

Datum
2017-08-24

Slutrapport

— Införande av terapeutstött internet-baserad kognitiv beteendeterapi (IKBT) vid ångestproblematik i Region Halland

Projektledare: Helena Morténus
Projektägare: Ann-Sofi Isaksson
Kunskapsstyrning, Regionkontoret

Datum
2017-08-24**Innehållsförteckning**

1. Introduktion	6
2. Bakgrund	7
3. Syfte	9
4. Material och metod	10
4.1. Förberedelser	10
4.2. Sammanfattning upplägg	10
4.3. Utvärderingsmått/design	11
4.4. Etiska riktlinjer	11
4.5. Inklusionskriterier	12
4.6. Exklusionskriterier	13
4.7. Behandlingsprocess	13
4.8. Rekrytering och rutiner för remittering	14
4.9. Behandlingsprogram	20
4.10. Instrument	20
4.11. Datainsamling	21
5. Resultat	21
5.1. Bakgrundsfaktorer	22
5.2. Resultat ur behandlarens perspektiv	23
5.3. Resultat ur patientens perspektiv	24
5.4. Patienternas självskattade hälsa	31
5.5. Möjligheter och hinder	33
5.6. Bortfallsanalys	34
5.7. Effektmål sammanställning	35
6. Diskussion	37
7. Slutsats	39
8. Praktiska betydelsen	39
9. Kostnader för pilotinförandet	40
10. Rekommendationer vid breddinförande	41
11. Referenser	42

Datum
2017-08-24

Sammanfattning

Regionernas uppdrag att utifrån begränsade resurser möta befolkningens behov av hälso- sjukvård är en stor utmaning, inte minst avseende de ökande sjukskrivningstalen vid psykisk ohälsa. Den ökade digitaliseringen av vården kan därför vara en väg att göra vården mer tillgänglig och kostnadseffektiv. I ett pilotprojekt har behandlarstödd internetbaserad kognitiv beteendeterapi (IKBT) för individer med lindrig till måttlig ångestproblematik prövats inom närsjukvården i Region Halland. Pilotprojektet är ett av flera projekt som involverar användning av behandlingsplattformen Stöd och behandling (SoB) som nås via 1177.se.

Pilotprojektets syfte

Ett övergripande syfte för projektet har varit att öka patientens tillgång till internetbaserade (digitala) stöd- och behandlingsinsatser av god kvalitet, på ett användarvänligt, säkert och flexibelt sätt. Övergripande projektmål i det aktuella pilotprojektet har varit implementering av internetbaserad KBT-behandling för ångestproblematik inom en verksamhet i Region Halland samt att utforma förslag som kan underlätta vidare implementering av digitala behandlingsinsatser.

Utgångspunkt och praktiska betydelsen

En utgångspunkt för projektet är att införande av internetbaserade behandlingsinsatser för psykisk ohälsa bör kunna medföra minskade kostnader för hälso- och sjukvården på sikt. Alternativa tekniska lösningar kan minska behov av fysiska möten och öka effektiviteten i verksamheten. Det kan öka tillgängligheten till bedömnings- och behandlingstider i befintliga psykosociala team och därigenom korta ner väntetider för kontakt med psykolog/kurator. Ökad tillgänglighet till psykologisk bedömning och behandling främjar att patientgrupper kan identifieras och erbjudas behandling i ett tidigare skede vid psykisk ohälsa. Tidiga insatser kan hindra negativ utveckling avseende psykiatriska symtom och minska behov av sjukskrivning och mer omfattande insatser från hälso- och sjukvården totalt sett. En annan positiv aspekt är att patienter kan erbjudas behandling på flera sätt, vilket innebär att behandlingsupplägg i högre utsträckning kan anpassas efter individens behov och förutsättningar i livssituationen.

Projektets genomförande

Pilotprojektet inleddes i januari 2016 och beräknades då pågå i ett år. Initial projektfas ägnades åt planering och förberedelser inför projektstart; utveckling av projektplan, risk- och konsekvensanalys, informationsmaterial, urval och inköp av behandlingsprogram, utbildning för behandlare, upprättande av struktur för patientflöde, praktiska och administrativa rutiner mm. De första behandlingarna påbörjades i juni 2016. Mål initialt var 15 patienter, vilket senare utökades med

Datum
2017-08-24

ytterligare 10 patienter under första halvåret 2017. För närvarande (170720) har sammanlagt 35 patienter startat behandling med hjälp av annan finansiering.

Patienterna nådde sin behandling via inloggning i 1177.se. Behandlingsprogram Ångesthjälp© har utvecklats av leverantör Psykologpartners och anpassats för behandlingsplattform SoB. Behandlingen bestod av 8 avsnitt och beräknad behandlingstid var 8-12 veckor. Aktuell patientgrupp var vuxna patienter (över 18 år) med lindriga till måttliga besvär avseende ångest och oro. Rutiner för bedömning, behandling och uppföljning presenteras närmare längre fram i denna rapport.

Två psykologer på Vårdcentralen Falkenberg har fungerat som behandlare och ansvarat för bedömning och behandling av patienterna. Behandlingsinsatsen har varit sökbar för patienter från hela Halland. Utöver patientavgift vid mottagningsbesök har behandlingen varit kostnadsfri för patienterna under pilottiden. Patienterna har huvudsakligen sökt själva med intresse för internetbaserad KBT-behandling, efter att ha fått information från sin vårdcentral alternativt själva sett information om projektet via hemsida eller genom medier.

Projektets utvärdering

Effektmålen som utvärderades var; en jämlikare vård, patientens följsamhet till behandling, en effektivare vård genom ökad tillgänglighet, erbjudan av förebyggande åtgärder, patientens upplevelse av behandlingen, effektiv behandlingsinsats.

Utvärderingsproceduren

Utvärdering utfördes genom;

- a) analys av antal anmälda patienter, antal genomförda behandlingar, antal avbrutna behandlingar.
- b) analys av enkäter till patienter (frågor kring behandlingserfarenheten, upplevelse av behandlingsprogram, digital plattformen, kontakt med behandlare med mera).
- c) analys av enkäter till behandlare (frågor kring behandlingsprocesser, upplevd behandling, arbetstidsinsats, eventuella svårigheter och risker, möjliga förbättringsområden med mera - utifrån behandlarperspektiv).
- d) analys av symtomskattning vid behandlingsstart respektive – avslut avseende ångest/oro (GAD-7), depression (PHQ-9), upplevd livskvalitet (BBQ) samt funktionsförmåga (WHODAS 2.0 12 frågor).

Ett sekundärt mål är också att utvärdera effekt över tid via uppföljande mätningar 3 respektive 9 månader efter behandlingsavslut, vilket inte kommer presenteras i denna rapport.

Datum
 2017-08-24

Resultat

Jämförelse av deltagarnas symtomskattning före och efter behandling tyder på klart förbättrat psykiskt mående efter behandling. Analys på gruppnivå visar att patienterna vid behandlingsavslut angav lägre grad av ångestsymtom och depressiva symtom, lägre grad av funktionsnedsättning på grund av hälsotillstånd, samt högre grad av upplevd livskvalitet. Den signifikativa förbättringseffekten är konstant på samtliga fyra mått. I patientenkäterna anger en tydlig majoritet av patienterna hög grad av nöjdhet med behandlingsprocessen och att de upplevt behandlingen som meningsfull och hjälpsam. Av behandlarenkäterna kan urskiljas att även behandlarna upplever att behandlingsprocessen har fungerat väl för en majoritet av patienterna.

Det har inte funnits någon kontrollgrupp i denna utvärdering. Det går därmed inte att utvärdera om aktuella resultat är likvärdiga, sämre eller bättre jämfört med reguljär KBT-behandling på vårdcentralerna. Det är en begränsning i aktuell utvärdering, och värt att beakta vid kommande projekt inom området. De kliniskt signifikanta behandlingseffekter som framkommit i aktuellt projekt, i kombination med faktorer såsom ökad flexibilitet och tillgänglighet för patienter samt tidseffektivisering för personal, bedöms tillsammans utgöra tillräcklig grund för att rekommendera en fortsatt utveckling av internetbaserad KBT i närsjukvården Halland.

Effekt mål i projektet	Förväntad effekt	Mätning	Resultat
En jämlikare vård	Internetbaserad stöd och behandling kan erbjudas patienter oavsett sociodemografisk tillhörighet	Erhållen statistik	Uppnått, behandlingsinsatsen var oberoende ålder, kön och sociodemografisk tillhörighet samt patienten kunde göra egenremiss.
Pat följsamhet till behandling	90% av de patienter som påbörjar behandlingen ska slutföra den	Erhållen statistik av behandlare	Uppnått till stor del, 88% slutförde hela behandlingen.
En effektivare vård genom ökad tillgänglighet	Möjliggör att fler patienter kan erbjudas hjälp med samma resurser	Enkät till behandlare	Uppnått, tidsuppskattning har visat att cirka 15 min/vecka var behandlartid via nätet emot 60 min vid traditionell behandling
Erbjuda förebyggande åtgärder	Möjliggör att insatser kan sättas in i ett tidigt skede och förhindra sjukare patienter och längre behandlingsperioder	Erhållen statistik av behandlare	Uppnått, fler patienter erbjuds behandling samt söker självmant denna behandling.
Patientens upplevelse av behandlingen	Nöjda patienter innebär att rätt bedömning gjorts	Patientenkät	Uppnått, majoriteten av patienterna upplevde behandlingens delar var bra och ville därmed rekommendera detta till andra med samma behov. Flexibelt hemifrån och dygnet runt.
Effektiv behandlingsinsats	Behandlingsinsatsen är effektiv genom att bidra till minskad symtomgrad och ökad funktionsförmåga på kort och lång sikt för deltagande patienter (på grupp och/eller individnivå)	Mätning görs via symtomskattningsformulär före och efter behandling.	Uppnått, en tydlig minskning i ångest, oro samt depression. Upplevd livskvalitet jämte funktionsförmåga hade ökat markant.

Effekt mål och resultat för pilotprojekt IKBT.

Datum
2017-08-24

1. Introduktion

Under de senaste decennierna har forskning och ett flertal nationella undersökningar rapporterat om en växande psykisk ohälsa i Sverige. Sjukskrivningar med psykiska diagnoser som sjukskrivningsorsak har ökat. Av sjukfall som hanterades av Försäkringskassan 2014 motsvarade 40% sjukskrivning för psykisk ohälsa, vilket innebär att psykiska symtom och sjukdom idag utgör den vanligaste sjukskrivningsorsaken (Försäkringskassan, 2015). Bland de psykiska diagnosgrupper som leder till sjukskrivning är stressreaktioner och ångestsyndrom (F40-48) samt förstämningssyndrom, främst depressiv episod (F32) vanligast. Den förstnämnda gruppen motsvarar 55 % av sjukfallen, depressiv episod 30% (2014:4). Även graden av subjektivt skattade upplevelser av ångslan, oro eller ångest i har ökat det senaste decenniet. Enligt den senaste nationella rapporten från folkhälsomyndigheten upplever 38% av kvinnor och 25% av män ångestsymtom (Psykisk hälsa – Ångest: Hälsa på lika villkor 2015, Folkhälsomyndigheten). För 10 år sedan låg denna andel kring 24% respektive 14% på nationell basis.

Den växande psykiska ohälsan innebär en ökad belastning och utmaning för vårdsystemen. Detta gäller inte minst primärvården, som tar emot och ansvarar för behandling av majoriteten av de patienter som söker för ångestproblematik och/eller depression (Socialstyrelsen, 2010). Av de patienter som söker primärvården för psykisk ohälsa beräknas cirka 15% besväras av depression, ångest och utmattning (Kallioinen et al, 2010). Psykologisk behandling, framförallt kognitiv beteendeterapi (KBT) har lyfts fram som högt rekommenderat behandlingsalternativ vid ångestsyndrom av lindrig till måttlig svårighetsgrad, liksom vid lindrig till måttlig depressiv episod. Primärvården har begränsade förutsättningar att erbjuda psykologisk behandling i den utsträckning som bedöms önskvärt utifrån patienternas behov (Socialstyrelsen, 2010). Rekrytering av psykologer, psykoterapeuter och personal med psykosocial kompetens till primärvården ökar, men fortsatt saknas på många håll förutsättningar för att erbjuda psykologisk behandling, såsom kognitiv beteendeterapi, i tillräcklig utsträckning (Socialstyrelsen 2010, Kivi 2015).

Att finna vägar för effektivare behandlingsflöden, och därmed öka tillgång till snabb och god vård behandling för fler patienter, är således en viktig målsättning.

Internetbaserad KBT-behandling, där patienten arbetar hemifrån med ett färdigt behandlingsmaterial och har regelbunden kontakt med psykolog eller annan behandlare, har under senaste decenniet tagits fram och utvärderats för ett flertal psykiatriska diagnoser. Forskningsstudier tyder på positiva behandlingseffekter, många gånger likvärdiga med resultat som uppvisas i reguljär KBT-behandling ("face-2-face") (Vernmark & Bjärehed, 2013). Implementering av internetbaserad behandling som behandlingsalternativ i primärvården bedöms som en möjlig väg att öka tillgång till psykologisk behandling för aktuella patientgrupper. Då området är relativt nytt och under utveckling är kunskapsläget

Datum
2017-08-24

avseende implementering och förvaltning av internetbaserad KBT-behandling inom hälso-och sjukvården begränsat.

