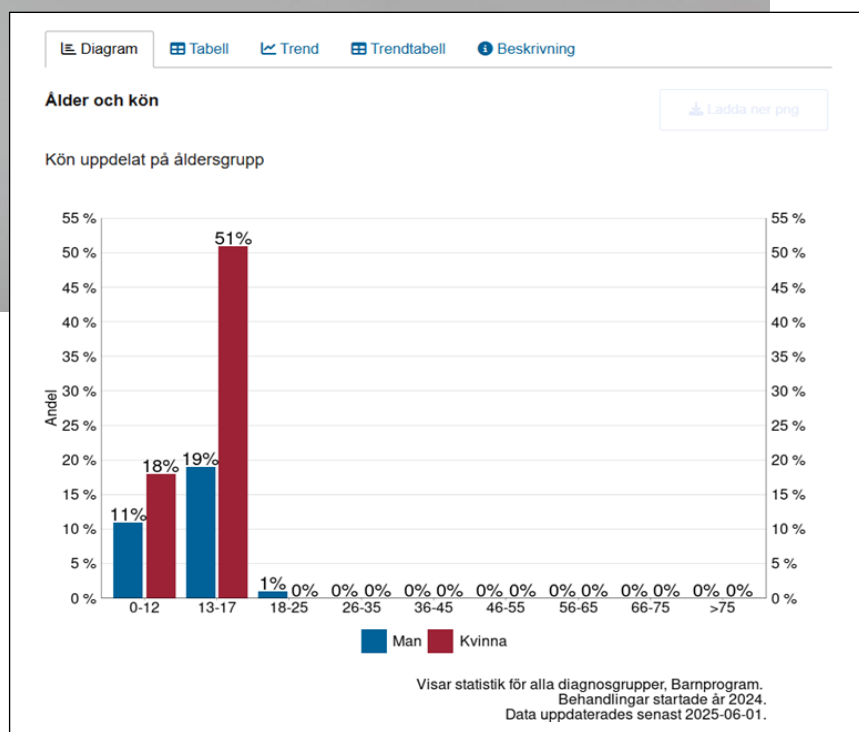


Årsrapport 2024

Program för barn och unga



Författare:

Cecilia Svanborg, registerhållare SibeR

Tove Ahremark, teamsamordnare Bup Digital behandling, Skåne

Vanessa Lundin, dataansvarig Bup Digital behandling, Skåne

Anna M Granlund, program- och dataansvarig BUP Internetbehandling, Stockholm

Jatta Svanbäck, enhetschef BUP Internetbehandling, Stockholm

Innehåll

Årsrapport 2024 SibeR – Program för barn och unga	1
En delrapport.....	3
Implementering av IKBT för barn och unga	3
Svart på vitt, inte bara känslor - reflektioner från Skåne.....	3
Svårt inkludera rätt patienter med ändrat uppdrag – reflektioner från Stockholm.....	4
Behandlingsprogram under 2024	5
Värdering av behandlingsresultat hos unga	6
Behandlingsresultat totalt 2024.....	7
Behandlingsresultat i diagnosgrupper 2024.....	7
Behandlingsresultat över tid	8
Fullföljandegrad.....	9
Behandlingstid.....	10
Strukturerad diagnostik	11
Tillgänglighet och ledtider	12
Ångesttillstånd	13
BIP:s ångestprogram	13
Ångesthjälpen Ung	14
Tvångssyndrom (OCD).....	14
BIP:s OCD-program	15
Sömnstörning.....	16
Magbesvär/IBS.....	16
Finns det skillnader mellan behandlingsprogrammen?	17
Övergripande reflektioner av registerhållaren	19
Appendix.....	20
Ångesttillstånd Unga	20
Social ångest.....	22
Tvångssyndrom (OCD).....	23
Sömnstörning.....	24
Magbesvär/IBS.....	25

En delrapport

Med årsrapporten 2024 har SibeR 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 nya utdatavisning.

Inledningsvis ges en översikt av implementeringen av Internetförmedlad KBT (IKBT) för barn och unga i Sverige och hur den avspeglas i SibeR. Det finns en beskrivning av metoder för att värdera behandlingsresultaten. I årets rapport används grafer från nya statistikvisningen, avgränsat för behandlingar som startade 2024. I figurerna visas framför allt jämförande resultat avseende behandlingsprogram med BUP Stockholm som utgivare eftersom de används av allt fler regioner. Det gör det möjligt att se hur programmen fungerar i olika kontext. Rapporten innefattar som tidigare år även resultat för diagnosgrupper, dels summerat, dels i tabeller i appendix. I appendix redovisas behandlingar som startade kvartal 4 2023 till kvartal 3 2024.

Tove Ahremark teamsamordnare och Vanessa Lundin dataansvarig på Region Skånes centrala enhet Bup digital behandling, reflekterar över resultat och utveckling i eget avsnitt. Anna Granlund, medlem i SiBeRs styrgrupp samt program- och dataansvarig på BUP Internetbehandling och Jatta Svanbäck, enhetschef på BUP Internetbehandling i Stockholm reflekterar över resultaten i eget avsnitt. Avslutningsvis så delar registerhållaren med sig av sina reflektioner.

Implementering av IKBT för barn och unga

Internetförmedlad psykologisk behandling (IKBT) för unga inkluderades i SibeR under 2018 eftersom programmet Ångesthjälpen ung, utgivet av Psykologpartners, då började användas i flera regioner.

Sedan dess har några regioner börjat registrera sina internetbehandlingar för unga: VGR 2019, Stockholm 2020, Östergötland 2020 (avslutad pilot), Skåne 2021, Jämtland 2022, Dalarna och Uppsala under 2023. Under 2024 tillkom Värmland. Förutom i dessa regioner så bedrevs IKBT för barn och unga under 2024 även i Jönköping (n=160), Kalmar (n=130), Östergötland (n=80), Halland (n=70), Sörmland (n=60), och Kronoberg (n=50). Uppgifter om antal startade program i regionerna kommer från Inera:s statistik över användning av 1177 Stöd och behandlingsplattformen.

Svart på vitt, inte bara känslor - reflektioner från Skåne

Tove Ahremark och Vanessa Lundin

Det är värdefullt att kunna jämföra sin verksamhet med andras, och den egna verksamheten över tid. Det ger en bekräftelse av det vi upplever och gör att vi också upptäcker nya saker. Vi uppskattar möjligheten att både kunna få utfall för specifika program och per diagnos och att kunna ta ut data för ett valt kalenderår. Det blir lättare att reflektera över vad vi gör med stöd av utdatavisningen.

Noterar vi skillnader med andra regioner kan vi ta kontakt med varandra. Vi har exempelvis haft workshop med Stockholm för att sam-skatta utfallsmåttet CGI-I och de har haft liknande med Jämtland. Vi har implementerat ett eget program för sömnstörning och Uppsala har också gjort det. Det kommer bli spännande att följa och jämföra den utvecklingen.

SibeR fungerar som ett nationellt nav och vår nya organisation i Skåne med en central digital enhet fungerar som ett regionalt nav. Vi finns inom BUP men tar emot patienter med vårdepisoder både i primärvård och specialiserad BUP. Det gör det möjligt för oss som arbetar här att balansera behoven mellan vårdgrenarna. SibeR är en sammanhållande aktör som också har varit behjälplig i arbetet med att skapa en organisation där det finns möjlighet till verksamhetsuppföljning (journalmallar och direktöverföring, vilka mått som är aktuella när vi tagit fram program med mera, hur man tolkar resultat). Som har kännedom om hur olika verksamheter har valt att organisera arbetet med IGBT och kan komma med förslag. SibeR ger även en tyngd till vår mottagning och i relation till familjerna vi arbetar med när vi kan hänvisa till att vi registrerar våra behandlingar i ett nationellt register för internetbehandling.

I årets rapport upptäckte vi att vi inte hade registrerat tillräckligt hög andel av våra startade behandlingar (täckningsgrad) och inte heller hade bedömning av utfall på önskad nivå (rapporteringsgrad). Vi har en automatisk överföring av data från journal till SibeR och behöver analysera vad det handlar om. Till hösten kommer vi därför under en tvåmånadersperiod logga den data som inkommer i syfte att kartlägga skäl till databortfall och öka svarsfrekvensen.

Önskemål till SibeR för framtiden

Vi skulle vilja att alla regioner skattade utfallsmåttet CGI-I med alla skalstegen 1–7 så att man får en detaljerad bild av andel förbättrade, oförändrade och försämrade. Att det visades i ett detaljerat diagram som för behandlingsprogram för vuxna i utdatavisningen. Ett annat önskemål är att kunna särskilja patienter som har vårdepisoder i primärvård och specialistpsykiatri. Idag syns det bara vilken vårdnivå som bedriver vården, inte vilken vårdnivå patienter har kontakt med för övrigt.

