

# Internet-KBT ger effektiv behandling

## SIGNIFIKANT HÅLLBAR FÖRBÄTTRING VID DEPRESSION, PANIKSYNDROM OCH SOCIALT ÅNGESTSYNDROM

**Nils Lindefors**, med dr, professor, överläkare, verksamhetschef  
● [nils.lindefors@ki.se](mailto:nils.lindefors@ki.se)

**Samir El Alaoui**, med dr, leg psykolog

**Cecilia Svanborg**, med dr, överläkare, leg psykoterapeut, registerhållare SibeR; samtliga Centrum för psykiatriforskning, Karolinska institutet; Psykiatri Sydväst, Huddinge sjukhusområde, Stockholms läns sjukvårdsområde

**Psykologisk behandling** har på ett avgörande sätt berikat den kliniska psykiatrin; särskilt på senare år genom sammanställning av vetenskaplig evidens. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) påvisar god evidens för psykoterapi, särskilt kognitiv beteendeterapi (KBT), vid de stora folksjukdomarna depressions- och ångestsyndrom [1, 2]. Societalstyrelsen har i sina nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom framhållit psykoterapi [3], framför allt KBT, som förstahandsbehandling vid lätta till måttliga tillstånd.

Denna rapport avser att beskriva en ny vårdprocess, internet-KBT, som dels ger en evidensbaserad och kliniskt effektiv förmedling av KBT, dels erbjuder goda förutsättningar för monitorering av världens process och behandlingens resultat. Vi redovisar även ett enkelt sätt att mäta behandlingseffekt.

### Internet-KBT – självhjälp med behandlarstöd

Internetförmedlad KBT innebär i korthet elektroniskt förmedlad behandlarstödd KBT i självhjälpsformat. Patienten tar del av skrivna instruktioner och genomförelse därefter själv behandlingen kombinerat med regelbundna självskattningar och stöd av psykolog via ett webbaserat meddelandesystem. I dag får de flesta vård sökande kännedom om möjligheten till internetbehandling genom information från internet, via vårdguiden eller efter tips från vårdpersonal eller närstående.

Webbplatsen för enheten för internetpsykiatri vid Psykiatri Sydväst i Stockholm (<http://internetpsykiatri.se>) erbjuder sedan 2007 en portal till utbud av internet-KBT. På webbplatsen beskrivs både de behandlingar som erbjuds i reguljär vård (depression, paniksyndrom, socialt ångestsyndrom, överkänslig tarm [IBS]) och aktuella kliniska prövningar av nya tillämpningar.

Här finns också instruktioner för att göra anmälan genom e-tjänster på webbplatsen [www.1177.se](http://www.1177.se) (för boende i Stockholms län), vilken även förmedlar inloggning till behandlingen. För vård sökande från övriga län krävs ännu så länge först telefonkontakt med enheten för egenanmälan.

Det faktum att alla patienter väljer att anmäla sig själva via 1177 talar för att de kan ha en förförståelse att behandlingen skulle kunna passa dem. Några kanske dessutom ser en möjlighet att snabbt få kvalificerad bedömning och vägledning till lämplig vård.

### Initial bedömning av om internet-KBT passar patienten

I samband med egenanmälan genomför patienten

en webbaserad screening, som innefattar personliga bakgrundsuppgifter, kort problembeskrivning och några frågeformulär. Uppgifterna effektiviserar läkarbesöket och minskar ledtid till eventuell behandling. Bedömningen innefattar psykiatrisk basutredning (se [www.psykiatristod.se](http://www.psykiatristod.se) för information om basutredning) inklusive strukturerad diagnostisk intervju samt ställningstagande till lämplighet för internet-KBT, vanligen under ett besök.

Ungefär 50 procent av de sökande inkluderas till internet-KBT, övriga remitteras eller hänvisas vid behov till lämplig vård.

### Kriterier för exklusion

Orsaker till exklusion är svår depression, omfattande kognitiva svårigheter, självmordsrisk, psykosjukdom, stora problem med att läsa/skriva svenska samt alltför komplex problematik eller att avpassade program saknas.

### Behandling i 10 moduler

För inkluderade patienter påbörjas behandlingen normalt inom 2 arbetsdagar. Vårdprocessen innehåller därefter själva

- behandlingsfasen
- uppföljning med återbesök hos psykolog eller läkare vid behov
- vidmakthållandefas.

