SibeR Svenska internet-behandlingsregistret

Årsrapport 2023

Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR

Registerhållare

Cecilia Svanborg
Psykiatri Sydväst, SLSO
cecilia.svanborg@regionstockholm.se

Biträdande registerhållare och koordinator

Pontus Bjurner
pontus.bjurner@regionstockholm.se

Styrgrupp SibeR

Gerhard Andersson, Linköpings universitet
Lise Bergman-Nordgren, Örebro
Joakim Ekberg, Östergötland
Viktor Kaldo, KI och Växjö universitet
Matti Dahl, 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

Huvudman och CPUA

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)
Box 17914
118 95 Stockholm

Omslagsbild

Från BUP lärandeworkshop september 2023

Innehåll

Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR ... 1
Indikatorer och utdata ... 8
Hur är läget idag? Sammanfattning och rekommendationer ... 9
Varför är inte alla regioner med? ... 11
Lär mer! ... 11
Utvecklingen av SibeR hittills ... 12
Indikationsgrupper och registreringar ... 12
Utveckling kalenderår ... 13
Plattformar och program för behandling ... 13
Anslutnings- och täckningsgrad ... 14
Utveckling i regionerna ... 16
Stockholm- breddning med fler enheter, indikationer och program ... 16
Västra Götaland – viss ökning genom bättre täckningsgrad ... 17
Uppsala – datadriven utveckling på central enhet i primärvården ... 17
Örebro – central enhet i samverkan mellan psykiatri och primärvård ... 18
Dalarna - utveckling i primärvård och anslutning av psykiatrin och första linjen ... 19
Jämtland – förbättringsarbete på BUP och utredning kring organisation av IKBT för vuxna ... 20
Skåne – utveckling inom vuxenpsykiatri och BUP ... 20
Västernorrland - komplement i vuxenpsykiatri ... 22
Värmland – bred anslutning under 2023 och omorganisering kring Vårdcentral Värmland 2024 ... 22
Östergötland – pilot och test med mjukvarurobot ... 23
Norrbotten – anslutning med en pilotenhet ... 23
Kalmar – förberedelse för anslutning, men paus ... 23
Sörmland – pausad registrering men aktivt informatikarbete ... 24
Västerbotten – pausad anslutning ... 24
Västmanland – pausad anslutning ... 24
Registrerade behandlingar 2023 ... 25
Patienterna i SibeR ... 26
Kön och ålder ... 26
Alkoholbruk ... 27
Tillgänglighet till behandling ... 27
Ledtid vårdbegäran-behandlingsstart ... 28
Precision i diagnostik och urval ... 28
Stöd i behandlingen ... 30

Ren eller blandad internetbehandling ... 30
Behandlarens profession ... 31
Ångestsyndrom hos unga ... 32
IKBT för barn och unga ... 32
Värdering av behandlingsresultat hos unga ... 32
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 32
Behandlingseffekter ... 33
Fullföljande ... 34
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 35
Reflektion över resultaten för ångestsyndrom unga i regionerna ... 35
Social fobi hos unga ... 36
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 36
Behandlingseffekter ... 37
Fullföljande ... 37
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 38
Reflektion över resultaten för social fobi unga i regionerna ... 38
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 39
Behandlingseffekter ... 39
Fullföljande ... 40
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 41
Reflektion över resultaten för OCD unga i regionerna ... 41
Magbesvär/IBS hos unga ... 41
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 41
Behandlingseffekter ... 42
Fullföljande ... 42
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 42
Reflektion över resultaten för funktionella magbesvär ... 42
Diagnosgrupp ADHD hos vuxna ... 43
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 43
Behandlingseffekter ... 43
Fullföljandegrad ... 44
Reflektion över resultaten för ADHD hos vuxna ... 45
Diagnosgrupp Alkoholbrukssyndrom vuxna ... 45
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 45
Behandlingsresultat ... 46
Fullföljandegrad ... 46
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 47

Diagnosgrupp Hetsätning hos vuxna ... 47
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 47
Behandlingsresultat ... 48
Fullföljandegrad ... 48
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 49
Reflektion över resultaten för hetsätning hos vuxna ... 49
Diagnosgrupp Magbesvär/IBS hos vuxna ... 49
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 49
Behandlingsresultat ... 50
Fullföljandegrad ... 50
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 51
Reflektion över resultaten för IBS hos vuxna ... 51
Diagnosgrupp Depression ... 51
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 51
Behandlingsresultat ... 52
Fullföljandegrad ... 53
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 54
Reflektion över resultaten för depression i regionerna ... 54
Diagnosgrupp Stressyndrom ... 55
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 55
Behandlingsresultat ... 56
Fullföljandegrad ... 57
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 58
Reflektion över resultaten för stressyndrom i regionerna ... 58
Diagnosgrupp Utmattningssyndrom (UMS) ... 59
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 59
Behandlingsresultat ... 59
Fullföljandegrad ... 60
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 61
Reflektion över resultaten för utmattningssyndrom i regionerna ... 61
Diagnosgrupp Sömnstörningar ... 61
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 61
Behandlingsresultat ... 62
Fullföljandegrad ... 63
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 63
Reflektion över resultaten för sömnstörning i regionerna ... 64
Diagnosgrupp Ångest- och orossyndrom ... 64

Dysmorfofobi (Upplevd fulhet) ... 64
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 64
Behandlingsresultat ... 64
Fullföljandegrad ... 65
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 65
Reflektion över resultaten för dysmorfofobi ... 65
Generaliserat ångestsyndrom (GAD) ... 66
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 66
Behandlingsresultat ... 66
Fullföljandegrad ... 67
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 68
Reflektion över resultaten för generaliserat ångestsyndrom ... 68
Hälsoångest ... 69
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 69
Behandlingsresultat ... 69
Fullföljande ... 70
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 71
Reflektioner över resultaten för hälsoångest i regionerna ... 71
Paniksyndrom ... 71
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 71
Behandlingseffekt ... 72
Fullföljande ... 72
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 73
Reflektioner över resultaten för paniksyndrom i regionerna ... 73
Social fobi ... 73
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 74
Behandlingsresultat ... 75
Fullföljande ... 76
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 76
Reflektioner över resultaten för social fobi i regionerna ... 76
Tvångssyndrom ... 77
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper ... 77
Behandlingsresultat ... 77
Fullföljande ... 78
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet ... 78
Reflektioner över resultaten för tvångssyndrom i regionerna ... 78
Ångesttillstånd ... 79

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper 79
Behandlingsresultat 80
Fullföljandegrad 81
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet 81
Reflektion över resultaten för ångesttillstånd 81
Metod 82
Effektstorlek 82
APPENDIX 83
Allmänt 83
Ångesttillstånd unga 86
Social fobi hos unga 87
Tvångssyndrom/OCD hos unga 88
Magbesvär/IBS hos unga 89
ADHD hos vuxna 90
Alkoholbrukssyndrom hos vuxna 91
Hetsätning hos vuxna 91
Magbesvär/IBS hos vuxna 92
Depression 93
Stressyndrom 95
Utmattningssyndrom 96
Sömnstörningar 98
Dysmorfofobi 100
Generaliserat ångestsyndrom 101
Hälsoångest 103
Paniksyndrom 105
Social fobi 106
Tvångssyndrom 108
Ångesttillstånd, ospecificerade 109

SibeR 2023–2024

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 med video, telefon eller fysiska besök. Psykologiska behandlingar som *enbart* sker i realtid, utan ett digitalt förmedlat program, 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 bättre avhjälpa bristen på evidensbaserade psykologiska behandlingar för stora folksjukdomar med depression, ångest- och stressyndrom, sömnstörningar samt beteendemedicinska tillstånd.

Regioner kan med stöd av SibeR utveckla vårdprocesser så att resultaten från forskningen kommer till nytta i vården på ett systematiskt och kvalitetssäkrat sätt. Med digitala program, utbildning och återkoppling kan flera yrkesgrupper ge effektiv psykologisk behandling vilket bidrar till kompetensförsörjningen i vården.

Indikatorer och utdata

För att driva utvecklings-och förbättringsarbete har SibeR fyra indikatorer som presenteras i statistikvisning online på SibeR:s webbplats. Juni 2024 publicerades en ny **Utdatavisning** som ger tydliga öppna jämförelser mellan regioner och verksamheter för indikatorerna och andra variabler med möjligheter till fördjupning och sorteringar. På en övergripande nivå finns några indikatorer också presenterade på webbplatsen **Vården i Siffor (VIS)**. Enskilda enheter kan använda sammanställningar i sina Resultatöversikter online för att få ocensurerad statistik för **Processkontroll**. **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 med behandlingsstart inom 30 dagar från tidpunkt vårdbegäran/beslut om bedömning för psykologisk behandling
- Strukturerad diagnostik – andel behandlingar som är bedömda med intervjustöd och enligt riktlinjer, som mått på precision i diagnostik och urval

Hur är läget idag? Sammanfattning och rekommendationer

December 2023 blev SibeR upphöjt till certifieringsnivå 2 i det nationella systemet för kvalitetsregister. Vi ser det som ett erkännande av en positiv utveckling där SibeR alltmer används för datadriven utveckling av psykologisk behandling. Några konkreta exempel:

- Inspirationsdag bland annat om socialt ångestsyndrom, februari 2023
- Öppet webinarium, maj 2023
- Lärande workshop BUP Stockholm och Jämtland, september 2023 (se bild på framsida)
- Lärande workshop primärvården Stockholm, november 2023
- Lärande workshop ADHD, våren 2024

Täckningsgraden för 2023 var 68 %. Det var 5 268 behandlingar som registrerades i SibeR av de 7 702 behandlingar som avslutades på aktivt anslutna verksamheter. I vissa regioner och verksamheter var täckningsgraden mycket hög (Uppsala 99 %, BUP Stockholm 98 %, Min Vård i Dalarna 92 %) vilket skapar goda förutsättningar för ordnat införande dvs. att verkligen uppfatta vad som fungerar, och vad som fungerar mindre bra.

För att uppnå hög täckningsgrad är strukturerade journalmallar för internetbehandling och integrationslösningar en pusselbit. Överföring av data från journal till SibeR har skett i VGR sedan 2019 (via Medrave), i Stockholm sedan 2021 (via IVR) och sedan sommaren 2023 i Skåne via en automatisk överföring från barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatrin med mallar i det gamla journalsystemet Melior. Man har förberett inför regionens övergång till Millenium 2024–25 och avser då ansluta även primärvården till SibeR.

En annan viktig pusselbit för god utveckling är hur man väljer att organisera sin digitala vård. Att organisera den digitala vården decentraliserat såsom man bedriver traditionell, analog vård har visat sig vara en utmaning om målsättningar är att erbjuda behandling jämlikt och behålla kompetens samt om man vill styra vårdprocesser och utveckling.

Nära Vård Digitalt inom primärvården Uppsala förtjänar att lyftas fram som ett inspirerande exempel på hur man lyckats bygga upp en central verksamhet som är tillgänglig för alla invånare och med allt fler behandlingsprogram, god datakvalitet och goda resultat. Från tidigare behandlingar för depression, sömnsvårigheter, social ångest, paniksyndrom, generaliserad ångest och orosproblem, stressyndrom och utmattningssyndrom, har man under 2023 lagt till behandling för hälsoångest och i slutet av året behandling för tvångs-syndrom. Man berättade om sin verksamhet på SibeR´s inspirationsdag februari 2023.

Region Stockholm utvidgar med fler verksamheter och indikationer; alkoholbrukssyndrom och hetsätningssyndrom för vuxna. *Psykiatri Sydväst* med Internetpsykiatrin och OCD-programmet har stabila vårdprocesser med goda resultat för depression, paniksyndrom, social ångest, sömnstörning, hälsoångest, IBS, tvångssyndrom och dysmorfofobi.

Nu har *Stockholms Centrum för Ätstörningar* etablerat en enhet för internetbehandling av hetsätning. Behandlingsresultaten är goda för behandlingar där man har eftermätningar. *Beroendecentrum Stockholm* har anslutit sin e-Stödsenhet med ett program för alkoholbruks-syndrom. Även här har man signifikanta behandlingsresultat för behandlingar med efter-mätningar. Bägge enheterna behöver vidareutveckla rutiner för att få in eftermätningar för alla behandlingar. De tar emot patienter från hela landet. Primärvården i Stockholm och andra psykiatriska verksamheter har också startat upp internetbehandling.

Region Dalarna har fortsatt utveckla sin enhet "*Min Vård*" där patienternas arbete med digitala program främst stöds med videosamtal (VKBT). Man lyckas uppnå hög täckningsgrad men har vissa svårigheter att administrera patientskattningar i sin app och får därför inte alltid in eftermätningar. *Min Vård* har även fått ansvar för att samordna regionens internetförmedlade KBT (IKBT) där stödet ges via textmeddelanden. Organisationen kan beskrivas som en hybridmodell med ett nav kombinerat med personal som arbetar på regionens vårdcentraler. Från 2024 har man helt slutat upphandla behandlingsprogram och istället har man utvecklat många egna program för VKBT och IKBT.

Region Värmland har i samarbete med SibeR genomfört en fantastisk utveckling av IKBT inom primärvården under 2023–24. Under våren kartläggning, förankring, utveckling av journalmallar och under hösten fortbildning för alla behandlare och anslutning till SibeR kvartal 4. Februari 2024 startade en central enhet för IKBT på *Vårdcentral Värmland* där behandlare från olika vårdcentraler arbetar minst 20 % med IKBT och med videosamtal.

Internetbehandling för barn och ungdomar utvecklas fint i Skåne, Jämtland och Västra Götaland, men Stockholm har försämrade resultat. IKBT för unga inkluderades i SibeR 2018 när VGR införde programmet Ångesthjälpen Ung som led i sin satsning på psykisk hälsa inom första linjen för unga. 2020 startade enheten *BUP Internetbehandling* i Stockholm för implementering av program som utvecklats inom BIP-projektet. Skåne anslöt 2021 och Jämtland 2022 med framför allt BIP-programmen från Stockholm. BIP har framgångsrikt utvecklat och testat program för ångesttillstånd, tvångssyndrom, magbesvär och social fobi.

Under 2023 omorganiserades IKBT för unga i Skåne till enheten *Digital vård BUP Skåne* som är öppen för alla unga i regionen, såväl första linjen som specialistvård. BUP Jämtland har samma organisationsmodell. Både Skåne och Jämtland utvecklas fint men för BUP Stockholm, som inte längre kan ta emot första linjens patienter, ser vi försämrade resultat.

Region Stockholm behöver se över sin organisation och fler regioner som bedriver IKBT för unga bör ansluta till SibeR. Stockholm behöver organisera första linjens vård för unga och se till så att man inte tappar initiativet i utvecklingen av digital vård. Vi ser fram emot att Uppsala och Värmland också följer upp IKBT för unga och att de regioner som bedriver fler behandlingar som Jönköping, Sörmland och Östergötland också vill ansluta och bidra till vårdutvecklingen.

Västra Götalandsregionen har förbättrat sin täckningsgrad av IKBT för vuxna från 50 till 62 %, men har stora problem med att det saknas eftermätningar för mellan 39–78 % av behandlingarna. Man har valt en decentraliserad modell med olika grader av samarbeten, och tidigare regional samordning kring IKBT finns inte längre. Vi ser fram emot konstruktiv problemlösning.

En studie om implementering av IKBT inom Närhälsan VGR publicerades i år (Gervind, E., Salem, M. B., Svanborg, C., Nyström, M. E., Lilja, J. L., Kaldo, V., & Weineland, S. (2024). The influence of organizational models on the implementation of internet-based cognitive behavior therapy in primary care: A mixed methods study using the RE-AIM framework. *Internet Interventions*, *35*, 100698). Den innefattade data från SibeR för cirka 2000 behandlingar med uppföljningar under två år, uppgifter från regionalt datalager, enkäter till behandlare och ansvariga för psykologisk behandling samt chefer. Femton chefer intervjuades. Över lag lyckades implementeringen väl med hjälp av regionalt och lokalt stöd, men där man valt samverkan i en koncentrerad organisationsmodell för IKBT användes SibeR mer och implementeringen var mer hållbar.

Forskning, utveckling och internationell lansering. SibeR-data används till flera forsknings-projekt och för att underlätta detta lägger nu SibeR in sina variabler i en metadatabas, RUT, i samverkan med Vetenskapsrådet. SibeR arbetar inom Nationellt programområde psykisk hälsa specifikt med Nationell arbetsgrupp (NAG) depression och ångest, indikatorer och som ”expert-länk” för PROM (patientrapporterade utfallsmått) inom psykisk hälsa för Nationell Formulärsamling, samt NAG strukturerad vårdinformation för psykiatrin.
Presentationer hålls på professionsmöten i Sverige, och i nordiska samarbeten. Juni 2024 lanserades SibeR på den internationella konferensen ISRII 2024 på Irland. Inför detta byggdes en engelsk sida på webbplatsen.

Varför är inte alla regioner med?

SibeR får ofta frågan om varför inte alla regioner är anslutna och funderingar över att det främst är storstadsregionerna som utvecklar distansvård. Det borde ju vara invånare i regioner med långa avstånd till vård som skulle dra mest nytta!

De främsta svaren är att kvalitetsuppföljning av psykologisk behandling som framför allt bedrivs inom primärvård kräver dataintegration från journalsystem. Sverige, organiserat i 21 sjukvårdsregioner med stor skillnad i resurser, har hållit på att byta journalsystem i många år. Flertalet regioner i SUSSA-gruppen som ska gå över till Cosmic, eller andra som redan har Cosmic, har valt att avvakta eller pausa anslutning till SibeR. SibeR har bidragit till att skapa journalmallar och informatik för internetbehandling, men det tar för lång tid med tekniska lösningar i regionerna. Andra hinder är regionernas ekonomiska och personella läge som påverkar redan etablerade verksamheter, och som hindrar utveckling och effektivisering.

I årsrapporten beskrivs regioner som nu har väl fungerande strukturer för att bedriva internetbehandling, och andra som behöver stöd kring vårdprocesser och datadriven utveckling. Med möjlighet att ansluta fler kommer SibeR fortsätta stödja ordnat införande, mätningsbaserad och effektiv vård samt inspirerande kunskapsutbyte.

Lär mer!

Vill du ta del av resultaten av indikatorer för alla tillstånd för unga och för vuxna samt läsa mer om utvecklingen i regionerna? Läs hela årsrapporten! Följ utdatavisningen!

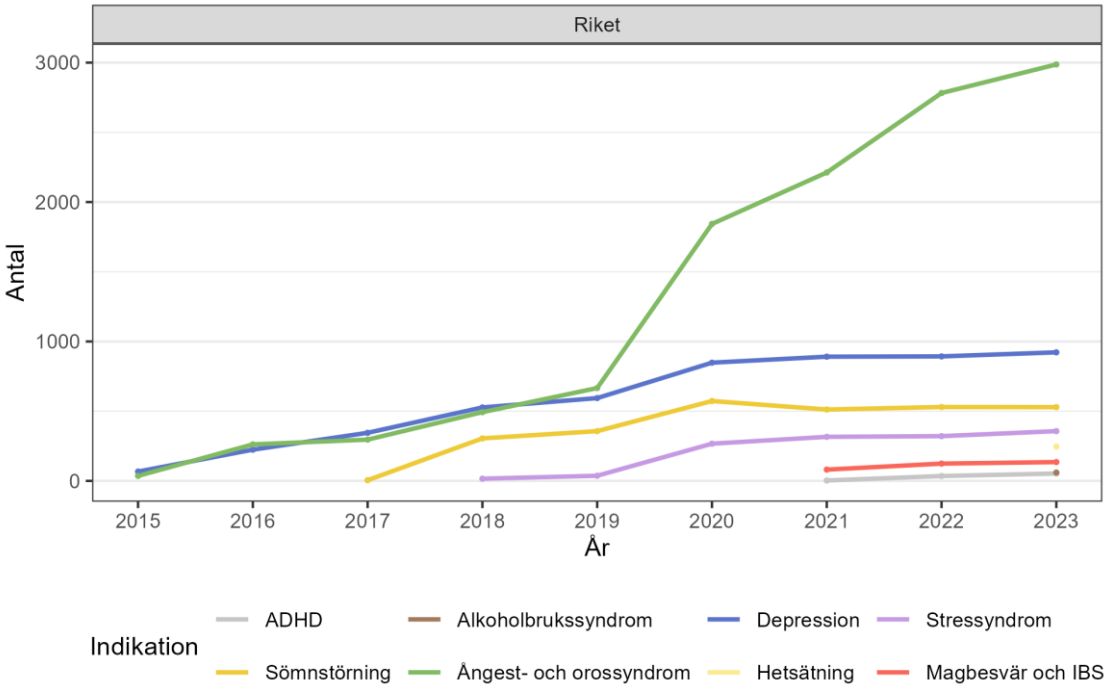
Utvecklingen av SibeR hittills

Indikationsgrupper och registreringar

Datauttagen för åren baseras på behandlingar som startade kvartalet innan kalenderåret (kvartal 4) till och med kvartal 3 för kalenderåret för att kunna redovisa de behandlingar som avslutats under kalenderåret. I rapporten har vi använt denna definition om inte annat anges.

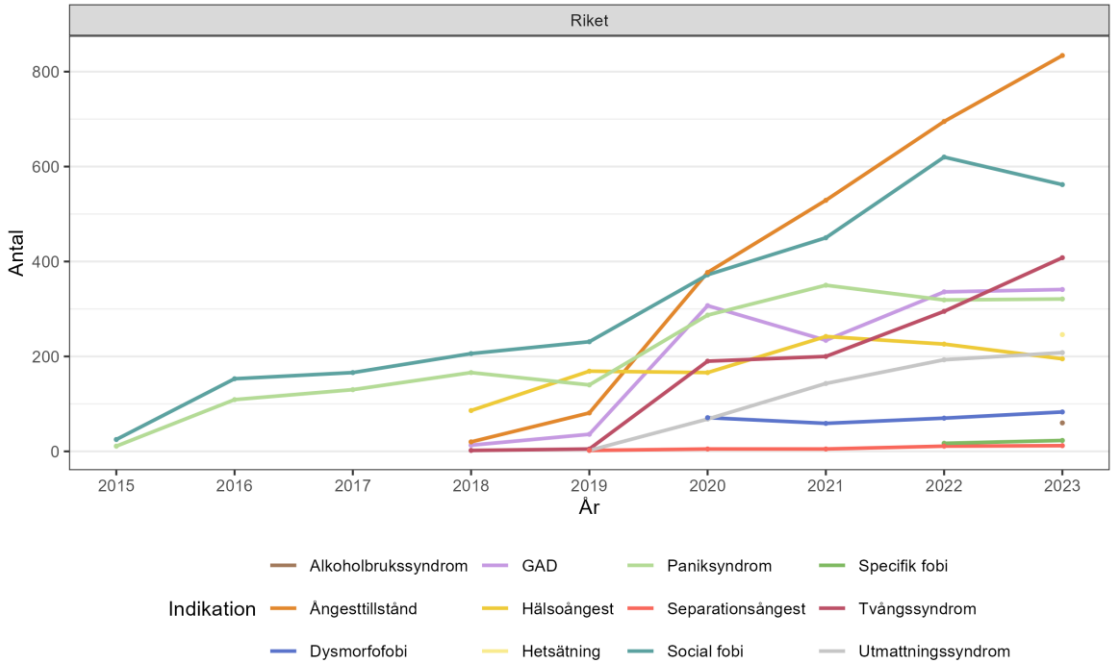
Patienter får vanligen vägledning av sin behandlare under 3 månader, och kan därefter ofta ha en vidmakthållandefas på ytterligare 3 månader med tillgång till program men utan behandlarstöd.

Under 2023 fortsatte antalet registrerade behandlingar att öka, se figur 1. Figur 2 visar utveckling av indikationer inom gruppen ångest- och oros-syndrom samt alkoholbrukssyndrom, hetsätning och utmattningssyndrom för att underlätta läsning.



Figur 1. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2023* uppdelat i övergripande diagnosgrupper (*startat Q4 föregående år till och med Q3 innevarande år)

Nya indikationer för 2022, hetsätning och alkoholbruks-syndrom, började registreras först 2023. Ökningen för övrigt under 2023 skedde främst inom ångest-och orossyndromen, mest för tvångssyndrom och ospecifika ångesttillstånd, se figur 2.



Figur 2. Antal startade behandlingar för indikationer som registrerats i SibeR 2015–2023 inom gruppen ångest- och oros-syndrom, samt för hetsätning, alkohol- och utmattningssyndrom

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 2015–2023

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Antal deltagande regioner	2	3	3	4	6	9	10	12	12
Antal registrerande enheter	2	3	3	14	65	175	177	303	330

Plattformar och program för behandling

Under 2023 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 bolag som bedriver behandling via andra plattformar, exempelvis Mindler, bedriver internetbehandling, även om vi har kontakt med några av dem. Både SibeR och SoB lanserades 2015 som grund för regioner att ordnat införa internetbehandling. Majoriteten av de 21 regionerna upphandlade behandlingsprogram i SoB från företag, men allt fler utvecklar egna program. På Ineras websida presenteras statistik över vilka program som startat över tid i respektive region i SoB.

SibeR ger återkoppling kring hur programmen fungerar i olika vårdsammanhang. Man kan ta del av beskrivningar av behandlingsprogrammen, se flikar ”Om SibeR”, ”Behandlingsprogram”. I den nya utdatavisningen kan man även sortera på behandlingsprogram och ta hänsyn till case-mix som samsjuklighet och sortera mellan om patienter hoppade av i förtid eller inte.

Anslutnings- och täckningsgrad

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

Styrgruppen för SibeR har beslutat att beräkna täckningsgrad baserat på de regioner som är anslutna och där har etablerad verksamhet som aktivt är ansluten till SibeR. Vi inkluderar inte de verksamheter som nyligen startat sin anslutningsprocess, genomför piloter eller pausar sin anslutning eftersom syftet med att beskriva täckningsgrad är att bedöma om data är tillräckligt representativa för att kunna bidra till förbättrad vård. Vissa verksamheter kan behöva lång förberedelse på flera år inför anslutning, för andra går det på mindre än ett år. Man behöver bl.a. säkra upp vårdprocesser och dokumentation för målsättningen att nå ägarskap för datadriven uppföljning och vårdutveckling. Samråd kring täckningsgradsberäkning har skett med senior statistiker på Registercentrum VGR.

Definition av täckningsgrad

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

Täckningsgrad 2023

Med detta underlag beräknas att **täckningsgraden för 2023 var 68 %.** Det var 5 268 behandlingar som registrerades i SibeR av de 7 702 behandlingar som avslutades på aktivt anslutna verksamheter.

I vissa regioner och verksamheter var täckningsgraden väldigt hög (Uppsala 99%, BUP Stockholm 98%, Min Vård Dalarna 92%). BUP Stockholm har direktöverföring från journal som bra grund. Både Uppsala (Cosmic) och Min Vård i Dalarna (Sussa) har manuell registrering men har lyckats bygga bra rutiner för dokumentation och registrering tack vare tydlig ledning. Även BUP Jämtland (Cosmic) har byggt bra rutiner samt fått inspiration och motivation till datadrivet arbete via gemensamma SibeR-möten med BUP Stockholm.

Täckningsgraden har minskat i Örebro (Sussa) från 94 till 75 %, vilket uppfattas bero på bemannings-problem i regionens nuvarande ansträngda ekonomiska läge. Trots manuell registrering har man tidigare kunnat upprätthålla mycket hög täckningsgrad tack vare goda rutiner.
Täckningsgraden har även minskat för psykiatrin i Stockholm (Takecare) vilket bedöms bero på att fler psykiatriska verksamheter än Psykiatri Sydväst (som har hög täckningsgrad) anslutit sig och att det tar tid att bygga rutiner för vård och dokumentation, inklusive att tillämpa halvautomatisk överföring från journal. Den privatdrivna primärvården har valt att stå utanför SibeR, och den offentligt drivna har liten verksamhet.

Skåne (Melior) har ökat sin täckningsgrad rejält vilket uppfattas bero på att man fick automatisk överföring från journal sommaren 2023 och skapandet av en central enhet för digital vård inom BUP.

Även Västra Götaland har förbättrat sin täckningsgrad från 53 till 63 %. Inom primärvården och ungdomshälsan finns specifika journalmallar och halvautomatisk direktöverföring från journalsystemen Asynja Visph, Webdoc och J4, men ändå haft rätt låg täckningsgrad. Det har visat sig finnas svårigheter med att upprätthålla rutiner för korrekt dokumentation och överföring i en decentraliserad organisationsmodell. I den offentligt drivna primärvården och bland större privata

vårdgivare har man tillsatt samordnare för IKBT vilket bedöms ha gett viss effekt. Psykiatrin och BUP har inga ändamålsenliga journalmallar för IKBT i sitt system Melior.

En sammanställning över registrerade och startade internetbehandlingar i anslutna regioner visas i tabell 2 och för alla 21 regioner i tabell A1 i rapportens appendix.

Tabell 2. Bedömd täckningsgrad i regioner 2023. Baseras på statistik från SibeR om antal registrerade och från Inera om antal avslutade behandlingsprogram i Stöd och Behandlingsplattformen hos aktiva etablerade verksamheter

Region	Vårdgren	Antal avslutade program	Antal registrerade i SibeR	Kommentar	Registrerade på etablerade verksamheter	Täcknings grad etablerad verksamhet
Dalarna						
	Primärvård, decentr.	470	109		109/470	23%
	Min Vård	*120	110	*Ej SoB	110/120	**92%**
	Psykiatri	70	29		29/70	41%
	Unga	43	4		4/43	10%
	Totalt	703	252		252/703	36 %
Jämtland						
	Primärvård, decentr.	440	0			
	Psykiatri	50	0			
	Unga, BUP	50	38		38/50	**76%**
	Totalt	422	38			
Skåne						
	Primärvård, decentr.	3140	0	Pilot i PV 2024		
	Psykiatri	123	49		49/123	40%
	Unga, BUP	222	163		163/222	**73%**
	Totalt	3440	212		212/345	**61%**
Stockholm						
	Primärvård, decentr.	1400	69	SLSO*': 116	69/116	59%
	Psykiatri	2200	1705		1705/2200	**78 %**
	BUP	245	239		239/245	**98%**
	Totalt	3845	1687		**2013/2761**	**73%**
Uppsala						
	Primärvård	840	840		840/840	**100 %**
	Psykiatri	5	4		4/5	**80 %**
	Unga	30	1	Ny		
	Totalt	875	845		844/845	**99%**
Västernorrland						
	Primärvård, decentr.	160	0			
	Psykiatri	70	28		28/70	40 %
	Unga	0				
	Totalt	230	28			
Västra Götaland						
	Primärvård, decentr.	2315	1437		1437/2315	**62 %**
	Psykiatri	53	35		35/53	**66 %**
	Unga, BUP	260	168		168/260	**65 %**
	Totalt	2628	1640		1640/2610	**63%**
Örebro						
	Psykiatri/primärvård	318	240		240/318	**75 %**
	Unga	1	0			
	Totalt	319	240			
Anslutna		7702	5 288	Utan piloter	5268/7702	**68 %**

Piloter: Norrbotten, n=7, Västerbotten, n=4, Östergötland, n=11. Värmland anslöt under kvartal 4. **Siffor i fet stil** markerar att täckningsgraden är minst 60 %.* Min vård i Dalarna använder Visiba-appen och antalet behandlingar är avstämda med verksamhetsansvarig. **SLSO= Stockholms läns sjukvårdsområde dvs offentligt driven primärvård i Stockholm.

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 till årsrapporten gjordes april 2024. Årsrapporten skrivs sommaren 2024 så en del intressant information från 2024 har fått komma med. Vi lyfter fram några regioner som genomfört intressant utveckling av internetförmedlad behandling, och är mer summariska för andra och där hänvisar till tidigare årsrapporter.

Stockholm- breddning med fler enheter, indikationer och program

Förvaltning av halvautomatisk överföring, IVR

Sedan 2021 har Stockholm överföring av data från journalsystemet Takecare via regionens sökverktyg IVR till SibeR. Överföringen bygger på dokumentation i specifika, arbetsbesparande journalmallar för IKBT, dvs. teknik och kunskap som behöver kunna förmedlas, utvecklas och förvaltas. En dokumentationsexpert för IKBT i regionen är utsedd som samordnar kontakt mellan teknisk förvaltning, SibeR och behoven hos verksamheterna. Information finns upplagd på SibeRs hemsida, flik Överföring från journal

IKBT inom psykiatrin

Psykiatri Sydväst med **Internetpsykiatrin** och **OCD-programmet** är som tidigare de största vårdgivarna av IKBT i regionen med egna utvecklade behandlingsprogram och fortsatt forskning.

Capio psykiatri inledde anslutning med dokumentation i specifika journalmallar för IKBT och överföring via regionens sök- och valideringsverktyg IVR under 2022. Under 2023 hade man ännu inte trimmat rutiner så täckningsgraden var låg. Under 2023 samarbetade **Prima psykiatri** med Capio psykiatri och SibeR i utveckling av specifika journalmallar för de program från Livanda som bägge använder. Prima psykiatri kom i gång med sin överföring av data från journal först under 2024. **Wemind psykiatri** förberedde anslutning men IKBT var i utvecklingsfas.

Enheten för Utredning och Digital vård, inom Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ), kunde december 2022 börja föra över data från journal till SibeR för sin IKBT-behandlingsprogram för hetsätning. Först under 2024 kom möjligheten att lägga in skattningar för utfallsmåttet EDE-Q i behandlingsprogrammet vilket tidigare gav vissa svårigheter att få in mätning i samband med behandlingsavslut. Man har haft hög produktion och visat goda resultat för behandlingar som haft eftermätningar.

Maj 2023 började enheten för digital behandling för skadligt bruk och beroende**, E-stödsenheten, Beroendecentrum Stockholm**, föra över data från journal för sin IKBT-behandling för alkoholbrukssyndrom. SibeR samarbetade med FOU och E-stöd kring att utveckla utfallsmåttet för Alkoholkonsumtion senaste veckan (enligt Time Line Follow Back, TLFB) och att anpassa det informatiskt i journalmallar och i rutiner. Ett välkänt fenomen inom missbruksvården är att en del patienter är helnyktra precis i början av en behandling men sedan återfaller under själva behandlingen. Man kan då få en missvisade försämring. Enheten har tagit fram en metod för att hantera detta som ännu inte hunnit implementeras.

IKBT inom BUP

Enheten **BUP internetbehandling** bedriver IKBT för unga inom region Stockholm sedan 2020. Under 2022 började **BUP OCD-mottagning** bedriva IKBT för OCD och registrera i SibeR via de specifika journalmallarna. Under 2023 fick BUP Internetbehandling inte längre fick ta emot förstalinjens patienter vilket vi ser påverkar behandlingsresultaten.

Hösten 2023 genomfördes en ***Lärande-workshop*** i samverkan mellan BUP Internetbehandling, BUP Jämtland och SibeR för datadrivet lärande. Se avsnittet om Jämtland.

IKBT inom primärvården

Akademiskt primärvårdscentrum vid Gustavsbergs vårdcentral, SLSO, började föra över data om sina internetbehandlingar i reguljär vård under 2022. Under 2023 anslöt även **Liljeholmens primärvårdscentrum** till SibeR.

November 2023 genomfördes en ***Lärande-workshop*** med all personal som arbetar med IKBT på Gustavsberg och Liljeholmen, deras chefer och SibeR. Vi tittade på statistiken för enheterna och de beskrev sina vårdprocesser med funktioner inom primärvården. Man reflekterade över teman som tillgänglighet, fullföljandegrad och vilka patienter som kan dra nytta av IKBT, samt svårigheter och tips för att hantera dessa. IKBT bedrivs även inom **Capio primärvård** som inte följer upp sina behandlingar i SibeR.

Västra Götaland – viss ökning genom bättre täckningsgrad

IKBT för vuxna i primärvården

Under 2023 skedde viss ökning av registrerade behandlingar i VGR vilket bedömdes bero på ökad täckningsgrad, se tabell 2.