2. Bakgrund

Under senare år har sjukvårdskostnaderna i Sverige såväl som i övriga Europa stigit kraftigt. Ett sätt att bemöta och hantera denna situation har varit en ökad satsning på informations- och kommunikationsteknologin (IKT). Eftersom denna insats inte haft en tillfredställande takt har regeringen och SKL enats om att accelerera förloppet genom en vision där Sverige ska vara bäst i världen på e-hälsa år 2025 (ehälsomyndigheten.se). En nationell ehälsostrategi finns sedan 2010 i Sverige (Nationell eHälsa i Sverige) men också Världshälsoorganisationen (WHO) har framtagit en strategi för nationell eHälsa 2013 (National eHealth Strategy Toolkit).

Ehälsa via säker stöd- och behandlingsplattform

Ökad tillgång till datorer, ”smarta” telefoner och internet har förändrat samhället och hur dess invånare kommunicerar och söker information. Många söker efter medicinsk information på nätet innan man vänder sig till hälso- och sjukvården, och intresset hos allmänheten för att få ta del av digitala sjukvårdstjänster såsom läkarkonsultationer och behandlingsprogram har ökat. Den snabba utvecklingen ställer höga krav på användaren att filtrera i informationsflödet, inte minst med tanke på den medicinska information som exploderat på nätet. Sveriges kommuner och landsting står bakom 1177 Vårdguiden som fungerar som samlingsplats för information, säker sjukvårdsrådgivning och e-tjänster för invånarna. Utöver rådgivning via webb och telefon pågår samordning i frågor kring teknisk infrastruktur inom hälso- och sjukvården på nationell nivå. Ett nationellt införande av behandlingsplattformen Stöd och behandling (förkortning SoB används framöver i dokumentet) startade 2015 i Sverige, vilket ger vårdgivare möjlighet att erbjuda internetbaserade stöd- och behandlingsinsatser till invånarna. Patienten får tillgång till SoB via säker inloggning till 1177 Vårdguidens nationella e-tjänster. Region Halland var en av arton regioner/landsting som anslöt sig till denna plattform 2016.

Ångestsyndrom och behandling

En viss grad av ångest och oro är en naturlig del av att vara människa. Ångestsymtom utlöses då vi står inför verkliga farliga situationer, men är också en vanlig under perioder av osäkerhet eller när vi står inför en svår uppgift. Under kris eller stark stress är det inte ovanligt att individer upplever ökad inre oro och fysiska symtom såsom rastlöshet, ökad puls och svettningar (Nationalencyklopedin, 2016). När ångestsymtom är ihållande, bidrar till påtagligt lidande och/eller påverkar en persons livsföring på ett tydligt begränsande sätt kan en diagnos inom diagnosgruppen ångestsyndrom bedömas aktuell. Utifrån DSM-5 (system över

Datum
2017-08-24

diagnoskriterier för psykiatriska sjukdomar och tillstånd, utvecklat av American Psychiatric Association) omfattar diagnosgruppen ångestsyndrom ett flertal diagnoser, däribland fobiska tillstånd, paniksyndrom med och utan agorafobi, generaliserat ångesttillstånd (GAD) och social ångest (Mini-D 5, 2015). Patienter med ångestsyndrom har inom sjukvården ofta främst erbjudits medicinsk behandling, och tillgången till psykologisk behandling har varit begränsad. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2010) rankas psykologisk behandling, framför allt KBT, som prioriterat behandlingsalternativ vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom. Behandlingen syftar ofta till att genom beteendeförändringar försöka påverka livet i rätt riktning, mot en lägre grad av hindrande ångestsymtom och ökad livskvalitet. Huvudskäl till prioriteringen är att forskningsresultat visat att KBT kan ha god till mycket god effekt på symtom och funktionsnivå, både kort- och långsiktigt. För att uppnå rekommendationen om att erbjuda fler effektiva behandlingsalternativ behöver hälso- och sjukvården öka tillgången till psykologisk behandling (Socialstyrelsen 2013). Behovet av personal med kompetens för psykologisk behandling, däribland kognitiv beteendeterapi, behöver öka väsentligt för att de nationella riktlinjerna ska kunna operationaliseras. Det konstaterats som tidigare nämnts att tillgången på evidensbaserad psykoterapi och KBT i primärvården är låg (Socialstyrelsen, 2013) och detta trots att Sverige är ett av de länder i världen som har den högsta Internetanvändning (SCB, 2013).

Internetbaserad KBT-behandling för ångestsyndrom och depression har prövats i ett flertal studier, och visat på positiva behandlingseffekter. Resultat av metaanalys har visat på i stort sett likvärdiga resultat som "face-to face" KBT i flera studier (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper & Hedman, 2014). Det är främst fyra diagnoser som visat goda effekter; paniksyndrom, social fobi, GAD och egentlig depression (Hedman, Ljotsson & Lindefors, 2012, Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010). Teoretisk grund och principer för behandlingsupplägg är till stor del samma vid internetbaserad KBT som vid "face-2-face"-behandling (ex problemanalys, målformulering, psykoedukation/information till patienten, övningar/hemuppgifter). Vid traditionell behandling introduceras patienten för information och övningar under samtal med terapeuten, ibland kompletterat med ex textmaterial som patienten läser mellan sessioner.

I internetbaserad KBT tar patienten ofta del av informationen själv via text, video och/eller ljudfiler i ett behandlingsprogram. Olika upplägg finns för hur patienten registrerar sitt arbete, exempelvis att patienten i programmet och antecknar svar på övningar, vilket terapeuten därefter kan gå in och läsa. Det finns en del studier på ren självhjälpsbehandling, dvs utan terapeutstöd under behandlingen, men regelbunden kontakt mellan patient och behandlare (via textmeddelanden/telefon/mail) rekommenderas i de flesta behandlingsupplägg.

Datum
2017-08-24

Internetbaserad KBT-behandling har inte erbjudits tidigare i Närsjukvården i Region Halland på ett samordnat sätt. En ambition att pröva behandlingsformen på ett genomtänkt sätt och att få ökad kunskap och värdefull erfarenhet av möjliga förtjänster och utmaningar vid internetbaserad psykologisk behandling var en av utgångspunkterna för den aktuella pilotverksamheten.

3. Syfte

Att inom ramen för ett pilotprojekt i närsjukvården erbjuda terapeutstött internetbaserad KBT-behandling för ångest och oro via plattformen SoB. Vald behandling är det etablerade behandlingsprogrammet Ångesthjälpen©, utvecklat av företaget Psykologpartners. Vidare syfte att under projekttiden utvärdera behandlingsinsatsen avseende behandlingseffekt, patient- och verksamhetsperspektiv, i syfte att a) bedöma om vidare implementering bör rekommenderas; b) utifrån projektets erfarenheter belysa möjliga förtjänster, utmaningar och risker vid breddinförande, samt c) presentera förslag på möjliga verksamhetsupplägg vid bredare implementering.

Effektmålen som utvärderades var följande; en jämlikare vård, patientens följsamhet till behandling, en effektivare vård genom ökad tillgänglighet, erbjuda förebyggande åtgärder, patientens upplevelse att de fått hjälp med behandling samt effektiv behandlingsinsats.

Datum
2017-08-24

4. Material och metod

4.1. Förberedelser

I projektets uppstartsfas genomfördes nedanstående moment som gav underlag för vidare detaljerad planering av projektet;

- Tjänsteresa; en interaktionsdesign för att visa träffpunkter mellan behandlare och patient
- Intressentanalys
- Riskanalys
- Kommunikationsplan
- Utvärderingsplan

En manual för pilotprojektet KBT via nätet utvecklades, för att säkerställa riktlinjer för att behandlingarna skulle utföras på ett likartat, strukturerat och patientsäkert sätt. Manualen togs fram främst som stöd för behandlare, men också för att kunna informera övrig personal på vårdmottagningen om internetbehandlingsprojektet. Riktlinje/checklista vid telefonbedömning/patientbesök togs fram som grund för bedömning avseende inklusions- och exklusionskriterier, samt för att säkerställa att patienter skulle få adekvat information om behandlingen. Vidare skapades kortare, sammanfattande informationstexter för patient respektive vårdpersonal.

Implementeringsfasen i projektet före, under och efter följde den vedertagna implementeringsmodellen PARiHS (Promoting Action on Research implementation in Health Services) (Kitson et al 2008). De tre delarna som modellen bygger på är; evidens, kontext och facilitering. Evidensen av forskningsresultat av studier gjorda inom området, klinisk erfarenhet från pilotverksamheten och behandlare, patientens uppfattning och så kallade lokala data. Kontexten innefattar pilotverksamhets kultur, ledarskap och rutiner i förändringen. Facilitering innebär stödjande funktioner såsom nyckelpersoner med specifika kunskaper och färdigheter i både införande och specifikt KBT, vilket ska underlätta i processen med att införa nya kunskaper och rutiner på området.

4.2. Sammanfattning upplägg

- Patienter med lindriga till måttliga ångest-/orososbesvär aktualiseras för internet-KBT (t ex via egen intresseanmälan, läkarremiss eller via info från behandlare).
- Vid telefonbedömning och mottagningsbesök får patienten mer information om behandlingen och psykolog bedömer om patienten är aktuell för behandling utifrån inklusions- och exklusionskriterier.
- Behandlingsprogram Ångesthjälpen® består av 8 behandlingsavsnitt. Patienten informeras om att hen generellt förväntas göra ett behandlingsavsnitt per vecka och att

Datum
2017-08-24

beräknad behandlingstid vanligen är 8-10 veckor. Efter fullföljd behandling kan patienten få tillgång till behandlingsinnehållet i vidmakthållandeläge under ytterligare 3 månader.

- Vid behandlingsstart görs plan för behandlingsuppföljning. Riktlinje är att behandlaren ger kommentarer på patientens arbete och svarar på ev frågor via textmeddelande en g/vecka, samt utöver detta svarar på meddelande vid behov.
- Vid fullföljd (samt vid ev tidigt avbruten) behandling bokas avslutande mottagningsbesök. Vid besök diskuteras vad patienten lärt sig, framsteg och svårigheter
- Behandlingseffekt utvärderas via 4 självskattningsformulär som ifylls inför behandlingsstart respektive avslut. Mått avseende ångest/oro, depression, livskvalitet och funktionsförmåga, samt ev kompletterande diagnosspecifika formulär. Uppföljande mätningar planeras 3 samt 9 månader efter avslutad behandling.
- Patientenkät med frågor kring bland annat upplevelse av behandlingsinnehåll och kontakt med behandlare skickas till pat.
- Behandlarenkät ifylles av behandlare per patient (behandlarperspektiv avseende behandlingsprocess, analys behandlartid mm).

4.3. Utvärderingsmått/design

Behandlingseffekt utvärderades via självskattade symtom vid behandlingsstart respektive avslut. Fyra självskattningsformulär användes; GAD-7 (ångest/oro), PHQ-9 (depression), BBQ (upplevd livskvalitet) samt WHODAS 2.0 12 frågor (funktionsförmåga). Effekten ska utvärderas över tid via uppföljande mätningar 3 respektive 9 månader efter behandlingsavslut.

Utvärdering skedde vidare genom

- analys av antal anmälda patienter, antal genomförda behandlingar, antal avbrutna behandlingar
- enkäter till patienter (frågor kring behandlingserfarenhet, bland annat upplevelse av behandlingsprogram, digital plattform och kontakt med behandlare).
- enkäter till behandlare (frågor kring behandlingsprocesser, upplevd behandlingseffektivitet, arbetstidsinsats, eventuella svårigheter och risker, möjliga förbättringsområden med mera - utifrån behandlarperspektiv).

4.4. Etiska riktlinjer

Genomförandet av behandlingen följer samtliga etiska principer enligt Helsingfors deklARATIONEN; autonomi, icke skada, göra gott, rättvisa. Patienten tillfrågas först av psykolog och får därefter muntlig och skriftlig information om studie/utvärdering samt behandlingsupplägg. Patienten meddelas att deltagandet i projektet är frivilligt och att hen när som helst, utan särskild förklaring, kan avbryta deltagandet. Patienten försäkras vidare att detta i så fall inte kan komma att påverka övriga kontakter eller behandling på vårdcentral eller inom hälso-och sjukvården.

Datum
2017-08-24

Urval

Pilotstudien bestod av patienter med lindrig till måttlig ångestproblematik som via egenremiss eller läkarremiss aktualiserades för kontakt med psykolog-/kuratorsmottagning. Inklusions- och exklusionskriterier presenteras nedan under respektive rubrik.

Under projektets tidsperiod anmälde uppskattningsvis 25-30 personer intresse för att delta i behandlingen på eget initiativ. Utöver detta fick ett stort antal patienter information vid första kontakt med psykolog-/kuratorsmottagningen (telefonbedömning). Av de som själva anmält intresse föll cirka 30% bort vid telefonbedömning eller bedömningsamtal. Bedömning av psykolog kring lämplighet i deltagande i projektet gjordes utifrån uppsatta inklusions- och exklusionskriterier, se nedan. Anledningar till att behandlingen valdes bort i aktuella fall berodde på att behandlingsinsatsen utifrån uppsatta kriterier ej bedömdes lämpligt, vilket vanligen kunde konstateras i samråd med patienten. Orsaker var bland annat alltför komplex problematik, annan problematik, bristande förutsättningar i livssituation och bristande motivation i aktuellt läge.

