

# Årsrapport 2022

Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR



#### Registerhållare

Cecilia Svanborg  
Psykiatri Sydväst, SLSO  
[cecilia.svanborg@regionstockholm.se](mailto:cecilia.svanborg@regionstockholm.se)

Biträdande registerhållare och  
koordinator

Pontus Bjurner  
[pontus.bjurner@regionstockholm.se](mailto:pontus.bjurner@regionstockholm.se)

#### Styrgrupp SibeR

Gerhard Andersson, Linköpings universitet  
Lise Bergman-Nordgren, Örebro  
Joakim Ekberg, Östergötland  
Viktor Kaldo, KI och Växjö universitet  
Lina Martinsson, Stockholm  
Catharina Nordin, Norrbotten  
Elna Persson, Västra Götaland  
Amanda Simonsson, Uppsala  
Cecilia Svanborg, Stockholm  
Njördur Viborg, Skåne  
Sarah Vigerland, BUP, Stockholm

#### Författare av årsrapport

Cecilia Svanborg

#### Statistik

Ellen Frejd,  
Registercentrum Västra Götaland

#### Utvecklingsledare

Malin Frisk,  
Registercentrum Västra Götaland  
[malin.frisk@vgregion.se](mailto:malin.frisk@vgregion.se)

#### Huvudman och CPUA

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)  
Box 17914  
118 95 Stockholm

För mer information om kvalitetsregistret  
SibeR, se registrets hemsida  
[siber.registercentrum.se](http://siber.registercentrum.se)

## Innehåll

Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR .....	1
Indikatorer och utdata.....	9
Var står SibeR idag?.....	9
Utmaningar och vidareutveckling kommande år .....	11
Utvecklingen av SibeR hittills.....	12
Indikationsgrupper och registreringar .....	12
Utveckling kalenderår .....	13
Plattformar och program för behandling .....	13
Täckningsgrad .....	14
Utveckling i regionerna.....	14
<b>Stockholm</b> - breddning med fler enheter, indikationer och program .....	14
<b>Västra Götaland</b> – omorganisation och minskning.....	15
<b>Uppsala</b> – inspirerande exempel på datadriven utveckling i primärvården .....	16
<b>Örebro</b> – stabil central enhet med hög täckningsgrad och god datakvalitet .....	17
<b>Dalarna</b> - ökning i primärvård och anslutning av psykiatri .....	18
<b>Skåne</b> – utvecklingsprojekt inom BUP och vuxenpsykiatri .....	18
<b>Västernorrland</b> - komplement i vuxenpsykiatri .....	19
<b>Östergötland</b> – pilot och test med mjukvarurobot .....	19
<b>Jämtland</b> – anslutning av BUP och intresse från primärvården .....	19
<b>Norrbottnen</b> – anslutning med en pilotenhet .....	20
<b>Kalmar</b> – förberedelse för anslutning .....	20
<b>Sörmland</b> – pausad registrering men aktivt informatikarbete .....	20
<b>Västerbotten</b> – inledde men pausade anslutning .....	20
<b>Värmland</b> – ansluter brett under 2023 .....	21
<b>Västmanland</b> – dialog .....	21
Registrerade behandlingar 2022.....	22
Patienterna i SibeR .....	23
Kön och ålder .....	23
Alkoholbruk .....	24
Tillgänglighet till behandling .....	25
Ledtid vårdbegäran-behandlingsstart .....	25
Precision i diagnostik och urval .....	26
Stöd i behandlingen.....	28
Ren eller blandad internetbehandling.....	28
Behandlarens profession .....	29
Ångestsyndrom hos unga .....	30

IKBT för barn och unga .....	30
Värdering av behandlingsresultat hos unga .....	30
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	30
Behandlingseffekter .....	31
Fullföljande .....	32
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	33
Reflektion över resultaten för ångestsyndrom unga i regionerna .....	33
Social fobi hos unga .....	34
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	34
Behandlingseffekter .....	34
Fullföljande .....	35
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	36
Reflektion över resultaten för social fobi unga i regionerna .....	36
Tvångssyndrom/OCD hos unga .....	36
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	36
Behandlingseffekter .....	37
Fullföljande .....	37
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	38
Reflektion över resultaten för OCD unga i regionerna .....	38
Magbesvär/IBS hos unga .....	38
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	38
Behandlingseffekter .....	39
Fullföljande .....	39
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	39
Reflektion över resultaten för funktionella magbesvär .....	39
Diagnosgrupp ADHD hos vuxna .....	40
Om ADHD .....	40
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	40
Behandlingseffekter .....	41
Fullföljandegrad .....	41
Reflektion över resultaten för ADHD hos vuxna .....	41
Diagnosgrupp Magbesvär/IBS hos vuxna .....	42
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	42
Behandlingsresultat .....	42
Fullföljandegrad .....	43
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	43
Reflektion över resultaten för IBS hos vuxna .....	43

Diagnosgrupp Depression .....	43
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	43
Behandlingsresultat .....	44
Fullföljandegrad .....	45
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	46
Reflektion över resultaten för depression i regionerna .....	46
Diagnosgrupp Stressyndrom .....	47
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	47
Behandlingsresultat .....	48
Fullföljandegrad .....	48
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	49
Reflektion över resultaten för stressyndrom i regionerna .....	49
Diagnosgrupp Utmattningssyndrom (UMS) .....	50
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	50
Behandlingsresultat .....	50
Fullföljandegrad .....	51
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	52
Reflektion över resultaten för utmattningssyndrom i regionerna.....	52
Diagnosgrupp Sömnstörningar.....	52
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	52
Behandlingsresultat .....	53
Fullföljandegrad .....	54
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	54
Reflektion över resultaten för sömnstörning i regionerna.....	55
Diagnosgrupp Ångest- och orosyndrom .....	55
Dysmorfofobi (Upplevd fulhet) .....	55
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	55
Behandlingsresultat .....	55
Fullföljandegrad .....	56
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	56
Reflektion över resultaten för dysmorfofobi .....	56
Generaliserat ångestsyndrom (GAD) .....	57
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	57
Behandlingsresultat .....	57
Fullföljandegrad .....	58
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	59
Reflektion över resultaten för generaliserat ångestsyndrom .....	59

Hälsångest .....	59
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	59
Behandlingsresultat .....	60
Fullföljande .....	60
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	61
Reflektioner över resultaten för hälsångest i regionerna.....	61
Paniksyndrom.....	61
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	61
Behandlingseffekt.....	62
Fullföljande .....	62
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	63
Reflektioner över resultaten för paniksyndrom i regionerna .....	63
Social fobi .....	64
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	64
Behandlingsresultat .....	64
Fullföljande .....	65
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	66
Reflektioner över resultaten för social fobi i regionerna.....	66
Tvångssyndrom .....	66
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	66
Behandlingsresultat .....	67
Fullföljande .....	67
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	68
Reflektioner över resultaten för tvångssyndrom i regionerna .....	68
Ångesttillstånd.....	68
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper .....	68
Behandlingsresultat .....	69
Fullföljandegrad .....	70
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet .....	70
Reflektion över resultaten för ångesttillstånd.....	70
Metod .....	71
Effektstorlek .....	71
APPENDIX .....	72
Allmänt.....	72
Ångestsyndrom unga.....	75
Social fobi hos unga .....	77
Tvångssyndrom/OCD hos unga .....	78

Magbesvär/IBS hos unga .....	79
ADHD hos vuxna .....	80
Magbesvär/IBS hos vuxna .....	81
Depression .....	82
Stressyndrom .....	85
Utmattningsyndrom .....	87
Sömnstörningar .....	89
Dysmorfofobi .....	92
Generaliserat ångestsyndrom .....	93
Hälsoångest .....	95
Paniksyndrom.....	97
Social fobi .....	100
Tvångssyndrom .....	102
Ångestillstånd, ospecificerade.....	103

# SibeR 2022–2023

SibeR är ett Nationellt kvalitetsregister som stödjer ordnat införande och systematisk utvärdering av internetbehandlingar, både där kommunikation mellan patient och behandlare enbart är via behandlings-plattformen, och vid blandade behandlingar där vårdkontakter också sker i realtid. Behandlingar som *enbart* sker i realtid via bokade besök med videosamtal, telefon eller fysiska besök, dvs utan ett digitalt förmedlat behandlingsprogram, ingår inte.

Idag handlar interventionerna om Internet- KBT (IKBT). IKBT med behandlarstöd har i studier kunnat visa samma effekter som traditionellt förmedlad KBT (Hedman-Lagerlöf et al, WPA, 2023). Med IKBT kan man behandla och nå många fler patienter och på så sätt finns ett verktyg för att bättre avhjälpa bristen på evidensbaserade psykologiska behandlingar för våra stora folksjukdomar med depression, ångest- och stressyndrom, sömnstörningar och beteendemedicinska tillstånd.

## 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

Registret startade 2015 samtidigt som Inera AB lanserade Stöd- och behandlingsplattformen (SoB) som ett digitalt verktyg för regionerna att lägga in program för utbildning, stöd och behandling. Vi såg behovet av att bidra med kunskaper om nödvändiga vårdprocesser och ett uppföljnings- och lärandesystem som kan tillämpas för behandlingar för alla åldrar, inom psykiatri, primärvård och tillämplig somatisk vård. Vidgning av registret sker allt eftersom program för nya indikationer införs.

På så sätt kan man med stöd av SibeR ta tillvara digitaliseringens möjligheter; att 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.



## Indikatorer och utdata

För att driva utvecklings-och förbättringsarbete har SibeR fyra indikatorer som presenteras i statistikvisning online i realtid på SibeR:s webbplats. På en övergripande nivå finns några av dessa också presenterade på webbplatsen Vården i Siffor (VIS). Enskilda enheter kan använda sammanställningar i sina Resultatöversikter online för att få orensurerad statistik.

Årsrapporten kompletterar och fördjupar analyser av det som redovisas online. Först med en allmän del och sedan kan man välja läsa om det område som intresserar mest, samt fördjupa genom att se underlag i appendix.

### De fyra indikatorerna är:

- Behandlingsresultat - andel förbättrade av alla som startar behandling
- Fullföljandegrad – andel som gjort mer än 50 % av alla behandlingsavsnitt kompletterat med andel som fullföljt överenskommen behandlingstid
- Tillgänglighet – andel behandlingar som från tidpunkt vårdbegäran för psykologisk behandling till att patienten startat den har skett inom 30 dagar
- Strukturerad diagnostik – andel behandlingar som är bedömda med intervjustöd och enligt riktlinjer, som mått på precision i diagnostik och urval

## Var står SibeR idag?

**Täckningsgraden för 2022 var 64 %.** Det var 4 432 behandlingar som registrerades i SibeR av de 6 894 behandlingar som startade på etablerade och anslutna verksamheter. I vissa regioner och verksamheter var täckningsgraden väldigt hög (Uppsala 99 %, Örebro 94%, Stockholm 87 %, Västernorrland 87 %) medan andra hade lägre täckningsgrad (VGR 53 %, Dalarna 37 % och Skåne 17 %).

**Det är allt fler regioner och verksamheter som använder SibeR.** Samarbete finns med 15 regioner, varav några är i utvecklingsprocess. Det är över 300 anslutna enheter. Antalet registrerade behandlingar ökar år för år.

**Det finns uppföljning av behandlingar för patienter i alla (läskunniga) åldrar.** För 2022 var den yngsta 7 år och den äldsta 87 år.

**IKBT för barn och unga utvecklas i samverkan mellan vård, ämnesexperter och SibeR.** Utvärdering och metodutveckling sker, bl.a. kring patientrapporterade upplevelser (PREM) av psykologisk behandling hos barn och deras föräldrar, och i lärande dialoger.

**SibeRs utdata används systematiskt för att förbättra och utveckla vården.** Nära Vård Digitalt som erbjuder IKBT för Region Uppsalas alla invånare är ett av de inspirerande exempel som finns. Man har byggt processer som ger hög datakvalitet, utvecklat behandlingar och med stöd i data förbättrat behandlingsresultat och tillgänglighet. De presenterade sin verksamhet för andra regioner under SibeRs inspirationsdag februari 2023. SibeR har regelbundet riktade webbaserade möten med användare i regionerna.

**Patienter får psykologisk behandling i rimlig tid.** För anslutna enheter var det under 2022 median 25 dagar från vårdbegäran till behandlingsstart, med 25 % som startat inom 11 dagar (första kvartilen) och 75 % som startat inom 41 dagar (tredje kvartilen).

**Videosamtal som komplement till textkommunikation via plattformar har ökat efter pandemin.** Andelen internetbehandlingar med videosamtal har ökat från 0,7 % år 2019 till 12 % år 2022. Här finns stor potential att undersöka hur anpassat stöd påverkar resultat.

**SibeR är unikt - det enda kvalitetsregister som brett rapporterar behandlingsresultat för psykologisk behandling på sjukvårdande indikationer i Sverige.** Flera regioner inspireras av detta och vill ta reda på hur det går även för patienter i traditionellt förmedlade behandlingar. Man inför liknande indikatorer och SibeRs utfallsmått. I tider av begränsade resurser är bedömning av vad som fungerar, och inte fungerar, centralt.

**Behandlingseffekterna av IKBT för vuxna är goda för flertalet diagnosgrupper.** Det finns förstås variationer men där det finns bra data ser vi fina resultat för:

- Depression – höga effekter på symtom och medelhöga på funktion
- Stressyndrom – höga effekter på symtom och medelhöga på funktion
- Utmattningsyndrom (UMS) **NYTT** – visas nu separat, nytt program för UMS visar höga effekter både på symtom och funktion i Uppsala
- Sömnstörningar/insomni – mycket höga effekter på symtom och upplevd sömnkvalitet
- Hälsoångest – hög effekt på symtom och medelhög effekt på funktion
- Paniksyndrom – hög eller medelhög effekt på symtom, medelhög effekt på funktion
- Social fobi – höga eller medelhöga effekter på symtom och medelhög effekt på funktion
- Generaliserat ångestsyndrom (GAD) **NYTT** – visas nu separat, både nya specifika GAD-program och transdiagnostiska program har visat höga effekter
- Ospecificerade ångesttillstånd – medelhöga effekter på symtom
- Dysmorfofobi (upplevd fulhet) – hög effekt på symtom
- Tvångssyndrom – medelhöga effekter på symtom.
- Magbesvär/IBS – medelhöga effekter på magsymtom, mycket höga effekter på minskade undvikanden och kontrollbeteenden, medelhöga effekter på funktion.

**Registreringar och behandlingsutfall för nya indikationer börjar nu komma, **NYTT**, för:**

- ADHD hos vuxna
- Alkoholbrukssyndrom
- Hetsätning

**Vi ser framgångar med och arbetar vidare med strukturerad journalföring och överföring av data från journal till SibeR.** Tillsammans med flera regioner har vi arbetat fram strukturerade journalmallar för internetbehandling och integrationslösningar. Överföring av data från journal till SibeR har skett i VGR sedan 2019 (via Medrave) och i Stockholm sedan 2021 (via IVR). **NYTT**: Sedan sommaren 2023 finns nu även automatisk överföring från det gamla journalsystemet Melior i Skåne och är förberett inför regionens övergång till Millennium 2024–25. Man avser då ansluta även primärvården till SibeR.

Cosmic och Sussa-regioner: SibeR har arbetat fram en informationsspecifikation enligt nationellt fackspråk till två tredjedelar. Arbetet inleddes 2018 i samarbete med Region Uppsala men Uppsala kunde inte fullfölja. Arbetet återupptogs i samarbete med Region Östergötland 2019 men sattes på paus 2020 när Kundgrupp Cosmic valde andra prioriteringar. Samarbete sker med Sussa-gruppens arbetsströmmar kring informatik och journalkomponent "Internetförmedlade behandlingsprogram" med ambitionen att den ska utgöra underlag för en överföring från Cosmic via tjänstekontrakt till SibeR.

**SibeR är en aktiv del av nationell kunskapsstyrning.** 1) Registerhållaren är medlem i Nationell arbetsgrupp (NAG) depression och ångest som nu lanserar ett Personcentrerat och Sammanhållet Vårdförlopp (PSVF) för depression. 2) Registerhållaren deltog i förstudie och är nu medlem i nyinrättade NAG Strukturerad Vårdinformation i specialistpsykiatri. 3) Som ett interventionsregister för psykologisk behandling har det sedan start varit centralt att definiera utfall och säkra standardiserade, patientrapporterade mått (PROM) för diagnosgrupper och funktion/hälsorelaterad livskvalitet. Registerhållaren är medlem i referensgrupp för Nationell tjänst för insamling av patientrapporterade data (NAFS).

**SibeR används som datakälla i forskning.** 1) Data från SibeR används i en sammanställd, men ännu ej publicerad studie om organisationens betydelse för implementering av IKBT i Västra Götaland. 2) En longitudinell studie om utfall för hälsa, sjukvårdskonsumtion och hälsoekonomi av IKBT-implementering i Region Uppsala är etikgodkänd med nu ett första datauttag för perioden 2018–2022. Man avser följa flera kohorter med datauttag ända fram till och med 2030 och kombinera detta med data från offentliga hälsoregister.

**SibeR är väl förankrat i professionsföreningarna.** Senaste medverkan i konferenser: Europeiska och svenska föreningen för Internetbaserade interventioner (Esrii, Swesrii), Svenska Psykiatrikongressen 2022 och 2023. Registerhållaren fick Beteendeterapeutiska föreningens "Sten Rönnerbergs pris för livsgärning för KBT" 2022. Artiklar om SibeR är publicerade i Psykologtidningen och tidskrifterna för KBT-föreningarna.

## Utmaningar och vidareutveckling kommande år

Det är ett kritiskt läge på grund av byten av informationssystem i regionerna 2024–25. Flera av de nio sussa-regionerna pausar eller avvaktar anslutning tills övergången är klar, andra kämpar på med manuella registreringar. Flera "gamla" Cosmic-regioner ansluter nu, med satsningar på nya journalmallar och utbildning som del av digital vårdutveckling. Här önskar man också överföring. SibeR rör inte över besluten i regioner och kundgrupper men gör allt vi kan.

I dialog med användare i regionerna så vidareutvecklar SibeR nu sin statistikvisning och lärande möten. Engagemanget, suget efter återkoppling och viljan till att förbättra är lovande för framtiden.

Några regioner har nu väl fungerande strukturer för att bedriva internetbehandling, andra behöver stöd kring vårdprocesser och datadriven utveckling. Flera regioner har fått fart på digitaliseringsplaner i samband med pandemin och vill möta behoven hos invånarna i egna lösningar, oberoende av nätbolagen. Alla regioner borde vilja följa upp sina satsningar.

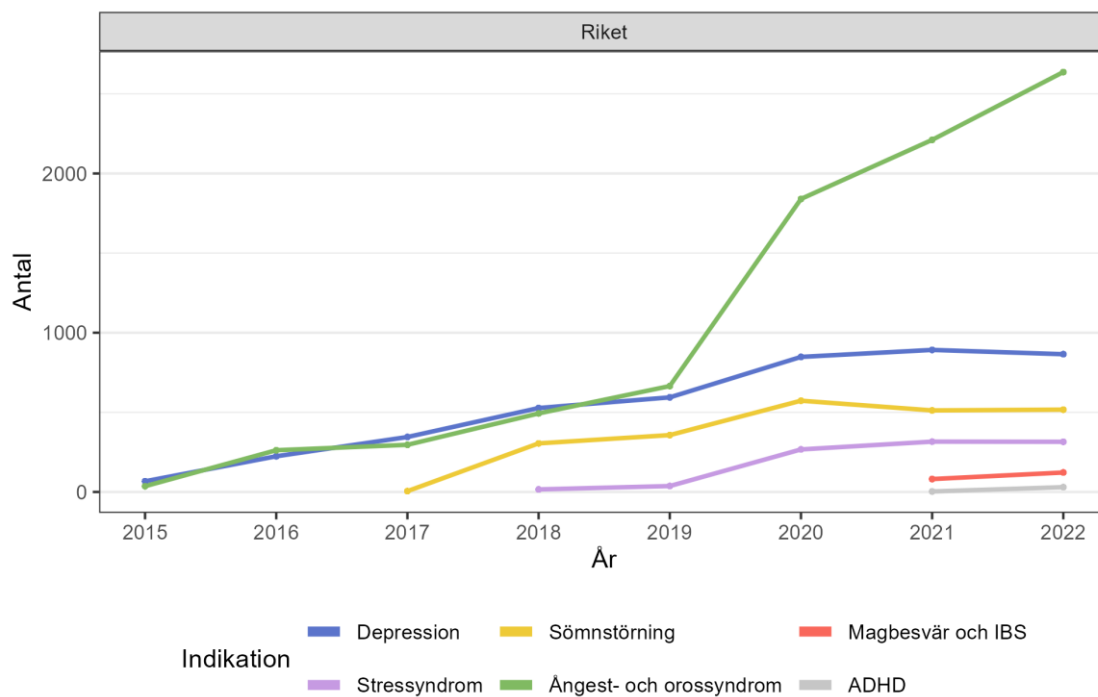
Vi vill fortsätta arbetet med att stödja ordnat införande och inspirerande kunskapsutbyte. Det framkom många önskemål på SibeR:s inspirationsdag. Ett område som pekats ut är lärande kring hur man kan öka fullföljandegrad av behandlingarna.

## Utvecklingen av SibeR hittills

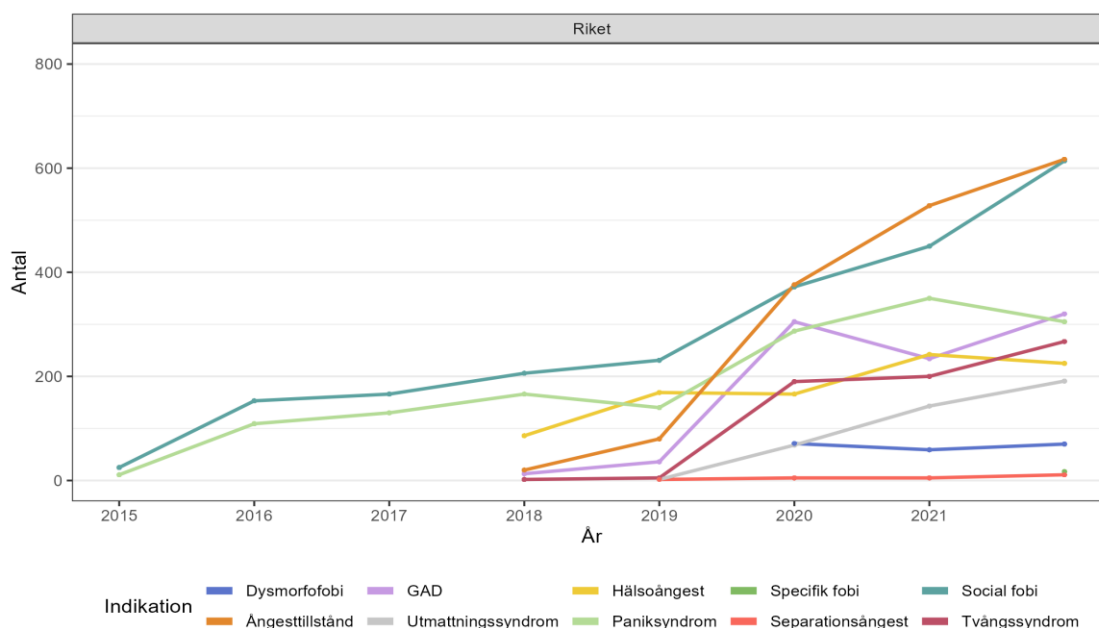
### Indikationsgrupper och registreringar

Datauttagen för åren baseras på behandlingar som startade kvartalet innan kalenderåret (kvartal 4) till och med kvartal 3 för kalenderåret. I rapporten har vi använt denna definition om inte annat anges. Antalet registrerade behandlingar fortsatte att öka, se figur 1. Figur 2 visar indikationer inom gruppen Ångest- och oros-syndrom.

Indikationerna IBS/magbesvär och ADHD introducerades under 2021 och visade ingen större ökning under 2022. Nya indikationer för 2022, hetsätning och alkoholbruks-syndrom, kunde inte börja registreras under året på grund av tekniska förseningar i överföring från journal. Ökningen skedde främst inom ångest-och orossyndromen, mest för social fobi och ospecifika ångesttillstånd, se figur 2.



**Figur 1. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2022\* uppdelat i övergripande diagnosgrupper (\*startat Q4 föregående år till och med Q3 innevarande år)**



**Figur 2. Antal startade behandlingar för indikationer som registrerats i SibeR 2015–2022 inom gruppen ångest- och oros-syndrom**

Av misstag finns även indikationsgruppen Utmattningssyndrom med i figur 2. Det är glädjande att se hur allt fler grupper av patienter har chans att få evidensbaserad behandling i takt med att program för nya indikationer tas i bruk för vuxna, barn och ungdomar i reguljär vård.

### Utveckling kalenderår

I tabellen nedan visas utveckling av antal deltagande regioner och registrerande enheter från starten av SibeR, redovisat för kalenderår. Vi ser en stadig utveckling av anslutningar, ibland lite språngvis.

**Tabell 1. Antal deltagande regioner och registrerande enheter, kalenderår 2015–2022**

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antal deltagande regioner	2	3	3	4	6	9	10	12
Antal registrerande enheter	2	3	3	14	65	175	177	303

### Plattformer och program för behandling

Under 2022 bedrevs internetbehandlingar i reguljär vård i Sveriges alla regioner utom i Blekinge, men i varierande omfattning. Majoriteten bedrevs på den nationella plattformen Stöd och Behandling (SoB). Inera AB, som ägs av Sveriges Kommuner och Regioner, förvaltar SoB som en av sina digitala invånartjänster. SoB är en säker teknisk plattform som i sig inte har ett innehåll. Det är okänt i vilken omfattning nätbolagen bedriver internetbehandling, även om vi har kontakt med några av dem. SibeR lanserades 2015, samma år som SoB lanserades som en förutsättning för alla regioner att bedriva internetbehandling.

Under 2022 upphandlade de flesta regioner behandlingsprogram från företag, men några hade egenutvecklade program. På Ineras websida presenteras statistik över vilka program som startat över tid i respektive region i SoB (Inera, [https://www.inera.se/tjanster/stod\\_behandling/](https://www.inera.se/tjanster/stod_behandling/)).

Vi ser en utveckling med att allt fler regioner vill utveckla egna behandlingsprogram och kunna använda sig av andra regioners vetenskapligt och i vården utprovade program. I viss mån har detta börjat ske eftersom man börjat se lösningar på de juridiska hinder som funnits.

SibeR fyller viktiga funktioner genom att återkoppla kring hur programmen fungerar i olika vårdssammanhang och genom att man på SibeRs webbplats kan man ta del av beskrivningar av behandlingsprogrammen, se flikar "Om SibeR", "Behandlingsprogram".

## Täckningsgrad

Implementering och utveckling av internetbehandling sker ojämnt i landet. Det är omöjligt att beräkna anslutningsgrad eftersom internetbehandling bedrivs på allt från enskilda vårdcentraler till specialiserade enheter inom flera olika vårdgrenar. Med tanke på detta och på den tid det tar att arbeta upp processerna har styrgruppen för SibeR för 2022 bestämt att beräkna täckningsgrad baserat på de regioner som är anslutna och har etablerad verksamhet. Vi tar inte med de verksamheter som nyligen startat sin anslutningsprocess. Syftet med att beskriva täckningsgrad handlar ju om att bedöma om data är tillräckligt representativa för att kunna bidra till förbättrad vård.

Täljare är antalet registrerade behandlingar och nämnaren är antalet startade behandlingar i etablerat anslutna verksamheter. Uppgifter för nämnaren baseras på data över startade behandlingsprogram från Ineras statistik, underlättat av en power BI-app som utvecklats av Region Östergötland.

Med detta underlag beräknas att **täckningsgraden för 2022 var 64 %**. Det var 4 432 behandlingar som registrerades i SibeR av de 6 894 behandlingar som startade på etablerade och anslutna verksamheter. I vissa regioner och verksamheter är täckningsgraden väldigt hög (Uppsala 99 %, Örebro 94%, Stockholm 87 %, Västernorrland 87 %) medan andra har lägre täckningsgrad (VGR 53 %, Dalarna 37 % och Skåne 17 %). En sammanställning över registrerade och startade internetbehandlingar i alla 21 regioner finns i tabell A1 i rapportens appendix.

## Utveckling i regionerna

I årets rapport vill vi översiktligt beskriva vad som händer i relation till SibeR för de regioner där vi varit verksamma under året. Datauttaget för sammanställd statistik gjordes i januari och presenterades översiktligt för användarna på SibeRs Inspirationsdag februari 2023, samt i vissa delar på ett symposium om internetbehandling på Svenska Psykiatrickongressen mars 2023. Årsrapporten skrivs ett halvår senare så en del intressant information från 2023 har fått komma med.

### Stockholm- breddning med fler enheter, indikationer och program

#### *IKBT inom psykiatri*

Psykiatri Sydväst med Internetpsykiatri och mottagningen för OCD är som tidigare de största vårdgivarna av IKBT i regionen med egna utvecklade behandlingsprogram. Man erbjuder IKBT för regionens alla invånare oavsett var de har sin vanliga vårdkontakt, dvs patienter behöver inte ha sin vanliga vårdkontakt inom psykiatri. Patienter från andra delar av landet kan också söka, genomgå bedömningar via videosamtal och få IKBT. Psykiatri Sydväst medverkande både på Inspirationsdagen och på Psykiatrickongressen med att Internetpsykiatri bland annat berättade om sin modell för organisation för digital vård och OCD-mottagningen om hur man lyckats bygga en väl fungerande vårdprocess för integrerad IKBT på en mottagning som framför allt bedriver vård i fysiska möten.

Täckningsgraden för IKBT inom vuxenpsykiatri var 87 % med 1449 registrerade av 1660 startade behandlingar.

Under 2022 inledde Capio psykiatri internetbehandlingar med dokumentation i specifika journalmallar för IKBT och överföring via regionens sök- och valideringsverktyg IVR. Andra privata vårdgivare som Wemind och Prima psykiatri inledde förberedelser för anslutning.

I regionens offentliga psykiatri, organiserad inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), har det även etablerats specialenheter för internetbehandling inom Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ) – Enheten för Utredning och Digital vård, och inom Beroendecentrum- eStödsenheten. Båda dessa enheter inledde anslutningsprocess med SibeR under 2022. För enheterna innebar det att tillsammans med SibeR se över vårdprocesser och program, bygga anpassade journalmallar och inte minst utreda och standardisera utfallsmåtten tillsammans med experter bland annat från kvalitetsregistren RiksÄt och Bättre Beroendevård. Utfallsmåtten för de nya indikationerna Alkoholbrukssyndrom och Hetsätning bestämdes till Veckokonsumtion alkohol (TLFB) och EDE-Q. Planen var att registrering skulle starta under hösten 2022 men den fördröjdes på grund av förvaltningsproblem för IVR-verktyget. Från och med december 2022 registreras behandlingar som startade på SCÄ, och från maj 2023 på Beroendecentrum i SibeR.

#### *IKBT inom BUP*

Enheten BUP internetbehandling bedriver IKBT för unga inom region Stockholm sedan 2020. Man vidgade behandlingsutbudet från ångestsyndrom till magbesvär/IBS och OCD under 2021. Under 2022 började BUP OCD-mottagning bedriva IKBT för OCD och registrera i SibeR via de specifika journalmallarna. Verksamheten inom BUP ökar. Man medverkade på Inspirationsdagen och berättade om forskning med behandlingsprogram för social fobi hos unga som kommer implementeras på enheten. Täckningsgraden för BUP var 86 % med 181 registrerade av 210 startade behandlingar.

#### *IKBT inom primärvården*

Akademiskt primärvårdscentrum vid Gustavsbergs vårdcentral, SLSO, började föra över data om sina internetbehandlingar i reguljär vård under 2022. Man bedriver fortfarande forskning på ett eget utvecklat IKBT-program för stress- och utmattningsproblematik och registrerar inte dessa studiebehandlingar i SibeR.

IKBT bedrivs även inom Capio primärvård som inte registrerar i SibeR. Anslutnings- och täckningsgraden inom primärvården var därmed låg under 2022.