IKBT bedrivs decentraliserat på hundratals vårdcentraler och nästan alla har en halvautomatisk överföring av data från sina journalsystem via Medrave till SibeR. Under 2022 avskaffades det regionala stödet för införande av internetbehandling i syfte att vårdgivarna själva nu skulle hantera förvaltning och fortsatt utveckling. Det visade sig inte vara lätt så större verksamheter som Närhälsan och Medtanken Group införde samordnare för IKBT. Det finns fortsatta problem med att få rutiner för dokumentation och överföring att fungera på sina håll. Regionrutiner finns tillgängliga digitalt.

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. Samordnaren för IKBT för unga, Sarah Hedén, berättade på SibeRs ***Nationella Inspirationsdag*** februari 2023 om hur de byggt rutiner för vårdprocesser, uppföljning och vårdutveckling med stöd av SibeR-data.

IKBT inom vuxenpsykiatrin

IKBT har bedrivits sedan några år inom allmänpsykiatri och beroendevård Sahlgrenska för sömnstörning och depression, samt inom psykiatrin i Skaraborg och i NU-sjukvården. På Sahlgrenska där man försökte implementera IKBT integrerat har det i stort sett upphört. Psykiatrin i NU-sjukvården och i Skaraborg bedriver IKBT i viss omfattning.

Uppsala – datadriven utveckling på central enhet i primärvården

IKBT för vuxna

Region Uppsala har en central enhet för digital vård, Nära Vård Digitalt, där hela regionens befolkning kan söka via egenanmälan. Under 2023 fortsatte Nära Vård Digitalt att utvecklas väl med breddning av vårdutbud med egna behandlingsprogram och systematiskt kvalitetsarbete med stöd av utdata från SibeR. Under 2023–24 vidgades behandlingsutbudet till att också innefatta hälsoångest och tvångssyndrom.

Med systematiskt arbete har man lyckats öka antal behandlingar och förbättra behandlingsresultat. Man har uppnått en exceptionellt hög täckningsgrad 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.

IKBT för unga

IKBT ska nu erbjudas 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. Man är ännu i uppstartsfas med begränsat antal genomförda behandlingar.

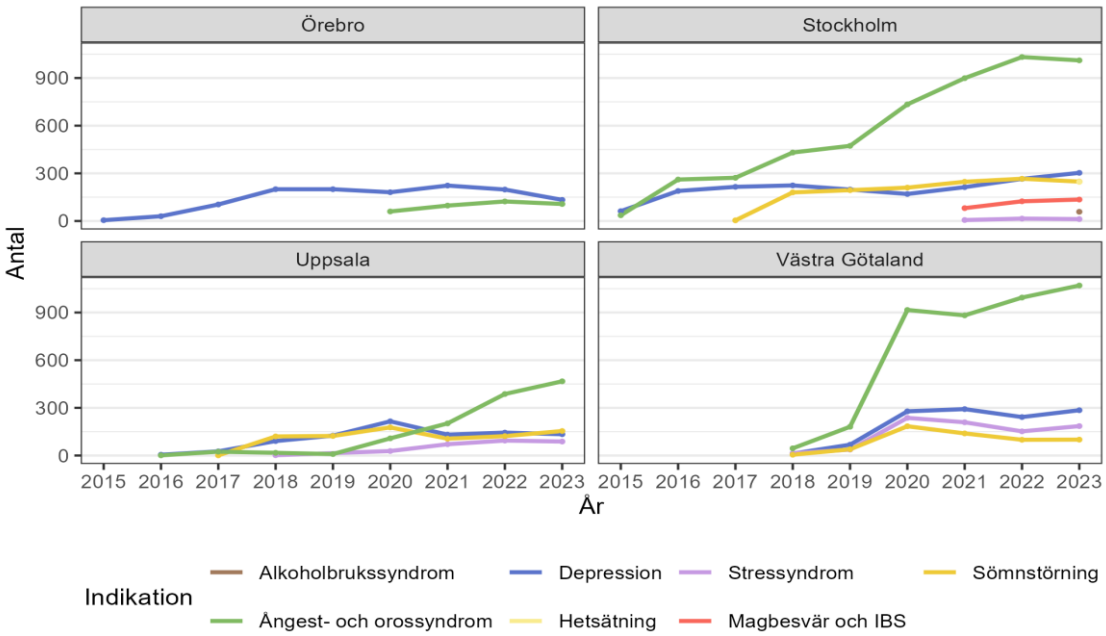
IKBT inom vuxenpsykiatrin

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. Antalet behandlingar minskade ytterligare under 2023 till ett fåtal, men 4 av 5 registrerades.

Örebro – central enhet i samverkan mellan psykiatri och primärvård

IKBT för vuxna

Från starten 2015 så organiserades den digitala psykologiska behandlingen i form av IKBT för depression via en central enhet inom psykiatrin 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. Man registrerar manuellt med väl utarbetade rutiner och dokumenterar i journalsystemet Infomedix. Under 2023 fanns planer på att arbeta med överföring från journal då Örebro förväntades vara första regionen inom SUSSA-samverkan som skulle gå över till Cosmic. Tyvärr blev det förseningar och svår ekonomi som ledde till att man hade brist på personal för både reguljär drift och utveckling. Antalet behandlingar och täckningsgrad minskade.



Figur 3. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2023 uppdelat i övergripande diagnosgrupper för regioner med högre antal registrerade

Dalarna - utveckling i primärvård och anslutning av psykiatrin och första linjen

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. Man har fattat beslut att inte längre upphandla program utan istället utveckla och enbart behandla med egna program, även för IKBT, från våren 2024.

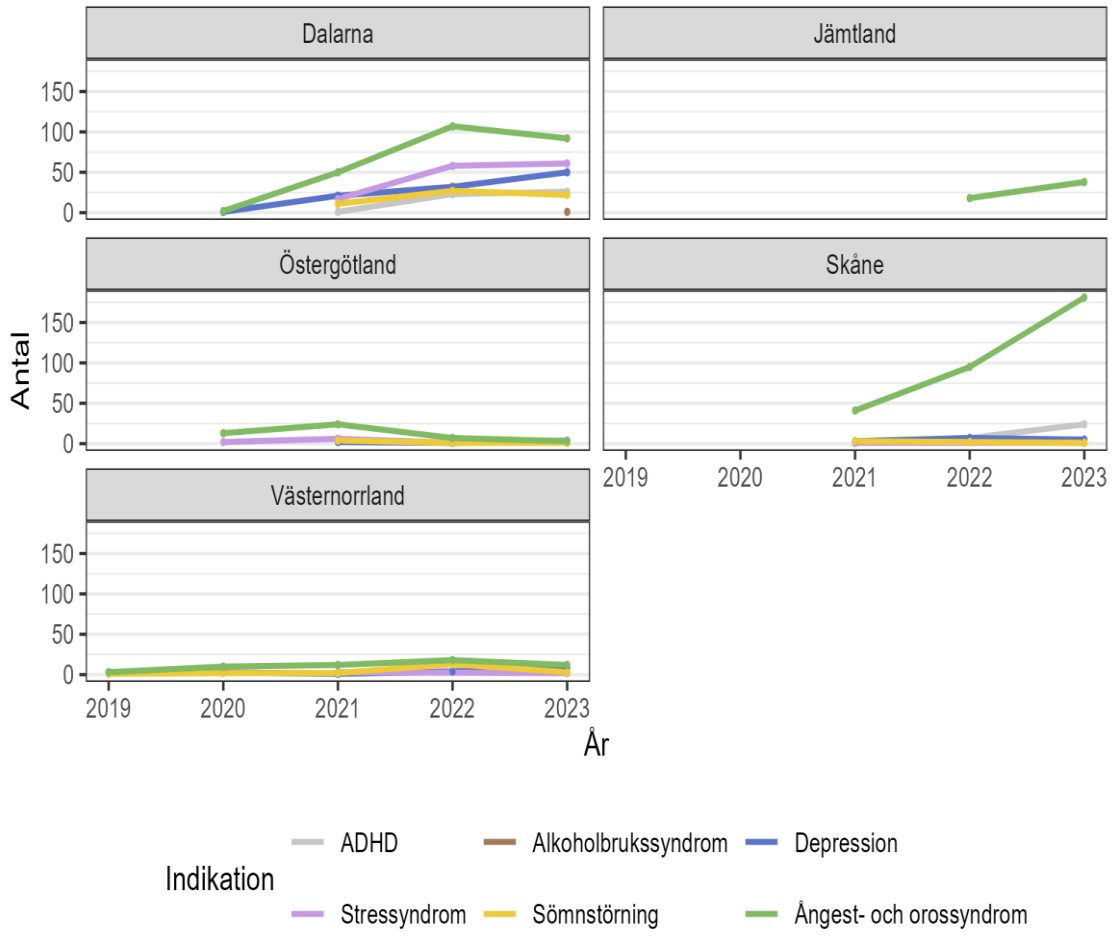
Ledningen för primärvården har gett utvecklingsledaren på Min vård, Jeremy Wihdén, mandat att också stödja IKBT på vårdcentralerna, inklusive dokumentation och uppföljning i samarbete med SibeR. Ett hinder för ökad täckningsgrad är manuell registrering och man hoppas på en överföring från journal när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

IKBT inom psykiatrin

Några enheter inom psykiatrin behandlar ADHD och ett fåtal andra indikationer.

IKBT unga

Några samtalsmottagningar för unga och ungdomsmottagningar behandlar med Ångesthjälpen Ung.



Figur 4. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2023 uppdelat i övergripande diagnosgrupper för regioner med lägre antal registrerade och som registrerat senaste två åren

Jämtland – förbättringsarbete på BUP och utredning kring organisation av IKBT för vuxna

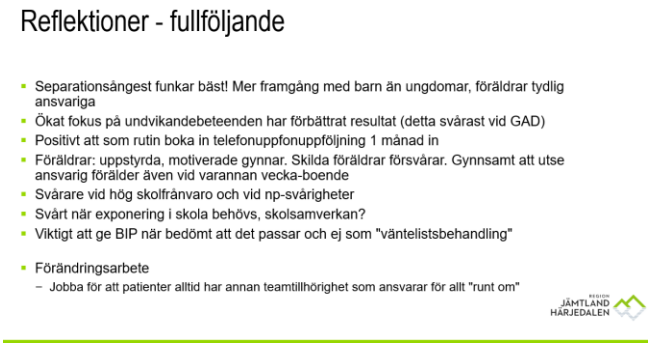
IKBT för regionens unga på BUP

BUP Östersund ansvarar för både förstalinjens och specialistvård av barn och ungas psykiska hälsa i hela Region Jämtland/Härjedalen. För att få vård kan man behöva resa 4,5 timme enkel väg, så digitalt förmedlad behandling ökar definitivt tillgängligheten. BUP har ett team där 8–10 psykologer jobbar 10–20 % av sin tid med IKBT.

Förbättringsteam IKBT september 2023 med personal från BUP Jämtland, BUP Internetbehandling i Stockholm och SibeR

Man erbjuder IKBT med behandlingsprogram för ångestsyndrom hos barn och unga från BUP Internetbehandling i Stockholm. BUP Jämtland anslöt till SibeR 2022 och september 2023 genomförde teamet ett studiebesök i Stockholm då vi passade på att genomföra en gemensam ***Lärande workshop***.

På workshopen beskrev man sina respektive vårdprocesser, reflekterade över rekrytering av lämpliga patienter, vad som underlättar/försvårar fullföljande och inspiration kring förbättringar. Ett särskilt diskussionsämne var att skattningar från barn/unga ibland skiljer sig från föräldrars och behandlarens bedömning av behandlingsresultat. En reflektion var att symtommått nog borde kompletteras med skattningar av beteenden som ger ökad frihet, exempelvis minskat undvikande, och funktion.



Bilder från lyckad dag!

IKBT inom primärvård

Under 2023 genomfördes ett uppdrag att undersöka förutsättningar för att omorganisera vården med IKBT inom Region Jämtland/Härjedalen för att göra vården mer jämlikt tillgänglig och för att klara kompetensförsörjningen. SibeR medverkade i detta arbete.

Skåne – utveckling inom vuxenpsykiatri och BUP

IKBT inom förvaltning psykiatri

SibeR upprättade att 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. 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. För vuxenpsykiatrin, se Guide för internetbehandling

Tillsammans med Region Dalarna, SibeR och programleverantören Livanda genomfördes ***Lärandeworkshop ADHD*** under våren 2024. Bakgrunden är att SibeR noterat att behandlingsresultaten var låga med rätt många avhopp. Det blev två möten med viktigt erfarenhetsutbyte kring vårdprocesser och hur man ska kunna öka fullföljandegrad, samt funderingar kring hur programmet skulle kunna utvecklas.

IKBT inom BUP och första linjen Skåne – omorganisering till enheten Bup digital behandling

Marie Wedin
Enhetschef BUP Digital behandling

Tove Ahremark
Leg. psykolog, teamsamordnare

Sedan 2017 har Bup Skåne arbetat med implementering av IKBT och över hundra medarbetare har utbildats. På vissa mottagningar fungerade implementeringen väl, men de allra flesta som utbildades kom inte igång. Många behandlare rapporterade att de hade svårt att avsätta tid för IKBT inom sin befintliga tjänst och när drivande personer bytte arbetsplats var det ingen som tog över arbetet med IKBT, vilket gjorde det sårbart.

Hösten 2022 tog ledningen beslutet att organisera verksamhetens IKBT inom en regional verksamhet. Tjänsterna skapades inom ramen för befintliga resurser genom vakanser inom verksamheten. I mars 2023 startades den nya enheten Bup digital behandling Skåne, som under året gick från att vara 10 till 16 behandlare. Alla arbetar 50% med IKBT och resterande tid arbetar behandlarna med digitala gruppinsatser, inom forskningsprojekt och med digitalt utvecklingsarbete.

Bup Skåne omfattar både specialist- och primärvårdsnivå och Bup digital behandling tar emot patienter från hela regionen. Under 2023 erbjöds BIP:s ångestprogram och OCD-program och i undantagsfall Ångesthjälpen ung. Under 2024 implementerade vi det egenutvecklade programmet Lär dig sova bättre - ungdom där vi lagt fokus på åldersanpassning i design och vårdprocess.

I *Lär dig sova bättre – ungdom* förklaras grundtanken bakom sömn-restriktion med hjälp av text och bild.

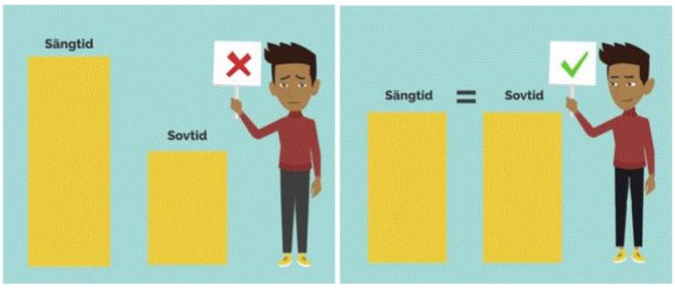


Bild 14. Sömnrestriktion går ut på att begränsa tiden i sängen till den du verkligen sover. Det som händer är att du bygger upp ett sömntryck som gör det lättare att somna.

Det har varit ett stort intresse för att anmäla patienter till IKBT och 2023 startades mer än tre gånger så många internetbehandlingar inom BUP Skåne jämfört med året innan. Under året implementerade vi också automatisk direktöverföring från specifika journalmallar för IKBT och kan på så sätt följa upp våra behandlingar och ledtider i SibeR.

Genom att internetbehandlingen har organiserats i ett regionalt team har tillgängligheten till behandling som bygger på evidens ökat för våra skånska ungdomar och behandlarnas upplevelse är att det har varit ett roligt och spännande år!

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. Under kvartal 4 2023 anslöt en pilotenhet inom primärvården, Skåne online, för att orientera sig inför ett bredare införande.

Västernorrland - komplement i vuxenpsykiatri

IKBT i psykiatrin

Västernorrland anslöt under 2019 med några vuxenpsykiatriska mottagningar där man bedriver IKBT som en kompletterande insats i utbudet.

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 psykiatrin registrerar manuellt. Man hör till SUSSA-gruppen och det finns förhoppningar om att övergången till Cosmic kommer leda till överföring från journal till SibeR och därmed öppna för anslutning även av primärvården.

Värmland – bred anslutning under 2023 och omorganisering kring Vårdcentral Värmland 2024

IKBT i primärvården

Värmland bedriver IKBT på vårdcentraler allt sedan införandet av Stöd- och behandlingsplattformen 2016. Man hade 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.

Under hela 2023 var det ett aktivt samarbete med SibeR för att ansluta primärvårdens IKBT till SibeR. För att underlätta dokumentation och uppföljning utvecklades journalmallar för IKBT i Cosmic. September 2023 medverkade SibeR i fortbildning för behandlare kring vårdprocess, diagnostik och skattningar för alla behandlare. Oktober 2023 anslöts alla enheter till SibeR med samordning från vårdcentral Värmland som är regionens digitala enhet.

Februari 2024 kunde man starta en central enhet för IKBT på Vårdcentral Värmland där behandlare från vårdcentraler arbetar minst 20% med IKBT och med videosamtal. Regionen vill öka invånarnas jämlika tillgång till psykologisk behandling och patienter kan boka videobesök via appen Vårdcentral Värmland för bedömning. Värmland har snabbt fått fin datakvalitet och lyckats med detta tack vare sin ledning och organisation.

IKBT för unga

För unga 13–17 år finns IKBT vid första linjen och på ungdomsmottagningar.

IKBT i psykiatrin

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

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 fortsatte under 2023–24.

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. Man registrerade också lite under 2023, men läget för framtiden är oklart.

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, men paus

IKBT i psykiatrin

Psykiatrin 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, men därefter bestämde man sig för att pausa processen.

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. Man deltog i SibeRs *Inspirationsdag* februari 2023.

Västerbotten – pausad anslutning

IKBT i psykiatrin

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.

Västmanland – pausad anslutning

IKBT i psykiatrin och primärvården

Dialog pågick kring förutsättningar för utveckling av kompletterande digital vård och anslutning till SibeR med ledningen för psykiatrins öppenvård, samt med ansvariga i primärvården. Man bedömde att man inte kunde ansluta under 2023

Registrerade behandlingar 2023

Antalet startade och registrerade behandlingar under 2023 visas i tabell 2 (program för vuxna) och tabell 3 (program för barn och unga), totalt 5 288 startade behandlingar som borde vara avslutade under året 2023.

Tabell 3. Antal registrerade behandlingsprogram för vuxna i diagnosgrupper och totalt under 2023 i SibeR för anslutna regioner och vårdgrenar

Region	Vårdgren	Saknas efter matning	Depression	Sömnstörning	Ångest- och orossyndrom	Stress syndrom	Magbesvär och IBS	ADHD	Alkoholbruks-syndrom	Hets ätning	Totalt
Dalarna	Primärvård	19	48	21	85	61	0	3	1	0	219
	Psykiatri	6	2	1	3	0	0	23	0	0	29
Norrbotten	Primärvård	3	1	0	2	4	0	0	0	0	7
Skåne	Psykiatri	20	5	1	19	0	0	24	0	0	49
Stockholm	Primärvård	25	27	19	11	12	0	0	0	0	69
	Psykiatri	48	276	229	837	0	59	0	58	246	1705
Uppsala	Primärvård	0	133	154	465	88	0	0	0	0	840
	Psykiatri	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Väster botten	Psykiatri	3	0	0	4	0	0	0	0	0	4
Väster norrland	Psykiatri	5	8	3	12	2	0	3	0	0	28
Västra Götaland	Primärvård	304	276	94	885	182	0	0	0	0	1437
	Psykiatri	4	5	6	21	3	0	0	0	0	35
Örebro	Psykiatri	0	133	0	107	0	0	0	0	0	240
Öster götland	Primärvård	3	3	1	3	4	0	0	0	0	11
Totalt	Totalt	441	918	529	2455	356	59	53	59	246	4675

*Saknas eftermätning= formuläret vid behandlingsavslut är inte registrerats i SibeR där det finns registrering vid behandlingsstart.

Tabell 4. Antal registrerade behandlingsprogram för barn och unga i diagnosgrupper och totalt under 2023 i SibeR för anslutna regioner och vårdgrenar

Region	Vårdgren	Saknade eftermatningar	Ångestsyndrom unga	Magbesvär och IBS unga	Social fobi unga	Tvångssyndrom unga	Totalt
Dalarna	Primärvård	1	4	0	0	0	4
Jämtland	BUP	7	20	0	18	0	38
Skåne	BUP	20	62	0	49	52	163
Stockholm	BUP	29	32	76	41	90	239
Uppsala	Primärvård	0	1	0	0	0	1
Västra Götaland	Primärvård	34	138	0	21	5	164
	BUP	0	0	0	0	4	4
Totalt	Totalt	91	257	76	129	151	613

Patienterna i SibeR

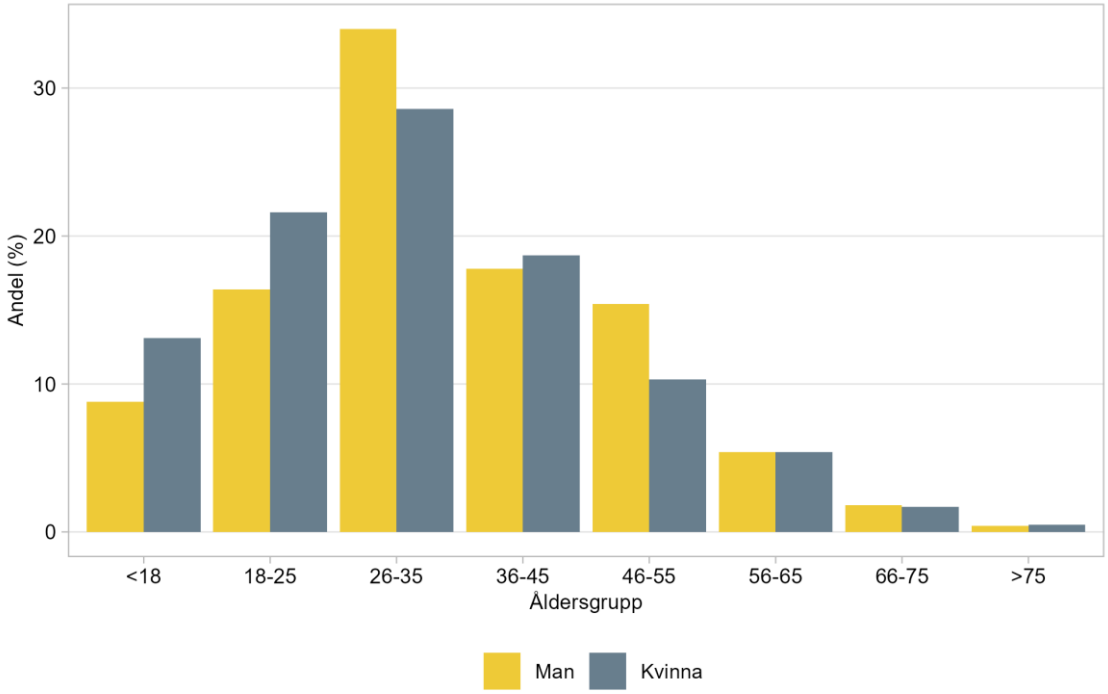
Kön och ålder

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 2023 var det 3,7 % av patienterna som hade gått i mer än en internetbehandling under året.

Majoriteten av behandlingar hade startats av kvinnor (69 %) och för bägge könen var största andelen patienter inom åldersgruppen 26–35 år. Medelåldern var 33 år (SD 14) och medianåldern var 31 år. Den yngsta var 6 år och den äldsta var 88 år. För köns- och åldersfördelning i regioner, vårdgrenar samt för indikationer och för program, hänvisas till den nya statistikvisningen på SibeRs hemsida.

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

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



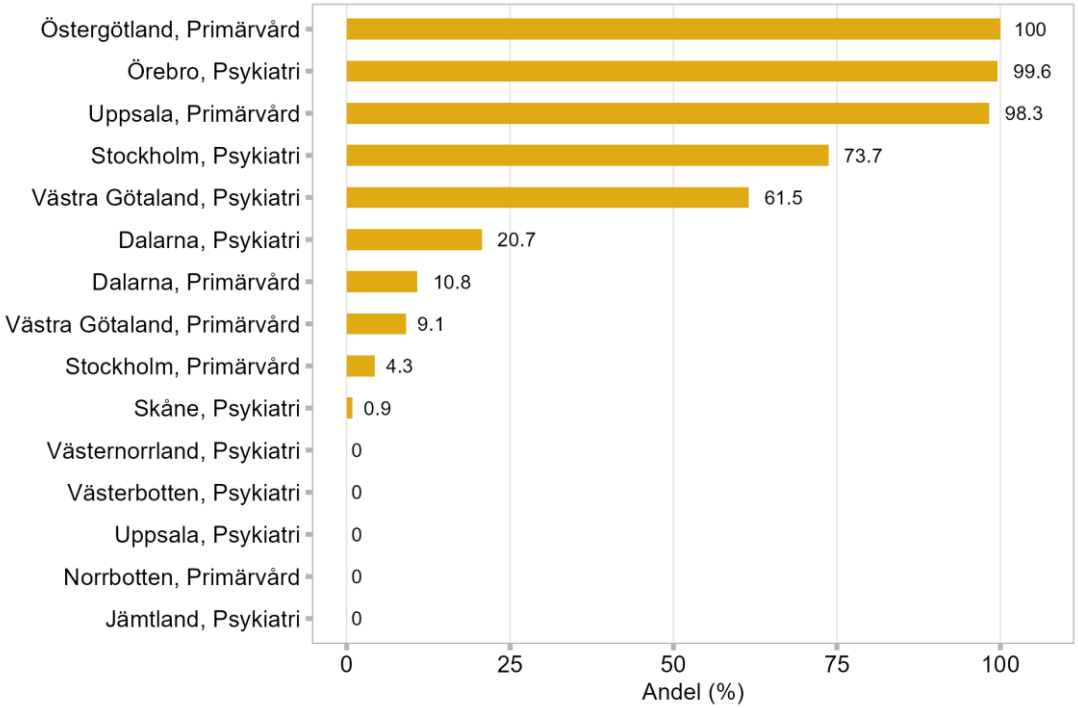
Figur 5. Andel startade behandlingar per åldersgrupp inom respektive kön 2023 (n=5 289; kvinnor: n= 3 635, män: n=1 654)

Alkoholbruk

Det är lämpligt att göra undersökning av alkohol- och droganvändning i samband med bedömning för psykologisk behandling. 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 av AUDIT vid bedömning är också en indikator som rekommenderas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångest.

Under 2023 var det stor variation mellan regioner och vårdgrenar i vilken omfattning man använt AUDIT, se figur 7. Örebro psykiatri/primärvård och Uppsala primärvård var ledande i att använda AUDIT vid bedömningen. Östergötland registrerade endast ett fåtal testpatienter.



Figur 6. Andelar behandlingar med självrapporterad alkoholkonsumtion enligt AUDIT i regioner och vårdgrenar, 2023

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.

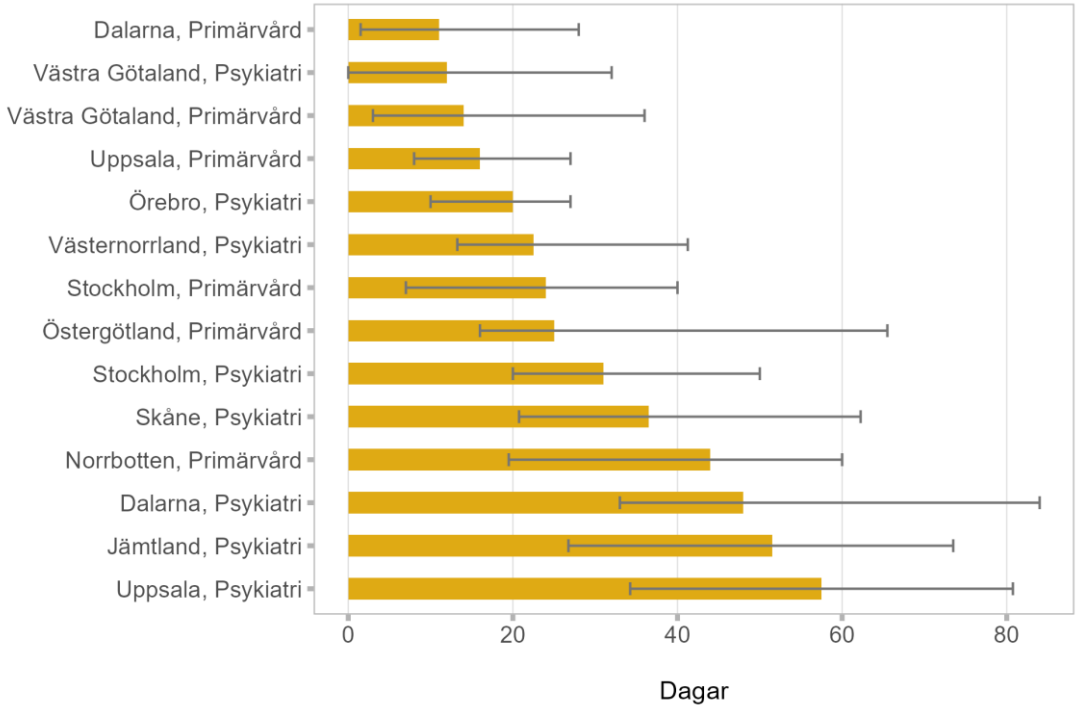
Med **vårdbegäran** avses här det datum då man fattade **beslut att patienten skulle få bedömning för ställningstagande till psykologisk behandling.** Vanligen sker det när patienter gör en egenanmälan eller när patienten accepteras på en väntelista för bedömning.

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 A2 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= 5 289) var det median 23 dagar från vårdbegäran till behandlingsstart, med 25 % som startat inom 10 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). Verksamheterna kan nu i detalj få en bild av sina le4dtider i den nya statistikvisningen under processmått/ledtider.



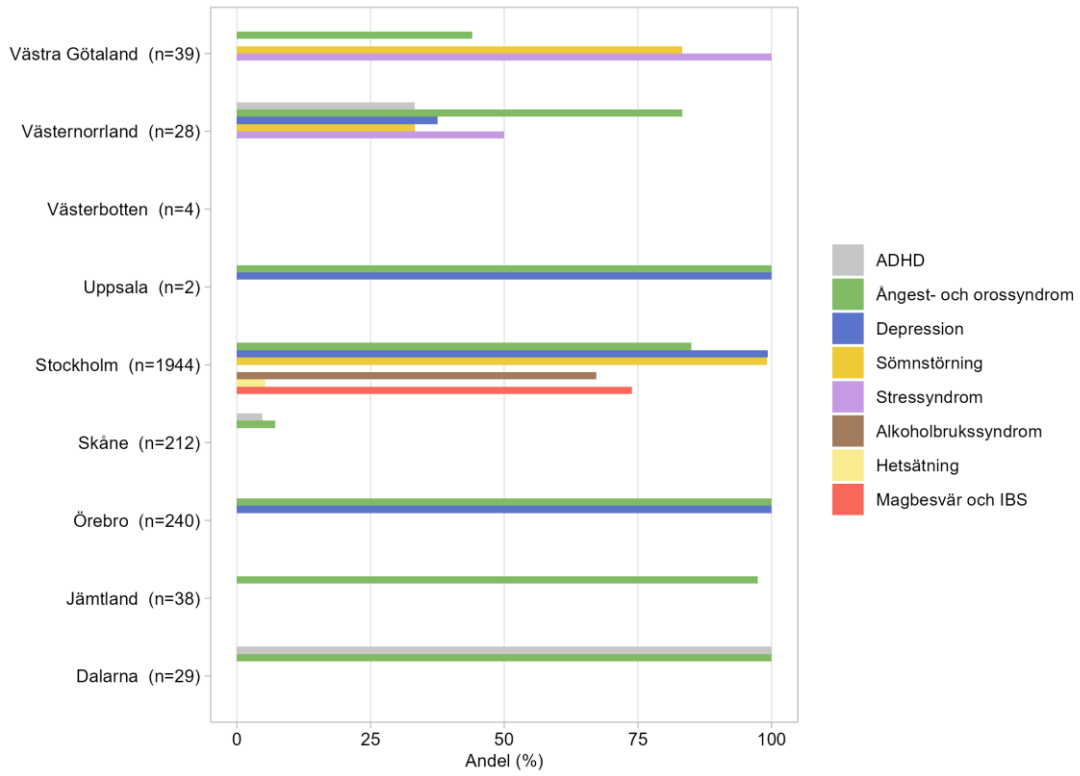
Figur 7. Median antal dagar med kvartiler mellan vårdbegäran för psykologisk behandling och behandlingsstart vid internetbehandling i regioner och vårdgrenar, 2023

Precision i diagnostik och urval

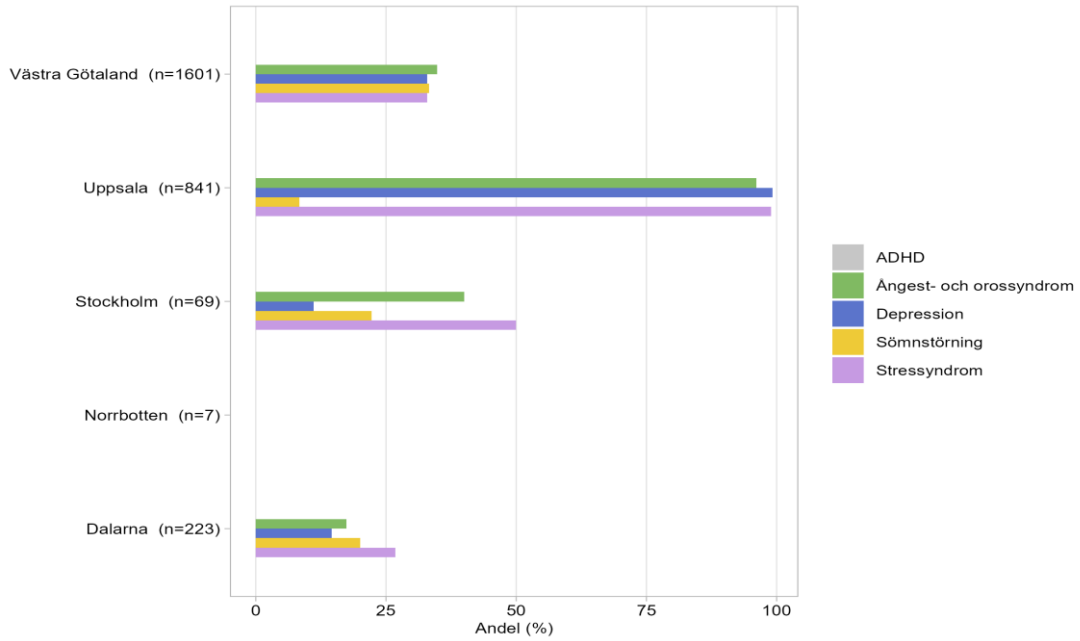
Behandlingsprogrammen grundas vanligen på specifika modeller för specifika tillstånd och diagnoser. Det medför att rätt diagnos är en förutsättning för att programmet ska kännas meningsfullt och vara verksamt för patienten. Andra program har bredare så kallad transdiagnostisk inriktning. Diagnostiken 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 8 och 9.



Figur 8. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i anslutning till beslut om internetbehandling i respektive diagnosgrupp och region, psykiatrin, 2023



Figur 9. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i anslutning till beslut om internetbehandling i respektive diagnosgrupp och region, primärvård, 2023

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 diagnostikstöd, troligen även utbildning i användning av detta för sina bedömningar.

Stöd i behandlingen

Ren eller blandad internetbehandling

Under 2023 fick majoriteten (60 procent) av patienterna enbart stöd i internetbehandling som textbaserad kommunikation via plattform (utan stöd i realtid dvs synkront stöd), se tabell 5. En stor andel (31 %) hade fått kompletterande stöd via telefonsamtal samt 13 % stöd vid fysiska möten och 13% med videosamtal.