4.5. Inklusionskriterier

Aktuell patientgrupp var vuxna patienter med lindriga till måttliga ångestbesvär. Utifrån behandlingsprogrammets utvecklades rekommendationer (Psykologpartners 2016), samt det forskningsstöd som finns avseende internetbaserad behandling vid ångestproblematik, prioriterades främst patienter med diagnoser paniksyndrom, social fobi, och ångestsyndrom UNS. Parallella lindriga till måttliga depressiva symtom var ej grund för exklusion, men ångestbesvären skulle ha bedömts som primär problematik. Vid behov, t ex för att utesluta medicinsk/somatisk orsak till symtom, rekommenderades läkarbedömning. Vid pågående medicinsk behandling för ångest/depression (ex SSRI, SNRI) förordades stabil medicinering sedan minst sex månader. Medicinering med påtagligt ångestreducerande effekt (benzodiazepiner och liknande preparat) bedömdes ej lämpligt, speciellt vid kontinuerligt bruk.

Patienten ska utöver detta:

- kunna läsa och ta till sig svensk text
- ha en viss datorvana
- ha tillgång till dator/surfplatta/smart telefon
- ha tillgång till fungerande internetuppkoppling
- kunna arbeta ostört med behandlingen minst 2 timmar per vecka
- vara motiverad till att förändra sin situation
- vara motiverad till internetbehandling

Datum
2017-08-24

4.6. Exklusionskriterier

Behandlingen riktar sig inte till patienter med:

- svårare ångest och/eller depression och/eller andra svåra psykiatriska tillstånd (bipolaritet, psykos med mera).
- nyinsatt SSRI behandling som ej stabiliserats.
- kontinuerligt bruk av ångestdämpande mediciner
- alkohol- eller narkotikamissbruk.
- misstanke om förhöjd suicidrisk, uttalade suicidtankar.
- svårigheter att förstå svenska språket, och/eller stora svårigheter att läsa eller uttrycka sig i text.
- hindrande omständigheter, pågående kris eller påtaglig stress i livssituation som begränsar engagemang i behandling.
- vid längre planerad frånvaro (t ex längre semester) rekommenderas patienten avvakta med behandling.
- obetydlig datorvana, ingen tillgång till dator/surfplatta/smart telefon, samt dålig internetuppkoppling.
- bristande motivation för internetbehandling och/eller eget förändringsarbete.

4.7. Behandlingsprocess

- Vid bedömningsamtal informeras patienten om behandlingssinnehåll, förutsättningar för kontakt med behandlare och deltagande i vetenskaplig utvärdering. Hen får fylla i skriftligt samtycke till att ha tagit del av skriftlig och muntlig information om projektupplägget. Behandlingen startas upp och behandlaren instruerar kring hur inloggning går till.
- Patienten når sin behandling via inloggning till 1177 Vårdguidens e-tjänster, där hen tilldelas tillgång till behandlingsprogram Ångesthjälpen© via behandlingsplattform SoB.
- Behandlingsprogrammet innehåller 8 behandlaravsnitt, och vanligen förväntas patienten göra ett avsnitt per vecka. Med hänsyn till att mer tid kan behövas på något avsnitt, samt faktorer såsom sjukdom, tidsbrist etc är beräknad preliminär behandlingstid 8-12 veckor.
- Behandlingsupplägget bygger till stor del på guidad självhjälp. Varje vecka får patienten, via text, video och ljudfiler, tillgång till information, fakta och övningar som denne aktivt ska arbeta med.
- Patienten har en personlig behandlare som stödjer arbetet under behandlingsprocessen. Behandlaren har planerad skriftlig uppföljning med patienten varje vecka. Hen ger då återkoppling på patientens arbete, besvarar frågor och stöttar patienten. Utöver detta har patienten möjlighet att via meddelande och telefon kontakta behandlaren vid

Datum
2017-08-24

behov. Vid behov kompletteras textkommunikation med telefonkontakt, samt (mer sällan) med besök.

- Vid avslut bokas nytt mottagningsbesök, där effekt av behandling, vidmakthållandeplan samt ev vidare behandlingsbehov diskuteras.
- Två psykologer med KBT-kompetens på Vårdcentralen Falkenberg (initialt Hälsa & Rehab Falkenberg) har fungerat som behandlare i projektet.
- Behandlingsprogram Ångesthjälpen för 25 patientbehandlingar har köpts av leverantören Psykologpartners AB.

4.8. Rekrytering och rutiner för remittering

Remissvägar

Patienter kunde aktualiseras för internetbaserad KBT-behandling på flera sätt:

1. Läkarremiss
2. Egenremiss
3. Rekrytering från väntelista alternativt från pågående behandling/samtalskontakt.

Patientinformation om pilotprojektet placerades i väntrum samt på Vårdcentralens hemsida samt 1177.se. Intresserade patienter från hela Halland har kunnat söka utifrån specifikt intresse för KBT via nätet. Initialt skedde intresseanmälan genom att patienten ringde vårdcentralens telefonnummer. Under projektets senare del kunde patienter också göra intresseanmälan genom att besvara ett digitalt frågeformulär på 1177.se.

I en del fall kontaktades patienter som redan var aktuella på psykolog-/kuratorsmottagningen (nyremitterade alternativt väntelistepatienter) och gavs information om behandlingsalternativet. Detta gjordes då behandlingsalternativet framstod som rimligt utifrån remissbedömning.

Bedömning egenremiss

Enligt psykolog-/kuratorsmottagningens ordinarie rutiner bokas telefonbedömning med psykolog/kurator in för patienter som mår psykiskt dåligt och som söker med önskemål om psykologisk behandling/samtalskontakt. Sådan strukturerad telefonbedömning utgör sedan underlag för egenremiss. I fall då det bedömts aktuellt har patienter med ångestbesvär informerats om pilotprojektet vid telefonbedömning, inklusive att deltagande i pilotprojektet innebar en möjlighet att snabbt komma igång med behandling. Under projektiden har också informationsmaterial skickats ut till nyremitterade patienter och väntelistepatienter, och patienten uppmuntrats höra av sig vid intresse.

Bedömning av sjuksköterska

Då patient kontaktar vårdcentralen görs vanligen en första bedömning av sjuksköterska i telefon eller utifrån patientmeddelande i 1177.se. Utifrån patientens symtombeskrivning rekommenderas i relevanta fall telefonbedömning hos psykolog/kurator. Om patient uttryckt

Datum
2017-08-24

intresse för KBT via nätet rekommenderas telefonbedömning av någon av psykologerna som fungerar som internetbehandlare.

Läkarbedömning

När läkare möter patienter ångestproblematik och bedömer att behov av och förutsättningar för psykologisk bedömning/behandling finns kan de remittera patienten till psykolog- och kuratorsenheten. Sedvanlig medicinsk bedömning (provtagning mm) kring ev somatiska orsaker till besvär bör göras enligt generella riktlinjer. Om läkare diskuterar behandlingsalternativ internetbaserad KBT med patienten och patienten är intresserad av det kan det specificeras i remissen. Psykolog kontaktar därefter patienten för vidare bedömning av om internet-KBT bedöms lämpligt.

Remissrutiner

Remiss innehållande information med utgångspunkt från remissunderlaget, skickas som remiss via journalsystem till psykolog-/kuratorenhet enligt sedvanlig rutin. Remiss kan skickas av läkare och övrig medicinsk och paramedicinsk personal. En läkare bör ha gjort en medicinsk bedömning som verifieras i remissen.

Alla inkommande remisser till psykolog/kurator tas upp vid remissbedömning. Patienter ur aktuell målgrupp där behandling via nätet bedöms som möjligt alternativ identifieras här. Internetbehandlare kontaktar dem per brev och/eller telefon och informerar om behandlingsalternativet. Vidare rutin beskrivs nedan.

Efter avslutad behandling skickas ett remissvar till remittenten. Remissvar ska innehålla resultat av behandlingen samt bedömning av ev vidare behandlingsbehov/åtgärdsförslag.

Bedömning av internetbehandlare

Behandlare kontaktar möjlig patient för första telefonbedömning. Om aktuellt bokas då tid för mottagningsbesök för vidare bedömning och ev behandlingsstart. Informationsbrev om behandlingsupplägg inkl skriftligt samtyckesblankett, samt aktuella symtomskattningsformulär skickas hem till patienten tillsammans med besökskallelse.

Bedömningssamtal

Inför bedömningssamtal hos psykolog bör patienten ha tagit del av informationsmaterial samt fyllt i symtomskattningsformulär. Klinisk bedömning vid telefonbedömning och mottagningsbesök utgör tillsammans med symtomskattning (och i aktuella fall digital intresseanmälan) underlag för psykologens bedömning om behandling bör startas.

Datum
2017-08-24

Stöd för bedömning utgörs av inklusions- och exklusionskriterier, samt sammanställning av vilka områden som bör gås igenom med patienten.

Andra områden som tas upp:

1. Inloggningsvägar till 1177.se och SoB, säkerställa att patienten har mobilt bank-id eller annan e-legitimation.
2. Förutsättningar under behandlingsperioden: stabil livssituation, eller står patienten inför större förändringar? Kommer hen vara bortrest mycket? (I en del fall kan det bedömas relevant att avvakta med behandling tills förutsättningarna är bättre)
3. Rutin för kontakt med behandlare, patientens respektive terapeutens ansvar under behandling. Informera om att patienten är välkommen att kontakta behandlare vid försämring/behov av extra stöd, men ge också tydlig information om att patienten vid akut allvarlig försämring (ex uttalade suicidtankar, akut fysisk sjukdom) ska vända sig till akutvård (ex 1177 sjukvårdsrådgivning, 112, akutpsykiatri, akutmottagning, beroende på problemens natur).
4. Säkerställ att patienten förstår och accepterar förutsättningar för behandlingsupplägg och kontakten med behandlaren.
 - Kom överens om regelbunden dag för behandlaruppföljning, då behandlaren vanligen ger återkoppling på färdigt avsnitt, svarar på frågor samt öppnar nytt avsnitt. Patienten ska inför uppföljningsdag skicka meddelande om att hen är färdig, alternativt informera om ev behov av mer tid och/eller stöd för att komma vidare.
 - Om patienten önskar kontakt utöver planerad uppföljning och hör av sig via meddelande eller telefon, besvarar behandlaren så snart som möjligt. Målsättning är att kunna svara inom 1-2 dagar under veckodagar, men patienten informeras om att det kan uppstå situationer då det ej är möjligt.
 - Information om avslutande behandlingsbesök, rutin för utvärdering genom att patienten på nytt fyller i skattningsformulär, samt patientenkät.
 - Information om att fokus för behandlingskontakten är avgränsat till ångestbesvären och det material som aktualiseras via behandlingssinnehållet. Ev andra psykosociala besvär som patienten har ska generellt ej behandlas inom ramen för denna behandling. I fall då patienten är listad på annan vårdcentral hänvisas patienten ta kontakt där. Är patienten listad på Falkenbergs vårdcentral (alt övriga som tillhör upptagsområdet) tar psykologen kontakt med patienten och problemlöser kring om behandlingen fortsatt ska prioriteras alternativt pausas/avbrytas om patienten har andra behov.
 - Patienten rekommenderas ha avisering påslagen på 1177.se, för att därmed få påminnelse/information om händelser via e-post och/eller SMS.

Datum
2017-08-24

Patienten

- ska vara beredd att avsätta 2-3 timmar/vecka för behandlingen.
- gå igenom material, göra övningar samt skicka meddelande till behandlaren när hen är färdig med aktuellt avsnitt.
- får ta ställning till om hen önskar uppföljning av annan psykolog vid planerad/oplanerad frånvaro för ordinarie behandlare.

Behandlare bör ha medvetenhet om att patienten kan ha begränsad kunskap, oklara förväntningar och/eller negativa föreställningar om internetbaserad KBT-behandling, och ha beredskap att bemöta detta. Behandlare rekommenderas informera, motivera och lyfta fram positiva resultat av internetbehandling. Rekommenderas ej att övertala om patienten är tydligt negativt inställd – ej önskvärt att patienten upplever sig tvingad eller ”föst” in i behandling.

Behandlingsstart

Bedöms patienten lämplig och motiverad för denna behandling startas behandling vid bedömningssamtal. Skriftligt samtycke till behandlingsupplägg upprättas i dubbla exemplar där behandlare och patient har varter. Dialog kring preliminära behandlingsmål och planering kring behandlarkontakt (uppföljningsdag, telefonnummer, preliminär behandlingsperiod mm) går igenom.

Om bedömning resulterar i att behandling *inte* bör påbörjas informeras patienten om bakgrund till detta och andra behandlingsmöjligheter kan diskuteras.

- Tillhör patienten psykolog-/kuratorsmottagningens upptagningsområde kan ärendet tas upp vid remissbedömning för dialog kring annan lämplig åtgärd. För patienter som sökt/remitterats nyligen kan väntetid för samtalskontakt bli aktuellt. Är patienten listad på annan vårdcentral rekommenderas hen vända sig dit för att diskutera andra möjliga behandlingsinsatser.

