

Internetförmedlad psykologisk egenvård

FÖR BÄTTRE FOLKHÄLSA?

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är väl beprövad och erbjuder övertygande evidens för god effekt och säker behandling vid en rad tillstånd vid psykisk sjukdom eller ohälsa. KBT kan förmedlas på olika sätt: individuellt, i grupp eller via internet som självhjälp med behandlarstöd. Socialstyrelsen och SBU har påvisat prioriterad nytta och värde av KBT inom ett flertal psykiatriska diagnosgrupper och lämnat rekommendationer för klinisk användning. Det finns även många observationer av minskad somatisk sjukdoms- och sekundärt till förbättrad psykisk hälsa. Det faktiska KBT-utbudet inom svensk sjukvård är dock otillräckligt och dessutom ojämnt fördelat mellan olika regioner, regiondelar och behovsgrupper.

KBT via internet

Artikelförfattarna har lång erfarenhet av internetförmedlad KBT inom psykiatri, som några av oss anpassade och införde i klinisk praxis vid Internetspsykiatrienheten vid Psykiatri Sydväst vid Huddinge sjukhus 2007, då efter cirka fem år av vetenskapligt kvalitetssäkringsarbete [1]. Internet-KBT har vetenskapligt säkerställd bred användning [2] och har ofta visat sig vara likvärdigt med sedvanlig KBT ansikte mot ansikte [3].

Internet-KBT har hittills ansetts ge bäst effekt när det sker med regelbunden behandlarkontakt [4]. Effekten av behandlarkontakt på symtombörda är i systematiska översikter i genomsnitt liten, och effekten på följsamheten till KBT-materialet är i genomsnitt måttlig [5]. Det finns dock också observationer som tyder på att det går att kompensera för uteblivet behandlarstöd genom anpassning av formatet och att

Martin Kraepelien,
leg psykolog, med dr
● martin.kraepelien@ki.se

Nils Lindefors,
leg läkare, överläkare, f d professor i psykiatri

Amira Hentati, leg psykolog, doktorand

Dorian Kern, leg psykolog, doktorand

Erik Forsell, leg psykolog, med dr

Viktor Kaldo, leg psykolog, professor i psykologi

Brjánn Ljótsson, leg psykolog, professor i psykologi; samtliga institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet

program utan regelbunden behandlarkontakt kan ges tillsammans med intervjuer eller besök före och efteråt [6-8]. Att erbjuda viss kontakt vid behov har också visat sig vara ett lovande sätt att minska behovet av behandlarens tid, jämfört med fortlöpande behandlarkontakt [5].

Egenvård

Begreppet egenvård används ibland om råd kring att ta hand om sig själv, både somatiskt och psykologiskt, helt utan inblandning av sjukvården. Inte sällan handlar det om stöd och goda råd från närstående, muntligen från vårdgivare samt med tryckt material från olika källor av varierande kvalitet och tillförlitlighet. Egenvård som anvisas av vårdgivare ska dock enligt Socialstyrelsen [9] inkludera bedömning av behov och personlig anpassning av åtgärd och planering samt uppföljning av genomgången egenvård. Egenvården bidrar till att patienten får möjlighet att leva sitt liv utan täta kontakter med hälso- och sjukvården. Den hälso- och sjukvårdspersonal som i förekommande fall bedömer om en patient själv kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd måste även bedöma om det finns några risker med att åtgärden utförs som egenvård. Om det finns risk för att patienten skadas kan åtgärden inte utföras som egenvård.

Egenvård kan innebära ett avlastande alternativ till vårdgivarens insats eller vara ett komplement till den. För sjukdomstillstånd av lätt till måttlig svårighetsgrad kan egenvård i vissa fall provas som första alternativ, för att sedan, om det inte räcker, ersättas eller kompletteras av vårdgivares insatser (stegvis vård).