### **Västra Götaland – omorganisation och minskning**

#### *IKBT för vuxna i primärvården*

I VGR, som hade stor ökning under 2020, så skedde det under 2021 en minskning av antal startade behandlingar vilket minskade ytterligare under 2022, se figur 4.

IKBT bedrivs decentraliserat på hundratals vårdcentraler och nästan alla har en halvautomatisk överföring av data från sina journalsystem via Medrave till SibeR, se regionens websida, vårdgivarwebben: <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/e-tjanster/sob/behandling/>. Majoriteten av behandlingarna bedrivs inom den offentliga vården vid Närhälsans åtta områden, men stora delar också hos privata vårdgivare som Capio, Bräcke Diakoni, Praktikertjänst och Medtanken med flera. IKBT bedrivs också på en digital Ungdomsmottagning. Under 2022 avskaffades det regionala stödet för införande av internetbehandling i syfte att vårdgivarna själva nu skulle hantera fortsatt utveckling. Med hänsyn till att det finns överföring från journal borde täckningsgraden kunna öka från aktuella 50 % (1185 registrerade av 2350 startade), men den decentraliserade modellen medför utmaningar.

### *IKBT för unga inom primärvården*

Ungas psykiska hälsa (UPH) är ett tilläggsuppdrag inom Vårdval Vårdcentral och innebär en resursförstärkning på 25 befintliga vårdcentraler inom VGR. Målet är att erbjuda stöd till barn och unga (6–17 år) och deras familjer i form av korta behandlingsinterventioner, enskilt eller i grupp. IKBT med programmet Ångesthjälpen Ung är en av de interventioner som erbjuds.

Medtanken är den vårdgivare som bedriver mest IKBT för unga i VGR. Medtanken är resultatet av en nylig sammanslagning av tre vårdgivare och man beslöt att under 2022 utse egna samordnare för IKBT. Samordnaren för IKBT för unga, Sarah Hedén, berättade på SibeRs nationella Inspirationsdag om hur de byggt rutiner för vårdprocesser, uppföljning och vårdutveckling med stöd av SibeR-data. Täckningsgraden för IKBT för unga var god i VGR, 84 % (109 registrerade av 130 startade).

### *IKBT inom vuxenpsykiatri*

IKBT bedrivs sedan några år inom allmänpsykiatri och beroendevård Sahlgrenska för sömnstörning och depression, samt inom psykiatri i Skaraborg. Man har försökt implementera en modell där IKBT bedrivs integrerat på mottagningarna men upptäckt att det är svårt och vi ser att antalet behandlingar har minskat. De berättade om sina erfarenheter på Psykiatrikongressen. Under 2022 kom psykiatri i NU-sjukvården framgångsrikt i gång med IKBT. Täckningsgraden inom psykiatri var 76 % (29 registrerade av 38 startade) vilket är en ökning jämfört med föregående år.

### *Uppsala – inspirerande exempel på datadriven utveckling i primärvården*

#### *IKBT för vuxna*

Under 2021 genomförde primärvården i Region Uppsala en omorganisation av sin digitala vård till en central enhet för digital vård för hela regionens befolkning, Nära Vård Digitalt. Under 2022 fortsatte denna enhet att utvecklas väl med breddning av vårdutbud och systematiskt kvalitetsarbete med stöd av utdata från SibeR. Man startade behandlingar med nya behandlingsprogram för generaliserat ångestsyndrom och för hälsoångest.

Med systematiskt arbete har man lyckats öka antal behandlingar och förbättrat behandlingsresultat. Man har uppnått en exceptionellt hög täckningsgrad på 99 % (742 registrerade av 750 startade behandlingar) och god datakvalitet. Det gör att det verkligen går att dra slutsatser från SibeR-data, särskilt när man fördjupar analyserna av data från SibeR integrerat med andra datakällor. Nära Vård Digitalt är ett inspirerande exempel för andra regioner och de presenterade sin verksamhet för andra regioner under SibeRs inspirationsdag februari 2023. Här visas en bild från deras presentation under Inspirationsdagen.

### **Förbättrings- och kvalitetsarbete på KBT via nätet**

#### **Arbeta datadrivet med kvalitet**

- ⊙ Utvärderingar av en specifik period och löpande kvalitetsuppföljning
  - ⊙ Utdata från SibeR, Cosmic och SoB
  - ⊙ Pilotstudier/projektrapporter
  - ⊙ Kvalitetsindikatorer och nyckeltal över tid
  - ⊙ Års- och kvartalsrapporter
  - ⊙ Patientutvärdering
- ⊙ Kvalitetsmöten och kvalitetsrutin

#### **Andra kanaler för förbättringsarbete**

- ⊙ Årlig utvärdering av introduktion, fortbildning och handledning
- ⊙ Personalens förbättringsförslag
- ⊙ Avvikelser
- ⊙ Arbetsmiljöindex varje APT
- ⊙ Teamuppdrag KBT via nätet – uppdateras årligen i samband med planeringsdagar
- ⊙ Synpunkter och förbättringsförslag behandlingsprogram från psykolog och patienter

**Figur 3. Struktur för förbättringsarbete av internetbehandling vid Nära Vård Digitalt i Uppsala**



### IKBT för unga

Under 2022 pågick arbete för att överföra ett behandlingsprogram för sömnstörning till Stöd- och behandlingsplattformen från ett program som använts inom ett forskningsprojekt i regionen. Man planerade för att starta IKBT för sömnstörning för regionens alla unga på Barn- och ungdomsmedicinskt centrum som ett led i regionens arbete med att öka tillgången till psykologisk behandling inom första linjen för ungas psykiska hälsa. Utvecklingen stöds från Nära Vård Digitalt.

SibeR bidrog i utvecklingen med att i samarbete med forskare arbeta fram vilket utfallsmått, och med vilken godkänd version, effekterna för behandling av sömnstörning hos unga ska följas upp. Vi landade i att använda ungdomsversionen av Insomnia Severity Index, ISI-A, en för unga anpassad version av den svenska akademiska översättningen av ISI.

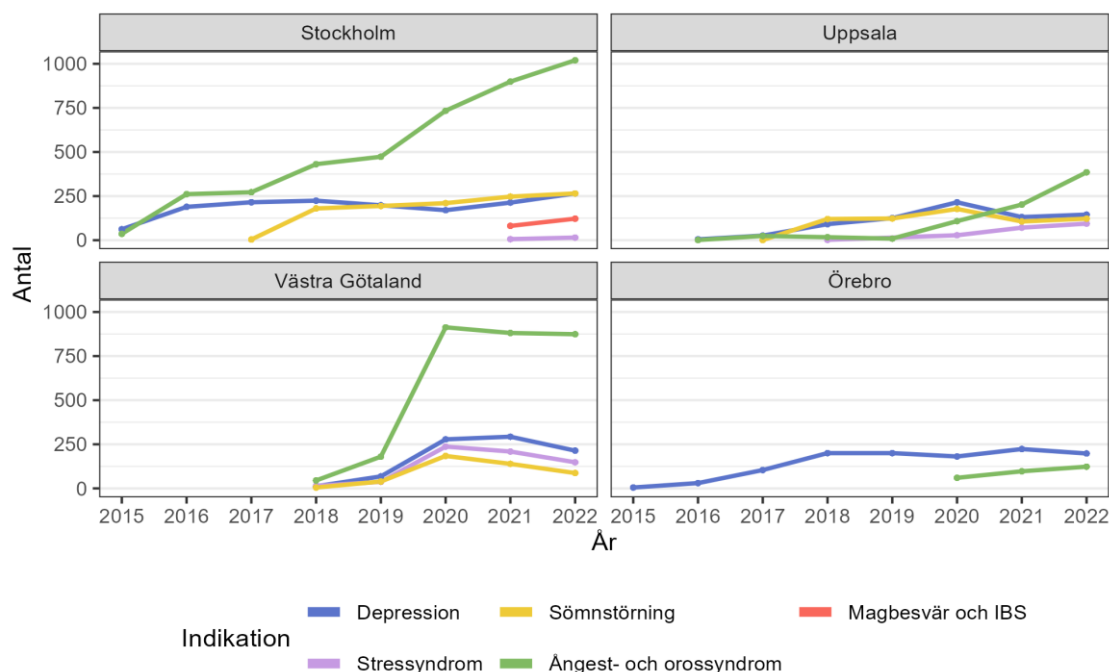
### IKBT inom vuxenpsykiatri

Uppsala psykiatri har varit anslutna till SibeR allt sedan registret startade 2015 via enheten där man bedriver IKBT på en enhet för unga vuxna (18–25 år). Det har varit svårt att utveckla verksamheten och vi ser att antalet behandlingar minskade ytterligare under 2022. Täckningsgraden var här 33 % (4 av 12 startade behandlingar registrerades).

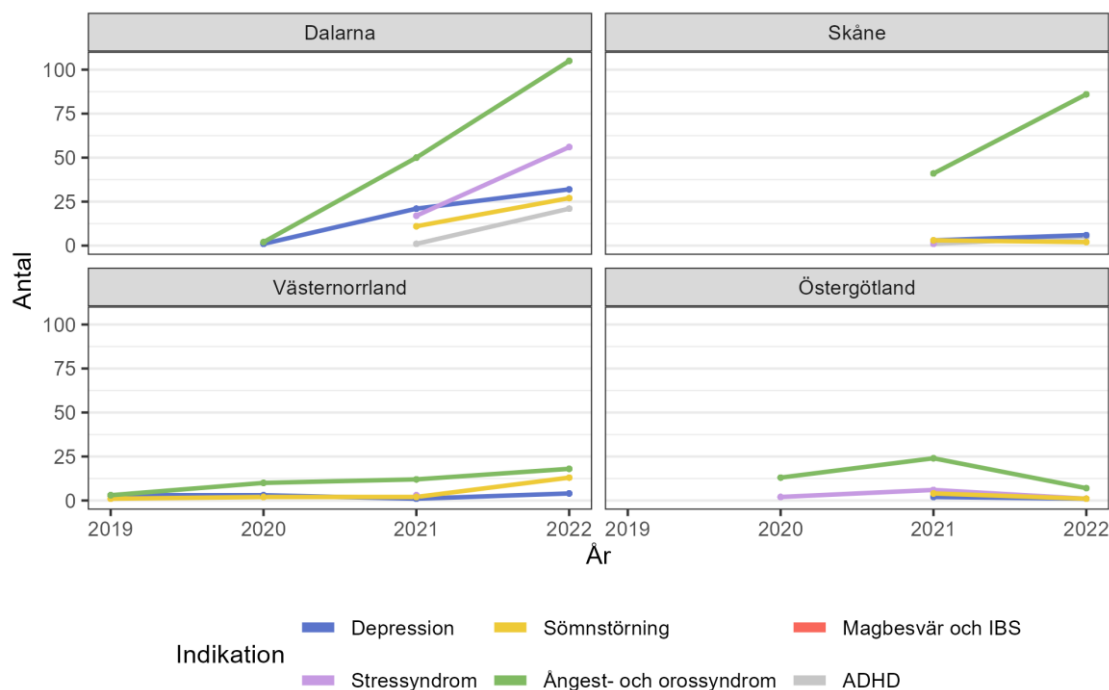
### Örebro – stabil central enhet med hög täckningsgrad och god datakvalitet

#### IKBT för vuxna

Från starten 2015 så organiserades den digitala psykologiska behandlingen i form av IKBT för depression via en central enhet inom psykiatri i Region Örebro men i samverkan med primärvården som bidrar med behandlare. Alla invånare i regionen, oavsett vårdnivå, kan söka vård och man tar även emot patienter från andra regioner. Under 2020 introducerades behandling för paniksyndrom och under 2021 för social fobi. Man registrerar manuellt med väl utarbetade rutiner och dokumenterar i journalsystemet Infomedix. Täckningsgraden var 94 % (321 registrerade av 340 startade) under 2022.



Figur 4. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2022 uppdelat i övergripande diagnosgrupper för regioner med högre antal registrerade



**Figur 5. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2022 uppdelat i övergripande diagnosgrupper för regioner med lägre antal registrerade och som registrerat senaste två åren**

### Dalarna - ökning i primärvård och anslutning av psykiatri

#### *IKBT och VKBT för vuxna i primärvården*

Region Dalarna började komma i gång med sina manuella registreringar av IKBT från vårdcentraler i primärvården under hösten 2021. Man etablerade och började även registrera från "Min Vård", en regiondriven enhet för videobaserad kognitiv beteendeterapi (VKBT) med stöd av egenutvecklade behandlingsprogram. Under 2022 ökade registreringar så att täckningsgraden ökade från 9 % till 37 % (IKBT på vårdcentraler 32 %, 213 registrerade av 660 startade; VKBT på Min Vård 60 %, 60 registrerade av 106 startade behandlingar).

Ledningen för primärvården gav utvecklingsledaren på Min vård, Jeremy Wihdén, mandat att också stödja IKBT på vårdcentralerna, inklusive dokumentation och uppföljning i samarbete med SibeR. Ett hinder för ökad täckningsgrad är manuell registrering och man hoppas på en överföring från journal när regionen går över till Cosmic tillsammans med övriga Sussa-regioner.

#### *IKBT inom psykiatri*

Under 2022 började en enhet inom psykiatri att registrera i SibeR. Man behandlar med Livandas ADHD-program på en enhet i Mora för utredning och korta behandlingar.

### Skåne – utvecklingsprojekt inom BUP och vuxenpsykiatri

#### *IKBT inom psykiatri, VUP och BUP inklusive första linjen*

SibeR upprättade ett samarbetsprojekt med Förvaltning psykiatri, habilitering och hjälpmedel under 2021 i syfte att stödja implementering och kvalitetsuppföljning av IKBT inom vuxen-, barn- och ungdomspsykiatri i samverkan med vårdutvecklare och psykoterapiansvariga. Under 2022 genomfördes ett antal möten med behandlare och ansvariga för psykologisk behandling. Under 2022 skedde en ökning av registreringar från 5 % till 17 % (VUP 13 %, 34 registrerade av 255 startade behandlingar; BUP 19 %, 66 registrerade av 340 startade behandlingar).

Ett stort gemensamt arbete lades ned på att skapa IKBT-anpassade journalmallar i det befintliga journalsystemet Melior. För att ge bättre förutsättningar till att öka täckningsgrad beslöt regionen att satsa på att bygga en helautomatisk överföring från dessa mallar i Melior till SibeR. Parallellt skapades mallar och mappningar för kommande journalsystem Cerners Millenium i projektet Skånes Digitala Vårdsystem (SDV). Överföringen från Melior kom i drift sommaren 2023.

Andra viktiga insatser i Skåne har varit att skapa bra användarguider för IKBT avseende vårdprocesser, dokumentation och utvecklingsarbete. Skåne presenterade sitt arbete på Psykiatrikongressen.

#### *IKBT inom primärvården*

Det finns intresse för att också ansluta IKBT som bedrivs inom primärvården till SibeR. Skåne har här gjort en rejäl satsning med stor ökning av antal behandlingar. Primärvården använder idag journalsystemet PMO och det är inte aktuellt att bygga IKBT-anpassade mallar i detta system. En bred anslutning av primärvården kan därför först bli aktuell när regionen går över till SDV.

#### Västernorrland - komplement i vuxenpsykiatri

##### *IKBT i psykiatri*

Västernorrland anslöt under 2019 med några vuxenpsykiatriska mottagningar där man bedriver IKBT som en kompletterande insats i utbudet. Under 2022 var täckningsgraden hög, 87 % (39 registrerade av 45 startade behandlingar).

##### *IKBT i primärvården*

Det har funnits diskussioner om att utveckla IKBT som bedrivs inom primärvården, men regionala omorganisationer har hindrat. Man journalför i NCS Cross och psykiatri registrerar manuellt. Det finns förhoppningar om att övergången till Cosmic kommer leda till överföring från journal till SibeR och därmed öppna för anslutning även av primärvården.

#### Östergötland – pilot och test med mjukvarurobot

##### *IKBT i primärvården*

Östergötland anslöt i slutet av 2019 med två pilotenheter. Under 2020–21 byggdes specifika, SibeR-anpassade journalmallar för IKBT och syftet var att skapa en överföring via nationella tjänstekontrakt från Cosmic till SibeR. Arbetet avbröts på grund av andra prioriteringar.

Man har fortsatt registrera manuellt från pilotenheter men valt att inte bredda till hela primärvården där IKBT bedrivs decentraliserat på vårdcentraler i regionen. Under 2022 inleddes test med mjukvarurobot som datainsamlare från journal vilket fortsätter hösten 2023. Förutsättningen för bred anslutning av Östergötland är antingen överföring via NKRR eller via förvaltd mjukvarurobot under 2024. Täckningsgraden för 2022 blev mindre än 1 %.

#### Jämtland – anslutning av BUP och intresse från primärvården

##### *IKBT för unga på BUP*

Barn och ungdomspsykiatri i Östersund erbjuder IKBT med behandlingsprogram för ångestsyndrom hos barn och unga från BUP Internetbehandling i Stockholm. Man anslöt till SibeR under 2022 och täckningsgraden blev 46 % (18 registrerade av 39 startade behandlingar). Under året har man samverkat med SibeR kring att bygga rutindokument och haft datadrivet utvecklingsteam.

##### *IKBT för vuxna i primärvården*

IKBT bedrivs för vuxna med Psykologpartners behandlingsprogram på vissa vårdcentraler i region Jämtland/Härjedalen. Man har problem med ojämlig tillgång till psykologisk behandling på grund av långa avstånd och brist på behandlare med den rätta kompetensen. SibeR har under året medverkat

i dialoger med chefer och utvecklingsledare kring möjliga vägar att stödja utveckling och organisering av digital vård. Det finns intresse för anslutning, förankringsarbete pågår.

## **Norrbotten** – anslutning med en pilotenhet

### *IKBT för vuxna i primärvården*

IKBT bedrivs på ett antal vårdcentraler i Norrbotten med Livandas behandlingsprogram. Dialog har länge förts kring anslutning till SibeR men regionen har genomgått omorganisationer som tagit kraft. Under 2022 anslöts en pilotenhet, vårdcentralen Laponia i Gällivare. Täckningsgraden är låg, 1 %, med 2 registrerade av 153 startade behandlingar i regionen.

Norrbotten använder journalsystemet VAS och ingår i Sussa-gruppen som ska gå över till Cosmic under 2024. Man har förhoppningar om att då få överföring från journal till SibeR och därmed få högre anslutning och täckningsgrad.

## **Kalmar** – förberedelse för anslutning

### *IKBT i psykiatri*

Psykiatri och BUP i Kalmar var i process för anslutning till SibeR under 2021. Man noterade behov av att byta typ av behandlingsprogram för att kunna fånga patientens skattningar och behov av mer funktionella journalmallar. Arbetet pausades därefter.

### *IKBT i primärvården*

Under 2022 och våren 2023 bedrevs förberedande arbete kring rutiner, program och journalmallar i Cosmic för att kunna ansluta IKBT i primärvården under hösten 2023.

## **Sörmland** – pausad registrering men aktivt informatikarbete

### *IKBT i primärvården*

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

Sörmland ingår i sussa-gruppen och under 2022 bidrog man tillsammans med SibeRs registerhållare att göra specifikation för informatiskt standardiserade journalmallar för internetbehandling till sussa-gruppens kommande informationssystem för både psykiatri och primärvård.

## **Västerbotten** – inledde men pausade anslutning

### *IKBT i psykiatri*

Västerbotten har haft införande av IKBT i omgångar sedan 2016 inom primärvård och psykiatri. SibeR har sedan 2018 haft dialog med nätverk för IKBT och chefer i regionen kring anslutning. Under 2021 beslöt man att ansluta psykiatriska mottagningar i Södra Lappland och i Skellefteå. Två pilotenheter anslöt och började registrera. Man beslöt sedan att avbryta anslutningen på grund av andra prioriteringar och organisatoriska faktorer.

Regionen har dock framfört önskemål om att SibeR prioriteras för informatik inför Sussa-gruppens kommande journalsystem.

### *IKBT i primärvården*

IKBT inom primärvården har utvecklats fram för allt inom Umeå-området. Dialog förs kring samverkan med SibeR.

## Värmland – ansluter brett under 2023

### *IKBT i primärvården*

Värmland bedriver IKBT på vårdcentraler allt sedan införandet av Stöd- och behandlingsplattformen 2016. De senaste åren har man märkt att det blivit svårt att vidmakthålla produktionen i en decentraliserad modell, vilket lett till diskussion om att omorganisera den digitala vården och ta stöd från SibeR i detta arbete. Man har under 2023 fattat beslut att ansluta primärvård till SibeR. För att underlätta dokumentation och uppföljning utvecklas journalmallar för IKBT i Cosmic. SibeR medverkar i fortbildning för behandlare kring vårdprocess, diagnostik och skattningar.

### *IKBT i psykiatrin*

Det finns intresse för samverkan med SibeR när det gäller uppföljning av behandlingsprogram för ADHD.

## Västmanland – dialog

### *IKBT i psykiatrin och primärvården*

Dialog pågår kring förutsättningar för utveckling av kompletterande digital vård och anslutning till SibeR med ledningen för psykiatrins öppenvård, samt med ansvariga i primärvården.

## Registrerade behandlingar 2022

Antalet startade och registrerade behandlingar under 2022 visas i tabell 2 (för vuxna) och tabell 3 (för barn och unga). Urvalet av behandlingar baseras på om programmen är skapade för vuxna eller barn/unga. Det var 4 486 (jämfört med under 2021 3 973) behandlingar som registrerades som startade under kvartal 4 2021 fram till och med kvartal 3 2022 och för vilka internetbehandlingen borde ha avslutats under kalenderåret 2022. För barn och unga var nu behandlingarna så pass många att de kunde uppdelas lite mer i diagnosgrupper.

**Tabell 2. Antal startade behandlingsprogram för vuxna i diagnosgrupper och totalt under 2022 i SibeR för anslutna regioner och vårdgrenar**

Region	Vårdgren	Saknas eftermätning*	Depression	Sömnstörning	Ångest- och Orosyndrom	Stressyndrom	Magbesvär och IBS	ADHD	Totalt
Dalarna	Primärvård	29	28	27	98	56	0	4	213
	Psykiatri	7	4	0	7	0	0	17	28
Norrbottn	Primärvård	1	0	0	1	1	0	0	2
Skåne	Psykiatri	9	6	2	20	0	0	5	33
Stockholm	Primärvård	27	20	14	8	15	0	0	57
	Psykiatri	100	245	251	882	0	71	0	1449
Uppsala	Primärvård	101	145	122	381	94	0	0	742
	Psykiatri	1	0	0	4	0	0	0	4
Västernorrland	Psykiatri	17	4	13	18	0	0	4	39
Västra Götaland	Primärvård	262	204	74	762	145	0	0	1185
	Psykiatri	6	7	13	6	3	0	0	29
Örebro	Psykiatri	0	198	0	123	0	0	0	321
Östergötland	Primärvård	1	1	1	7	1	0	0	10
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>561</b>	<b>862</b>	<b>517</b>	<b>2317</b>	<b>315</b>	<b>71</b>	<b>30</b>	<b>4112</b>

\*Saknas eftermätning betyder här att formuläret vid behandlingsavslut inte registrerats i SibeR för behandlingar där det finns registrering vid behandlingsstart. Datauttaget för 2022 gjordes januari 2023 vilket innebär att en del eftermätningar kan ha utförts senare.

**Tabell 3. Antal startade behandlingsprogram för barn och unga i diagnosgrupper och totalt under 2022 i SibeR för anslutna regioner och vårdgrenar**

Region	Vårdgren	Saknas eftermätning	Ångestsyndrom unga	Magbesvär och IBS unga	Social fobi unga	Tvångssyndrom unga	Totalt
Jämtland	Psykiatri	3	10	0	8	0	18
Skåne	Psykiatri	20	43	0	14	9	66
Stockholm	Psykiatri	31	47	51	40	43	181
Västra Götaland	Primärvård	43	82	0	20	7	109
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>97</b>	<b>182</b>	<b>51</b>	<b>82</b>	<b>59</b>	<b>374</b>

## Patienterna i SibeR

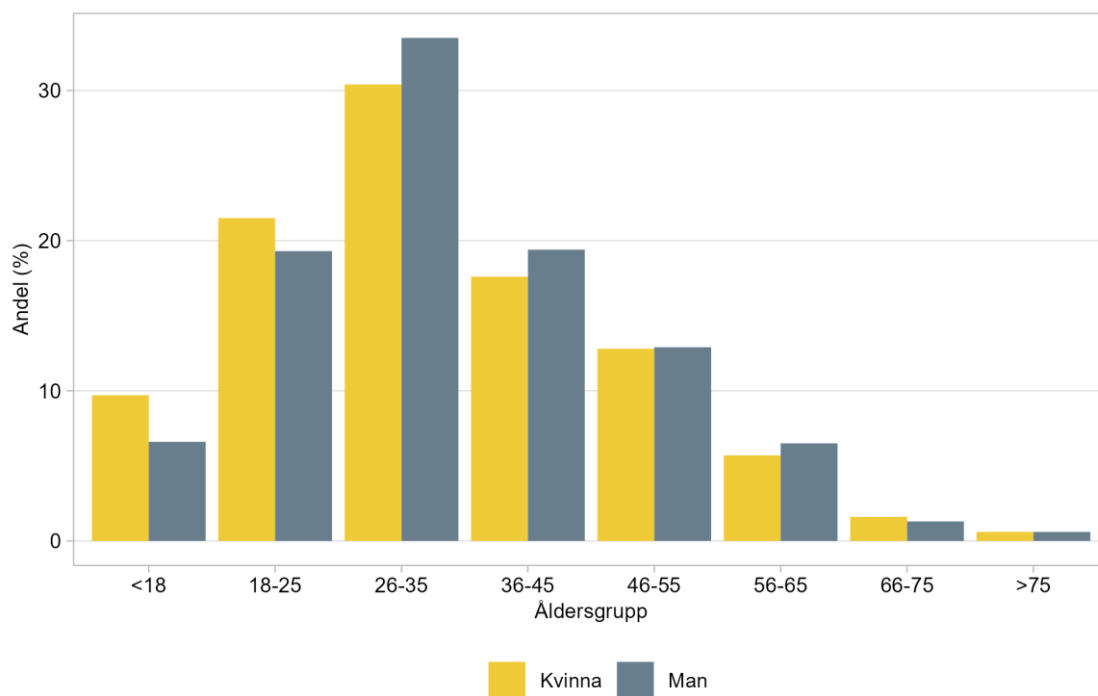
### Kön och ålder

I SibeR registreras behandlingar vilket innebär att en patient kan ha gått i flera behandlingar och att dessa registrerats under samma år. Behandlingarna är i allmänhet kring 8–12 veckor långa. Under 2022 var det 1,8 % av patienterna som hade gått i mer än en internetbehandling under året.

Majoriteten av behandlingar hade startats av kvinnor (68 %) och för bägge könen var största andelen patienter inom åldersgruppen 26–35 år. Medelåldern var 34 år (SD 13) och medianåldern var 32 år. Den yngsta var 7 år och den äldsta var 87 år. Tabell A2 i appendix visar köns- och åldersfördelning för regioner och vårdgrenar.

Ålder- och könsfördelning hos de som registrerats uppfattas vara representativa för prevalensen hos vårdsökande.

I figur 6 visas andelar startade behandlingar för respektive kön i ålderskategorier.



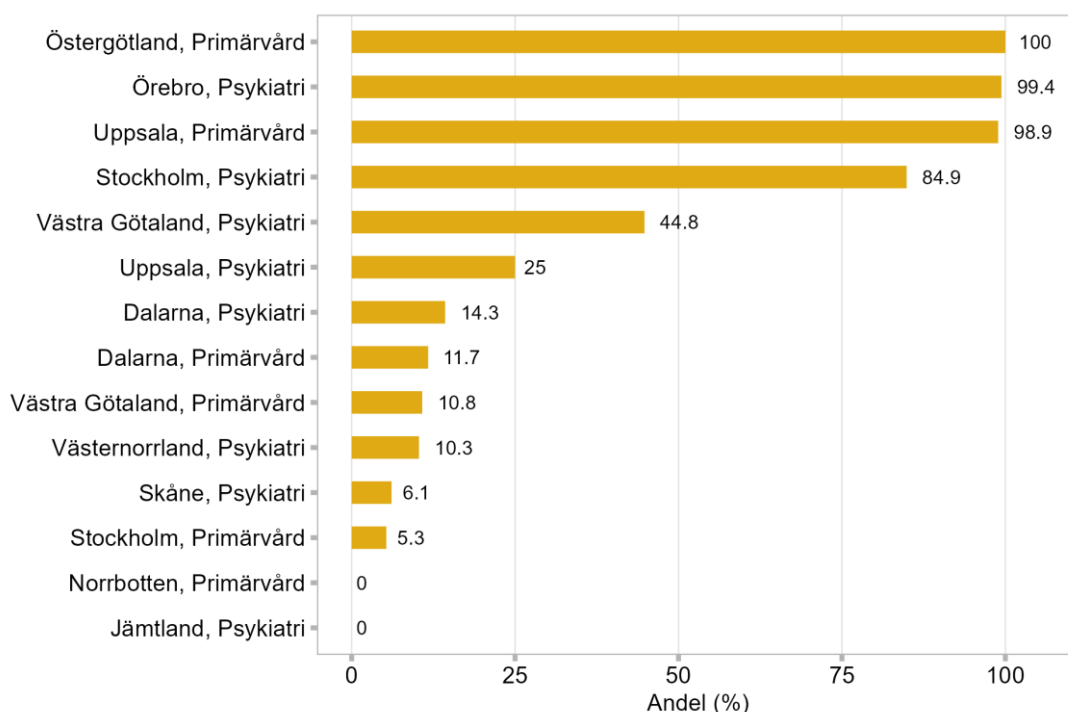
**Figur 6. Andel startade behandlingar per åldersgrupp inom respektive kön 2022 (n=4 480; kvinnor: n= 3 060, män: n=1 420)**

## Alkoholbruk

Problematisk alkoholanvändning kan vara relativt vanlig bland patienter som söker internetförmiddlad KBT och man har sett att det kan försämra behandlingseffekter (Gajecki et al, 2014). Det är därför viktigt att under bedömningen göra undersökning av alkohol- och droganvändning. Ett hjälpmedel för detta är Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT; Bergman & Källmén, 2002) som innefattar 10 frågor. AUDIT har nivåer för att definiera riskbruk (8–15 poäng), skadligt bruk (16–20 poäng) och beroende (mer än 20 poäng) av alkohol.

Användning och registrering av AUDIT rekommenderas som ett hjälpmedel vid bedömning och för beskrivning av gruppen, så kallad case-mix-variabel. Användning av AUDIT vid bedömning är också en indikator som rekommenderas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångest.

Under 2022 var det stor variation mellan regioner och vårdgrenar i vilken omfattning man använt AUDIT, se figur 7. Örebro psykiatri/primärvård, Östergötland och Uppsala primärvård var ledande i att använda AUDIT vid bedömningen.



**Figur 7. Andelar behandlingar med självrapporterad alkoholkonsumtion enligt AUDIT i regioner och vårdgrenar, 2022**



## Tillgänglighet till behandling

En viktig aspekt med införande av internetbehandling är att det bör medföra ökad tillgänglighet till psykologisk behandling, både att fler patienter får evidensbaserad behandling och att den startar utan lång väntetid.

En kvalitetsindikator i SibeR är andelen behandlingar som startat inom 30 dagar från vårdbegäran om psykologisk behandling. Den visas i statistikvisning online på SibeRs webbplats. I årsrapporten fördjupar vi redovisningen med graf och tabell där vi redovisar medianen för antal dagar.