Behandlares roll och ansvar

Behandlarens uppgift är att stödja patienten i dennes behandling som till stor del bygger på eget arbete. Behandlaren kommer överens med patienten om veckovisa uppföljningar, där patientens får återkoppling/feedback på sitt pågående arbete och sitt mående som patienten själv skattar inför varje nytt avsnitt. Behandlaren bedömer utifrån denna uppföljning när det är lämpligt att patienten får tillgång till nästa avsnitt, vanligtvis ett per vecka. Detta sker enligt överenskommelse via skriftväxling i ”Stöd och behandling” eller vid behov via telefon. Patienten kan däremellan skriftligt ställa frågor till behandlaren.

Datum
2017-08-24

Råd kring förhållningssätt

Uppdraget som terapeutstöd vid internetbehandling skiljer sig delvis från terapeutroll i reguljär samtalsbehandling. Behandlingsinnehållet finns inlagt i behandlingsprogrammets avsnitt, och det finns således begränsat behov av att tillföra ytterligare information till patienten.

Behandlaren ska fungera som ett stöd och hjälpa patienten med att följa behandlingsupplägget. Rollen innebär att:

- följa patientens arbete, bekräfta framsteg
- svara på patientens frågor
- identifiera tecken på svårigheter och bemöt dessa
 - om patienten missförstått material/övningar: förtydliga på vänligt sätt
 - om patienten mår sämre kopplat till något avsnitt/övning: validera, normalisera, stöd till problemlösning
- övervaka ev tecken på allvarlig försämring, och hantera detta

Rekommendationer för textkommunikation i behandlarroll (utgångspunkt/inspirerat av information från Psykologpartners samt manual för internetbaserad KBT utvecklad av Västerbottens läns landsting):

- Håll svar relativt kortfattade. Svara/ge återkoppling på centrala områden/frågor.
- Undvik att i större utsträckning gå in i problem som ej tillhör behandlingsområdet. Stötta vid behov och uppmuntra egna lösningsförslag.
- Skriv tydliga och konkreta meddelanden. Undvik alltför svårt språk.
- Vid förklaringar av något moment, hänvisa gärna till något som är relevant för patienten, ex använd exempel på återkommande problemsituation som patienten själv beskrivit.
- Ha fokus på att stärka patienten. Uppmuntra fungerande strategier, ge lösningsförslag för svåra situationer.
- Uttryck dig respektfullt, sakligt och fritt från värderingar. Tillämpa ett normkritiskt perspektiv och beakta att alla patienter ska känna sig väl bemötta. Diskriminering utifrån funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, könslig identitet, sexuell läggning, religion eller andra aspekter är ej tillåten.

Ytterligare råd kring textkommunikation från Psykologpartners

- Håll fokus på dina uppgifter som behandlare
- Klargör förväntningar på textstödet vid uppstart, så att inte patienten förväntar sig något orimligt, vare sig vad gäller svarsfrekvens eller omfattning.
- Ställ inte onödiga frågor.
- Försök hitta en balans mellan formell och informell ton.

Datum
2017-08-24

- Undvik slang, svårt språk och psykologisk jargong.
- Håll dina ramar tydligt vad gäller arbetstid och svarstid.

Risker, åtgärder och ansvar

Patienter söker behandling i ett läge när de inte mår bra, och en del patienter kan också börja må sämre under behandling. Liksom i all psykologisk behandling är det viktigt att behandlare är uppmärksam på och hanterar ev tecken på försämring hos patienten. Behandlaren är ansvarig för att höra av sig till patienten om hen blir inaktiv i behandlingsprogrammet. I första hand genom textmeddelande, om patienten ej svarar ska behandlaren söka patienten på telefon. Fungerar inte behandlingen enligt plan bör det tas upp i dialog med patienten. Om hen ej önskar eller har förutsättningar för att fullfölja behandling bör man överväga att avbryta behandlingen, samt bedöma om patienten bör erbjudas annan psykologisk behandling eller andra behandlingsinsatser. Avslutande besök ska erbjudas även då patienten avbryter behandling i förtid.

Vid oro för allvarlig försämring, förhöjd suicidrisk

Om patienten via meddelande eller i sina registrerade övningar ger uttryck för påtaglig försämring ska behandlare höra av sig till patienten. Behandlare bör söka patienten via telefon och vid behov boka fysiskt möte för vidare bedömning.

Vid kontakt med patienten bör punkterna nedan tas upp:

- Hänvisa till kontakt med vårdcentral, läkarbedömning vid behov.
- Informera om möjlighet att ta kontakt med primärvårdsjour vid akuta behov.
- Vid uttalade tankar om suicid, ring upp patient och hjälp till med kontakt till akut psykiatriskt team.

Behandlare ska i aktuella fall tydligt journalföra vilka tecken på förhöjd suicidrisk alt andra psykiatriska symtom som framkommit, vad patient skrivit, vilken bedömning som gjorts och vilka åtgärder som vidtagits.

Behandlares frånvaro

Vid behandlingsstart anger patienten skriftligt om hen önskar stöd från annan behandlare vid ordinarie behandlares frånvaro eller inte. Vet behandlaren att hen kommer vara borta tillfälligt (1-2 dagar) vid planerad uppföljning informeras patienten om att uppföljningsdag flyttas aktuell vecka. Om patienten önskat ”vikarie-funktion”, görs vidare uppföljningsplan vid planerad frånvaro (t ex semester). Vid t ex sjukfrånvaro för behandlare vid bokade uppföljningstider ska patienten informeras om frånvaron, antingen genom textmeddelande på 1177.se eller genom telefonsamtal från receptionist. Ytterligare ett alternativ är att annan

Datum
2017-08-24

internetbehandlare informerar patienten, samt ev ger återkoppling och öppnar nytt behandlingsavsnitt.

Dokumentation/journalanteckningar

Vårdokumentation sker i VAS på samma journalenhet som övriga psykolog/kurator-anteckningar. Det är också samma instans som remissen skickas till.

Planerade uppföljningar bokar behandlare in som 15 min moduler, som ankomst registreras och journalförs vid uppföljningstillfället. Mall för journalanteckning finns.

4.9. Behandlingsprogram

Det behandlingsprogram som används heter Ångesthjälpen© och är en KBT-behandlingsprogram som rekommenderas för lindrig till måttlig ångestproblematik. Privat leverantör är Psykologpartners W&W AB. Behandlingsprogrammet anpassades under 2015-2016 för behandlingsplattform SoB.

Programmet består av åtta avsnitt/moduler och innehåller följande:

- Avsnitt 1 – Ett första steg
- Avsnitt 2 – Situationsanalyser
- Avsnitt 3 – Värderingar, mål och hinder
- Avsnitt 4 – Att hantera hinder
- Avsnitt 5 – Tankar och känslor
- Avsnitt 6 – Medveten närvaro i vardagen
- Avsnitt 7 – Värderad riktning
- Avsnitt 8 – Agerande som fungerar

4.10. Instrument

Självskattningsformulär avseende depression (PHQ-9), ångest/oro (GAD-7), funktionsförmåga (WHODAS 2.0 12-frågeversion) och upplevd livskvalitet (BBQ) ifylldes inför behandlingsstart och vid behandlingsavslut. Formulären skickas ut till patienten inför bedömningssamtal samt avslutande besök. När det bedöms kliniskt relevant i diagnostiskt hänseende kan ytterligare skattningsformulär tillfogas, ex specifik symtomskattning av socialfobiska besvär. Två enkäter, en riktad till medverkande patienter och en till behandlare, har utformats av behandlare och projektledare med stöd av FoU Halland. Enkät ifylldes enskilt av patienten respektive dennes behandlare efter behandlingsavslut.

Patientenkäten består av 22 frågor och behandlar bland annat patientens nöjdhetsgrad med insatsen, eventuella svårigheter eller problem som hen upplevt under behandlingsperioden, och egna förslag på hur behandlingen skulle kunna förbättras. Skattningsformuläret WAI (Working Alliance Inventory) har inkluderats i patientformuläret, som ett mått på hur relationen med behandlare har upplevts.

Datum
2017-08-24

Behandlarformuläret med 31 frågor är delvis en spegling av patientformuläret genom att den utforskar behandlarens uppfattning av behandlingsprocessen och eventuella svårigheter som uppstått. Den innehåller också frågor kring individuella bakgrundsfaktorer, såsom eventuell pågående sjukskrivning, medicinering och tidigare behandlingsförsök. Dessa frågor inkluderades utifrån att dessa faktorer skulle kunna ha betydelse för behandlingsutfall på gruppnivå, och att förståelse för det skulle öka förutsättningarna att förutspå för vilka patienter behandlingen är lämpad, vilka som behöver ytterligare stöd osv.

4.11. Datainsamling

- a) symtomskattning vid behandlingsstart och behandlingsavslut, samt uppföljande mätningar 3 och 9 månader efter behandlingsavslut
- b) analys av antal patienter som anmält intresse, antal av antal patienter som påbörjat behandling, samt antal fullföljda respektive tidigt avbrutna behandlingar
- c) enkät till deltagande patienter avseende deras upplevelse av behandlingsprogrammet och plattformen, positiva och negativa aspekter av behandlingserfarenhet
- d) behandlarenkät som ifylles vid varje behandlingsavslut.

Symtomskattningsformulär x 2 samt behandlarenkäter skickades till FoU Halland för sammanställning. FoU Halland ansvarade för utskick av patientenkät efter behandlingsavslut, samt för påminnelser vid uteblivna svar. Analys av skattningsformulären och enkätsvaren gjordes av FoU Halland.

Bearbetning av data

Materialet bearbetas i det statistiska programmet SPSS. Data presenteras deskriptivt som frekvenstabeller och figurer. Relevanta statistiska test används för att studera baseline data i relation till erhållna värden efter behandlingen. Samtliga test görs dubbelsidigt och signifikansnivån 0,05 används.

5. Resultat

Under tidsperioden maj 2016 till maj 2017 hade 25 patienter startat och avslutat behandlingsinsatsen internetbaserad KBT för ångest och oro. Av dessa fullföljde 22 patienter hela behandlingen medan 3 behandlingar avslutades i förtid på egen begäran. Resultat i denna analys av skattningsformulär vid start och avslut baseras på data från de 22 patienterna, varav 18 besvarade patientenkäten.

Datum
2017-08-24

5.1. Bakgrundsfaktorer

Behandlingsinsatsen var oberoende av ålder, kön och sociodemografisk tillhörighet samt att patienten kunde göra egenremiss för behandling. Medelåldern för patienterna var 38 år. Den yngsta patienten var 20 år och den äldsta 72 år. Patienternas huvudsakliga sysselsättning bestod av; 70% anställda, 17% studerande, 8% annat (t ex föräldraledig, arbetssökande). Av dessa hade 36% varit sjukskrivna under sammanhängande period på minst två veckor under de senaste 6 månaderna (varav 89% 5 veckor eller mer). Av de svarande hade 73% tidigare erfarenheter av psykoterapi/samtalskontakt men ingen hade erfarenhet av internetbaserad KBT-behandling. Patienterna uppfattade sig generellt som vana datoranvändare (83% mycket vana resp 17% ganska vana). En större andel kvinnor än män har deltagit i pilotprojektet, (kvinnor 69 %, män 31%, se tabell 1). Som nämnt var behandlingen öppen att söka för patienter från hela Halland. Analys visar att en majoritet av deltagande patienter var boende i Halmstads kommun, följt av Falkenbergs kommun. Från övriga kommuner kom ett fåtal patienter. En utomlänspatient inkluderades i projektets tidiga fas.

Tabell 1. Antal personer som fullföljt behandlingen, fördelat på kön och geografisk tillhörighet.

KOMMUN	Antal		
	Kvinnor	Män	Totalt
Kungsbacka	1		1
Varberg	1		1
Falkenberg	4	2	6
Halmstad	8	4	12
Hylte		1	1
Laholm			
Utomläns, VGR		1	1
			22

Majoriteten av ovannämnda patienter sökte psykolog- och kuratorsmottagning via egenremiss 18 st (82%). Fyra patienter (18%) aktualiserades via remiss från läkare eller annan behandlare.

Tabell 2. Antal och andel kvinnor och män som påbörjat och fullföljt behandling för ångest och oro i Halland.

Behandling	Antal			Andel (%)	
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män
Påbörjat	17	8	25	68	32
Fullföljt	14	8	22	64	36

Datum
2017-08-24

5.2. Resultat ur behandlarens perspektiv

Sammanställning av behandlarenkät visar att behandlarna i genomsnitt skickat 16 skriftliga meddelanden i behandlingsprogrammet per patient och behandling. Dessa inkluderar planerade veckovisa uppföljningar samt övrig kommunikation (exempelvis då behandlaren svarat på frågor från patienten, tidsbokning mm). Uppskattad tidsåtgång per tillfälle var i medeltal 12 minuter. Enkätresultaten anger att behandlarna hade cirka 2 telefonsamtal per patient med en genomsnittstidsåtgång på 13 min. Dessa siffror är medelvärden utifrån samtliga behandlarenkäter. Med några patienter användes planerad telefonuppföljning under perioder istället för skriftlig uppföljning, medan andra endast hade uppföljning via textkommunikation. Spridningen avseende antal telefonsamtal per patient är därmed troligen relativt stor. Aktuella data ger att genomsnittlig sammanlagd arbetstid/patient uppskattades till 3,63 timmar (192 minuter för skriftlig kommunikation, 26 minuter för telefonsamtal, totalt 218 minuter).