Patienterna genomför därefter behandlingen i 10 moduler (motsvarar sessioner i sedvanlig KBT) sekventiellt under 12 veckor. Detta innebär att de får tillgång till och arbetar med i genomsnitt en ny modul

### HUVUDBUDSKAP

- Internetförmedlad kognitiv beteendeterapi (internet-KBT) är kostnadseffektiv och kliniskt effektiv. Internet-KBT är tillämpad e-hälsa och underlättar även effektiv dokumentation av processmått och behandlingsresultat. Behandlingsresultaten monitoreras systematiskt och effektivt.
- Kliniska data redovisas från åtta års behandlingar av depression, paniksyndrom och socialt ångestsyndrom; alla tre grupperna rapporterar signifikant hållbar förbättring med internet-KBT.
- Potentialen för nationell spridning och ett nationellt kvalitetsregister för internet-KBT, SibeR, kommenteras.

per vecka; 2 extra veckor ingår således i behandlingsprogrammet för att ge viss marginal.

Innehållet i behandlingen motsvarar konventionell KBT (t ex psykoedukation, dvs att lära sig känna igen och ifrågasätta negativa automatiska tankar, beteendeaktivering, exponering och responsprevention). Tanken är att patienterna ska erhålla evidensbaserade och kliniskt effektiva behandlingar likvärdiga med sedvanlig KBT, men med annan administrationsform. Patienterna får gradvis tillgång till webbaserat textmaterial och nya övningar att göra på egen hand. Efter varje avslutad modul sker en avstämning med psykolog, som granskar framstegen och ger återkoppling och stöd för att gå vidare i behandlingen.

Utöver kommunikationen mellan behandlande psykolog och patient görs veckovis uppföljning av patientens hälsostatus. Eftersom patienterna regelbundet genomför diagnosspecifika självskattningar med MADRS-S (Montgomery-Åsberg depression rating scale) för depressiva symtom [4], PDSS-SR (Panic disorder severity scale) för paniksyndrom [5] och LSAS-SR (Liebowitz social anxiety scale) för socialt ångestsyndrom [6], får behandlingsansvarig psykolog möjlighet att relativt snabbt agera på avvikelser eller tecken på negativa effekter. Detta är en del av rutinerna för ökad patientsäkerhet; patienten kan då vid behov kontaktas via e-post eller telefon.

Vid behandlingsavslut erbjuds patienterna ett uppföljande fysiskt besök för att utvärdera resultat och bedöma eventuella behov av vidare åtgärder. Patienten har tillgång till sitt material men inget psykologstöd efter behandlingsavslutet fram till den webbaserade uppföljningen av sjukdomsgrad och livskvalitet ca 6 månader efter behandlingsstart.

## Kort väntetid till behandlingsstart

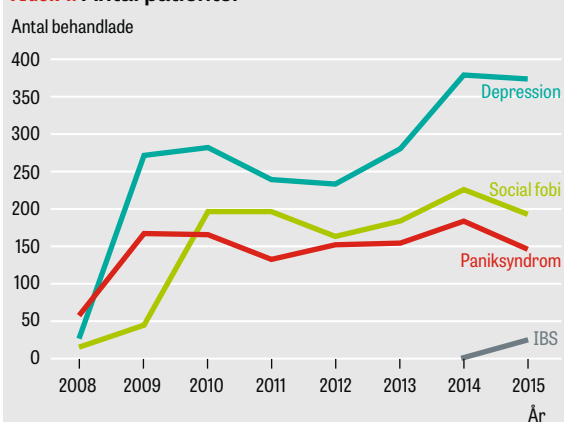
Under åren 2008–2015 behandlades i reguljär vård 4 245 patienter, varav 2 081 för depression, 1 153 för paniksyndrom, 988 för socialt ångestsyndrom samt från slutet av 2015 även 23 patienter för IBS. Cirka 40 procent av de inkluderade patienterna hade annan samtidig psykiatrisk sjuklighet, förutom själva indikationen för behandlingen. Ungefär 40 procent hade haft symtom i mer än 10 år och ca 25 procent i mindre än 1 år. Det förekom att man sökte internetbehandling som första hjälpförsök efter många års lidande, men även att man hade eller haft ett flertal andra behandlingskontakter inom primärvård och psykiatri.

Utöver dessa behandlingar gavs ytterligare tillämpningar av internet-KBT på kliniken inom ramen för kontrollerade studier, bl a för tvångssyndrom, hälsoångest och insomni. Årliga behandlingsvolymer illustreras i Figur 1. Under åren 2008–2015 ökade antalet vårdsökande/nybesök hos läkare kraftigt, från ca 400 till 1 400 per år. Trots detta kunde väntetiden från egenanmälan till läkarbesök respektive från egenanmälan till start av behandling hållas stabilt kort med en genomsnittlig väntetid runt 20 respektive 30 dagar (Figur 2).