Svårt inkludera rätt patienter med ändrat uppdrag – reflektioner från Stockholm

Anna Granlund och Jatta Svanbäck

I SibeRs statistik ser vi effekter av förändrad vårdprocess för IGBT för unga i Stockholm. Ledningen för BUP gav oss ett förändrat uppdrag i slutet av 2022; från egenanmälan och remiss från både primärvård och BUP till enbart remiss från BUP. För att minska antalet bedömningsbesök för patienter inom BUP innan behandling, bestämdes inom BUP att andras bedömningar inte skulle omprövas. Detta ledde till en förändring för patienter som kom på remiss för internetbehandling för ångestsyndrom, eftersom vi slutade göra strukturerade bedömningar med hjälp av MINI-KID. Det innebar också att vi inte omprövade diagnoser som tidigare ställts. Det har medfört att vi får en mycket högre andel med patienter med specifika diagnoser och samsjukliga neuropsykiatriska diagnoser samt en betydligt högre andel med hög till full skolfrånvaro. Vår upplevelse är att många som remitterats för internetförmiddad behandling har behov av andra insatser, som av olika anledningar inte kan ges på remitterande enhet. Det gör att vi får svårt inkludera rätt patienter till ångestprogrammen. Vi har skrivit en egen rapport för utvärdering av verksamheten vid BUP Internetbehandling januari 2020-oktober 2024 som kan beställas från oss vid intresse.

Internetbehandlingen för OCD hos barn och ungdomar är mycket framgångsrik och borde kunna erbjudas till fler än vad som sker nu. Den bedrivs numera enbart på den specialiserade mottagningen för OCD inom BUP efter internremiss.

BUP Internetbehandling registrerar behandlingar i SibeR för ångesttillstånd, OCD och magbesvär. Vi behandlar även med iKOMET-programmet, som stödjer föräldrar till barn som har utåtagerande beteendeproblem. Vi arbetar också med implementeringsstudien iERITA, som syftar till minskat självskadebeteende genom strategier för känsloreglering. Under 2021–24 bedrevs en forskningsstudie med IGBT för depression hos unga som resulterade i en avhandling (Rebecca Andersson: Bridging the treatment gap for adolescents with depression: evaluating internet-based guided and self-guided behavioural activation, Karolinska Institutet 2025). När det gäller de långa väntetiderna tror vi att det handlar om att andelen patienter med magbesvär är större än de med ångest, där patienter med magbesvär inte prioriteras. Vi har dessutom varit färre behandlande psykologer, vilket sannolikt påverkar väntetiderna.

Spridning och förvaltning av program

BUP Internetbehandling och Region Stockholm har sedan några år upprättat nyttjanderättsavtal med Jämtland/Härjedalen och Skåne för ångest- och OCD-programmen. VGR BUP specialmottagning använder OCD-programmen. Nu är även Uppsalas barn- och ungdomshälsa igång med programmen för ångest och OCD. Under 2025 har vi upprättat nyttjanderättsavtal för program för magbesvär med Västernorrland och Jönköping. Dialog pågår med Dalarna kring deras ambition att omorganisera sin digitala vård för unga. Vi delar också med oss av kunskaper och program till privata vårdcentraler i Region Stockholm, men har inte lyckats upprätta fungerande samverkan med den regiondrivna primärvården.

I avtalen skriver vi in registrering i SibeR eftersom vi vill kunna följa hur programmen fungerar i olika sammanhang och kunna modifiera program utifrån de lärdomar som dras. I SibeRs årsrapport blir det mycket tydligt att vårdprocessen har stor betydelse. Det är ett ganska stort arbete med utbildning i vårdprocesser och förvaltning av program så vi önskar bättre strukturer för det och för spridning så att dessa program kan komma fler unga och deras föräldrar till nytta.

Önskemål till SibeR för framtiden

Det är mycket värdefullt för oss att kunna använda data från SibeR. Dels för att utvärdera hur det går för våra egna patienter över tid, dels för att kunna följa hur det går för patienter som tar del av våra behandlingar när de sprids.

Behandlingsprogram under 2024

En nyhet för 2024 är SibeRs nya öppna statistikvisning där det går att undersöka utfall för specifika program.

Under 2024 användes Psykologpartners program Ångesthjälpen Ung i VGR, Kronoberg, Sörmland, Halland, Östergötland och Skåne. Under 2024 användes Region Stockholms program BIP Ångestsyndrom i Stockholm, Jämtland & Härjedalen, Skåne och Uppsala. Stockholms program BIP OCD (tvångssyndrom) användes av Stockholm, Skåne och BUP VGR. Programmen BIP IBS och funktionella magbesvär användes enbart av Region Stockholm. Både Skåne och Uppsala utvecklade egna program för behandling av sömnstörning hos unga som började användas i respektive region.

I-KOMET, ett program för att stödja föräldrar med barn som har problem med att reglera aktiviteter och uppmärksamhet, kunde tyvärr inte följas upp via SibeR trots ganska hög produktion i Stockholm och Uppsala, eftersom det finns olösta problem med upphovsrätt och förvaltning av programmet.

Tabell 1 visar registrerade behandlingar för unga under 2024 med en analys av täckningsgrad och rapporteringsgrad. I anslutna regioner var totala **rapporteringsgraden** dvs andel behandlingar där behandlaren bedömt grad av förändring vid avslut rätt god totalt (**85%**), men **täckningsgraden** dvs andel behandlingar som registrerades var lägre, **knappt 60 procent** (57%). Bägge måtten varierade i regionerna. Målsättningen är att både täcknings- och rapporteringsgrad ska vara minst 80 procent (gulmarkerat nedan där det förekommer). ★

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

Region	Vårdgren	Saknas Eftermatning (rapporterings- grad)	Ångest- syndrom	Magbesvär och IBS	Social fobi	Tvångs- syndrom	Sömn- störning	Totalt (täcknings- grad**)
Dalarna	Primärvård (PV)	1 (50%, 1/2)	2	0	0	0	0	2 (50%, 2/4)
Jämtland	BUP och PV	10 (78%, 36/46)	26	0	19	1	0	46 (66%, 46/70)
Skåne	BUP och PV	39 (88%, ★ 291/330)	143	0	66	109	12	330 (60%, 330/550)
Stockholm	BUP	12 (93%, ★ 157/169)	38	63	13	55	0	169 (74%, 169/228)
Uppsala	Primärvård	2 (94%, ★ 29/31)	19	0	0	10	2	31 (97%, ★ 31/32)
Värmland	Primärvård	1 (25%, 1/4)	4	0	0	0	0	4 (44%, 4/9)
Västra Götaland	Primärvård	43 (68%, 93/136)	111	0	22	3	0	136 (45%, 136/300)
Västra Götaland	BUP	2 (50%, 1/2)	0	0	0	2	0	2 (3%, 2/79)
Totalt	Totalt	110 (85%, 610/720)	343	63	120	180	14	720 (57%, 720/1270)

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

Värdering av behandlingsresultat hos unga

För barnprogrammen är sedan 2021 det primära utfallsmåttet behandlarens bedömning av klinisk effekt (Clinical Global Impression-Improvement, CGI-I; Guy et al., 1976) i grafer och statistikvisning online.

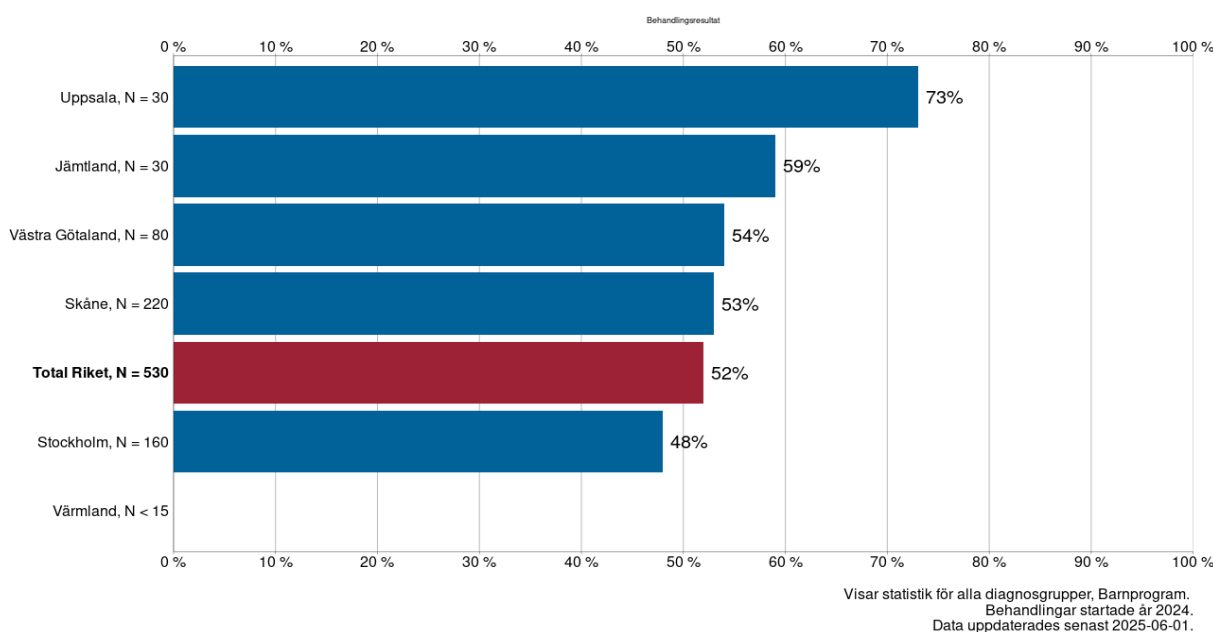
Sekundära utfallsmått för ångestsyndrom hos unga i SibeR är formuläret Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) med 47 frågor i den version som den unge skattar själv (RCADS-C; Chorpita et al, 2000), OCI-CV för tvångssyndrom. ISI-A för sömnstörning, PedsQol och BRQ-C för magbesvär samt KIDSCREEN-10 för hälsorelaterad livskvalitet, i överensstämmelse med internationella riktlinjer (ICHOM, 2020; Krause et al, 2021). Man kan också registrera

föräldraskattad version av RCADS, RCADS-P, av särskild relevans vid behandling av barn. Mer information om utfallsmåtten för unga finns i ett dokument på SibeRs statistiksidea.