Vanligen kom patienten för två mottagningsbesök x 45 minuter (vid behandlingsstart och avslut), totalt 90 minuter. Utöver detta inleddes kontakt vanligen med telefonbedömning på 30-60 minuter. Vidare tillkom administrationstid (journalföring, administration av skattningsformulär, att söka patienter på telefon med mera), vilket ej registrerats under projekttiden. Sammantaget uppskattas sammanlagd behandlartid per patient till 6-7 timmar utifrån redovisade siffror. Resultaten här är medelvärden, och en del osäkerhetsaspekter finns. Behandlarna skattade tidsåtgång efter avslutad behandling, och det är möjligt att de kan ha underskattat/överskattat verklig tidsåtgång.

Sammanlagt 90% av de som erbjöds var motiverade att starta behandlingen, och bedömdes även konstant motiverade under hela behandlingen. I behandlarenkäterna uppskattas 76% av patienterna ha följt överenskommen behandlingsplanen, medan 24% bedöms inte ha gjort det. I de senare fallen finns fritextkommentarer kring vilka avsteg från behandlingsplan som uppstått. Behandlare anger i flera fall att patienten delvis varit motiverad, men ej följt uppsatt tidsplan och/eller i begränsad omfattning kommunicerat behov av stöd eller mer tid till behandlaren. Vidare har behandlare upplevt detta kopplat till svårigheter prioritera behandlingen fullt ut, på grund av faktorer i livssituationen, hälsotillståndet eller bristande motivation.

Behandlarna uppgav att de för 32% av patienterna inte behövt ge någon extra påminnelse om att följa överenskommen behandlingsplan. 36% hade fått påminnelse vid något enstaka tillfälle, och resterande 32% hade givits extra påminnelse vid ett flertal tillfällen. En enkätfråga tog upp om behandlare ansåg att det uppstått några risker under behandlingen för aktuell patient, (risker definierades ej vidare i enkäten, men avsåg bland annat risk för suicidalitet). Även andra negativa behandlingseffekter, exempelvis försämrad psykisk hälsa,

Datum
2017-08-24

kunde beaktas). Enkätsvaren visar att behandlarna inte bedömt att några uttalade risker uppstod under pilotbehandlingarna.

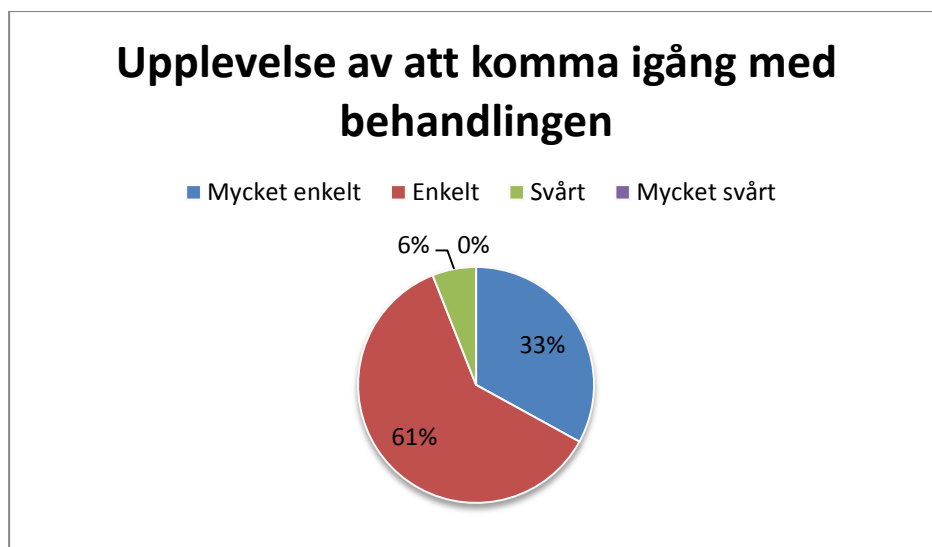
Resultat från behandlarenkät visar att behandlarna uppskattar att behandlingen i hög till mycket hög grad varit till nytta för 90% av patientgruppen. I samma höga utsträckning skulle de rekommendera patienterna vidare internetbaserad psykologisk behandling om behov uppstod (exempelvis för andra psykiska besvär).

I fritextsvar uppger behandlarna att de för några patienter sett behov av viss modifiering av behandlingsupplägget. Exempel på hur behandlarna anpassat ordinarie behandlingsupplägg var förlängd tid på behandlingsavsnitt, mer ingående förklaringar av behandlingsinnehållet och utökad dialog kring hur övningar kunde anpassas utifrån patientens besvär och förutsättningar. Det senare blev aktuellt främst i fall då patienten ej hade en renodlad problematik alternativt komorbiditet som innebar att behandlingsfokus inte upplevdes helt relevant eller genomförbart utifrån aktuell symtombild.

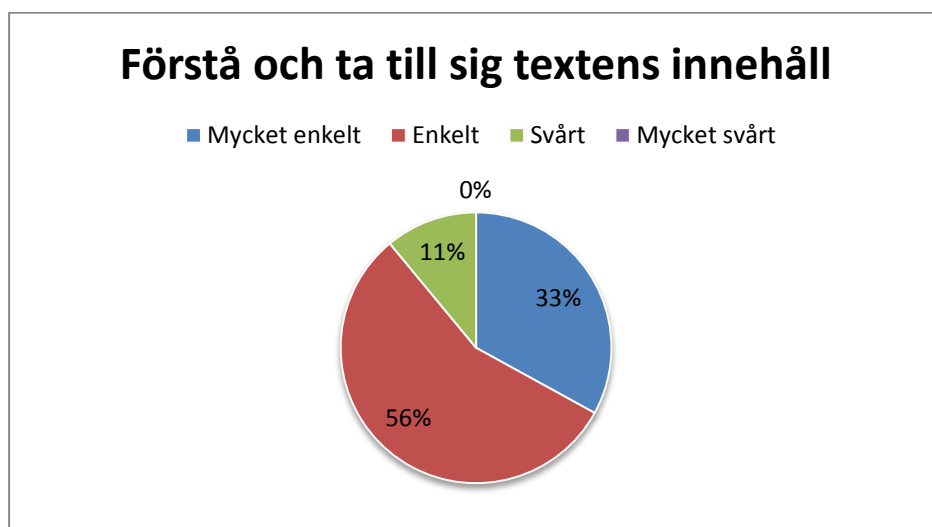
5.3. Resultat ur patientens perspektiv

Majoriteten av patienterna upplevde att KBT-behandling via nätet var mycket enkelt/enkelt att komma igång med. De flesta patienterna (89%) upplevde att textens innehåll i de olika avsnitten i programmet var mycket enkelt/enkelt att förstå. Vidare uttryckte en stor majoritet av patienterna att instruktionerna och övningarna i programmet var enkla att hantera. 89% av patienterna instämde helt eller i hög grad till att behandlingen hade bidragit till ökad förståelse för ångestbesvären och hur patienten skulle fortsätta att arbeta med dem. En betydande andel av patienterna ansåg att programmet tog upp relevanta områden i förhållande till deras besvär. Resultat per fråga visas nedan.

Datum
2017-08-24

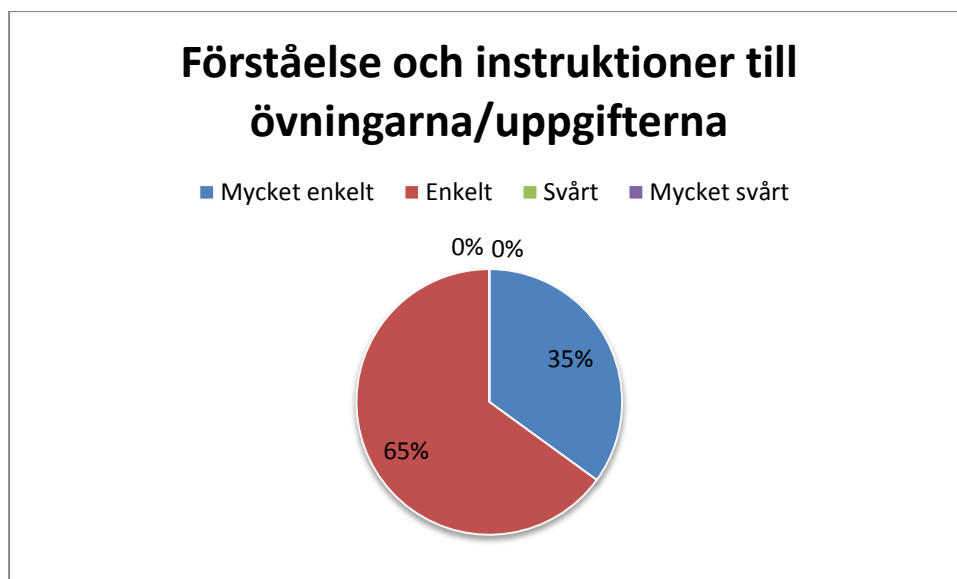


Figur 1. Hur upplevde du att det var att komma igång med behandlingen?

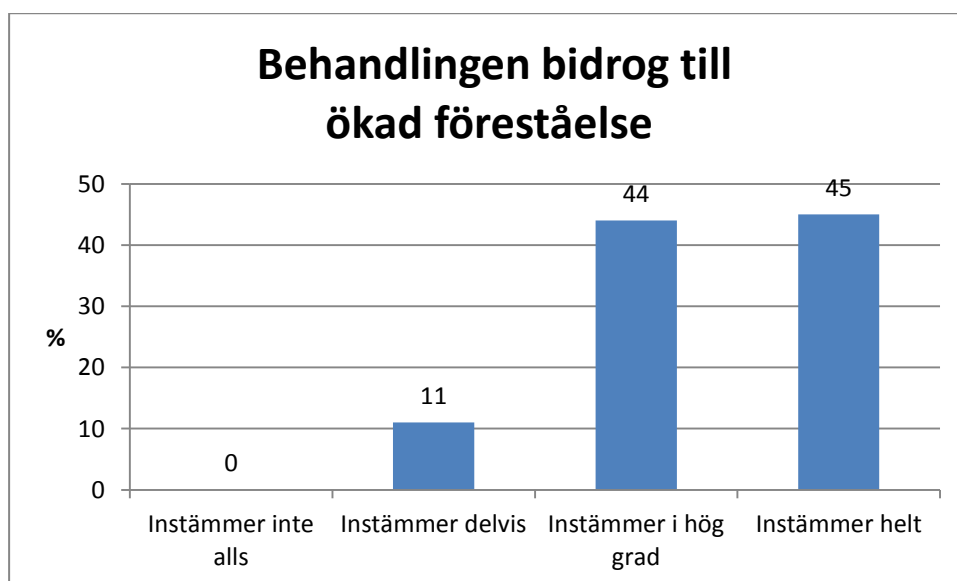


Figur 2. Hur var det att förstå och ta till dig textens innehåll i de olika avsnitten?

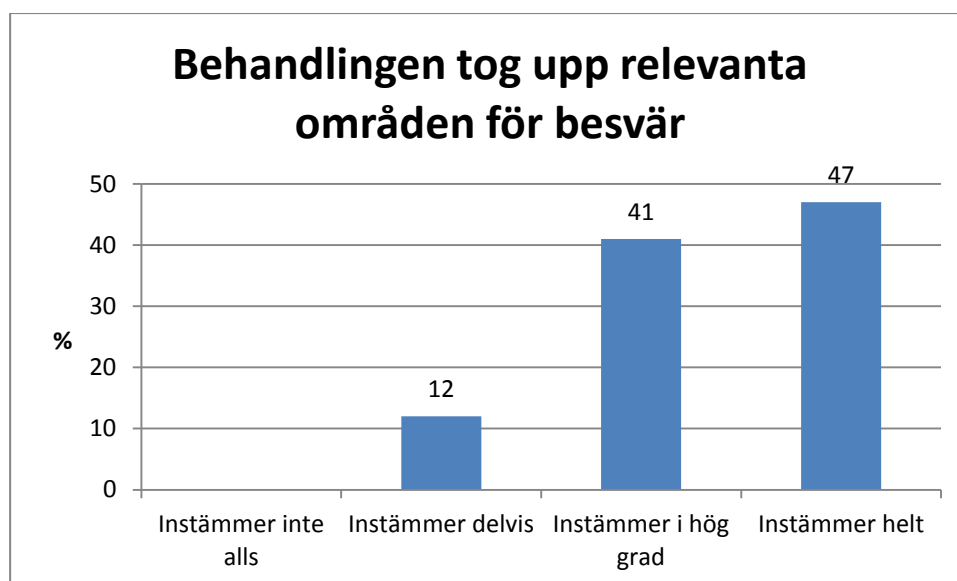
Datum
2017-08-24



Figur 3. Hur var det att förstå och ta till dig instruktioner till övningarna/uppgifterna?



Figur 4. Behandlingen har bidragit till ökad förståelse för mina besvär och hur jag kan arbeta med dem.

Datum
2017-08-24

Figur 5. Jag upplever att behandlingen tog upp relevanta områden för mina besvär.