Psykologisk egenvård

Vårt syfte är att påvisa ett koncept som kan ge beprövad stöd för insatser i brukarens egen regi, för att åtgärda specifika problem eller tillstånd. Vi kallar metoden internetförmedlad psykologisk egenvård (IPE). IPE kan förenklat ses som en optimerad variant av internet-KBT. Syftet är att stödja individens egen förmåga att genomföra förändringar, med hjälp av psykoedukativt och renodlat material, verktyg för beteendeförändring och automatiska påminnelser för att eliminera behov av fortlöpande behandlarstöd. Metoden är dock inte helt utan kontakt med klinikern, då den innebär samtal före och efter egenvårdsperioden samt möjlighet att begära att bli kontaktad vid behov.

En utgångspunkt är att dra nytta av de landvinningar som görs inom design av användargränssnitt (user interface) för att underlätta effektiv egenvård, med KBT som verksamt innehåll, genom ett gränssnitt som är optimerat och lättanvänt. Planen är att använda våra vanligaste digitala hjälpmedel som mobiltelefon, läsplatta eller dator, med optimering av program för enkel och effektiv tolkning. Vi har hittills visat att ändamålsenligt beteende och aktivitet i behandling kan stödjas bättre med ett optimerat gränssnitt, även om användarens subjektiva upplevelse är likvärdig [10].