## Mätning före och efter behandling visar på effekten

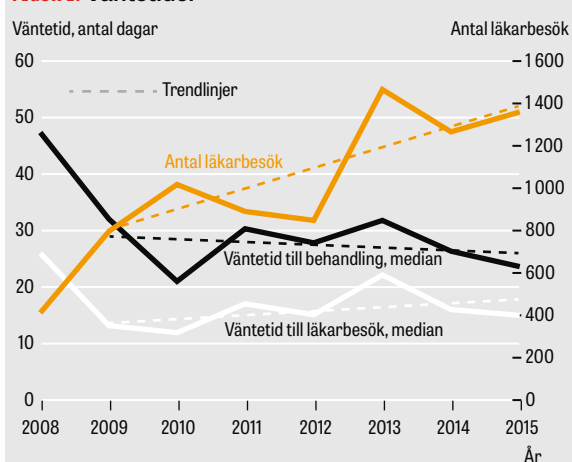
För samtliga behandlingar uppnåddes vid eftermätning stor behandlingseffekt enligt vedertagna tröskelvärden för Cohens d (standardiserad medelvärdeskillnad) [7] (Tabell 1). Redovisade behandlingsre-

FIGUR 1. Antal patienter



▶ Antal behandlade patienter per behandlingsprogram år 2008–2015.

FIGUR 2. Väntetider



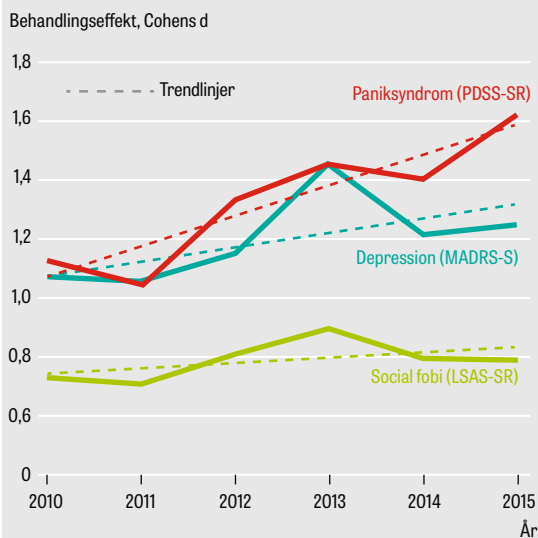
▶ Väntetider från vårdbegäran till läkarbesök, från vårdbegäran till behandlingsstart samt antal läkarbesök under 2008–2015.

TABELL 1. Genomsnittliga behandlingseffekter för internet-KBT under 2008–2015. Behandlingseffekt beräknades med inomgruppsjämförelser (gäller patienter med data både före och efter behandlingen). Cohens d = 0,25 motsvarar liten effekt, d = 0,50 medelstor och d = 0,80 motsvarar stor effekt [7].

Behandling	Effektstorlek, Cohens d	95 procents konfidensintervall	
		Lägre konfidensgräns	Högre konfidensgräns
● Depression (n = 1 713)	1,18	1,15	1,25
● Socialt ångestsyndrom (n = 813)	0,80	0,73	0,86
● Paniksyndrom (n = 914)	1,24	1,14	1,33

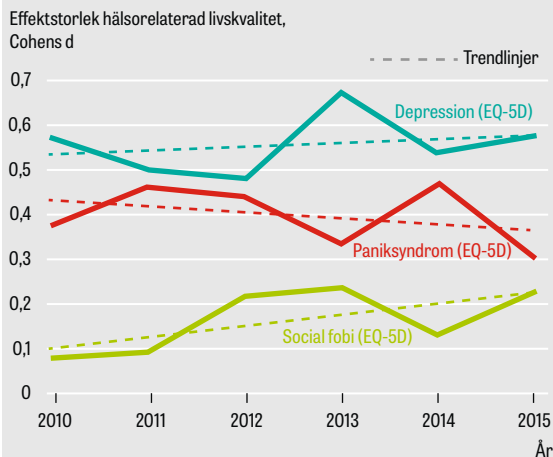
»Patienten tar del av skrivna instruktioner och genomför därefter själv behandlingen med regelbundna självskattningar och stöd av psykolog via ett webbaserat meddelandesystem.«

**FIGUR 3. Behandlingseffekter**



► Behandlingseffekter av internet-KBT under 2010–2015. Beräkningarna utgår från beroende parvisa medelvärdesjämförelser. Utfallsmåttet för social fobi var självskattningsversionen av Liebowitz social anxiety scale (LSAS-SR) [6], för depression skattningsskalan Montgomery-Åsberg depression rating scale (MADRS-S) [4] och för paniksyndrom användes självskattningsskalan Panic disorder severity scale (PDSS-SR) [5]. Således ingår endast patienter där både för- och eftermättningsdata finns. Cohens d = 0,25 motsvarar liten behandlingseffekt, d = 0,50 medelstor och d = 0,80 motsvarar stor effekt [7].