Det är bra att få mätningar med RCADS (som har delskalor för ångestsyndrom i DSM-systemet social ångest, paniksyndrom, generell ångest, tvångssyndrom, separationsångest och egentlig depression) och de andra specifika symtommåtten för att utveckla förståelsen av hur totalpoäng och delskalor fungerar som utfallsmått. I nuläget uppfattar vi att behandlaren är den som är bäst skickad att sammanfoga informationen från barnet/den unge, förälder/vårdnadshavare och sina egna observationer.

Behandlingsresultat totalt 2024

Figur 1 visar behandlingsresultaten avseende klinikerbedömt andel förbättrade patienter under 2024 i regionerna för alla behandlingar och indikationer sammanslaget, oavsett om patienter fullföljt behandlingstiden eller inte (avhopp).



Figur 1. Behandlingsresultat för barn- och ungdomsprogram i regionerna 2024. Källa: SibeRs utdatavisning.

Behandlingsresultat i diagnosgrupper 2024

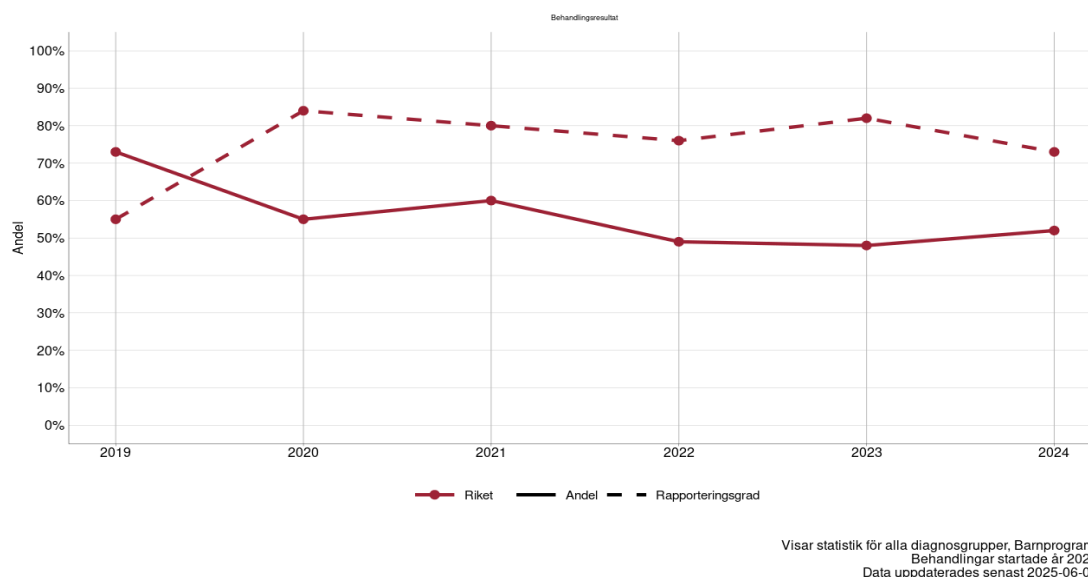
För riket var andelen förbättrade i de olika indikationerna för alla som startade behandling, oavsett fullföljande (respektive för de som fullföljt överenskommen behandlingstid i parantes):

- GAD 59%
- Magbesvär/IBS 48%
- Specifik fobi 67%
- Separationsångest 65%
- Sömnstörning 63%
- Social ångest 30% (37%)
- Tvångssyndrom 60% (73%)
- Ångesttillstånd ospecificerade 56% (65%)

Den som vill veta resultat per diagnos i den egna regionen får undersöka detta i utdatavisningen.

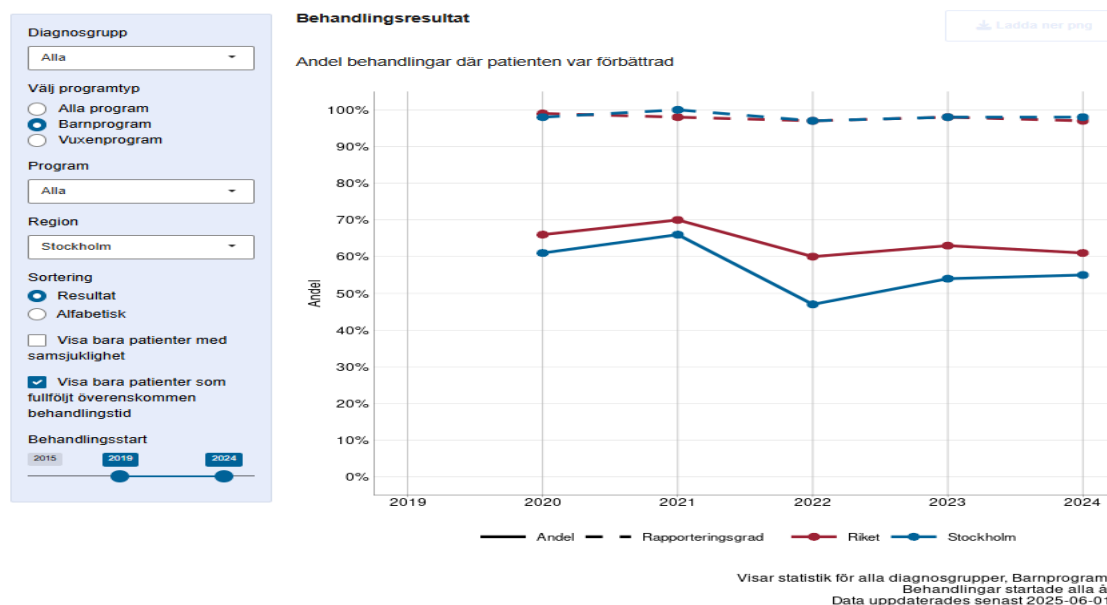
Behandlingsresultat över tid

Figur 2 visar rapporteringsgrad och andel förbättrade under åren 2019–2024.



Figur 2. Andel förbättrade och rapporteringsgrad under åren 2019–2024

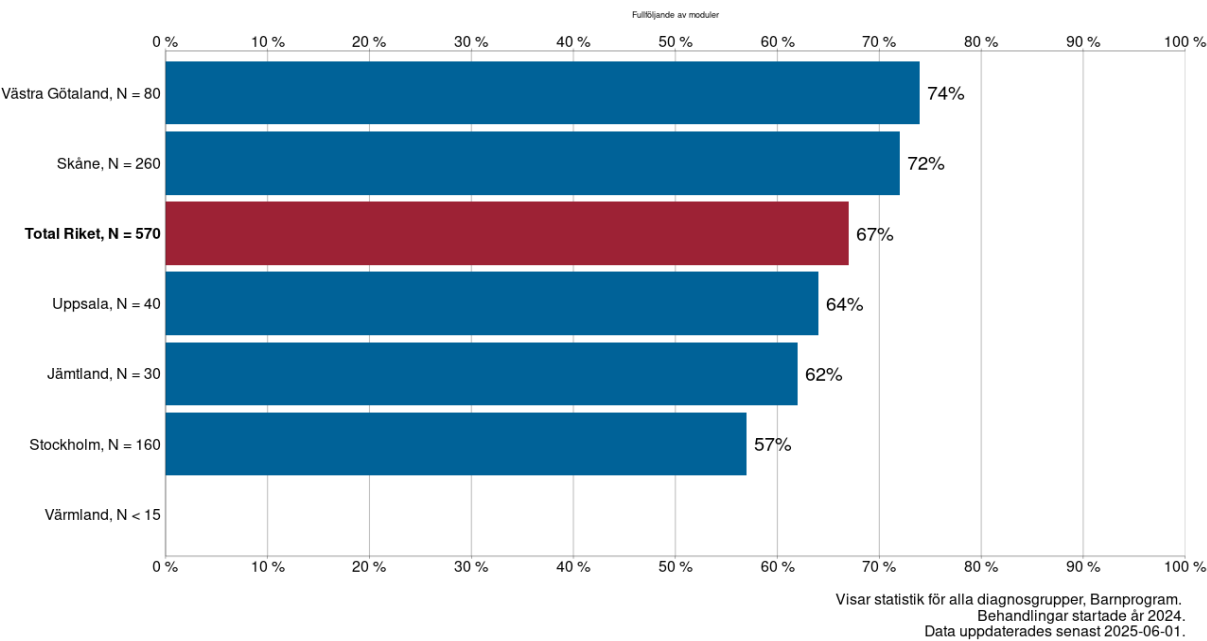
Figur 3 visar resultaten med urval för de som fullföljt behandlingstiden. För riket ökar då rapporteringsgraden från 80% till nästan 100% och andel förbättrade från drygt 50% till drygt 60%. I Stockholm ses minskade behandlingseffekterna från 2022 som sammanfaller med att man omorganiserade till att enbart ta emot patienter på remiss från BUP och att egenanmälan inte längre var möjlig.