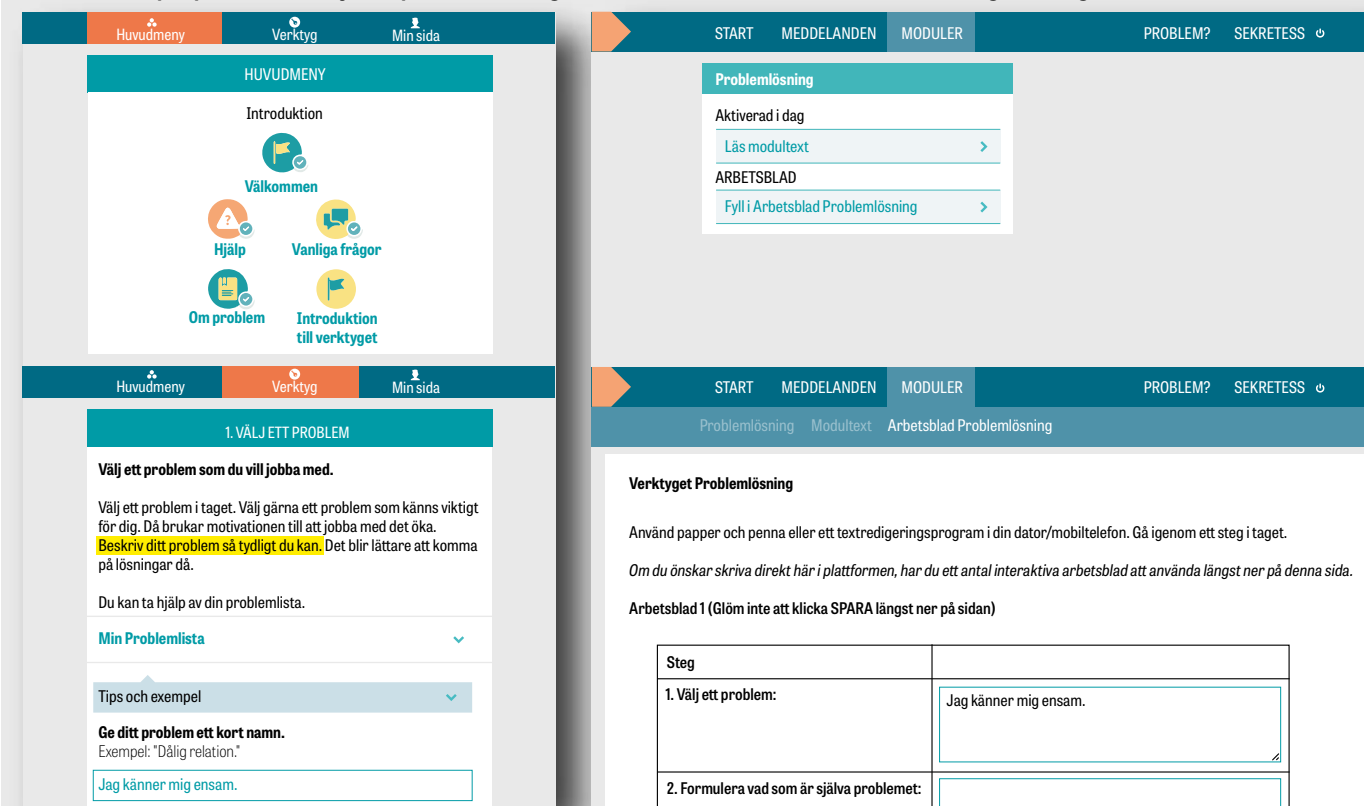
Teknik

Både internet-KBT och IPE kräver en skraddarsydd IT-plattform för att kunna tillhandahålla effektiv behandling i stor skala. Förutom uppenbara säkerhetsaspekter som skyddar känsliga personuppgifter krävs

HUVUDBUDSKAP

- En pågående forskningslinje om konceptet internetförmedlad psykologisk egenvård (IPE) beskrivs.
- Konceptet IPE kan ses som optimerad kognitiv beteendeterapi förmedlad via internet, där fortlöpande behandlarstöd inte är nödvändigt.
- IPE medger ett förenklat system för individuell vårdplanering med tilldelning av verktyg efter behov.
- Optimerat användargränssnitt (user interface design) och särskilt fokus på de förmodat viktigaste KBT-komponenterna har betydelse för engagemang och användargrad.
- Vi utvecklar initialt första steget i stegvis vård, där preliminär effekt och användbarhet är indikerad vid atopiskt eksem, insomni och riskbruk av alkohol.

FIGUR 1. Exempel på användarvyer (optimerad design till vänster och en etablerad basal design till höger)



► Överst visas huvudmenyn och nederst ses vy med ett moment i ett verktyg för problemlösning.

administrativa funktioner som ger möjlighet till bland annat övervakning av individuella patienters progress i programmet, regelbunden uppföljning av patienters mående och flaggning av patienter som indikerar plötslig försämring.

Avseende själva presentationen av behandlingsinnehåll och patientens interaktion med plattformen finns det två principiella sätt att konstruera en IT-plattform. I den första, enklare lösningen tillåter plattformen endast ett begränsat antal funktioner. Dessa kan vara text, bilder och video för att förmedla information och arbetsblad (enligt förspecifierade format) som patienten fyller i för att rapportera progress. En sådan plattform erbjuder ganska begränsad interaktivitet. Det blir exempelvis komplicerat att erbjuda patienter olika vägar genom behandlingen beroende på hur de besvarar frågor och vilka problem de har. I dagsläget har de flesta plattformar för internet-KBT som vi känner till en sådan begränsning.

En effektiv IPE-plattform behöver erbjuda interaktiva och dynamiska gränssnitt. Dessa kan innehålla exempelvis automatiserade flöden som steg för steg vägleder patienten till att planera och genomföra exponeringsövningar eller specifika komponenter, såsom sömndagböcker som med tydlig daglig återkoppling hjälper patienten att förändra sitt sömnmönster. I en mottagbar plattform kräver varje sådan lösning att behandlingsutföraren beställer det specifika flödet eller komponenten från förvaltaren av plattformen som utvecklar och testar den, ofta med hänsyn tagen till

vilka behov som olika behandlingsutförare har.

En annan och modernare principiell lösning för en ändamålsenlig IT-plattform innebär en separation av plattformen med en »back-end«, där logik för att spara data och tillgängliggöra komponenter finns, samt ett användargränssnitt där all interaktivitet regleras. Användargränssnittet och »back-end« kommunicerar med varandra via ett applikationsprogrammeringsgränssnitt (application programming interface, API). Fördelen med en sådan lösning är att behandlingsutföraren kan ta in en tredje part för att utveckla flöden och komponenter. Dessa nya lösningar placeras enbart i användargränssnittet och kräver endast mindre förändringar i »back-end« och API. Den plattform som för närvarande används av forskargruppen finns färdigutvecklad inom Karolinska institutet. Plattformen kommer att användas för utprovning/utvärdering tillsammans med vårdgivare inom svenska regioner. Om metoden är användbar och motiverar uppskalning så får kostnader vägas mot förväntad nytta.