**FIGUR 4. Hälsorelaterad livskvalitet**



► Mätvärden för hälsorelaterad livskvalitet före och efter genomgången internet-KBT under 2010–2015.

sultat gäller löpande verksamhet. Delar av de här redovisade resultaten har publicerats tidigare [8-10], men antalet behandlade individer är signifikant utvidgat i den här rapporten och gäller för en längre observationsperiod.

I Figur 3 illustreras förändringen i behandlingseffekt över tid. De estimerade trenderna indikerar en positiv utveckling över åren avseende uppnådda resultat efter avslutad behandling. En delförklaring till

**TABELL 2. Mätvärden för hälsorelaterad livskvalitet före och efter genomgången internet-KBT under 2010–2015. Alla mätvärden efter behandling respektive vid 6-månadersuppföljning är signifikant ( $P < 0,001$ ; parade t-test) skilda från värdena före behandling. Hälsorelaterad livskvalitet mättes med EQ-5D (Euro Quality of life-5 dimensions).**

Behandling	N	Medelvärde	Standardavvikelse
<b>Depression</b>			
EQ-5D före behandling	1908	0,636	0,213
EQ-5D efter behandling	1672	0,744	0,203
EQ-5D 6-månadersuppföljning	653	0,759	0,207
<b>Paniksyndrom</b>			
EQ-5D före behandling	998	0,719	0,200
EQ-5D efter behandling	861	0,801	0,180
EQ-5D 6-månadersuppföljning	357	0,819	0,191
<b>Socialt ångestsyndrom</b>			
EQ-5D före behandling	931	0,782	0,179
EQ-5D efter behandling	808	0,815	0,176
EQ5D 6-månadersuppföljning	280	0,827	0,183

detta kan för depression och paniksyndrom vara att den patientrapporterade sjukligheten har ökat vid behandlingsstart år för år och att utrymmet för förbättring därmed blir större.

Exempelvis hade år 2010 patienter med depression i genomsnitt MADRS-S = 20,35 (SD = 6,60) före behandling och 12,46 (SD = 7,97) efter behandling; motsvarande värden år 2015 var 23,38 (SD = 6,18) respektive 14,08 (SD = 8,32).

För patienter som behandlats för paniksyndrom var värdena mätta med PDSS-SR år 2010 10,09 (SD = 4,59) före behandling och 4,80 (SD = 4,81) efter behandling; år 2015 var motsvarande värden 11,40 (SD = 4,45) respektive 4,53 (SD = 4,01).

Slutligen: år 2010 hade patienter med social fobi i genomsnitt LSAS-SR = 72,69 (SD = 22,73) före behandling och 56,81 (SD = 26,45) efter behandling; motsvarande värden år 2015 var 71,76 (SD = 22,39) respektive 52,84 (SD = 25,08).

Förändring avseende hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D (Euro Quality of life-5 dimensions) [11] illustreras i Tabell 2 och Figur 4. EQ-5D är en väl etablerad skala inom svensk och europeisk sjukvård, och den passar även väl inom psykiatri. Utslag av sjuklighet och behandlingsresultat varierar mellan olika sjukdomar, men jämförbarheten är god inom respektive sjukdomskategori. EQ-5D är känslig för bl a symtom som vid ångest och depression. Sjukdomar med mer kontinuerliga symtom inom dessa områden, t ex förväntansångest vid paniksyndrom och nedstämdhet vid depression, ger vanligen större utslag i EQ-5D vid effektiv behandling än sjukdomar med mer episodiska symtom, t ex situationsbetingad ångest vid socialt ångestsyndrom.

## Kvalitetssystem för uppföljning och rationell utveckling

Enheten för internetpsykiatri vid Psykiatri Sydväst i Stockholm startade sin verksamhet med reguljär

vård 2007 och har från början betjänat invånare i hela Stockholms län. I enlighet med den nya patientlagen förekommer sedan 2015 även sökande från andra län.