Figur 3. Andel förbättrade och rapporteringsgrad under åren 2019–2024 för behandlingar med fullföljd behandlingstid för Riket och för Stockholm

Fullföljandegrad

Indikatorn Fullföljandegrad visar andel som gjort mer än hälften av modulerna i programmen. VGR, som använder programmet Ångesthjälpen Ung med 8 moduler, har högst fullföljandegrad. De andra regionerna använder till stor del program från Stockholm med i allmänhet 10–12 moduler. Skåne har trots det en hög andel som fullföljt mer än hälften av modulerna, se figur 4.



Figur 4. Andel behandlingar där patienten gjort mer än hälften av modulerna i programmet.

Resultaten måste dock tolkas i förhållande till att uppgift om antal fullföljda moduler saknas för cirka 40 procent av behandlingarna i Västra Götaland och i Jämtland, se figur 5 som visar underlaget. 😞

DiagramTabellTrendTrendtabellDetaljerat diagramBeskrivning

Fullföljande av modulerLadda ner csv

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

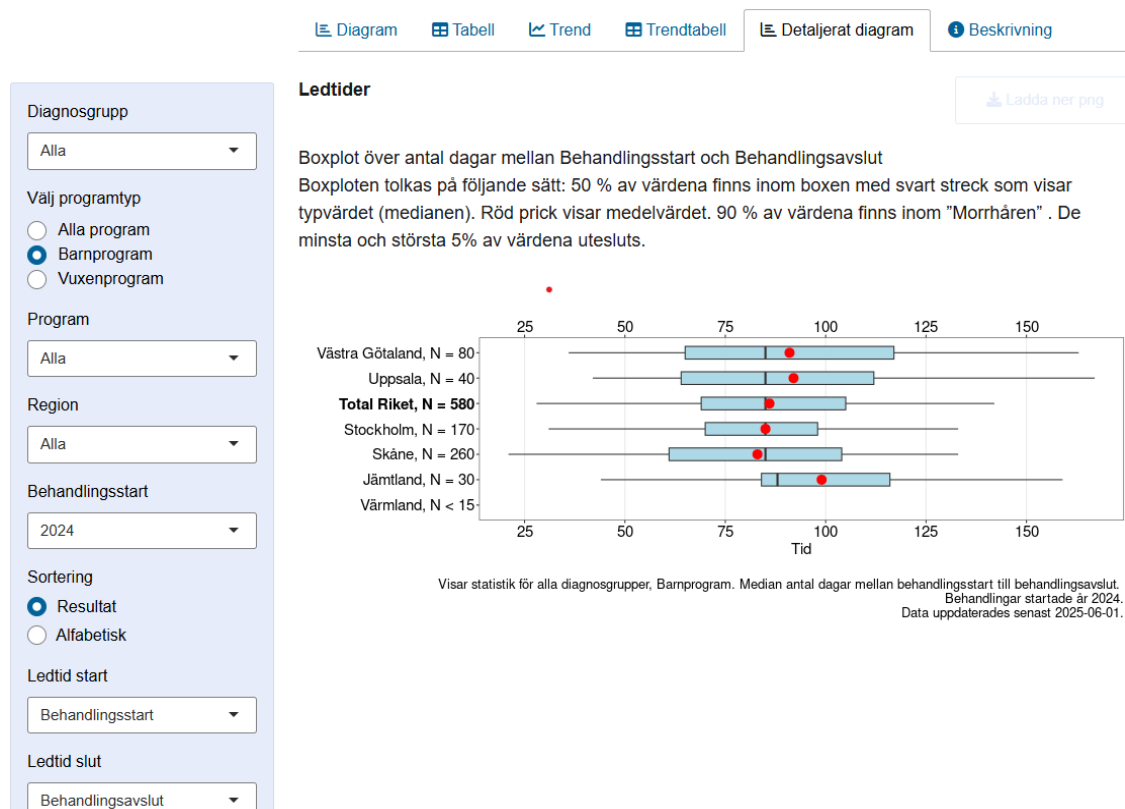
Verksamhet	Täljare	Nämnare	Andel (%)	Uppgift saknas	Rapporteringsgrad (%)
All	All	All	All	All	All
Stockholm	100	160	57	10	92
Uppsala	20	40	64	0	90
Skåne	180	260	72	60	82
Riket	390	570	67	150	79
Västra Götaland	60	80	74	50	61
Jämtland	20	30	62	20	57
Värmland		N < 15			

Figur 5. Tabell för fullföljandegrad och rapporteringsunderlag program för unga 2024.

Behandlingstid

Fullföljande handlar både om genomförda moduler och om patienten fullföljer planerad behandlingstid. En stor andel korta behandlingstider liksom stor andel långa behandlingstider är något som kan behöva analyseras.

En mer detaljerad bild av behandlingstider får man i kategorin **Processmått** och variabeln **Ledtider** och där markerar Behandlingsstart i Ledtid start och Behandlingsavslut i Ledtid slut. Figur 6 visar att medianen för behandlingstid ligger mycket lika i regionerna, kring 88 dagar, men att spridningen är stor. Jämtland, Uppsala och VGR har längre behandlingstider än Stockholm och Skåne.

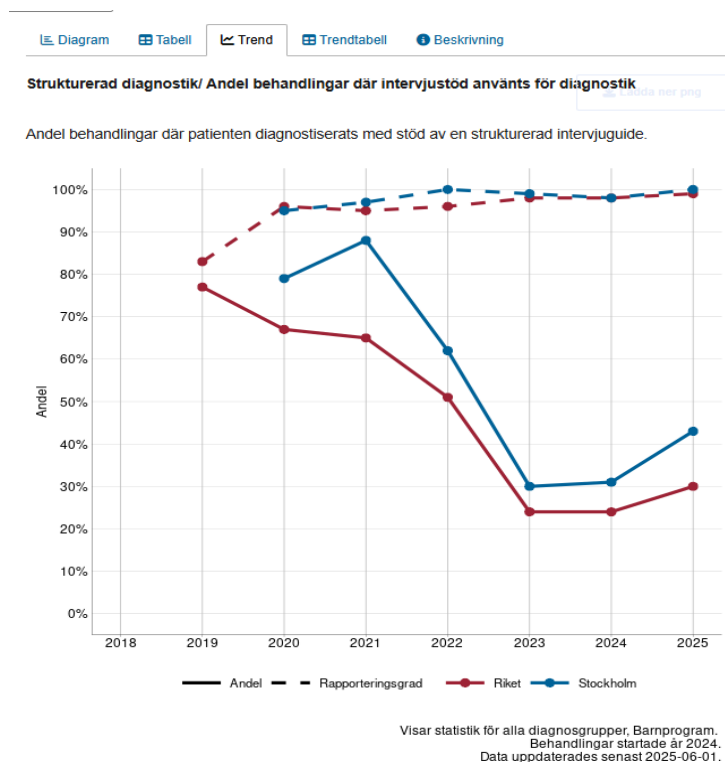


Figur 6. Behandlingstider. Median, medel och spridning av antal dagar mellan behandlingsstart och behandlingsavslut. Barnprogram, 2024.

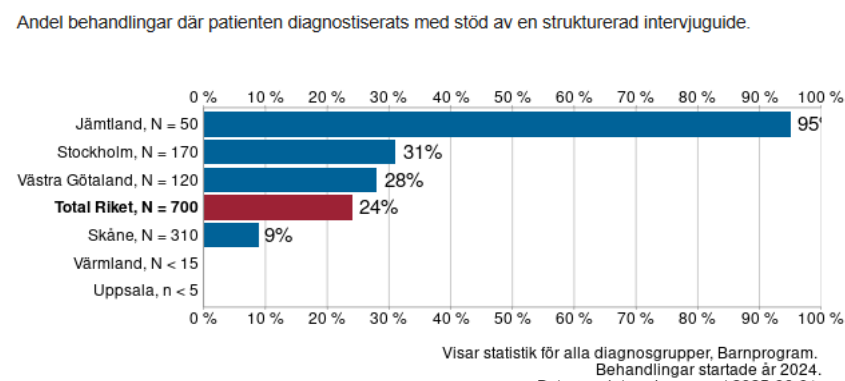
Strukturerad diagnostik

Strukturerad diagnostik är en **processindikator** i SibeR. Med strukturerad diagnostik avses andel behandlingar där diagnostiken varit stödd av strukturerad eller semistrukturerad diagnosintervju. För ADHD och IBS avses att diagnos ska ha satts enligt nationella eller regionala riktlinjer. Anledningen är att strukturerad diagnostik som led i bedömningsprocessen ger högre precision vid val av behandlingsprogram för patienten. Det ger dessutom kunskap om samsjuklighet vilket är viktigt vid behandlingsplanering och värdering av resultaten. I kvalitetsregistersammanhang benämns det som "case-mix".

I figur 7 ses en kraftig minskning av strukturerad diagnostik för Riket och i Stockholm från 2022. Figur 8 visar skillnader mellan regionerna 2024. Utfallet påverkas dock av att Skåne inte fångar variabeln från journal och att Stockholm har svårt fånga den avseende IBS och magbesvär.