Patienternas utsagor

Förutom enkätfrågor med fasta svarsalternativ fanns fritextfrågor där patienterna gavs möjlighet att beskriva positiva och negativa erfarenheter samt ge förbättringsförslag. Resultat av dessa enkätfrågor presenteras i följande avsnitt.

Vad tycker du fungerat bra med behandlingen?

15 av 18 patienter besvarade denna fråga. Bland positiva aspekter anges bland annat uppskattning av behandlingens innehåll och hur detta presenteras i text, video och ljudfiler, samt behandlingens tillgänglighet och flexibilitet. Exempel på patientsvar presenteras nedan:

”Det har varit smidigt och man har inte känt sig pressad under veckorna då det varit bra med tid, bra och tydliga övningar. Bra att de hela tiden bygger på varandra. Filmklippen var mycket bra”.

”Inga bestämda tider att passa, kunde arbeta med detta när orken fanns. Bra med övningar, man fattar sina mönster.”

”Lättillgänglig. Man kan gå in när man vill. Många bra övningar av olika karaktär”.

”Tydligt och lättförståeligt upplägg. Möjlighet att själv lägga upp schema och arbeta under eget ansvar”.

”Att göra den i hemmiljön har gjort övningarna extra relevanta, jag har haft lättare att komma ihåg att använda dem även utanför datorn. Det har också gjort att utmaningarna blivit på riktigt. Det är MITT jobb som för mig framåt, bra att vissa saker fått ta mer tid än andra. Jättebra att man kunnat läsa, se och SKRIVA. Det har gjort att jag minns bättre.”

Datum
2017-08-24

Vad tycker du fungerat mindre bra under behandlingen?

13 av 18 patienter besvarade denna fråga. 9 av dessa gav exempel på vad de upplevt som mindre bra, resterande 4 angav att de inte såg några negativa områden. Som negativa aspekter angavs tekniska problem (krånglig inloggning, att hemsidor tog lång tid att ladda); att behandlingen innehöll mycket material (vilket kunde upplevas överväldigande och stressande, försvårande för inläring och för att följa tidsplan); samt i några fall önskemål om/behov av mer behandlarstöd.

Exempel på patientkommentarer:

"Ibland för mycket text och för mycket övningar, kan bli mycket för någon som har svårt med koncentrationen."

"Ibland har jag känt mig lite ensam i den och vissa veckor hände det att jag nästan överanalyserade mina situationer."

"Jag har haft lite för dåligt med tid att träna på övningarna, de hinner inte sätta sig."

Har du förslag på hur behandlingsupplägget skulle kunna förbättras?

11 personer gav exempel på förbättringsförslag. Dessa inbegrep önskemål om

- tekniska förbättringar (utskriftsfunktion för textinformation och övningar, förbättring avseende gränssnitt och inloggningsvägar)
- längre tidsperspektiv (mer tid att arbeta med omfattande avsnitt, mer tidsutrymme för att kunna repetera information och lära sig på djupet, att behandlingen skulle kunna vara längre)
- mer filmklipp, mindre läsbar text, mer praktiska övningar
- ökad behandlarkontakt (mer återkoppling från behandlare på vissa övningar, något besök under behandlingsperiod, vidare stöd/uppföljning efter behandlingsavslut)

Exempel på patientkommentarer:

"Kanske två veckor ibland för omfattande övningar, man glömmer lätt vad man ska fokusera på. Hade varit bra att kunna skriva ut papper både under behandlingen och att ha det efteråt."

"Något mer möte, t ex halvtid hade varit bra. Kanske lite fler filmklipp, möjligt att behandlingen hade kunnat varit längre".

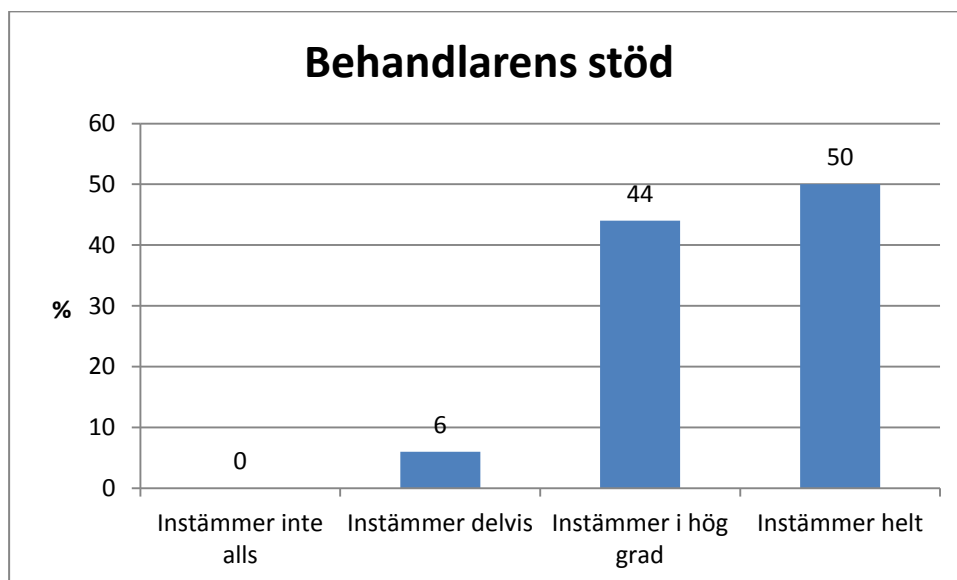
"Längre tid på vissa avsnitt, och då kanske bara ha att man ska fylla i tankar och övningar, ingen ny information den veckan."

Avslutningsvis fanns en enkätfråga där patienten tillfrågades om hen skulle kunna rekommendera behandlingsprogrammet till en vän. Alla patienter svarade ja på denna fråga.

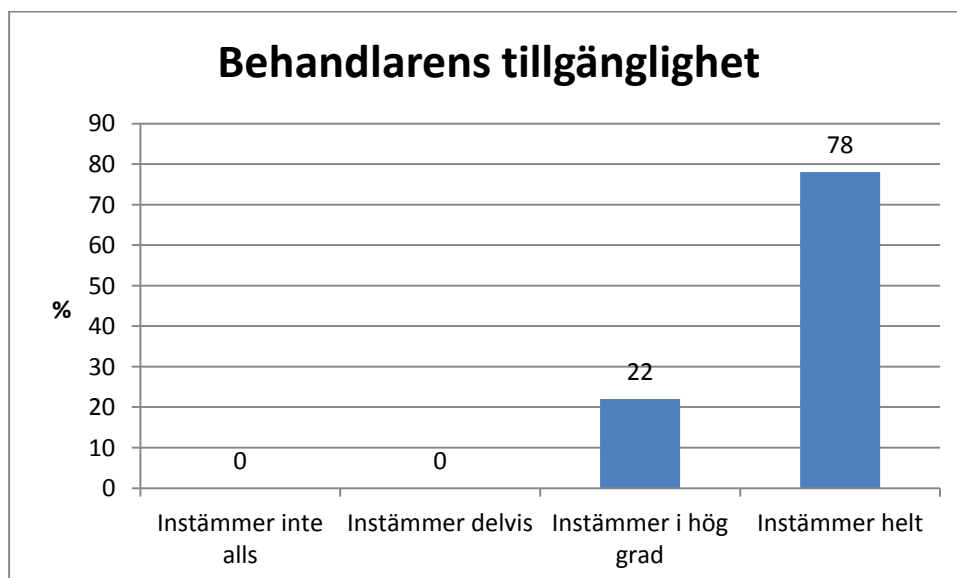
Datum
2017-08-24

Patientens uppfattning om behandlarens stöd och kontakt

En stor majoritet av patienterna angav att de upplevt behandlaren som tillgänglig och att de fått det stöd de behövde (se figur 6-7).



Figur 6. Jag fick det stöd jag behövde från min behandlare



Figur 7. Jag upplevde min behandlare som tillgänglig (t ex jag fick svar på textmeddelanden inom rimlig tid, kände mig välkommen att ställa frågor vid behov).

Datum
2017-08-24

Skattningsformuläret WAI (Working Alliance Inventory) inkluderades i patientenkäten som mått på hur relationen med behandlare hade upplevts. Minsta möjliga erhållna värdet i ett WAI-formulär är 12 och på motsvarande sätt det högsta värdet 84. Patientskattningarna visade ett genomsnittligt totalvärde på 68. Detta motsvarar ett medelvärde på 5,67 på enskilda frågor. Resultaten bedöms som relativt höga och som ett tecken på att patienterna har upplevt kontakten med behandlaren som hjälpsam och konstruktiv.

Box 1. Frågor som ingår i WAI-formuläret.

Svarsskala; 1=aldrig, 2=sällan, 3=av och till, 4=en del gånger, 5=ofta, 6=mycket ofta, 7=alltid.

Som ett resultat av sessionerna är jag mer klar över vad jag skulle kunna ändra på.
Det jag gör i terapin ger mig nya sätt att se på mina problem.
Jag tror att min terapeut tycker om mig.
Min terapeut och jag samarbetar med att sätta upp mål för min terapi.
Min terapeut och jag har respekt för varandra.
Min terapeut och jag arbetar mot ömsesidigt överenskomna mål.
Det känns som att min terapeut uppskattar mig.
Vi är överens om vad som är viktigt för mig att arbeta med.
Jag upplever att min terapeut bryr sig om mig även när jag inte gör saker som hon/hon gillar.
Jag upplever att det som jag utför i terapin kommer att hjälpa mig att nå de förändringar som jag önskar.
Vi har åstadkommit en god förståelse för vilken förändring som är bra för mig.
Jag tror att det är rätt sätt som vi arbetar med mina problem.

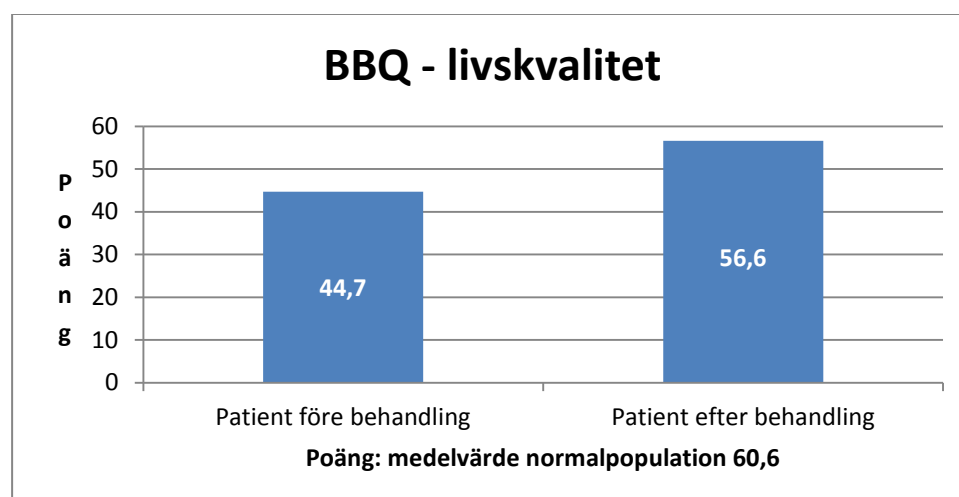
Datum
2017-08-24

5.4. Patienternas självskattade hälsa

Behandlingsinsatsens effektivitet mättes via symtomskattningsformulär före och efter behandling. Analys av resultaten visade klart sänkta medelvärden avseende ångest-/orossymtom respektive depressiva symtom vid behandlingsavslut. Skattningar avseende upplevd livskvalitet respektive funktionsförmåga hade ökat markant (se tabell 3, figur 8-11).

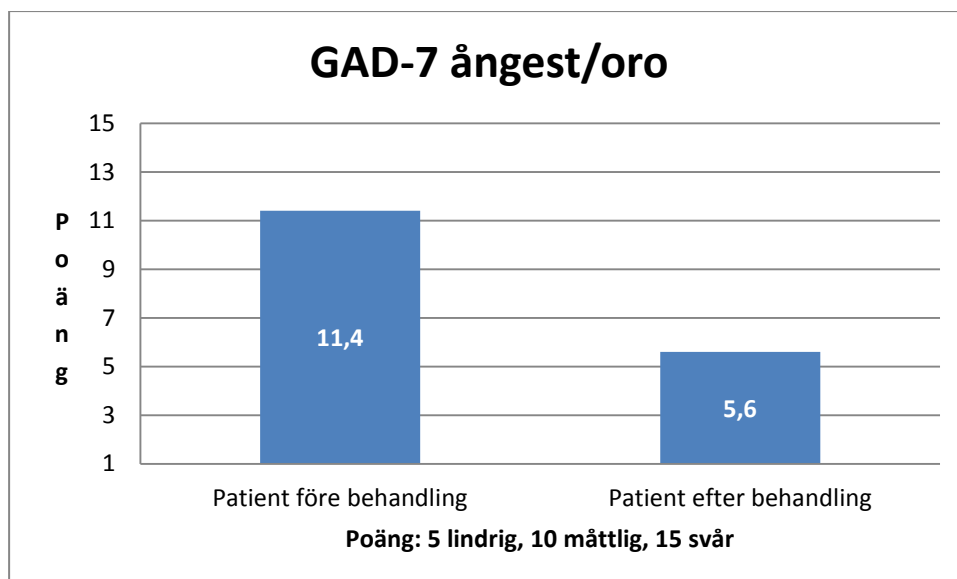
Tabell 3. Patienternas självskattade hälsa vid behandlingsavslut jämfört med -start.