Användargränssnitt och KBT-verktyg

Ett användargränssnitt som fungerar på både dator, läsplatta och mobiltelefon har utvecklats av oss i tätt samarbete med gränssnittsspecialister. Gränssnittet är utformat för att användaren lätt ska kunna få en överblick av sin progress och för att stödja upprepade övningar av de förmodat verkamma nyckelkomponenterna från KBT. I Figur 1 ses en jämförelse mellan det nyutvecklade gränssnittet och ett gränss-

FAKTA 1.

MÅL OCH SYFTE MED IPE, SOM ALTERNATIV TILL INTERNET-KBT

- Öka kostnadseffektivitet med bibehållen behandlingseffektivitet.
- Underlätta snabb spridning genom enklare skalbarhet för ökad tillgänglighet.
- Förbättrad och snabbare spridning till nya applikationer genom lättanvänd behandlingsmanual.
- Underlätta individuell behandlingsplanering med system för behovsanpassad individuell kombination av verktyg.
- Flexibelt behandlingsinnehåll med separata verktyg för en mängd behov.

STRATEGI FÖR FÖRVERKLIGANDE AV IPE

- Vidareutveckling och renodling av internet-KBT-manualer.
- Utveckling av tydligt avskilda verktyg/applikationer för flexibel individuell behandlingsplanering.
- Tillskapande av en lätthanterlig behandlingsplattform för effektiv och säker förvaltning.
- Användargränssnitt som tillåter användaren att växla mellan dator, läsplatta och mobiltelefon och som vägleder till ett självständigt arbetssätt.
- Texter omarbetas för att även passa på liten skärm, med bland annat kortare texter.
- Utveckla förvaltningsmodell för IPE.

snitt som ofta används för traditionell internet-KBT. Exempel på KBT-verktyg som kan passa IPE-formatet är exponering med responsprevention, problemlösning, sömndagbok, alkoholdagbok och beteendeaktivering.

Egenvårdsprogram under utveckling

Ett egenvårdsprogram vi har utvecklat inriktar sig på insomni (sömnproblem). I programmet för insomni är fokus redan från dag ett att jobba med sömnrestriktion och stimuluskontroll med hjälp av en sömndagbok. Dessa komponenter brukar vara de mest verkliga för de flesta som använder KBT för insomni och lyfts därför fram extra mycket i egenvårdsversionen, medan andra komponenter, såsom oro kring sömn, läggingsrutiner och sömnhygien, får en mindre framträdande roll. Andra exempel är egenvård för atopisk dermatit (eksem), där vi i en tidigare randomiserad kontrollerad klinisk prövning visat att internet-KBT ger god effekt på livskvalitet och mätbar eksembelastning [11]. Andra exempel där utveckling pågår är riskbruk av alkohol, hälsoängest, psoriasis och typ 1-diabetes.

Preliminära och publicerade erfarenheter med IPE

I en jämförelse med användningen av ett problemlösningssverktyg, där deltagarna slumpades till antingen det nya optimerade gränssnittet eller ett etablerat, mer basalt gränssnitt, fann vi ingen skillnad i självskattad användbarhet eller trovärdighet. Däremot fann vi att deltagarna som använde det nya gränssnittet i större utsträckning använde verktyget och producerade fler lösningsförslag. Användare engagerade

FAKTA 2.

MÖJLIGHETER MED IPE

- Erbjuder användaren ett evidensbaserat sätt att tillämpa principer för internet-KBT på egen hand, efter professionell rådgivning och behovsanpassning och med återkoppling kring resultat efter programavslut.
- Förenklad organisation för förvaltning genom att systemet inte kräver individuella behandlarkontakter under pågående program.
- Genom god skalbarhet kan antal användare öka med begränsade krav på utökad organisation, på grund av mindre behandlartid per användare.
- I ett expansionskedje kan personal omväxlande verksamhetsutveckla och stödja behandlingsplanering och uppföljning.
- Hållbarhet för miljö genom att användare kan genomföra hela processen från egen bostad eller annan valfri plats, där persontransport ersätts av informationstransport, i likhet med internet-KBT och andra digitala behandlingsmetoder.
- Systemets principer tillåter ökad grad av automatisering och personanpassning av program för fortlöpande tips, rådgivning med mera.
- Systemet underlättar utvärdering av given vård.