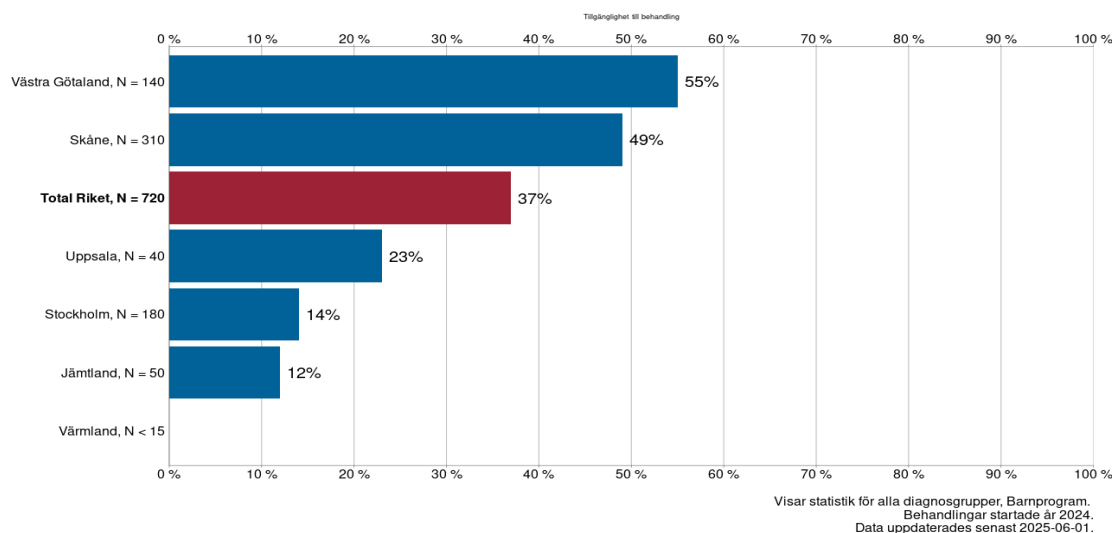
Figur 7. Förändring av andel behandlingar för unga där patienten diagnostiserats med stöd av intervjuguide, Riket och Stockholm



Figur 8. Andel behandlingar för unga där patienten diagnostiserats med stöd av intervjuguide, 2024

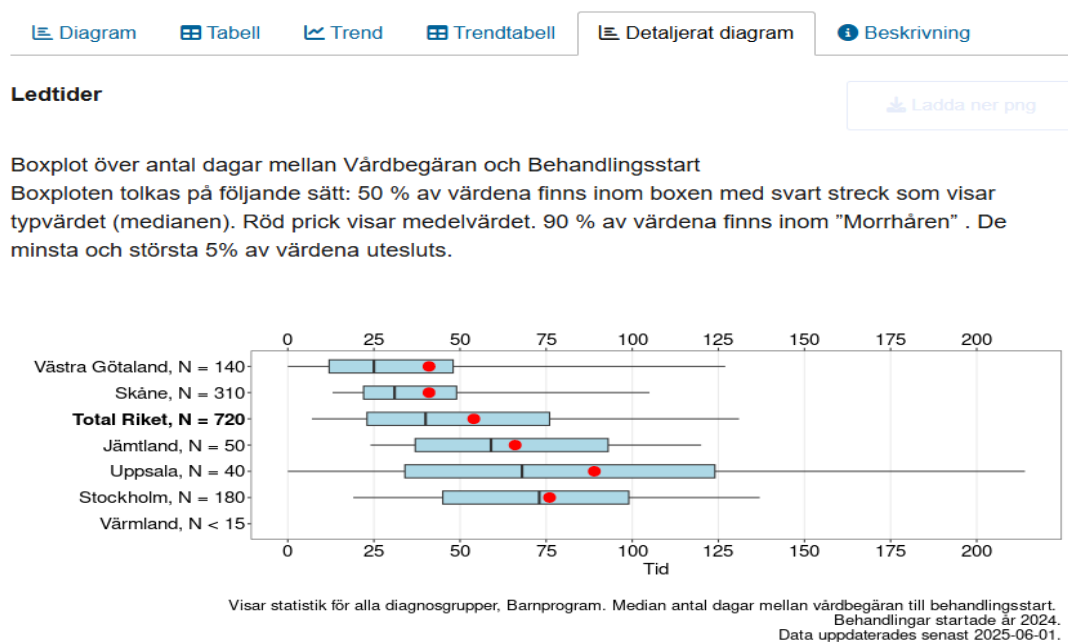
Tillgänglighet och ledtider

Indikatorn för tillgänglighet mäter andel patienter som startar behandlingar inom 30 dagar från vårdbegäran dvs när man fattat beslut om att ta emot patienten för en bedömning. Den visas i kategorin **Processmått** och som **indikatorn Tillgänglighet till behandling**. Tillgängligheten skiljer sig mellan regionerna, från VGR med 55 procent av behandlingarna till Jämtland med 12 procent som startat inom 30 dagar, se figur 9.



Figur 9. Andel behandlingar där patienten bedömdes och startade behandling inom 30 dagar efter vårdbegäran, barnprogram, 2024.

I detaljerat diagram fördjupas uppgifterna om ledtider med bild av median, medelvärde och spridning av antal dagar mellan vårdbegäran och behandlingsstart, se figur 10. Avrundade siffror finns i tabellflikarna.



Figur 10. Median, medelvärde och spridning av antal dagar mellan vårdbegäran och behandlingsstart, barnprogram 2024.

Ångesttillstånd

Ångesttillstånd innefattar här ospecificerade ångesttillstånd, men också specifika ångestsyndrom: Generaliserat ångestsyndrom (GAD), paniksyndrom, separationsångest och specifik fobi. I appendixtabell A1 redovisas grad av ångest- och depressionssymtom vid ångesttillstånd unga mätt med RCADS-47 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar. Appendixtabell A2 visar hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10.

Behandlingar för indikationen **socialt ångestsyndrom** redovisas separat i appendixtabell A3 avseende utfall med RCADS-47 och tabell A4 avseende KIDSCREEN-10.

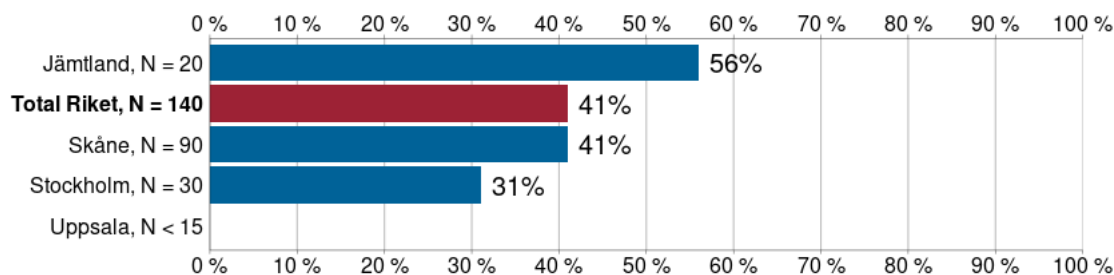
Alla ångesttillstånden behandlades med BIP:s ångestprogram för tonåringar eller BIP:s ångestprogram för barn eller Ångesthjälpen Ung. Ingen region har ett specifikt program för social ångest hos barn i reguljär vård.

BIP:s ångestprogram

Barninternetprojektet (BIP) skapade två program för att behandla ångestsyndrom, ett för barn och ett för tonåringar, med tillhörande föräldraprogram. Programmen förvaltas av BUP Internetbehandling i Region Stockholm och användes under 2024 där, samt i Skåne, Jämtland och Uppsala.

Figur 11 visar behandlingsresultat för BIP:s ångestprogram för tonåringar med andel förbättrade i Jämtland 56 procent (rapporteringsgrad 69%), Skåne 41 procent (rapporteringsgrad 71%) och Stockholm 31 procent (rapporteringsgrad 90%). ★

Andel behandlingar där patienten var förbättrad

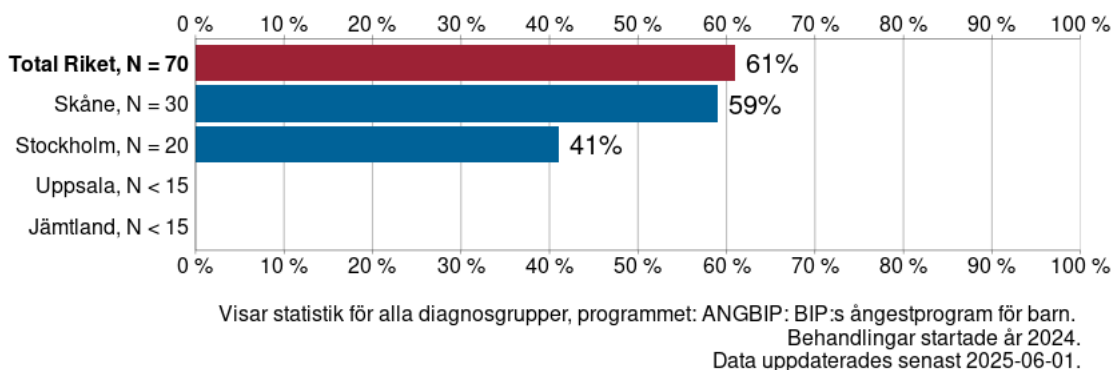


Visar statistik för alla diagnosgrupper, programmet: AN2BIP: BIP:s ångestprogram för tonåringar.
Behandlingar startade år 2024.
Data uppdaterades senast 2025-06-01.