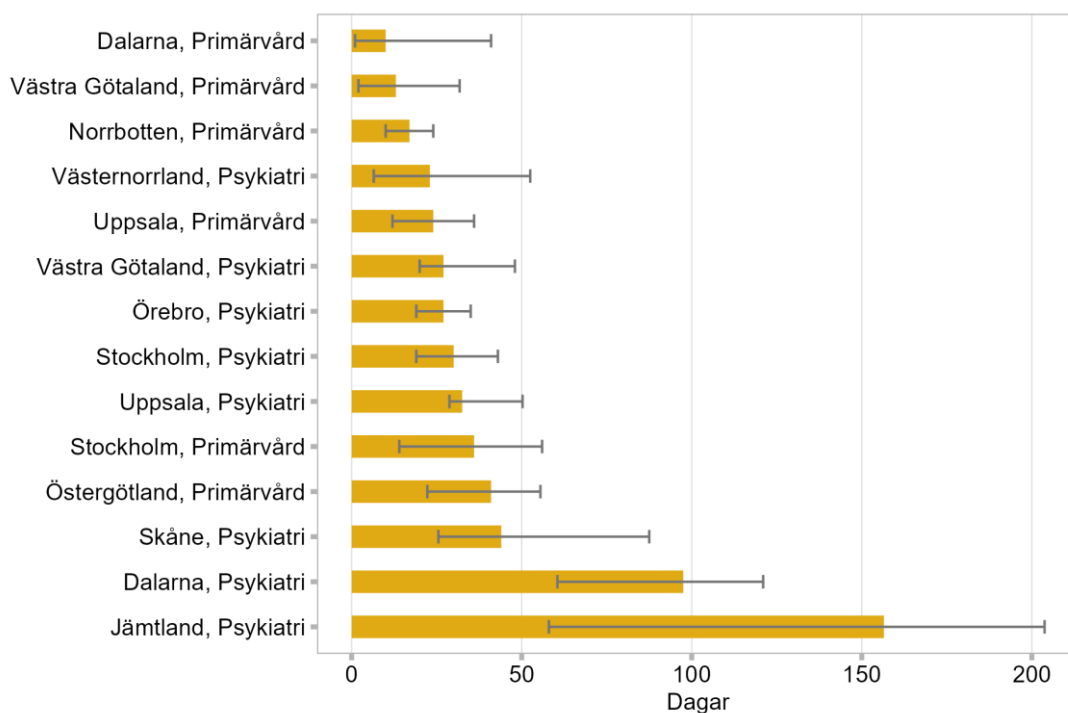
Med vårdbegäran avses här det datum då man fattade beslut att patienten skulle få bedömning för ställningstagande till psykologisk behandling. Vanligen sker det när patienter gör en egenanmälan eller när patienten accepteras på en väntelista för bedömning.

### Ledtid vårdbegäran-behandlingsstart

Medianen för antal dagar mellan vårdbegäran (aktualiserad) för psykologisk behandling och behandlingsstart vid internetbehandling, uppdelat på region och vårdgren visas i figur 8. Tabell A3 i Appendix anger antal dagar mellan Aktualiserad för psykologisk behandling och Behandlingsstart (minsta, median, maximalt och kvartiler) för regioner och vårdgrenar.

Totalt för alla (n= 4 486) var det median 25 dagar från vårdbegäran till behandlingsstart, med 25 % som startat inom 11 dagar (första kvartilen) och 75 % som startat inom 41 dagar (tredje kvartilen).

Generellt ser vi hög tillgänglighet, det vill säga att patienter får komma snabbt både till bedömning och till att starta sina internetbehandlingar utom inom delar av psykiatrin. Några patienter får vänta mycket längre än flertalet (se appendix). Uppsala primärvård har gjort stor förbättring 2022 jämfört med 2021 då man omorganiserade sin vård.



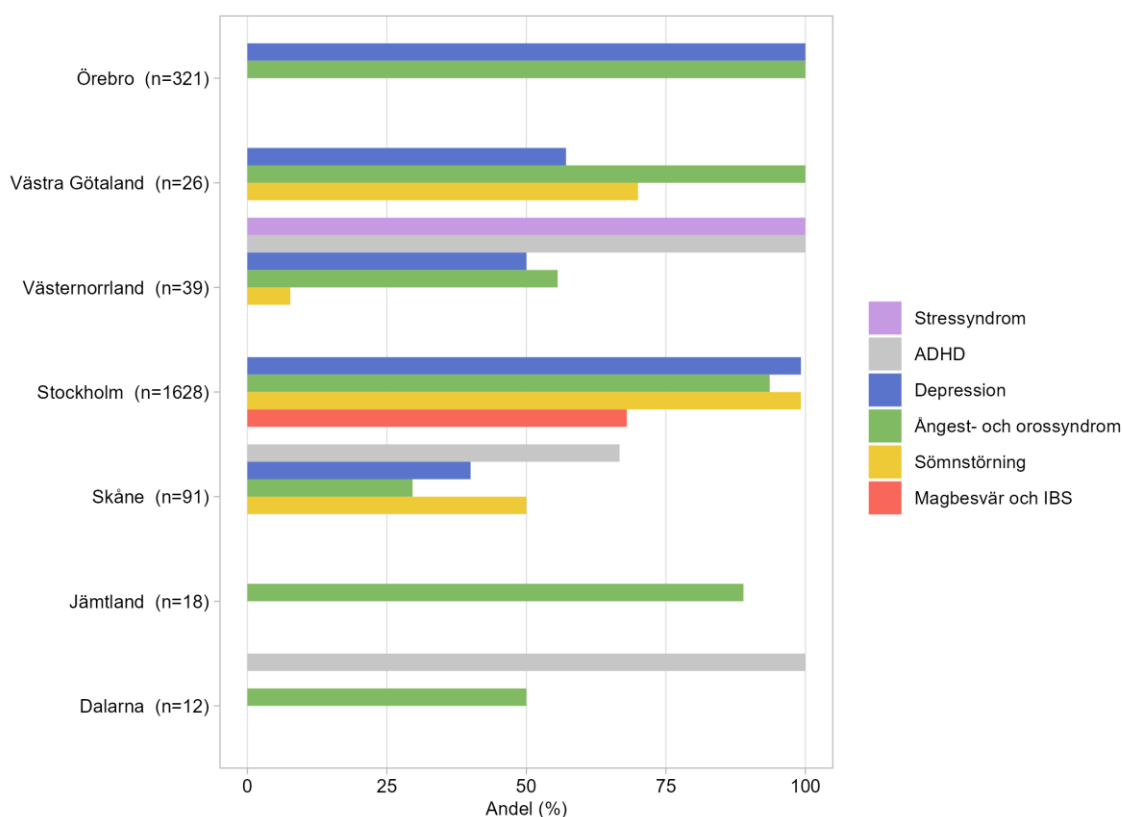
**Figur 8. Median antal dagar med kvartiler mellan vårdbegäran för psykologisk behandling och behandlingsstart vid internetbehandling i regioner och vårdgrenar, 2022**

## Precision i diagnostik och urval

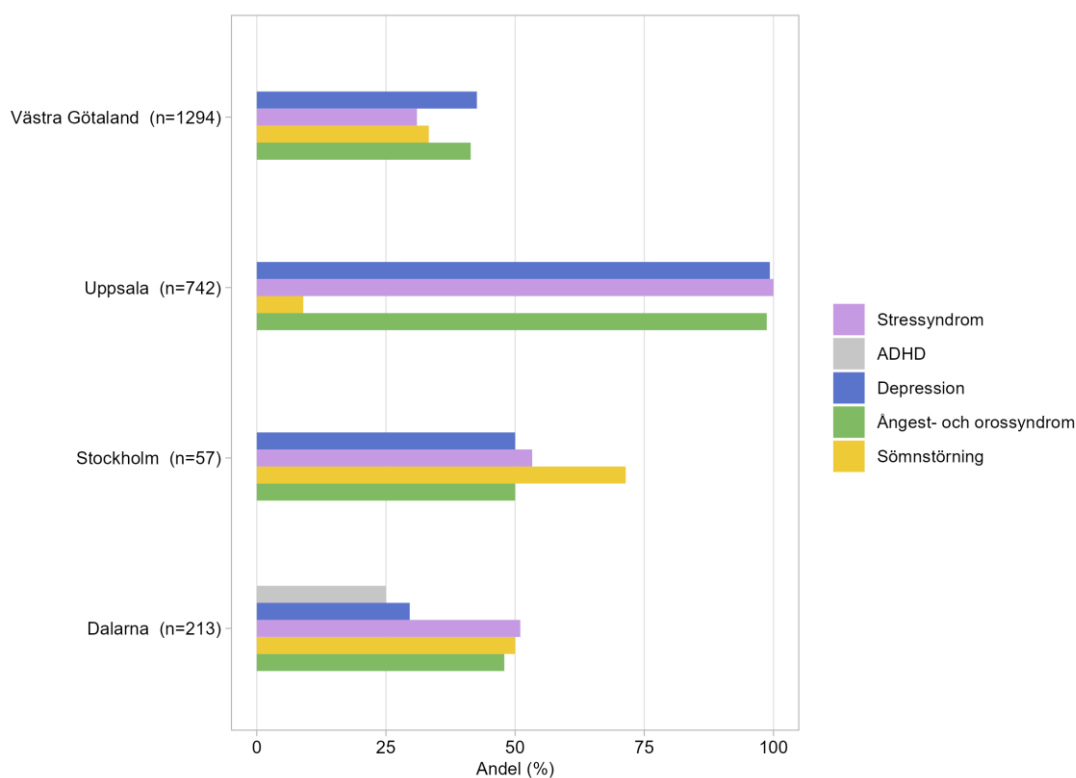
Behandlingsprogrammen grundas vanligen på specifika modeller för specifika tillstånd och diagnoser. Det medför att rätt diagnos är en förutsättning för att programmet ska kännas meningsfullt och vara verksamt för patienten. Andra program har bredare så kallad transdiagnostisk inriktning.

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

Samsjuklighet är vanligt och ställningstagandet till vilket program som är mest lämpligt i nuet är en kvalificerad bedömning. Träffsäkerheten i diagnostiken underlättas om man använder strukturerade intervjuguider, som exempelvis MINI och MINI-KID. Förutsättningarna för att bedriva diagnostik kan variera mellan primärvård och psykiatri och redovisas därför separat i figur 9 och 10.



**Figur 9. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i anslutning till beslut om internetbehandling i respektive diagnosgrupp och region, psykiatri, 2022**



**Figur 10. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i anslutning till beslut om internetbehandling i respektive diagnosgrupp och region, primärvård, 2022**

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

## Stöd i behandlingen

### Ren eller blandad internetbehandling

Under 2022 fick majoriteten (57 procent) av patienterna enbart stöd i internetbehandling som textbaserad kommunikation via plattform (utan stöd i realtid dvs synkront stöd), se tabell 4. En stor andel (36 %) hade fått kompletterande stöd via telefonsamtal och 11 % stöd vid fysiska möten och videosamtal.

Den totala andelen som också fått stöd via videosamtal hade ökat från 0,7 % år 2019 till 4,7 % år 2020 och 11–12 % år 2021 och 2022 (se tabell 4 och föregående årsrapporter). Under pandemiåren 2020–21 så ökade möjligheten till videosamtal brett inom vården och har nu blivit ett naturligt sätt av att bedriva vård.

Andelar som får stöd via fysiska möten hade också ökat från 5 % år 2020 till 11–12 % 2021–2022. Det är vanligare att patienter får blandad (eller digifysisk) behandling inom psykiatrin i region Skåne (24 %) och psykiatrin i Västra Götaland (22 %), men även i VGR primärvård (19%) och i Dalarnas primärvård (40%). I Dalarnas fall beror det till stor del på regionens enhet Min Vård som ger behandlarstöd genom videosamtal.

**Tabell 4. Andelar internetbehandlingar utan kompletterande stöd i realtid och med realtidsstöd (synkront) i form av telefonkontakt, fysiska besök och videobesök, 2022**

Region	Vårdgren	Startade Behandlingar	Uppgift saknas	Utan synkront stöd	Stöd via telefon	Stöd via fysiskt besök	Stöd via videobesök
Dalarna	Primärvård	213	29	33.2% (n=61)	29.9% (n=55)	40.2% (n=74)	40.2% (n=74)
	Psykiatri	28	7	76.2% (n=16)	14.3% (n=3)	9.5% (n=2)	9.5% (n=2)
Jämtland	Psykiatri	18	3	6.7% (n=1)	93.3% (n=14)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Norrbotten	Primärvård	2	1	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Skåne	Psykiatri	99	29	37.1% (n=26)	50.0% (n=35)	24.3% (n=17)	24.3% (n=17)
Stockholm	Primärvård	57	27	93.3% (n=28)	0.0% (n=0)	6.7% (n=2)	6.7% (n=2)
	Psykiatri	1630	131	67.6% (n=1014)	26.0% (n=390)	8.1% (n=121)	8.1% (n=121)
Uppsala	Primärvård	742	101	65.7% (n=421)	33.1% (n=212)	1.4% (n=9)	1.4% (n=9)
	Psykiatri	4	1	66.7% (n=2)	33.3% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Väster-norrland	Psykiatri	39	17	59.1% (n=13)	40.9% (n=9)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	1294	305	39.6% (n=392)	50.4% (n=498)	19.4% (n=192)	19.4% (n=192)
	Psykiatri	29	6	47.8% (n=11)	43.5% (n=10)	21.7% (n=5)	21.7% (n=5)
Örebro	Psykiatri	321	0	57.9% (n=186)	41.7% (n=134)	0.3% (n=1)	0.3% (n=1)
Östergötland	Primärvård	10	1	55.6% (n=5)	44.4% (n=4)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	4486	658	56.9% (n=2177)	35.7% (n=1365)	11.1% (n=423)	11.1% (n=423)

## Behandlarens profession

För att få bedriva behandling med IKBT brukar krävas grundläggande utbildning i KBT. Under 2022 var psykolog generellt det vanligaste yrket att bedriva internetbehandling (66 procent), näst vanligast var kurator (10 procent). För 18 procent av behandlingarna saknades uppgift, högre i vissa regioner.

**Tabell 5. Behandlarens yrke vid internetbehandling i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Startade Behandlingar	Psyko- log	Kurator / Socionom	Sjuk- sköterska	Fysio- terapeut	Arbets- terapeut	Mental- skötare	Behand- lings- assistent	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	213	25.4% (n=54)	24.9% (n=53)	13.1% (n=28)	0.5% (n=1)	3.8% (n=8)	0.5% (n=1)	8.5% (n=18)	23.5% (n=50)
Dalarna	Psykiatri	28	0% (n=0)	0% (n=0)	75% (n=21)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	25% (n=7)
Jämtland	Psykiatri	18	83.3% (n=15)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	16.7% (n=3)
Norrbottnen	Primärvård	2	0% (n=0)	0% (n=0)	50% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	50% (n=1)
Skåne	Psykiatri	99	53.5% (n=53)	17.2% (n=17)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	29.3% (n=29)
Stockholm	Primärvård	57	50.9% (n=29)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	49.1% (n=28)
Stockholm	Psykiatri	1630	86.9% (n=1417)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	2.3% (n=37)	10.8% (n=176)
Uppsala	Primärvård	742	82.7% (n=614)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	3.4% (n=25)	13.9% (n=103)
Uppsala	Psykiatri	4	75% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	25% (n=1)
Väster- norrland	Psykiatri	39	56.4% (n=22)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	43.6% (n=17)
Västra Götaland	Primärvård	1294	39.9% (n=516)	22.7% (n=294)	6.6% (n=86)	0% (n=0)	2.6% (n=33)	0% (n=0)	0% (n=0)	28.2% (n=365)
Västra Götaland	Psykiatri	29	48.3% (n=14)	17.2% (n=5)	10.3% (n=3)	0% (n=0)	3.4% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	20.7% (n=6)
Örebro	Psykiatri	321	67% (n=215)	18.7% (n=60)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	14% (n=45)	0.3% (n=1)
Östergötland	Primärvård	10	70% (n=7)	20% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	10% (n=1)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>4486</b>	<b>66% (n=2959)</b>	<b>9.6% (n=431)</b>	<b>3.1% (n=139)</b>	<b>0% (n=1)</b>	<b>0.9% (n=42)</b>	<b>0% (n=1)</b>	<b>2.8% (n=125)</b>	<b>17.6% (n=788)</b>

## Ångestsyndrom hos unga

### IKBT för barn och unga

Internetförmiddad psykologisk behandling för unga inkluderades i SibeR under 2018 eftersom ett program för ångestbehandling av unga (13–19 år) då började användas i flera regioner. Sedan dess har några regioner börjat registrera sina internetbehandlingar för unga: VGR 2019, Stockholm 2020, Östergötland 2020, Skåne 2021 och Jämtland 2022.

Under 2022 registrerades tillräckligt många behandlingar för tvångssyndrom (OCD) så att vi har kunnat bryta ut denna indikation från den breda gruppen ångestsyndrom.

Än så länge är det ganska lite IKBT som erbjuds men utvecklingen är lovande. Behovet av att erbjuda bra hjälp för ångest och depression bland unga är stort och forskningsstudier har visat goda resultat.

Internetförmiddad psykologisk behandling för barn och unga är ett nytt område inom svensk sjukvård som söker bidra till att avhjälpa bristen på behandling genom att både barn och föräldrar får stöd till självhjälp. En utmaning för förbättringsarbetet är en generellt större ovana och mindre utvecklade metodik för utvärdering av behandlingseffekter för barn jämfört med för vuxna.

### Värdering av behandlingsresultat hos unga

Utfallsmått för ångestsyndrom hos unga i SibeR är formuläret Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) i den version som den unge skattar själv (RCADS-C; Chorpita et al, 2000), OCI-CV för tvångssyndrom och KIDSCREEN-10 för funktion och hälsorelaterad livskvalitet, i överensstämmelse med internationella riktlinjer (ICHOM, 2020; Krause et al, 2021). Man kan också registrera föräldraskattad version av RCADS, RCADS-P, av särskild relevans vid behandling av barn.

RCADS med 47 frågor har delskalor för ångestsyndrom i DSM-systemet (social ångest, paniksyndrom, generell ångest, tvångssyndrom, separationsångest) och egentlig depression. Totalpoäng och en delskala som summerar alla ångestskalorna ingår liksom delskalepoäng.

Under 2018–20 användes totalpoäng av RCADS som primärt utfallsmått i statistikvisningar och för årsrapport. Analyser visade att tentativ definition av respons inte fungerade så bra med totalpoängen.

Under 2021 genomfördes en förändring så att det är behandlarens bedömning av klinisk effekt (Clinical Global Impression-Improvement, CGI-I; Guy et al., 1976). som är det primära utfallsmåttet i statistikvisningar online. Samtidigt är det viktigt att också få in skattningar med RCADS och OCI-CV (vid behandling av OCD) 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.

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

#### Antal behandlingar och diagnoser

Under 2022 registrerades 182 behandlingar för indikationer inom gruppen ångestsyndrom unga, varav 82 inom VGR primärvård, 47 inom BUP i Stockholm, 43 inom BUP Skåne främst första linjen och 10 BUP Östersund. Fördelning för olika indikationsdiagnoser i regionerna visas i tabell 6.

**Tabell 6. Indikationsdiagnoser i respektive region vid behandling ångestsyndrom unga, 2022**

Region	Vårdgren	Startade	Depression (F32, 32.9)	F40.2.Specifik fobi	F41.0.Paniksyndrom	F41.1.GAD
Jämtland	Psykiatri	10		20.0% (n=2)	20.0% (n=2)	0.0% (n=0)
Skåne	Psykiatri	43	0	11.6% (n=5)	2.3% (n=1)	7.0% (n=3)
Stockholm	Psykiatri	47	0	17.0% (n=8)	14.9% (n=7)	29.8% (n=14)
Västra Götaland	Primärvård	82	3.6 % (n=3)	1.2% (n=1)	6.1% (n=5)	8.5% (n=7)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>182</b>	<b>1.6 % (n=3)</b>	<b>8.8% (n=16)</b>	<b>8.2% (n=15)</b>	<b>13.2% (n=24)</b>

Tabellen fortsätter

Region	Vårdgren	Startade	Ångesttillstånd (F41.3, 41.8, 41.9)	F45.2.Hypokondri	F93.0.Separationsångest
Jämtland	Psykiatri	10	50.0 % (n=5)	0.0% (n=0)	10.0% (n=1)
Skåne	Psykiatri	43	74.4 % (n=32)	0.0% (n=0)	4.7% (n=2)
Stockholm	Psykiatri	47	19.1 % (n=9)	2.1% (n=1)	17.0% (n=8)
Västra Götaland	Primärvård	82	80.5 % (n=66)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>182</b>	<b>61.5 % (n=112)</b>	<b>0.5% (n=1)</b>	<b>6.0% (n=11)</b>

### Program

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

- **Stockholm:** Barninternetprojektets (BIP) program för ångestsyndrom hos barn (n=18), för unga (n=22) och för OCD (n=2).
- **Skåne:** Psykologpartners program Ångesthjälpen Ung (n=8) och BIP:s ångestprogram för barn (n=11), för unga (n=27).
- **VGR:** Psykologpartners program Ångesthjälpen Ung (n=82)
- **Jämtland:** Barninternetprojektets (BIP) program för ångestsyndrom hos barn (n=5), för unga (n=5).

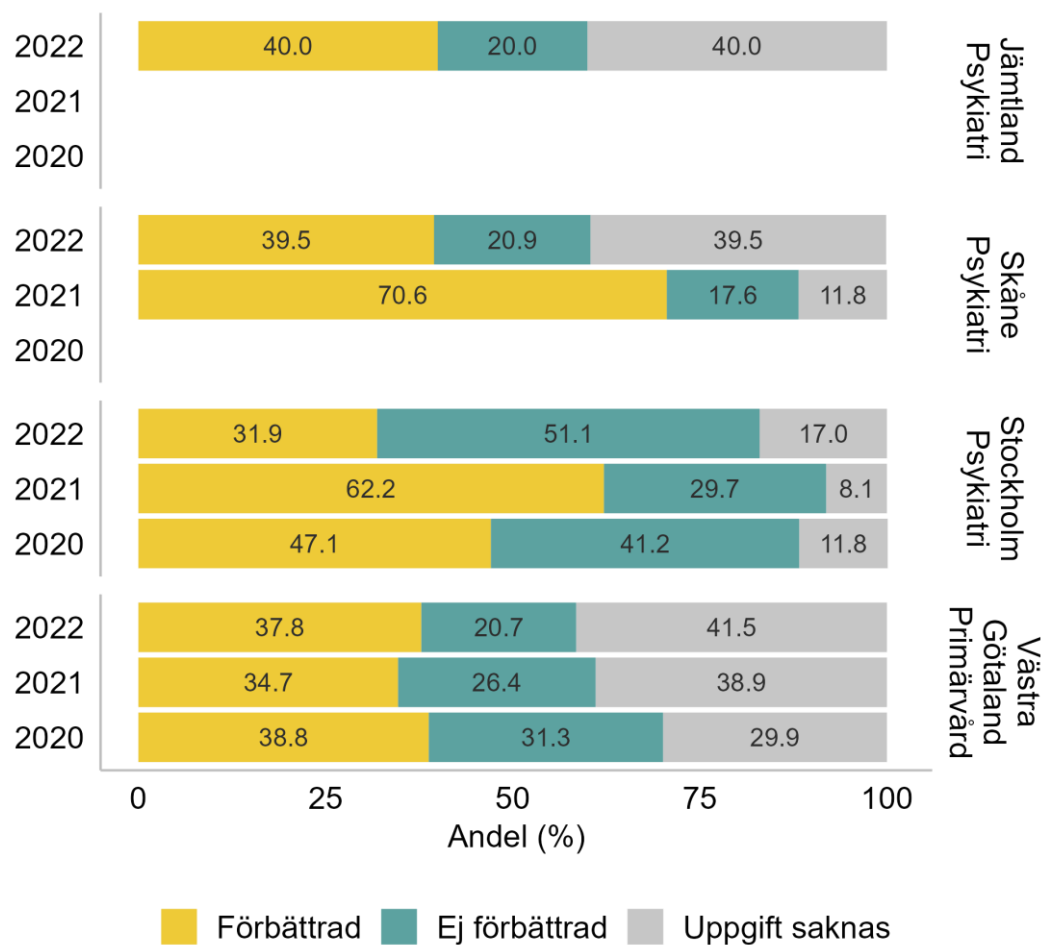
### Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades till viss del i alla regioner. Andelar patienter som saknade samsjuklig diagnos var i Skåne 79 %, Stockholm 28 %, VGR 55 %, Jämtland 50 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A4 i appendix.

### Behandlingseffekter

Vi redovisar behandlingseffekter för behandling av ångestsyndrom hos unga med grafen i figur 11 med **behandlarens bedömning** av andelar förbättrade för de anslutna regioner som under året registrerade minst 10 behandlingar. Det gråa fältet i staplarna betyder att behandlaren inte har redovisat sin bedömning av behandlings-effekt.

I appendix Tabell A5 visas behandlingsresultat i form av effektstorlekar (standardiserad medelvärdeskillnad) av RCADS-C dvs symtomförändring skattat av den unge. Det var endast 43 procent av behandlingarna som hade för- och eftermätning med RCADS.



**Figur 11. Behandlingsresultat för ångestsyndrom unga mätt med behandlarens bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2020–2022**

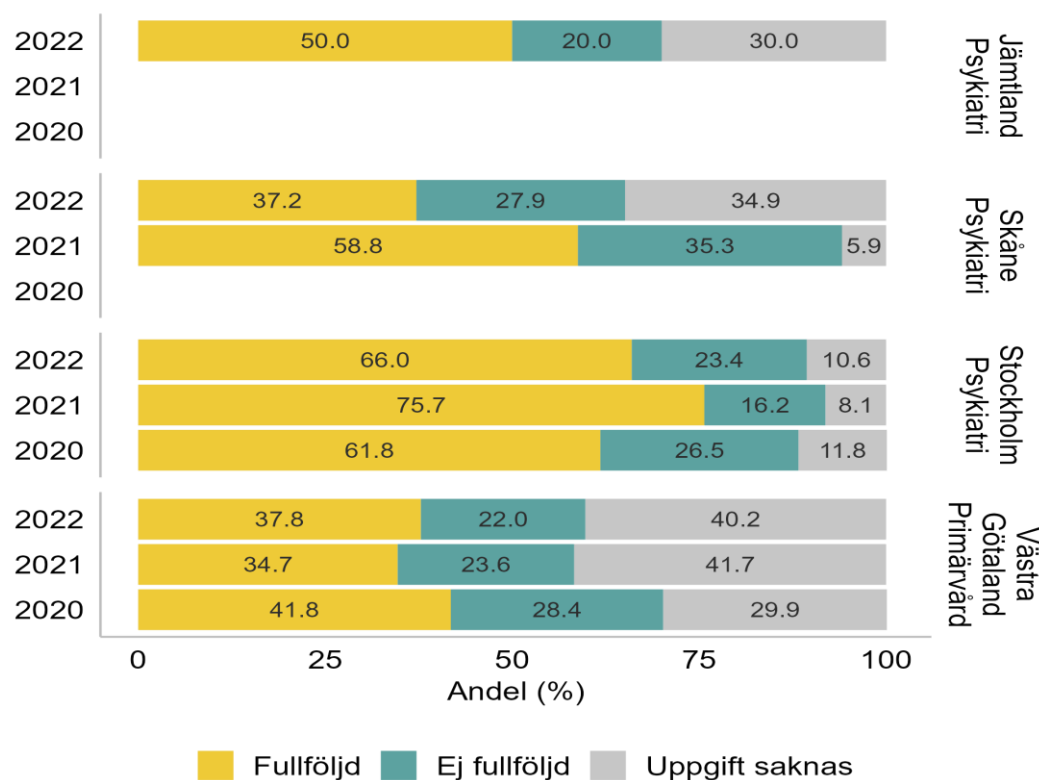
### Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat.

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling ångestsyndrom hos unga visas i figur 12.





**Figur 12. Andel behandlingar för ångestsyndrom hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2022**

### Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

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

Under 2022 så användes KIDSCREEN-10 i alla regionerna, men det var endast 36 procent av behandlingarna som hade för- och eftermätning med KIDSCREEN-10, se tabell A6 i appendix.

### Reflektion över resultaten för ångestsyndrom unga i regionerna

BUP **Jämtland** är nya i SibeR och hann under 2022 registrera 10 behandlingar. Man behöver utveckla sina rutiner så att man får in bedömningar av behandlingseffekter och fullföljandegrad i högre grad.

BUP **Skåne** hade lägre grad av uppföljning under 2022 än 2021. Även här behövs metodutveckling för att öka täckningsgrad av registrerade behandlingar och registrering av resultat och fullföljande. Regionen har tagit tag i behoven, utsett samordnare för IKBT inom BUP och omorganiserade under våren 2023 till en central digital enhet. Det kommer bli intressant att följa utvecklingen efter organisationsförändringen.

Behandlingsresultaten för BUP internetbehandling i **Stockholm** var lägre under 2022 än under 2021. Det saknades också i större utsträckning eftermätning. Det kan bero på att datauttaget gjordes tidigare för denna årsrapport än för 2021. Man hade under 2022 unga patienter med hög andel samsjukliga diagnoser vilket kan tala för att man fått en mer svårbehandlad patientgrupp.

Värderingen av behandlingarna i **VGR** försvåras av att det saknades rapporterad bedömning av behandlingseffekt och grad av fullföljande från behandlaren för 40 procent av behandlingarna. Man har specifika journalmallar för IKBT och överföring av data från journal via Medrave-applikation inom offentlig primärvård (Närhälsan) sedan 2020 och under 2021–22 infördes det också för privata vårdgivare. Trots detta har andelen behandlingar med eftermätningar inte ökat. Problemen tycks hänga samman med att man antingen inte dokumenterar avslut och sammanfattningar i avsedda journalmallar, eller att rutiner för att sända över data inte fungerar optimalt. Vi rekommenderar att vårdgivarna som bedriver IKBT för unga inom primärvården analyserar problemet.

## Social fobi hos unga

Socialt ångestsyndrom, eller social fobi, uppstår vanligen i barndomen och tenderar bli kroniskt om ingen behandling erbjuds. Få har tillgång till effektiv behandling så internetbehandling skulle kunna öka tillgängligheten.

Idag är inget av de behandlingsprogram som används för unga i reguljär vård specifikt inriktade på social fobi. För årsrapporten 2022 har vi kunnat bryta ut diagnosgruppen F40.1 Social fobi från Ångestsyndrom för att särskilt undersöka behandlingseffekterna i denna grupp.

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och diagnoser

Under 2022 registrerades 82 behandlingar för indikationen social fobi hos unga, varav 40 i Stockholm, 20 i VGR, 14 i Skåne och 8 i Jämtland.

Program

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

- **Stockholm:** Barninternetprojektets (BIP) program för ångest hos barn (n=3), hos unga (n=37)
- **Skåne:** Barninternetprojektets (BIP) program för ångest hos barn (n=1), hos unga (n=13)
- **Jämtland:** Barninternetprojektets (BIP) program för ångest hos barn (n=1), hos unga (n=7)
- **VGR:** Psykologpartners program Ångesthjälpen Ung (n=20)

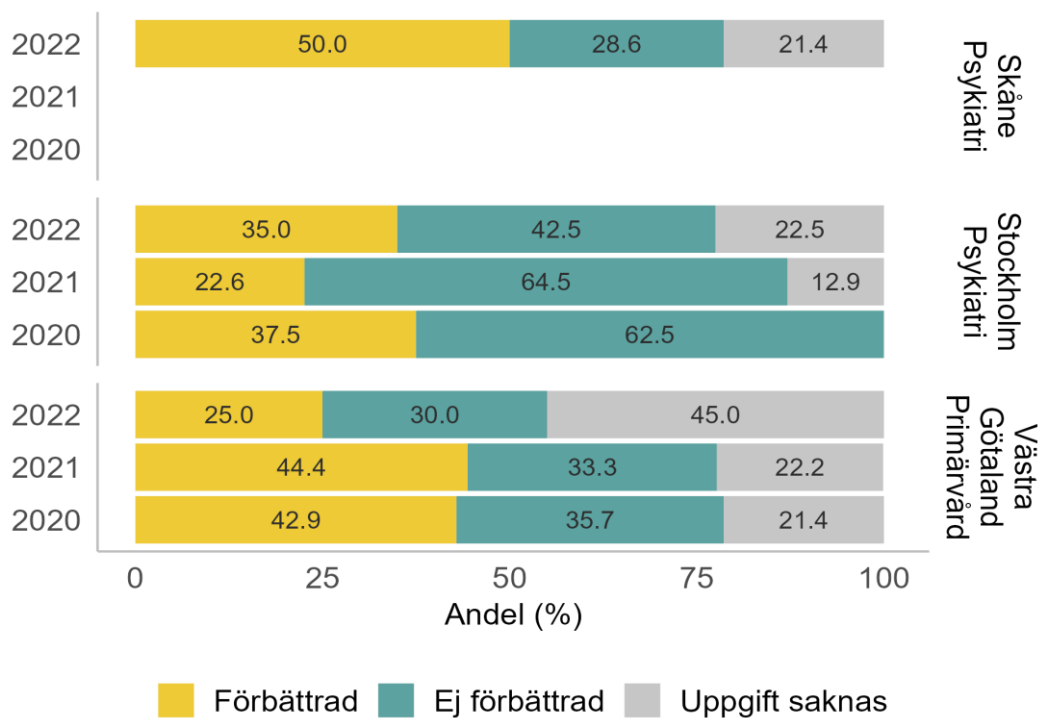
Samsjuklighet

Andelar patienter som saknade samsjuklig diagnos var kring 45 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A7 i appendix.