RISKER MED IPE ATT BEAKTA

- Konkurrerar med en flora av applikationer med varierande kvalitet och evidens för säkerhet och effekt.
- Annan användning än den avsedda kan innebära risker, som bör minimeras med tillgång till löpande support.

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR OCH FRÅGOR KRING FORTSATT UTVECKLING AV IPE

- Kan IPE optimeras så att effekten blir likvärdig med internet-KBT?
- Kan IPE kombineras med och potentiella KBT via videosamtal?
- Vid vilka somatiska sjukdomstillstånd kan IPE bidra till minskad sjuklighet och gynna återhämtning?
- Hur stora hälsoekonomiska vinster finns med IPE jämfört med internet-KBT?
- För vem passar IPE?
- När föredrar användare IPE jämfört med motsvarande internet-KBT?
- Vilka risker kan finnas med IPE jämfört med internet-KBT?
- Vilka miljömässiga fördelar har IPE jämfört med motsvarande insatser hos vårdgivare?
- Kan IPE vara gynnsam för användarens egenkontroll av hälsa i vidare mening och på sikt?
- Hur bör IPE utvecklas för att underlätta ändamålsenlig automatisering?

sig med andra ord mer i verktyget och dess essentiella delkomponenter när verktyget presenterades med ett optimerat gränssnitt [10]. Samma problemlösningssverktyg har också utprovats som ett möjligt tillägg för patienter i psykiatri som väntar på behandling i öppenvård. Verktyget användes av de flesta inkluderade deltagarna i denna mindre pilotstudie och togs väl emot, men det var inte i denna kontext en ersättning för annan behandling [12].

Helt fristående egenvårdsprogram har också testats i tre mindre studier av genomförbarhet för beteendemedicinska metoder för atopiskt eksem, insomni och riskbruk av alkohol. Resultat från dessa studier tyder på att deltagarna har använt de digitala verktygen i programmen i hög utsträckning och att kliniska förbättringar har varit i samma storleksordning som vid tidigare studier av behandlarstött internet-KBT [13-16]. Resultaten motiverar att klinisk effektivitet provas i större kontrollerade studier. Sådana större studier pågår, exempelvis av atopiskt eksem, där IPE nu jämförs med den tidigare mer omfattande interventionen med internet-KBT [17].

Principer för sammanhållen vårdkedja vid IPE

För att medge både forskrivarförmedlad och självanmäld tillgänglighet behövs en sammanhållen pro-

cess. De principiella steg som ingår är 1) mottagande och verifiering av anmälan/remiss, 2) intervju med bedömning av individuellt behov och programplanering, 3) programmets genomförande samt 4) avslutande intervju och utvärdering. Efter programavslut kan programinnehållet eventuellt vara tillgängligt under viss tid.

Möjligheter för hälsovård och livsstilsstöd

Hälsobringande strukturerat stöd för livsstilsfrågor och för resilient anpassning och återhämtning vid sjukdom är en alltför begränsad resurs. Detta torde vara angeläget och ändamålsenligt för en stor del av befolkningen under någon period i livet. Med god tillgänglighet och minimal resursåtgång kan värde förhoppningsvis skapas med ganska enkla medel. Vid somatisk sjukdom föreligger ofta också psykisk ohälsa som en komplicerande omständighet. Det kan röra sig om depression, som har förhöjd prevalens vid många somatiska sjukdomar. Det kan också innebära omotiverad eller överdriven rädsla, exempelvis rädsla för insulinutlöst hypoglykemi, som innebär att individen åter omotiverat mycket till kvällen och i stället förorsakar återkommande nattlig hyperglykemi.

Psykologisk egenvård kan bidra till att förebygga ohälsa genom stöd för ändamålsenligt beteende, samt vid sjukdom underlätta återhämtning och minimera

»De principiella steg som ingår är 1) mottagande och verifiering av anmälan/remiss, 2) intervju med bedömning av individuellt behov och programplanering, 3) programmets genomförande samt 4) avslutande intervju och utvärdering.«

lidande. Om vårdbehov vid lätta till måttliga besvär i högre grad klaras med egenvård kan tillgängliga resurser lättare prioriteras för dem med större behov. Effekten av egenvård på den samlade tillgången till vård när metoderna har börjat användas i större skala är svår att bedöma. Det skulle teoretiskt kunna leda såväl till att fler patienter nås av lämplig vård till en lägre kostnad som till undanträngningseffekter gentemot traditionell behandling. Detta behöver undersökas vid eventuell implementering. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Brjánn Ljótsson är delägare i Hedman-Lagerlöf och Ljótsson Psykologi AB.