Den totala andelen som fått stöd via videosamtal ökade påtagligt under och efter pandemin. De senaste åren har de legat kring 12–13 %. Andelar som får stöd via fysiska möten har också ökat från 5 % år 2020 till cirka 12–13 % i nuläget.

Vi ser att det är vanligt med kompletterande stöd via telefon för en tredjedel till hälften av behandlingarna. Region Dalarna har påtagligt högre andel med stöd via video (grund i deras Min Vård) men även vad gäller fysiska besök i primärvården. BUP Jämtland har telefonsamtal rutinmässigt en bit in i behandlingarna.

Tabell 5. Andelar internetbehandlingar utan kompletterande stöd i realtid och med realtidsstöd (synkront) i form av telefonkontakt, fysiska besök och videobesök, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Utan synkront stöd	Stöd via telefon	Stöd via fysiskt besök	Stöd via videobesök
Dalarna	Primärvård	223	20	18.7% (n=38)	29.1% (n=59)	**55.7% (n=113)**	**55.7% (n=113)**
	Psykiatri	29	6	95.7% (n=22)	4.3% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Jämtland	Psykiatri	38	7	0.0% (n=0)	**93.5% (n=29)**	6.5% (n=2)	6.5% (n=2)
Norrbotten	Primärvård	7	3	100.0% (n=4)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Skåne	Psykiatri	212	40	91.9% (n=158)	3.5% (n=6)	6.4% (n=11)	6.4% (n=11)
Stockholm	Primärvård	69	25	90.9% (n=40)	4.5% (n=2)	6.8% (n=3)	6.8% (n=3)
	Psykiatri	1944	77	64.2% (n=1198)	**29.5% (n=550)**	8.7% (n=163)	8.7% (n=163)
Uppsala	Primärvård	841	0	73.1% (n=615)	**24.7% (n=208)**	3.1% (n=26)	3.1% (n=26)
	Psykiatri	2	1	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)	100.0% (n=1)	100.0% (n=1)
Västerbotten	Psykiatri	4	3	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	28	5	56.5% (n=13)	**43.5% (n=10)**	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	1601	338	48.1% (n=608)	**39.7% (n=501)**	21.9% (n=276)	21.9% (n=276)
	Psykiatri	39	4	42.9% (n=15)	**42.9% (n=15)**	20.0% (n=7)	20.0% (n=7)
Örebro	Psykiatri	240	0	54.6% (n=131)	**45.4% (n=109)**	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	11	3	62.5% (n=5)	**37.5% (n=3)**	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	5289	533	59.9% (n=2847)	31.4% (n=1495)	12.7% (n=602)	12.7% (n=602)

Behandlarens profession

För att få bedriva behandling med IKBT brukar krävas grundläggande utbildning i KBT. Under 2023 var psykolog generellt det vanligaste yrket att bedriva internetbehandling (71 jämfört med 66 procent föregående år), näst vanligast var kurator (7 jämfört med 9 procent föregående år). För 14 procent av behandlingarna saknades uppgift, högre i vissa regioner.

Tabell 6. Behandlarens yrke vid internetbehandling i regioner och vårdgrenar, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Psykolog	Kurator / Socionom	Sjuksköterska	Fysioterapeut	Arbets-terapeut	Mentalskötare	Behandlingsassistent	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	223	37.7% (n=84)	17.5% (n=39)	15.2% (n=34)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	17.9% (n=40)	11.7% (n=26)
Dalarna	Psykiatri	29	3.4% (n=1)	0% (n=0)	75.9% (n=22)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	20.7% (n=6)
Jämtland	Psykiatri	38	81.6% (n=31)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	18.4% (n=7)
Norrbotten	Primärvård	7	0% (n=0)	0% (n=0)	42.9% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	57.1% (n=4)
Örebro	Psykiatri	240	72.1% (n=173)	20.8% (n=50)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	7.1% (n=17)	0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	11	63.6% (n=7)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	36.4% (n=4)
Skåne	Psykiatri	212	65.1% (n=138)	9.9% (n=21)	6.1% (n=13)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	18.9% (n=40)
Stockholm	Primärvård	69	60.9% (n=42)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	39.1% (n=27)
Stockholm	Psykiatri	1944	87.9% (n=1708)	0.3% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.1% (n=2)	5.3% (n=103)	6.5% (n=126)
Uppsala	Primärvård	841	97.7% (n=822)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	2.1% (n=18)	0.1% (n=1)
Uppsala	Psykiatri	2	50% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	50% (n=1)
Västerbotten	Psykiatri	4	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	25% (n=1)	0% (n=0)	75% (n=3)
Västernorrland	Psykiatri	28	82.1% (n=23)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	17.9% (n=5)
Västra Götaland	Primärvård	1601	45.5% (n=728)	17% (n=272)	6.6% (n=105)	0% (n=0)	1.9% (n=30)	0% (n=0)	0% (n=0)	29.1% (n=466)
Västra Götaland	Psykiatri	39	74.4% (n=29)	12.8% (n=5)	2.6% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	10.3% (n=4)
Totalt	Totalt	5289	71.6% (n=3787)	7.4% (n=392)	3.4% (n=178)	0% (n=0)	0.6% (n=30)	0.1% (n=3)	3.4% (n=178)	13.6% (n=721)

Ångestsyndrom hos unga

IKBT för barn och unga

Internetförmedlad 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 (pilot), Skåne 2021 och Jämtland 2022. Under 2022 registrerades tillräckligt många behandlingar för tvångssyndrom (OCD) och social fobi så sedan dess har vi kunnat bryta ut dessa indikationer från den breda gruppen ångestsyndrom.

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 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 genomförde SibeR 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 viktig 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 2023 registrerades 257 behandlingar för indikationer inom gruppen ångestsyndrom unga, en ökning med 75 jämfört med 2022. Behandlingar för socialt ångestsyndrom och tvångssyndrom redovisas separat. Största andelen var från VGR. Fördelning för olika indikationsdiagnoser i regionerna visas i tabell 7. Ospecificerade ångesttillstånd dominerar.

Tabell 7. Indikationsdiagnoser i respektive region vid behandling ångestsyndrom unga, 2023

Region	Vårdgren	Star-tade	Depression (F32, 32.9)	F40.2.Specifik fobi	F41.0.Panik-syndrom	F41.1.GAD
Dalarna	Primärvård	4				
Jämtland	BUP	20		30.0% (n=6)	15.6% (n=3)	0.0% (n=0)
Skåne	BUP	62		9.7% (n=10)	8.0% (n=5)	7.0% (n=3)
Stockholm	BUP	32		21.9% (n=7)	18.8% (n=6)	29.8% (n=14)
Uppsala	Primärvård	1				
Västra Götaland	Primärvård	138	2.9 % (n=4)	1.4% (n=2)	6.1% (n=5)	5.1% (n=7)
Totalt	Totalt	257	1.6 %¨(n=4)	8.2% (n=21)	8.2% (n=15)	13.2% (n=24)

Tabellen fortsätter

Region	Vårdgren	Star-tade	Ångesttillstånd (F41.3, 41.8, 41.9)	F45.2.Hypo-kondri	F93.0.Separations-ångest
Dalarna	Primärvård	4	100.0% (4)		
Jämtland	BUP	20	15.1 % (n=3)	5.0% (n=1)	20.9% (n=4)
Skåne	BUP	62	56.4 % (n=35)		6.5% (n=4)
Stockholm	BUP	32	21.9 % (n=7)	32.1% (n=1)	12.5% (n=4)
Uppsala	Primärvård	1	100,0 % (n=1)		
Västra Götaland	Primärvård	138	87.7 % (n=121)		
Totalt	Totalt	257	63.8 % (n=164)	0.8% (n=2)	4.7% (n=12)

Program

Man behandlade med program för ångestbehandling enligt tabell 8. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram. Alla program nedan är för tonåringar, utom ANGBIP som är för barn. Programmen har parallella program för föräldrar/vårdnadshavare.

Tabell 8. Behandlingsprogram, ångesttillstånd unga, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	ANGLIV	ANGUNG	ANGBIP	AN2BIP
Dalarna	Primärvård	4	100.0 (n=4)			
Jämtland	BUP	20			55.0% (n=11)	45.0% (n=9)
Skåne	BUP	62		11.3% (n=7)	35.5% (n=22)	53.2% (n=33)
Stockholm	BUP	32			34.4% (n=11)	65.6% (n=21)
Uppsala	Primärvård	1		100.0% (n=1)		
Västra Götaland	Primärvård	138		100.0% (n=138)		
Totalt	Totalt	257		56.8% (n=146)	17.1% (n=44)	24.5% (n=63)

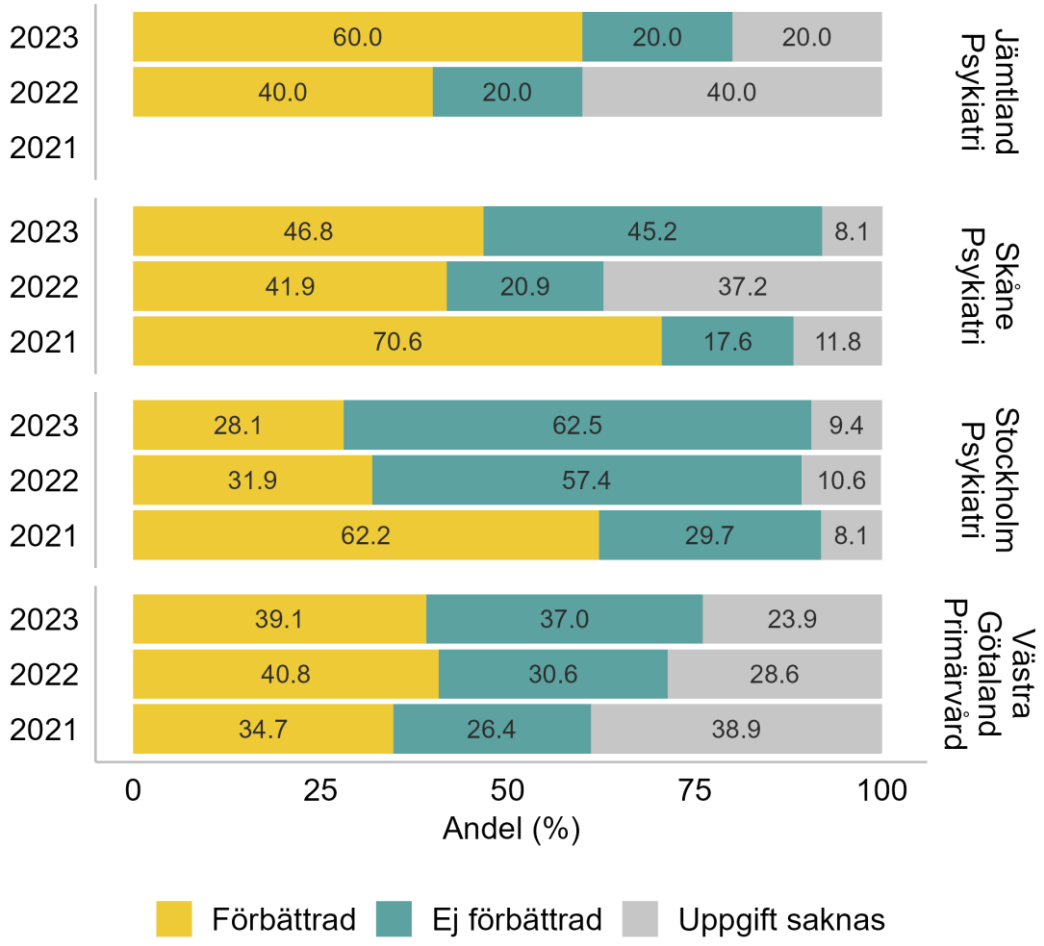
Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av felkällor. I samband med start av överföring från journal i Skåne kunde inte samsjuklighet dokumenteras, och uppgifter saknades till viss del i VGR. Andelar patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos verkar vara högst i Stockholm. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A3 i appendix.

Behandlingseffekter

Vi redovisar behandlingseffekter för behandling av ångestsyndrom hos unga med grafen i figur 10 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 A4 visas behandlingsresultat i form av effektstorlekar (standardiserad medelvärdeskillnad) av RCADS-C dvs symtomförändring skattat av den unge.



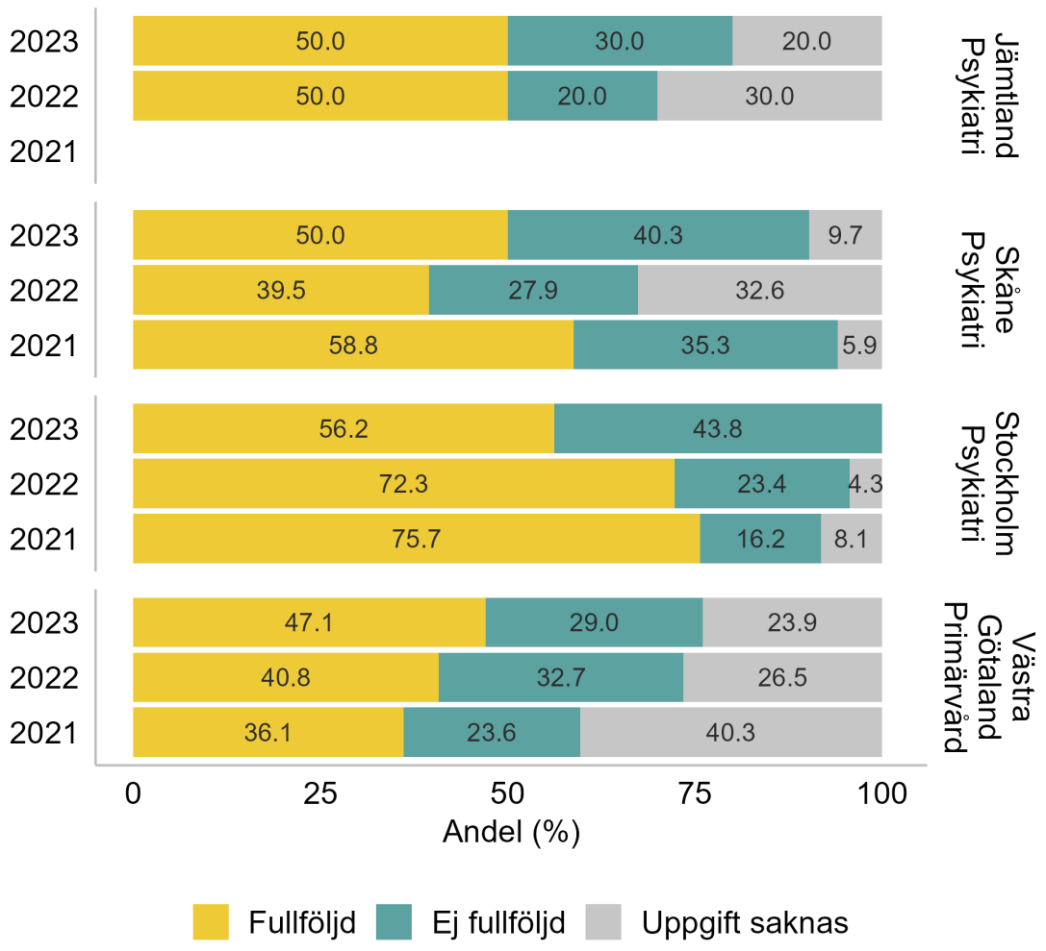
Figur 10. Behandlingsresultat för ångestsyndrom unga mätt med behandlarens bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2021–2023

Fullföljande

Överenskommen behandlingslängd

Med överenskommen behandlingslängd 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 behandlingslängd vid behandling ångestsyndrom hos unga visas i figur 11. Vi ser att i snitt cirka hälften av patienterna fullföljde behandlingstiden, men lite skillnader mellan regionerna.



Figur 11. Andel behandlingar för ångestsyndrom hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid eller hoppade av, 2021–2023

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 2023 så användes KIDSCREEN-10 i alla regionerna, men det var en mindre andel behandlingarna som hade för- och eftermätning med KIDSCREEN-10, se tabell A5 i appendix.

Reflektion över resultaten för ångestsyndrom unga i regionerna

BUP Jämtland och **BUP Skåne** har utvecklats väl i sina rutiner så att de har högre täcknings- och rapporteringsgrad. Skåne har genomfört en intressant organisationsförändring. Bägge har regionuppdrag för både första linjen och specialiserad BUP och kan därför arbeta brett och samordnat.

Första linjen i VGR har också förbättrat täcknings- och rapporteringsgrad. Det är bra jobbat, men vore önskvärt att man kom ännu lite längre med att behandlarna dokumenterade avslut för alla behandlingar i journalerna.

Behandlingsresultaten är bäst i Jämtland och Skåne, och sämre i **BUP Stockholm** fastän man använder samma program. Skillnaden uppfattas bero på att Stockholm inte längre kan ta första linjens patienter. I alla regioner ser vi att ungefär hälften fullföljer behandlingstiden, dvs att ungefär hälften hoppar av i förtid. Skillnaderna i behandlingsresultat kan alltså inte förklaras med avhopp. För **Region Stockholm** vore det angeläget att se över hur man kan organisera första linjens vård för unga och så att man inte tappar initiativet i den utveckling av digital vård som man haft tidigare.

När det kommer till rapporteringsgrad av patientens skattningar med RCADS-47 och KIDSCREEN-10 så är det högst hälften av behandlingarna där man lyckats få in eftermätningar (se appendix). KIDSCREEN-10, ett livskvalitetmått, verkar dessutom inte vara så känsligt för förändring på kort tid. **SibeR** behöver fortsatt se över mer funktionella sätt att mäta unga och deras närståendes upplevelser av mående och förändring samt andra aspekter som är viktiga för dem.

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.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och diagnoser

Under 2023 registrerades 129 behandlingar för indikationen social fobi hos unga, varav 49 i Stockholm, 21 i VGR, 41 i Skåne och 18 i Jämtland.

Program

Idag är inget av de behandlingsprogram som används för unga i reguljär vård specifikt inriktade på social fobi. För årsrapporterna 2022 och 2023 har vi kunnat bryta ut diagnosgruppen F40.1 Social fobi från Ångestsyndrom för att särskilt undersöka behandlingseffekterna i denna grupp. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram, men ANG2BIP är ångestprogrammet för tonåringar och ANGBIP för barn.

Tabell 9. Behandlingsprogram som användes för behandling av social ångest hos unga, 2023

Region	Vårdgren	Antal behandling	ANGUNG	ANGBIP	AN2BIP
Jämtland	BUP	18		5.6% (n=1)	94.4% (n=17)
Skåne	BUP	49	2.0% (n=1)	12.2% (n=6)	81.6% (n=40)
Stockholm	BUP	41		9.8% (n=4)	90.2% (n=37)
Västra Götaland	Primärvård	21	100.0% (n=21)		
Totalt	Totalt	129	17.1% (n=22)	8.5% (n=11)	72.9% (n=94)

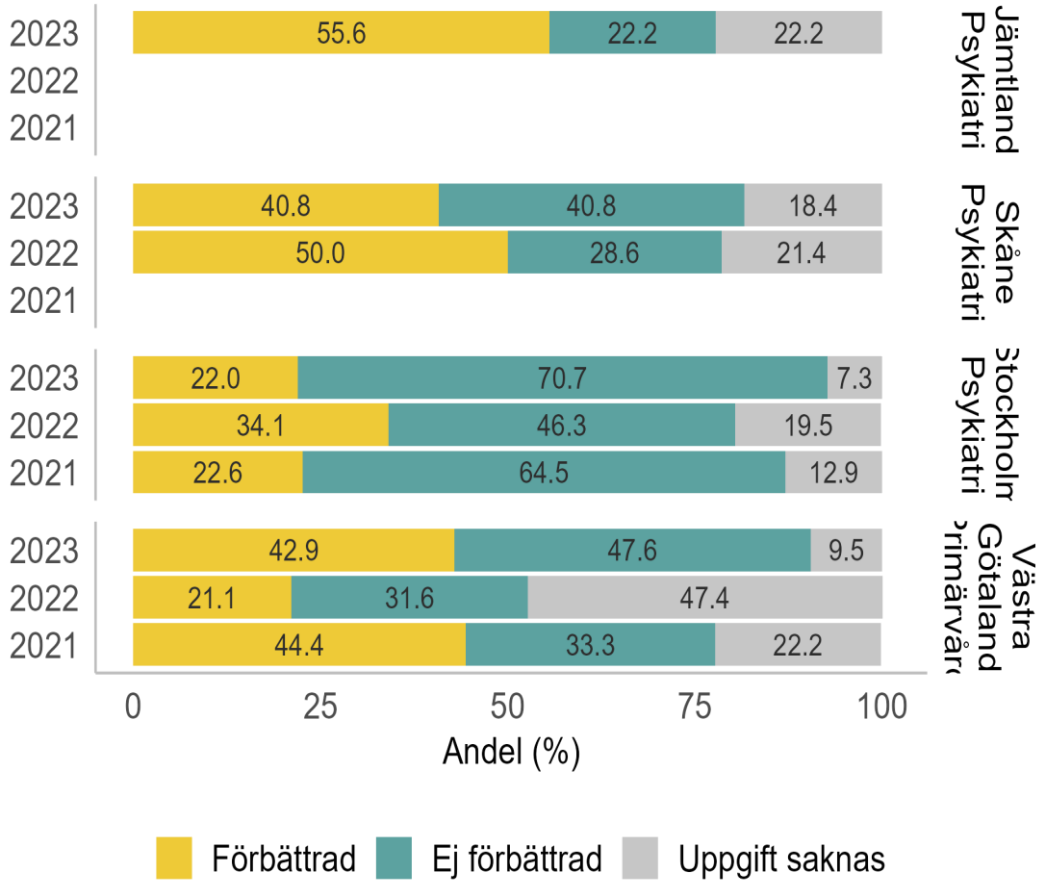
Samsjuklighet

Andelar patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos varierade stort från endast 6 procent i Skåne till cirka 50 procent i Jämtland och Stockholm. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A6 i appendix.

Behandlingseffekter

Vi redovisar behandlingseffekter för behandling av social fobi hos unga med grafen i figur 12 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 behandlingseffekt.

I appendix Tabell A7 visas behandlingsresultat i form av effektstorlekar (standardiserad medelvärdeskillnad) av RCADS dvs symtomförändring skattat av den unge. I Jämtland var patientskattad effekt på symtom hög vilket stämmer väl med behandlarnas bedömning.

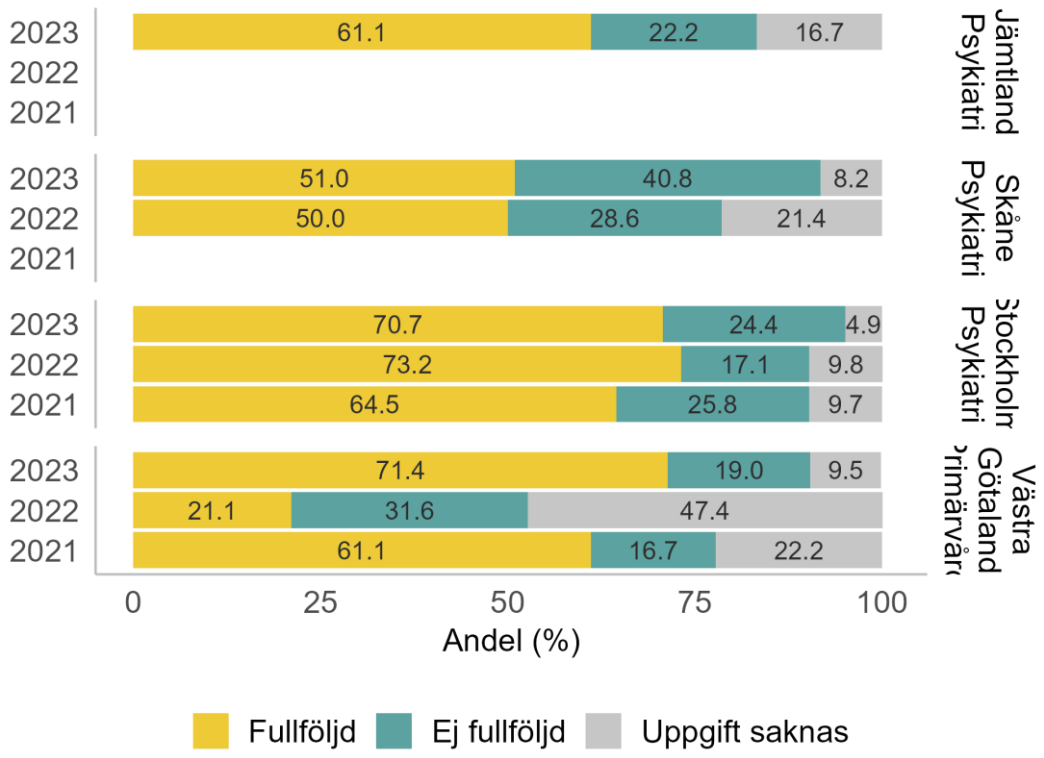


Figur 12. Behandlingsresultat för social fobi hos unga mätt med behandlarens bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2023

Fullföljande

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling av social fobi hos unga visas i figur 13.



Figur 13. Andel behandlingar för social fobi hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

i majoriteten av behandlingar fanns inte skattning av livskvalitet före och efter behandling För värden av KIDSCREEN-10, se tabell A8 i appendix.

Reflektion över resultaten för social fobi unga i regionerna

Täcknings- och rapporteringsgrad är rätt god i alla regionerna. Behandlingseffekter är också rätt goda i regionerna med särskilt goda effekter i Jämtland. Stockholm har lägre effekter, trots att man där har högsta andelen som fullföljer behandlingstiden. Troligtvis är det samma faktorer som påverkar som för övriga ångesttillstånd, dvs att Stockholm har en annan mer tungt belastad patientgrupp.

Inget av programmen är specifikt utformat för social fobi. På SibeRs inspirationsdag februari 2023 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 våd 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. Behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) hjälper en majoritet av unga som söker hjälp men utbudet av terapeuter motsvarar idag inte efterfrågan

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.

Behandlingsprogrammet infördes i reguljär vård under 2022. Först på enheten BUP Internetbehandling, sedan specialmottagningen BUP OCD-mottagning i Stockholm och inom BUP Skåne. Under 2023 har det även implementerats på BUP Specialmottagning i VGR.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och diagnoser

Under 2023 registrerades 159 behandlingar för indikationen tvångssyndrom hos unga, varav 90 i Stockholm, 52 i Skåne och 9 i VGR. Det var en ökning med 92 behandlingar jämfört med 2022.

Program

Tabell 10 visar vilka behandlingsprogram som användes. OC2BIP är programmet för tonåringar och OCDBIP för barn. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Tabell 10. Behandlingsprogram i respektive region vid behandling tvångssyndrom unga, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	ANGUNG	OC2BIP	OCDBIP
Skåne	Psykiatri	52		61.5% (n=32)	38.5% (n=20)
Stockholm	Psykiatri	90		65.6% (n=59)	34.4% (n=31)
Västra Götaland	Primärvård	5	100.0% (n=5)		
Västra Götaland	Psykiatri	4			100.0% (n=4)
Totalt	Totalt	151	3.3% (n=5)	60.3% (n=91)	36.4% (n=55)

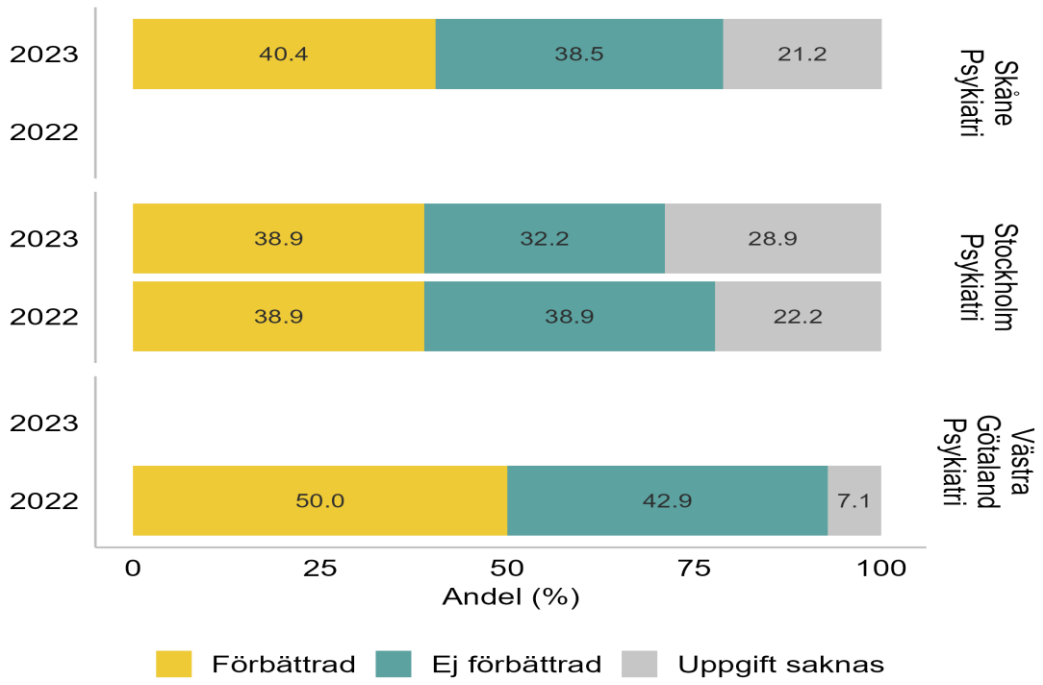
Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades till viss del i alla regioner. Andelar patienter med samsjuklig diagnos var lägst i Skåne 7 %, totalt var snittet cirka 20 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A9 i appendix.

Behandlingseffekter

Vi redovisar behandlingseffekter för behandling av OCD hos unga med grafen i figur 14 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 A10 visas behandlingsresultat i form av effektstorlekar (standardiserad medelvärdeskillnad) av OCI-CV dvs symtomförändring skattat av den unge.

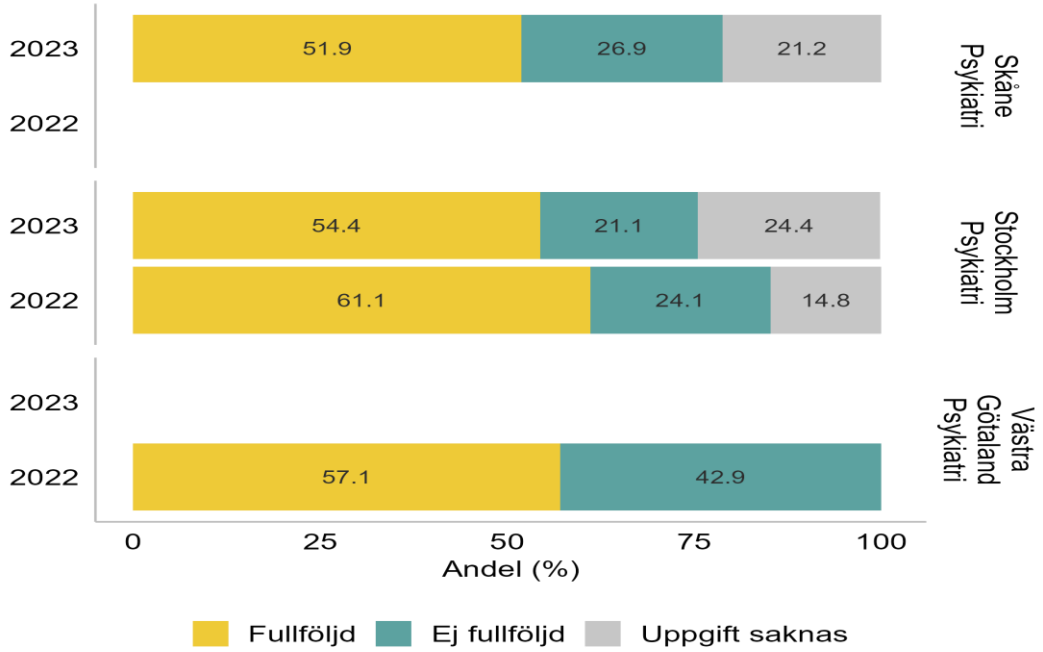


Figur 14. Behandlingsresultat för OCD hos unga mätt med behandlarens bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2023

Fullföljande

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling av tvångssyndrom hos unga visas i figur 15.



Figur 15. Andel behandlingar för tvångssyndrom hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Under 2023 så skattade cirka hälften av patienterna KIDSCREEN-10 före och efter behandling. För värden, se tabell A11 i appendix.

Reflektion över resultaten för OCD unga i regionerna

Täckningsgraden var bra i **BUP Skåne** och **BUP Stockholm** men rapporteringsgraden vad gäller behandlingsresultat skulle behövt vara lite bättre. Täckningsgraden för **BUP VGR** var så låg att resultaten är svåra att redovisa.

Drygt 50 % fullföljde behandlingstiden och cirka 40 % var förbättrade enligt behandlarens skattning. Behandlingseffekt mätt med patientens skattning med OCI-CV var medelhög. Resultaten ser lovande ut för unga som genomfört behandlingen men man når inte riktigt upp till resultaten som man sett i studier. Det är önskvärt att alla behandlingar registreras och med eftermätningar samt att analysera orsaker till avhopp.

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 2023 registrerades 76 behandlingar för magbesvär hos unga, alla på BUP Internetbehandling i Stockholm. Det var en ökning med 25 från 2022. Fördelning av diagnoser visas i tabell 11.

Tabell 11. Indikationsdiagnoser vid behandling magbesvär unga, 2023

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 spec.funktionella tarmrubbningar
Stockholm	Psykiatri	76	9.2% (n=7)	15.8% (n=12)	31.6% (n=24)	38.2% (n=29)
Totalt	Totalt	76	9.2% (n=7)	15.8% (n=12)	31.6% (n=24)	38.2% (n=29)

Program

Programmen som användes återfinns i tabell 12. Se SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Tabell 12. Behandlingsprogram vid behandling magbesvär unga, 2023

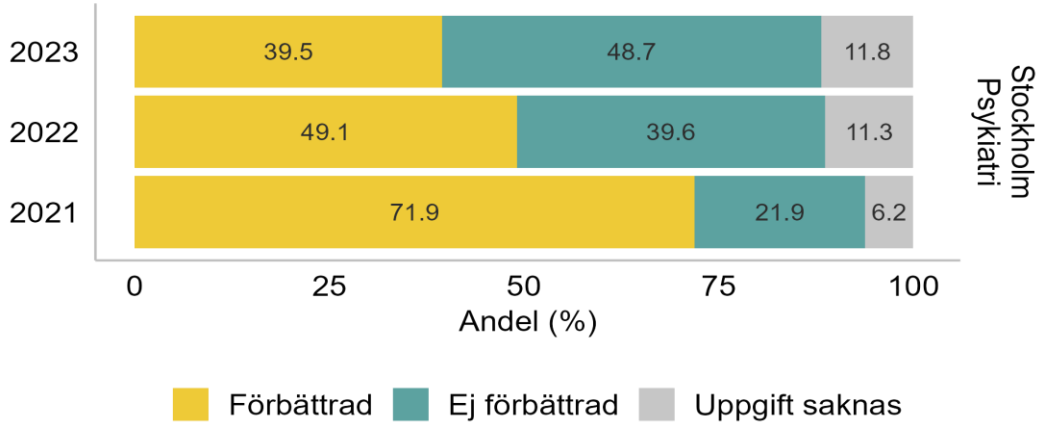
Region	Vårdgren	Startade behandlingar	MAGBIP	FAPBIP	IBSBIP
Stockholm	Psykiatri	76	43.4% (n=33)	21.1% (n=16)	35.5% (n=27)
Totalt	Totalt	76	43.4% (n=33)	21.1% (n=16)	35.5% (n=27)

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 A12 i appendix.