Figur 11. Andel förbättrade med BIP:s ångestprogram för tonåringar, 2024

Figur 12 visar behandlingsresultat för BIP:s ångestprogram för barn med andel förbättrade i Skåne 59 procent (rapporteringsgrad 65%) och Stockholm 41 procent (rapporteringsgrad 89%). ★

Andel behandlingar där patienten var förbättrad

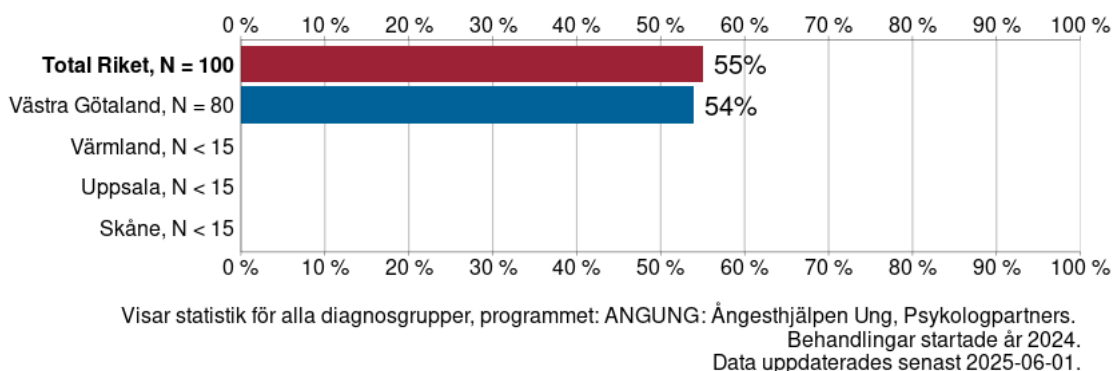


Figur 12. Andel förbättrade med BIP:s ångestprogram för barn, 2024

Ångesthjälpen Ung

Psykologpartners är utgivare för Ångesthjälpen Ung som används i flera regioner sedan 2018. Programmet riktar sig till tonåringar mellan 13–19 års ålder. Figur 13 visar behandlingsresultat för Ångesthjälpen Ung med andel förbättrade i VGR 54 procent (rapporteringsgrad 61%)

Andel behandlingar där patienten var förbättrad



Figur 13. Andel förbättrade med Ångesthjälpen Ung för tonåringar, 2024

Tvångssyndrom (OCD)

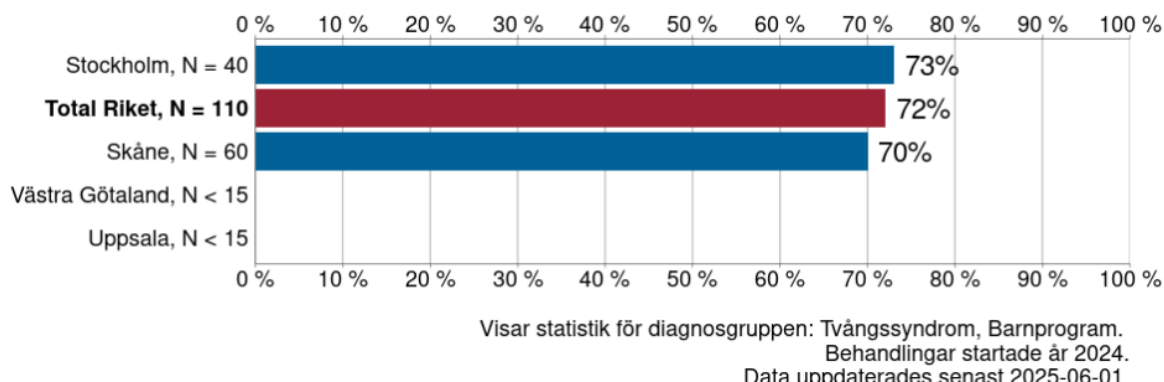
Barninternetprojektet (BIP) skapade två program för att behandla OCD, ett för barn och ett för tonåringar, med tillhörande föräldraprogram. Programmen förvaltas av BUP Internetbehandling i Region Stockholm och användes under 2024 där samt i Skåne och VGR specialmottagning för OCD inom BUP Sahlgrenska. Programmen började också användas i Jämtland och i Uppsala under 2024.

Det var totalt 180 behandlingar för OCD registrerade varav 109 i Skåne, 55 i Stockholm, 10 i Uppsala, 1 i Jämtland, 3 i VGR primärvård och 2 i VGR specialistvård för OCD.

I appendixtabell A5 redovisas grad av tvångssymtom mätt med OCI-CV vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar. Appendixtabell A6 visar hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10.

De övergripande behandlingsresultaten hos unga 2024 för indikationen tvångssyndrom (OCD) för dem som fullföljde behandlingstiden var mycket goda med 72 procent förbättrade, se figur 14. Andelen förbättrade oavsett avhopp eller fullföljande var 60 procent.

Andel behandlingar där patienten var förbättrad

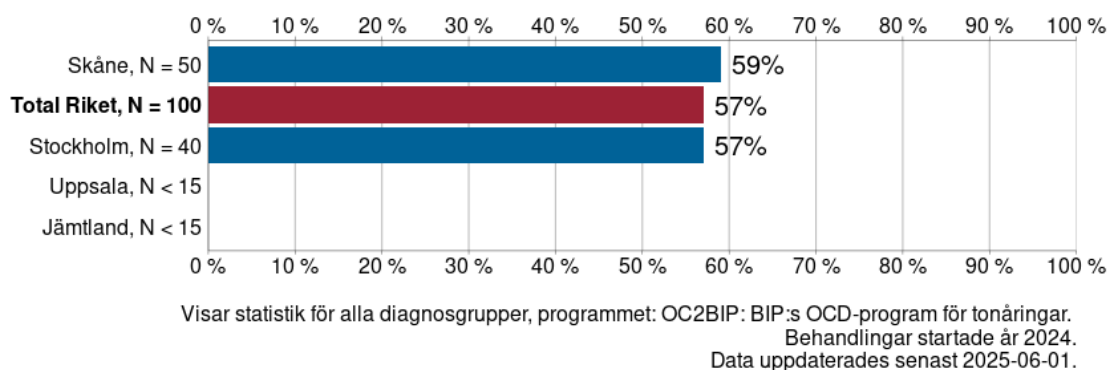


Figur 14. Andel behandlingar för tvångssyndrom med förbättring av de som fullföljt behandlingstiden, 2024

BIP:s OCD-program

Figur 15 visar behandlingsresultat för BIP:s OCD-program för tonåringar med andel förbättrade i Skåne 59 procent (rapporteringsgrad 79%) och Stockholm 57 procent (rapporteringsgrad 88%).

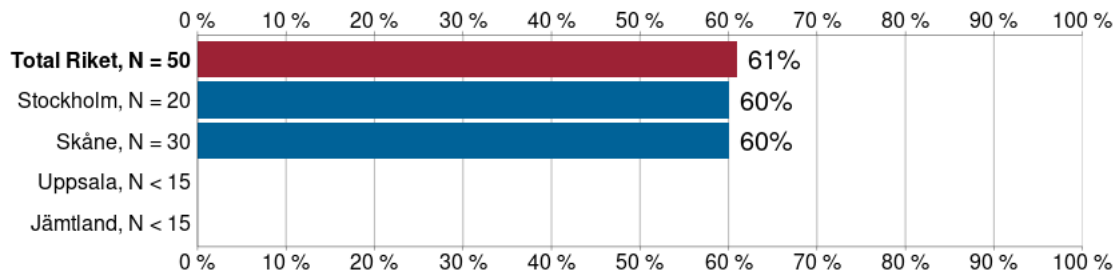
Andel behandlingar där patienten var förbättrad



Figur 15. Andel förbättrade med BIP:s OCD-program för tonåringar, 2024

Figur 16 visar behandlingsresultat för BIP:s OCD-program för barn med andel förbättrade i Skåne 60 procent (rapporteringsgrad 68%) och Stockholm 60 procent (rapporteringsgrad 91%).

Andel behandlingar där patienten var förbättrad



Visar statistik för alla diagnosgrupper, programmet: OCDBIP: BIP:s OCD-program för barn.

Behandlingar startade år 2024.

Data uppdaterades senast 2025-06-01.

Figur 16. Andel förbättrade med BIP:s OCD-program för barn, 2024

Sömnstörning

Under 2024 började både Skåne och Uppsala att registrera behandlingar med egenutvecklade program för sömnstörning hos tonåringar. Det var 12 behandlingar i Skåne och 2 i Uppsala.

Sammanlagt var 63 procent förbättrade och rapporteringsgraden var 84%. ★

I appendixtabell A7 redovisas grad av sömnbesvär mätt med ISI-A vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning.