### Behandlingseffekter

Vi redovisar behandlingseffekter för behandling av social fobi hos unga med grafen i figur 13 med **behandlarens bedömning** av andelar förbättrade för de anslutna regioner som under året registrerade minst 10 behandlingar. Det gråa fältet i staplarna betyder att behandlaren inte har redovisat sin bedömning av behandlings-effekt.

I appendix Tabell A8 visas behandlingsresultat i form av effektstorlekar (standardiserad medelvärdeskillnad) av RCADS dvs symtomförändring skattat av den unge

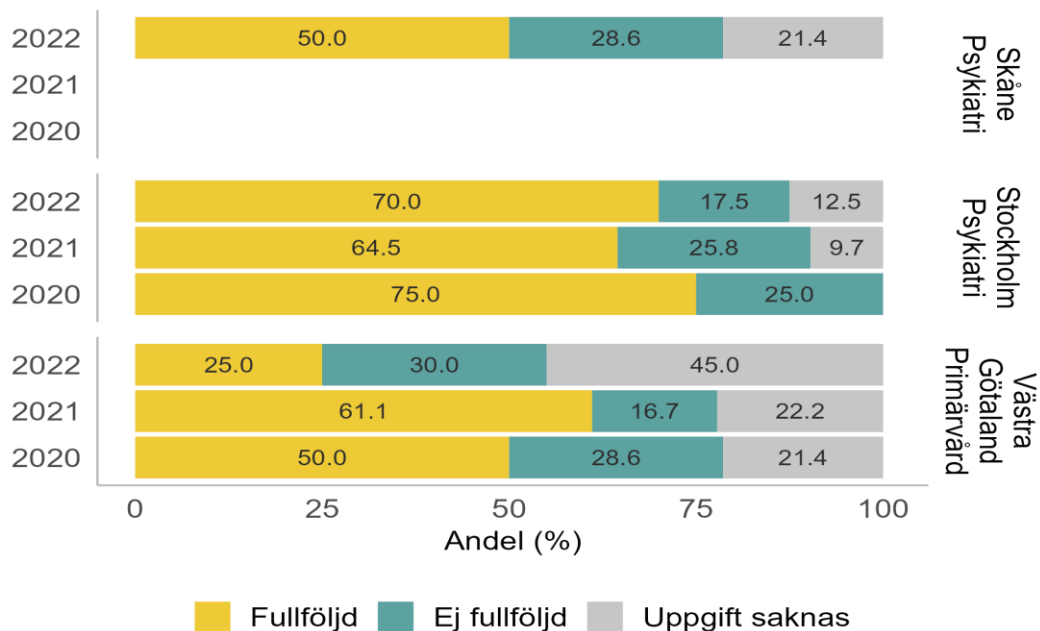


**Figur 13. Behandlingsresultat för social fobi hos unga mänt med behandlarns bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2022**

### Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling av social fobi hos unga visas i figur 14.



**Figur 14. Andel behandlingar för social fobi hos unga där patienten fullgjorde överenskommen behandlingstid, 2022**

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

För värden av KIDSCREEN-10, se tabell A9 i appendix.

## Reflektion över resultaten för social fobi unga i regionerna

Det är första året vi specifikt undersöker effekterna för unga med socialt ångestsyndrom. Det är ett litet antal behandlingar och man ska inte dra för stora slutsatser. Vi noterar dock hög effekt både med den unges skattningar och enligt behandlarens bedömning i Skåne, men lägre effekt i Stockholm med samma program. En möjlig förklaring är case-mix, dvs att patientgruppen i Stockholm hade högre samsjuklighet med andra tillstånd och därför mer svårbehandlad.

På SibeRs inspirationsdag presenterades forskning om ett specifikt program för behandling av social fobi hos unga (Nordh, M. et al. Therapist-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy vs internet-delivered supportive therapy for children and adolescents with social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 2021,78(7), 705-713). Vi ser fram emot när programmet implementeras i reguljär vård och att generellt följa utvecklingen.

## Tvångssyndrom/OCD hos unga

Tvångssyndrom eller obsessive-compulsive disorder (OCD) drabbar cirka 1–2 procent av befolkningen och debuterar vanligen under barndomen. Tidig upptäckt och behandling av OCD hos barn och ungdomar är viktigt för att minska risken för psykiska problem senare i livet, bland dem en ökad risk för självmord.

Tidigare forskning har visat att behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) hjälper en majoritet av unga som söker hjälp men utbudet av terapeuter motsvarar idag inte efterfrågan. Det kan i många fall gå flera år mellan de första symptomen och att man erhåller psykologisk behandling.

Under 2021 publicerade Barninternetprojektet i Stockholm, i samverkan med forskare i VGR, en studie med Internetbaserad KBT (IKBT) för OCD hos unga där deltagarna hade lottats mellan vanlig KBT ansikte-mot-ansikte, och IKBT för OCD under 16 veckor (Aspvall K et al. Cost-effectiveness of internet-delivered vs in-person cognitive behavioral therapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *JAMA Network Open*, 2021,4(7), e2118516-e2118516.).

Resultaten visade att stegvis behandling med IKBT minskade deltagarnas OCD-symptom lika mycket som traditionell KBT. Cirka 70 procent hade blivit mycket hjälpta av behandlingen vid 6-månadersuppföljningen. Man kunde också visa att det var mer kostnadseffektivt om behandlingen inleddes med IKBT för att vid behov komplettera med individuell KBT (Aspvall, K et al (2021). Cost-effectiveness of internet-delivered vs in-person cognitive behavioral therapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *JAMA Network Open*, 4(7), e2118516-e2118516.)

Behandlingsprogrammet infördes i reguljär vård under 2022; först på enheten BUP Internetbehandling, sedan specialmottagningen BUP OCD-mottagning i Stockholm och inom BUP Skåne. Det är glädjande att implementeringen kan ske så pass snabbt då problemet med underbehandling av OCD hos unga är stort.

## Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och diagnoser

Under 2022 registrerades 59 behandlingar för indikationen tvångssyndrom hos unga, varav 43 i Stockholm, 9 i Skåne och 7 i VGR. Fördelning för olika indikationsdiagnoser visas i tabell 7.

**Tabell 7. Indikationsdiagnoser i respektive region vid behandling tvångssyndrom unga, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F42.Tvångssyndrom	F42.9.Tvångssyndrom ospec
Skåne	Psykiatri	9	55.6% (n=5)	44.4% (n=4)
Stockholm	Psykiatri	43	100.0% (n=43)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	7	28.6% (n=2)	71.4% (n=5)
Totalt	Totalt	59	84.7% (n=50)	15.3% (n=9)

#### Program

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

- **Stockholm:** Barninternetprojektets (BIP) program för OCD hos barn (n=14), hos unga (n=29)
- **Skåne:** Barninternetprojektets (BIP) program för OCD hos barn (n=3), hos unga (n=6)
- **VGR:** Psykologpartners program Ångesthjälpen Ung (n=7)

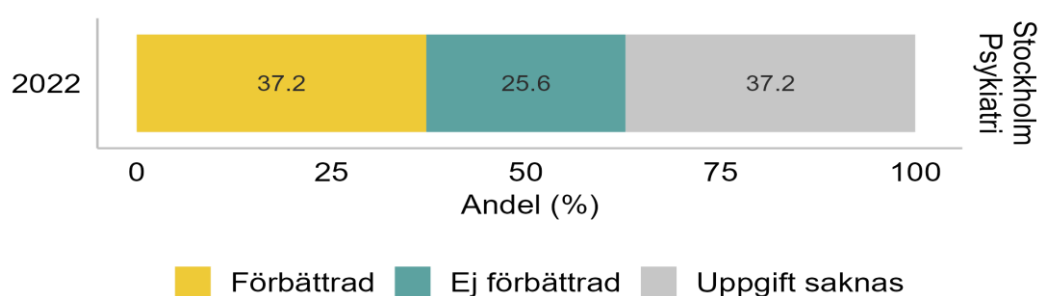
#### Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades till viss del i alla regioner. Andelar patienter som saknade samsjuklig diagnos var i Skåne 78 %, Stockholm 70 %, VGR oklart. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A10 i appendix.

#### Behandlingseffekter

Vi redovisar behandlingseffekter för behandling av OCD hos unga med grafen i figur 15 med **behandlarens bedömning** av andelar förbättrade för de anslutna regioner som under året registrerade minst 10 behandlingar. Det gråa fältet i staplarna betyder att behandlaren inte har redovisat sin bedömning av behandlings-effekt.

I appendix Tabell A11 visas behandlingsresultat i form av effektstorlekar (standardiserad medelvärdeskillnad) av OCI-CV dvs symtomförändring skattat av den unge.

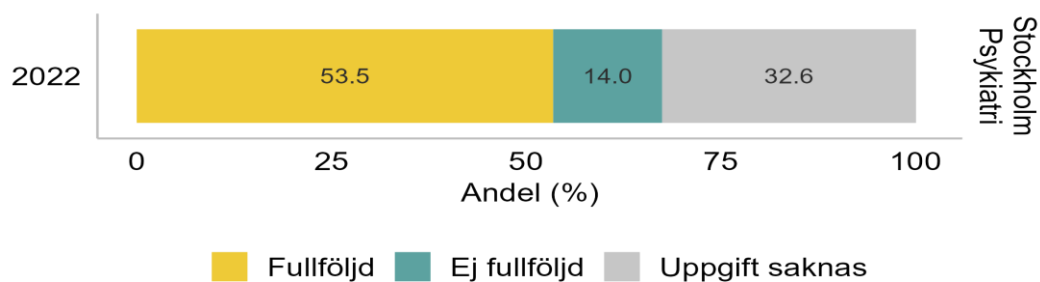


**Figur 15. Behandlingsresultat för OCD hos unga mätt med behandlarens bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2022**

#### Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling av tvångssyndrom hos unga visas i figur 16.



**Figur 16. Andel behandlingar för tvångssyndrom hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2022**

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

### Resultat KIDSCREEN-10

Under 2022 så skattade cirka hälften av patienterna i Stockholm KIDSCREEN-10 före och efter behandling. För värden, se tabell A12 i appendix.

## Reflektion över resultaten för OCD unga i regionerna

Behandling med IKBT för OCD för unga är i tidigt skede. Resultaten ser lovande ut. I Stockholm har vi uppgift om behandlarens bedömning av resultat och fullföljandegrad för 63 procent av behandlingarna och vad gäller symtomskattning med OCI-V för 56 procent av behandlingarna. För dessa var behandlingseffekten medelstor.

## Magbesvär/IBS hos unga

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

## Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

### Antal behandlingar och program

Under 2022 registrerades 51 behandlingar för magbesvär hos unga, alla på BUP Internetbehandling i Stockholm. Under 2021 registrerades 31 behandlingar med BIP:s behandlingsprogram för magbesvär hos barn. Under 2022 tillkom registreringar med behandlingsprogram för funktionella magbesvär och för IBS hos tonåringar. Fördelning av diagnoser visas i tabell 8.

**Tabell 8. Indikationsdiagnoser vid behandling magbesvär unga, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	K58.1 Irritabel tarm med diarré	K58.2 Irritabel tarm med förstoppning	K58.3 Irritabel tarm med blandade tarmvanor	K59.8 Andra funktionella tarmrubbningar
Stockholm	Psykiatri	51	5.9% (n=3)	19.6% (n=10)	21.6% (n=11)	52.9% (n=27)
Totalt	Totalt	51	5.9% (n=3)	19.6% (n=10)	21.6% (n=11)	52.9% (n=27)

### Program

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

- **Stockholm:** Barninternetprojektets (BIP) program för magbesvär hos barn (n=29), funktionella magbesvär hos unga (n=9) och IBS hos tonåringar (n=13)

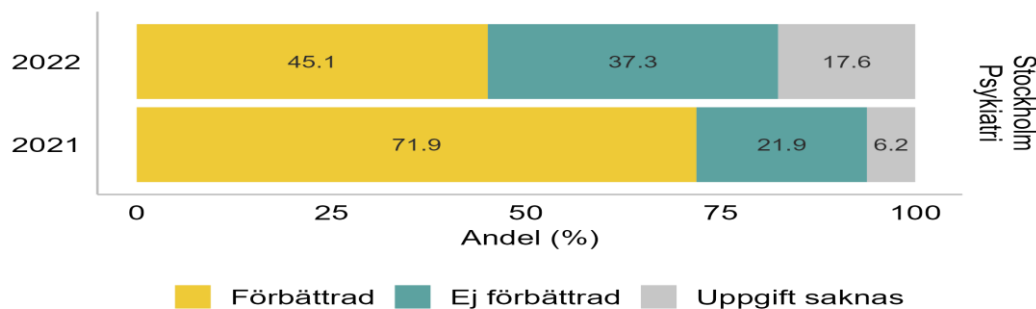
## Samsjuklighet

Andelen som hade samsjuklig psykiatrisk diagnos var cirka 20 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A13 i appendix.

## Behandlingseffekter

Vi redovisar behandlingseffekter för unga med grafen i figur 17 med *behandlarens bedömning* av andelar förbättrade. Vi ser att behandlarna har skattat lägre andel förbättrade under 2022, än under 2021.

I tabell A14 i appendix finns behandlingsresultat i form av effektstorlekar av PedsQoL Gastro dvs symtomförändring skattat av den unge, och i tabell A15 det kompletterande måttet BRQ-C som visar beteendeförändring. Måtten beskrivs också i appendix. Här ser vi medelhöga effekter mätt med både PedsQoL och BRQ-C av behandlingarna.

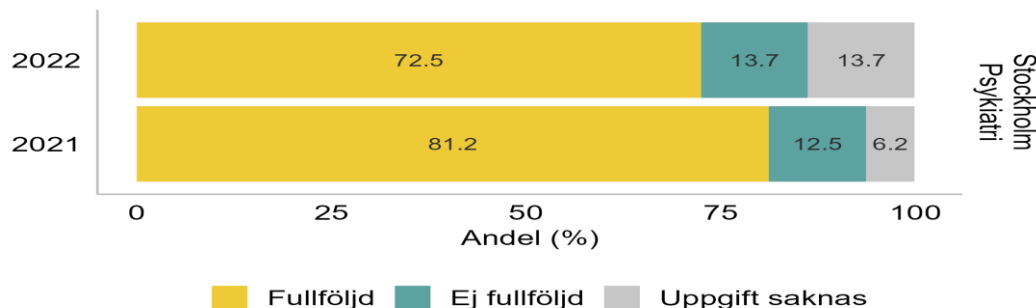


**Figur 17. Behandlingsresultat för magbesvär hos barn mätt med behandlarens bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2021-22**

## Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för magbesvär hos unga visas i figur 18.



**Figur 18. Andel behandlingar för magbesvär hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid**

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Under 2022 så skattade cirka hälften av patienterna i Stockholm KIDSCREEN-10 före och efter behandling. För värden, se tabell A16 i appendix.

## Reflektion över resultaten för funktionella magbesvär

Det är andra året som behandlingsresultat för funktionella magtarmsbesvär hos barn och unga redovisas i SibeR. Resultaten ser lovande ut i **Stockholm**, men vi ser lägre effekter under 2022 än under 2021. En förändring är att även program för tonåringar ingår. Vi behöver följa upp på längre sikt och se om det kommer finnas skillnader som gör att det behövs förändringar i vårdprocesser eller program.

## Diagnosgrupp ADHD hos vuxna

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

### Om ADHD

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

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

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

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och diagnoser

Under 2022 registrerades 30 behandlingar i SibeR på indikation ADHD, varav 4 i Dalarna primärvård, 17 i Dalarna psykiatri, 5 i Skåne psykiatri och 4 i Västernorrland psykiatri. Fördelning av diagnoser i regionerna visas i tabell 9.

#### Program

Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram. Alla hade använt Livandas internethjälpen vid Adhd.

**Tabell 9. Indikationsdiagnoser i respektive region vid behandling ADHD, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F90.0B ADHD	F90.0C ADD	F90.0X Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning UNS
Dalarna	Primärvård	4	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=4)
Dalarna	Psykiatri	17	64.7% (n=11)	35.3% (n=6)	0.0% (n=0)
Skåne	Psykiatri	5	80.0% (n=4)	20.0% (n=1)	0.0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	4	25.0% (n=1)	75.0% (n=3)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	30	53.3% (n=16)	33.3% (n=10)	13.3% (n=4)



## Samsjuklighet

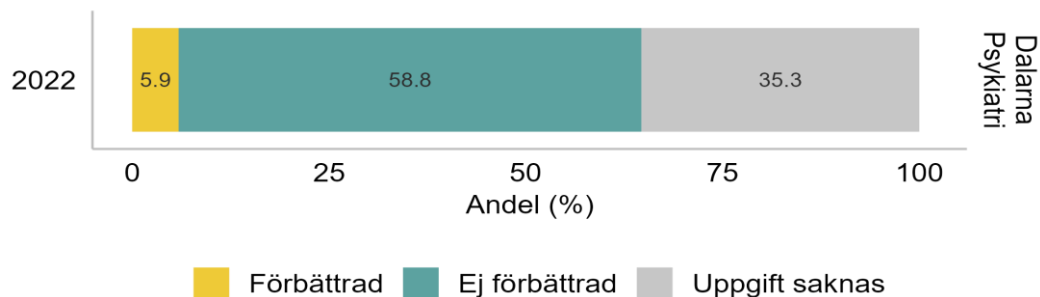
Två tredjedelar av patienterna hade någon samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera redovisas i tabell A17 i appendix.

## Behandlingseffekter

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

AAQoL har 29 frågor om de senaste två veckorna och består av fyra distinkta faktorer som korresponderar till de fyra delskalorna (Livsproduktivitet, Psykologisk hälsa, Livsutsikter och Relationer). Total och delskalepoäng transformeras till en 0–100 skala. Högre poäng på AAQoL indikerar bättre funktion och livskvalitet. Kriteriet för förbättring sattes till  $\geq 30\%$  ökning av AAQoL.

Det var endast psykiatrin i Dalarna som hade minst 10 behandlingar. Med kriteriet 30 % ökning av AAQoL var det låg andel förbättrade. Resultat visas också i tabell A18 i appendix.

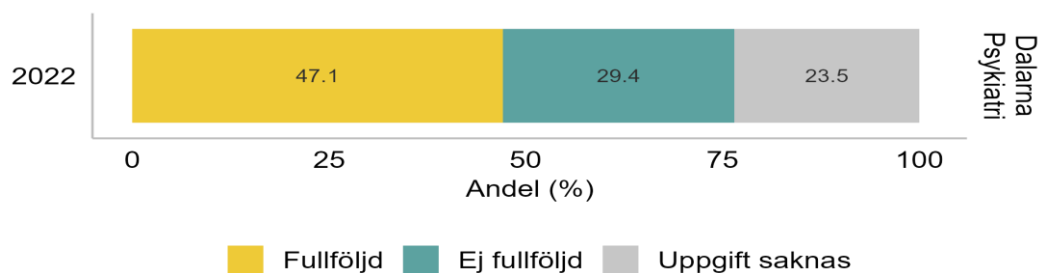


**Figur 19. Behandlingsresultat vid behandling av ADHD mätt med AAQoL, 2022**

## Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid visas i figur 20 om det finns minst 10 behandlingar.



**Figur 20. Andel behandlingar för ADHD hos vuxna där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid**

## Reflektion över resultaten för ADHD hos vuxna

Internetföremad KBT för ADHD är ett nytt utvecklingsområde som innefattar specifika utmaningar. Funktionshindret innefattar exekutiva svårigheter med att planera för och genomföra uppgifter samt ofta impulsivitet som kan hindra arbete mot långsiktiga mål. Internetbehandling ställer krav just på sådana färdigheter vilket gör att vårdprocess och program måste anpassas. Vi behöver analysera resultaten närmare och med större mängd behandlingar. En aspekt är hur det valda kriteriet på förbättring fungerar i relation till behandlarens bedömning.

## Diagnosgrupp Magbesvär/IBS hos vuxna

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

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

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Det var 71 behandlingar som registrerades under 2022, jämfört med 48 behandlingar under 2021, och alla hade behandlats med Internetpsykiatriens IBS-program.

Diagnoser

Diagnoserna var K58.1 Irritabel tarm med diarré (n=36), K58.2 Irritabel tarm med förstoppning (n=6) och K58.3 Irritabel tarm med blandade tarmvanor (n=29). Det var ungefär samma fördelning under 2021.

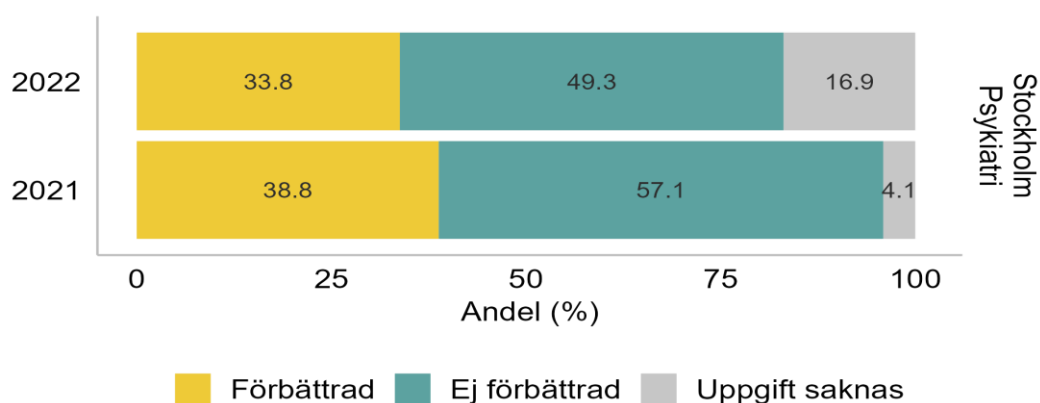
Samsjuklighet

Andelen som saknade samsjuklig psykiatrisk diagnos var 84 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A19 i appendix.

### Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för IBS mäts med det sjukdomsspecifika måttet Gastrointestinal Symptom Rating Scale för IBS (GSRS) och kriteriet  $\geq 30\%$  minskning. I Appendix, tabell A20 finns behandlingsresultat i form av effektstorlekar av GSRS dvs patientskattad symtomförändring och i tabell A21 det kompletterande måttet BRQ som visar beteendeförändring.

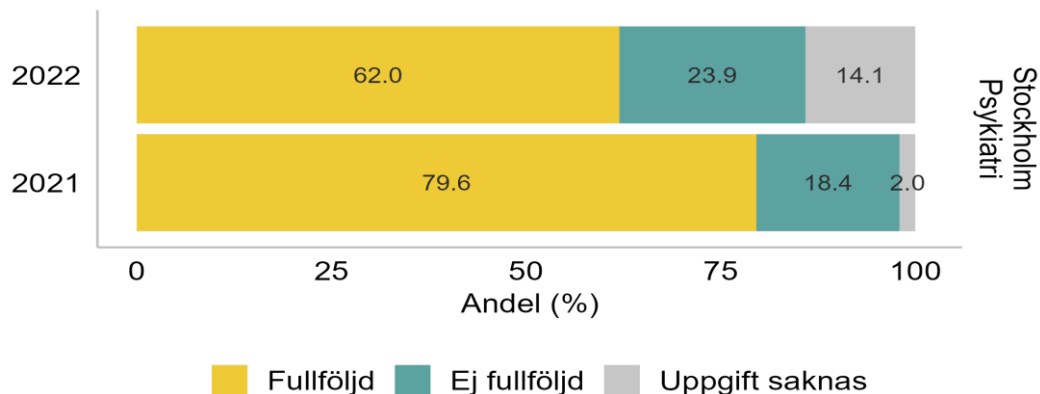
Det var medelhög behandlingseffekt på symtom mätt med GSRS och mycket hög effekt på vidmakthållande tanke- och beteendemönster hade minskat mätt med BRQ. Effekterna var ytterligare förbättrade där vi hunnit se resultaten vid 6 månaders-uppföljningen.



Figur 21. Behandlingsresultat vid behandling för IBS hos vuxna mätt med GSRS, 2021-22

## Fullföljandegrad

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för magbesvär hos vuxna visas i figur 22.



**Figur 22. Andel behandlingar för magbesvär hos vuxna där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid**

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Resultat WHODAS

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

Under 2022 så förbättrades patienternas funktion med medelhög effektstorlek, vilket var ytterligare förbättrat vid uppföljning vid 6 månader efter behandlingsstart, se tabell A22 i appendix.

## Reflektion över resultaten för IBS hos vuxna

Det är andra året som IKBT för IBS/funktionella magtarmbesvär hos vuxna registreras i SibeR. Resultaten i **Stockholm** är goda med medelhöga effekter på gastro-intestinala symtom och höga effekter på undvikande/kontrollbeteenden samt medelhöga effekter på funktion. En hög andel fullföljer behandlingstiden, men vi anar en något lägre andel som fullföljer under 2022. Resultaten verkar förbättras vid uppföljning efter vidmakthållandefasen.

## Diagnosgrupp Depression

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2022 startade 862 behandlingar för depression (Dalarna, n=24; Stockholm psykiatri, n=245; Stockholm primärvård, n=20; Uppsala primärvård, n=145; Västernorrland, n=4; Västra Götaland primärvård, n=204; Västra Götaland, psykiatri, n=7; Örebro, n=198; Östergötland, n=1).

## Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna:** Livandas depressionsprogram (6), Livandas korta depressionsprogram (6), Min Vårds depressionsprogram (16)
- **Skåne:** Livandas depressionsprogram (4), Skånes depressionsprogram (2)
- **Stockholm primärvård:** Uppsalas depressionsprogram (18), Gustavsbergs stressprogram (2)
- **Stockholm psykiatri:** Internetpsykiatrins depressionsprogram (245)
- **Uppsala primärvård:** Uppsalas depressionsprogram (143), Gustavsbergs stressprogram (2)
- **Västernorrland:** Livandas depressionsprogram (3), Livandas sömnprogram (1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners depressionsprogram (180), Psykologpartners ångestprogram (6), Psykologpartners stressprogram (7) och Psykologpartners orosprogram (9) VGRs sömnprogram (2)
- **VGR psykiatri:** Psykologpartners depressionsprogram (2), VGRs sömnprogram (5)
- **Örebro:** Örebros depressionsprogram (198)
- **Östergötland:** Psykologpartners depressionsprogram (1)

## Diagnoser

Inom psykiatrin dominerade andelen med recidiverande depression (F33). Inom primärvården dominerade andelen ospecifik depression (F32.9) och enstaka depressiv episod (F32).

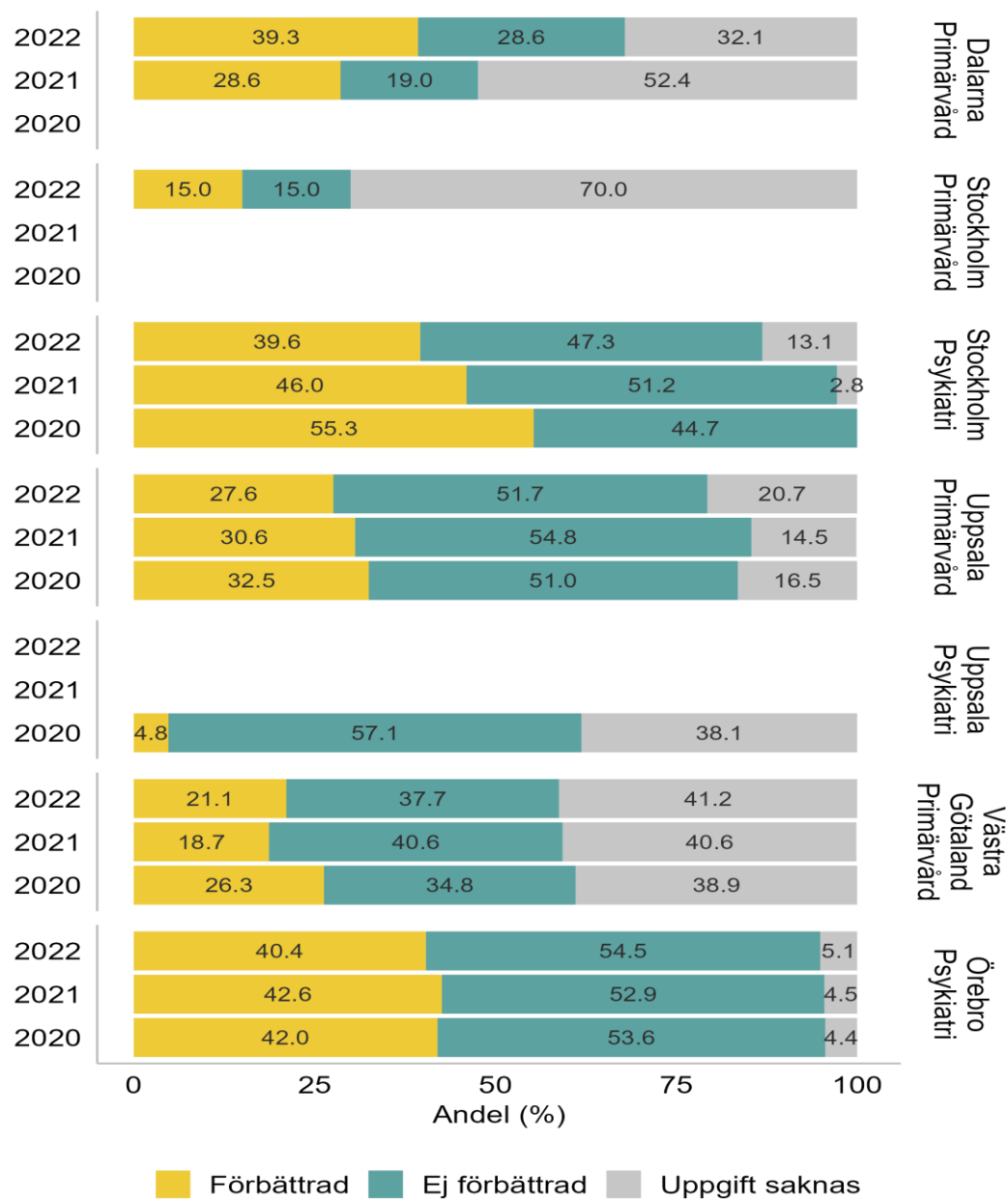
## Samsjuklighet

Andelen med samsjuklig psykiatrisk diagnos var kring 40 procent för verksamheter med större mängd behandlingar. Andelen för VGR primärvård är svårbedömd eftersom det saknades uppgift för cirka 26 procent. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A23 i appendix.

## Behandlingsresultat

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

Effektstorlekar och underlaget avseende MADRS-S-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2022 finns i tabell A24 i appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2020–2022) visas för regioner och vårdgrenar i figur 23, om det finns minst 10 startade behandlingar.