Behandlingseffekter

Vi redovisar behandlingseffekter för unga med grafen i figur 16 med *behandlarens bedömning* av andelar förbättrade. I tabell A13 i appendix finns behandlingsresultat i form av effektstorlekar av PedsQoL Gastro dvs symtomförändring skattat av den unge, och i tabell A14 det kompletterande måttet BRQ-C som visar beteendeförändring. Måtten beskrivs också i appendix. För 2023 ser vi låg effekt mätt med PedsQoL och medelhög effekt mätt med BRQ-C av behandlingarna.

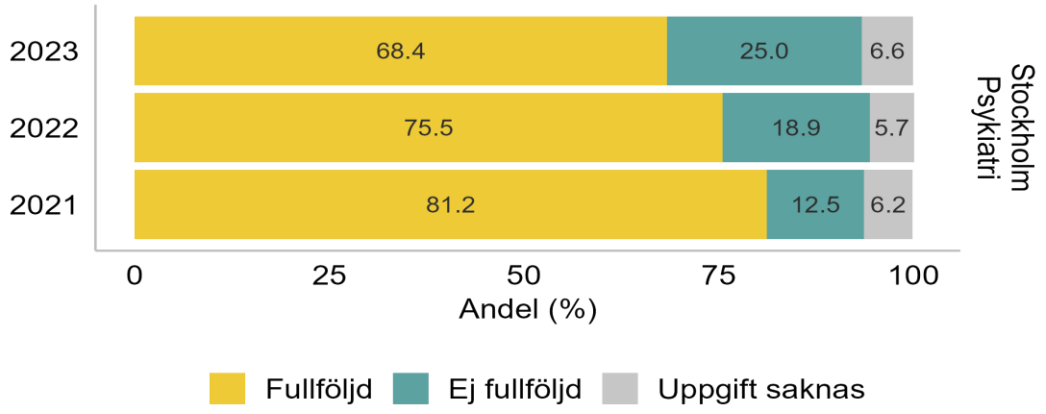


Figur 16. Behandlingsresultat för magbesvär hos barn mätt med behandlarens bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2021–2023

Fullföljande

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för magbesvär hos unga visas i figur 17. Vi ser lägre andel som fullföljer behandlingstiden under 2023.



Figur 17. Andel behandlingar för magbesvär hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2021–2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

För KIDSCREEN-10 före och efter behandling, se tabell A15 i appendix.

Reflektion över resultaten för funktionella magbesvär

Det är tredje året som behandlingsresultat för funktionella magtarmbesvär hos barn och unga redovisas i SibeR. Vi ser en trend mot lägre effekter och orsaker till det bör undersökas lokalt.

Diagnosgrupp ADHD hos vuxna

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.

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

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

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och diagnoser

Under 2023 registrerades 53 behandlingar i SibeR vilket var 23 fler än 2022. Fördelning av diagnoser i regionerna visas i tabell 13.

Tabell 13. Indikationsdiagnoser i respektive region vid behandling ADHD, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F90.0B. ADHD	F90.0C. ADD	F90.0X.Aktivitets..och. uppmärksamhetsstörning.UNS
Dalarna	Primärvård	3	33.3% (n=1)	0.0% (n=0)	66.7% (n=2)
Dalarna	Psykiatri	23	65.2% (n=15)	34.8% (n=8)	0.0% (n=0)
Skåne	Psykiatri	24	70.8% (n=17)	29.2% (n=7)	0.0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	3	100.0% (n=3)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	53	67.9% (n=36)	28.3% (n=15)	3.8% (n=2)

Program

Alla hade använt Livandas internethjälpen vid ADHD. Programmet finns beskrivna på SibeRs websida.

Samsjuklighet

Cirka hälften av patienterna hade någon samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera redovisas i tabell A16 i appendix.

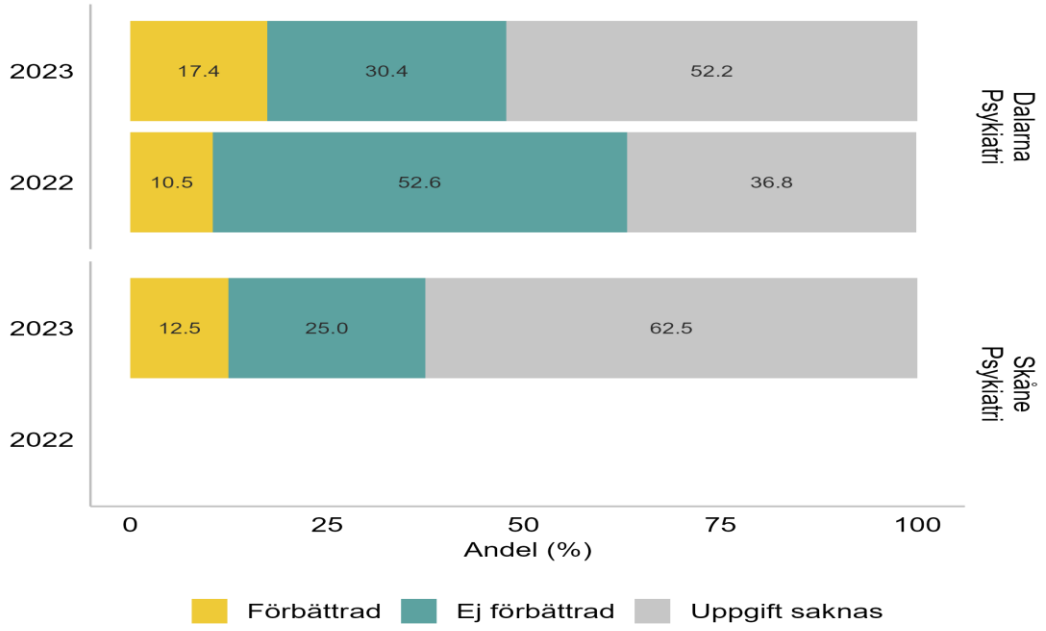
Behandlingseffekter

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. Efter analys av utfall beslöt styrgruppen under året att ändra kriteriet för förbättring till ≥ 20 % ökning av AAQoL.

Många behandlingar saknade eftermätning och det var låg andel förbättrade. Resultat visas i figur 18 och effektstorlekar visas i tabell A17 i appendix.

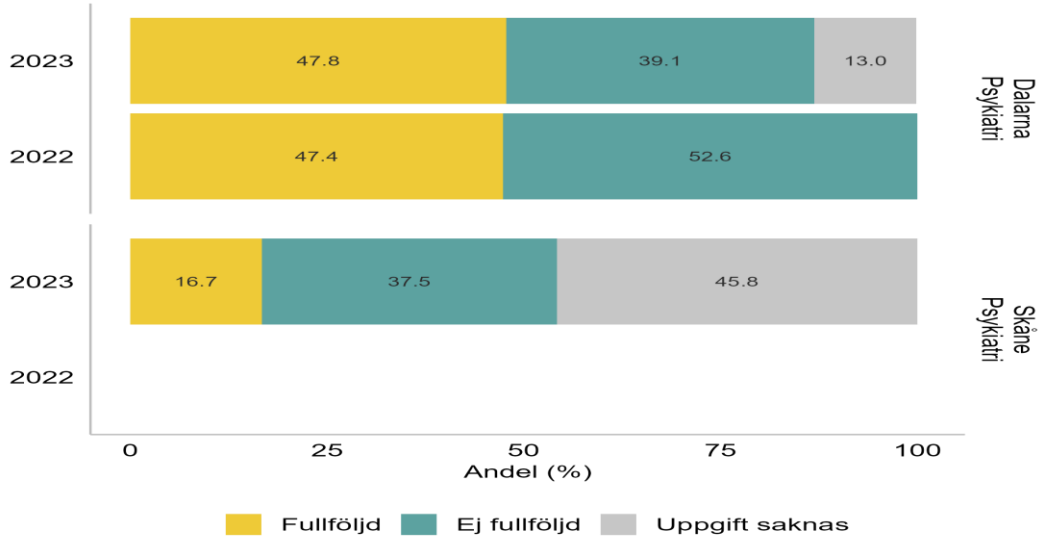


Figur 18. Behandlingsresultat vid behandling av ADHD mätt med AAQoL, 2022–23

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd visas i figur 19 om det finns minst 10 behandlingar. Uppgifter saknades för hälften av behandlingarna i Skåne. För hälften av behandlingarna i Dalarna hade patienterna hoppat av i förtid.



Figur 19. Andel behandlingar för ADHD hos vuxna där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2022–23

Reflektion över resultaten för ADHD hos vuxna

Internetförmedlad 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.

Under 2023 noterade vi att behandlingsresultaten var rätt låga i både **Dalarna** och **Skåne** med många patienter som inte fullföljde behandlingen. SibeR arrangerade därför ***Lärande workshop ADHD*** med deltagare från Skåne, Dalarna och Stockholm samt programleverantören Livanda och SibeR. Det blev två möten med viktigt erfarenhetsutbyte kring vårdprocesser och hur man ska kunna öka fullföljandegrad. Även funderingar kring hur program och vårdprocesser skulle kunna utvecklas samt hur uppföljningen kan underlättas.

Diagnosgrupp Alkoholbrukssyndrom vuxna

Det finns flera diagnoser som beskriver ett problematiskt alkoholbruk och dess konsekvenser. Vanligen används diagnoserna skadligt bruk och beroendesyndrom (ICD-10) samt alkoholbrukssyndrom (DSM-5). Skadligt bruk av alkohol innebär ett dryckesmönster som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk. Ett beroende av alkohol inkluderar kontrollförlust, somatisk tillvänjning och fortsatt intag trots allvarliga konsekvenser.

Cirka 780 000 personer i Sverige uppfyller kriterier för skadligt bruk eller beroende av alkohol. Omkring 330 000 personer har ett alkoholberoende och cirka 2 000 personer dör årligen i Sverige till följd av alkohol. Socialstyrelsen publicerade hösten 2023 nya gränsvärden kring när vården bör erbjuda stöd till personer med riskbruk av alkohol. Gränsen för vad som räknas som ett riskbruk för män sänktes till 10 standardglas eller mer per vecka. Gränsen för kvinnor ligger kvar på samma nivå som tidigare, också 10 standardglas. De nya riskbruksgränserna ingår som en del i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Det finns alltså ett stort behov av att utveckla tillgängliga metoder för att stödja minskad alkoholkonsumtion.

Alkoholbrukssyndrom inkluderades som indikation i SibeR 2022 men först 2023 började behandlingar registreras från eStödsenheten i Stockholm. Som utfallsmått för alkoholbrukssyndrom används självskattad total alkoholkonsumtion senaste sju dagarna, mätt med Timeline Follow-Back-metoden (TLFB; Sobell et al, 2003). TLFB-metoden rekommenderas av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, av Vård- och insatsprogram för missbruk och beroende samt Nationell arbetsgrupp för skadligt bruk och beroende samt Beroendecentrum Stockholm.

TLFB användes som primärt mått i en kontrollerad studie där internetbehandling jämfördes med ansikte-mot-ansikte-behandling för alkoholbrukssyndrom (Johansson, M., Sinadinovic, K., Gajecki, M., Lindner, P., Berman, A. H., Hermansson, U., & Andréasson, S. Internet-based therapy versus face-to-face therapy for alcohol use disorder, a randomized controlled non-inferiority trial. Addiction 2021:116(5); 1088-1100). Här minskade den genomsnittliga konsumtionen från cirka 24 till 12 standardglas per vecka.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Det var 59 behandlingar som registrerades under 2023 för alkoholbrukssyndrom. Av dessa hade 58 behandlats med eStödsenhetens alkoholprogram och en behandling med Min vårds alkoholprogram i Dalarna.

Diagnoser

I Dalarna var diagnosen F10.1 Skadligt bruk av alkohol. På eStödsenheten i Stockholm var diagnoserna F10.1 Skadligt bruk (44,8 %, n=26), F10.2 Alkoholberoende (43,1%, n=25) och F10.9 Andra störningar orsakade av alkohol (12,1 %, n=7)

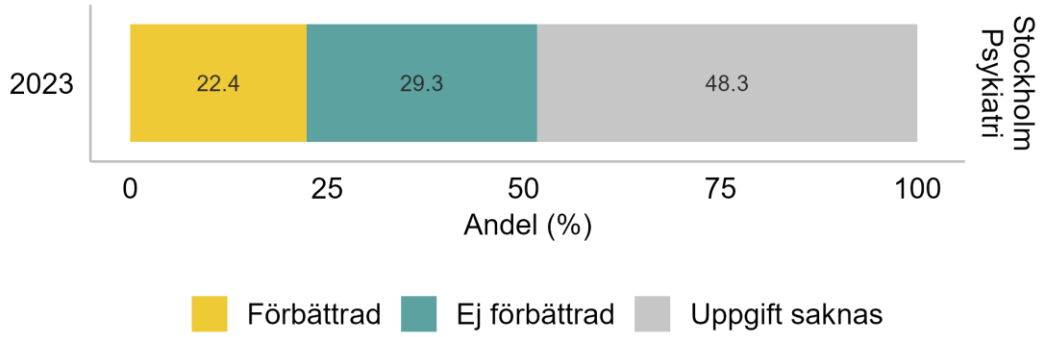
Samsjuklighet

Andelen som hade samsjuklig psykiatrisk diagnos var 16 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A18 i appendix.

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för alkoholbrukssyndrom mäts med det sjukdomsspecifika måttet Antal standardglad senaste veckan enligt TimelineFollowBack (TLFB) och kriteriet ≥ 30 % minskning. I Appendix, tabell A19 finns behandlingsresultat i form av effektstorlekar av TLFB dvs patientskattad alkoholkonsumtion.

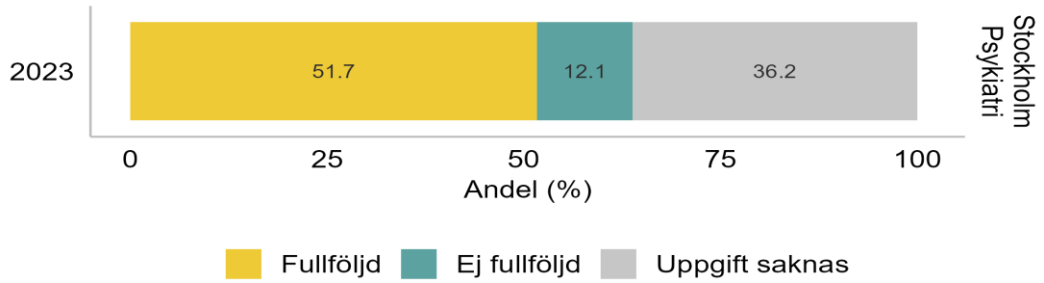
Det saknades eftermätning för nästan hälften av behandlingarna. För behandlingar med eftermätning hade alkoholkonsumtionen minskat i snitt från 14 glas till 6,6 glas per vecka.



Figur 20. Behandlingsresultat vid behandling för alkoholbrukssyndrom hos vuxna mätt med Alkoholkonsumtion senaste veckan (TLFB)

Fullföljandegrad

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för alkoholbrukssyndrom hos vuxna visas i figur 21. Uppgift om fullföljd behandlingstid saknades för drygt en tredjedel av behandlingarna.



Figur 21. Andel behandlingar för alkoholbrukssyndrom hos vuxna där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Resultat WHODAS

Under 2023 rapporterades inte patienternas funktion med WHODAS för alkoholbrukssyndrom.

Reflektion över resultaten för alkoholbrukssyndrom hos vuxna

Det är första året som IKBT för alkoholbrukssyndrom hos vuxna registreras i SibeR.
Bedömning av resultaten i **Stockholm** försvåras av att eftermätning saknades för knappt hälften av behandlingarna. Det kan ha varit så att hälften behandlingarna avbröts i förtid. För behandlingar med eftermätning var det signifikant minskad alkoholkonsumtion men med låg effektstorlek. Arbete pågår med att trimma rutiner för dokumentation och uppföljning på enheten.

Diagnosgrupp Hetsätning hos vuxna

Maj 2024 publicerade Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för ätstörningar. Man skriver att drygt 200'000 personer i Sverige uppskattas ha en ätstörning. Anorexi är den mest kända ätstörningen, och den kan bli livshotande. Fler drabbas dock av bulimi, hetsätningsstörning och ARFID (undvikande och restriktiv ätstörning). Även dessa sjukdomar innebär stort lidande och kan få allvarliga konsekvenser, men alltför många får inte vård. Dagens vård vid olika ätstörningar varierar mycket, såväl mellan som inom regioner. Det finns goda exempel, men också bristande kvalitet och långa väntetider till behandling. Bristerna gäller särskilt vid hetsätningsstörning och ARFID, men även den mer etablerade vården vid anorexi. För hetsätning och bulimi rekommenderas ätstörningspassad KBT.

Hetsätning inkluderades som indikation i SibeR 2022 och december 2022 började IKBT-behandlingar registreras från Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ) i Stockholm. Man behandlar med ett program, NÄRA, uppbyggt enligt Fairburns behandlingsmanual för CBT-E i samverkan med brukare (Wiberg, A. C., Ghaderi, A., Danielsson, H. B., Safarzadeh, K., Parling, T., Carlbring, P., ... & Welch, E. (2022). Internet-based cognitive behavior therapy for eating disorders–Development and feasibility evaluation. *Internet Interventions*, *30*, 100570). Under 2023 omorganiserades behandling med IKBT till en central enhet för digital behandling inom SCÄ. Här tar man emot patienter från hela landet.

Som utfallsmått i SibeR används Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE-Q 6.0; Fairburn & Beglin, 2008) för vilket det finns svenska normer (Welch et al, 2011). EDE-Q rekommenderas av kvalitetsregister Riksät och av Nationell arbetsgrupp för ätstörningar.

EDE-Q mäter ätstörningspatologi under de senaste 28 dagarna med fyra delskalor. Varje delskala mäts med 0 - 6 poäng, totalpoängen är ett medelvärde av de fyra delskalorna. Totalpoängen varierar mellan 0,00 – 6,00 poäng där 2,76 och högre indikerar kliniska symtom. Formuläret innehåller även frågor om antal dagar med hetsätning, tappad kontroll över ätande, hetsätning, kräkningar, laxermedel och överträning. Svaren på dessa frågor ingår inte i poängberäkningen för totalpoängen som är den som redovisas i SibeR. För mer information om EDE-Q, se dokumentet Definitioner av klinisk förbättring som finns under Statistik på SibeRs websida.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Det var 246 behandlingar som registrerades under 2023 och alla hade behandlats med programmet NÄRA från Stockholms Centrum för ätstörningar.

Diagnoser

Diagnoserna var F50.2 Bulimia nervosa (40,2%, n=90), F50.3 Atypisk bulimia nervosa (0,4%, n=7), F50.8 Annan specificerad ätstörning (48,8%, n=120) och F50.9 Ätstörning ospecificerad (10,6%, n=26).

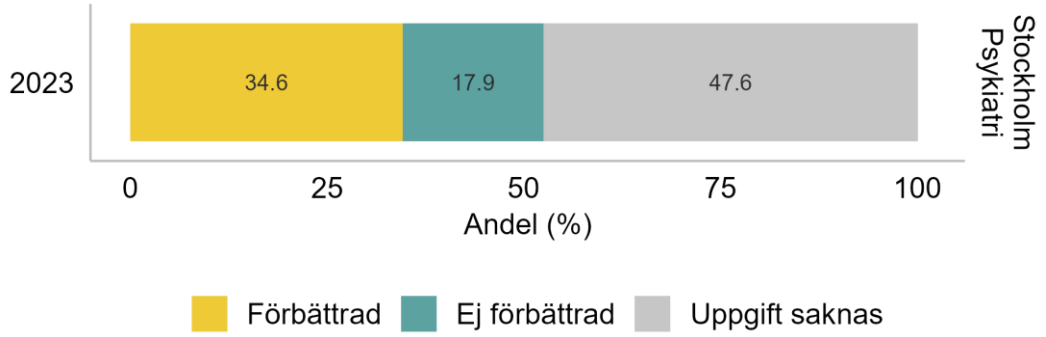
Samsjuklighet

Andelen som hade samsjuklig psykiatrisk diagnos var 16 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A20 i appendix.

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för hetsätning mäts med det sjukdomsspecifika måttet Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE-Q 6.0) och kriteriet ≥ 30 % minskning. I Appendix, tabell A21 finns behandlingsresultat i form av effektstorlekar av EDE-Q dvs patientskattad symtomförändring.

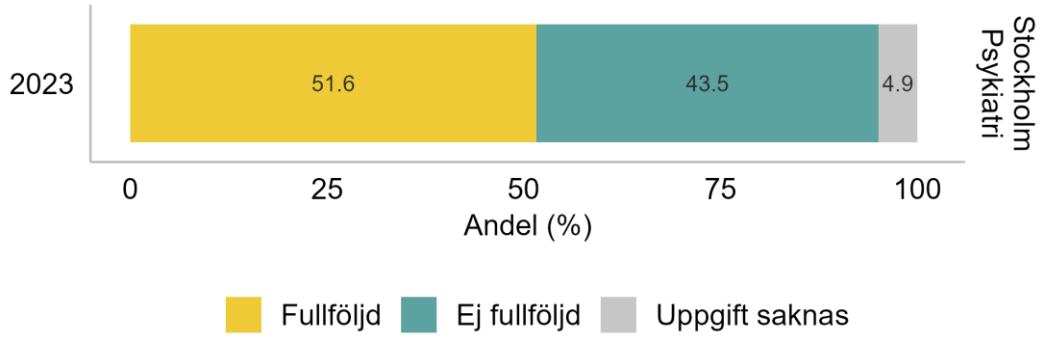
Det saknades eftermätning för knappt 50 % av behandlingarna. För behandlingar med eftermätning var det mycket hög behandlingseffekt på symtom mätt med EDE-Q. Vid starten var snittet för EDE-Q 3,8 och vid avslut 2,2 dvs under gränsen för kliniska symtom på ätstörning. Effekterna var ytterligare förbättrade där vi hunnit se resultat vid 6 månaders-uppföljningen, med EDE-Q värde 1,6 i snitt.



Figur 22. Behandlingsresultat vid behandling för hetsätning hos vuxna mätt med EDE-Q, 2023

Fullföljandegrad

Drygt hälften av patienterna fullföljde behandlingen utan att hoppa av. Andel behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för hetsätning hos vuxna visas i figur 23.



Figur 23. Andel behandlingar för hetsätning hos vuxna där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Resultat WHODAS

Under 2023 rapporterades endast enstaka patienternas funktion med WHODAS för hetsätning.

Reflektion över resultaten för hetsätning hos vuxna

Det är första året som IKBT för hetsätningssyndrom hos vuxna registreras i SibeR.
Bedömning av resultaten i **Stockholm, SCÄ** försvåras av att eftermätning saknades för knappt hälften av behandlingarna. Kring 45 procent av behandlingarna avbröts i förtid. För behandlingar med fullföljd behandlingstid och eftermätning var det mycket goda behandlingseffekter. Resultaten verkar ha förbättrats ytterligare vid uppföljning efter vidmakthållandefas.

Det vore önskvärt med eftermätning även för patienter som avbryter behandlingstiden för att få ett grepp om effekten i denna grupp. EDE-Q är ett komplext mått med för många frågor och för lång tidsram för att användas som veckomätning eller vid varje behandlingsmodul, men bör kunna upprepas i en mätning efter en inledande fas. Möjligen bör **SibeR** överväga att lägga till måttet antal dagar med hetsätning per vecka i analogi med TLFB-metodiken för alkoholbrukssyndrom och rekommendera att det läggs in för rapportering vid varje modul/varje vecka.

Det behöver inte vara negativt i sig med en rätt stor andel avhopp under förutsättning att man arbetar med en stegvis vårdmodell där man kan lotsa vidare till annan hjälp för dem som efter initial psykopedagogisk fas inte klarar av digitala program och stöd till förändring via distanskontakter. Efter omorganisering till en enhet för digital vård har SCÄ snabbt kommit igång med ett stort antal behandlingar och enligt ledtidsstatistiken lyckats väl med att komma tillrätta med tidigare långa väntetider.

Diagnosgrupp Magbesvär/IBS hos vuxna

IBS är en vanligt förekommande funktionell mag–tarmsjukdom som definieras enligt Rom IV-kriterierna. Prevalensen skattas till 11 procent. IBS medför sänkt livskvalitet för drabbade individer och stora kostnader för samhället. Forskning med KBT och 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 magtarmbesvär hos vuxna har behandlats med IKBT i reguljär vård på Internetpsykiatrin 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 59 behandlingar som registrerades under 2023, jämfört med 71 och 48 behandlingar under 2022 och 2021. Alla hade behandlats med Internetpsykiatrins IBS-program.

Diagnoser

Fördelning av IBS-typ visas i tabell 14.

Tabell 14. Typ av IBS vid IKBT-behandling 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	K58.1.Irritabel.tarm. med.diarré	K58.2.Irritabel.tarm .med.förstoppning	K58.3.Irritabel.tarm. med.blandade.tarmvanor
Stockholm	Psykiatri	59	39.0% (n=23)	10.2% (n=6)	50.8% (n=30)
Totalt	Totalt	59	39.0% (n=23)	10.2% (n=6)	50.8% (n=30)

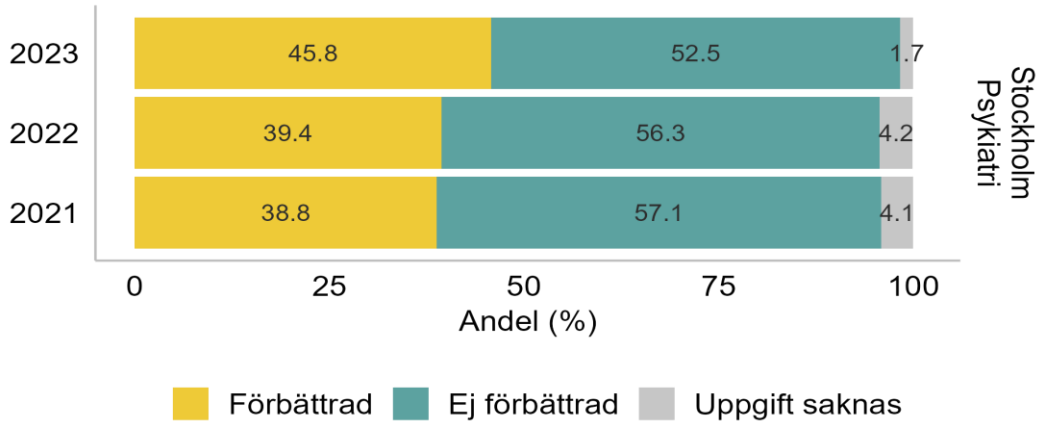
Samsjuklighet

Andelen med samsjuklig psykiatrisk diagnos var 7 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A22 i appendix.

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för IBS mäts med det sjukdomsspecifika måttet Gastrointestinal Symptom Rating Scale för IBS (GSRS) och kriteriet ≥ 30 % minskning. Behandlingsresultat visas i figur 24 och i appendix, tabell A23 finns behandlingsresultat i form av effektstorlekar av GSRS dvs patientskattad symtomförändring och i tabell A24 det kompletterande måttet BRQ som visar beteendeförändring.

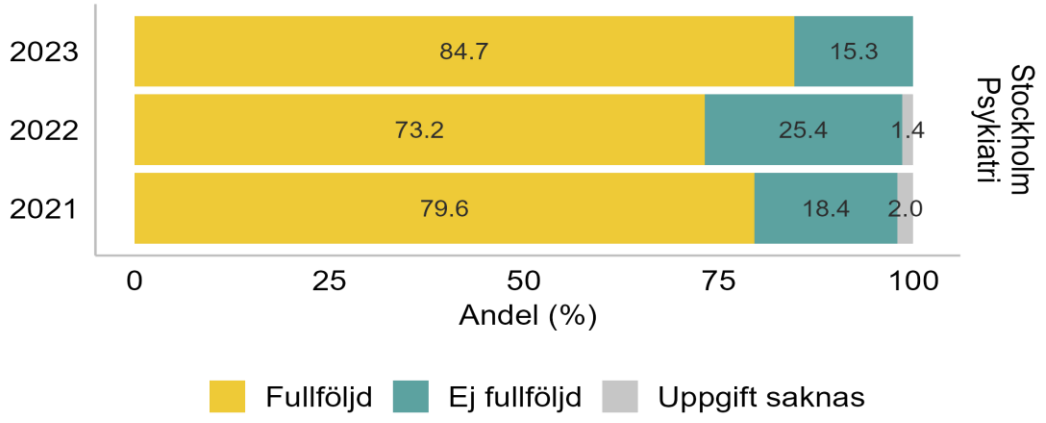
För 2023 var det hög behandlingseffekt på symtom mätt med GSRS och mycket hög effekt på vidmakthållande tanke- och beteendemönster som hade minskat mätt med BRQ. Effekterna var ytterligare förbättrade vid 6 månaders-uppföljningen.



Figur 24. Behandlingsresultat vid behandling för IBS hos vuxna mätt med GSRS, 2021–23

Fullföljandegrad

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för magbesvär hos vuxna visas i figur 25.



Figur 25. 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 medelvärdesskillnader mellan behandlingsstart och avslut, samt uppföljning).

Under 2023 så förbättrades patienternas funktion med medelhög effektstorlek, vilket var ytterligare förbättrat vid uppföljning till hög effekt vid 6 månader efter behandlingsstart, se tabell A25 i appendix.

Reflektion över resultaten för IBS hos vuxna

Det är tredje året som IKBT för IBS/funktionella magtarmbesvär hos vuxna registreras i SibeR. Resultaten i **Stockholm** är goda med höga effekter på gastro-intestinala symtom och höga effekter på undvikande/kontrollbeteenden samt medelhöga effekter på funktion. Resultaten verkar också förbättras vid uppföljning så att vi till och med ser stora effekter på funktion efter vidmakthållande-fasen.

En hög andel fullföljer behandlingstiden vilket ökat över tid. Det ser ut som att man lyckas rekrytera och inkludera rätt samt kan hålla motivationen uppe hos patienterna. Med tanke på prevalens i befolkningen och att enheten tar emot patienter från hela landet är det dock anmärkningsvärt få behandlingar av IBS på ett år.

Diagnosgrupp Depression

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2023 registrerades 918 behandlingar för depression (Dalarna primärvård n=48; Dalarna psykiatri n=2; Skåne psykiatri n=5; Norrbotten n=1; Stockholm psykiatri, n=276; Stockholm primärvård, n=27; Uppsala primärvård, n=133; Uppsala psykiatri n=1; Västernorrland, n=8; Västra Götaland primärvård, n=276; Västra Götaland, psykiatri, n=5, Örebro, n=133; Östergötland, n=3).

Program

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

- **Dalarna Primärvård**: Livandas depressionsprogram (7), Livandas korta depressionsprogram (7), Livandas ångestprogram (1), Livandas orosprogram (1), Min Vårds depressionsprogram (30)
- **Dalarna psykiatri**: Livandas korta depressionsprogram (1), Livandas ångestprogram (1)
- **Skåne**: Livandas depressionsprogram (1), Skånes depressionsprogram (2)
- **Stockholm primärvård**: Uppsalas depressionsprogram (26), Gustavsbergs stressprogram (1)
- **Stockholm psykiatri**: Internetpsykiatrins depressionsprogram (274), Livandas depressionsprogram (2)
- **Uppsala primärvård**: Uppsalas depressionsprogram (131), Gustavsbergs stressprogram (1)
- **Uppsala psykiatri**: Uppsalas depressionsprogram (1)

- **Västernorrland**: Livandas depressionsprogram (3), Livandas korta depressionsprogram (2)
- **VGR primärvård**: Psykologpartners depressionsprogram (254), Psykologpartners ångestprogram (9), Psykologpartners stressprogram (6) och Psykologpartners orosprogram (6) VGRs sömnprogram (1)
- **VGR psykiatri**: Psykologpartners depressionsprogram (5)
- **Örebro**: Örebros depressionsprogram (131)
- **Östergötland**: Psykologpartners depressionsprogram (3)

Diagnoser

Inom psykiatrin dominerade andelen med recidiverande depression (F33). Inom primärvården dominerade andelen ospecifik depression (F32.9) och enstaka depressiv episod (F32), förutom i Uppsala där cirka 50 % antingen hade recidiverade depression eller kronisk depression (dystymi).

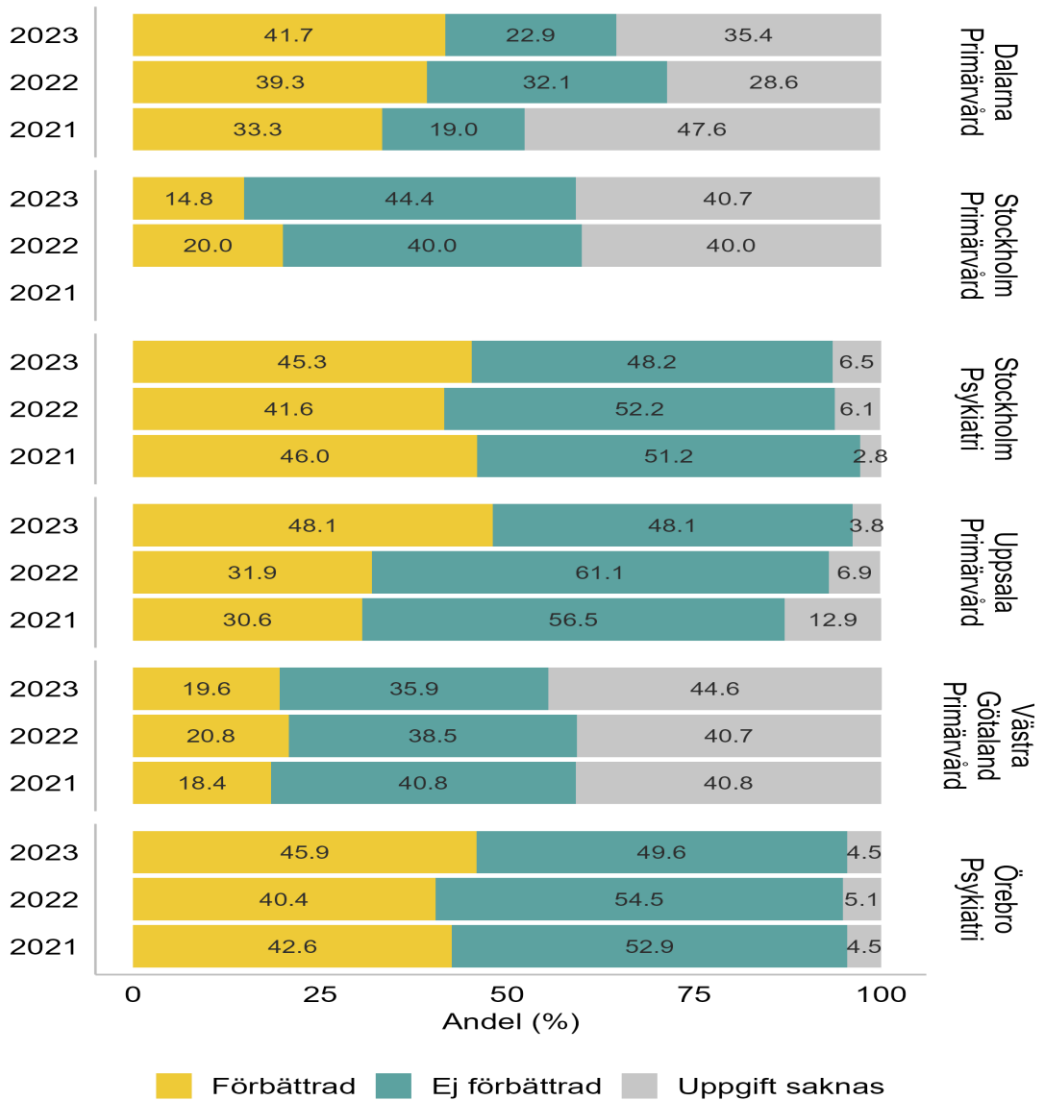
Samsjuklighet

Andelen med samsjuklig psykiatrisk diagnos var kring 40 procent för verksamheter med större mängd behandlingar. Andelen för VGR primärvård är svårbedömd. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A26 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 ≥ 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 2023 finns i tabell A27 i appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren visas för regioner och vårdgrenar i figur 26, om det finns minst 10 startade behandlingar. Behandlingsresultaten var höga i Dalarna, Stockholm psykiatri, Uppsala primärvård, VGR primärvård och Örebro. Dock fattades eftermätning för cirka 35% i Dalarna och 45 % i VGR primärvård.