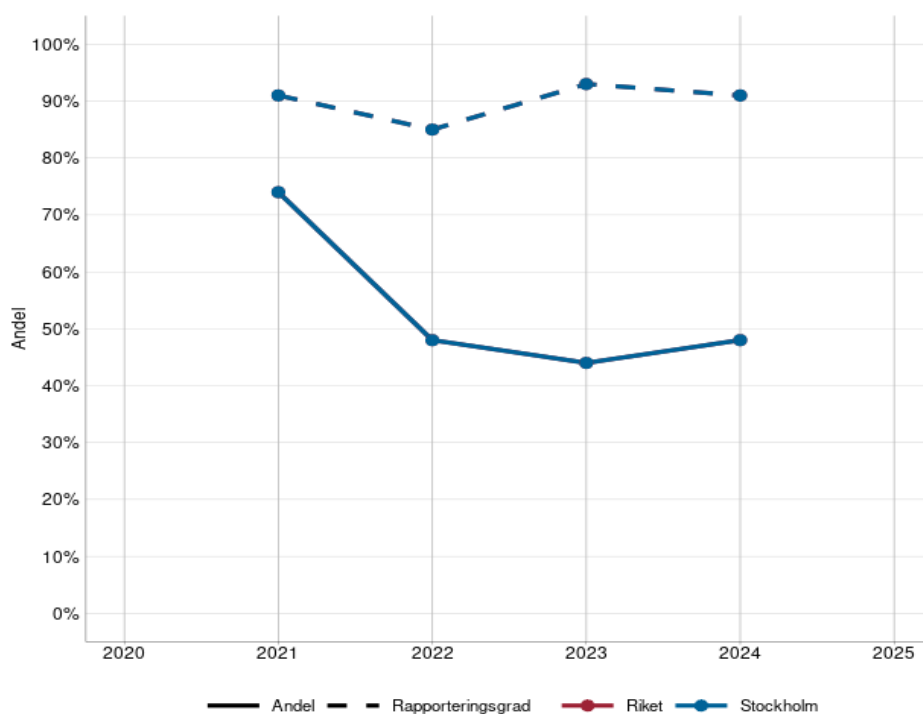
Magbesvär/IBS

Barninternetprojektet (BIP) skapade tre behandlingsprogram för magbesvär hos barn och tonåringar: ett program Ont-i-magen för barn (MAGBIP), ett program för funktionella magbesvär hos tonåringar (FAPBIP) och ett för IBS hos tonåringar (IBSBIP). Programmen förvaltas på BUP Internetbehandling i Stockholm och behandling med programmen bedrivs där i reguljär drift sedan 2021. Innehållet i programmen och vetenskapligt underlag kan studeras på SibeR:s hemsida under flik Om SibeR/Behandlingsprogram.

Under 2024 var det 21 behandlingar med Ont-i-magen-programmet, 18 behandlingar med programmet för funktionella magbesvär och 24 med programmet för IBS hos tonåringar. Sammanlagt för indikationen magbesvär/IBS så redovisas i appendixtabell A8 grad av magbesvär mätt med PedsQL Gastro vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar. I Appendixtabell A9 visas grad av undvikande och säkerhetsbeteenden mätt med BRQ-C på motsvarande sätt. Appendixtabell A6 visar hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10.

Ett trenddiagram ger en bild av hur behandlingseffekterna utvecklats över tid. Figur 17 visar att behandlingsresultaten gick ned från 2021 till 2022.

Andel behandlingar där patienten var förbättrad



Visar statistik för diagnosgruppen: Magbesvär/IBS, Barnprogram.
Behandlingar startade år 2024.

Figur 17. Andel förbättrade och rapporteringsgrad under åren 2021–2024 för magbesvär/IBS hos barn och unga

Finns det skillnader mellan behandlingsprogrammen?

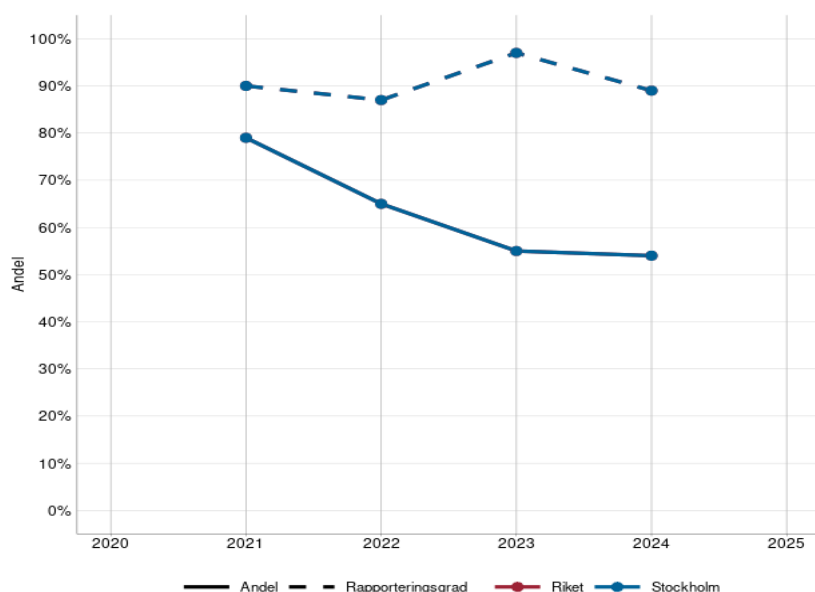
För att undersöka eventuella skillnader i behandlingseffekt mellan programmen valdes tidsperioden ”senaste 8 kvartal” i utdatavisningen. Tabell 2 indikerar att barnprogrammet ger störst effekt, men om man väljer att inkludera enbart de som fullföljt behandlingstiden ter sig programmet för funktionella magbesvär som mest hjälpsamt. Observera att det är små tal i klinik och ingen kontrollerad jämförelse.

Tabell 2. Jämförelse av behandlingseffekter mellan programmen för magbesvär, senaste 8 kvartal (Q2 2023 – Q1 2025)

Program	Antal behandlingar (avrundat)	Andel förbättrade av alla	Andel förbättrade av de som fullföljt	Rapporteringsgrad av utfall	
FAPBIP	20	41 %	60 %	88 %	★
IBSBIP	40	39 %	42 %	80 %	
MAGBIP	40	51 %	51 %	85 %	

När det gäller behandlingsprogrammet för barn, Ont-i-magen, verkar det vara just nedgången i effekt över tid för detta program som avspeglas i övergripande figur 17 ovan, se här figur 18.

Andel behandlingar där patienten var förbättrad

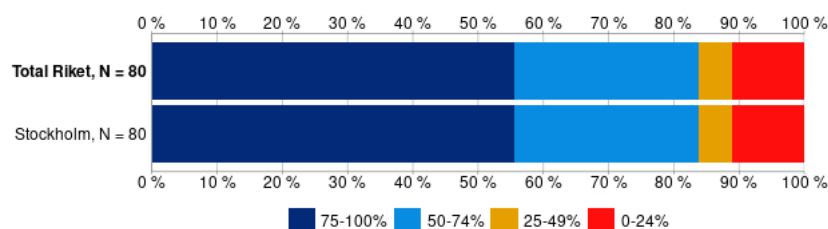


Visar statistik för diagnosgruppen: Magbesvär/IBS, programmet: MAGBIP: BIP Ont i magen barn.
Behandlingar startade senaste 8 kvartalen.
Data uppdaterades senast 2025-06-01.

Figur 18. Andel förbättrade och rapporteringsgrad under åren 2021–2024 för behandlingar med programmet BIP Ont i magen barn.

Fullföljandegraden av programmet var god under 2024. I detaljerat diagram över fullföljande, figur 19, framgår att cirka 85 procent genomfört minst hälften av modulerna och endast 10 procent genomfört mindre än en fjärdedel.

Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier



Visar statistik för diagnosgruppen: Magbesvär/IBS, programmet: MAGBIP: BIP Ont i magen barn.
Behandlingar startade senaste 8 kvartalen.
Data uppdaterades senast 2025-06-01.

Figur 19. Andelar av genomförda moduler av BIP Ont i Magen barn, senaste 8 kvartal

Bedömningen landar i att det inledningsvis 2021 var extremt goda behandlingsresultat för ett litet antal patienter och därefter ett mer normalt förväntat utfall med cirka 50% förbättrade. Det kommer bli intressant att följa utvecklingen när fler regioner börjar bedriva IGBT för magbesvär hos barn och ungdomar.

Övergripande reflektioner av registerhållaren

Cecilia Svanborg

Generellt ser vi fina resultat av IGBT för unga med cirka 50 procent förbättrade av alla som startar behandling och 60 procent förbättrade av de som fullföljer behandlingstiden. För indikationen OCD är resultaten mycket bra med cirka 70 procent förbättrade. Det är glädjande att se att bra program och kunskaper nu börjar spridas över landet. Vi ser fram emot att fler regioner ansluter till SibeR med bra datakvalitet och att vi får med alla program som används, så att fler unga patienter får bra vård och fler regioner kan bli delaktiga i det ömsesidiga lärandet.

För att stimulera till god datakvalitet har SibeR i år delat ut guldstjärnor där man lyckats uppnå minst 80 % täckningsgrad och 80 % rapporteringsgrad. Med lägre datakvalitet blir det klart svårare att tolka och använda resultaten.