Citera som: *Läkartidningen. 2024;121:23104*

REFERENSER

1. Lindefors N, El Alaoui, Svanbord C. Internet-KBT ger effektiv behandling. *Läkartidningen. 2017;114:D77R.*
2. Andersson G, Titov N, Dear BF, et al. Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry. 2019;18(1):20-8.*
3. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, et al. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther. 2018;47(1):1-18.*
4. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry. 2021;78(4):361-71.*
5. Baumeister H, Reichler L, Munzinger M, et al. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - a systematic review. *Internet Interv. 2014;1(4):205-15.*
6. Titov N, Dear BF, Johnston L, et al. Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PLoS One. 2013;8(7):e62873.*
7. Titov N, Dear BF, Staples LG, et al. Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord. 2015;35:88-102.*
8. Sundström C, Eék N, Kraepelien M, et al. High-versus low-intensity internet interventions for alcohol disorders: results from a three-armed randomized control superiority trial. *Addiction. 2020;115(5):863-74.*
9. Socialstyrelsen. Vem får bedöma om egenvård? 15 sep 2021 [citerat 23 aug 2023]. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/egenvard/>
10. Hentati A, Forsell E, Ljótsson B, et al. The effect of user interface on treatment engagement in a self-guided digital problem-solving intervention: a randomized controlled trial. *Internet Interv. 2021;26:100448.* Corrigendum: 2022;29:100550.
11. Hedman-Lagerlöf E, Fust J, Axelsson E, et al. Internet-delivered cognitive behavior therapy for atopic dermatitis: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatol. 2021;157(7):796-804.*
12. Hentati A, Forsell E, Ljótsson B, et al. A self-guided and monitored digital problem-solving intervention for patients with symptoms of depression or anxiety on the waiting list for treatment in routine psychiatric care: feasibility study. *BJPsych Open. 2022;8(2):e43.*
13. Kern D, Ljótsson B, Lönn Dahl L, et al. Optimized user experience, efficiency, and resource use in online self-management of atopic dermatitis. *JAMA Dermatol. 2022;158(11):1325-7.*
14. Kern D, Ljótsson B, Lönn Dahl L, et al. A digital self-help intervention for atopic dermatitis: analysis of secondary outcomes from a feasibility study. *JMIR Dermatol. 2023;6(1):e42360.*
15. Jernelöv S, Forsell E, Westman H, et al. Treatment feasibility of a digital tool for unguided self-help cognitive behavioural therapy for insomnia (FastAsleep). *J Sleep Res. 2023;32(2):e13759.*
16. Kraepelien M, Sundström C, Johansson M, et al. Digital psychological self-care for problematic alcohol use: feasibility of a new clinical concept. *BJPsych Open. 2023;9(3):e91.*
17. Kern D, Ljótsson B, Lönn Dahl L, et al. Brief self-guided digital intervention versus a comprehensive therapist-guided online cognitive behavioural therapy for atopic dermatitis: a trial protocol for a randomised non-inferiority trial. *BMJ Open. 2023;13(2):e068908.*

SUMMARY

CBT administered via the internet

Cognitive behavioral therapy (CBT) can be administered clinically to individuals and in group settings. More recently, CBT has been administered successfully via the internet (ICBT). We provide a concept aiming at further developing ICBT in a self-care format. We use recent development in user interface (UI) design in order to optimize the user interface and allow easy and flexible use via smartphone, tablet, or computer. Preliminary evidence indicates that an optimized user interface and adjusted information facilitate increased use of training programs compared to a traditional ICBT interface. Our aims are to allow increased availability of evidence-based CBT tools for self-care to improve people's health and recovery from disease. So far, evidence for effects and safe use is indicated for atopic dermatitis, insomnia and high-risk use of alcohol.