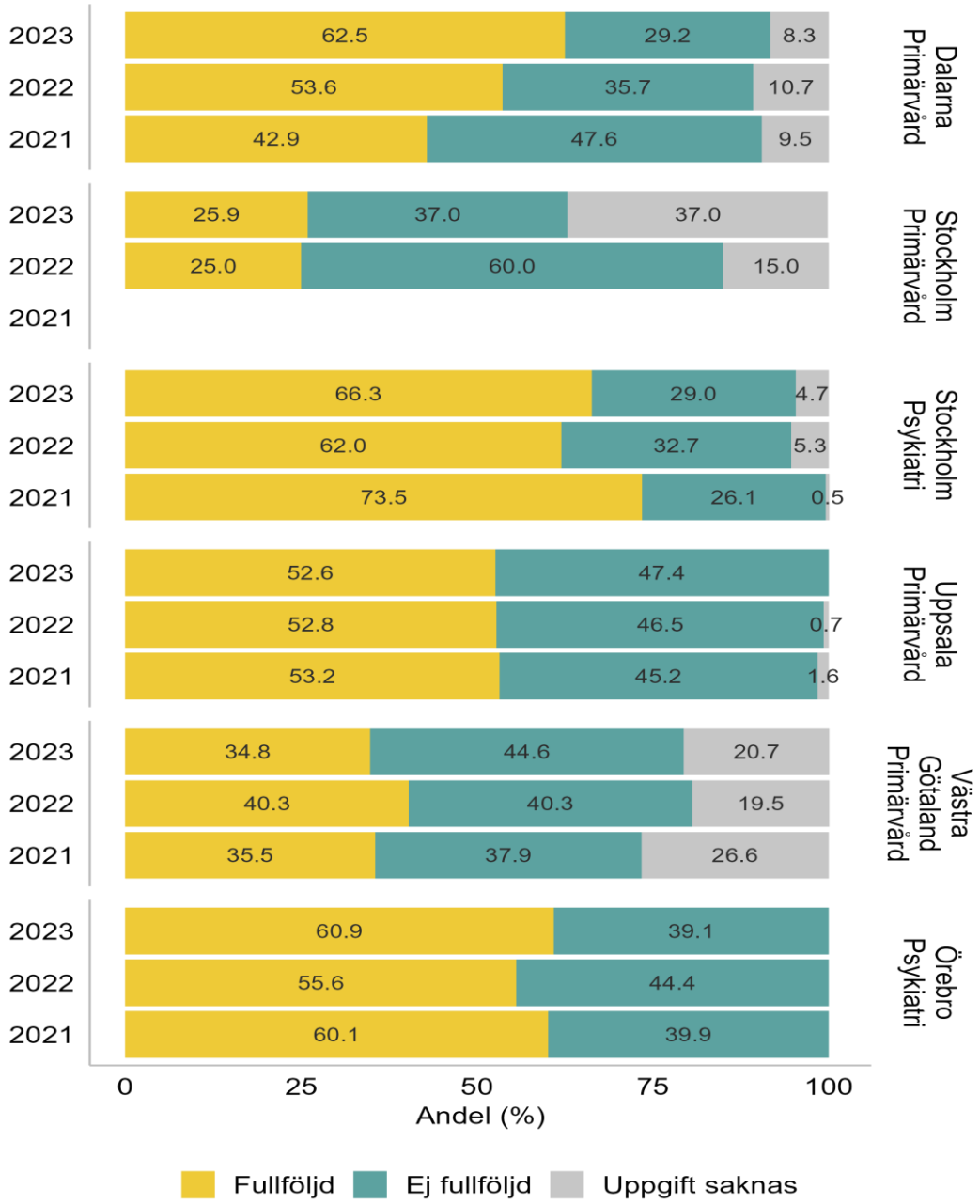


Figur 26. Behandlingsresultat vid depressionsbehandling mätt med MADRS-S, 2021–2023

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingslängd

Med överenskommen behandlingslängd 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 behandlingslängd visas i figur 27 om det finns minst tio behandlingar.



Figur 27. Andel depressionsbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingslängd i regioner och vårdgrenar, 2021–2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Stockholm psykiatri, Uppsala primärvård och Örebro visade medelhöga effekter och VGR primärvård, Dalarna och Stockholm primärvård låga effekter på funktion. Vid uppföljning en ökning till höga effekter på funktion i Örebro och Stockholm psykiatri. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar visas i tabell A28 i Appendix.

Reflektion över resultaten för depression i regionerna

Dalarna primärvård är med för tredje året och visar en god utveckling vad gäller resultat. Man behöver öka andelen med eftermätningar. Den största andelen depressionsbehandlingar bedrivs nu på regionens enhet för digital vård, Min Vård, i form av digitalt stöd kombinerat med videobesök.

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

Depressionsbehandlingarna i **Uppsala primärvård** och **Stockholm psykiatri** har gjort upphämtning jämfört med föregående år och visar goda resultat.

Behandlingarna i **VGR primärvård** hade höga effekter på symtom för behandlingar med eftermätning och låg effekt på funktion. Det saknas fortfarande mycket eftermätningar vilket gör resultaten svårvärderade.

Stockholm primärvård behandlade med samma depressionsprogram som Uppsala men hade låga effekter och saknade eftermätning för cirka 40 %. Resultaten talar för behov av översyn av vårdprocesser.

Övriga regioner och verksamheter, **Skåne psykiatri**, **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 och diagnoser

Under 2023 registrerades 356 behandlingar för stressyndrom, förutom för indikationen utmattningssyndrom som redovisas separat. Tabell 15 redovisar diagnoser och antal behandlingar i regionerna. Diagnoserna anpassningsstörning F43.2 och ospecifik reaktion på svår stress F43.9 dominerade.

Tabell 15. Fördelning av diagnoser inom gruppen stressyndrom

Region	Vårdgren	Behand-lingar	F43.2.	F43.8.	F43.8W.	F43.9
Dalarna	Primärvård	61	45.9% (n=28)	8.2% (n=5)	4.9% (n=3)	41.0% (n=25)
Norrbotten	Primärvård	4	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=4)
Stockholm	Primärvård	12	100.0% (n=12)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	88	76.1% (n=67)	4.5% (n=4)	0.0% (n=0)	19.3% (n=17)
Västernorrland	Psykiatri	2	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=2)
Västra Götaland	Primärvård	182	19.8% (n=36)	16.5% (n=30)	7.1% (n=13)	56.6% (n=103)
Västra Götaland	Psykiatri	3	0.0% (n=0)	33.3% (n=1)	0.0% (n=0)	66.7% (n=2)
Östergötland	Primärvård	4	50.0% (n=2)	25.0% (n=1)	0.0% (n=0)	25.0% (n=1)
Totalt	Totalt	356	40.7% (n=145)	11.5% (n=41)	4.5% (n=16)	43.3% (n=154)

F43.2= Anpassningsstörning, F43.8= Andra specificerade reaktioner på vår stress, F43.8W= andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom, F43.9 Reaktioner på svår stress, ospecificerad

Program

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

- **Dalarna**: Livandas stressprogram (36), Livandas ångestprogram (1), Min Vårds ångest-program (1), Min vårds stress-program (20)
- **Norrbotten**: Livandas stressprogram (4)
- **Stockholm**: Gustavsbergs program för stress och utmattning (12)
- **Uppsala**: Gustavsbergs program för stress och utmattning (85)
- **Västernorrland psykiatri**: Livandas stressprogram (1)
- **VGR primärvård**: Psykologpartners stressprogram (172), VGRs sömnprogram (2), Psykologpartners ångestprogram (4), Psykologpartners orosprogram (4).
- **VGR psykiatri**: Psykologpartners stressprogram (23)
- **Östergötland**: Östergötlands program Livsbalansen för stress och återhämtning (3), Psykologpartners stressprogram (1)

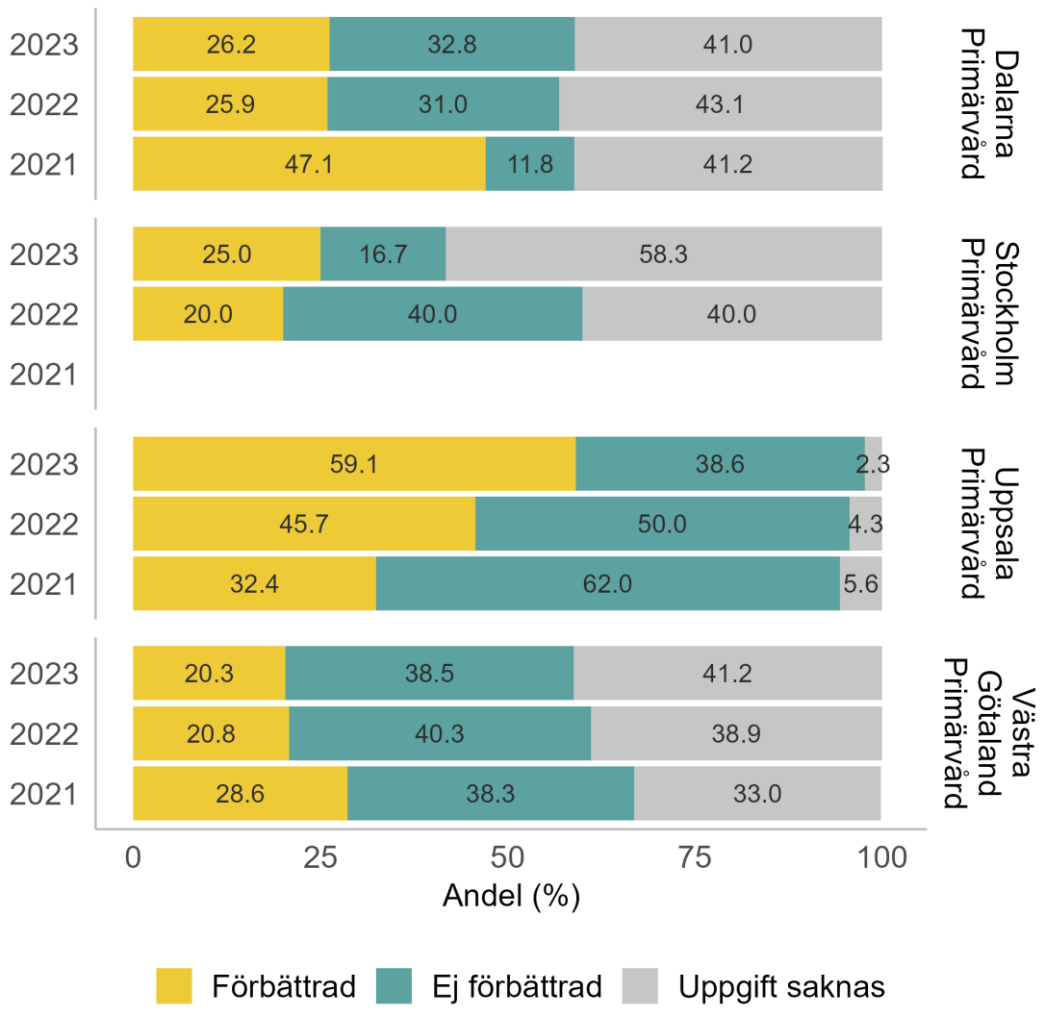
Samsjuklighet

Totalt hade cirka 40 procent hade samsjuklig psykiatrisk diagnos. Det sakandes viss rapportering från Dalarna och VGR. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A29 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 ≥ 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 2023 finns i tabell A30 i Appendix. Behandlingarna i Dalarna, VGR och Uppsala primärvård gav mätt med PSS-10 hög effekt där det fanns eftermätning. I Stockholm primärvård var endast cirka 40 % av behandlingarna som hade eftermätning. Övriga regioner var det för få behandlingar för att beräknas. **Observera** att det i Dalarna och VGR endast fanns eftermätning för cirka 60 % av behandlingarna. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren visas i figur 28.

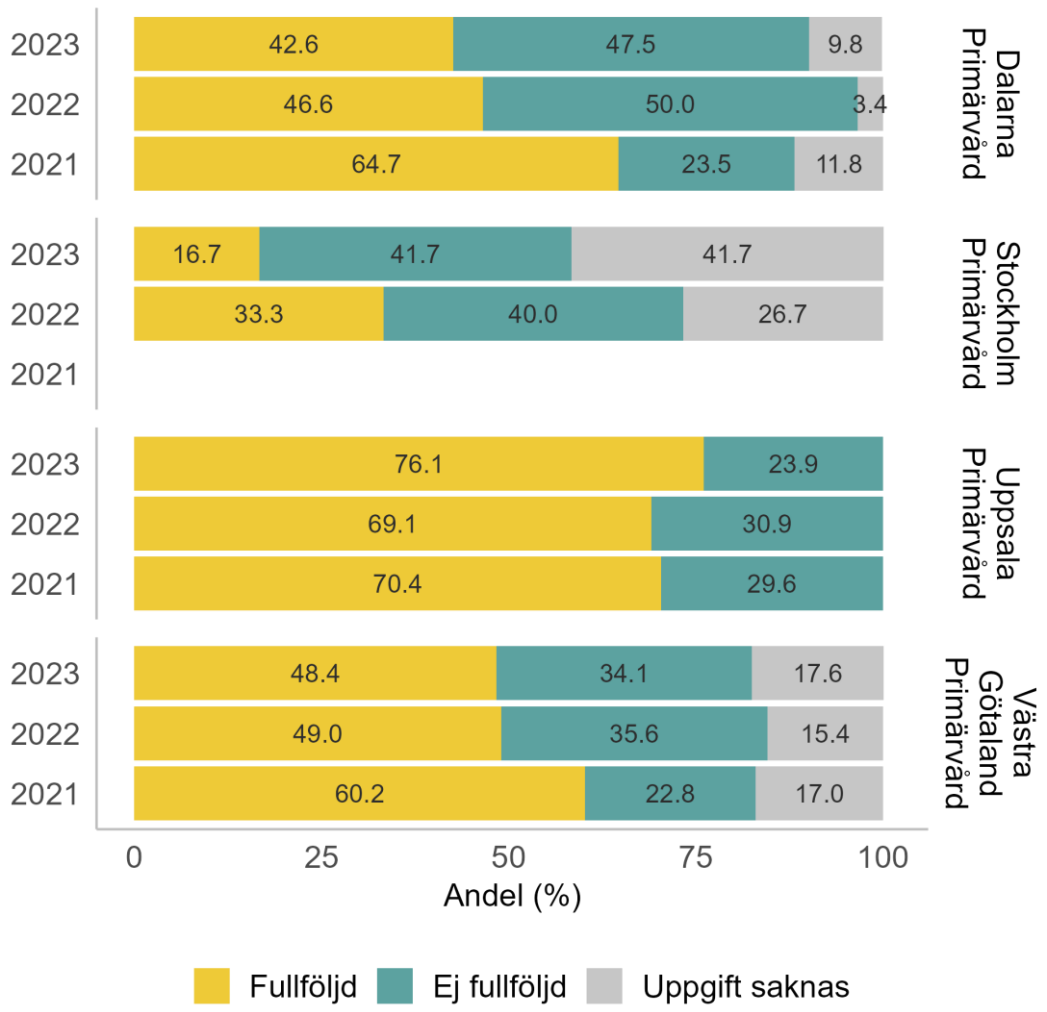


Figur 28. Behandlingsresultat för stressyndrom, mätt med PSS-10, 2021-2023

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd visas i figur 29 om det finns minst 10 behandlingar. Mer än 75 procent hade fullföljt behandlingen i Uppsala, avsevärt högre än drygt 43 procent i Dalarna och 48 procent i VGR. Fullföljandegraden i Stockholm primärvård är oklar pga. bristande rapportering.



Figur 29. Andel behandlingar av stressyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2021–2024

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Uppsala gav medelhög effekt på funktion. Behandlingarna i Dalarna och VGR gav låg effekt på funktion. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A31 i Appendix.

Reflektion över resultaten för stressyndrom i regionerna

Behandlingarna i **Uppsala primärvård** med Gustavsbergs program för stress och utmattning förtjänas att lyftas fram. God datakvalitet, hög effekt mätt med PSS-10 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 men liten effekt på funktion. VGR 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 40 %. Behandlingar som redovisats hade höga effekter på symtom och låg effekt på funktion. Man behöver utveckla sina rutiner för att få bättre datatäckning. Behandlingarna i **Norrbotten**, **Västernorrland**, **VGR psykiatri och Östergötland** har för låga tal för att kunna kommenteras.

Diagnosgrupp Utmattningssyndrom (UMS)

Det finns nu flera tillgängliga internetbaserade behandlingsprogram för utmaningssyndrom. Programmen från Gustavsbergs vårdcentral och från Östergötland har bägge har inriktning på utmattningssyndrom förutom på stresshantering. Sedan 2022 redovisar SibeR utmattningssyndrom som egen diagnosgrupp för att tydligare kunna följa utvecklingen.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och diagnos

Under 2023 registrerades 207 behandlingar för utmattningssyndrom, F43.8A (Dalarna, n=4+1; Stockholm, n=6; Uppsala, n=155; Västernorrland, n=1; VGR n=31+5; Östergötland, n=1)

Program

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

- **Dalarna primärvård**: Livandas stressprogram (1), Min Vårds stress-program (3)
- **Dalarna psykiatri**: Livandas stressprogram (1)
- **Norrbotten**: Livandas stressprogram (1)
- **Skåne psykiatri**: Livandas stressprogram (1), Livandas orosprogram (1)
- **Stockholm**: Gustavsbergs program för stress och utmattning (6)
- **Uppsala**: Gustavsbergs program för stress och utmattning (155)
- **Västernorrland**: Livandas stressprogram (1)
- **VGR primärvård**: Psykologpartners stressprogram (29)
- **VGR psykiatri**: Psykologpartners stressprogram (5)
- **Östergötland**: Östergötlands program Livsbalansen för stress och återhämtning (1)

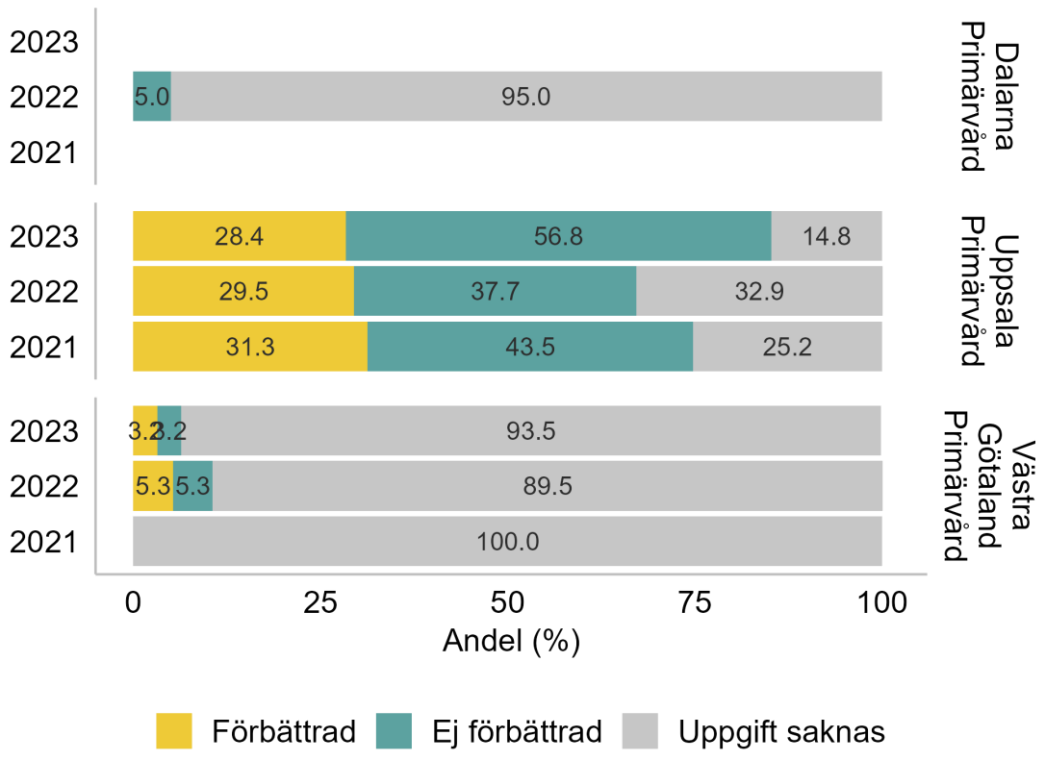
Samsjuklighet

I Uppsala hade cirka 40 % samsjuklig psykiatrisk diagnos. Uppgifter för övriga små tal eller osäkra pga. bristande rapportering. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A32 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 ≥ 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 2023 finns i tabell A33 i Appendix. Behandlingarna i Uppsala primärvård gav mätt med KEDS hög effektstorlek och cirka 30 % förbättrade. Man har här lyckats öka andelen med 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 visas i figur 30.

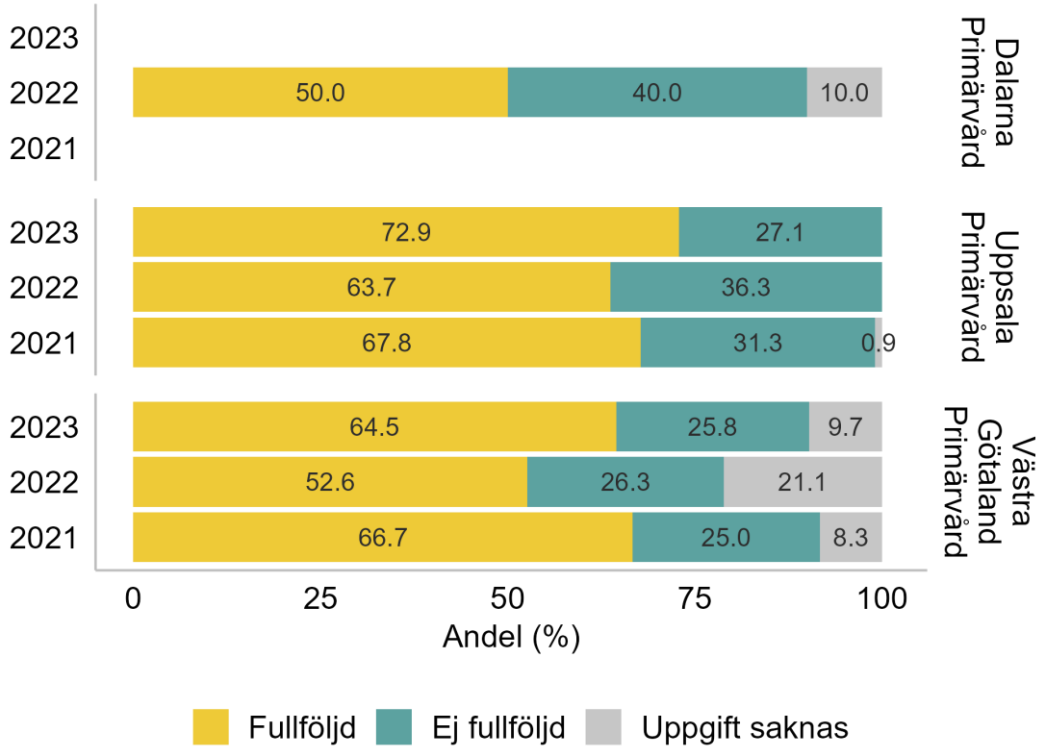


Figur 30. Behandlingsresultat för utmattningssyndrom, mätt med KEDS, 2021–2023

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd visas i figur 31 om det finns minst 10 behandlingar.



Figur 31. Andel behandlingar av utmattningssyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2021–2023

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 A34 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. Man har förbättrat datakvaliteten så att det mer säkert går att uttala sig. Andelen förbättrade var cirka 30 procent, till skillnad mot gruppen med stressyndrom som behandlandes med samma program och där cirka 60 procent förbättrades. Det är dock olika utfallsmått, KEDS och PSS-10, men utmattningssyndrom anses mer svårbehandlat.

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, mest påtagligt i **VGR** som hade ett trettiotal behandlingar för UMS. 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. Det finns ett klart utbildningsbehov i VGR.

Dalarna, **Västernorrland** och **Östergötland** hade för litet antal behandlingar för att kommenteras.

Diagnosgrupp Sömnstörningar

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Under 2023 registrerades 529 behandlingar för sömnstörning (Dalarna n=21+1, Skåne n=1, Stockholm n=19 +229, Uppsala n=154+3, Västernorrland n=3; VGR primärvård, n=94+6, Östergötland primärvård n=1).

- **Dalarna primärvård**: Livandas sömnprogram (19), Min Vårds sömnprogram (2)
- **Dalarna psykiatri**: Livandas sömnprogram (1)
- **Skåne psykiatri**: Livandas sömnprogram (1)
- **Stockholm primärvård**: Uppsalas sömnprogram (19)
- **Stockholm psykiatri**: Internetpsykiatrins insomniprogram (229)
- **Uppsala primärvård**: Uppsalas sömnprogram (154)
- **Uppsala psykiatri**: Uppsalas sömnprogram (3)
- **Västernorrland psykiatri**: Livandas sömnprogram (3)
- **VGR primärvård**: VGR:s sömnprogram (92), Psykologpartners sömnprogram (1), Psykologpartners stressprogram (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.

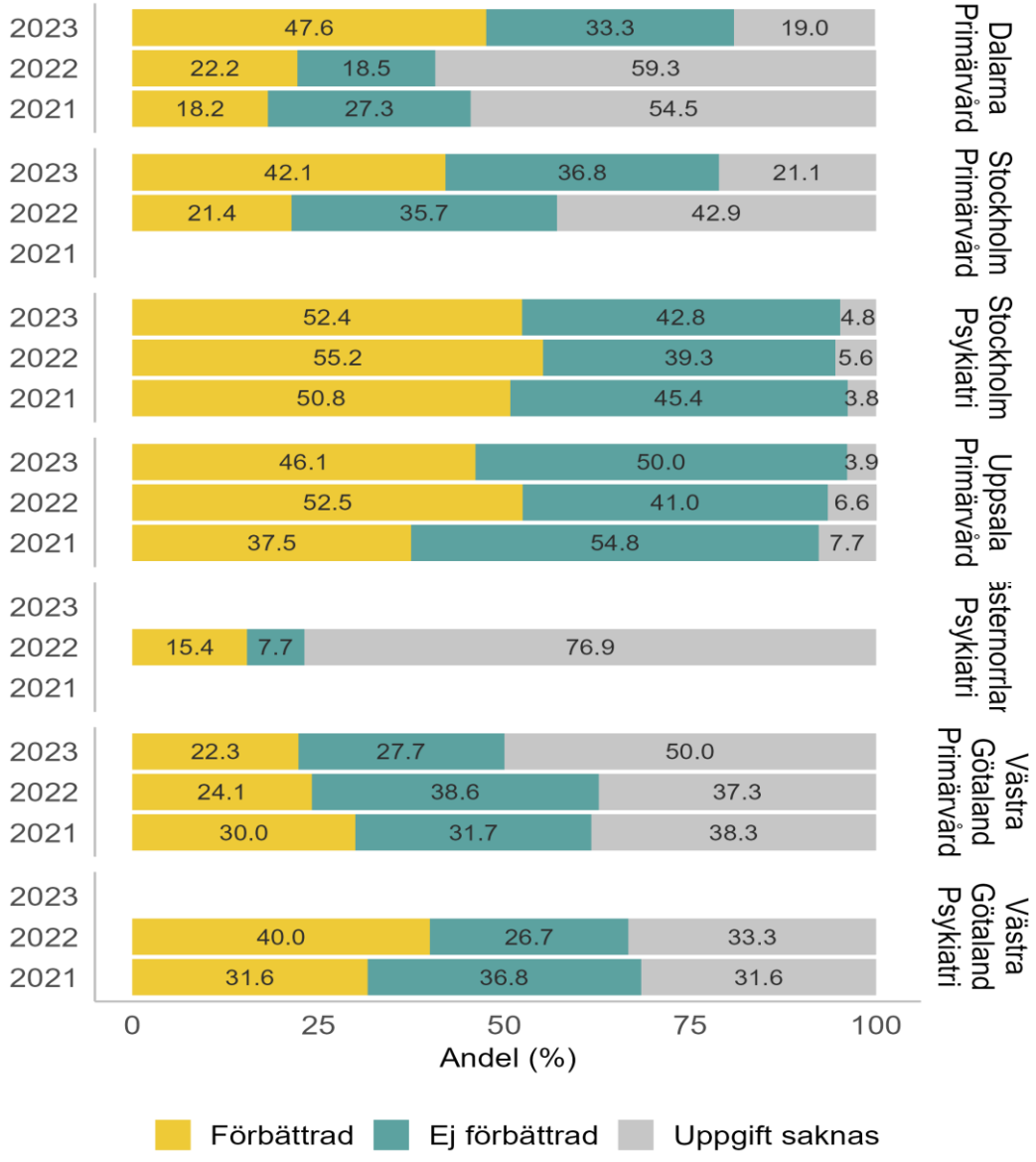
Samsjuklighet

Samsjuklig psykiatrisk diagnos fanns hos cirka 20 % i Stockholm psykiatri, 10 % Stockholm primärvård och 10 % Uppsala primärvård. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A35 i appendix.

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för sömnstörning av insomnityp mäts med det sjukdomsspecifika måttet Insomnia Severity Index (ISI, Bastien, 2001) och kriteriet ≥ 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. I VGR saknades dock eftermätning för 50 % av behandlingarna. Effektstorlekar och underlaget avseende ISI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2023 finns i tabell A36 i appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren visas för regioner och vårdgrenar i figur 32, om det finns minst 10 startade behandlingar.

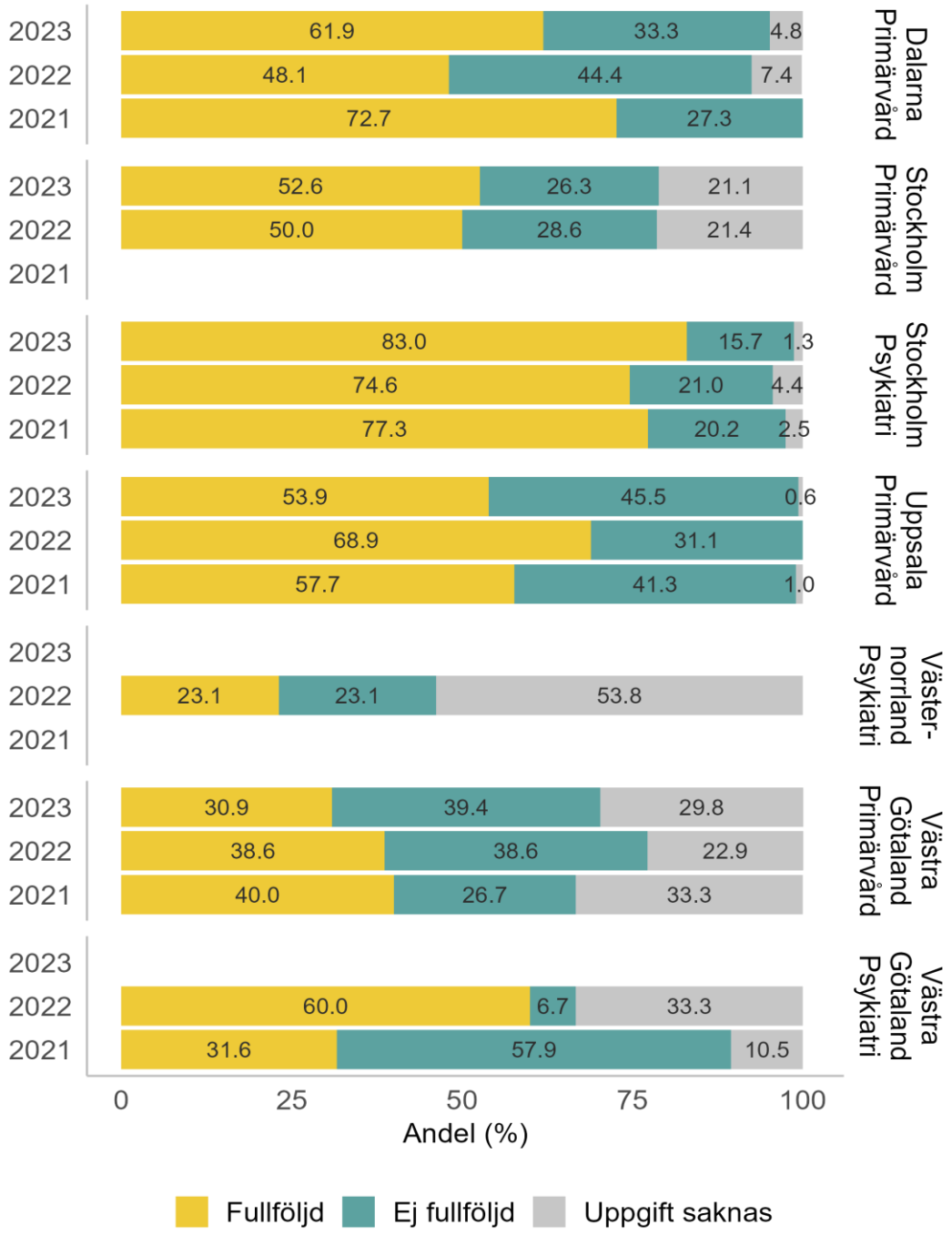


Figur 32. Behandlingsresultat för sömnstörning mätt med ISI, 2021–2023

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för sömnstörning visas i figur 33 med jämförelser för de tre senaste åren



Figur 33. Andel sömnbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid i regioner och vårdgrenar, 2021–2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna för sömn hade medelhög effekt på funktion mätt med WHODAS i Dalarna, Stockholm primärvård, och liten effekt på funktion i Stockholm psykiatri, Uppsala och VGR. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A37 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.

I **Dalarna** har det skett en positiv utveckling med högre andel som fullföljer behandlingen och patienterna får goda effekter på både symtom och funktion.

Sömnbehandlingen vid **Internetpsykiatrin i Stockholm** har fortsatt god effekt och med en hög andel som fullföljer behandlingen, 83 procent. Vid 6 månaders-uppföljning är resultaten ytterligare förbättrade så att gruppen i snitt ligger under tröskelvärdet för kliniska sömnproblem.

Behandlingseffekten för sömnbehandlingen i **Uppsala**, **Stockholm primärvård** är också hög. **VGR primärvård** behöver förbättra sin datakvalitet eftersom eftermätning saknas för 50 % avseende sömnbesvär.

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

Diagnosgrupp Ångest- och orossyndrom

Dysmorfofobi (Upplevd fulhet)

Dysmorfofobi (på engelska Body dysmorphic disorder; BDD) är ofta förbisett i vården fastän undersökningar visat att cirka 1,5 procent av befolkningen lider av detta.