Tack Skåne och Stockholm för era värdefulla reflektioner! I år kunde vi jämföra resultat med fokus på behandlingsprogram och se skillnader i utfall i regionerna med samma program. Här lyfts betydelsen av vårdprocess och att det verkar vara fördelaktigt att flexibelt kunna verka över både första linjens vård och specialist-vård för ungas psykiska hälsa. Samtidigt vill jag betona vikten av att värdera resultat i relation till täcknings- och rapporteringsgrad. Stockholm är "bäst i klassen" vad gäller rapporteringsgrad och om man inte tar hänsyn till det kan det lätt bli orättvisa jämförelser. "Rookien" Barn- och ungdomshälsan i Uppsala imponerar med god täckningsgrad och rapporteringsgrad. 

Min förhoppning är att Årsrapporten 2024 visar hur den nya utdatavisningen kan användas löpande i verksamhets- och programutveckling, inte bara när vi skriver årsrapport. Det går att gräva på djupet, men det är bara verksamheterna själva som ägare av sina vårdprocesser som kan dra specifika lärdomar av data och testa förändringar.

Jag tar till mig önskemålet om att SibeR inför hela CGI-I-skalan och ska lyfta det i styrgruppen. Jag tänker att vi också bör ompröva vilket mått som ska användas i SibeR för att mäta hälsorelaterad funktion och livskvalitet. Vi har nu i några år haft KIDSCREEN-10, som visat sig vara svårregistrerat och inte så känsligt för förändring (se appendix-tabeller).

SibeR är delaktig i arbetet med [nationell kunskapsstyrning](#), bland annat i [nationell arbetsgrupp depression och ångest](#) som under 2024–2025 genomför en revidering av vård- och insatsprogrammet för depression, ångestsyndrom, tvångssyndrom och traumarelaterad psykisk ohälsa. Här har en större referensgrupp gjort översyn av lämpliga formulär för uppföljning på individnivå vid dessa tillstånd hos barn och unga. Styrgruppen kommer ta del av detta och diskutera förändringar framledes.

Appendix

Ångesttillstånd Unga

Tabell A1. Grad av ångest- och depressionssymtom vid ångesttillstånd unga mätt med RCADS-47 totalpoäng vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	RCADS-47			RCADS-47 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Jämtland	Psykiatri	Start	26	26	49.8	19.6	-	-	(-, -)
		Avslut	26	15	33.3	18.3	12.27	0.63	(0.18, 1.07)
		Uppföljning	26	6	27.7	18.9	16.67		
Skåne	Psykiatri	Start	143	119	59.3	22.1	-	-	(-, -)
		Avslut	143	66	46.5	21.4	12.74	0.58	(0.42, 0.73)
		Uppföljning	143	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	38	35	52.1	22.5	-	-	(-, -)
		Avslut	38	29	44.7	22.4	4.93	0.22	(-0.02, 0.46)
		Uppföljning	38	6	28.5	13.8	18.83		
Uppsala	Primärvård	Start	19	16	55.4	24	-	-	(-, -)
		Avslut	19	6	48.2	28.5	11.5		
		Uppföljning	19	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	4	3	73	10.4	-	-	(-, -)
		Avslut	4	2	81	8.5	-10.5		
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	111	60	55.7	19.5	-	-	(-, -)
		Avslut	111	29	46.2	21.6	7.97	0.41	(0.14, 0.68)
		Uppföljning	111	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A2. Effektstorlekar och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 (10-50 poäng där 50 är högst livskvalitet) vid behandling av ångestsyndrom hos unga i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Jämtland	Psykiatri	Start	26	26	37.5	4.7	-	-	(-, -)
		Avslut	26	10	36.7	7.4	-3	-0.64	(-1.51, 0.22)
		Uppföljning	26	1	32	-	-3		
Skåne	Psykiatri	Start	143	116	34.7	6.1	-	-	(-, -)
		Avslut	143	57	37.5	5	2.65	0.43	(0.19, 0.68)
		Uppföljning	143	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	38	35	35.2	6.1	-	-	(-, -)
		Avslut	38	12	35.2	9.2	1.58		
		Uppföljning	38	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	19	16	37.6	6.9	-	-	(-, -)
		Avslut	19	4	42.5	4.4	4.25		
		Uppföljning	19	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	4	3	28.3	1.5	-	-	(-, -)
		Avslut	4	2	24.5	2.1	-3		
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	111	87	33.4	5.8	-	-	(-, -)
		Avslut	111	35	35.3	5.6	0.51	0.09	(-0.25, 0.43)
		Uppföljning	111	0	-	-	-	-	(-, -)

Social ångest

Tabell A3. Depressions och ångestsymtom vid behandling av social fobi mätt med RCADS-47 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	RCADS-47			RCADS-47 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Jämtland	Psykiatri	Start	19	18	67.2	24	-	-	(-, -)
		Avslut	19	11	52.5	27.1	12	0.5	(0.25, 0.75)
		Uppföljning	19	4	47.2	24.5	28.75		
Skåne	Psykiatri	Start	66	60	67.8	20.1	-	-	(-, -)
		Avslut	66	36	58.4	21.1	10.67	0.53	(0.29, 0.77)
		Uppföljning	66	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	13	13	51.5	24.1	-	-	(-, -)
		Avslut	13	9	43.9	28.6	11.78	0.49	(0.08, 0.9)
		Uppföljning	13	2	51	11.3	6.5		
Västra Götaland	Primärvård	Start	22	14	57.9	20.8	-	-	(-, -)
		Avslut	22	5	50.4	22.5	9.2		
		Uppföljning	22	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A4. Effektstorlekar och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 (10–50 poäng där 50 är högst livskvalitet) vid behandling av social fobi hos unga i regioner och vårdgrenar, 2023

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Jämtland	Psykiatri	Start	19	18	31.4	6	-	-	(-, -)
		Avslut	19	6	35	7.2	1		
		Uppföljning	19	1	48	-	4		
Skåne	Psykiatri	Start	66	56	32	5.4	-	-	(-, -)
		Avslut	66	36	33.4	5.7	1.17	0.22	(-0.09, 0.52)
		Uppföljning	66	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	13	13	34.4	4.9	-	-	(-, -)
		Avslut	13	5	33.8	7	0.4		
		Uppföljning	13	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	22	18	31.6	5.5	-	-	(-, -)
		Avslut	22	7	32.4	4.4	0.29		
		Uppföljning	22	0	-	-	-	-	(-, -)

Tvångssyndrom (OCD)

Tabell A5. Grad av tvångssymtom mätt med OCI-CV vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	OCI-CV			OCI-CV förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Jämtland	Psykiatri	Start	1	1	23	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	109	97	21	7.9	-	-	(-, -)
		Avslut	109	61	12.9	7.9	8.31	1.05	(0.82, 1.28)
		Uppföljning	109	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	55	26	19.8	8.6	-	-	(-, -)
		Avslut	55	16	12.8	6.9	7.25	0.84	(0.54, 1.14)
		Uppföljning	55	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	10	9	18	7.4	-	-	(-, -)
		Avslut	10	4	12.2	12.7	8.5		
		Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	20	8.5	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A6. Effektstorlekar och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 (10-50 poäng där 50 är högst livskvalitet) vid behandling av tvångssyndrom hos unga i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Jämtland	Psykiatri	Start	1	1	36	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	109	100	35.9	5.7	-	-	(-, -)
		Avslut	109	63	37.8	6.8	2.03	0.36	(0.11, 0.61)
		Uppföljning	109	0	-	-	-	-	(-, -)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	55	7	37.9	5.1	-	-	(-, -)
		Avslut	55	3	40.3	4.7	5.33		
		Uppföljning	55	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	10	8	38.5	8.5	-	-	(-, -)
		Avslut	10	2	34.5	3.5	-1.5		
		Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	3	2	42.5	7.8	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	38	1.4	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)

Sömnstörning

Tabell A7. Grad av sömnsvårigheter mätt med ISI-A vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	ISIA		ISIA förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Skåne	Psykiatri	Start	12	11	16.3	5.6	-	-	(-, -)
		Avslut	12	8	8.4	5.1	8	1.43	(0.75, 2.11)
		Uppföljning	12	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	2	2	13	2.8	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	5	-	6		
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)

Ingen mätning av KIDSCREEN för sömnstörning unga.

Magbesvär/IBS

Tabell A8. Grad av magbesvär mätt med PedsQL Gastro vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	PedsQL Gastro			PedsQL Gastro förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	63	60	53.9	16.3	-	-	(-, -)
		Avslut	63	57	59.5	13.7	4.98	0.31	(0.12, 0.49)
		Uppföljning	63	16	67.8	10.3	9.38	0.58	(0.17, 0.98)

Tabell A9. Undvikanden och kontrollbeteenden mätt med BRQ-C vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar för förändring inom individer, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	BRQ-C		BRQ-C förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	63	61	38.5	14.4	-	-	(-, -)
		Avslut	63	39	29.1	12.4	9.03	0.63	(0.41, 0.84)
		Uppföljning	63	16	25.4	6.0	10.81	0.75	(0.32, 1.18)

Tabell A10. Effektstorlekar och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 vid behandling av magbesvär hos unga i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	KIDSCREEN		KIDSCREEN förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	63	61	35.7	6.1	-	-	(-, -)
		Avslut	63	39	36.8	6.2	0.18	0.03	(-0.21, 0.27)
		Uppföljning	63	16	38.4	4.0	1.69	0.28	(-0.17, 0.73)