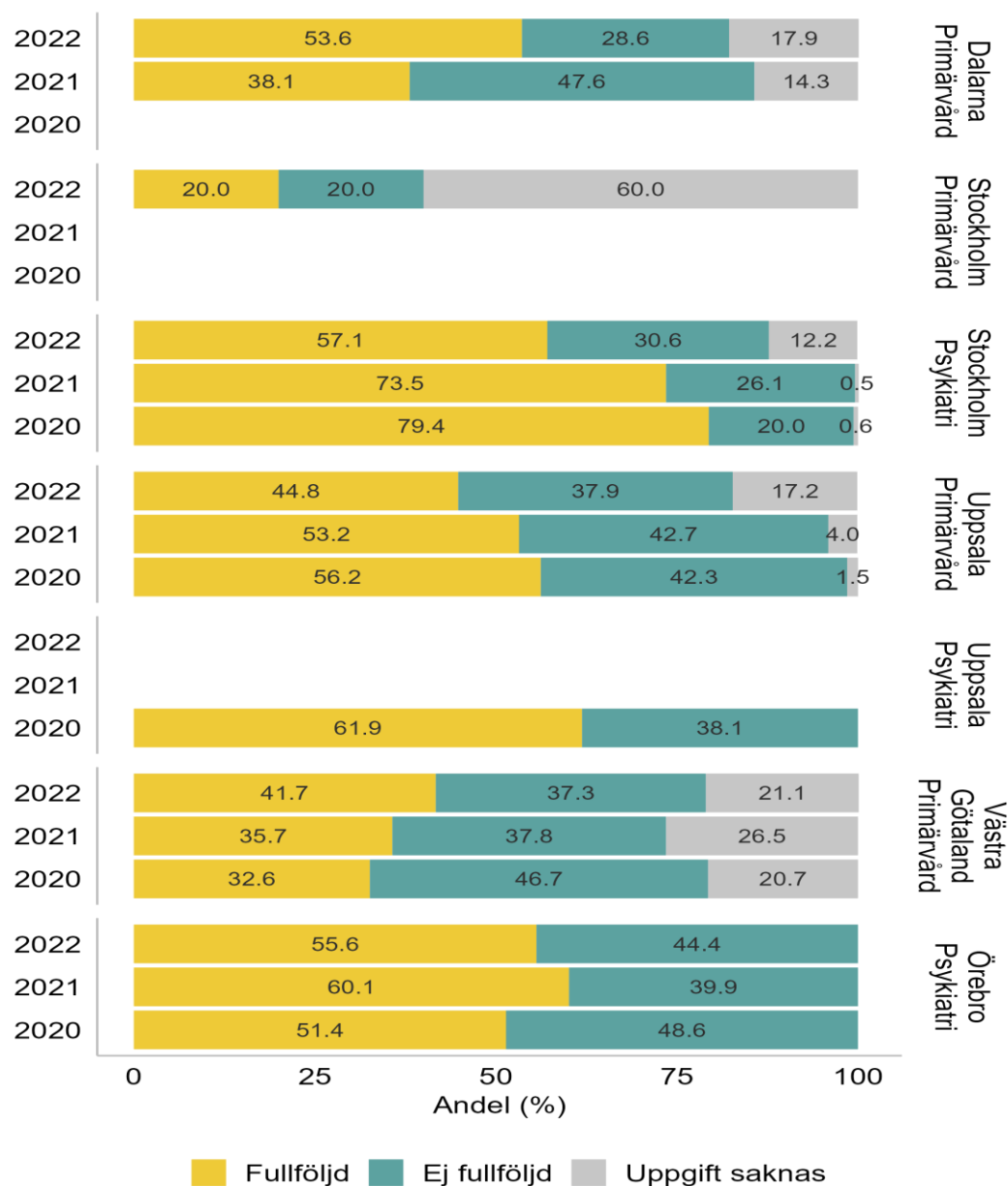
**Figur 23. Behandlingsresultat vid depressionsbehandling mätt med MADRS-S, 2020–2022**

### Fullföljandegrad

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

### Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällsynt att behandlingseffekten uppnåtts tidigare än förväntat. Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid visas i figur 24 om det finns minst tio behandlingar.



**Figur 24. Andel depressionsbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid i regioner och vårdgrenar, 2020–2022**

### Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Verksamheter med lite större antal behandlingar visade medelhöga effekter på funktion (Dalarna, Stockholm psykiatri, Uppsala primärvård, Örebro) och låga effekter (VGR primärvård). Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar visas i tabell A25 i Appendix.

### Reflektion över resultaten för depression i regionerna

**Dalarna primärvård** är med för andra året och visar en god utveckling vad gäller resultat och datakvalitet. Den största andelen depressionsbehandlingar bedrivs nu på regionens enhet för digital vård, Min Vård.

Depressionsbehandlingarna i **Örebro psykiatri** verkar fungera stabilt med höga effektstorlekar avseende symtom och medelhög effekt på funktion samt ett stabilt antal förbättrade.

Depressionsbehandlingarna i **Stockholm psykiatri** visar tecken på lägre andel som fullföljer och lägre effekter. Här behövs en undersökning av vad det kan handla om. Ett liknade mönster syns i **Uppsala primärvård**.

Behandlingarna i **VGR primärvård** hade medelhöga effekter på symtom och låg effekt på funktion. Det finns en ökning när det gäller andelen som fullföljer behandlingstiden men det saknas fortfarande mycket eftermätningar vilket gör resultaten svårvärderade.

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

## Diagnosgrupp Stressyndrom

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

#### Antal behandlingar

Under 2022 registrerades 315 behandlingar för stressyndrom (Dalarna, n=56; Norrbotten, n=1; Stockholm, n=15; Uppsala, n=94, VGR primärvård, n=145; VGR psykiatri, n=3; Östergötland, n=1). Behandlingar på indikationen utmattningssyndrombröts ut till egen diagnosgrupp och redovisas separat.

#### Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna:** Livandas stressprogram (47), Livandas sömnprogram (2), Min Vårds ångest-program (1), Min vårds sömn-program (5)
- **Norrbotten:** Livandas stressprogram (1).
- **Stockholm:** Gustavsbergs program för stress och utmattning (15)
- **Uppsala:** Gustavsbergs program för stress och utmattning (94)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners stressprogram (133), Livandas stressprogram (1), Livandas ångestprogram (6), Psykologpartners ångestprogram (5), Psykologpartners orosprogram (5).
- **VGR psykiatri:** Psykologpartners stressprogram (2), VGRs sömnprogram (1)
- **Östergötland:** Östergötlands program Livsbalansen för stress och återhämtning (1)

#### Diagnoser

Diagnoserna anpassningsstörning F43.2 och ospecifik reaktion på svår stress F43.8A dominerade, se tabell A26 i appendix.

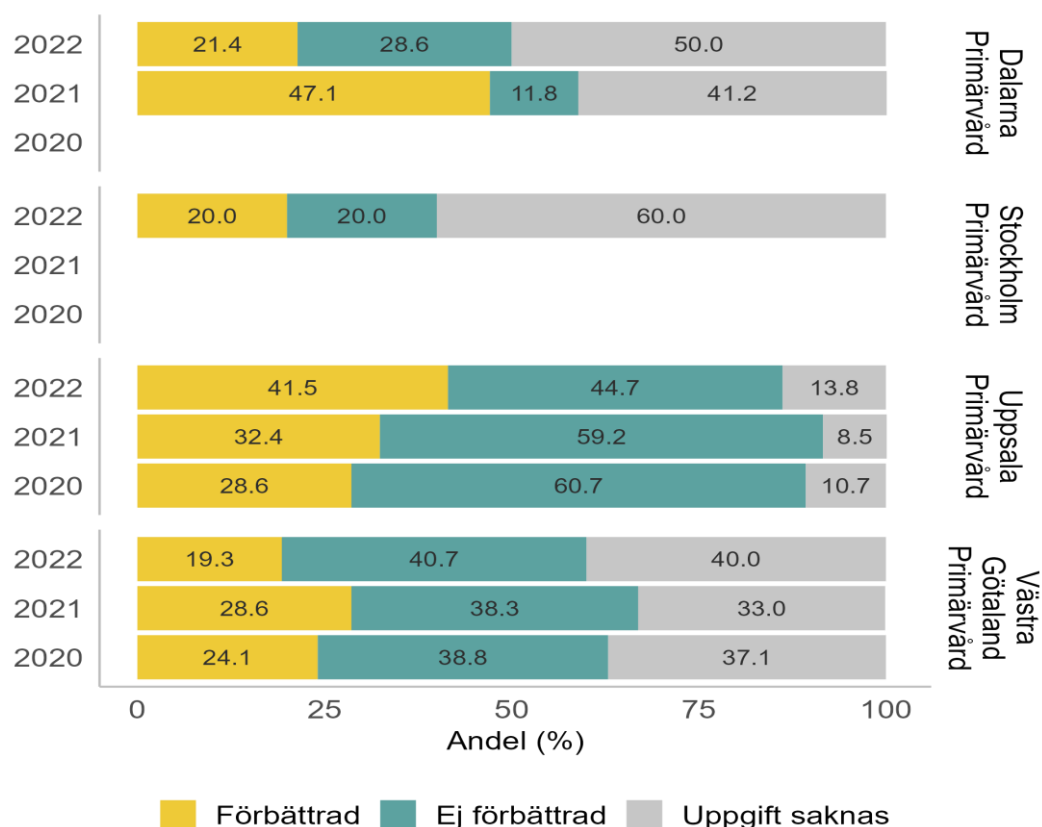
#### Samsjuklighet

Inom verksamheter med relativt stort antal behandlingar så var det cirka 40 procent som hade samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A27 i appendix.

## Behandlingsresultat

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

Effektstorlekar och underlaget avseende PSS-10-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2022 finns i tabell A28 i Appendix. Behandlingarna i Dalarna, VGR och Uppsala primärvård gav mätt med PSS-10 hög effekt där det fanns eftermätning. I övriga regioner var det för få behandlingar för att beräknas. **Observera** att det i Dalarna och VGR endast fanns eftermätning för cirka 50–60 % av behandlingarna. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren (2020–2022) visas i figur 25.



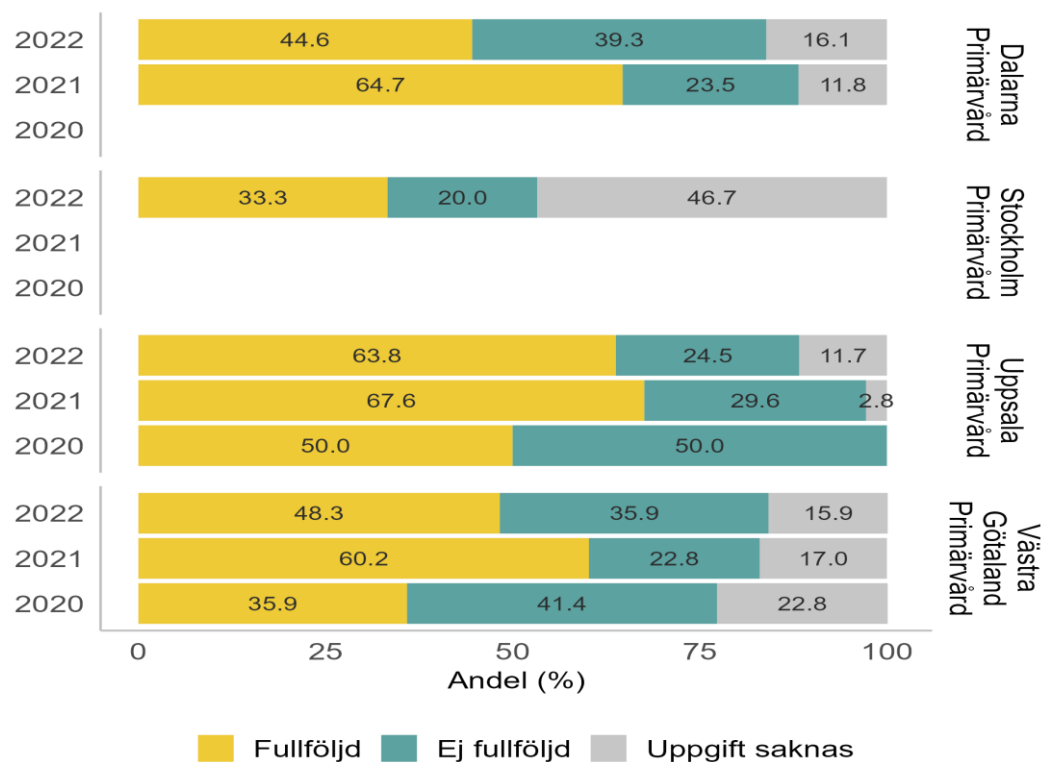
Figur 25. Behandlingsresultat för stressyndrom, mätt med PSS-10, 2020–2022

## Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid visas i figur 26 om det finns minst 10 behandlingar.





**Figur 26. Andel behandlingar av stressyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2019–2021**

### Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna med eftermätning i Uppsala, VGR och Dalarna gav medelhög effekt på funktion. Övriga hade låga tal. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A29 i Appendix.

### Reflektion över resultaten för stressyndrom i regionerna

Behandlingarna i **Uppsala primärvård** med Gustavsbergs program för stress och utmattning, gav mätt med PSS-10 hög effekt och medelhög effekt på funktion. Samma program används i **Stockholm-Gustavsberg** men här saknas eftermätningar till stor del.

Behandlingarna i **VGR primärvård** har också hög effekt på stressymptom mätt med PSS-10 och medelhög effekt på funktion. VGR har förbättrat sina resultat och datakvalitet framför allt vad gäller att registrera om patienterna fullföljer behandlingstiden, men behöver arbeta vidare på rutiner eftersom det saknas eftermätning med PSS-10 för cirka 40 % av behandlingarna.

Värdering av behandlingarna i **Dalarna primärvård** begränsas att det saknas eftermätning för 50 %. Behandlingar som redovisats hade höga effekter på symtom mätt med PSS-10 och medelhög effekt på funktion mätt med WHODAS. Man behöver utveckla sina rutiner för att få bättre datatäckning.

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

## Diagnosgrupp Utmattningssyndrom (UMS)

Stress- och utmattningssyndrom är stora folkhälsoproblem där patienterna till största delen söker vård inom primärvården. Den akuta fasen föregås av en prodromal fas som kan pågå i flera år med fluktuerade symtom. Det akuta insjuknandet innebär allvarligare stadier av psykisk och fysisk utmattning med kognitiva symtom som påtagliga minnes- och koncentrationsproblem samt uttalad energibrist. Den akuta fasen avklingar vanligen inom några veckor för att ersättas av en återhämtningsfas som kan pågå under lång tid och med uttalad stressintolerans. Det är inte ovanligt med långa sjukskrivningsperioder.

Det är bra att det nu finns fler tillgängliga internetbaserade behandlingsprogram för dessa tillstånd. Under 2021 såg vi fler registreringar med programmen från Gustavsbergs vårdcentral och från Östergötland som bägge har inriktning på utmattningssyndrom förutom på stresshantering. SibeR har nu beslutat att särskilja utmattningssyndrom som egen diagnosgrupp för att tydligare kunna följa utvecklingen.

## Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2022 registrerades 191 behandlingar för utmattningssyndrom (Dalarna, n=19; Stockholm, n=4; Uppsala, n=145; Västernorrland, n=3; VGR primärvård, n=19; Östergötland, n=1)

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna:** Livandas stressprogram (15), Min Vårds stress-program (4)
- **Stockholm:** Gustavsbergs program för stress och utmattning (4)
- **Uppsala:** Gustavsbergs program för stress och utmattning (145)
- **Västernorrland:** Livandas stressprogram (2), Livandas oros-program (1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners stressprogram (18), VGRs sömnprogram (1)
- **Östergötland:** Östergötlands program Livsbalansen för stress och återhämtning (1)

Diagnoser

Diagnosen utmattningssyndrom, F43.8A.

Samsjuklighet

I Dalarna hade cirka 50 %, och i Uppsala cirka 40 % samsjuklig psykiatrisk diagnos. Uppgift saknas i VGR för cirka 40 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A30 i appendix.

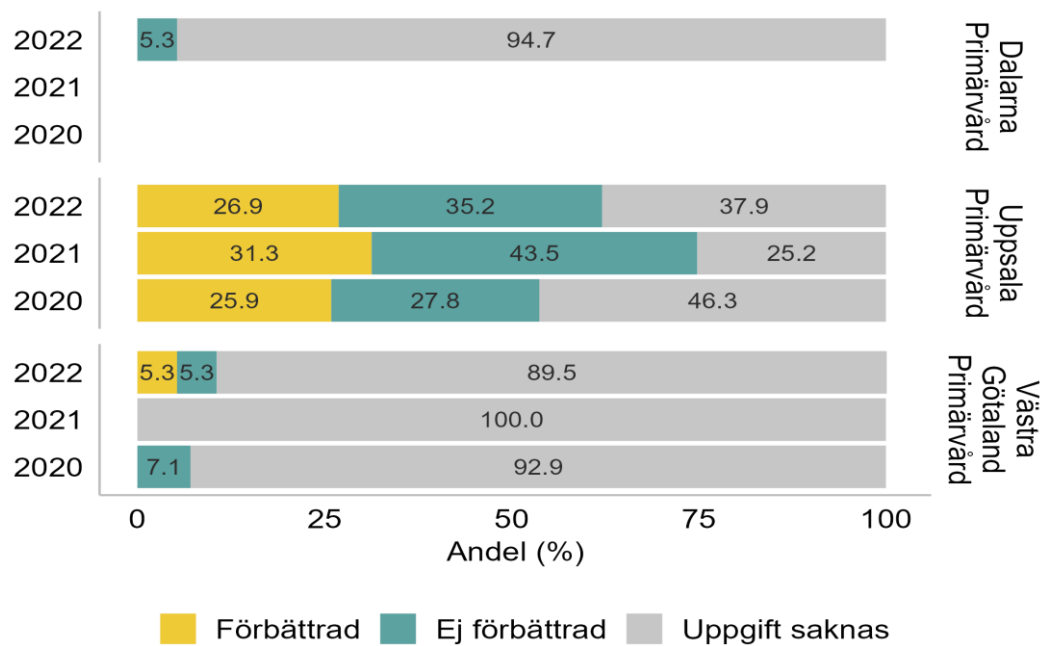
## Behandlingsresultat

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, 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 KEDS-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2022 finns i tabell A31 i Appendix.

Behandlingarna i Uppsala primärvård gav mätt med KEDS hög effekt där det fanns eftermätning. I övriga regioner var det för få deltagare eller för lite uppgifter om KEDS-värden för att beräknas.

Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren (2020–2022) visas i figur 27.

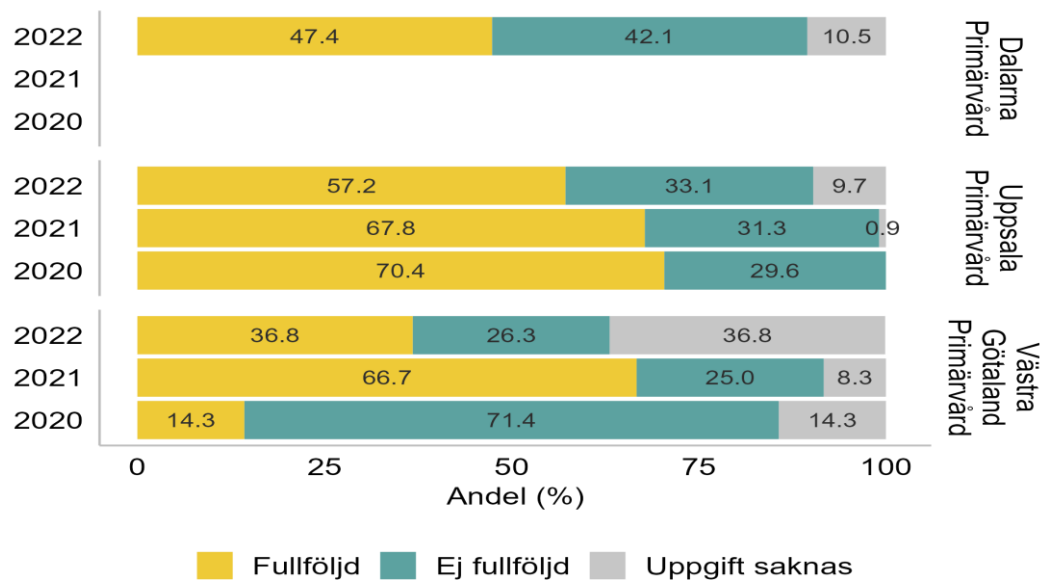


**Figur 27. Behandlingsresultat för utmattningssyndrom, mätt med KEDS, 2020–2022**

### Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid visas i figur 28 om det finns minst 10 behandlingar.



**Figur 28. Andel behandlingar av utmattningssyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2020–2022**

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna med eftermätning i Uppsala gav hög effekt på funktion. Övriga hade för låga tal för att beräknas. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A32 i Appendix.

## Reflektion över resultaten för utmattningssyndrom i regionerna

Behandlingarna i **Uppsala primärvård** med Gustavsbergs program för stress och utmattning, gav mätt med KEDS hög effekt och även hög effekt på funktion. Dock saknades eftermätning för nästan 40 %. Samma program används i **Stockholm- Gustavsberg** men endast ett litet antal behandlingar har registrerats där.

Eftermätningar med KEDS saknas nästan helt och hållet i andra regioner. Det kan vara så att man inte varit medveten om vikten av att mäta utfallet med KEDS vid utmattningssyndrom. För transdiagnostiska program som exempelvis Psykologpartners Stresshjälpen behöver man då aktivera KEDS i mätbatteriet.

Utmattningssyndrom anses svårbehandlade så det är lovande att se att programmet från Gustavsberg med 12 behandlingsavsnitt och 12 veckors behandlingstid har så pass fina resultat.

## Diagnosgrupp Sömnstörningar

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Under 2022 registrerades 517 behandlingar för sömnstörning (Dalarna primärvård n=27, Skåne psykiatri n=2, Stockholm primärvård n=14, Stockholm psykiatri n=251, Uppsala primärvård, n=122, Västernorrland n=13; VGR primärvård, n=74, VGR psykiatri n=13, Östergötland primärvård n=1).

- **Dalarna primärvård:** Livandas sömnprogram (25), Min Vårds sömnprogram (2)
- **Skåne psykiatri:** Livandas sömnprogram (2)
- **Stockholm primärvård:** Uppsalas sömnprogram (14)
- **Stockholm psykiatri:** Internetpsykiatrins insomnioprogram (251)
- **Uppsala primärvård:** Uppsalas sömnprogram (122)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas sömnprogram (13)
- **VGR primärvård:** VGR:s sömnprogram (71), Psykologpartners sömnprogram (1), Psykologpartners stressprogram (1), Psykologpartners orosprogram (1).
- **VGR psykiatri:** VGR:s sömnprogram (13)
- **Östergötland:** Psykologpartners sömnprogram (1)

### Diagnoser

Diagnoserna G47.0 Insomni dominerade i psykiatrin och G47.9 Sömnstörning ospecificerad i primärvården. Fördelning av diagnoserna mellan olika regioner och vårdgrenar finns i tabell A33 i appendix.

### Samsjuklighet

Totalt hade kring 40 % av patienterna i sömnbehandling samsjuklig psykiatrisk diagnos. Det varierade från 25 % i Stockholm psykiatri och VGR primärvård, till 0 % eller 100% uppgift saknas. Fördelning av

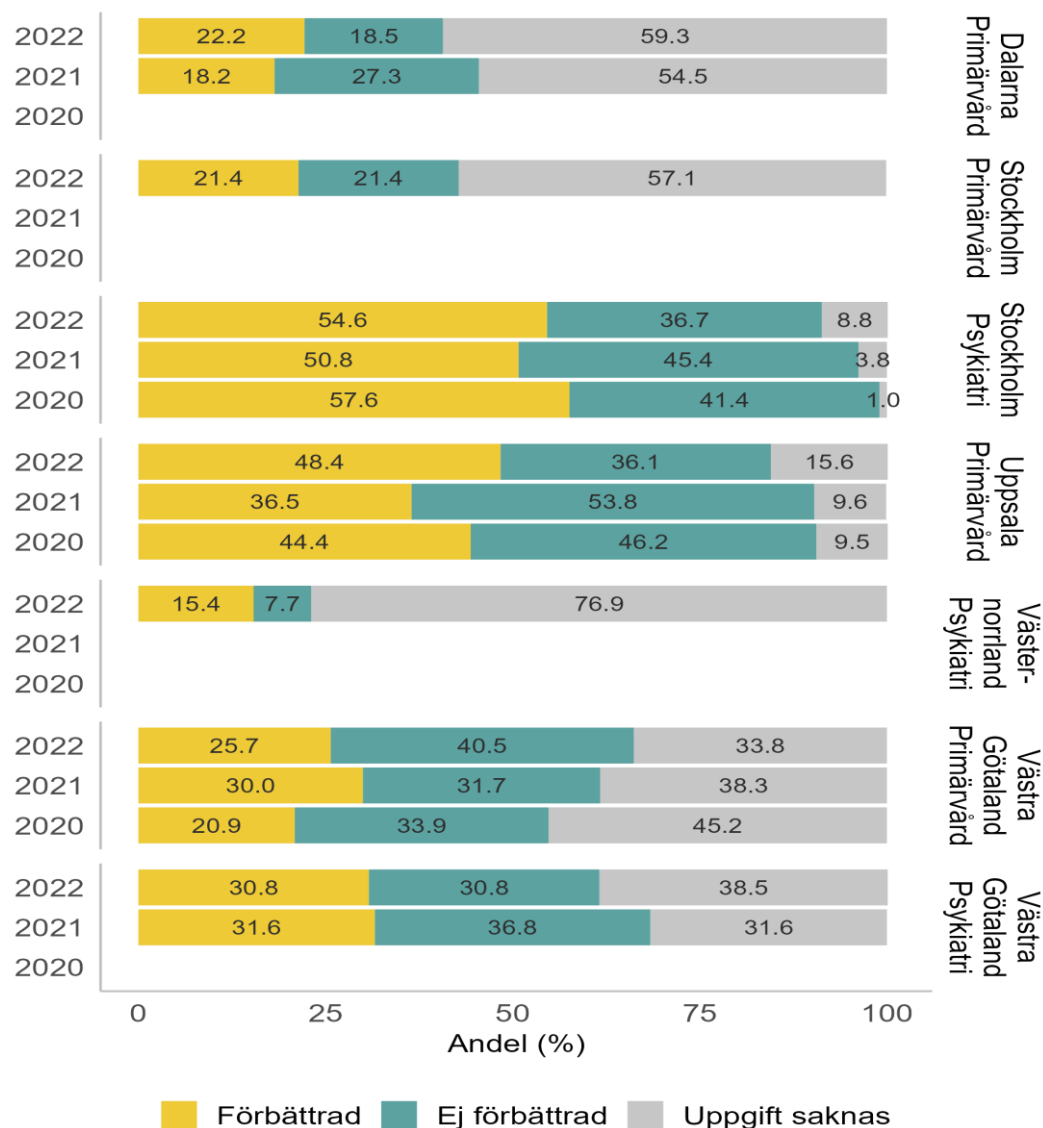
samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A34 i appendix.

## Behandlingsresultat

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

Behandlingarna för sömnstörning gav hög effekt i alla regioner, men för alla utom Stockholm psykiatri (Internetpsykiatrin), Uppsala primärvård, VGR primärvård och Dalarna primärvård var det rätt få behandlingar. Det saknades eftermätningar för 34 % i VGR, 77 % i Västernorrland och 60 % i Dalarna. Effekten var hög i Stockholm psykiatri, Uppsala primärvård och VGR primärvård. Effektstorlekar och underlaget avseende ISI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2022 finns i tabell A35 i appendix.

Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2020–2022) visas för regioner och vårdgrenar i figur 27, om det finns minst 10 startade behandlingar.

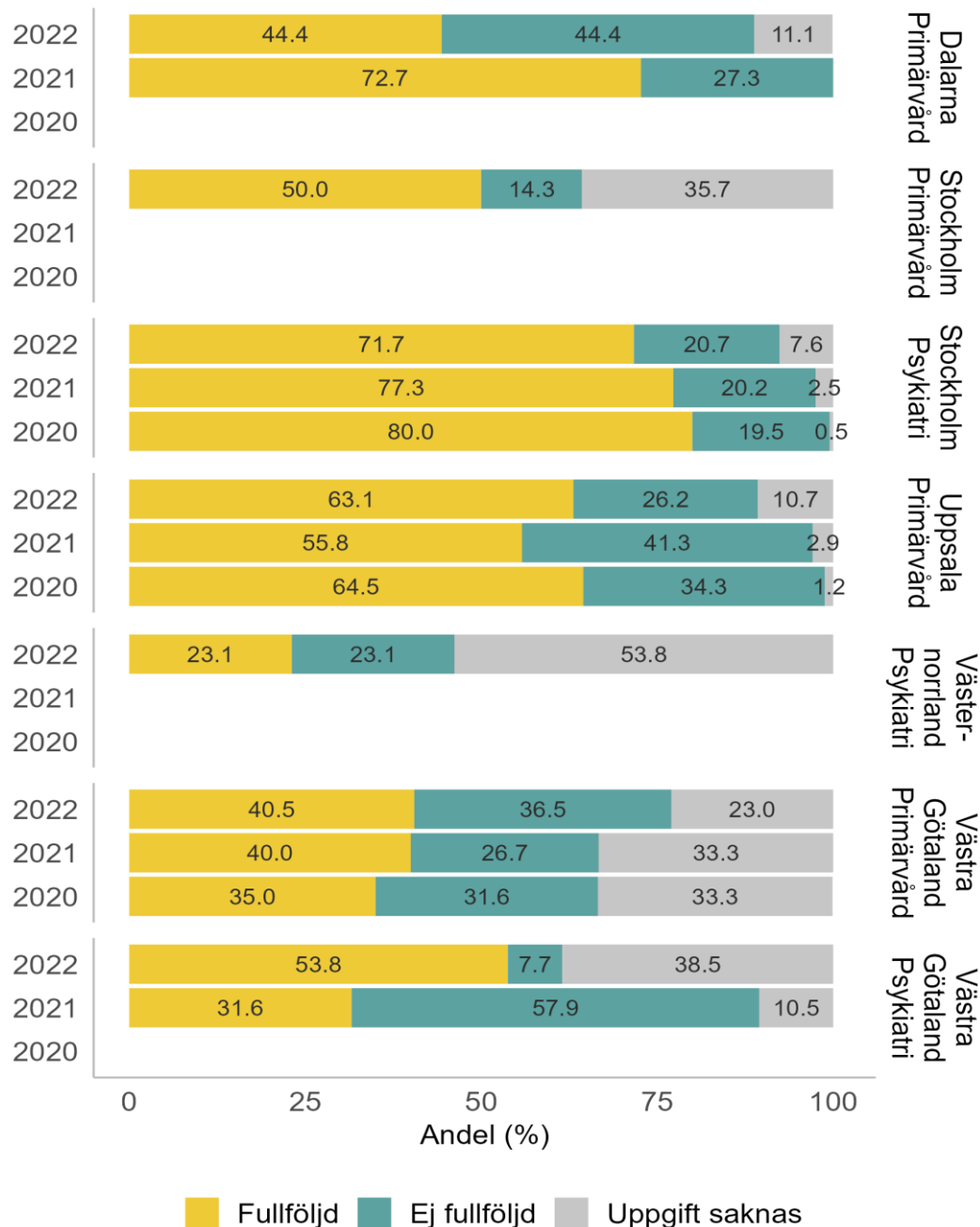


Figur 29. Behandlingsresultat för sömnstörning mätt med ISI, 2020–2022

## Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för sömnrörning visas i figur 30 med jämförelser för de tre senaste åren



**Figur 30. Andel sömnbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid i regioner och vårdgrenar, 2020–2022**

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna för sömn verkar ha haft viss men liten effekt på funktion mätt med WHODAS i Stockholm, Uppsala och VGR. Övriga regioner hade låga tal. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A36 i Appendix.

## Reflektion över resultaten för sömnstörning i regionerna

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

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

Sömnbehandlingen vid **Internetpsykiatri i Stockholm** har fortsatt god effekt med cirka 50 % förbättrade. Andelen som fullföljer behandlingstiden är fortsatt hög. Trots de goda effekterna på sömn har funktionsförmågan påverkats till låg grad. Det uppfattas bero på att patientgruppen här i snitt hade liten funktionsnedsättning vid starten, jämfört med andra regioner där funktionsnedsättningen var måttlig initialt.

Behandlingseffekten för sömnbehandlingen i **Uppsala** och **VGR** är också goda. VGR behöver förbättra sin datakvalitet eftersom eftermätning saknas för 39 % avseende sömnbesvär och men de har ökad rapportering av fullföljandegrad.

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

## Diagnosgrupp Ängest- och orosyndrom

### Dysmorfofobi (Upplevd fulhet)

#### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Under 2022 startade 69 behandlingar för dysmorfofobi (F45.2A) i Stockholm och alla patienterna fick behandling med Psykiatri Sydvästs program för dysmorfofobi. Det startade en behandling i Uppsala med Uppsalas depressionsprogram för en patient med diagnos dysmorfofobi.