SKATTNINGSFÖRMULÄR			
	Förbättrad	Försämrad	Oförändrad
GAD-7 (ångest och oro)	20 (91 %)	2 (9 %)	0 (0 %)
PHQ-9 (depression)	18 (82 %)	3 (14 %)	1 (4 %)
BBQ (upplevd livskvalitet)	16 (73 %)	5 (23 %)	1 (4 %)
WHODAS 2.0 (funktionsnivå)	16 (73 %)	2 (9 %)	4 (18 %)

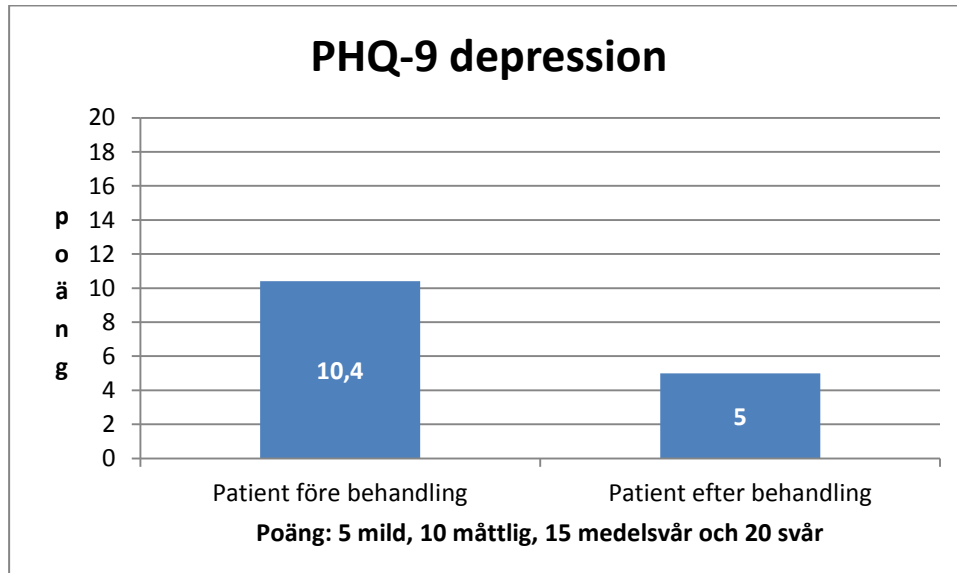


Figur 8. Upplevd livskvalitet före och efter behandling, medelvärden.

Datum
2017-08-24

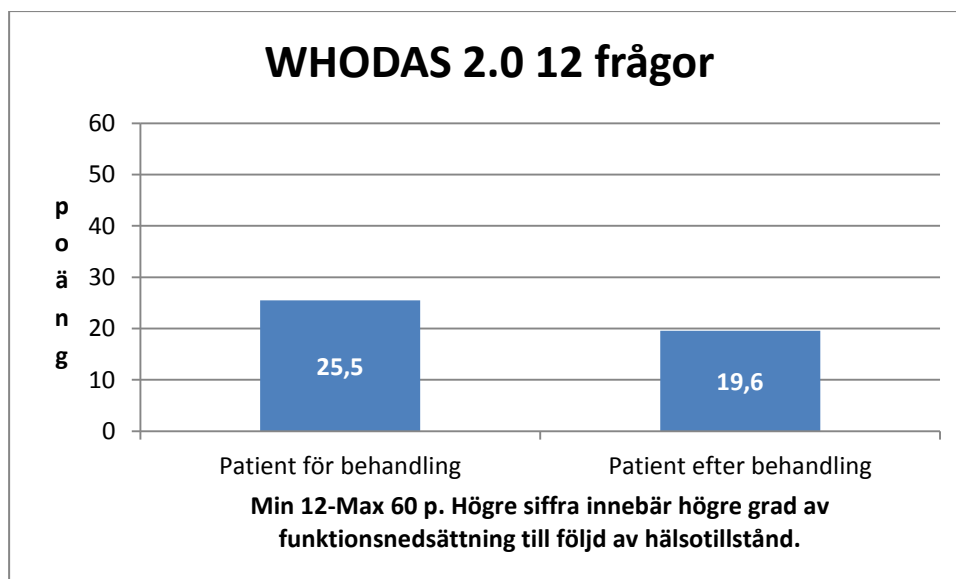


Figur 9. Grad av ångest/oro före och efter behandling.



Figur 10. Grad av depression före och efter behandling.

Datum
2017-08-24

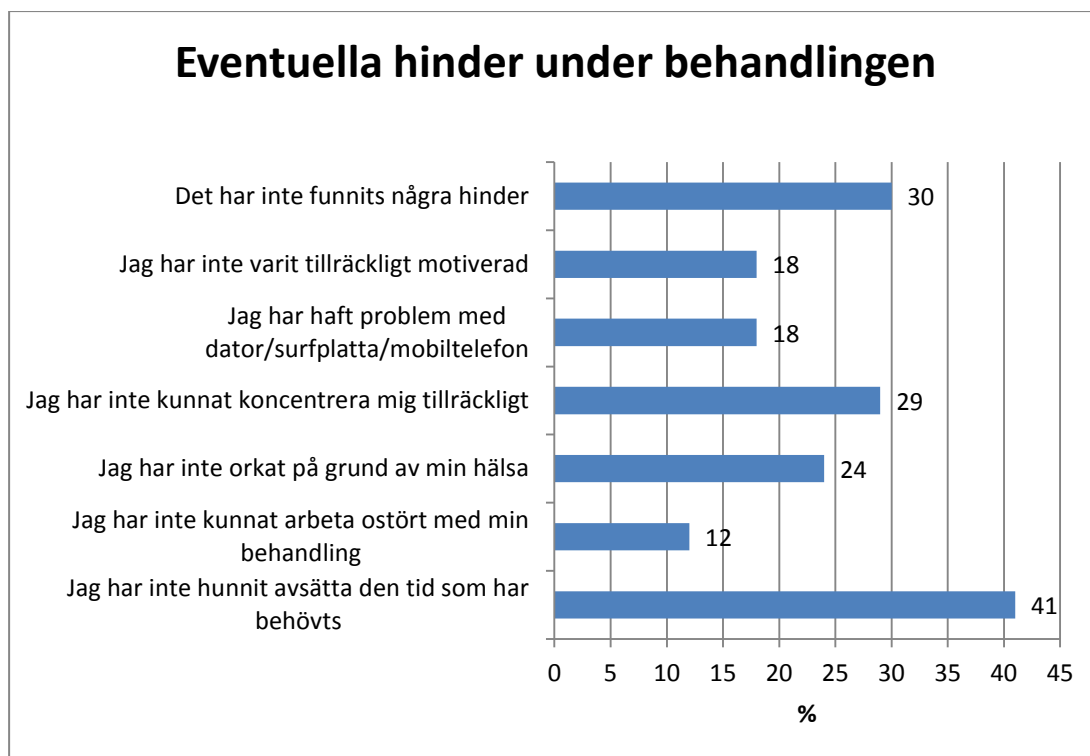


Figur 11. Funktionsförmåga före och efter behandling.

5.5. Möjligheter och hinder

I en flervalfråga ombads patienterna skatta eventuella upplevda hinder under behandlingen. Patienterna kunde välja flera svarsalternativ. 30% av patienterna angav att de inte upplevt några hinder. 41% angav att de inte kunnat avsätta tillräcklig tid. Vidare angavs bristande motivation, nedsatt ork på grund av hälsotillstånd, svårigheter avseende koncentration och svårigheter att få utrymme att arbeta ostört. Några patienter har rapporterat tekniska problem/störningsmoment såsom att det krävs många steg för inloggning, långsam laddning av sidor och video, bristande översikt över behandlingsavsnitt. Mestades uppger patienterna dock att det upplevt inloggning och användning av programmet som enkelt och smidigt

Datum
2017-08-24



Figur 12. Vilka eventuella hinder har du upplevt under behandlingen?
(flera svarsalternativ kan anges)

5.6. Bortfallsanalys

Det var tre stycken som valde att inte fullfölja programmet. Huvudorsaken enligt behandlarnas utsagor var *bristande förutsättningar i livssituationen för att engagera sig i behandling* följt av att *behandlingsprogrammet inte var rätt för patientens problematik, tekniska problem, behov av större behandlarkontakt* samt *bristande motivation*.

Datum
2017-08-24

5.7. Effektmål sammanställning

En jämlikare vård

Projektet bedöms relativt framgångsrikt i detta avseende. Behandlingsalternativet har varit tillgängligt att söka för hela regionens invånare. Att behandlingsformen innebär färre mottagningsbesök än reguljär KBT-behandling kan antas innebära att den upplevs mer tillgänglig för patienter som har svårt att regelbundet ta sig till en mottagning. Detta kan ses som en grund för ökad jämlikhet i vården, exempelvis för invånare i glesbygd och/eller invånare som har svårt att ta ledigt från arbete eller studier, som lättare kan delta i behandling. Pilotdeltagarna uppvisade en spridning avseende faktorer såsom kön, ålder, boställningsort och grad av psykiska besvär. Medvetenhet om patienters olika förutsättningar, liksom vikten av ett inkluderande och normkritiskt förhållningssätt hos behandlare, har beaktats vid planering och genomförande av projektet. Behandlingsupplägget i nuvarande form ställer krav på goda kunskaper i svenska språket, då både behandlingsprogram och SoB-plattformen endast finns tillgängligt på svenska. Detta innebär en begränsning, som förhoppningsvis kan åtgärdas vid vidare utveckling av program och plattform.

Patienters följsamhet till behandling

Målsättning var att 90% av de patienter som påbörjade behandlingen skulle slutföra den. Målet uppnåddes inte helt, men 88% av startade patienter fullföljde hela behandlingen. Utifrån att visst bortfall kan förväntas i all psykologisk behandling, samt att behandlingsupplägget var nytt såväl i organisationen som för behandlarna, bedöms projektet framgångsrikt i detta avseende.

Effektivare vård genom ökad tillgänglighet

Övergripande målsättning var effektivisering avseende arbetstid för behandlare, samt att det skulle kunna resultera i att fler patienter kan erbjudas hjälp med samma resurser. Området utvärderades via behandlarnas uppskattning av tidsåtgång i behandlarenkäter, samt genom vidare analys av behandlarna i projektet. Behandlarnas tidsåtgång per hel genomförd behandling, inklusive bedömnings- och avslutningsfas samt administration, uppskattades till 6-7 timmar.

Många vetenskapligt prövade manualbaserade behandlingsupplägg för reguljär KBT-behandling utgår från behandlingsplaner på 8-20 sessioner (grovt uppskattat 8-20 timmar). I jämförelse med detta innebär det aktuella upplägget för internetbaserad KBT-behandling en tidsbesparing. Preliminärt bedöms internetbaserad KBT-behandling kunna innebära en ökad effektivisering avseende behandlartid, förutsatt att patienterna upplever långsiktigt positiva effekter av behandling (och därigenom har lägre behov att söka behandling på nytt).

Datum
2017-08-24

Att behandlingsformen varit ny inom verksamheten och för behandlande psykologer har naturligt inneburit en orienterings- och inlärningsprocess där nya frågeställningar uppstått under vägen. Liksom inom andra arbetsområden kan antas att behandlare med gedigen kompetens och god erfarenhet av behandlingsmetoden kan vara mer tidseffektiva i sitt genomförande. Vid eventuellt fortsatt utveckling och implementering av internetbaserad psykologisk behandling bedömts det av vikt att blivande behandlare har tillräcklig grundkompetens i terapeutiskt arbete, samt att de får utbildning och handledning i aktuella behandlingsmetoder. För att och kunna genomföra behandlingsupplägget på ett effektivt sätt bedöms det också viktigt att behandlarna kontinuerligt arbetar med metoden, så att de därigenom upprätthåller sina metodkunskaper.

Erbjuda förebyggande åtgärder

Ett övergripande mål och syfte för projektet var att erbjuda tidiga behandlingsinsatser och därigenom fungera som ett förebyggande och hälsofrämjande initiativ. Detta får betraktas som ett omfattande mål, och bedöms svårt att på ett övergripande plan utvärdera utifrån denna relativt begränsade pilotverksamhet. Begränsad tillgänglighet och långa väntetider för psykologisk behandling är ett omfattande problem på många håll, och det aktuella projektet kan inte betraktas som en lösning på detta. Med respekt för dessa stora utmaningar betraktas pilotprojektet som lyckat i detta avseende. Genom deltagande i projektet har patienter kunnat påbörja behandling utan längre väntetid, och i många fall fått behandling de inte kunnat få på sin vårdcentral. I patientgruppen fanns patienter med relativt långvariga och komplicerade ångesttillstånd, men också patienter med lindriga besvär som kanske ej prioriterats för omfattande KBT-behandling utanför projektet. Inte minst avseende den senare gruppen tros projektet ha fyllt en viktig förebyggande funktion och motverkat risk för utdraget lidande och försämrad psykisk hälsa.