En systematisk litteraturöversikt, publicerad juni 2024, drar slutsatsen att KBT för BDD, antingen ansikte mot ansikte eller via internet, är den mest effektiva behandlingen för BDD (Caponnetto, P., Caramazza, M., Caci, G., Signorelli, M. S., Petralia, A., & Quattropani, M. C. (2024). Body dysmorphic disorder and psychotherapeutic interventions: a systematic literature review. *Health Psychology Research*, *12*). OCD-mottagningen på Psykiatri Sydväst i Stockholm erbjuder IKBT för BDD för hela landet med ett program som visats vara effektivt i studier.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Under 2023 startade 69 behandlingar för dysmorfofobi (F45.2A) i Stockholm och alla fick behandling med Psykiatri Sydvästs program för dysmorfofobi. En behandling startades i Uppsala primärvård med okänt program. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

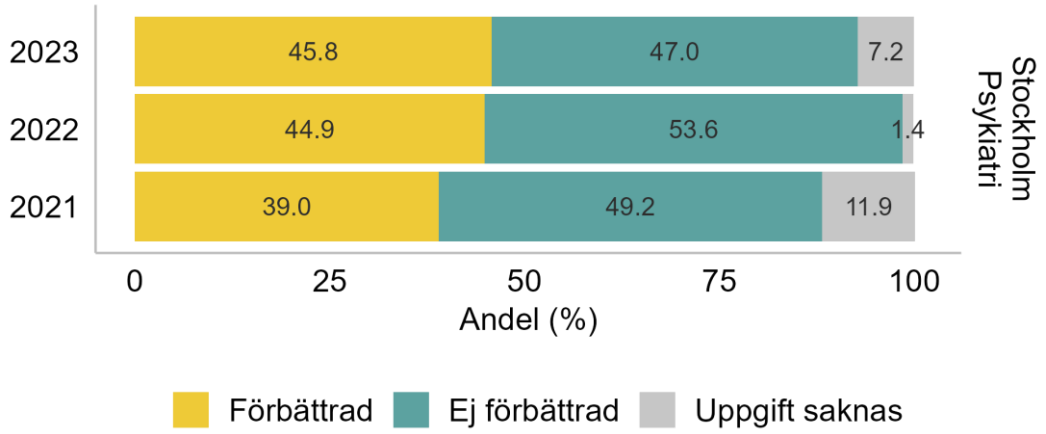
Samsjuklighet

Fyrtio procent av patienterna i Stockholm hade samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A38 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 ≥ 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 de tre senaste åren visas i figur 34. Effektstorlekar och underlaget avseende AAI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2023 finns i tabell A39 i Appendix.

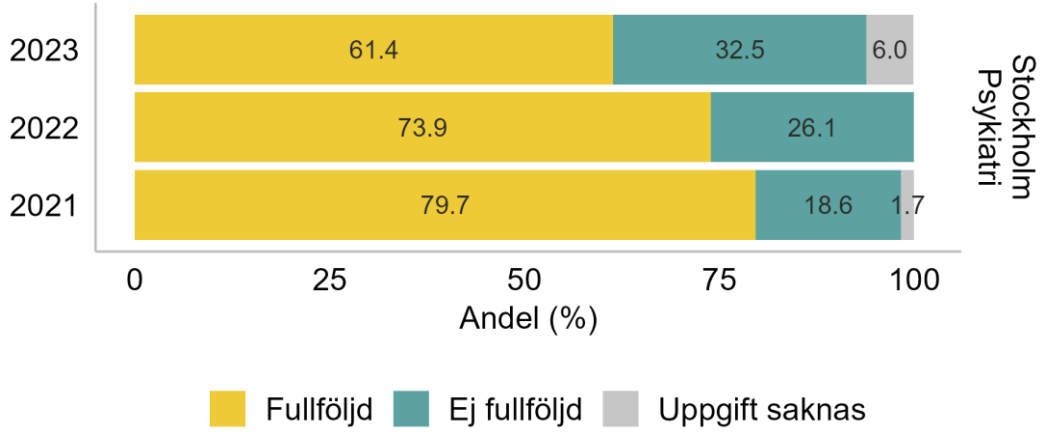


Figur 34. Behandlingsresultat för dysmorfofobi mätt med AAI, Stockholm 2021–2023

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingslängd

Andelen som fullföljt behandlingstiden var fortsatt hög men hade minskat. Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för dysmorfofobi visas i figur 35.



Figur 35. Andel behandlingar för dysmorfofobi där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2021–2023

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 A40 i Appendix.

Reflektion över resultaten för dysmorfofobi

Behandling för dysmorfofobi har nu rapporterades i SibeR i fyra år från OCD-mottagningen i **Stockholm**. Behandlingseffekten är god med hög effektstorlek men andelen som fullföljer behandlingstiden har minskat sedan föregående år.

Registreringen från **Uppsala primärvård** kan vara en felregistrering men man avser där att börja behandla för dysmorfofobi under 2024.

Med tanke på prevalens och behov är det ett litet antal som fått denna behandling. Kunskapen om att det finns en tillgänglig effektiv behandling med IKBT för dysmorfofobi borde spridas i hela landet.

Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

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

Det sker nu en utveckling av 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.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2023 registrerades 317 behandlingar för generaliserat ångestsyndrom, F41.1 (Dalarna n=18+1; Skåne, n=5; Stockholm, n=3; Uppsala, n=117; Västerbotten, n=2; Västernorrland, n=1; VGR primärvård, n=165 +4; Östergötland, n=1).

Program

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

- **Dalarna primärvård**: Livandas orosprogram (3), Min Vårds ångest-program (3) och Min Vårds orosprogram (12)
- **Dalarna psykiatri**; Livandas orosprogram (1)
- **Skåne psykiatri**: Livandas orosprogram (5)
- **Stockholm psykiatri**: Livandas ångestprogram (2)
- **Uppsala primärvård**: Uppsalas orosprogram (117)
- **Västerbotten**: Livandas orosprogram (2)
- **Västernorrland psykiatri**: Livandas orosprogram (1)
- **VGR primärvård**: Psykologpartners ångestprogram (36), Psykologpartners orosprogram (131), Psykologpartners stressprogram (1)
- **VGR psykiatri**: Psykologpartners ångestprogram (1), Psykologpartners orosprogram (5)
- **Östergötland**: Psykologpartners orosprogram (1)

Samsjuklighet

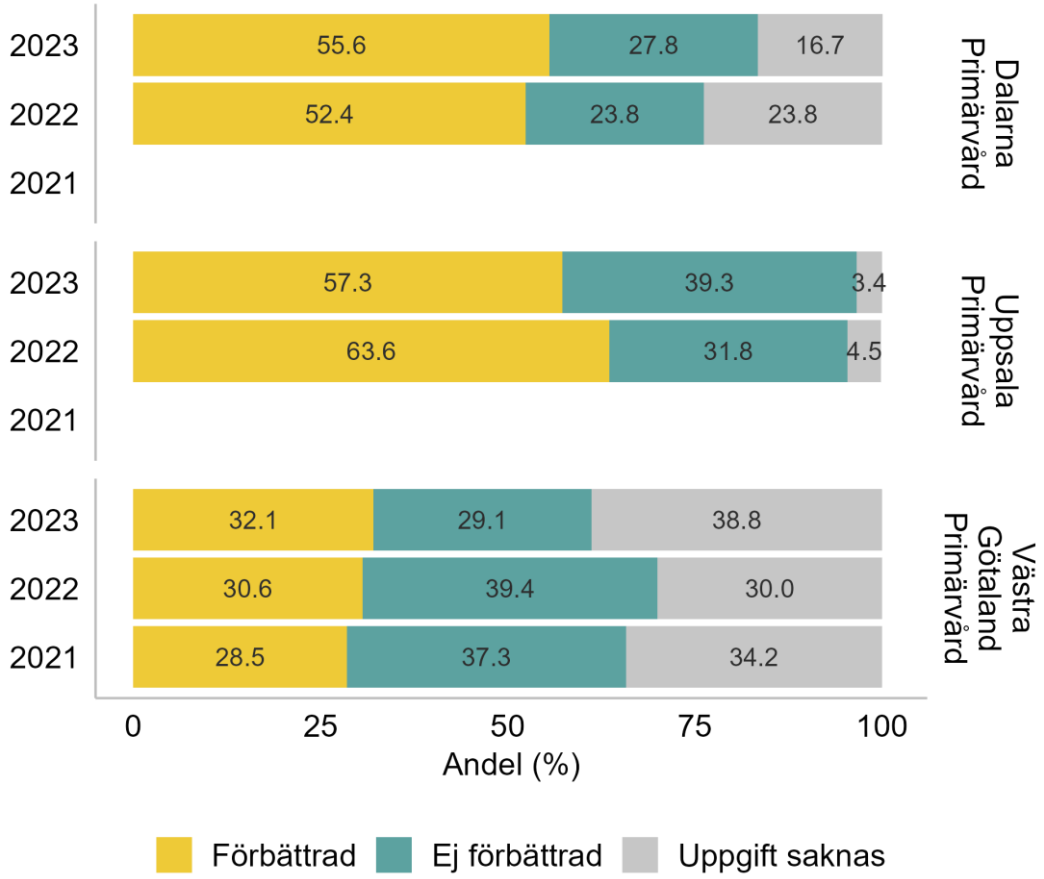
Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos fanns hos cirka 45 % av patienterna i Dalarna, och 40 % i Uppsala primärvård. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A41 i appendix.

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 ≥ 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 2023 finns i tabell A42 i Appendix. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren visas i figur 36, om det finns minst 10 startade behandlingar. Det var hög andel förbättrade i Dalarna och i Uppsala.

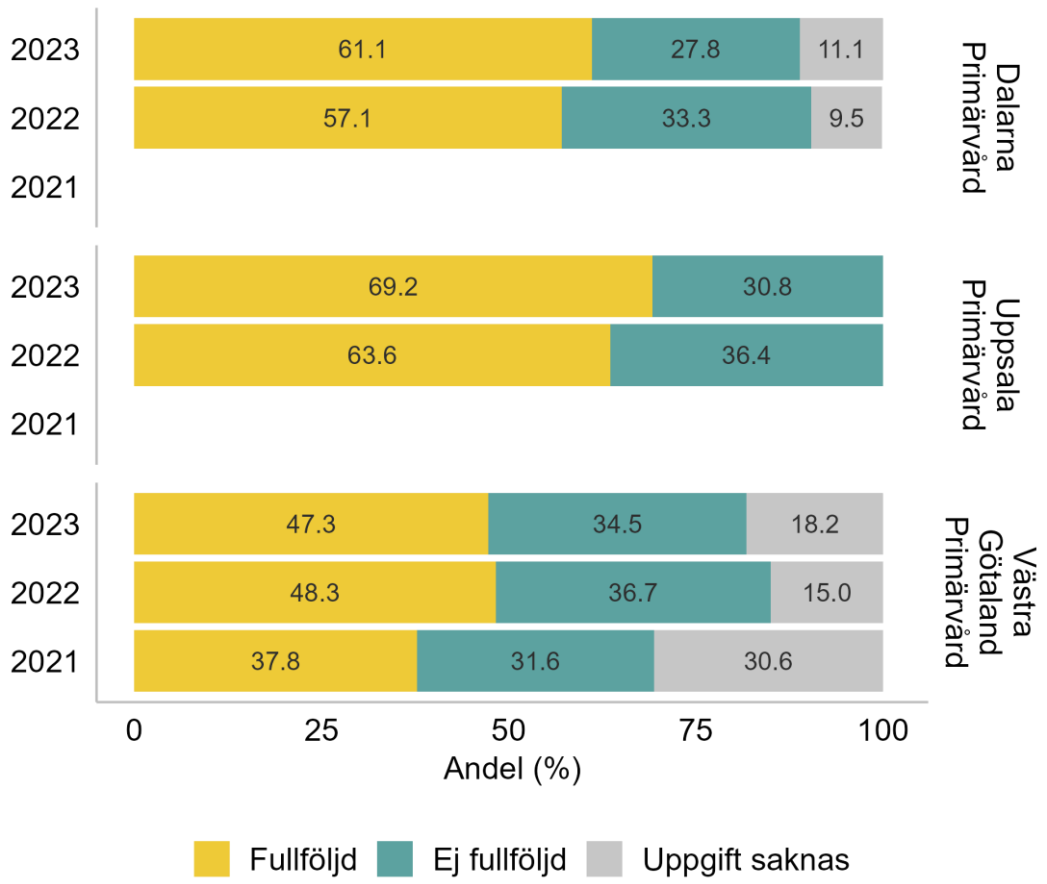


Figur 36. Behandlingsresultat för generaliserat ångestsyndrom mätt med GAD-7, 2021–23

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för GAD visas i figur 37, om minst tio behandlingar.



Figur 37. Andel behandlingar för GAD och där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2021–2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna för GAD hade medelhög effekt på funktion i Uppsala. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A43 i Appendix.

Reflektion över resultaten för generaliserat ångestsyndrom

Den nya behandlingen för oro i **Uppsala primärvård** har byggts med utgångspunkt från på en evidensbaserad behandlingsmanual för GAD utvecklad av Robichaud och Dugas. Den verkar fungera 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 baseras främst på regionens videobehandling via Min vård. I **VGR primärvård** så saknas eftermätning för cirka 40 %, men behandlingseffekterna på symtom är höga för behandlingar där det finns eftermätning.

Hälsoångest

Hälsoångest är vanligt med en prevalens kring 3 % i befolkningen. Behandling med KBT är en evidensbaserad behandling. IKBT för hälsoångest vid Internetpsykiatrin i Stockholm är tidigare testad i kontrollerade studier med goda resultat och har fungerat i reguljär vård sedan 2018.

Nu kommer även 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. 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.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2023 registrerades 193 behandlingar för hälsoångest, F45.2 (Dalarna, n=5; Stockholm primärvård, n=1; Stockholm psykiatri, n=153; Uppsala primärvård, n=25; Västernorrland, n=1; VGR, n=8).

Program

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

- **Dalarna primärvård:** Min Vårds hälsoångest-program (5)
- **Stockholm primärvård:** Gustavsbergs hälsoångestprogram (1)
- **Stockholm psykiatri**: Psykiatri Sydvästs hälsoångest-program (153)
- **Uppsala primärvård:** Gustavsbergs hälsoångest-program (25)
- **Västernorrland psykiatri**: Livandas orosprogram (1)
- **VGR primärvård**: Psykologpartners ångestprogram (2), Psykologpartners orosprogram (4)

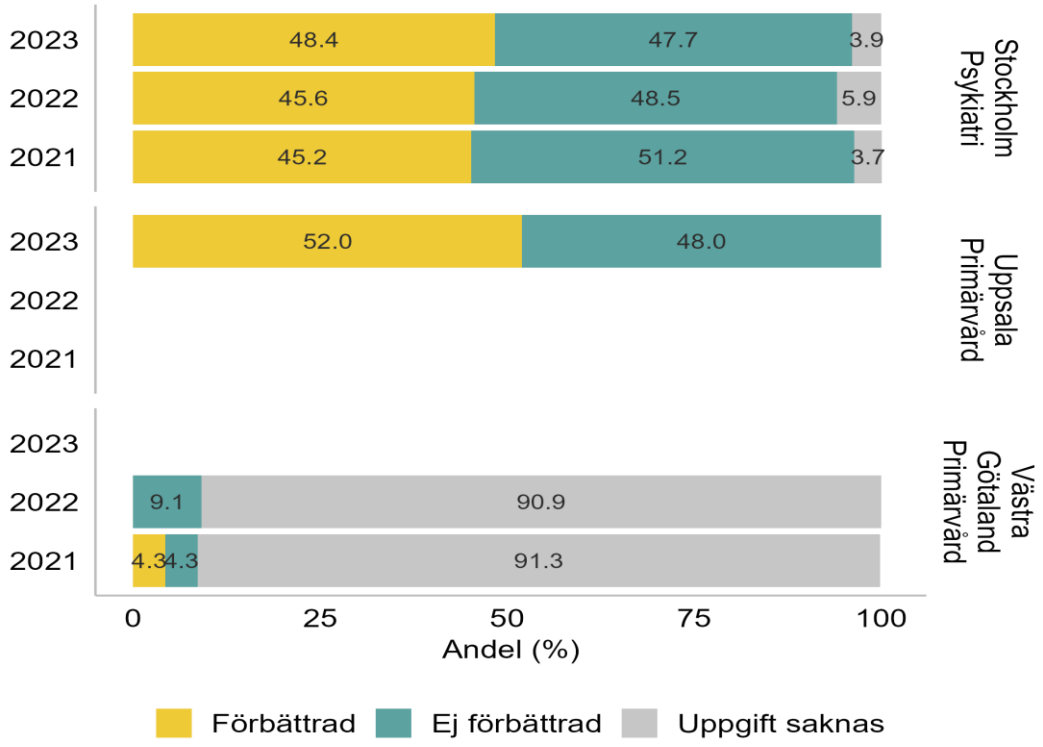
Samsjuklighet

Samsjuklig psykiatrisk diagnos rapporterades för 30 % i Stockholm, för 35 % i Uppsala och för 25% i VGR. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A44 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 ≥ 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.

Behandlingseffekterna var höga i Stockholm psykiatri och Uppsala primärvård.
Effektstorlekar och underlaget avseende SHAI-värden samt antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för de tre senaste finns i tabell A45 i Appendix.
Behandlingsresultaten för de tre senaste åren visas i figur 38, om det finns minst 10 registrerade behandlingar under dessa år.

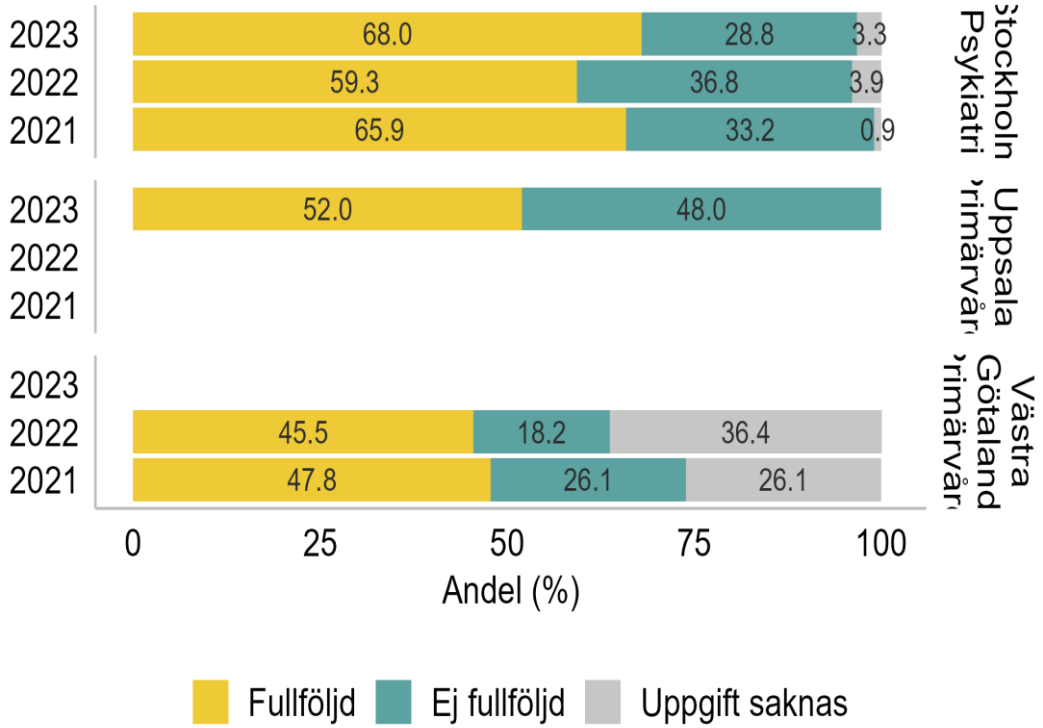


Figur 39.Behandlingsresultat för hälsoångest mätt med SHAI-14, 2021-23

Fullföljande

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för hälsoångest visas i figur 39.



Figur 39. Andel behandlingar för hälsoångest där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Stockholm och Uppsala hade låg till medelhög effekt på funktion. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A46 i Appendix.

Reflektioner över resultaten för hälsoångest i regionerna

Behandlingen för hälsoångest vid Internetpsykiatrin i **Stockholm** fungerar väl med hög andel förbättrade och höga effekt som är förbättrad vid uppföljning.

I år är det första året **Uppsala** rapporterar utfall för programmet för hälsoångest från Gustavsberg. Det fungerar väl med samma höga effekter som i Stockholm och bygger på samma manual.

Vi ser fram emot att **Min vård i Dalarna** ger fler behandlingar så att deras nya program kan utvärderas. Övriga regioner hade för få behandlingar för att kommenteras.

Paniksyndrom

Paniksyndrom är vanligt med livstidsprevalens kring 5 %. Under pågående episod kan funktionsförmågan vara kraftigt nedsatt bland annat på grund av undvikande (agorafobi). KBT enligt Clark & Salkovskis modell är en behandling med god evidens, förmedlad som traditionell KBT eller som IKBT. Stockholm, Uppsala och Örebro har byggt egna behandlingsprogram baserade på denna manual.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2023 registrerades 300 behandlingar för paniksyndrom, F41.0 (Dalarna, n=7; Stockholm, n=133; Uppsala, n=51+1; Västernorrland, n=2; VGR, n=50+2; Örebro, n=53.

Program

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

- **Dalarna primärvård**: Livandas ångestprogram (2), Min Vårds paniksyndrom-program (5)
- **Stockholm psykiatri**: Psykiatri Sydvästs paniksyndrom-program (133)
- **Uppsala primärvård**: Uppsalas paniksyndrom-program (51)
- **Uppsala psykiatri:** Uppsalas paniksyndrom-program (1)
- **Västernorrland psykiatri**: Livandas ångestprogram (2)
- **VGR primärvård**: Psykologpartners ångestprogram (48), Psykologpartners stressprogram (1).
- **VGR psykiatri**: Psykologpartners ångestprogram (2)
- **Örebro**: Örebros paniksyndromprogram (53)

Samsjuklighet

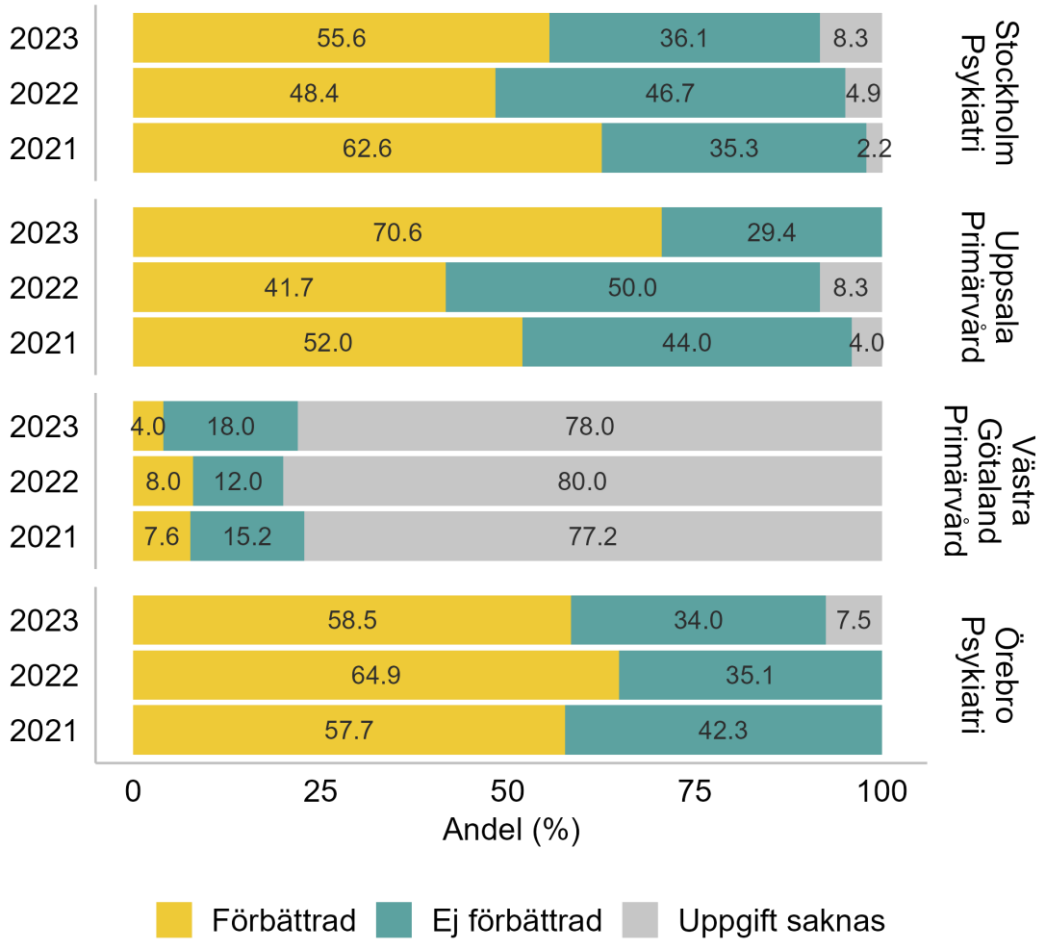
I SibeR registreras agorafobi som samsjuklig diagnos tillsammans med annan psykiatrisk samsjuklighet. Samsjukligheten totalt var cirka 60 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A47 i appendix.

Behandlingseffekt

Andelen förbättrade vid behandling för paniksyndrom mäts med det sjukdomsspecifika måttet Panic Disorder Severity Scale-Self Rated (PDSS-SR; Shear, 2001) och kriteriet ≥ 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, Uppsala och Örebro hade höga effekter med 55–71 % förbättrade. I VGR saknades eftermätning för nästan 80 % av behandlingarna.

Effektstorlekar och underlaget avseende PDSS-SR-värden samt antal mätta vid behandlingsstart, behandlings-avslut och uppföljning för 2021 finns i tabell A48 i Appendix. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren visas i figur 40, om det finns minst 10 behandlade patienter.

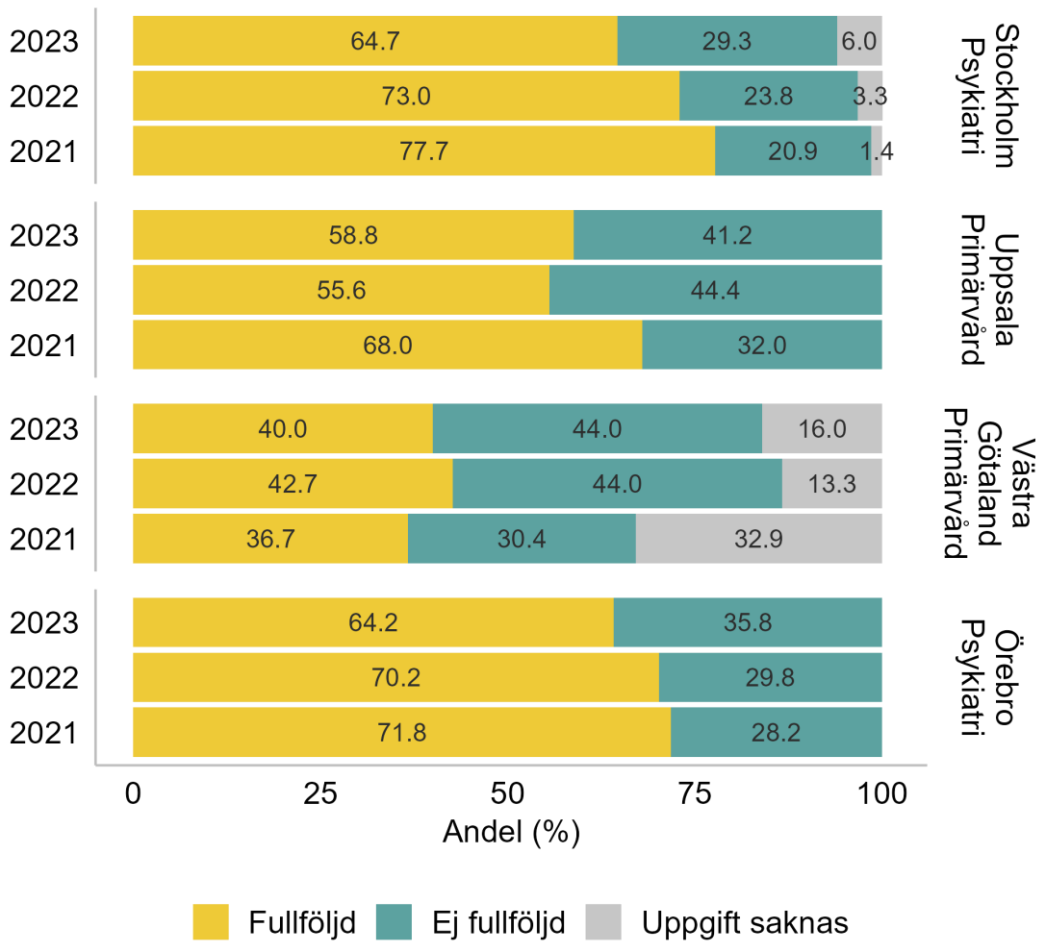


Figur 40.Behandlingsresultat för paniksyndrom mätt med PDSS-SR, 2021–2023

Fullföljande

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för paniksyndrom visas i figur 41.



Figur 41. Andel behandlingar för paniksyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2021–2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Stockholm förbättrade funktionen hos patienterna med hög effektstorlek, och i Uppsala och Örebro med medelhög effektstorlek. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A49 i Appendix.

Reflektioner över resultaten för paniksyndrom i regionerna

Behandlingseffekten för paniksyndrom är mycket goda i **Stockholm**, **Uppsala** och **Örebro**.

I **VGR** saknades eftermätning för cirka 80 %. Vi ser att det är en lägre andel som fullföljer behandlingarna. Det vore bra med en översyn av organisation, programutbud och utbildning.

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

Social fobi

Social fobi eller socialt ångestsyndrom är ett av de vanligaste ångestsyndromen med beräknad prevalens på cirka 15 %, varav svår social fobi beräknas uppgå till 2 % i befolkningen. Samsjuklighet med depression är hög och social fobi kan vara en påtaglig sårbarhetsfaktor för recidiverande

depressioner. KBT prioriteras högt i nationella riktlinjer och det finns god evidens för IKBT för social fobi.

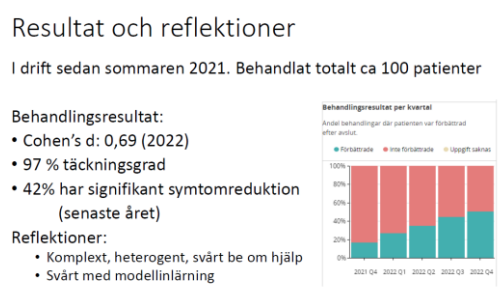
Nationellt lärande om IKBT för social ångest

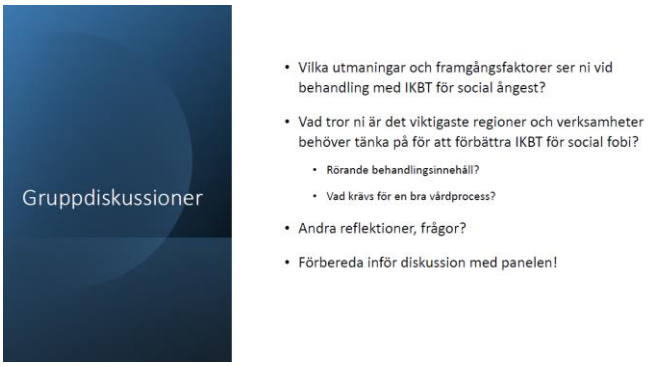
Eftermiddagen på SibeRs inspirationsdag februari 2023 ägnades åt social fobi. Under pandemin hade vi diskuterat behovet av att ha en lärande workshop eftersom Stockholm och Örebro sett att behandlingseffekterna var rätt låga för social fobi med bara cirka 25 % förbättrade.

Temat inleddes av professor Gerhard Andersson som varit forskningsledare för de så kallade SOFIE-studierna om IKBT för social fobi allt sedan 2003. I de kontrollerade studierna har man sett goda effekter på kort och lång sikt upp till 5 år. Varför såg vi inte samma effekter i reguljär vård?

Lina Ciardella från Uppsala, Erik Forsell från Stockholm och Julia Persson-Saka från Örebro beskrev sina enheters behandlingsprogram och vårdprocesser samt reflekterade över sina resultat. Alla deltagare under dagen satt sedan i gruppdiskussioner med frågor och synpunkter som fördes vidare till en paneldiskussion.

Från Inspirationsdagen, Örebros resultat och reflektioner





Några viktiga synpunkter gällde hur man kan underlätta exponering för situationer och upplevelser som personer med social ångest försöker undvika. Flera goda idéer framkom, exempelvis att kombinera IKBT med Virtuell exponering (VR), och att stuva om i behandlingsupplägg.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2023 registrerades 433 behandlingar för social fobi, F40.1 (Dalarna, n=9; Skåne, n=2; Stockholm psykiatri, n=215; Uppsala primärvård, n=89; Västernorrland, n=4; 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) vet ej (2)
- **Skåne:** Livandas ångestprogram (2)
- **Stockholm psykiatri**: Psykiatri Sydvästs social fobi-program (215)
- **Uppsala primärvård**: Uppsalas socialfobi-program (89)
- **Västernorrland psykiatri**: Livandas ångestprogram (4), 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)

Samsjuklighet

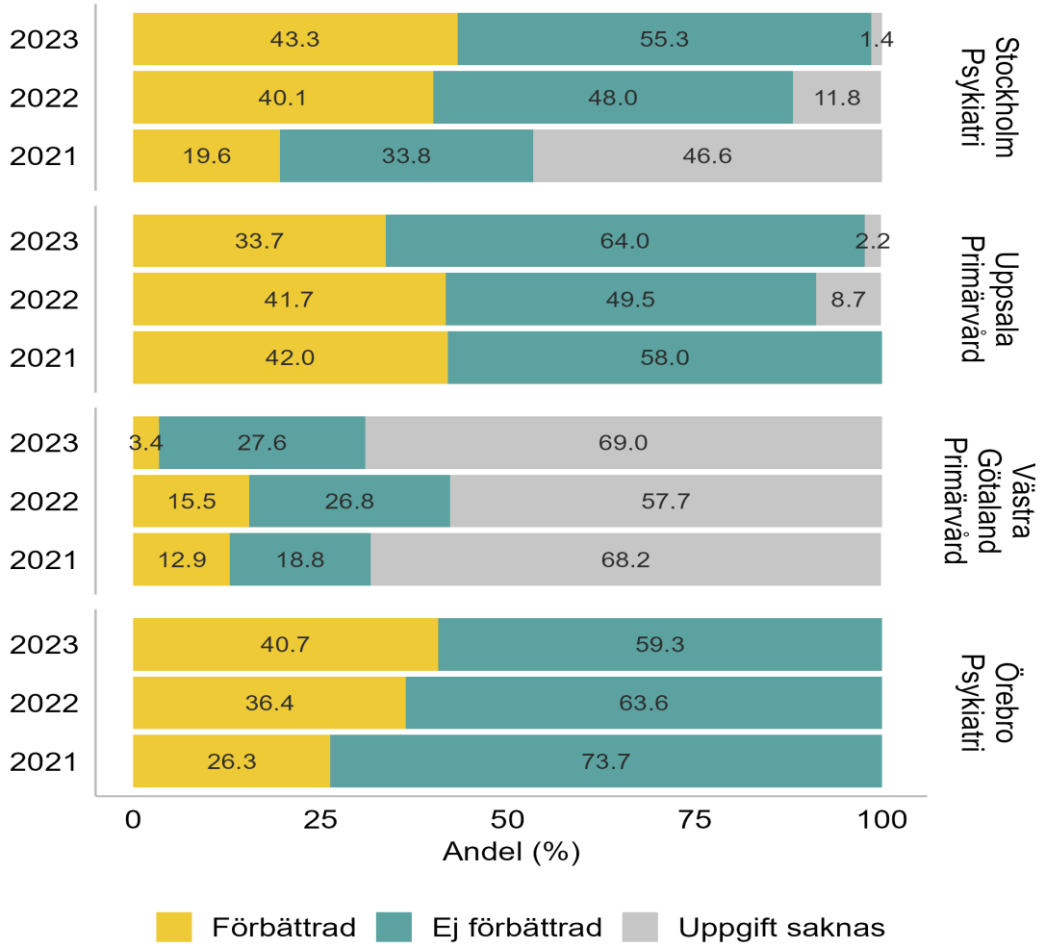
Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos fanns hos ungefär 40 % i snitt. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A50 i appendix.