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

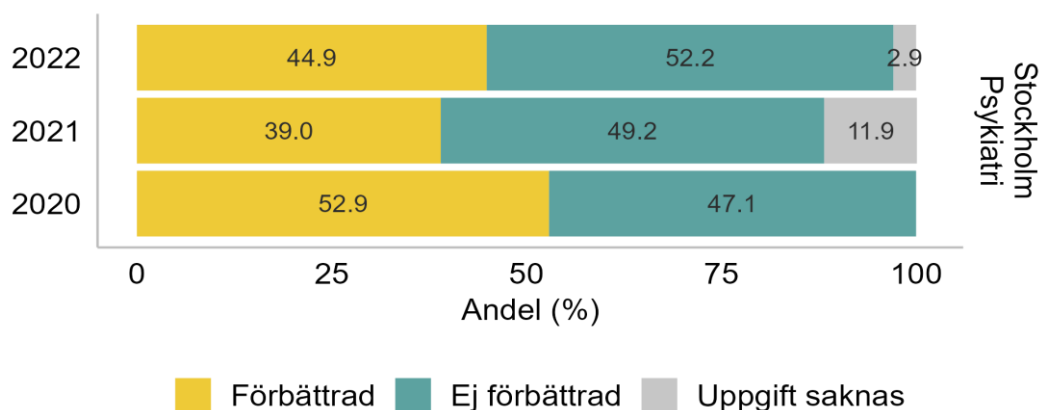
Samsjuklighet

Fyrtio procent hade samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A37 i appendix.

#### Behandlingsresultat

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

Behandlingen för dysmorfofobi hade hög effektstorlek mätt med AAI. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade under 2020–2022 visas i figur 31 för Stockholm. Effektstorlekar och underlaget avseende AAI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2022 finns i tabell A38 i Appendix.



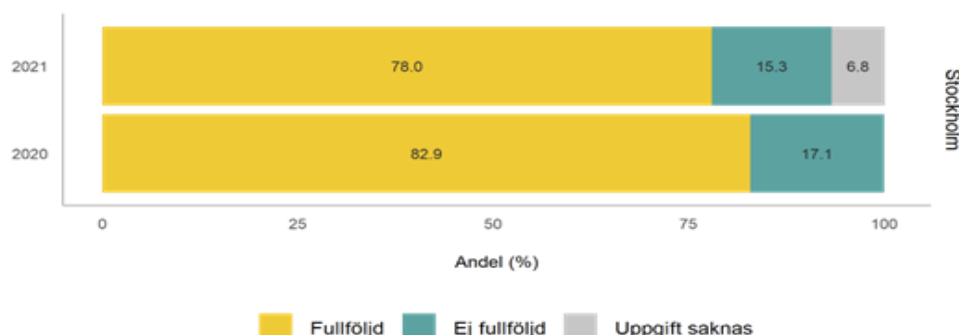
**Figur 31. Behandlingsresultat för dysmorfofobi mätt med AAI, Stockholm 2020–2022**

### Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Andelen som fullföljt behandlingstiden var fortsatt hög men hade minskat något. Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för dysmorfofobi visas för 2020–21 i figur 32.

**Observera**, av misstag har figuren inte tagit med år 2022 men då var andelen som fullföljde behandlingstiden **72,5 %** (50/69), andelen som ej fullföljde 26,1 % (18/69) och uppgift saknades för en behandling (1,4 %).



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

### Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingen för dysmorfofobi gav förbättrad funktion av medelstor effektstorlek. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A39 i Appendix.

### Reflektion över resultaten för dysmorfofobi

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



Behandling för dysmorfofobi har nu rapporterades i SibeR i tre år från OCD-mottagningen i **Stockholm** som tar emot patienter från hela landet. Behandlingseffekten är god med hög effektstorlek men andelen som fullföljer behandlingstiden har minskat sedan föregående år. Patienterna får förbättrad funktion av medelstor effektstorlek. Behandlingen verkar accepteras väl av patienterna med en hög andel som fullföljer överenskommen behandlingslängd.

## Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

I årsrapporten för 2022 redovisas för första gången resultaten separat för GAD, skilt från ospecifika ångesttillstånd. Anledningen är att det nu finns specifika behandlingsprogram för GAD och för att kunna följa utvecklingen av dessa program bättre.

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

#### Antal behandlingar

Under 2022 registrerades 296 behandlingar för generaliserat ångestsyndrom (Dalarna primärvård, n=20; Dalarna psykiatri, n=1; Skåne, n=3; Stockholm psykiatri, n=2; Uppsala primärvård, n=87, Västernorrland, n=2; VGR primärvård, n=171; VGR psykiatri, n=3; Östergötland, n=2).

#### Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård:** Livandas orosprogram (9), Livandas ångestprogram (2), Min Vårds ångest-program (2) och Min Vårds orosprogram (7)
- **Dalarna psykiatri:** Livandas orosprogram (1)
- **Skåne psykiatri:** Livandas orosprogram (6)
- **Stockholm psykiatri:** Livandas ångestprogram (2) på Capio psykiatri, Psykiatri Sydvästs depressions-program (1)
- **Uppsala primärvård:** Uppsalas orosprogram (86), Gustavsbergs stressprogram (1)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas orosprogram (1), Livandas ångestprogram (1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (40), Psykologpartners orosprogram (129), Psykologpartners stressprogram (2)
- **VGR psykiatri:** Psykologpartners orosprogram (1)
- **Östergötland:** Psykologpartners orosprogram (2)

#### Diagnoser

Diagnosen var GAD, F41.1.

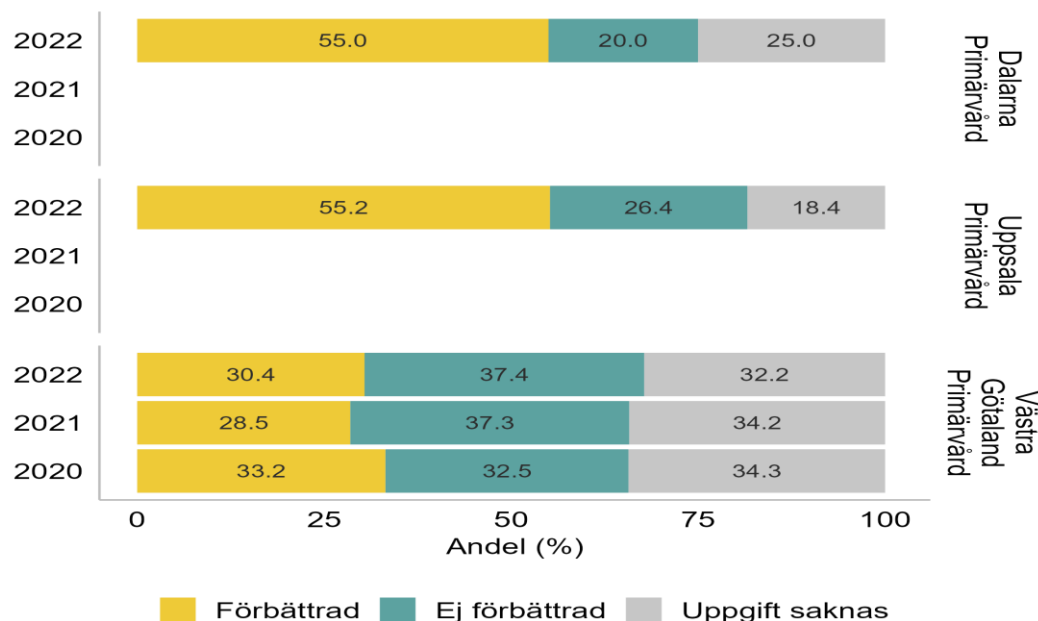
#### Samsjuklighet

Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos fanns hos cirka 75 % av patienterna i Dalarna, 35 % i Uppsala primärvård och 50 % i VGR primärvård. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A40 i appendix.

### Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för generaliserat (GAD) mäts med det sjukdomsspecifika måttet Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al, 2006) och kriteriet  $\geq 40$  % minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende GAD-7-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2022 finns i tabell A41 i Appendix. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren visas i figur 33, om det finns minst 10 startade behandlingar.

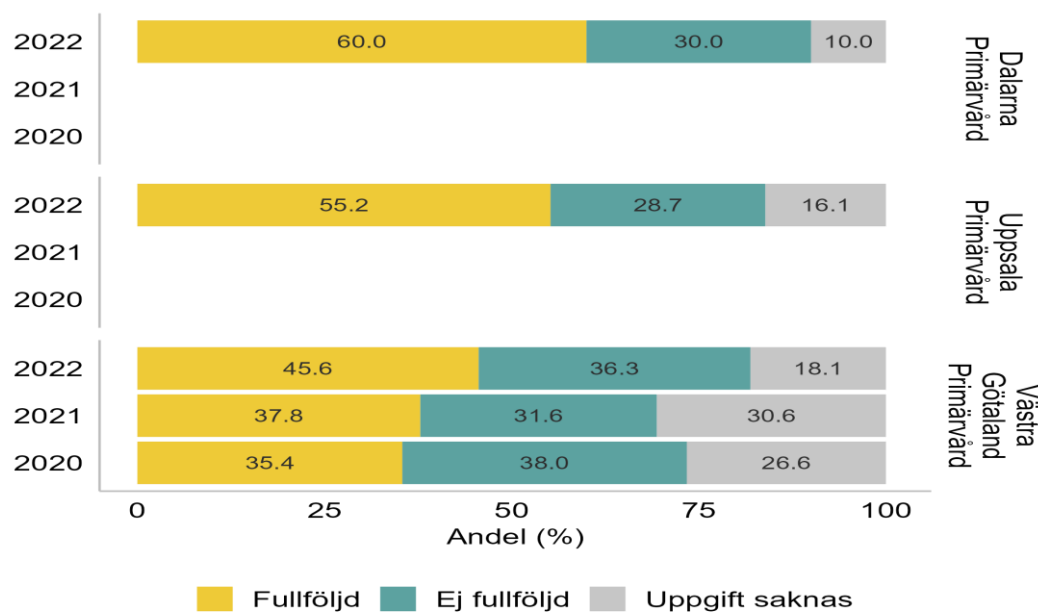


**Figur 33. Behandlingsresultat för generaliserat ångestsyndrom mätt med GAD-7, 2020-22**

### Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för GAD visas i figur 34, om minst tio behandlingar.



**Figur 34. Andel behandlingar för GAD och där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020–2022**

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna för GAD hade medelhög effekt på funktion i Uppsala. Övriga regioner hade för låga tal. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A42 i Appendix.

## Reflektion över resultaten för generaliserat ångestsyndrom

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

Det sker nu en utveckling av IKBT-program med specifika behandlingsmodeller för GAD som börjat användas under 2022, 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.

Den nya behandlingen för oro i **Uppsala primärvård** har byggts med utgångspunkt från på en evidensbaserad behandlingsmanual utvecklad av Robichaud och Dugas. Det verkar ha fungerat väl, med hög andel förbättrade, hög effektstorlek på symtom och medelhög effekt på funktion.

Även i **Dalarna primärvård** ser vi hög andel förbättrade och höga effekter på symtom. Resultaten är en blandning av effekter från Regionens videobehandling via Min vård och IKBT med Livandas program. I **VGR primärvård** så är behandlingseffekterna på symtom höga för behandlingar där det finns eftermätning. Andelen som fullföljer behandlingstiden har ökat.

## Hälsoångest

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2022 registrerades 224 behandlingar för hälsoångest (Dalarna, n=6; Stockholm primärvård, n=2; Stockholm psykiatri, n=204; Uppsala primärvård, n=1; Västernorrland, n=1; VGR, n=10).

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård:** Livandas ångestprogram (1), Min Vårds hälsoångest-program (5)
- **Stockholm primärvård:** Gustavsbergs hälsoångestprogram (2)
- **Stockholm psykiatri:** Psykiatri Sydvästs Hälsoångest-program (217)
- **Uppsala primärvård:** Gustavsbergs hälsoångest-program (1)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas orosprogram (1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (1), Psykologpartners orosprogram (8), Livandas orosprogram (1)

Diagnoser

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

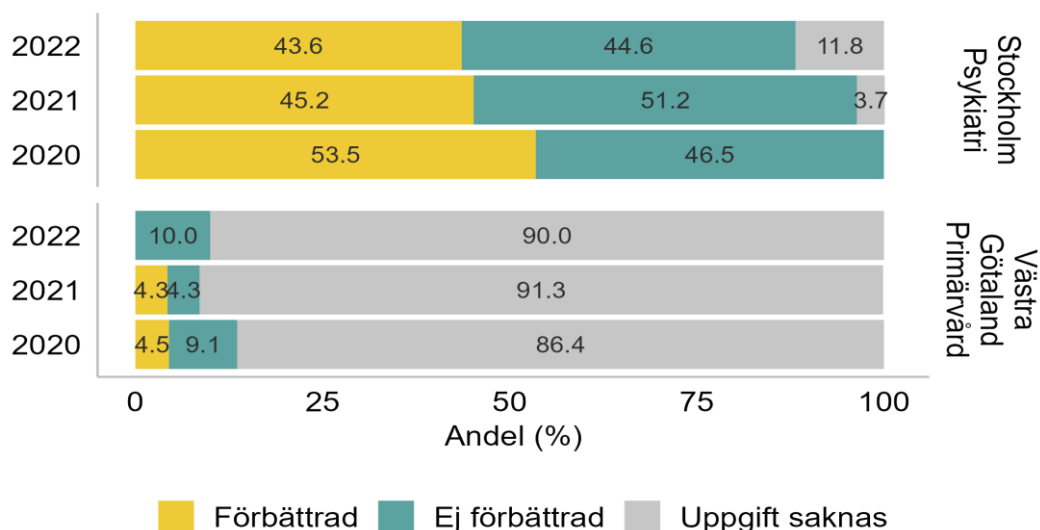
Samsjuklighet

I Stockholm rapporterades att 35 % hade samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A43 i appendix.

## Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för hälsoångest mäts med det sjukdomsspecifika måttet Short Health Anxiety Inventory (SHAI-14; Salkovskis et al, 2002) och kriteriet  $\geq 30\%$  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 mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2020–2022 finns i tabell A44 i Appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren visas i figur 35, om det finns minst 10 registrerade behandlingar under dessa år.

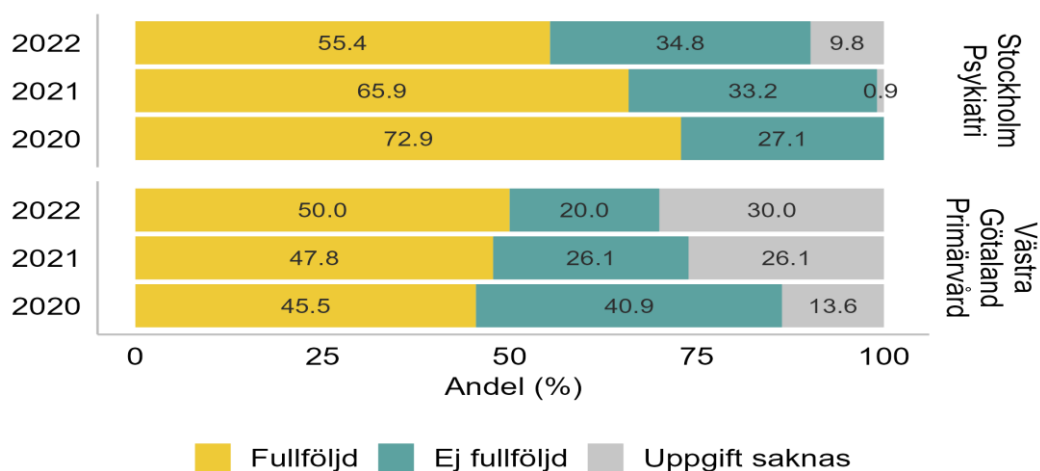


**Figur 35. Behandlingsresultat för hälsoångest mätt med SHAI-14, 2020–2022 (2022: Stockholm, n=204; VGR, n=10)**

## Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för hälsoångest visas i figur 36.



**Figur 36. Andel behandlingar för hälsoångest där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2022**

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Stockholm hade medelhög effekt på funktion. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A45 i Appendix.

## Reflektioner över resultaten för hälsoångest i regionerna

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

Behandlingen för hälsoångest vid Internetpsykiatri i **Stockholm** är tidigare testad i kontrollerade studier med goda resultat och har fungerat i reguljär vård sedan 2018 och har fortsatt att fungera efter migrering till Stöd- och behandlingsplattformen 2021. Vi ser dock en fortsatt tendens till lägre andel som fullföljer behandlingen och något lägre andel förbättrade.

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. Nu kommer ett program för hälsoångest från Gustavsberg till användning där och i Uppsala. Likaså har man startat ett program för hälsoångest för **Min Vård i Dalarna**. Vi ser fram emot att programmen används och utvärderas mera.

## Paniksyndrom

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2022 registrerades 290 behandlingar för paniksyndrom (Dalarna primärvård, n=3; Dalarna psykiatri, n=1; Stockholm psykiatri, n=122; Uppsala primärvård, n=36; Uppsala psykiatri, n=1; Västernorrland, n=3; VGR primärvård, n=66; VGR psykiatri, n=1; Örebro psykiatri, n=57).

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård:** Livandas ångestprogram (1), Min Vårds paniksyndrom-program (2)
- **Dalarna psykiatri:** Livandas ångestprogram (1)
- **Stockholm psykiatri:** Psykiatri Sydvästs paniksyndrom-program (122)
- **Uppsala primärvård:** Uppsalas paniksyndrom-program (25), Uppsalas socialfobi-program (8), Gustavsbergs stressprogram (3)
- **Uppsala psykiatri:** Uppsalas paniksyndrom-program (1)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas ångestprogram (2), Livandas orosprogram (1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (63), Psykologpartners stressprogram (1).
- **Örebro:** Örebros paniksyndromprogram (57)

Diagnoser

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

Samsjuklighet

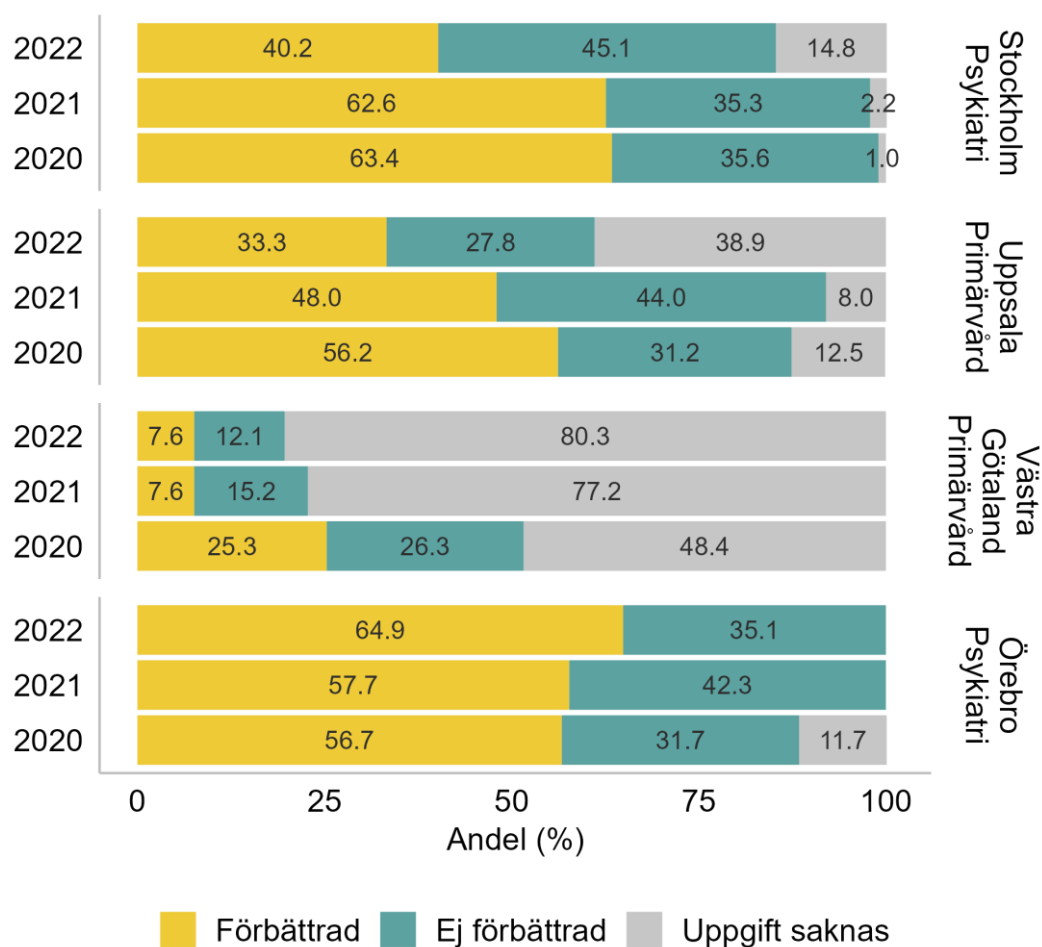
Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A46 i appendix.

## Behandlingseffekt

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

Behandlingarna i Örebro och Stockholm hade hög effekt med cirka 60 % förbättrade i Örebro. Andelen förbättrade hade minskat i Stockholm. Behandlingarna i Uppsala hade medelhög effekt med cirka 33 % förbättrade, påverkat av saknade eftermätningar. I VGR saknades eftermätning för nästan 80 % av behandlingarna. Effektstorlekar och underlaget avseende PDSS-SR-värden samt antal mätta vid behandlingsstart, behandlings-avslut och uppföljning för 2021 finns i tabell A47 i Appendix.

Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren visas i figur 37, om det finns minst 10 behandlade patienter.

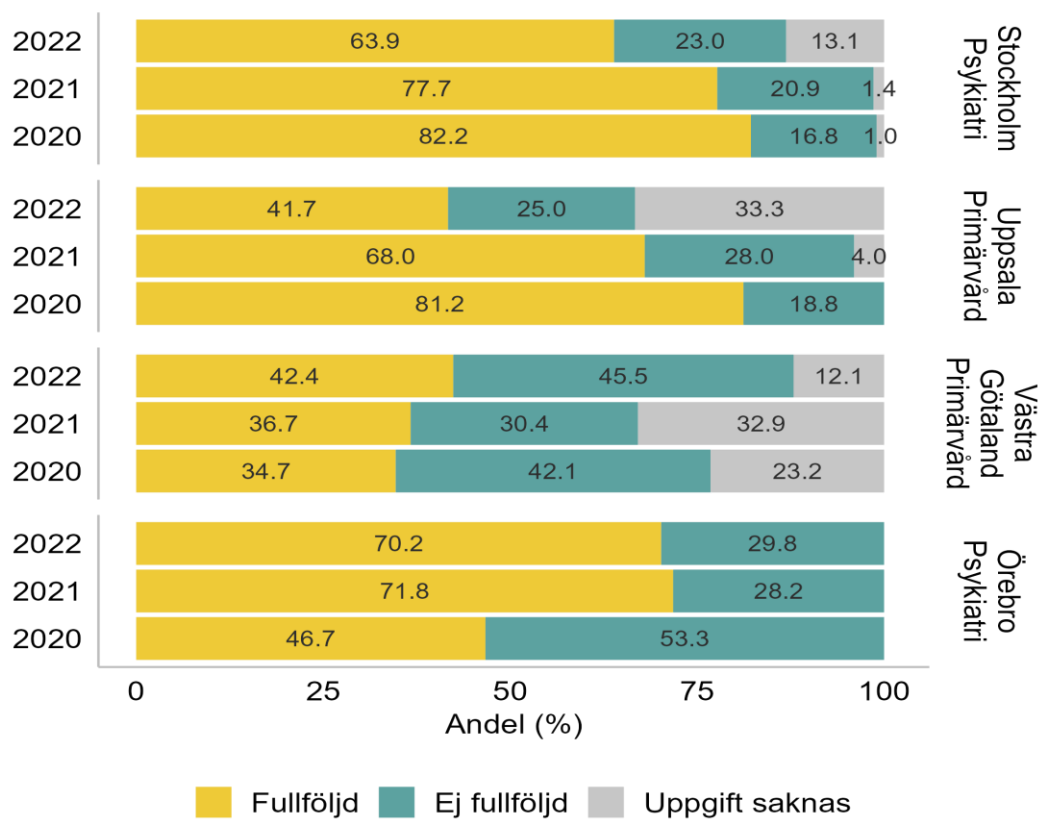


**Figur 37. Behandlingsresultat för paniksyndrom mätt med PDSS-SR, 2020–2022**

## Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för paniksyndrom visas i figur 38.



**Figur 38. Andel behandlingar för paniksyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020–2022**

### Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Stockholm och Örebro förbättrade funktionen hos patienterna med medelhög effektstorlek. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A48 i Appendix.

### Reflektioner över resultaten för paniksyndrom i regionerna

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

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

## Social fobi

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

#### Antal behandlingar

Under 2022 registrerades 532 behandlingar för social fobi (Dalarna primärvård, n=7; Dalarna psykiatri, n=1; Stockholm psykiatri, n=279; Skåne psykiatri, n=2; Uppsala primärvård, n=103; Uppsala psykiatri, n=2; Västernorrland, n=2; VGR primärvård, n=65; VGR psykiatri, n=2; Örebro, n=66.

#### Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård:** Livandas ångestprogram (5), Livandas Adhd-program (1), Min Vårds socialfobi-program (1)
- **Dalarna psykiatri:** Livandas ångestprogram (1)
- **Stockholm psykiatri:** Psykiatri Sydvästs social fobi-program (277), Sömnprogram (1), depressionsprogram (1)
- **Uppsala primärvård:** Uppsalas socialfobi-program (102), Uppsalas oros-program (1)
- **Uppsala psykiatri:** Uppsalas social fobi-program (2)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas ångestprogram (3), Livandas socialfobi-program (1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (63), Psykologpartners stressprogram (1), Livandas social fobi-program (1).
- **VGR psykiatri:** Psykologpartners ångestprogram (2)
- **Örebro:** Örebros social fobi-program (66)
- **Östergötland:** Psykologpartners ångestprogram (1)

#### Diagnoser

Diagnosen som hade satts var F40.1 social fobi.

#### Samsjuklighet

Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos fanns hos 35% i Stockholm, 35% i Uppsala primärvård, och 65 % i Örebro. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A49 i appendix.

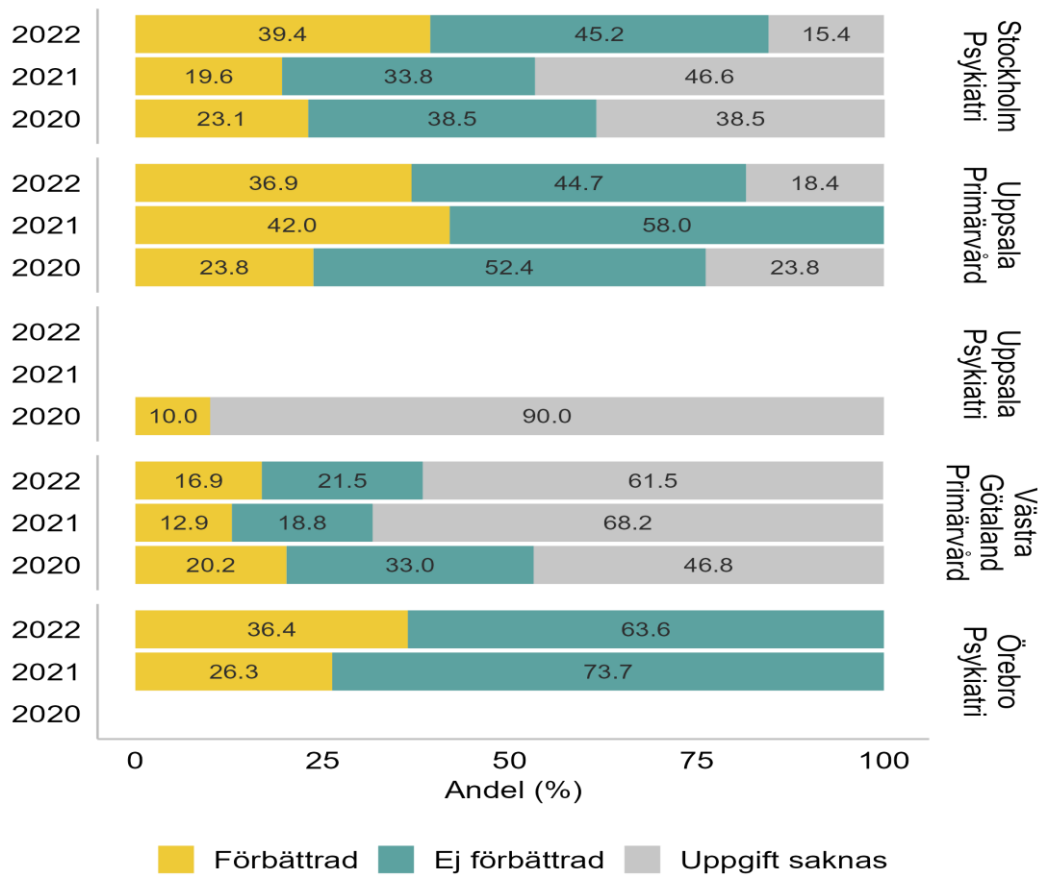
### Behandlingsresultat

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  $\geq 30$  % minskning. För mer detaljerat underlag avseende SPIN se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Behandlingarna i Uppsala primärvård, Örebro och Stockholm hade hög effekt mätt med SPIN. Andelen förbättrade var jämförbara mellan 37–39 %. Det var medelhöga effekter i VGR där det fanns eftermätning men den saknades för 60 %.

Effektstorlekar och underlaget avseende SPIN-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlings-avslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2021 finns i tabell A50 i Appendix. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren (2020–2022) visas för regioner och vårdgrenar i figur 39 för SPIN, om det finns minst 10 startade behandlingar.



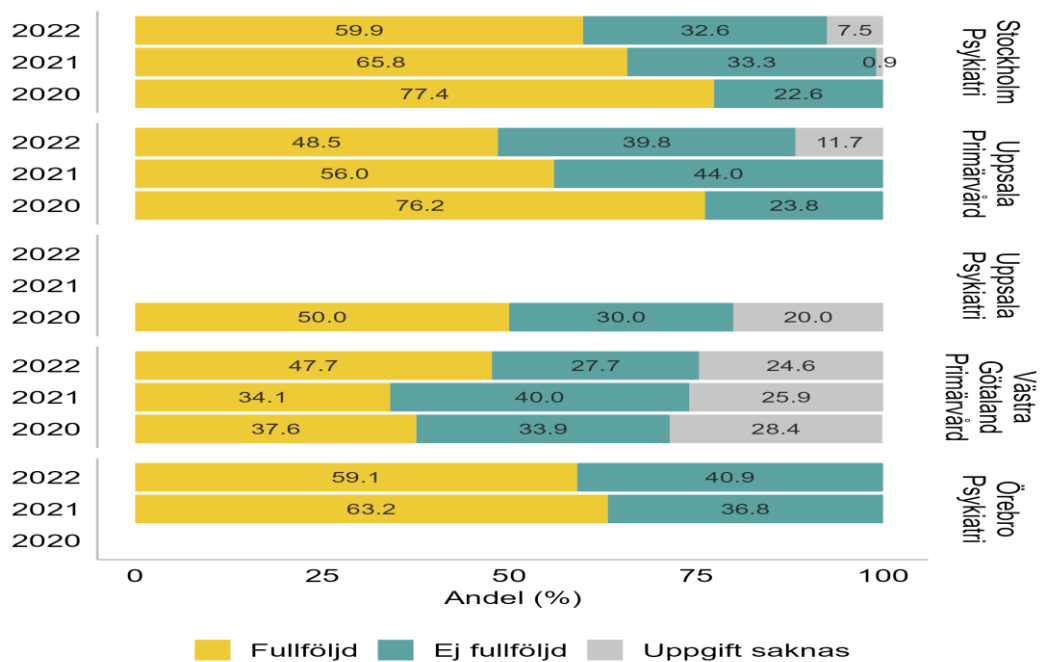


**Figur 39. Behandlingsresultat vid behandling av social fobi mätt med SPIN, 2020–2022**

**Fullföljande**

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för social fobi visas i figur 40.