En avgörande faktor för att kunna bygga flödes- och resurseffektiva processer för enheten har varit ett genomtänkt kvalitetssystem. Det kvalitetssystem som introducerades från start genomsyrar verksamheten med beskrivningar av mål, arbetsprocesser, metoder för uppföljning och förbättringsarbete. Återkoppling och verksamhetsutveckling underlättas av att patientrapporterade mått systematiskt samlas in i en databas kopplad till den elektroniska plattformen för senare statistisk bearbetning (tillsammans med andra uppgifter) för löpande processuppföljning.

## Nationell spridning och kvalitetsregister

En nationell plattform för internetbaserat stöd och behandling har utvecklats av 1177 Vårdguiden med stöd av Sveriges Kommuner och landsting (SKL) och staten. De flesta landsting har anslutit sig för att använda plattformen, och införande pågår sedan april 2015. En nationell kvalitetssäkring av denna nya metod att bedriva sjukvårdande behandling är angelägen.

Med hjälp av statliga medel för kvalitetsregister-satsningen via SKL kunde vi under 2012 starta resan med att bygga ett nationellt kvalitetsregister för internetbehandling, Svenska internetbehandlingsregistret (SibeR) [12]. SibeR lanserades under 2015 och fokuserar initialt på fyra psykiatriska indikationer: depression, paniksyndrom, socialt ångestsyndrom och generaliserat ångestsyndrom. Indikationerna utökas allteftersom fler behandlingsprogram införs i reguljär vård.

Anslutna enheter kommer att få återkoppling på ledtider och behandlingseffekter i realtid samt stöd att bygga sina vårdprocesser.

## Internetförmiddlad KBT – den svenska modellen

Stockholmspsykiatri är drivande för den kliniska implementeringen av internet-KBT, med numera omfattande erfarenhet vid ångestsjukdom och depression [8-10] samt IBS [13]. Utveckling sker fortlöpande

»Tillämpningar av internet-KBT där preliminär klinisk erfarenhet och pågående kliniska prövningar ger hopp om implementering är bl a behandling av insomni, tvångssyndrom och hälsoångest.«

inom flera områden med aktiva forskningsgrupper i Sverige och internationellt [14]. Tillämpningar av internet-KBT där preliminär klinisk erfarenhet och pågående kliniska prövningar ger hopp om implementering är bl a behandling av insomni, tvångssyndrom och hälsoångest.

Inom BUP i Stockholm finns framgångsrik klinisk-nära forskning och utveckling av internet-KBT för unga [15].

## Nytta och värde

Den helt elektroniska behandlingen via internet-KBT kan enligt samstämmig vetenskaplig evidens ge likvärdig effekt som sedvanlig KBT [16] och spara på dyrbar och begränsad behandlartid. Minst fyra gånger fler patienter kan få hjälp med internet-KBT jämfört med KBT i annat format, räknat i effektiv behandlartid. Internet-KBT ger alltså ett värdefullt tillskott i floran av psykologiska behandlingar i svensk sjukvård, med ökad valfrihet för vårdsökande. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2017;114:D77R*

## REFERENSER

- Behandling av depressionsjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Vol I-III. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. SBU-rapport nr 166.
- Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Vol I-II. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2005. SBU-rapport nr 171.
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 - stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnr 2010-3-4.
- Svanborg P, Åsberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89:21-8.
- Houck PR, Spiegel DA, Shear MK, et al. Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. *Depress Anxiety.* 2002;15:183-5.
- Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, et al. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychol Med.* 2001;31:1025-35.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
- El Alaoui S, Hedman E, Kalso V, et al. Effectiveness of Internet-based cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder in clinical psychiatry. *J Consult Clin Psychol.* 2015;70:47-55.
- Hedman E, Ljótsson B, Rück C, et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;128:457-67.
- Hedman E, Ljótsson B, Kalso V, et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *J Affect Disord.* 2014;155:49-58.
- EuroQol Group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16:199-208.
- Svenska internetbehandlingsregistret (SibeR). [www.psykiatrirregister.se/content/siber-1](http://www.psykiatrirregister.se/content/siber-1)
- Ljótsson B, Hedman E, Andersson E, et al. Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial. *Am J Gastroenterol.* 2011;106:1481-91.
- Lindfors N, Andersson G. Guided internet-based treatments in psychiatry. Basel: Springer; 2016.
- Vigerland S, Ljótsson B, Thulin U, et al. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: a randomised controlled trial. *Behav Res Ther.* 2016;76:47-56.
- Hedman E, Ljótsson B, Lindfors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2012;12:745-64.