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 ≥ 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 varierade mellan 33–43 %. Det var låga effekter i VGR för behandlingar med eftermätning där den också saknades för 70 % av behandlingarna.

Effektstorlekar och underlaget avseende SPIN-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlings-avslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2023 finns i tabell A50 i Appendix. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren visas för regioner och vårdgrenar i figur 42 för SPIN, om det finns minst 10 startade behandlingar.

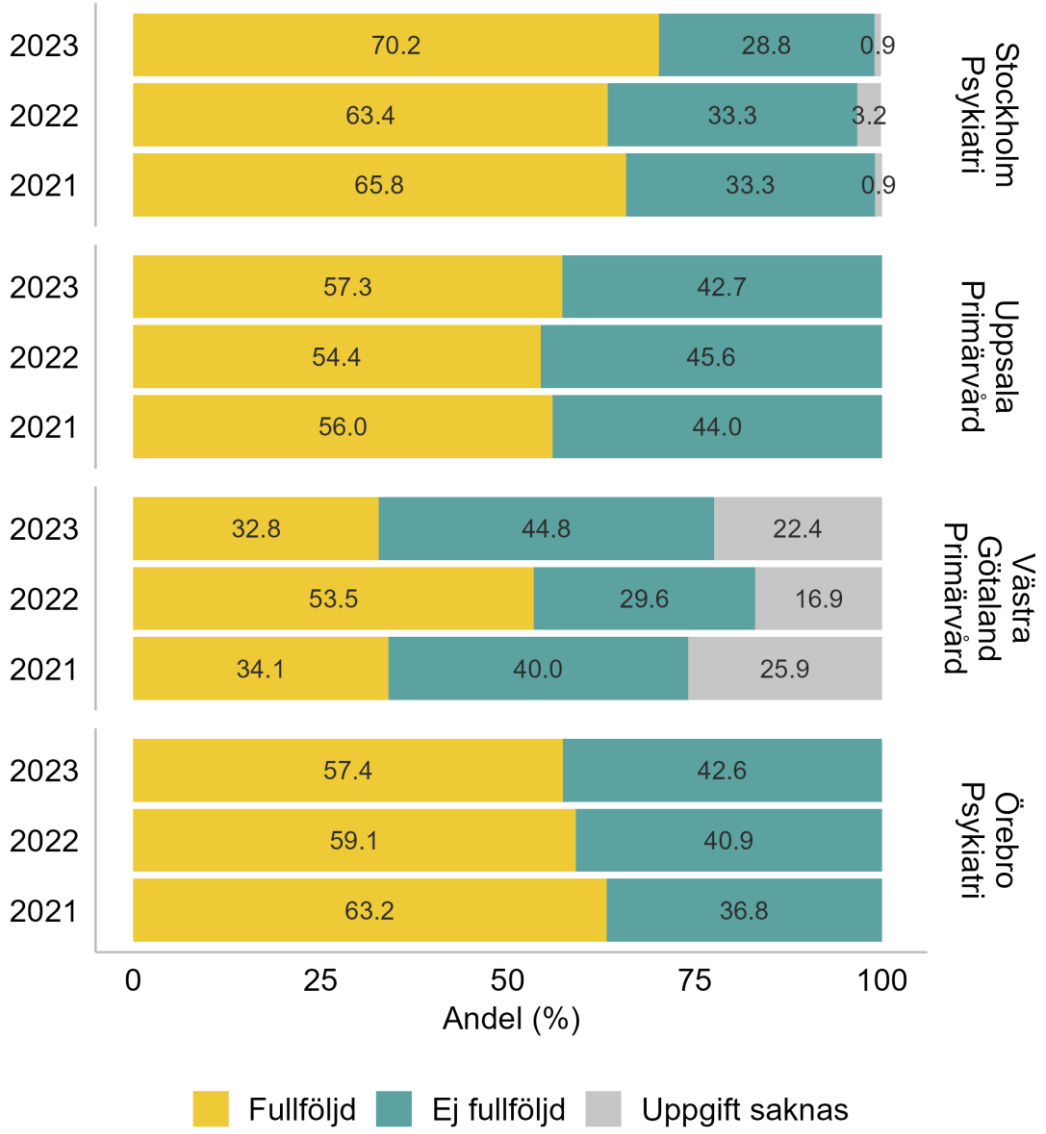


Figur 42. Behandlingsresultat vid behandling av social fobi mätt med SPIN, 2021–2023

Fullföljande

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för social fobi visas i figur 43.



Figur 43. Andel behandlingar för social fobi där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2021–2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Funktionen hos patienterna förbättrades i Uppsala, Stockholm och Örebro. För Stockholm och Örebro ses ytterligare förbättrad funktion vid uppföljning. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A52 i Appendix.

Reflektioner över resultaten för social fobi i regionerna

Behandlingarna för social fobi vid Internetpsykiatrin i **Stockholm, Uppsala primärvård och Örebro** fungerar nu väl med höga effekter och högre andel förbättrade än 2021. Det var 57 – 70 % av

patienter som fullföljde behandlingstiden vilket ger utrymme för att systematiskt minska undvikanden som isolerar och hindrar frihet i sociala sammanhang. IKBT är en korttidsbehandling och vi kan inte vänta oss man blir återställd på ett kvartal från ofta livslånga tanke- och beteendemönster. Liksom i studierna ser vi ytterligare förbättringar vid uppföljning.

För **VGR primärvård** saknades eftermätning för 70 % av behandlingarna. Man har en lägre andel som fullföljer behandling och har inte heller tillgång till specifikt program för socialt ångestsyndrom.
För övriga regioner var det för litet antal behandlingar för att kommentera.

Tvångssyndrom

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

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2023 registrerades 265 behandlingar för tvångssyndrom, F42.2 och F42.9, (Stockholm, n=257; Uppsala, n=1 och VGR, n=7).

Program

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

- **Stockholm psykiatri**: Psykiatri Sydvästs OCD-program (257)
- **Uppsala primärvård**: Uppsalas OCD-program (1)
- **VGR primärvård**: Psykologpartners ångestprogram (7)

Samsjuklighet

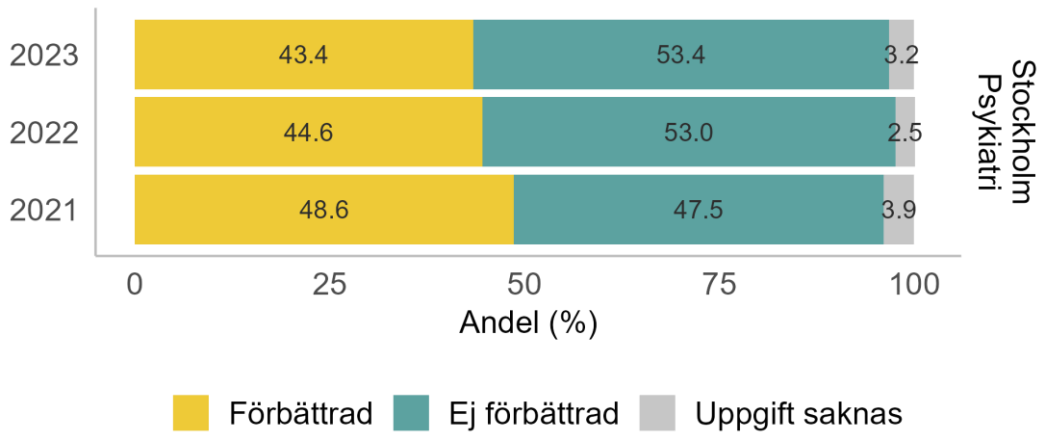
Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos fanns hos 30 % av patienterna i Stockholm. Andelar som saknade samsjuklig diagnos var totalt 72 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A53 i appendix.

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 ≥ 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 medel-till hög effekt mätt med OCI-R. Effektstorlekar och underlaget avseende OCI-R-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning finns i tabell A54 i Appendix.

Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för senaste tre åren visas i figur 44 för Stockholm, som var den enda anslutna regionen under året som registrerade minst 10 patienter.

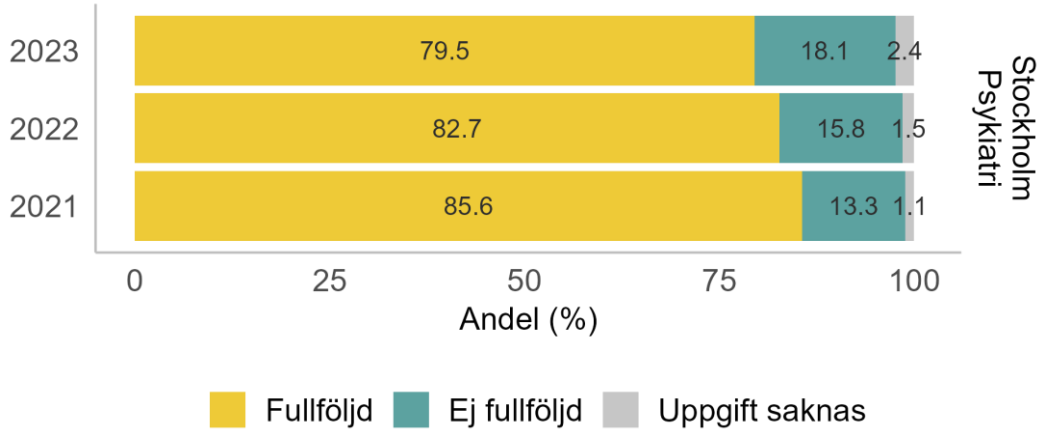


Figur 44. Behandlingsresultat vid tvångssyndrom mätt med OCI-R, 2021–2023

Fullföljande

Överenskommen behandlingslängd

Det var en hög andel, kring 80 %, som fullföljde behandlingstiden i Stockholm.
Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för tvångssyndrom visas i figur 45.



Figur 45. Andel behandlingar för tvångssyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2021–2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Stockholm gav medelhög effekt på förbättrad funktion. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A55 i Appendix.

Reflektioner över resultaten för tvångssyndrom i regionerna

Behandling för tvångssyndrom hos vuxna har nu rapporterats i SibeR i fyra år och vi kan nu följa hur behandlingen fungerar i reguljär vård. Behandlingen på OCD-programmet i **Stockholm** med Internetpsykiatris program för tvångssyndrom verkar accepteras väl av patienterna med en hög andel som fullföljer överenskommen behandlingslängd, dock med liten tendens till lägre effekt under åren. Det var ett fåtal behandlingar för tvångssyndrom i **VGR primärvård** och **Uppsala primärvård** och därför svårt att kommentera. Vi ser fram emot att nästa år ta del av resultaten för Uppsalas program som baseras på samma manual som programmet i Stockholm.

Ångesttillstånd

Den största diagnosgruppen i SibeR 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 diagnosticerade specifika ångestsyndrom, ibland kanske ångest som del i en odiagnostiserad egentlig depression.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2023 registrerades 663 behandlingar för ångesttillstånd, till cirka 90 procent ospecificerade.

Tabell 16. Fördelning av ICD-diagnoser inom ångesttillstånd i regionerna, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F41.3.Andra. blandade.ångesttillstånd	F41.8.Andra. specificerade.ångesttillstånd	F41.9.Ångesttillstånd.. ospecificerat
Dalarna	Primärvård	41	9.8% (n=4)	2.4% (n=1)	87.8% (n=36)
Dalarna	Psykiatri	1	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Norrbotten	Primärvård	1	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)
Skåne	Psykiatri	10	10.0% (n=1)	10.0% (n=1)	80.0% (n=8)
Stockholm	Primärvård	4	0.0% (n=0)	25.0% (n=1)	75.0% (n=3)
Stockholm	Psykiatri	1	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)
Uppsala	Primärvård	27	14.8% (n=4)	3.7% (n=1)	81.5% (n=22)
Västerbotten	Psykiatri	2	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=2)
Västernorrland	Psykiatri	3	33.3% (n=1)	33.3% (n=1)	33.3% (n=1)
Västra Götaland	Primärvård	564	3.4% (n=19)	6.0% (n=34)	90.6% (n=511)
Västra Götaland	Psykiatri	8	12.5% (n=1)	0.0% (n=0)	87.5% (n=7)
Östergötland	Primärvård	1	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)
Totalt	Totalt	663	4.7% (n=31)	5.9% (n=39)	89.4% (n=593)

Program

Programmen finns beskrivna på SibeRs websida. Patienter fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård**: Livandas orosprogram (9), Livandas ångestprogram (12), Min Vårds ångest-program (16), Livandas stressprogam (3)
- **Dalarna psykiatri**; Livandas ångestprogram (1)
- **Norrbotten**: Livandas orosprogram (1)
- **Skåne psykiatri**: Livandas ångestprogram (7), Livandas orosprogram (1)
- **Stockholm primärvård**: Gustavsbergs hälsoångestprogram (3), Gustavsbergs stressprogram (1)
- **Stockholm psykiatri Capio**: Livandas ångestprogram (1)
- **Uppsala primärvård**: Uppsalas orosprogram (20), Gustavsbergs stressprogram (1), Gustavsbergs hälsoångestprogram (1)
- **Västerbotten psykiatri**: Livandas orosprogram (2)
- **Västernorrland psykiatri**: Livandas orosprogram (2)
- **VGR primärvård**: Psykologpartners ångestprogram (358), Psykologpartners orosprogram (180), Psykologpartners stressprogram (2), VGRs sömnprogram (1)

- **VGR psykiatri**: Psykologpartners orosprogram (2), Psykologpartners ångestprogram (3), Psykologpartners stressprogram (2)
- **Östergötland**: Psykologpartners orosprogram (1)

Samsjuklighet

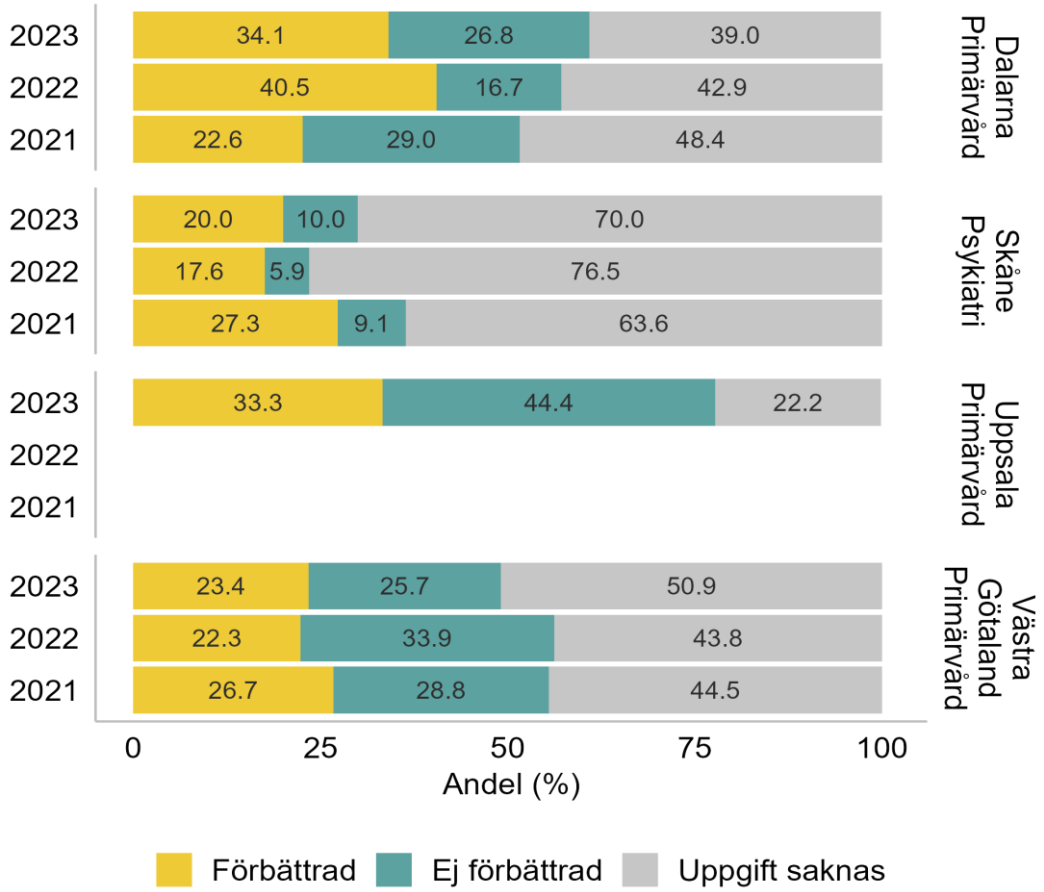
Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos fanns hos cirka 20 % av patienterna totalt. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A56 i appendix.

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för ångesttillstånd mäts med det sjukdomsspecifika måttet Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al, 2006) och kriteriet ≥ 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 behandlingar med eftermätning i Dalarna, Uppsala och VGR var behandlingseffekten hög, men det saknades eftermätning för 40 % i Dalarna, 23% i Uppsala och för 50 % av behandlingarna i VGR.

Effektstorlekar och underlaget avseende GAD-7-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning finns i tabell A57 i Appendix. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren visas i figur 46, om det finns minst 10 startade behandlingar.

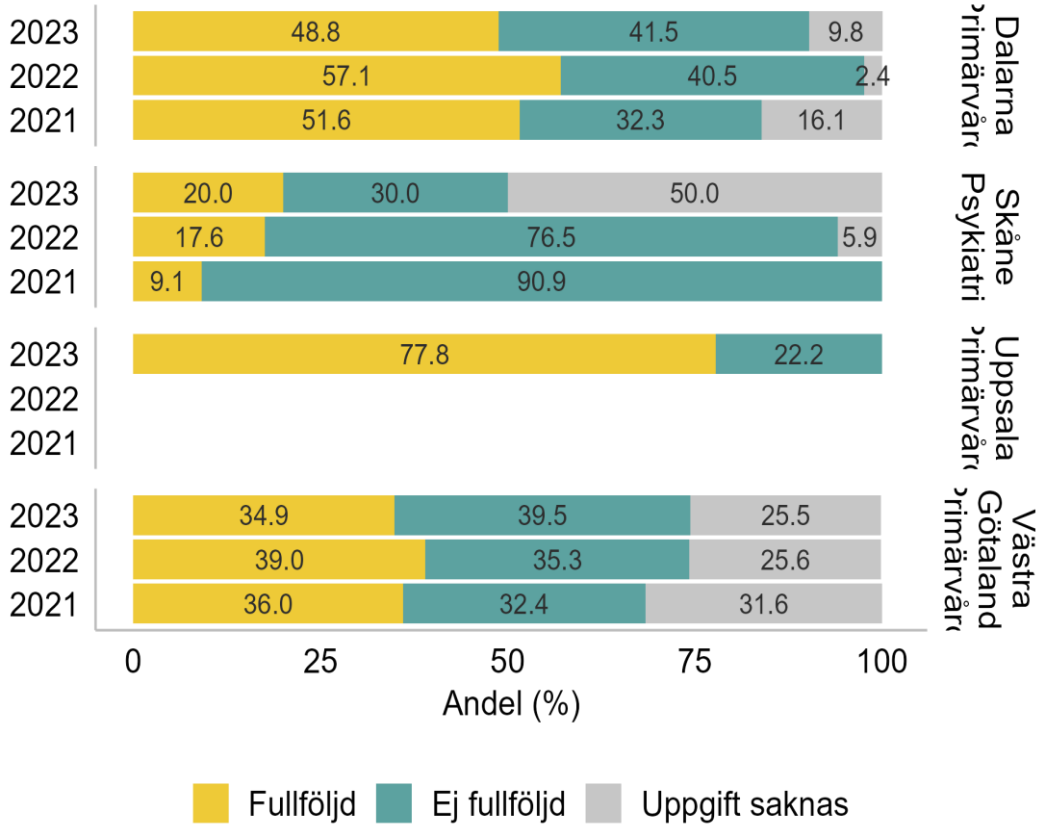


Figur 46. Behandlingsresultat för ospecifika ångesttillstånd mätt med GAD-7, 2021-23

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för ospecifikt ångesttillstånd visas i figur 47, om minst tio behandlingar. Andelen som fullföljde behandling var hög i Uppsala (nästan 80%), men lägre i Dalarna (50%), VGR (35 %) och Skåne (20%).



Figur 47. Andel behandlingar för ospecifika ångesttillstånd där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2021–2023

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Uppsala hade medelhög effekt på funktion. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A58 i Appendix.

Reflektion över resultaten för ångesttillstånd

Majoriteten av ångesttillstånd (564/663, 85 %) hade behandlats i **VGR primärvård**. Eftersom det saknades eftermätning för 50 % är det svårt att värdera om behandlingarna var verksamma. För behandlingar med eftermätning var det hög effekt.

Samma gäller behandlingen för ångesttillstånd i **Dalarna primärvård** eftersom eftermätningar saknades för 40 %, likaså för **Skåne psykiatri** där det saknades eftermätning för 70 %. I dessa regioner behövs återkoppling med fortsatt utbildning och utveckling av rutiner. I **Uppsala** hade man högre andel som fullföljde behandlingen som till största delen bestod av regionens program för orosbehandling som också ges vid GAD.

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 förmätningsvärden minus medelvärdet av eftermätningsvärden, 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 2023 inklusive uppgifter från regioner som inte är anslutna eller pausat anslutning samt piloter. Baseras på statistik från Inera om avslutade behandlingsprogram i Stöd och Behandlingsplattformen samt SibeR för registrerade

Region	Vårdgren	Antal avslutade program	Antal Registrerade i SibeR	Kommentar	Registrerade på etablerade verksamheter	Täcknings grad Etablerad verksamhet
Blekinge						
	Totalt	0				
Dalarna*						
	Primärvård, decentr.	470	109		109/470	23%
	Min Vård	*120	110	*Ej SoB	110/120	**92%**
	Psykiatri	70	29		29/70	41%
	Unga	43	4		4/43	10%
	Totalt	703	252		252/703	36 %
Gotland						
	Primärvård	0	0			
	Unga	2	0			
	Totalt	2	0			
Gävleborg						
	Primärvård, decentr.	212	0			
	Unga	0				
	Totalt	212	0			
Halland						
	Primärvård, decentr.	445	0			
	Psykiatri	0				
	Unga	5	0			
	Totalt	450	0			
Jämtland						
	Primärvård, decentr.	440	0			
	Psykiatri	50	0			
	Unga, BUP	50	38		38/50	**76%**
	Totalt	422	38			
Jönköping						
	Primärvård, decentr.	1270	0			
	Psykiatri	50	0			
	Unga	100	0			
	Totalt	1420	0			
Kalmar						
	Primärvård, decentr.	453	0	Pausad		
	Psykiatri	55	0	anslutning		
	Unga, BUP	20	0			
	Totalt	528	0			
Kronoberg						
	Primärvård, decentr.	278	0			
	Psykiatri	58	0			
	Unga, BUP	0	0			
	Totalt	336	0			
Norrbotten						
	Primärvård, decentr.	217	7	Pilot 2023		
	Psykiatri	10				
	Unga	0				
	Totalt	227	7			
Skåne						
	Primärvård, decentr.	3140	0			
	Psykiatri	123	49		49/123	40%
	Unga, BUP	222	163		163/222	**73%**
	Totalt	3440	212		212/345	**61%**

Region	Vårdgren	Antal avslut. program	Registrerade	Kommentar	Registrerade på ansluten och etablerad verksamhet	Täckningsgrad Etablerad verksamhet
Stockholm						
	Primärvård, decentr.	1400	69	SLSO: 116	69/116	59%
	Psykiatri	2200	1705		1705/2400	**78 %**
	BUP	245	239		239/245	**98%**
	Totalt	3845	1687		**2013/2761**	**73%**
Sörmland						
	Primärvård, decentr.	1010	0	pausad		
	Psykiatri	0		anslutning		-
	Unga, inkl BUP	110	0			
	Totalt	1110	0			
Uppsala						
	Primärvård	840	840		840/840	**100 %**
	Psykiatri	5	4		4/5	**80 %**
	Unga	30	1	ny		
	Totalt	875	845		**844/845**	**99%**
Värmland						
	Primärvård, decentr.	290	0	Anslöt		
	Psykiatri	20	0	Q4		
	Unga	40	0			
	Totalt	350	0			
Västerbotten						
	Primärvård, decentr.	705	0	Pausad		
	Psykiatri	55	4	anslutning		
	Unga	0	0			
	Totalt	760	4			
Västernorrland						
	Primärvård, decentr.	160	0			
	Psykiatri	70	28		28/70	40 %
	Unga	0				
	Totalt	230	28			
Västmanland						
	Primärvård, decentr.	330	0	Pausad		
	Psykiatri	19	0	anslutning		
	Unga	3	0			
	Totalt	352	0			
Västra Götaland						
	Primärvård, decentr.	2315	1437		1437/2315	**62 %**
	Psykiatri	53	35		35/53	**66 %**
	Unga, BUP	260	168		168/260	**65 %**
	Totalt	2628	1640		1640/2610	**63%**
Örebro						
	Psykiatri/primärvård	318	240		240/318	**75 %**
	Unga	1	0			
	Totalt	319	240			
Östergötland						
	Primärvård, decentr.	1100	11	Test		
	Psykiatri	25	0	mjukvaru-		
	Unga	275	0	robot		
	Totalt	1400	11			
Anslutna		7702	5288	**Utan piloter**	**5268/7702**	**68 %**
Alla regioner	Alla vårdgrenar	19 609	5268			

*Regioner och vårdgrenar med fetad text har verksamhet som är ansluten till SibeR

Tabell A2. Antal dagar mellan Aktualiserad för psykologisk behandling och Behandlingsstart (minsta, median, maximalt och kvartiler; n= 5289)

Region	Vårdgren	Antal	Min	Median	Max	Q1	Q3
Dalarna	Primärvård	223	0	11.0	287	1.50	28.00
	Psykiatri	29	21	48.0	248	33.00	84.00
Jämtland	BUP	38	6	51.5	146	26.75	73.50
Norrbotten	Primärvård	7	0	44.0	64	19.50	60.00
Skåne	Psykiatri	212	0	36.5	357	20.75	62.25
Stockholm	Primärvård	69	0	24.0	270	7.00	40.00
	Psykiatri	1944	0	31.0	330	20.00	50.00
Uppsala	Primärvård	841	0	16.0	145	8.00	27.00
	Psykiatri	2	11	57.5	104	34.25	80.75
Västerbotten	Psykiatri	4	0	353.5	356	264.75	354.50
Västernorrland	Psykiatri	28	0	22.5	140	13.25	41.25
Västra Götaland	Psykiatri	39	0	12.0	273	0.00	32.00
	Primärvård	1601	0	14.0	335	3.00	36.00
Örebro	Psykiatri	240	2	20.0	92	10.00	27.00
Östergötland	Primärvård	11	6	25.0	245	16.00	65.50
Totalt	Totalt	5289	0	23.0	357	10.00	41.00

Ångesttillstånd unga

Tabell A3-A5

Tabell A3. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för ångesttillstånd hos unga, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	4	75% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	25% (n = 1)
Jämtland	Psykiatri	20	60% (n = 12)	30% (n = 6)	5% (n = 1)	5% (n = 1)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	62	95.2% (n = 59)	3.2% (n = 2)	1.6% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	32	50% (n = 16)	31.2% (n = 10)	15.6% (n = 5)	3.1% (n = 1)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	138	62.3% (n = 86)	18.8% (n = 26)	0.7% (n = 1)	0% (n = 0)	18.1% (n = 25)
Totalt	Totalt	257	68.9% (n = 177)	17.1% (n = 44)	3.1% (n = 8)	0.8% (n = 2)	10.1% (n = 26)

Tabell A4. Grad av ångest- och depressionssymtom vid ångesttillstånd unga mätt med RCADS-47 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2023

				RCADS-47			RCADS-47 förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Jämtland	Psykiatri	Start	20	20	55.4	24.8	-	-	(-, -)
		Avslut	20	13	40.7	22.1	7	0.28	(0.02, 0.54)
		Uppföljning	20	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	62	57	61.7	23.6	-	-	(-, -)
		Avslut	62	30	50.6	27.1	10.7	0.45	(0.21, 0.7)
		Uppföljning	62	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	32	30	55.8	23.5	-	-	(-, -)
		Avslut	32	25	48.2	23.5	6.6	0.28	(0, 0.57)
		Uppföljning	32	8	37.4	18	17.88	0.76	(0.27, 1.25)
Uppsala	Primärvård	Start	1	1	53	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	57	-	-4	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	138	80	63.2	19.5	-	-	(-, -)
		Avslut	138	48	56.8	27	6.5	0.33	(0.13, 0.53)
		Uppföljning	138	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A5. Effektstorlekar och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 (10-50 poäng där 50 är högst livskvalitet) vid behandling av ångestsyndrom hos unga i regioner och vårdgrenar, 2023

				KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Jämtland	Psykiatri	Start	20	20	37.7	6.2	-	-	(-, -)
		Avslut	20	9	39.3	5.5	-0.78	-0.12	(-0.64, 0.39)

				KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
		Uppföljning	20	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	62	55	34.3	6.3	-	-	(-, -)
		Avslut	62	31	36.6	6.3	1.74	0.28	(0.05, 0.51)
		Uppföljning	62	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	32	30	35.5	5.1	-	-	(-, -)
		Avslut	32	19	36.6	5.4	0.68	0.13	(-0.25, 0.52)
		Uppföljning	32	5	37.8	6.2	-0.2	-0.04	(-1.04, 0.96)
Uppsala	Primärvård	Start	1	1	36	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	44	-	8	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	138	92	31.7	6	-	-	(-, -)
		Avslut	138	43	33.5	6.6	0.91	0.15	(-0.1, 0.41)
		Uppföljning	138	0	-	-	-	-	(-, -)

Social fobi hos unga

Tabell A6-A8

Tabell A6. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för social fobi hos unga, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Jämtland	Psykiatri	18	50% (n = 9)	33.3% (n = 6)	11.1% (n = 2)	5.6% (n = 1)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	49	93.9% (n = 46)	6.1% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	41	53.7% (n = 22)	34.1% (n = 14)	9.8% (n = 4)	2.4% (n = 1)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	21	66.7% (n = 14)	4.8% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	28.6% (n = 6)
Totalt	Totalt	129	70.5% (n = 91)	18.6% (n = 24)	4.7% (n = 6)	1.6% (n = 2)	4.7% (n = 6)

Tabell A7. Depressions och ångestsymtom vid behandling av social fobi mätt med RCADS vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2023

				RCADS-47			RCADS-47 förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Jämtland	Psykiatri	Start	18	18	61.9	15.7	-	-	(-, -)
		Avslut	18	14	48.6	21	16.64	1.06	(0.45, 1.67)
		Uppföljning	18	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	49	47	67.4	24	-	-	(-, -)
		Avslut	49	32	62.2	23.9	11.59	0.48	(0.22, 0.74)
		Uppföljning	49	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	41	41	60.8	21.1	-	-	(-, -)
		Avslut	41	32	53.6	22.3	7.19	0.34	(0.1, 0.58)
		Uppföljning	41	9	48.7	22.5	7.22		
Västra Götaland	Primärvård	Start	21	15	64.1	19.9	-	-	(-, -)
		Avslut	21	11	58.7	21.5	5.55	0.28	(0.1, 0.45)
		Uppföljning	21	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A8. Effektstorlekar och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 (10–50 poäng där 50 är högst livskvalitet) vid behandling av social fobi hos unga i regioner och vårdgrenar, 2023

				KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Jämtland	Psykiatri	Start	18	18	33.2	5.1	-	-	(-, -)
		Avslut	18	10	33.9	6	2.4	0.47	(-0.11, 1.05)
		Uppföljning	18	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	49	46	30.2	5.5	-	-	(-, -)
		Avslut	49	30	33.3	4.8	3.3	0.6	(0.24, 0.96)
		Uppföljning	49	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	41	41	32.5	5.5	-	-	(-, -)
		Avslut	41	23	34	7.4	-0.09	-0.02	(-0.41, 0.38)
		Uppföljning	41	3	41.3	5	3.67		
Västra Götaland	Primärvård	Start	21	16	32.2	4.5	-	-	(-, -)
		Avslut	21	11	31.7	5.6	-0.18	-0.04	(-0.73, 0.65)
		Uppföljning	21	0	-	-	-	-	(-, -)

Tvångssyndrom/OCD hos unga

Tabell A9-A11

Tabell A9. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för tvångssyndrom hos unga, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Skåne	Psykiatri	52	92.3% (n = 48)	5.8% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	1.9% (n = 1)
Stockholm	Psykiatri	90	75.6% (n = 68)	14.4% (n = 13)	7.8% (n = 7)	2.2% (n = 2)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	5	60% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	40% (n = 2)
Västra Götaland	Psykiatri	4	25% (n = 1)	25% (n = 1)	50% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	151	79.5% (n = 120)	11.3% (n = 17)	6% (n = 9)	1.3% (n = 2)	2% (n = 3)

Tabell A10. Grad av tvångssymtom mätt med OCI-CV vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2023

				OCI-CV			OCI-CV förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Skåne	Psykiatri	Start	52	47	19.7	8.7	-	-	(-, -)
		Avslut	52	29	16.1	7.5	4.34	0.5	(0.23, 0.77)
		Uppföljning	52	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	90	67	18.5	8.7	-	-	(-, -)
		Avslut	90	25	15.2	8.4	4.96	0.57	(0.36, 0.78)
		Uppföljning	90	3	12	4.6	9		
Västra Götaland	Primärvård	Start	5	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	5	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	4	4	11.8	9.6	-	-	(-, -)
		Avslut	4	3	11	10.4	1.67		
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A11. 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, 2023

				KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Skåne	Psykiatri	Start	52	49	36.5	6.1	-	-	(-, -)
		Avslut	52	30	38.1	7.5	1.27	0.21	(-0.17, 0.58)
		Uppföljning	52	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	90	12	38.3	4.9	-	-	(-, -)
		Avslut	90	4	41.2	2.9	3.25		
		Uppföljning	90	3	44	2.6	3.33		
Västra Götaland	Primärvård	Start	5	4	39.8	5.7	-	-	(-, -)
		Avslut	5	3	39.7	3.8	1		
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	4	4	33.8	7.6	-	-	(-, -)
		Avslut	4	3	36.3	6.1	3.67		
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)

Magbesvär/IBS hos unga

Tabell A12-A15

Tabell A12. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för magbesvär hos unga, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	76	80.3% (n = 61)	18.4% (n = 14)	0% (n = 0)	1.3% (n = 1)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	76	80.3% (n = 61)	18.4% (n = 14)	0% (n = 0)	1.3% (n = 1)	0% (n = 0)

Tabell A13. Grad av magbesvär mätt med PedsQL Gastro vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2023

				PedsQL Gastro			PedsQL Gastro förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	76	74	55.5	16.1	-	-	(-, -)
		Avslut	76	62	59.9	17.5	5.21	0.32	(0.13, 0.52)
		Uppföljning	76	17	70.0	16.2	15.24	0.95	(0.57, 1.32)

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

Tabell A14. Undvikanden och kontrollbeteenden mätt med BRQ-C vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar för förändring inom individer, 2023

				BRQ-C			BRQ-C förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	76	75	37.8	11.4	-	-	(-, -)
		Avslut	76	48	30.7	12.3	8.1	0.71	(0.42, 1)
		Uppföljning	76	17	28.1	12.0	11.47	1	(0.65, 1.36)

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 A15. Effektstorlekar och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 vid behandling av magbesvär hos unga i regioner och vårdgrenar, 2023

				KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	76	75	36.9	6.3	-	-	(-, -)
		Avslut	76	46	38.2	5.7	1.22	0.19	(-0.08, 0.47)
		Uppföljning	76	17	39.9	5.2	3.47	0.56	(0.17, 0.94)

ADHD hos vuxna

Tabell A16-A17

Tabell A16. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för ADHD hos vuxna, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	3	33.3% (n = 1)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)
Dalarna	Psykiatri	23	39.1% (n = 9)	21.7% (n = 5)	13% (n = 3)	13% (n = 3)	13% (n = 3)
Skåne	Psykiatri	24	70.8% (n = 17)	16.7% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	12.5% (n = 3)
Västernorrland	Psykiatri	3	33.3% (n = 1)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)
Totalt	Totalt	53	52.8% (n = 28)	20.8% (n = 11)	5.7% (n = 3)	5.7% (n = 3)	15.1% (n = 8)

Tabell A17. Grad av ADHD-relaterad livskvalitet mätt med AaQoL vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2023

				AAQoL			AAQoL förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	23	20	46.1	15	-	-	(-, -)
		Avslut	23	11	47.5	18.7	1.82	0.12	(-0.34, 0.58)
		Uppföljning	23	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	24	22	48.5	15.3	-	-	(-, -)
		Avslut	24	9	56	18.2	7.22	0.47	(-0.04, 0.98)
		Uppföljning	24	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	2	47	0	-	-	(-, -)
		Avslut	3	1	53	-	6	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)

Alkoholbrukssyndrom hos vuxna

Tabell A18-A19

Tabell A18. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för alkoholbrukssyndrom hos vuxna, 2023

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)
Stockholm	Psykiatri	58	89.7% (n = 52)	5.2% (n = 3)	3.4% (n = 2)	1.7% (n = 1)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	59	89.8% (n = 53)	5.1% (n = 3)	3.4% (n = 2)	1.7% (n = 1)	0% (n = 0)

Tabell A19. Alkoholkonsumtion i antal standardglas senaste veckan mätt med TLFB vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2023

				TLFB			TLFB förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	58	58	14	15.8	-	-	(-, -)
		Avslut	58	37	6.6	8.4	5.59	0.35	(0.07, 0.64)
		Uppföljning	58	0	-	-	-	-	(-, -)

Hetsätning hos vuxna

Tabell A20-A21

Tabell A20. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för hetsätning hos vuxna, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	246	81.3% (n = 200)	13.8% (n = 34)	4.5% (n = 11)	0% (n = 0)	0.4% (n = 1)
Totalt	Totalt	246	81.3% (n = 200)	13.8% (n = 34)	4.5% (n = 11)	0% (n = 0)	0.4% (n = 1)

Tabell A21. Grad av ätstörning mätt med EDE-Q vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2023

				EDE-Q			EDE-Q förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	246	240	3.8	1.0	-	-	(-, -)
		Avslut	246	129	2.2	1.2	1.57	1.53	(1.35, 1.71)
		Uppföljning	246	39	1.6	1.0	2.06	2.01	(1.68, 2.34)

Magbesvär/IBS hos vuxna

Tabell A22-A25

Tabell A22. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för IBS hos vuxna, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	59	93.2% (n = 55)	6.8% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	59	93.2% (n = 55)	6.8% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)

Tabell A23. Grad av magbesvär mätt med GSRS vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2023

					GSRS		GSRS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	59	58	48.0	12.5	-	-	(-, -)
		Avslut	59	58	37.1	13.0	10.86	0.87	(0.61, 1.12)
		Uppföljning	59	35	36.7	12.9	11.34	0.91	(0.48, 1.33)

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 ≥30%.