**Figur 40. Andel behandlingar för social fobi där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020–2022**

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Funktionen hos patienterna förbättrades med medelhög effektstorlek. Observera dock bortfall i mätningar. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A51 i Appendix.

## Reflektioner över resultaten för social fobi i regionerna

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

Behandlingen för social fobi vid Internetpsykiatri i **Stockholm** har funnits länge i drift, och vid årsskiftet 2020–21 migrerades programmet från egen plattform till SoB-plattformen. Under 2022 var behandlingseffekten hög för symtom och medelhög för funktion men vi ser att andelen som fullföljer behandlingstiden har minskat senaste åren.

**Uppsala primärvård** började behandla social fobi 2020 och har nu goda resultat avseende symtom, funktion och andel förbättrade.

**Örebro** började behandla social fobi med ett eget utvecklat program under 2021 och även här ser vi fina resultat.

För **VGR primärvård** saknades eftermätning för 60 % av behandlingarna. Här behövs en kraftsamling med utbildningsinsatser för att få in mätningar, bättre datakvalitet och ett ägarskap för förbättringsarbete.

För övriga regioner var det för litet antal behandlingar för att kommentera.

## Tvångssyndrom

### Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2022 registrerades 208 behandlingar för tvångssyndrom, (Dalarna, n=1; Skåne, n=1; Stockholm, n=202; VGR primärvård, n=4).

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård:** Livandas ångestprogram (1)
- **Skåne psykiatri:** Livandas ångestprogram (1)
- **Stockholm psykiatri:** Psykiatri Sydvästs OCD-program (202)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (4)

Diagnoser

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

## Samsjuklighet

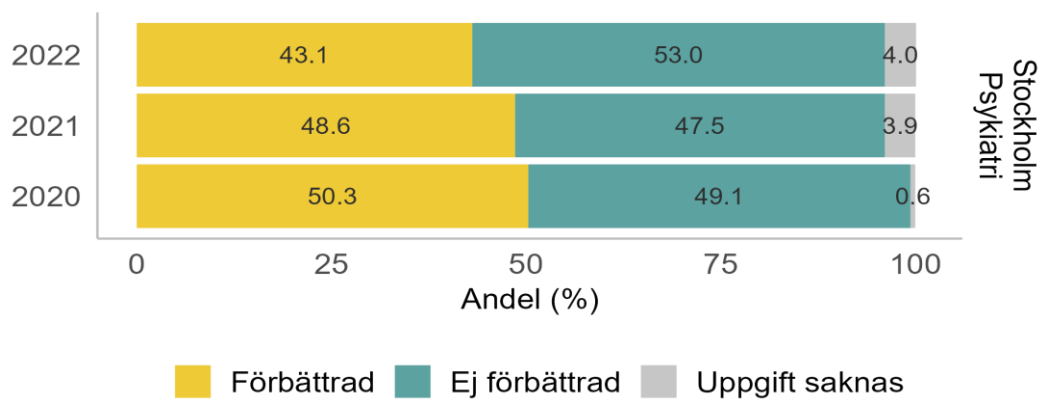
Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos fanns hos 35 % av patienterna i Stockholm. Andelar som saknade samsjuklig diagnos var totalt 72 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A52 i appendix.

## Behandlingsresultat

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

Behandlingarna i Stockholm gav medelhög effekt mätt med OCI-R och har nu under tre år visat stor andel som svarade på behandlingen, med liten tendens till lägre effekt under åren. Effektstorlekar och underlaget avseende OCI-R-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2021 finns i tabell A53 i Appendix.

Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för 2020–2022 visas i figur 41 för Stockholm, som var den enda anslutna regionen under året som registrerade minst 10 patienter.



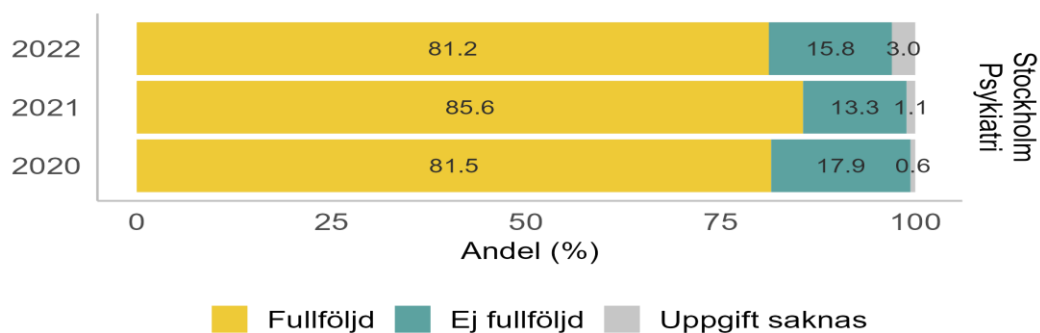
Figur 41. Behandlingsresultat vid tvångssyndrom mätt med OCI-R, 2020–2022

## Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Det var en hög andel, kring 80 %, som fullföljde behandlingstiden i Stockholm.

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för tvångssyndrom visas i figur 42.



Figur 42. Andel behandlingar för tvångssyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020–2022

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Stockholm gav viss effekt på förbättrad funktion. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A54 i Appendix.

## Reflektioner över resultaten för tvångssyndrom i regionerna

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

Behandling för tvångssyndrom hos vuxna har nu rapporterats i SibeR i tre år och vi kan nu följa hur behandlingen fungerar i reguljär vård. Behandlingen på OCD-programmet i **Stockholm** med Internetpsykiatri program för tvångssyndrom verkar accepteras väl av patienterna med en hög andel som fullföljer överenskommen behandlingstid.

Det var ett fåtal behandlingar för tvångssyndrom i **VGR primärvård, Skåne psykiatri** och **Dalarna primärvård** och därför svårt att kommentera.

## Ångesttillstånd

I årsrapporten för 2022 redovisas för första gången resultaten separat för GAD och ospecifika ångesttillstånd. Anledningen är att det nu finns specifika behandlingsprogram för GAD och för att kunna följa utvecklingen av dessa program bättre, och samtidigt belysa gruppen med ospecificerade tillstånd.

## Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2022 registrerades 505 behandlingar för generaliserat ångestsyndrom (Dalarna primärvård, n=41; Dalarna psykiatri, n=4; Norrbotten, n=1; Skåne psykiatri, n=11; Stockholm primärvård, n=2; Stockholm psykiatri, n=3; Uppsala primärvård, n=8; Västernorrland, n=5; VGR primärvård, n=427; Östergötland, n=3).

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård:** Livandas orosprogram (13), Livandas ångestprogram (12), Min Vårds ångest-program (14), Livandas adhd-program (1), Livandas stressprogram (1)
- **Dalarna psykiatri:** Livandas ångestprogram (4)
- **Norrbotten:** Livandas orosprogram (1)
- **Skåne psykiatri:** Livandas ångestprogram (7), Livandas orosprogram (4)
- **Stockholm primärvård:** Gustavsbergs hälsoångestprogram (2)
- **Stockholm psykiatri:** Livandas ångestprogram (2) på Capio psykiatri, Psykiatri Sydvästs hälsoångest-program (1)

- **Uppsala primärvård:** Uppsalas orosprogram (7), Gustavsbergs stressprogram (1)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas orosprogram (2), Livandas ångestprogram (2), Livandas stressprogram (1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (266), Psykologpartners orosprogram (133), Psykologpartners stressprogram (23)
- **VGR psykiatri:** Psykologpartners orosprogram (1)
- **Östergötland:** Psykologpartners orosprogram (3)

#### Diagnoser

Diagnoserna var F41.3 andra blandade ångesttillstånd, F41.8 Andra specificerade ångesttillstånd, F41.9 ångesttillstånd, ospecificerat

#### Samsjuklighet

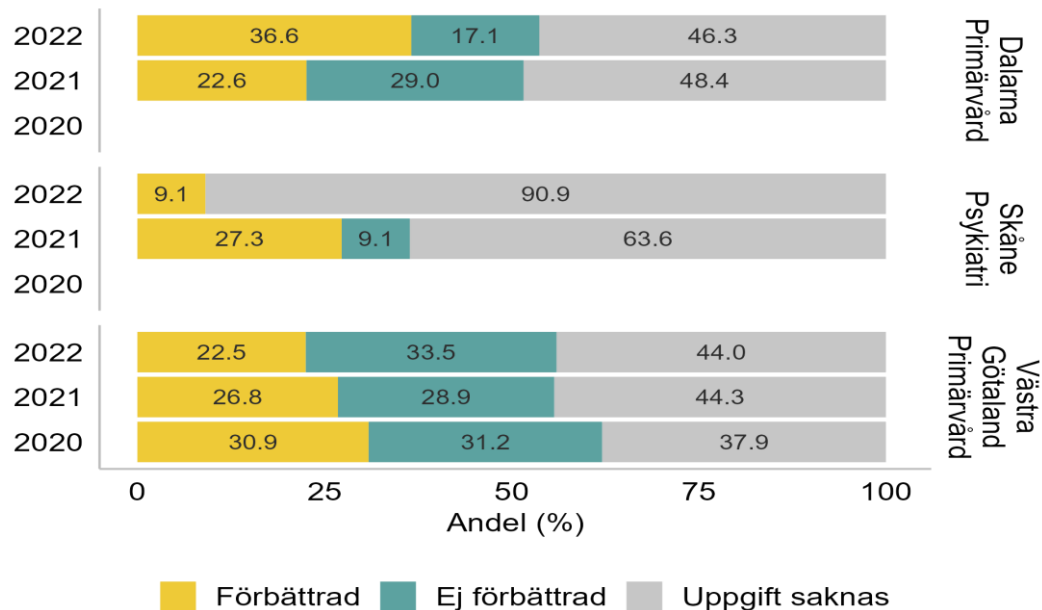
Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos fanns hos cirka 50 % av patienterna totalt. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A55 i appendix.

#### Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för ångesttillstånd mäts med det sjukdomsspecifika måttet Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al, 2006) och kriteriet  $\geq 40\%$  minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

För de redovisade behandlingarna i VGR och Dalarna var behandlingseffekten hög, men det saknades eftermätning för cirka 45 %.

Effektstorlekar och underlaget avseende GAD-7-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2021 finns i tabell A56 i Appendix. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren visas i figur 41, om det finns minst 10 startade behandlingar.

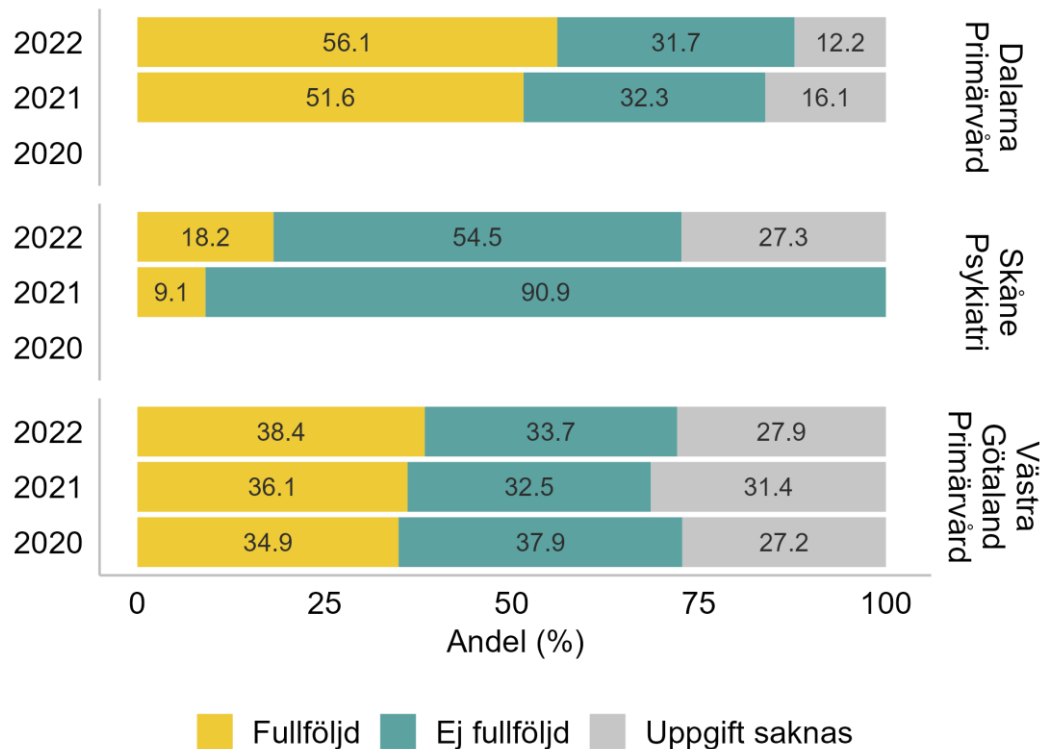


**Figur 43. Behandlingsresultat för ospecifica ångesttillstånd mätt med GAD-7, 2020-22**

## Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för ospecifikt ångesttillstånd visas i figur 44, om minst tio behandlingar.



**Figur 44. Andel behandlingar för ospecifika ångesttillstånd där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020–2022**

## Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A57 i Appendix.

## Reflektion över resultaten för ångesttillstånd

Den största diagnosgruppen i SibeR 2022 är ospecifika ångesttillstånd; 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. Den höga andelen ospecifikt ångestsyndrom talar för att det kan finnas behov av utbildning i diagnostik och urvalskriterier.

Majoriteten av ångesttillstånd (427/505, 85 %) hade behandlats i **VGR primärvård**. Eftersom det saknades eftermätning för 45 % är det svårt att värdera om behandlingarna var verksamma. Samma gäller behandlingen för ångesttillstånd i **Dalarna primärvård** eftersom eftermätningar saknades för 45 %, likaså för **Skåne psykiatri** där det saknades eftermätning för 90 %. Både Region Dalarna och Skåne är "nybörjare" i att registrera och att följa upp behandlingseffekter. Här behövs återkoppling med fortsatt utbildning och utveckling av rutiner. Vårdgivare i VGR behöver förtydliga ägandeskapet för uppföljning och förbättringar av psykologisk behandling.

## 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 förmättningsvärden minus medelvärdet av eftermättningsvärden, dividerat med standardavvikelsen vid förmätningen.

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

## APPENDIX

### Allmänt

**Tabell A1. Bedömd Täckningsgrad i regioner, 2022. Baseras på statistik från Inera om startade behandlingsprogram i Stöd och Behandlingsplattformen, via PowerBI-app, Q4 2021-Q3 2022.**

Region	Vårdgren	Antal startade program	Registrerade	Ny verksamhet /enheter	Registrerade på etablerade verksamheter	Täckningsgrad Etablerad verksamhet
Blekinge	Totalt	0				
<b>Dalarna*</b>						
	<b>Primärvård, decentr.</b>	660	213		213/660	32%
	<b>Min Vård (ej SOB)</b>	106	60		60/106	<b>60%</b>
<i>Ny enhet</i>	Psykiatri	102	28	27%		
	Unga	34	0			
	Totalt	902	301		273/766	37%
Gotland	Primärvård	21	0			
	Unga	8	0			
	Totalt	29	0			
Gävleborg	Primärvård, decentr.	290	0			
	Unga	0				
	Totalt	290	0			
Halland	Primärvård, decentr.	421	0			
	Psykiatri	0				
	Unga	43	0			
	Totalt	464	0			
<b>Jämtland</b>						
	Primärvård, decentr.	349	0			
	Psykiatri	34	0			
<i>Ny enhet</i>	<b>Unga, BUP</b>	39	18	46%		
	totalt	422	18			
Jönköping	Primärvård, decentr.	994	0			
	Psykiatri	0				
	Unga	52	0			
	Totalt	1046	0			
Kalmar						
<i>Anslutning 2023</i>	Primärvård, decentr.	614	0			
	Psykiatri	29	0			
	Unga, BUP	18	0			
	Totalt	641	0			
Kronoberg	Primärvård, decentr.	272	0			
	Psykiatri	0				
	Unga, BUP	69	0			
	Totalt	341	0			
<b>Norrbottn</b>						
<i>Ny enhet Anslutning 2023</i>	<b>Primärvård, decentr.</b>	153	2	1%		
	Psykiatri	0				
	Unga	0				
	Totalt	153	2			
<b>Skåne</b>						
<i>Anslutningsprocess 2023</i>	Primärvård, decentr.	1970	0			
	<b>Psykiatri</b>	255	34		34/255	13%
	<b>Unga, BUP</b>	340	66		66/340	19%
	Totalt	2560	100		100/595	17%



Region	Vårdgren	Antal startade program	Registrerade	Ny verksamhet /enheter	Registrerade på ansluten och etablerad verksamhet	Täckningsgrad Etablerad verksamhet
<b>Stockholm</b>						
<i>Ny enhet</i>	<b>Primärvård, decentr.</b>	884	57	6%		
	<b>Psykiatri</b>	1660	1449		1449/1660	<b>87 %</b>
	<b>BUP</b>	210	181		181/210	<b>86%</b>
	<b>Totalt</b>	<b>2754</b>	<b>1687</b>		<b>1630/1870</b>	<b>87%</b>
<b>Sörmland</b>						
<i>pausad anslutning</i>	Primärvård, decentr.	910	0			
	Psykiatri	0				-
	Unga, inkl BUP	130	0			
	<b>Totalt</b>	<b>1040</b>	<b>0</b>			
<b>Uppsala</b>						
	<b>Primärvård</b>	750	742		742/750	<b>99 %</b>
	<b>Psykiatri</b>	12	4		4/12	<b>33 %</b>
	Unga	0	0			
	<b>Totalt</b>	<b>762</b>	<b>746</b>		<b>746/762</b>	<b>98%</b>
<b>Värmland</b>						
<i>Anslutning 2023</i>	Primärvård, decentr.	290	0			
	Psykiatri	0	0			
	Unga	39	0			
	<b>Totalt</b>	<b>330</b>	<b>0</b>			
<b>Västerbotten</b>						
<i>Pausad anslutning</i>	Primärvård, decentr.	525	0			
	Psykiatri	75	0			
	Unga	13	0			
	<b>Totalt</b>	<b>683</b>	<b>0</b>			
<b>Västernorrland</b>						
	Primärvård, decentr.	185	0			
	<b>Psykiatri</b>	45	39		39/45	<b>87 %</b>
	Unga	0				
	<b>Totalt</b>	<b>230</b>	<b>39</b>			
<b>Västmanland</b>						
	Primärvård, decentrl	400	0			
<b>Västra Götaland</b>						
	<b>Primärvård, decentr.</b>	2350	1185		1185/2350	<b>50 %</b>
	Psykiatri	38	29		29/38	<b>76 %</b>
	Unga, BUP	130	109		109/130	<b>84 %</b>
	<b>Totalt</b>	<b>2400</b>			<b>1323/2518</b>	<b>53%</b>
<b>Örebro</b>						
	<b>Psykiatri/primärvård</b>	340	321		321/340	<b>94 %</b>
	Unga	1	0			
	<b>Totalt</b>	<b>341</b>	<b>321</b>			
<b>Östergötland</b>						
<i>pausad anslutning</i>	Primärvård, decentr.	1200	10	<1%		
	Psykiatri	23	0			
	Unga	103	0			
	<b>Totalt</b>	<b>1326</b>	<b>10</b>			
Anslutna regioner		10 386	4 526		<b>4432/6894</b>	<b>64 %</b>
Alla regioner	Alla vårdgrenar	16 430	4 526		(4526/16430)	(28%)

\*Regioner och vårdgrenar med fetad text är anslutna till SibeR

**Tabell A2. Kön och ålder hos patienter som startade internetbehandling 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Andel kvinnor	Ålder Medel	Ålder SD	Ålder Median	Ålder Min	Ålder Max
Dalarna	Primärvård	213	70.4	38.6	12.2	36.0	18	77
	Psykiatri	28	57.1	36.5	11.5	36.0	18	60
Jämtland	Psykiatri	18	77.8	13.4	2.6	13.5	10	17
Norrbottn	Primärvård	2	100.0	26.0	1.4	26.0	25	27
Skåne	Psykiatri	99	76.8	20.8	12.4	16.0	8	71
Stockholm	Primärvård	57	71.9	41.1	14.8	38.0	16	87
	Psykiatri	1630	65.4	33.0	13.6	31.0	7	81
Uppsala	Primärvård	742	69.5	36.4	12.9	34.0	16	79
	Psykiatri	4	75.0	20.2	1.5	20.0	19	22
Västernorrland	Psykiatri	39	74.4	36.0	11.4	32.0	19	59
Västra Götaland	Primärvård	1294	71.9	34.1	13.6	32.0	11	82
	Psykiatri	29	41.4	41.9	14.2	41.0	22	73
Örebro	Psykiatri	321	61.7	33.8	12.5	31.0	18	86
Östergötland	Primärvård	10	100.0	37.0	20.2	34.0	17	76
Dalarna	Totalt	241	68.9	38.3	12.1	36.0	18	77
Jämtland	Totalt	18	77.8	13.4	2.6	13.5	10	17
Norrbottn	Totalt	2	100.0	26.0	1.4	26.0	25	27
Skåne	Totalt	99	76.8	20.8	12.4	16.0	8	71
Stockholm	Totalt	1687	65.6	33.2	13.7	31.0	7	87
Uppsala	Totalt	746	69.6	36.3	12.9	34.0	16	79
Västernorrland	Totalt	39	74.4	36.0	11.4	32.0	19	59
Västra Götaland	Totalt	1323	71.3	34.3	13.7	32.0	11	82
Örebro	Totalt	321	61.7	33.8	12.5	31.0	18	86
Östergötland	Totalt	10	100.0	37.0	20.2	34.0	17	76
Totalt	Primärvård	2318	71.2	35.4	13.4	33.0	11	87
Totalt	Psykiatri	2168	65.2	32.6	13.7	31.0	7	86
Totalt	Totalt	4486	68.3	34.0	13.6	32.0	7	87

**Tabell A3. Antal dagar mellan Aktualiserad för psykologisk behandling och Behandlingsstart (minsta, median, maximalt och kvartiler; n= 4 486)**

Region	Vårdgren	Antal	Min	Median	Max	Q1	Q3
Dalarna	Primärvård	213	0	10.0	189	1.00	41.00
	Psykiatri	28	0	97.5	310	60.50	121.00
Jämtland	Psykiatri	18	21	156.5	323	58.00	203.75
Norrbottn	Primärvård	2	3	17.0	31	10.00	24.00
Skåne	Psykiatri	99	0	44.0	358	25.50	87.50
Stockholm	Psykiatri	1630	0	30.0	263	19.00	43.00
	Primärvård	57	0	36.0	238	14.00	56.00
Uppsala	Primärvård	742	0	24.0	192	12.00	36.00
	Psykiatri	4	25	32.5	96	28.75	50.25
Västernorrland	Psykiatri	39	0	23.0	282	6.50	52.50
Västra Götaland	Primärvård	1294	0	13.0	324	2.00	31.75
	Psykiatri	29	0	27.0	121	20.00	48.00
Örebro	Psykiatri	321	1	27.0	87	19.00	35.00
Östergötland	Primärvård	10	5	41.0	72	22.25	55.50
Totalt	Totalt	4486	0	25.0	358	11.00	41.00

## Ångestsyndrom unga

### Tabell A4-A6

**Tabell A4. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för ångestsyndrom hos unga, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Jämtland	Psykiatri	10	50% (n = 5)	10% (n = 1)	0% (n = 0)	10% (n = 1)	30% (n = 3)
Skåne	Psykiatri	43	79.1% (n = 34)	9.3% (n = 4)	2.3% (n = 1)	0% (n = 0)	9.3% (n = 4)
Stockholm	Psykiatri	47	27.7% (n = 13)	51.1% (n = 24)	14.9% (n = 7)	4.3% (n = 2)	2.1% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	82	54.9% (n = 45)	18.3% (n = 15)	2.4% (n = 2)	0% (n = 0)	24.4% (n = 20)
Totalt	Totalt	182	53.3% (n = 97)	24.2% (n = 44)	5.5% (n = 10)	1.6% (n = 3)	15.4% (n = 28)

**Tabell A5. Grad av ångest- och depressionssymtom mätt med RCADS-47 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	RCADS-47			RCADS-47 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Jämtland	Psykiatri	Start	10	10	40.6	23	-	-	(-, -)
		Avslut	10	7	32.3	13.4	0.43	-	(-, -)
		Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	43	38	61.9	27.5	-	-	(-, -)
		Avslut	43	20	48.5	25.3	16.95	0.62	(0.39, 0.85)
		Uppföljning	43	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	47	45	53.5	23.6	-	-	(-, -)
		Avslut	47	31	43.9	20.7	6.13	0.26	(0.08, 0.43)
		Uppföljning	47	7	29.9	19	8.14	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	82	51	60.1	22.1	-	-	(-, -)
		Avslut	82	20	53.1	21.1	2.2	0.1	(-0.21, 0.41)
		Uppföljning	82	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A6. 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, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Jämtland	Psykiatri	Start	10	10	37	6.3	-	-	(-, -)
		Avslut	10	5	35.2	2.3	-4	-	(-, -)
		Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	43	38	34.1	7.7	-	-	(-, -)
		Avslut	43	18	35.1	7.6	1.33	0.17	(-0.1, 0.45)
		Uppföljning	43	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	47	46	36.4	6.3	-	-	(-, -)
		Avslut	47	28	38.4	6	-0.07	-0.01	(-0.3, 0.28)
		Uppföljning	47	7	36.7	5	-2.86	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	82	42	33.8	6.6	-	-	(-, -)
		Avslut	82	15	36.7	5.3	1.47	0.22	(-0.18, 0.62)
		Uppföljning	82	0	-	-	-	-	(-, -)

## Social fobi hos unga

### Tabell A7-A9

**Tabell A7. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för social fobi hos unga, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Jämtland	Psykiatri	8	50% (n = 4)	25% (n = 2)	0% (n = 0)	12.5% (n = 1)	12.5% (n = 1)
Skåne	Psykiatri	14	64.3% (n = 9)	21.4% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	14.3% (n = 2)
Stockholm	Psykiatri	40	55% (n = 22)	32.5% (n = 13)	10% (n = 4)	2.5% (n = 1)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	20	55% (n = 11)	25% (n = 5)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	20% (n = 4)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>82</b>	<b>56.1% (n = 46)</b>	<b>28% (n = 23)</b>	<b>4.9% (n = 4)</b>	<b>2.4% (n = 2)</b>	<b>8.5% (n = 7)</b>

**Tabell A8. Grad av social fobi mätt med RCADS vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	RCADS-47			RCADS-47 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Jämtland	Psykiatri	Start	8	8	70.8	21.6	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	8	6	39.2	15.3	21.67	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	14	14	74.1	20	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	14	10	55.6	20.8	20.3	1.02	(0.34, 1.69)
	Psykiatri	Uppföljning	14	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	40	40	66.6	20.8	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	40	30	57.5	24.7	7.47	0.36	(0.17, 0.55)
	Psykiatri	Uppföljning	40	7	57.4	19.9	4	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	20	12	73	21.8	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	20	3	83.7	13.9	-4.67	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	20	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A9. 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, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Jämtland	Psykiatri	Start	8	8	33.4	4.4	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	8	5	38	6.7	2.4	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	14	14	31.4	6	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	14	10	33.5	7.1	2.2	0.37	(-0.17, 0.91)
	Psykiatri	Uppföljning	14	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	40	40	32.9	6.1	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	40	27	33.9	7	0.7	0.12	(-0.11, 0.35)
	Psykiatri	Uppföljning	40	6	32.7	4.5	-1.17	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	20	15	29	7.4	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	20	3	28	4.6	-1.67	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	20	0	-	-	-	-	(-, -)

## Tvångssyndrom/OCD hos unga

### Tabell A10-A13

**Tabell A10. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för tvångssyndrom hos unga, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Skåne	Psykiatri	9	77.8% (n = 7)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	22.2% (n = 2)
Stockholm	Psykiatri	43	69.8% (n = 30)	16.3% (n = 7)	9.3% (n = 4)	2.3% (n = 1)	2.3% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	7	57.1% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	42.9% (n = 3)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>59</b>	<b>69.5% (n = 41)</b>	<b>11.9% (n = 7)</b>	<b>6.8% (n = 4)</b>	<b>1.7% (n = 1)</b>	<b>10.2% (n = 6)</b>

**Tabell A11. Grad av tvångssymtom mätt med OCI-CV vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	OCI-CV			OCI-CV förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Skåne	Psykiatri	Start	9	8	18.2	5.1	-	-	(-, -)
		Avslut	9	3	8.3	4.9	7.33	-	(-, -)
		Uppföljning	9	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	43	40	17	7.9	-	-	(-, -)
		Avslut	43	24	11.2	7.2	4.96	0.63	(0.38, 0.87)
		Uppföljning	43	4	3.2	2.5	7.5	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	7	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	7	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A12. 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, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Skåne	Psykiatri	Start	9	7	37.6	5.3	-	-	(-, -)
		Avslut	9	2	43	4.2	3.5	-	(-, -)
		Uppföljning	9	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	43	35	36.9	6.6	-	-	(-, -)
		Avslut	43	19	38.2	6.2	1.53	0.23	(-0.18, 0.65)
		Uppföljning	43	4	45.5	5.7	5.25	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	7	4	35.2	6.7	-	-	(-, -)
		Avslut	7	1	27	-	-15	-	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)

## Magbesvär/IBS hos unga

### Tabell A13-A16

**Tabell A13. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för magbesvär hos unga, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	51	78.4% (n = 40)	17.6% (n = 9)	2% (n = 1)	2% (n = 1)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	51	78.4% (n = 40)	17.6% (n = 9)	2% (n = 1)	2% (n = 1)	0% (n = 0)

**Tabell A14. Grad av magbesvär mätt med PedsQL Gastro vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	PedsQL Gastro			PedsQL Gastro förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	51	48	58.6	12.1	-	-	(-, -)
		Avslut	51	34	66.1	14.8	7.35	0.61	(0.33, 0.89)
		Uppföljning	51	7	69.4	17.2	14.71	-	(-, -)

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

**Tabell A15. Undvikanden och kontrollbeteenden mätt med BRQ-C vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar för förändring inom individer, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	BRQ-C			BRQ-C förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	51	49	34.9	12.5	-	-	(-, -)
		Avslut	51	31	27.5	11.0	8.1	0.65	(0.32, 0.98)
		Uppföljning	51	7	23.0	11.2	20	-	(-, -)

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

**Tabell A16. Effektstorlekar och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 vid behandling av magbesvär hos unga i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	51	49	36.6	5.5	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Avslut	51	31	37.5	6.4	0.45	0.08	(-0.21, 0.37)
Stockholm	Psykiatri	Uppföljning	51	7	38.1	4.0	3.86	-	(-, -)

## ADHD hos vuxna

Tabell A17-A18

**Tabell A17. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för ADHD hos vuxna, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	4	25% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	75% (n = 3)
Dalarna	Psykiatri	17	35.3% (n = 6)	35.3% (n = 6)	5.9% (n = 1)	5.9% (n = 1)	17.6% (n = 3)
Skåne	Psykiatri	5	60% (n = 3)	40% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	4	0% (n = 0)	100% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>30</b>	<b>33.3% (n = 10)</b>	<b>40% (n = 12)</b>	<b>3.3% (n = 1)</b>	<b>3.3% (n = 1)</b>	<b>20% (n = 6)</b>



**Tabell A18. Grad av ADHD-relaterad livskvalitet mätt med AaQoL vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	AAQoL			AAQoL förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	4	1	37	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	1	40	-	3	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	17	13	42	13.3	-	-	(-, -)
		Avslut	17	11	43.7	12.6	4.55	0.34	(-0.14, 0.82)
		Uppföljning	17	1	43	-	0	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	5	4	47	6.2	-	-	(-, -)
		Avslut	5	1	57	-	10	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	4	4	37.5	4.8	-	-	(-, -)
		Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)

## Magbesvär/IBS hos vuxna

Tabell A19-A22

**Tabell A19. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för IBS hos vuxna, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	71	84.5% (n = 60)	11.3% (n = 8)	1.4% (n = 1)	0% (n = 0)	2.8% (n = 2)
Totalt	Totalt	71	84.5% (n = 60)	11.3% (n = 8)	1.4% (n = 1)	0% (n = 0)	2.8% (n = 2)