Patientens upplevelse av behandlingen

Målsättning var att patienterna skulle uppleva sig hjälpta och vara nöjda med behandlingsinnehåll och upplägg samt kontakt med behandlare. Projektet betraktas som framgångsrikt på denna punkt. En stor majoritet av patienterna uppgav hög grad av nöjdhet med innehåll och behandlingsupplägg, upplevde sig ha fått bättre förutsättningar för att hantera ångest och oro, samt upplevde sig ha fått gott och tillräckligt stöd av sin behandlare. Patienterna upplevde behandlingen som hjälpsam i hög grad och uppgav att de skulle rekommendera den till närstående. Ett flertal patienter uppgav att de särskilt uppskattat den behandlingsformens flexibilitet, dvs att kunna arbeta hemifrån vid självvald tidpunkt, kunna repetera material med mera.

Datum
2017-08-24

Effektiv behandlingsinsats

Behandlingseffektivitet utvärderades genom symtomskattningsformulär vid behandlingsstart och behandlingsavslut. Resultat på gruppnivå tydde på klara positiva effekter, i form av lägre grad av ångestsymtom och depressiva symtom, högre grad av upplevd livkvalitet samt förbättrad funktionsförmåga.

Det finns en plan för uppföljande mätningar med skattningsformulär för att följa effekt över tid. Data är under insamling och ingen sådan analys och resultatbeskrivning kan därmed presenteras i denna rapport.

6. Diskussion

En frågeställning vid projektstart rörde rekrytering av patienter. *Är behandlingsinsatsen väl anpassad och tillämpbar för de patienter som söker vård på vårdcentralerna? Upplevs behandlingsalternativet attraktivt för patienterna?*

Då behandlingsalternativet inte tidigare erbjudits på ett samordnat sätt och även är relativt nytt nationellt antogs att en stor del av befolkningen har begränsad kunskap om internetbaserad KBT-behandling och hur det går till.

Rekrytering av patienter via textinformation till patienter på väntelista prövades initialt med begränsad framgång, då få patienter responderade på erbjudandet den vägen. Att bredda intaget av patienter till hela regionens patienter och aktivt informera såväl allmänhet (lokal-TV, lokaltidningar) som personal på vårdcentralerna ledde till att ett betydligt större antal personer anmälde intresse. Mycket tid lades för behandlarna när det gällde mottagande och hantering av dessa intresseanmälningar (egenremisser). Att söka ett flertal personer på telefon, telefonbedömningar, journalföring, att göra i ordning och skicka ut material osv tog mer tid än vad som inledningsvis förväntats och som avsatts för pilotprojektet. Behandlaren tillsammans med projektgruppen arbetade därför under hösten fram ett screeningförfarande med en informerande text samt ett intresseformulär, som digitalt kunde fyllas i via 1177.se.

Under projektets gång har det varit tydligt att det sökt relativt många patienter från vissa vårdcentraler, medan det från andra vårdcentraler sökt få eller inga patienter. Ett antagande är att detta beror på att en del läkare, psykologer och kuratorer i högre grad haft behandlingsalternativet i åtanke och informerat aktuella patienter om möjligheten. En slutsats av detta är att aktuell och tydlig information till såväl patienter som personal är viktigt över tid för att skapa medvetenhet om behandlingsalternativet. Kommunikationsavdelning bör delta i arbetet att skapa och upprätthålla aktuell och korrekt information, i både digitala och traditionella kommunikationskanaler.

Datum
2017-08-24

Avseende de svårigheter att rekrytera direkt från väntelista som uppstod initialt är en reflektion utifrån behandlarnas kliniska erfarenhet att många patienter som söker vårdcentralen initialt förväntar sig och även bedöms ha behov av 1-3 samtal initialt, exempelvis för att skapa en problemformulering och lindra akuta besvär. Efter att tillsammans med en terapeut fått en tydligare bild av problemen är det ofta lättare att beskriva hur en behandling kan vara till hjälp och därigenom motivera patienten.

Att ta del av erfarenheter från patienter som avbrutit behandling i förtid blir intressant för vidare analys av hur, när och för vem behandlingsupplägget passar och inte, samt om behandlare kunnat anpassa behandlingsupplägget på något vis för att underlätta för dessa patienter. I denna utvärdering var det endast tre patienter som avbröt sin behandling, därför är det svårt att dra några slutsatser. Men utifrån leverantörens riktlinjer samt beprövad erfarenhet kan följande punkter antas viktiga; god bedömning och diagnostik (att patienten har en problembild som passar för behandlingsinnehållet, dvs huvudsakligen uppfyller kriterier för diagnos inom gruppen ångestsyndrom, och/eller problematisk oro samt undvikandebeteende); att motivation och förutsättningar för att aktivt engagera sig i behandling utforskas noga inför behandlingsstart och att patienten uppmuntras kontakta behandlare om hinder/svårigheter uppstår för gemensam problemlösning.

Några uttalande om hur behandlarna upplevt införandet

Behandlarna har uppgett att det fungerat väl att upprätta ett positivt samarbete med patienterna trots att man inte möts som i reguljär samtalskontakt. De har också fått större möjlighet att erbjuda patienten den behandlingsmetod som passar bäst och var positiva till att ha fler behandlingsmetoder att erbjuda patienterna. Det finns en del möjliga förbättringsområden för att uppnå optimal funktionalitet på plattformen SoB, under de handledningstillfällen behandlarna haft med leverantören har dessa önskemål framhållits.

Behandlarna menar också att inför ett eventuellt breddinförande av IKBT finns ett flertal utmaningar att hantera. Några av dessa är; planering avseende hur utförandet av IKBT ska organiseras i regionen (centralt eller per vårdcentral), vilka diagnosgrupper som ska prioriteras, kravställning vid upphandling, behov av teknisk support för patienter och behandlare, kompetenskrav på behandlar, utbildning och handledning för behandlare, upprättande av rutiner för remissvägar och överenskommelser kring hur patientansvar hanteras om patient behandlas på två mottagningar, patientavgifter, personalkostnader samt andra kostnader.

Datum
2017-08-24

7. Slutsats

Resultaten i aktuellt pilotprojekt tyder på att det finns god anledning att framöver fortsätta införandet av terapeutstött internet-baserad kognitiv beteendeterapi i Halland. Det finns behov av och intresse för kvalitativ psykologisk behandling hos invånarna, som närsjukvården i dagsläget inte förefaller ha förutsättningar att möta fullt ut. Resultatet visar att vid jämförelse av deltagarnas symtomskattning före och efter behandling tyder detta på klart förbättrat psykiskt mående efter behandling. Analys på gruppnivå visar att patienterna vid behandlingsavslut angav lägre grad av ångestsymtom och depressiva symtom, lägre grad av funktionsnedsättning på grund av hälsotillstånd, samt högre grad av upplevd livskvalitet. Den signifikativa förbättringseffekten är konstant på samtliga fyra mått. I patientenkäterna anger en tydlig majoritet av patienterna hög grad av nöjdhet med behandlingsprocessen och att de upplevt behandlingen som meningsfull och hjälpsam. Av behandlarenkäterna kan urskiljas att även behandlarna upplever att behandlingsprocessen har fungerat väl för en majoritet av patienterna.

Det har inte funnits någon kontrollgrupp i denna utvärdering. Det går därmed inte att utvärdera om aktuella resultat är likvärdiga, sämre eller bättre jämfört med reguljär KBT-behandling på vårdcentralerna. Det är en begränsning i aktuell utvärdering, och värt att beakta vid kommande projekt inom området. De kliniskt signifikanta behandlingseffekter som framkommit i aktuellt projekt, i kombination med faktorer såsom ökad flexibilitet och tillgänglighet för patienter samt tidseffektivisering för personal, bedöms tillsammans utgöra tillräcklig grund för att rekommendera en fortsatt utveckling av internetbaserad KBT i närsjukvården.

8. Praktiska betydelsen

Internetbaserad KBT-behandling skulle på sikt kunna medföra minskade kostnader för hälso- och sjukvården, dels genom att vissa målgrupper kan identifieras och erbjudas behandling i ett tidigare skede (och därigenom förebygga behov av mer omfattande behandlingsinsatser), dels genom att alternativa tekniska lösningar kan minska behov av fysiska möten och öka effektiviteten i verksamheten. Det kan öka tillgängligheten till snabba behandlingskontakter och bidra till ökad valfrihet för patienten.

Datum
2017-08-24

9. Kostnader för pilotinförandet

Emelie Hellberg-Olsson, psykolog/behandlare (20% projektanställd 2016-01-01-2016-06-31, 2016-09-01-2016-12-31). Under 2017 har Emelie med hjälp av andra medel från Region Halland arbetat 50% med detta införandet.

Utbildning för behandlare av Psykologpartners 2 dgr x 2 behandlare, 32 000 kr

Behandlingsprogram Ångesthjälp av Psykologpartner AB 750 kr/ behandling x 25

Handledningskostnad löpande av Psykologpartner AB 2000 kr/h x 12h, fördelat på sex tillfällen/år.

Patientbesöksavgift uttages endast vid start- och slutbesök, dvs fysiska besök, annars avgiftsfritt under pilottiden.

En uppskattad kostnadsberäkning gjordes för denna pilot med hjälp av SHARP-databasens schablon för ett psykologbesök på (1200 kr/h).

Via nätet	Två psykolog besök 1h x 2ggr	2 400 kr
	Psykologkontakt (15 min/v) x 8ggr	2 400 kr
	Behandlingsprogram	<u>1 000 kr</u>
Kostnad		5 800 kr

Tid **4 h**

Traditionellt	Psykologkontakt 1h x 10ggr	<u>12000 kr</u>
----------------------	----------------------------	-----------------

Kostnad		12 000 kr
----------------	--	------------------

Tid **10 h**

Datum
2017-08-24

10. Rekommendationer vid breddinförande

Det är endast ett fåtal av de 18 regioner/landsting som inte påbörjat breddinförande av KBT-behandling via SoB, de flesta har dessutom upphandlat ytterligare behandlingsprogram såsom depression, oro, sömn, stress och för social fobi. Ett nytt behandlingsprogram har också tagits fram för ångest hos unga, vilket ett flertal regioner/landsting redan upphandlat.

Vid breddinförande i andra regioner/landsting har många valt att satsa på en eller ett par behandlare per vårdcentral alternativt att några små vårdcentraler gått tillsammans. Vi kan dock se en fara i detta att det blir för få behandlingar per enhet, då denna kompetens kräver ett flertal pågående patienter hela tiden, för att hålla sig ajour. Det kan också bli sårbart ifall denna behandlare blir sjuk eller har semester. Det kan också vara tekniskt komplicerat att byta behandlare mellan verksamheterna vid sådana behov.

Psykologpartners offert till Halland för 2017

Programmet Ångesthjälpen i plattformen Stöd och Behandling. Pris år 1: 50.000kr

Handledning. Pris år 1: 12000kr (2000kr/h x 6h, fördelat på tre tillfällen/termin)

Handledning: Stöd för behandlare i arbetet med internetbehandling i SoB. Handledningen sker via videosamtal.

Datum
2017-08-24

11. Referenser

American Psychiatric Association (2002). MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. Svensk översättning av Herlofson, J. & Landqvist, M. Kristianstad: Pilgrim Press.

American Psychiatric Association (2015). MINI-D5. Diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Svensk översättning av Herlofson, J. Halmstad: Pilgrim Press.

Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H & Hedman E (2014). Internet-based vs face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 13, 288-295.

Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P & Titov N (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 5, e13196. Doi:10.1371/journal.pone0013196.

Folkhälsomyndigheten (2015). Psykisk hälsa – Ångest: Hälsa på lika villkor 2015. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/> (Hämtad 2016-05-06)

Försäkringskassan (2015). Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år. Socialförsäkringsrapport 2014:4. Försäkringskassan, Stockholm 01 april 2015.

Hedman E, Ljotsson B & Lindefors N (2012). Cognitive behaviour therapy via the internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12, 745-76. Doi:10.1586/erp.12.7.

Kallioinen M, Bernhardsson J, Grohp M, Lisspers J, Sundin Ö. Psykisk ohälsa stort problem hos primärvården. *Läkartidningen* 2010-06-08, nr 23. <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=14517> (hämtad 2016-08-08)

Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implement Sci*. 2008 Jan 7;3:1. doi: 10.1186/1748-5908-3-1.

Kivi M (2015). Internet-based Treatment of Depression in Primary Care, effectiveness and Feasibility. Department of Psychology and Department of Public Health and Community Medicine/Primary Health Care, Institute of Medicine, Sahlgrenska Academy. (Thesis)

Datum
2017-08-24

National eHealth Strategy Toolkit. <http://www.who.int/ehealth/brochure.pdf?ua=1> (Hämtad 2016-08-08)

Nationalencyklopedin, ångest. <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/ångest> (hämtad 2016-08-09)

Nationell eHälsa i Sverige. <http://www.nationellehalsa.se/nationell-ehalsa> (Hämtad 2016-08-08).

Psykologpartners AB. Ångesthjälpen avsedd för.
<http://www.support.kbtonline.se/behandlingsprogram/angesthjalpen/>
(hämtad 2016-08-09)

Socialstyrelsen (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Artikel 2010-3-4.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>.(Hämtad 2016-06-08)

Socialstyrelsen (2013). Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Rapport 2013-6-27.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-27>. (Hämtad 2016-08-08).

SPSS. IBM® SPSS Statistics® version 24.

Vernmark, K, & Bjärehed, J (2013). Internetbehandling med KBT. En praktisk handbok. Natur & Kultur.