Tabell A24. Undvikanden och kontrollbeteenden mätt med BRQ vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2023

					BRQ		BRQ förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	59	58	100.9	20.8	-	-	(-, -)
		Avslut	59	58	71.4	26.4	29.34	1.41	(1.11, 1.71)
		Uppföljning	59	35	62.7	22.6	40.03	1.92	(1.5, 2.35)

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 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 IBS hos vuxna, 2023

					WHODAS		WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	59	59	24.6	13.2	-	-	(-, -)
		Avslut	59	52	16.5	16.0	7.73	0.59	(0.36, 0.81)
		Uppföljning	59	34	13.1	11.8	13.38	1.02	(0.7, 1.33)

Depression

Tabell A26-A28

Tabell A26. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för depression i regioner och vårdgrenar, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	48	66.7% (n = 32)	18.8% (n = 9)	4.2% (n = 2)	0% (n = 0)	10.4% (n = 5)
	Psykiatri	2	0% (n = 0)	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Norrbotten	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Örebro	Psykiatri	133	67.7% (n = 90)	21.1% (n = 28)	4.5% (n = 6)	3% (n = 4)	3.8% (n = 5)
Östergötland	Primärvård	3	100% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	5	40% (n = 2)	40% (n = 2)	20% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Primärvård	27	77.8% (n = 21)	22.2% (n = 6)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
	Psykiatri	276	73.2% (n = 202)	20.3% (n = 56)	5.1% (n = 14)	1.4% (n = 4)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	133	68.4% (n = 91)	23.3% (n = 31)	5.3% (n = 7)	2.3% (n = 3)	0.8% (n = 1)
	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	8	12.5% (n = 1)	37.5% (n = 3)	25% (n = 2)	12.5% (n = 1)	12.5% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	276	50.4% (n = 139)	21.7% (n = 60)	2.5% (n = 7)	0% (n = 0)	25.4% (n = 70)
	Psykiatri	5	0% (n = 0)	20% (n = 1)	20% (n = 1)	60% (n = 3)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	918	63.4% (n = 582)	21.7% (n = 199)	4.4% (n = 40)	1.6% (n = 15)	8.9% (n = 82)

Tabell A27. Effektstorlekar och symtom mätt med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale-Self Assessment, MADRS-S vid behandling av depression i regioner och vårdgrenar, 2023

				MADRS-S			MADRS-S förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	48	40	22.2	8.1	-	-	(-, -)
		Avslut	48	31	12.5	8.9	9.81	1.21	(0.87, 1.56)
		Uppföljning	48	10	16.8	7.3	10.8	1.34	(0.95, 1.73)
Dalarna	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Norrbotten	Primärvård	Start	1	1	21	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	5	2	26	0	-	-	(-, -)
		Avslut	5	1	13	-	13	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	27	24	23.8	6.1	-	-	(-, -)
		Avslut	27	16	20.5	9.5	2.44	0.4	(-0.09, 0.88)
		Uppföljning	27	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	276	272	24	7.6	-	-	(-, -)
		Avslut	276	258	15.6	10.1	8.32	1.09	(0.96, 1.22)
		Uppföljning	276	141	13.6	9.8	9.89	1.29	(1.11, 1.48)
Uppsala	Primärvård	Start	133	133	24.4	7.5	-	-	(-, -)
		Avslut	133	128	16.6	10.2	7.98	1.07	(0.82, 1.32)
		Uppföljning	133	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	1	34	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)

				MADRS-S			MADRS-S förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	8	7	18.7	9.7	-	-	(-, -)
		Avslut	8	2	14.5	3.5	4		
		Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	276	232	25.3	8.5	-	-	(-, -)
		Avslut	276	153	19	10.5	6.95	0.82	(0.66, 0.98)
		Uppföljning	276	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	5	5	25	11.5	-	-	(-, -)
		Avslut	5	4	15.5	11.6	6		
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	133	133	25.6	6.7	-	-	(-, -)
		Avslut	133	127	16.3	9.7	9.31	1.38	(1.15, 1.61)
		Uppföljning	133	84	12.8	9.2	12.57	1.86	(1.59, 2.14)
Östergötland	Primärvård	Start	3	3	27.3	4.9	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	19	4.2	9.5		
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A28. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av depression i regioner och vårdgrenar, 2023

				WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	48	12	32	14.1	-	-	(-, -)
		Avslut	48	6	29.5	15.6	3.5		
		Uppföljning	48	1	17	-	18		(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Norrbotten	Primärvård	Start	1	1	15	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	5	2	41.5	9.2	-	-	(-, -)
		Avslut	5	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	27	25	30.8	16.7	-	-	(-, -)
		Avslut	27	8	24.8	16.6	6.38		
		Uppföljning	27	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	276	272	35.2	16.9	-	-	(-, -)
		Avslut	276	186	22.7	17.6	10.97	0.65	(0.53, 0.77)
		Uppföljning	276	141	21.5	19.8	13.41	0.79	(0.64, 0.95)
Uppsala	Primärvård	Start	133	130	40	15.8	-	-	(-, -)
		Avslut	133	112	32.7	16.6	7.07	0.45	(0.3, 0.6)
		Uppföljning	133	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	1	34	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	8	7	37.7	18.1	-	-	(-, -)
		Avslut	8	1	25	-	-6		(-, -)
		Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	276	237	32.2	16.4	-	-	(-, -)
		Avslut	276	110	25.7	15.5	5.2	0.32	(0.19, 0.44)
		Uppföljning	276	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	5	5	47.6	24.8	-	-	(-, -)
		Avslut	5	4	33.8	20.5	8.5		
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	133	133	41.1	15.5	-	-	(-, -)
		Avslut	133	77	28.1	16.1	11.74	0.76	(0.53, 0.99)
		Uppföljning	133	81	21.4	17	18.68	1.2	(0.94, 1.47)
Östergötland	Primärvård	Start	3	3	40	15.7	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	21	0	24.5		
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)

Stressyndrom

Tabell A29-A31

Tabell A29. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	61	41% (n = 25)	24.6% (n = 15)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	34.4% (n = 21)
Norrbotten	Primärvård	4	25% (n = 1)	25% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 2)
Stockholm	Primärvård	12	33.3% (n = 4)	66.7% (n = 8)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	88	75% (n = 66)	22.7% (n = 20)	2.3% (n = 2)	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	182	54.9% (n = 100)	19.8% (n = 36)	2.2% (n = 4)	0% (n = 0)	23.1% (n = 42)
Västra Götaland	Psykiatri	3	0% (n = 0)	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	4	100% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	356	56.5% (n = 201)	23% (n = 82)	2% (n = 7)	0.3% (n = 1)	18.3% (n = 65)

Tabell A30. Effektstorlekar och symtom mätt med Perceived Stress Scale-10 vid behandling av stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2023

				PSS-10			PSS-10 förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	61	46	22.9	5.3	-	-	(-, -)
		Avslut	61	36	16.8	6.9	5.56	1.04	(0.67, 1.42)
		Uppföljning	61	14	13.4	8.8	7.79	1.46	(0.58, 2.35)
Norrbotten	Primärvård	Start	4	4	19.8	9	-	-	(-, -)
		Avslut	4	3	12.7	3.1	8		
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	12	12	21.7	6.2	-	-	(-, -)
		Avslut	12	5	12.8	4.4	9.2		
		Uppföljning	12	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	88	87	22.8	6.4	-	-	(-, -)
		Avslut	88	86	14.2	8.4	8.62	1.36	(1.08, 1.63)
		Uppföljning	88	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	182	155	23.8	5.9	-	-	(-, -)
		Avslut	182	107	18.2	6.9	5.72	0.97	(0.79, 1.15)
		Uppföljning	182	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	3	3	24.7	6.7	-	-	(-, -)
		Avslut	3	3	18	4.4	6.67		
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	4	4	26	2.4	-	-	(-, -)
		Avslut	4	3	16.3	5.8	9		
		Uppföljning	4	2	20.5	3.5	3.5		

Tabell A31. 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, 2023

				WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	61	29	28.9	15.9	-	-	(-, -)
		Avslut	61	16	23.4	14.6	2.12	0.13	(-0.38, 0.65)
		Uppföljning	61	0	-	-	-	-	(-, -)
Norrbotten	Primärvård	Start	4	4	33.2	36	-	-	(-, -)
		Avslut	4	2	36.5	37.5	13.5		
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	12	12	34.7	15.6	-	-	(-, -)
		Avslut	12	5	18.8	14.2	16.2		
		Uppföljning	12	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	88	86	31.6	15.2	-	-	(-, -)
		Avslut	88	77	21.2	15.1	9.95	0.65	(0.47, 0.83)
		Uppföljning	88	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	26	25.5	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	13	-	-5		(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	182	158	28.8	15.2	-	-	(-, -)
		Avslut	182	88	22.6	14.7	4.75	0.31	(0.13, 0.5)
		Uppföljning	182	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	3	3	30.3	16.3	-	-	(-, -)
		Avslut	3	3	44	23.3	-13.67		
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	4	3	23	3.5	-	-	(-, -)
		Avslut	4	2	12.5	17.7	9.5		
		Uppföljning	4	1	23	-	2		(-, -)

Utmattningssyndrom

Tabell A32- A34

Tabell A32. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för utmattningssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	4	25% (n = 1)	50% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	25% (n = 1)
Dalarna	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Norrbotten	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	2	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Primärvård	6	16.7% (n = 1)	50% (n = 3)	16.7% (n = 1)	0% (n = 0)	16.7% (n = 1)
Uppsala	Primärvård	155	63.2% (n = 98)	21.3% (n = 33)	12.9% (n = 20)	2.6% (n = 4)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	31	51.6% (n = 16)	16.1% (n = 5)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	32.3% (n = 10)
Västra Götaland	Psykiatri	5	0% (n = 0)	20% (n = 1)	60% (n = 3)	20% (n = 1)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	207	57% (n = 118)	21.7% (n = 45)	13% (n = 27)	2.4% (n = 5)	5.8% (n = 12)

Tabell A33. Effektstorlekar och grad av symtom mätt med Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS) vid behandling av utmattningssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2023

				KEDS			KEDS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	4	3	32	5.6	-	-	(-, -)
		Avslut	4	2	18	4.2			
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Norrbotten	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	6	5	36.4	6.2	-	-	(-, -)
		Avslut	6	2	33.5	6.4	8		
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	155	155	32.8	7.8	-	-	(-, -)
		Avslut	155	132	26.2	9.7	6.27	0.81	(0.62, 1)
		Uppföljning	155	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	31	4	35.5	6.5	-	-	(-, -)
		Avslut	31	2	22.5	20.5	11		
		Uppföljning	31	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	5	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	5	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	33	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A34. 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, 2023

				WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	4	2	22	31.1	-	-	(-, -)
		Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	1	48	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	0	-	48	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Norrbotten	Primärvård	Start	1	1	44	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	2	26.5	19.1	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	33	-	7		(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	6	5	45.8	14.5	-	-	(-, -)
		Avslut	6	2	51	1.4	5		
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	155	151	43.1	16.4	-	-	(-, -)
		Avslut	155	129	33.6	18.9	8.61	0.52	(0.37, 0.68)
		Uppföljning	155	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	71	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	63	-	8	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	31	26	42.8	18.6	-	-	(-, -)
		Avslut	31	19	32.3	14.9	11.21	0.6	(0.32, 0.89)
		Uppföljning	31	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	5	5	30.2	18.2	-	-	(-, -)
		Avslut	5	5	26	22.1			
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	46	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

Sömnstörningar

Tabell A35-A37

Tabell A35. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	21	61.9% (n = 13)	4.8% (n = 1)	4.8% (n = 1)	0% (n = 0)	28.6% (n = 6)
Dalarna	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Primärvård	19	89.5% (n = 17)	5.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	5.3% (n = 1)
Stockholm	Psykiatri	229	82.1% (n = 188)	15.3% (n = 35)	2.2% (n = 5)	0.4% (n = 1)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	154	91.6% (n = 141)	1.9% (n = 3)	1.9% (n = 3)	0% (n = 0)	4.5% (n = 7)
Västernorrland	Psykiatri	3	0% (n = 0)	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Västra Götaland	Primärvård	94	52.1% (n = 49)	22.3% (n = 21)	3.2% (n = 3)	0% (n = 0)	22.3% (n = 21)
Västra Götaland	Psykiatri	6	0% (n = 0)	33.3% (n = 2)	50% (n = 3)	16.7% (n = 1)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	529	77.3% (n = 409)	12.5% (n = 66)	2.8% (n = 15)	0.8% (n = 4)	6.6% (n = 35)

Tabell 36. Effektstorlekar och symtom mätt med Insomnia Severity Index (ISI) vid behandling av sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2023

					ISI		ISI förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	21	18	18.6	5.2	-	-	(-, -)
		Avslut	21	17	11.2	7.3	7.41	1.42	(0.89, 1.96)
		Uppföljning	21	3	12.3	11.4	5.33		
Dalarna	Psykiatri	Start	1	1	28	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	28	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	1	1	18	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	19	18	14.5	4.1	-	-	(-, -)
		Avslut	19	15	8.1	4.7	6.53	1.6	(0.94, 2.26)
		Uppföljning	19	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	229	224	18.7	4.6	-	-	(-, -)
		Avslut	229	218	10.6	5.9	8.11	1.75	(1.56, 1.94)
		Uppföljning	229	132	9	5.7	9.67	2.09	(1.86, 2.31)
Uppsala	Primärvård	Start	154	154	16.6	4.6	-	-	(-, -)
		Avslut	154	148	10.8	6.2	5.91	1.29	(1.1, 1.48)
		Uppföljning	154	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	3	17.7	4.6	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	11.5	6.4	3.5		
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	94	84	18.9	4.4	-	-	(-, -)
		Avslut	94	47	12.7	5.3	6.4	1.47	(1.14, 1.79)
		Uppföljning	94	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	6	6	22.8	2.8	-	-	(-, -)
		Avslut	6	6	10.8	6.7	12		
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	21	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	1	-	20	-	(-, -)
		Uppföljning	1	1	12	-	9	-	(-, -)

Tabell A37. 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, 2023

				WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	21	17	30.4	22.4	-	-	(-, -)
		Avslut	21	11	18.1	20	11.73	0.52	(0.32, 0.73)
		Uppföljning	21	2	64.5	6.4	-13.5		
Dalarna	Psykiatri	Start	1	1	54	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	20	-	34	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	1	1	26	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	19	18	17.1	12.3	-	-	(-, -)
		Avslut	19	11	9.4	11.2	7.36	0.6	(0.03, 1.17)
		Uppföljning	19	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	229	223	22.3	16.6	-	-	(-, -)
		Avslut	229	175	15.2	15.6	6.33	0.38	(0.28, 0.48)
		Uppföljning	229	128	11.9	15.2	7.67	0.46	(0.34, 0.58)
Uppsala	Primärvård	Start	154	149	27.1	17	-	-	(-, -)
		Avslut	154	114	22.7	17.6	4.71	0.28	(0.18, 0.38)
		Uppföljning	154	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	3	42	22.1	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	41.5	23.3	1.5		
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	94	74	21.9	16.6	-	-	(-, -)
		Avslut	94	23	17.2	13.7	3.87	0.23	(0.01, 0.46)
		Uppföljning	94	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	6	6	36.8	19.6	-	-	(-, -)
		Avslut	6	6	29.5	18.1	7.33		
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	10	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	0	-	10	-	(-, -)
		Uppföljning	1	1	0	-	10	-	(-, -)

Dysmorfofobi

Tabell A38-40

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 symtom mätt med Appearance Anxiety Inventory (AAI) vid behadling av dysmorfofobi i regioner och vårdgrenar, 2022

				AAI			AAI förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	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

				WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	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 A41- A43

Tabell A41. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för generaliserat ångestsyndrom, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	18	55.6% (n = 10)	33.3% (n = 6)	11.1% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Dalarna	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	5	40% (n = 2)	40% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	20% (n = 1)
Stockholm	Psykiatri	3	0% (n = 0)	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	117	60.7% (n = 71)	23.9% (n = 28)	9.4% (n = 11)	6% (n = 7)	0% (n = 0)
Västerbotten	Psykiatri	2	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	165	45.5% (n = 75)	22.4% (n = 37)	0% (n = 0)	1.8% (n = 3)	30.3% (n = 50)
Västra Götaland	Psykiatri	4	25% (n = 1)	75% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	317	51.1% (n = 162)	24.9% (n = 79)	4.4% (n = 14)	3.5% (n = 11)	16.1% (n = 51)

Tabell A42. Effektstorlekar och symtom mätt med Generalised Anxiety Disorder scale-7 vid behandling av generaliserat ångestsyndrom i regioner och vårdgrenar, 2023

				GAD7			GAD7 förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	18	18	16.2	4.6	-	-	(-, -)
		Avslut	18	15	6.9	6.3	9.6	2.07	(1.34, 2.79)
		Uppföljning	18	6	2.8	3.4	12		
Dalarna	Psykiatri	Start	1	1	8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	5	5	16.4	3.8	-	-	(-, -)
		Avslut	5	1	14	-	6		(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	3	1	14	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	1	9	-	5	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	117	116	13.5	4	-	-	(-, -)
		Avslut	117	113	7.3	4.4	6.18	1.55	(1.32, 1.79)
		Uppföljning	117	0	-	-	-	-	(-, -)
Västerbotten	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	21	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	165	149	13.5	4.6	-	-	(-, -)
		Avslut	165	101	8.8	5.4	4.83	1.04	(0.83, 1.26)
		Uppföljning	165	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	4	4	13.5	4.7	-	-	(-, -)
		Avslut	4	4	9	5.8	4.5		
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	15	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	13	-	2	-	(-, -)
		Uppföljning	1	1	6	-	9	-	(-, -)

Tabell A43. 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, 2023

				WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	18	3	30.7	22.5	-	-	(-, -)
		Avslut	18	1	14	-	-1		
		Uppföljning	18	1	10	-	13		(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	5	5	39.2	23.7	-	-	(-, -)
		Avslut	5	1	50	-	-2		(-, -)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS N	WHODAS Medel	WHODAS SD	WHODAS förändring inom individ Differens	Cohen's d	95% KI
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	3	2	31.5	23.3	-	-	(-, -)
		Avslut	3	1	4	-	11		(-, -)
		Uppföljning	3	1	19	-	-4		(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	117	117	31.1	14.5	-	-	(-, -)
		Avslut	117	101	22.4	15.4	8.19	0.57	(0.41, 0.72)
		Uppföljning	117	0	-	-	-	-	(-, -)
Västerbotten	Psykiatri	Start	2	2	25	0	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	33	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	165	139	27.4	15.8	-	-	(-, -)
		Avslut	165	73	21.4	15.6	5.59	0.35	(0.19, 0.51)
		Uppföljning	165	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	4	4	27.5	14.2	-	-	(-, -)
	Psykiatri	Avslut	4	4	27	15.1	0.5		
	Psykiatri	Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	23	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	27	-	-4	-	(-, -)
		Uppföljning	1	1	15	-	8	-	(-, -)

Hälsoångest

Tabell A44-46

Tabell A44. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för hälsoångest, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	5	60% (n = 3)	40% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Primärvård	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	153	71.2% (n = 109)	19% (n = 29)	7.8% (n = 12)	2% (n = 3)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	25	64% (n = 16)	28% (n = 7)	8% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	8	75% (n = 6)	12.5% (n = 1)	12.5% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	193	69.4% (n = 134)	21.2% (n = 41)	7.8% (n = 15)	1.6% (n = 3)	0% (n = 0)

Tabell A45. Effektstorlekar och symtom mätt med Short Health Anxiety Inventory-14 vid behandling av hälsoångest i regioner och vårdgrenar, 2023

					SHAI		SHAI förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	5	5	24.8	6.1	-	-	(-, -)
		Avslut	5	4	20.2	4.6	5		
		Uppföljning	5	1	14	-	7		(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	1	1	38	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	153	153	29.3	6.4	-	-	(-, -)
		Avslut	153	147	20.3	8.1	8.97	1.39	(1.22, 1.57)
		Uppföljning	153	64	14.8	6.7	13.66	2.12	(1.85, 2.4)
Uppsala	Primärvård	Start	25	25	29.1	6.4	-	-	(-, -)
		Avslut	25	25	19.9	6.5	9.2	1.43	(1, 1.86)
		Uppföljning	25	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	37	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	8	4	32	6.1	-	-	(-, -)
		Avslut	8	3	28	7.8	6		
		Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A46. 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, 2023

					WHODAS		WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	5	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	5	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	1	1	2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	153	153	23.3	17.3	-	-	(-, -)
		Avslut	153	110	15.4	15.1	6.58	0.38	(0.26, 0.5)
		Uppföljning	153	64	10.3	12.3	10.31	0.6	(0.42, 0.77)
Uppsala	Primärvård	Start	25	25	26.3	15.9	-	-	(-, -)
		Avslut	25	22	16.6	12.2	7.09	0.45	(0.08, 0.81)
		Uppföljning	25	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	50	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	8	8	20.8	12.9	-	-	(-, -)
		Avslut	8	3	11	12.3	7.67		
		Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)

Paniksyndrom

Tabell A47-A49

Tabell A47. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för paniksyndrom, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	8	37.5% (n = 3)	25% (n = 2)	25% (n = 2)	0% (n = 0)	12.5% (n = 1)
Stockholm	Psykiatri	133	28.6% (n = 38)	45.1% (n = 60)	21.8% (n = 29)	4.5% (n = 6)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	51	64.7% (n = 33)	19.6% (n = 10)	7.8% (n = 4)	7.8% (n = 4)	0% (n = 0)
Uppsala	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	2	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	50	46% (n = 23)	28% (n = 14)	4% (n = 2)	0% (n = 0)	22% (n = 11)
Västra Götaland	Psykiatri	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Örebro	Psykiatri	53	37.7% (n = 20)	41.5% (n = 22)	11.3% (n = 6)	7.5% (n = 4)	1.9% (n = 1)
Totalt	Totalt	300	39.3% (n = 118)	36% (n = 108)	15.7% (n = 47)	4.7% (n = 14)	4.3% (n = 13)

Tabell A48. Effektstorlekar och symtom mätt med Panic Disorder Severity Scale-Self Assessment vid behandling av paniksyndrom i regioner och vårdgrenar, 2023

				PDSS-SR			PDSS-SR förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	8	6	17.3	3.6	-	-	(-, -)
		Avslut	8	6	8.8	5.3	8.5		
		Uppföljning	8	3	4.3	3.1	13.67		
Stockholm	Psykiatri	Start	133	129	13.6	5.6	-	-	(-, -)
		Avslut	133	122	6.9	5.6	6.61	1.19	(0.99, 1.38)
		Uppföljning	133	58	5.6	5.6	7.78	1.39	(1.1, 1.69)
Uppsala	Primärvård	Start	51	51	13.1	4.7	-	-	(-, -)
		Avslut	51	51	5.6	4.8	7.49	1.61	(1.25, 1.96)
		Uppföljning	51	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	1	16	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	8	-	8	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	16.5	7.8	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	24	-	-2		(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	50	17	9.7	5.6	-	-	(-, -)
		Avslut	50	12	7.5	5.4	1.83	0.33	(-0.04, 0.7)
		Uppföljning	50	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	1	26	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	19	-	7	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	53	52	13.5	5.1	-	-	(-, -)
		Avslut	53	49	7.1	6.5	6.29	1.23	(0.96, 1.49)
		Uppföljning	53	31	5.6	5.3	6.81	1.33	(1.01, 1.65)

Tabell A49. 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, 2023

				WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	8	1	18	-	-	-	(-, -)
		Avslut	8	1	17	-	1	-	(-, -)
		Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	133	129	31.4	16.7	-	-	(-, -)
		Avslut	133	92	19.1	15.7	12.12	0.72	(0.55, 0.9)
		Uppföljning	133	58	14.2	12.4	15.76	0.94	(0.74, 1.15)
Uppsala	Primärvård	Start	51	51	29.7	15.4	-	-	(-, -)
		Avslut	51	43	20.5	19.9	7.63	0.49	(0.17, 0.82)
		Uppföljning	51	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	1	63	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	46	-	17	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	58.5	9.2	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	56	-	9		(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	50	40	31.9	18.1	-	-	(-, -)
		Avslut	50	22	19.1	12.3	8.59	0.48	(0.18, 0.77)
		Uppföljning	50	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	53	1.4	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	28	17	25		
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	53	53	34.8	18.3	-	-	(-, -)
		Avslut	53	36	26.6	21.4	9.28	0.51	(0.24, 0.78)
		Uppföljning	53	32	21.1	23.8	12.12	0.66	(0.21, 1.12)

Social fobi

Tabell A50-A52

Tabell A50. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för social fobi, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	9	33.3% (n = 3)	22.2% (n = 2)	11.1% (n = 1)	0% (n = 0)	33.3% (n = 3)
Skåne	Psykiatri	2	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	215	63.7% (n = 137)	27.9% (n = 60)	5.6% (n = 12)	2.8% (n = 6)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	89	68.5% (n = 61)	21.3% (n = 19)	5.6% (n = 5)	4.5% (n = 4)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	4	0% (n = 0)	50% (n = 2)	25% (n = 1)	0% (n = 0)	25% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	58	43.1% (n = 25)	25.9% (n = 15)	10.3% (n = 6)	0% (n = 0)	20.7% (n = 12)
Västra Götaland	Psykiatri	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Örebro	Psykiatri	54	64.8% (n = 35)	29.6% (n = 16)	5.6% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	433	61% (n = 264)	26.3% (n = 114)	6.7% (n = 29)	2.3% (n = 10)	3.7% (n = 16)

Tabell A51. Effektstorlekar och symtom mätt med Social Phobia Inventory (SPIN) vid behandling av social fobi i regioner och vårdgrenar, 2023

					SPIN		SPIN förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	9	9	40.2	9.3	-	-	(-, -)
		Avslut	9	7	31	13.6	10.29		
		Uppföljning	9	3	26.7	6.7	5		
Skåne	Psykiatri	Start	2	2	41	5.7	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	30	-	7		(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	215	214	40.6	11.3	-	-	(-, -)
		Avslut	215	212	29.8	14.7	10.73	0.95	(0.81, 1.08)
		Uppföljning	215	102	26.5	14.1	14.82	1.31	(1.12, 1.5)
Uppsala	Primärvård	Start	89	88	41	10.3	-	-	(-, -)
		Avslut	89	87	31	12.9	9.71	0.94	(0.72, 1.16)
		Uppföljning	89	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	4	4	53.2	9.5	-	-	(-, -)
		Avslut	4	2	25.5	13.4	27.5		
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	58	29	41.1	12.1	-	-	(-, -)
		Avslut	58	18	38.8	16	2.11	0.17	(-0.3, 0.65)
		Uppföljning	58	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	52.5	19.1	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	54	54	41.6	11.3	-	-	(-, -)
		Avslut	54	54	31.5	14.6	10.11	0.9	(0.63, 1.17)
		Uppföljning	54	31	27	13.9	16.65	1.48	(1.14, 1.81)

Tabell A52. 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, 2023

					WHODAS		WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	9	4	24.5	5.5	-	-	(-, -)
		Avslut	9	3	16.3	6	6		
		Uppföljning	9	1	17	-	2		
Skåne	Psykiatri	Start	2	2	57.5	7.8	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	44	-	8		(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	215	212	29.9	15.5	-	-	(-, -)
		Avslut	215	160	21.7	16.7	7.69	0.5	(0.39, 0.6)
		Uppföljning	215	100	18.4	17.4	12.09	0.78	(0.63, 0.93)
Uppsala	Primärvård	Start	89	87	32.5	17.5	-	-	(-, -)
		Avslut	89	68	23.8	17.1	7.19	0.41	(0.25, 0.57)
		Uppföljning	89	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	4	4	43.2	11.6	-	-	(-, -)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS N	WHODAS Medel	WHODAS SD	WHODAS förändring inom individ Differens	Cohen's d	95% KI
		Avslut	4	1	31	-	13		(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	58	52	33.6	17.8	-	-	(-, -)
		Avslut	58	24	23.7	14.8	5.21	0.29	(0.07, 0.51)
		Uppföljning	58	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	34	31.1	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	54	54	33.1	14.7	-	-	(-, -)
		Avslut	54	35	26.9	16.5	4.86	0.33	(0.05, 0.61)
		Uppföljning	54	30	23	17	12.57	0.86	(0.54, 1.17)

Tvångssyndrom

Tabell A53-A55

Tabell A53. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling av tvångssyndrom, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	249	71.1% (n = 177)	22.5% (n = 56)	4.8% (n = 12)	1.6% (n = 4)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	7	28.6% (n = 2)	42.9% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	28.6% (n = 2)
Totalt	Totalt	257	69.6% (n = 179)	23% (n = 59)	5.1% (n = 13)	1.6% (n = 4)	0.8% (n = 2)

Tabell A54. Effektstorlekar och symtom mätt med Obssessive Compulsive Inventory-Revised vid behandling av tvångssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2023

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	OCI-R N	OCI-R Medel	OCI-R SD	OCI-R förändring inom individ Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	249	249	23.4	11	-	-	(-, -)
		Avslut	249	242	15.6	11.8	7.97	0.73	(0.62, 0.83)
		Uppföljning	249	109	13.2	9.2	9.2	0.84	(0.7, 0.98)
Uppsala	Primärvård	Start	1	1	21	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	17	-	4	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	7	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	7	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A55. 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, 2023

				WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	249	249	25.5	16	-	-	(-, -)
		Avslut	249	185	17.1	14.8	6.89	0.43	(0.34, 0.51)
		Uppföljning	249	107	13.8	14.4	9.89	0.62	(0.46, 0.78)
Uppsala	Primärvård	Start	1	1	29	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	19	-	10	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	7	2	32.5	12	-	-	(-, -)
		Avslut	7	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)

Ångesttillstånd, ospecificerade

Tabell A56-58

Tabell A56. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för ångesttillstånd, 2023

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	41	29.3% (n = 12)	41.5% (n = 17)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	29.3% (n = 12)
Dalarna	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Norrbotten	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Skåne	Psykiatri	10	50% (n = 5)	0% (n = 0)	40% (n = 4)	10% (n = 1)	0% (n = 0)
Stockholm	Primärvård	4	75% (n = 3)	25% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	27	92.6% (n = 25)	7.4% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västerbotten	Psykiatri	2	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	3	33.3% (n = 1)	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	564	49.8% (n = 281)	15.1% (n = 85)	1.6% (n = 9)	0.4% (n = 2)	33.2% (n = 187)
Västra Götaland	Psykiatri	8	0% (n = 0)	75% (n = 6)	25% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	663	49.8% (n = 330)	17.2% (n = 114)	2.4% (n = 16)	0.5% (n = 3)	30.2% (n = 200)

Tabell A57. Effektstorlekar och symtom mätt med Generalised Anxiety Disorder scale-7 vid behandling av ångesttillstånd i regioner och vårdgrenar, 2023

					GAD7		GAD7 förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	41	35	12.2	4.6	-	-	(-, -)
		Avslut	41	25	6.8	4.8	5.16	1.13	(0.65, 1.61)
		Uppföljning	41	7	7.4	6.6	5.86		
Dalarna	Psykiatri	Start	1	1	13	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Norrbotten	Primärvård	Start	1	1	13	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	10	5	10.4	2.9	-	-	(-, -)
		Avslut	10	3	4.7	3.2	7		
		Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	4	1	13	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	27	22	12.1	4.2	-	-	(-, -)
		Avslut	27	21	7.5	4.8	4.86	1.16	(0.63, 1.69)
		Uppföljning	27	0	-	-	-	-	(-, -)
Västerbotten	Psykiatri	Start	2	2	10.5	2.1	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	2	12.5	0.7	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	564	486	11.8	4.8	-	-	(-, -)
		Avslut	564	277	7.5	5	4.12	0.86	(0.75, 0.97)
		Uppföljning	564	1	3	-	12		(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	8	5	8.4	2.8	-	-	(-, -)
		Avslut	8	4	6.5	2.1	0.75		
		Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	11	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A58. 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, 2023

				WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	41	19	34.4	24	-	-	(-, -)
		Avslut	41	6	30.8	22.3	-2.33		
		Uppföljning	41	1	13	-	10		
Dalarna	Psykiatri	Start	1	1	33	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Norrbotten	Primärvård	Start	1	1	10	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	10	7	53.3	20.5	-	-	(-, -)
		Avslut	10	3	54.3	9.6	-4.33		
		Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	4	4	42.5	14.7	-	-	(-, -)
		Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	27	27	24	12.8	-	-	(-, -)
		Avslut	27	23	18.2	14.3	6.52	0.51	(0.18, 0.84)
		Uppföljning	27	0	-	-	-	-	(-, -)
Västerbotten	Psykiatri	Start	2	2	18	5.7	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	3	52.3	14.4	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	564	463	24.4	15.6	-	-	(-, -)
		Avslut	564	194	16.9	13.6	4.88	0.31	(0.23, 0.4)
		Uppföljning	564	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	8	8	19.6	9	-	-	(-, -)
		Avslut	8	6	15.8	9.3	2.5		
		Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	35	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)