**Tabell A20. Grad av magbesvär mätt med GSRS vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	GSRS			GSRS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	71	71	45.5	11.4	-	-	(-, -)
		Avslut	71	59	37.6	13.0	7.39	0.65	(0.41, 0.89)
		Uppföljning	71	32	35.6	12.9	8.66	0.76	(0.37, 1.14)

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

**Tabell A21. Undvikanden och kontrollbeteenden mätt med BRQ vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	BRQ			BRQ förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	71	71	104.6	21.3	-	-	(-, -)
		Avslut	71	59	73.0	28.2	30.58	1.43	(1.15, 1.71)
		Uppföljning	71	32	62.5	26.0	35.03	1.64	(1.25, 2.03)

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

**Tabell A19. 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, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	71	70	28.8	15.6	-	-	(-, -)
		Avslut	71	41	16.7	17.7	10	0.64	(0.39, 0.89)
		Uppföljning	71	31	12.7	13.3	14.13	0.91	(0.63, 1.18)

## Depression

### Tabell A23-A25

**Tabell A23. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för depression i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	28	64.3% (n = 18)	21.4% (n = 6)	3.6% (n = 1)	0% (n = 0)	10.7% (n = 3)
	Psykiatri	4	0% (n = 0)	50% (n = 2)	25% (n = 1)	25% (n = 1)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	6	0% (n = 0)	33.3% (n = 2)	16.7% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 3)
Stockholm	Primärvård	20	60% (n = 12)	25% (n = 5)	15% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
	Psykiatri	245	67.3% (n = 165)	24.9% (n = 61)	4.9% (n = 12)	1.2% (n = 3)	1.6% (n = 4)
Uppsala	Primärvård	145	71.7% (n = 104)	21.4% (n = 31)	5.5% (n = 8)	1.4% (n = 2)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	4	25% (n = 1)	25% (n = 1)	25% (n = 1)	0% (n = 0)	25% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	204	46.1% (n = 94)	24.5% (n = 50)	2.9% (n = 6)	0% (n = 0)	26.5% (n = 54)
	Psykiatri	7	28.6% (n = 2)	57.1% (n = 4)	14.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Örebro	Psykiatri	198	66.2% (n = 131)	23.2% (n = 46)	6.6% (n = 13)	4% (n = 8)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	862	61.1% (n = 527)	24.2% (n = 209)	5.5% (n = 47)	1.6% (n = 14)	7.5% (n = 65)

**Tabell A24. Effektstorlekar och symptom mätt med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale-Self Assessment, MADRS-S vid behandling av depression i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	MADRS-S			MADRS-S förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	28	25	22.8	7.9	-	-	(-, -)
		Avslut	28	19	14.1	8	6.74	0.85	(0.45, 1.25)
		Uppföljning	28	6	13.5	7.8	9.17	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	4	2	29.5	6.4	-	-	(-, -)
		Avslut	4	1	32	-	-7	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	6	5	28.6	17	-	-	(-, -)
		Avslut	6	5	21.8	20.2	6.8	-	(-, -)
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	20	18	21.7	7.8	-	-	(-, -)
		Avslut	20	6	15.8	13.5	5.83	-	(-, -)
		Uppföljning	20	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	245	243	24.2	6.3	-	-	(-, -)
		Avslut	245	213	15.8	9.3	8.3	1.32	(1.15, 1.5)
		Uppföljning	245	78	14	8.9	9.38	1.5	(1.22, 1.78)
Uppsala	Primärvård	Start	145	145	23.1	7.3	-	-	(-, -)
		Avslut	145	115	17.1	8.6	6.02	0.83	(0.6, 1.06)
		Uppföljning	145	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	4	4	25	16.8	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	204	171	23.9	7.9	-	-	(-, -)
		Avslut	204	120	17.9	9.9	6	0.76	(0.58, 0.94)
		Uppföljning	204	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	7	2	23.5	4.9	-	-	(-, -)
		Avslut	7	2	20	9.9	3.5	-	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	198	198	24.8	6.8	-	-	(-, -)
		Avslut	198	188	17	9.9	7.7	1.13	(0.94, 1.31)
		Uppföljning	198	81	13.1	9.7	11.78	1.72	(1.44, 2)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	27	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	11	-	16	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A25. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av depression i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	28	10	32.8	12	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	28	6	14	3.7	16	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	28	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	4	1	16	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	6	5	46.8	31.4	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	6	2	34.5	40.3	16.5	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	20	20	39.8	20.3	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	20	5	27.8	23.6	14.4	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	20	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	245	242	34.4	15.7	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	245	134	22.9	14.7	10.58	0.67	(0.53, 0.82)
	Psykiatri	Uppföljning	245	78	19.5	14.6	15.44	0.98	(0.8, 1.17)
Uppsala	Primärvård	Start	145	142	35.6	15.3	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	145	72	26.1	16.9	8.22	0.54	(0.36, 0.71)
	Primärvård	Uppföljning	145	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	4	4	43.8	12.9	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	204	173	30.8	17.3	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	204	82	22.1	15.1	5.63	0.33	(0.2, 0.46)
	Primärvård	Uppföljning	204	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	7	6	38.7	13	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	7	5	22.8	20.6	16.6	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	198	196	37.6	14.3	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	198	125	27.2	17	10.52	0.74	(0.57, 0.9)
	Psykiatri	Uppföljning	198	80	19.5	17	18.76	1.31	(1.1, 1.53)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	25	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	15	-	10	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

## Stressyndrom

Tabell A26-A28

**Tabell A26. Fördelning av diagnoser inom stressyndrom, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F43.2.	F43.8.	F43.8W	F43.9.
Dalarna	Primärvård	56	53.6% (n=30)	16.1% (n=9)	3.6% (n=2)	26.8% (n=15)
Norrbottn	Primärvård	1	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)
Stockholm	Primärvård	15	93.3% (n=14)	6.7% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	94	67.0% (n=63)	7.4% (n=7)	3.2% (n=3)	22.3% (n=21)
Västra Götaland	Primärvård	145	18.6% (n=27)	17.2% (n=25)	11.7% (n=17)	52.4% (n=76)
Västra Götaland	Psykiatri	3	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=3)
Östergötland	Primärvård	1	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>315</b>	<b>42.9% (n=135)</b>	<b>13.3% (n=42)</b>	<b>7.0% (n=22)</b>	<b>36.8% (n=116)</b>

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

**Tabell A27. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	56	62.5% (n = 35)	17.9% (n = 10)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	19.6% (n = 11)
Norrbottn	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Stockholm	Primärvård	15	60% (n = 9)	26.7% (n = 4)	6.7% (n = 1)	6.7% (n = 1)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	94	78.7% (n = 74)	18.1% (n = 17)	2.1% (n = 2)	1.1% (n = 1)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	145	46.2% (n = 67)	25.5% (n = 37)	3.4% (n = 5)	1.4% (n = 2)	23.4% (n = 34)
	Psykiatri	3	0% (n = 0)	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)
Östergötland	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>315</b>	<b>59% (n = 186)</b>	<b>22.2% (n = 70)</b>	<b>2.5% (n = 8)</b>	<b>1.3% (n = 4)</b>	<b>14.9% (n = 47)</b>

**Tabell A28. Effektstorlekar och symtom mätt med Perceived Stress Scale-10 vid behandling av stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	PSS-10			PSS-10 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	56	39	22.9	6	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	56	28	16.4	8.3	5.93	1	(0.59, 1.4)
	Primärvård	Uppföljning	56	3	11.3	11.1	9.67	-	(-, -)
Norrbotten	Primärvård	Start	1	1	34	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	15	15	19.6	6.5	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	15	6	12	6.1	6	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	15	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	94	92	21.6	6.2	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	94	81	15.5	7.5	6.12	0.99	(0.77, 1.21)
	Primärvård	Uppföljning	94	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	145	124	23.5	5.6	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	145	87	18.3	6.7	5.49	0.98	(0.75, 1.2)
	Primärvård	Uppföljning	145	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	3	2	18.5	6.4	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	3	2	19.5	6.4	-1	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	19	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	12	-	7	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A29. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	56	32	28	16.2	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	56	20	16.6	17.6	11	0.68	(0.44, 0.92)
	Primärvård	Uppföljning	56	0	-	-	-	-	(-, -)
Norrbotten	Primärvård	Start	1	1	35	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	15	14	29.3	15.5	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	15	4	12.8	11	20	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	15	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	94	90	26.7	13.5	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	94	58	19	13	8.14	0.6	(0.33, 0.87)
	Primärvård	Uppföljning	94	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	145	128	29.6	17.1	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	145	73	21.3	14.7	8.04	0.47	(0.31, 0.63)
	Primärvård	Uppföljning	145	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	3	2	8.5	6.4	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	3	1	2	-	2	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	29	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	29	-	0	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

## Utmattningssyndrom

Tabell A30- A31

**Tabell A31. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för utmattningssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	19	52.6% (n = 10)	21.1% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	26.3% (n = 5)
Stockholm	Primärvård	4	25% (n = 1)	50% (n = 2)	25% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	145	60.7% (n = 88)	29% (n = 42)	9% (n = 13)	1.4% (n = 2)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	3	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	19	31.6% (n = 6)	21.1% (n = 4)	0% (n = 0)	5.3% (n = 1)	42.1% (n = 8)
Östergötland	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>191</b>	<b>55% (n = 105)</b>	<b>27.7% (n = 53)</b>	<b>8.4% (n = 16)</b>	<b>2.1% (n = 4)</b>	<b>6.8% (n = 13)</b>

**Tabell A31. Effektstorlekar och grad av symtom mätt med Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS) vid behandling av utmattningssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KEDS			KEDS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	19	5	33.4	6.2	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	19	1	31	-	-7	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	19	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	4	4	32.2	6.4	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	4	1	23	-	5	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	145	142	32.7	6.8	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	145	90	24.1	9.2	8.1	1.18	(0.96, 1.41)
	Primärvård	Uppföljning	145	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	2	28.5	9.2	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	3	2	16	0	12.5	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	19	4	34.2	7.8	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	19	2	17	2.8	17	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	19	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	29	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	13	-	16	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A32. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av utmattningssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	19	10	38	15.9	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	19	5	18.8	21	15.2	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	19	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	4	4	41.8	16.1	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	4	1	19	-	31	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	145	143	40.7	15.5	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	145	86	27.4	18.2	12.6	0.81	(0.61, 1.02)
	Primärvård	Uppföljning	145	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	3	42.3	19.1	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Avslut	3	3	30.7	13.9	11.67	-	(-, -)



Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	19	16	51.6	13.9	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	19	6	37.5	15.5	20.67	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	19	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	38	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	19	-	19	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

## Sömnstörningar

Tabell A33-A36

**Tabell A33. Fördelning av diagnoser inom sömnstörningar, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F51.0.Icke organisk sömnlöshet	G47.0.Insomni	G47.2.Dygnsrytmstörning	G47.9.Sömnstörning. ospecificerad
Dalarna	Primärvård	27	0.0% (n=0)	33.3% (n=9)	0.0% (n=0)	66.7% (n=18)
Skåne	Psykiatri	2	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=2)
Stockholm	Primärvård	14	0.0% (n=0)	28.6% (n=4)	0.0% (n=0)	71.4% (n=10)
Stockholm	Psykiatri	251	0.0% (n=0)	100.0% (n=251)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	122	0.0% (n=0)	36.9% (n=45)	0.0% (n=0)	63.1% (n=77)
Västernorrland	Psykiatri	13	23.1% (n=3)	7.7% (n=1)	7.7% (n=1)	61.5% (n=8)
Västra Götaland	Primärvård	74	33.8% (n=25)	20.3% (n=15)	1.4% (n=1)	44.6% (n=33)
Västra Götaland	Psykiatri	13	23.1% (n=3)	61.5% (n=8)	0.0% (n=0)	15.4% (n=2)
Östergötland	Primärvård	1	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>517</b>	<b>6.0% (n=31)</b>	<b>64.6% (n=334)</b>	<b>0.4% (n=2)</b>	<b>29.0% (n=150)</b>

**Tabell A34. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	27	63% (n = 17)	25.9% (n = 7)	3.7% (n = 1)	0% (n = 0)	7.4% (n = 2)
Skåne	Psykiatri	2	0% (n = 0)	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Primärvård	14	64.3% (n = 9)	14.3% (n = 2)	14.3% (n = 2)	7.1% (n = 1)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	251	74.9% (n = 188)	18.3% (n = 46)	5.6% (n = 14)	1.2% (n = 3)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	122	71.3% (n = 87)	4.9% (n = 6)	0.8% (n = 1)	0% (n = 0)	23% (n = 28)
Västernorrland	Psykiatri	13	0% (n = 0)	53.8% (n = 7)	38.5% (n = 5)	0% (n = 0)	7.7% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	74	51.4% (n = 38)	20.3% (n = 15)	1.4% (n = 1)	0% (n = 0)	27% (n = 20)
Västra Götaland	Psykiatri	13	15.4% (n = 2)	23.1% (n = 3)	15.4% (n = 2)	23.1% (n = 3)	23.1% (n = 3)
Östergötland	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>517</b>	<b>66.2% (n = 342)</b>	<b>17% (n = 88)</b>	<b>5% (n = 26)</b>	<b>1.4% (n = 7)</b>	<b>10.4% (n = 54)</b>

**Tabell 52. Effektstorlekar och symtom mätt med Insomnia Severity Index (ISI) vid behandling av sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	ISI			ISI förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	27	19	18.7	4.2	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	27	11	10.7	4.8	6.91	1.63	(0.75, 2.51)
	Primärvård	Uppföljning	27	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	2	17.5	0.7	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	2	1	15	-	2	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	14	14	20.9	6.1	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	14	6	10.2	6.4	8.33	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	14	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	251	251	18.1	4.8	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	251	229	10.4	5.7	7.83	1.63	(1.47, 1.78)
	Psykiatri	Uppföljning	251	101	8	5.4	9.66	2.01	(1.77, 2.24)
Uppsala	Primärvård	Start	122	122	16.5	4.7	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	122	103	9.3	6.3	6.75	1.43	(1.2, 1.67)
	Primärvård	Uppföljning	122	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	13	12	20.8	4.6	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	13	3	8	6.6	13	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	13	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	74	66	20.2	4.4	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	74	49	14.3	6.9	6.22	1.4	(0.97, 1.83)
	Primärvård	Uppföljning	74	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	13	13	20	4.6	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	13	8	14.5	8.9	5.38	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	13	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	17	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	6	-	11	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A36. 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, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	27	14	35.9	19.3	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	27	8	15.5	13.8	15.12	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	27	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	2	32	4.2	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	2	1	13	-	22	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	14	14	34.9	23.8	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	14	6	19.5	20.3	6.67	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	14	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	251	248	16.3	14.3	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	251	174	11.7	13.4	3.59	0.25	(0.15, 0.35)
	Psykiatri	Uppföljning	251	99	10.9	13.9	4.27	0.3	(0.14, 0.46)
Uppsala	Primärvård	Start	122	118	23.7	14.6	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	122	77	15.4	15.9	5.99	0.41	(0.24, 0.58)
	Primärvård	Uppföljning	122	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	13	12	52.3	12.8	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	13	3	18.7	21.5	34.33	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	13	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	74	60	22	15.7	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	74	20	23.1	17.8	0.1	0.01	(-0.37, 0.38)
	Primärvård	Uppföljning	74	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	13	9	31.9	28.3	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	13	6	16.2	9.7	7.17	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	13	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	6	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	0	-	6	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

## Dysmorfofobi

Tabell A37-39

**Tabell A37. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för dysmorfofobi, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	69	60.9% (n = 42)	20.3% (n = 14)	7.2% (n = 5)	11.6% (n = 8)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	70	60% (n = 42)	21.4% (n = 15)	7.1% (n = 5)	11.4% (n = 8)	0% (n = 0)

**Tabell A38. Effektstorlekar och symptom mätt med Appearance Anxiety Inventory (AAI) vid behandling av dysmorfofobi i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	AAI			AAI förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	69	69	24	7.4	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	69	67	15.9	8.7	8.16	1.1	(0.87, 1.33)
	Psykiatri	Uppföljning	69	16	14.2	10.2	10.44	1.41	(0.88, 1.93)
Uppsala	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A39. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av dysmorfofobi, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	69	68	29.1	17.1	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	69	49	22.4	18.1	6.59	0.39	(0.2, 0.57)
	Psykiatri	Uppföljning	69	16	19.8	19.3	16.44	0.96	(0.64, 1.29)
Uppsala	Primärvård	Start	1	1	56	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	46	-	10	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

## Generaliserat ångestsyndrom

Tabell A40- A42

**Tabell A40. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för generaliserat ångestsyndrom, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	20	35% (n = 7)	50% (n = 10)	5% (n = 1)	0% (n = 0)	10% (n = 2)
Dalarna	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	6	0% (n = 0)	83.3% (n = 5)	0% (n = 0)	16.7% (n = 1)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	3	0% (n = 0)	66.7% (n = 2)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	87	65.5% (n = 57)	24.1% (n = 21)	9.2% (n = 8)	1.1% (n = 1)	0% (n = 0)
Uppsala	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	171	51.5% (n = 88)	17.5% (n = 30)	5.8% (n = 10)	1.2% (n = 2)	24% (n = 41)
Västra Götaland	Psykiatri	3	0% (n = 0)	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)
Östergötland	Primärvård	2	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>296</b>	<b>52.4% (n = 155)</b>	<b>24.3% (n = 72)</b>	<b>7.1% (n = 21)</b>	<b>1.4% (n = 4)</b>	<b>14.9% (n = 44)</b>

**Tabell A41. Effektstorlekar och symptom mätt med Generalised Anxiety Disorder scale-7 vid behandling av generaliserat ångestsyndrom i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	GAD7			GAD7 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	20	18	11.2	4.7	-	-	(-, -)
		Avslut	20	15	4.9	2.8	6.2	1.32	(0.82, 1.82)
		Uppföljning	20	5	6.4	3	7.2	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	1	17	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	16	-	1	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	6	6	12	7.9	-	-	(-, -)
		Avslut	6	3	6.7	5.7	2.33	-	(-, -)
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	3	1	18	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	1	8	-	10	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	87	87	12.3	4.6	-	-	(-, -)
		Avslut	87	71	6.2	4.9	6.27	1.36	(1.1, 1.61)
		Uppföljning	87	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	1	13	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	15.5	7.8	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	19	-	2	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	171	164	13.2	4.5	-	-	(-, -)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	GAD7			GAD7 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Västra Götaland	Primärvård	Avslut	171	116	9.4	5.8	4.09	0.91	(0.73, 1.1)
	Primärvård	Uppföljning	171	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Start	3	3	17.3	2.5	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	3	3	13	5.6	4.33	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	2	2	12	2.8	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	2	1	6	-	8	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A42. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av GAD, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	20	8	23	18	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	20	4	22.2	6.4	1.5	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	20	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	1	20	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	1	15	-	5	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	6	5	22.4	18.4	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	6	2	8.5	12	15.5	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	3	1	21	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	3	1	8	-	13	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	87	86	26.5	15.3	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	87	50	17	12.8	7.64	0.5	(0.24, 0.76)
	Primärvård	Uppföljning	87	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	1	18	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	27.5	3.5	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	171	160	24.6	16	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	171	89	20.6	15.7	4.8	0.3	(0.17, 0.43)
	Primärvård	Uppföljning	171	0	-	-	-	-	(-, -)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Västra Götaland	Psykiatri	Start	3	3	27	16.8	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	3	2	26	25.5	7.5	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	2	2	25	21.2	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)

## Hälsöångest

### Tabell A43-45

**Tabell A43. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för hälsöångest, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	6	100% (n = 6)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Primärvård	2	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	204	65.2% (n = 133)	25.5% (n = 52)	6.9% (n = 14)	2.5% (n = 5)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	10	70% (n = 7)	30% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>224</b>	<b>66.1% (n = 148)</b>	<b>25% (n = 56)</b>	<b>6.7% (n = 15)</b>	<b>2.2% (n = 5)</b>	<b>0% (n = 0)</b>

**Tabell A44. Effektstorlekar och symtom mätt med Short Health Anxiety Inventory-14 vid behandling av hälsoångest i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	SHAI			SHAI förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	6	5	27.4	7	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	6	5	17	3.5	10.4	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	6	2	11	1.4	12	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	2	2	15	5.7	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	2	2	13.5	4.9	1.5	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	204	203	29	6.3	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	204	180	20.1	8.1	9.09	1.43	(1.26, 1.61)
	Psykiatri	Uppföljning	204	68	16	7.6	12.32	1.94	(1.66, 2.23)
Uppsala	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	28	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	1	22	-	6	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	10	2	38	1.4	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	10	1	28	-	11	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)



**Tabell A45. 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, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	6	1	27	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	6	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	2	2	9.5	7.8	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	2	1	6	-	9	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	204	201	21.7	15.8	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	204	128	13.5	14.1	6.98	0.44	(0.31, 0.57)
	Psykiatri	Uppföljning	204	68	11.7	13.3	8.6	0.54	(0.31, 0.78)
Uppsala	Primärvård	Start	1	1	19	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	2	-	17	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	8	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	1	4	-	4	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	10	9	26.6	19.5	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	10	3	10.7	5.1	8	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)

## Paniksyndrom

### Tabell A46-A48

**Tabell A46. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för paniksyndrom, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	3	66.7% (n = 2)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Dalarna	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	122	18% (n = 22)	54.1% (n = 66)	21.3% (n = 26)	6.6% (n = 8)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	36	66.7% (n = 24)	25% (n = 9)	5.6% (n = 2)	2.8% (n = 1)	0% (n = 0)
Uppsala	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	3	66.7% (n = 2)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	66	33.3% (n = 22)	30.3% (n = 20)	1.5% (n = 1)	1.5% (n = 1)	33.3% (n = 22)
Västra Götaland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Örebro	Psykiatri	57	42.1% (n = 24)	36.8% (n = 21)	12.3% (n = 7)	8.8% (n = 5)	0% (n = 0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>290</b>	<b>33.1% (n = 96)</b>	<b>40.7% (n = 118)</b>	<b>13.1% (n = 38)</b>	<b>5.5% (n = 16)</b>	<b>7.6% (n = 22)</b>

**Tabell A47. Effektstorlekar och symtom mätt med Panic Disorder Severity Scale-Self Assessment vid behandling av paniksyndrom i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	PDSS-SR			PDSS-SR förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	3	3	12.3	3.5	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	3	2	12	1.4	2	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	122	121	13	5.1	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	122	105	8.4	5.5	4.54	0.9	(0.69, 1.1)
	Psykiatri	Uppföljning	122	45	6	5.2	6.31	1.24	(0.98, 1.51)
Uppsala	Primärvård	Start	36	34	12.3	6.1	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	36	22	6.7	4.9	3.91	0.64	(0.2, 1.09)
	Primärvård	Uppföljning	36	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	1	14	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	1	10	-	4	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	2	24.5	0.7	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	3	1	0	-	25	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	66	20	13.8	5.1	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	66	13	8.5	4.4	4.54	0.9	(0.45, 1.34)
	Primärvård	Uppföljning	66	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	1	1	17	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	1	7	-	10	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	57	57	14.2	4.8	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	57	57	7.9	5.3	6.26	1.3	(1, 1.6)
	Psykiatri	Uppföljning	57	24	5.1	4.6	8.62	1.79	(1.26, 2.32)

**Tabell A48. 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, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	3	1	27	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	122	120	28.2	16.3	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	122	77	18.5	14.4	8.74	0.54	(0.36, 0.72)
	Psykiatri	Uppföljning	122	45	13.9	14.1	10.44	0.64	(0.4, 0.88)
Uppsala	Primärvård	Start	36	31	30.8	17.6	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	36	14	23.3	19.1	7	0.4	(0.04, 0.75)
	Primärvård	Uppföljning	36	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	3	58.7	25.1	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	66	55	28.1	15.2	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	66	29	23.4	18.1	6.21	0.41	(0.15, 0.66)
	Primärvård	Uppföljning	66	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	1	1	58	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	1	41	-	17	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	57	57	32.8	17.7	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	57	36	24.9	16.7	7.58	0.43	(0.19, 0.67)
	Psykiatri	Uppföljning	57	24	12	14.2	12.92	0.73	(0.4, 1.06)

## Social fobi

### Tabell A49-A51

**Tabell A46. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för social fobi, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	7	14.3% (n = 1)	71.4% (n = 5)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	14.3% (n = 1)
Dalarna	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	2	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	279	65.2% (n = 182)	27.2% (n = 76)	5.7% (n = 16)	1.8% (n = 5)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	103	66% (n = 68)	30.1% (n = 31)	1.9% (n = 2)	0% (n = 0)	1.9% (n = 2)
Uppsala	Psykiatri	2	0% (n = 0)	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	4	0% (n = 0)	75% (n = 3)	25% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	65	26.2% (n = 17)	40% (n = 26)	4.6% (n = 3)	1.5% (n = 1)	27.7% (n = 18)
Västra Götaland	Psykiatri	2	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Örebro	Psykiatri	66	36.4% (n = 24)	40.9% (n = 27)	18.2% (n = 12)	4.5% (n = 3)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>532</b>	<b>54.9% (n = 292)</b>	<b>32.1% (n = 171)</b>	<b>7.1% (n = 38)</b>	<b>1.9% (n = 10)</b>	<b>3.9% (n = 21)</b>

**Tabell A50. Effektstorlekar och symptom mätt med Social Phobia Inventory (SPIN) vid behandling av social fobi i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	SPIN			SPIN förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	7	5	42.4	8	-	-	(-, -)
		Avslut	7	4	41.5	6.1	-0.5	-	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	2	47	1.4	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	25	-	21	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	279	274	39.4	11.5	-	-	(-, -)
		Avslut	279	236	28.3	14.2	11.1	0.97	(0.83, 1.1)
		Uppföljning	279	73	21.6	13	18.56	1.62	(1.33, 1.9)
Uppsala	Primärvård	Start	103	98	39.8	11.4	-	-	(-, -)
		Avslut	103	84	28.3	13.6	11.24	0.99	(0.75, 1.23)
		Uppföljning	103	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	2	2	41.5	4.9	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	26.5	14.8	15	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	4	1	49	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	SPIN			SPIN förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Västra Götaland	Psykiatri	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Start	65	39	37.5	12.8	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	65	25	28.1	12.3	9.16	0.72	(0.43, 1)
Västra Götaland	Primärvård	Uppföljning	65	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Start	2	2	32.5	6.4	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	2	2	33	2.8	-0.5	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Start	66	66	40.5	11	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	66	66	31.2	15.7	9.3	0.84	(0.6, 1.08)
Östergötland	Psykiatri	Uppföljning	66	24	25.2	14.8	15.12	1.37	(0.85, 1.89)
	Primärvård	Start	1	1	38	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	10	-	28	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A51. 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, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	7	2	43	4.2	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	7	1	33	-	7	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	1	33	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	2	56.5	9.2	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	2	1	46	-	4	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	279	270	26	15.2	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	279	153	17.8	14.5	8.33	0.55	(0.43, 0.67)
	Psykiatri	Uppföljning	279	71	14	11.2	13.44	0.88	(0.67, 1.1)
Uppsala	Primärvård	Start	103	94	30.5	15.1	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	103	50	18.1	15.2	9.56	0.63	(0.44, 0.82)
	Primärvård	Uppföljning	103	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	2	2	32.5	7.8	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	2	1	29	-	9	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Västernorrland	Psykiatri	Start	4	4	35.5	11.4	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	4	2	41	15.6	-11.5	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	65	56	33.6	14.7	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	65	32	28.5	13.3	5.72	0.39	(0.06, 0.72)
	Primärvård	Uppföljning	65	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	24	9.9	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	2	2	17.5	6.4	6.5	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	66	66	38.3	15.8	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	66	38	30.7	20.6	7	0.44	(0.16, 0.73)
	Psykiatri	Uppföljning	66	23	26.6	20.4	15.65	0.99	(0.59, 1.4)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	56	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	6	-	50	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

## Tvångssyndrom

Tabell A52-A54

**Tabell A52. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling av tvångssyndrom, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	202	66.3% (n = 134)	25.7% (n = 52)	4% (n = 8)	4% (n = 8)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	4	50% (n = 2)	25% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	25% (n = 1)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>208</b>	<b>66.3% (n = 138)</b>	<b>25.5% (n = 53)</b>	<b>3.8% (n = 8)</b>	<b>3.8% (n = 8)</b>	<b>0.5% (n = 1)</b>

**Tabell A53. Effektstorlekar och symptom mätt med Obsessive Compulsive Inventory-Revised vid behandling av tvångssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	OCI-R			OCI-R förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	202	201	23.4	10.3	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	202	194	15.5	10.5	7.93	0.77	(0.65, 0.89)
	Psykiatri	Uppföljning	202	61	12.3	8.8	9.57	0.93	(0.71, 1.15)
Västra Götaland	Primärvård	Start	4	2	30.5	10.6	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A54. 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, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	1	33	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	202	200	24.1	15.4	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	202	148	16.8	13.8	5.47	0.36	(0.23, 0.48)
	Psykiatri	Uppföljning	202	61	13.9	13	8.13	0.53	(0.29, 0.76)
Västra Götaland	Primärvård	Start	4	4	11.8	8.4	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)

**Tabell A55. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för ångesttillstånd, 2022**

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	41	53.7% (n = 22)	26.8% (n = 11)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	19.5% (n = 8)
Dalarna	Psykiatri	4	0% (n = 0)	25% (n = 1)	75% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Norrbottn	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	11	0% (n = 0)	36.4% (n = 4)	36.4% (n = 4)	9.1% (n = 1)	18.2% (n = 2)
Stockholm	Primärvård	2	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	3	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	8	87.5% (n = 7)	12.5% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	5	60% (n = 3)	40% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	427	48.5% (n = 207)	16.6% (n = 71)	0.5% (n = 2)	0.2% (n = 1)	34.2% (n = 146)
Östergötland	Primärvård	3	66.7% (n = 2)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Totalt</b>	<b>Totalt</b>	<b>505</b>	<b>48.5% (n = 245)</b>	<b>18.2% (n = 92)</b>	<b>2% (n = 10)</b>	<b>0.4% (n = 2)</b>	<b>30.9% (n = 156)</b>

**Tabell A56. Effektstorlekar och symtom mätt med Generalised Anxiety Disorder scale-7 vid behandling av ångesttillstånd i regioner och vårdgrenar, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	GAD7			GAD7 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	41	33	11	4.7	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	41	22	5.2	4.4	5.95	1.26	(0.73, 1.79)
	Primärvård	Uppföljning	41	7	3.6	1.7	7.29	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	4	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Norrbottn	Primärvård	Start	1	1	14	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	4	-	10	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	11	5	10.6	6.4	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	11	1	6	-	13	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	11	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	2	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	3	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	8	8	10.5	5.8	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	8	6	4.3	6.7	5.67	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	5	2	16.5	2.1	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	5	0	-	-	-	-	(-, -)



Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	GAD7			GAD7 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Västra Götaland	Psykiatri	Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Start	427	375	12	4.8	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	427	239	7.7	5.3	3.76	0.78	(0.66, 0.9)
Östergötland	Primärvård	Uppföljning	427	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Start	3	3	6	1	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	3	3	2.7	2.5	3.33	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	3	1	8	-	-2	-	(-, -)

**Tabell A57. 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, 2022**

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	41	21	23.5	14.9	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	41	12	15	14.8	6.58	0.44	(-0.14, 1.02)
	Primärvård	Uppföljning	41	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	4	3	23	21.7	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	4	3	22.3	26.3	0.67	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Norrbotten	Primärvård	Start	1	1	21	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	1	1	8	-	13	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	11	9	33.6	25.5	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	11	2	47	9.9	-10.5	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	11	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	2	2	25	14.1	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	3	1	25	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	8	7	17.6	10.9	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	8	4	10.2	10.2	2	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	5	5	23.8	8.2	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	5	0	-	-	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Västra Götaland	Primärvård	Start	427	377	25.2	16	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	427	182	18.1	15.6	4.79	0.3	(0.2, 0.4)
	Primärvård	Uppföljning	427	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	3	2	22	12.7	-	-	(-, -)
	Primärvård	Avslut	3	2	8.5	12	13.5	-	(-, -)
	Primärvård	Uppföljning	3	1	31	-	0	-	(-, -)