

Internetbehandling

IMPLEMENTERING AV INTERNETBASERAD KBT I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Förord

Går det svåra att göra enkelt? Är det möjligt att behandla patienter som har ångest eller depression via internet? Efter 14 års erfarenhet och forskning vet vi att det fungerar för en del patienter.

Genom denna rapport vill SKL ge landsting och verksamheter stöd att införa vägledad internetbaserad KBT-behandling som en del av vårdutbudet. Det kan bidra till att fler människor får tillgång till ytterligare ett behandlingsalternativ.

För närvarande sker också ett utvecklingsarbete för att skapa tekniska förutsättningar för samtliga landsting att erbjuda internetbaserad behandling och internetbaserat stöd. Tekniken för att genomföra pilotstudier beräknas vara klar i början av 2014 och därefter finns det möjlighet för breddinförande i landsting och kommuner.

Stockholm i maj 2013

Anna Östbom

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Bakgrund till rapporten.....	5
1. Syfte.....	7
2. Definition av internetbaserad KBT	8
3. Grundläggande beskrivning av internetbehandling	9
Behandlingsprogrammets upplägg och innehåll	9
Bedömning av lämplighet för metoden.....	10
Behandlarens roll	10
Utvärdering.....	11
4. Vetenskapligt underlag för internetbehandling	12
Behandlingsmetodens effektivitet	12
Behandlarstöd	13
5. Stöd för implementering av internetbaserad KBT i reguljär vård	14
Olika typer av implementering.....	14
Vårdflöde för internetbehandling	15
Anmälan/remittering och screening.....	16
Bedömning och diagnostisering	16
Behandlingsstart.....	18
Behandling	18
Avslut, utvärdering och uppföljning	19
Viktiga aspekter gällande kvalitetssäkring och säker vård.....	20
Den tekniska plattformen	20
Journalföring.....	20
Rutiner och dokumentation av dem	20
Patientens självskattningar och riskbedömningar.....	21
Kvalitetssystem	21
Evidensgrund för behandlingsprogram och vårdflöde	21
Behandlar- och bedömarkompetens	22
Leveranssäkerhet och teknisk support.....	22
6. Erfarenheter från implementering av internetbehandling i Sverige	23
Akademiska sjukhuset.....	23
Verksamhetsbeskrivning	23
Anmälan	24
Bedömning och diagnostisering	24
Behandling och utvärdering	24
Behandlingens avslut, utvärdering och uppföljning.....	24
Kvalitetssäkring	25
Internetpsykiatrienheten.....	25
Verksamhetsbeskrivning	25
Anmälan och självskattning.....	25
Bedömning och diagnostisering	26

Behandlingsstart.....	26
Behandling och avvikelshantering.....	27
Behandlingens avslut, utvärdering och uppföljning.....	28
Kvalitetssäkring	29
REGASSA-projektet.....	29
Rekrytering och bedömning	29
Internetbehandlingen i REGASSA	30
Erfarenheter från internetbehandlingen i REGASSA.....	30
KBTonline (Psykologpartners W&W)	31
Verksamhetsbeskrivning	31
Anmälan	32
Bedömning och diagnostisering	32
Behandling och behandlingsprogram	32
Behandlare	33
Avslut och utvärdering.....	34
Landstinget Gävleborgs Livanda.....	34
Anmälan, självskattning och bedömning.....	34
Behandlingsstart.....	35
Behandling och avvikelshantering.....	35
Behandlingens avslut, utvärdering och uppföljning.....	35
Kvalitetssäkring och utveckling	36
Referenser.....	37

Bakgrund till rapporten

KBT-behandling via internet för patienter med ångest- och depressionsproblem är en metod där behandlingens innehåll förmedlas via en webbplats och patienten får arbeta självständigt i vardagen med sin behandling. Patienten har samtidigt regelbunden kontakt med en KBT-utbildad behandlare och skattar sitt mående under behandlingens gång.

Forskning på metoden har pågått i snart 15 års tid och visar att internetbehandling kan vara en effektiv behandlingsmetod vid ångest- och depressionsproblematik (för översikt se bl.a. Andersson & Cuijpers, 2009; Andrews et al., 2010). Fördelar med metoden är exempelvis att den innebär hög tillgänglighet till psykologisk behandling, skapar metodologiskt kvalitetssäkrade behandlingar och ger patienter hög grad av insyn. Dessutom gör metoden det möjligt för patienterna att påverka sin egen behandling och dess upplägg (för ytterligare diskussion om metodens för- och nackdelar, se Vernmark & Bjärehed, 2013 samt Hedman, Carlbring, Ljótsson, Anderson, In press). Denna rapport beskriver vad internetbehandling är, hur forskningsläget ser ut, vilka insatser som är värdefulla vid ett införande av internetstödd behandling, och den lyfter fram erfarenheter av tidigare och pågående implementeringar av metoden i den kliniska vardagen.

För att förbereda ett införande av internetstödd behandling i större omfattning än vad som sker i Sverige i dag samlade SKL en referensgrupp som bestod av personer från nio landsting och två privata aktörer, Inera och Socialstyrelsen. En workshop genomfördes för att ta tillvara den erfarenhet och kunskap som finns inom området och för att diskutera vad som är viktiga faktorer för att starta internetstöd och få en bra kvalitet i arbetet.

Erfarenheterna från dessa möten samt författarnas kunskap och erfarenhet har legat som grund för denna rapport. Ett första utkast har sedan processats med referensgruppen. Därutöver har ytterligare personer fått ge synpunkter, och Mikael Malm, Sveriges Kommuner och Landsting, har bidragit med sådana.

Författare till rapporten är

Viktor Kaldo, leg. psykolog och fil. dr i klinisk psykologi. Han arbetar som utvecklingsansvarig på Internetpsykiatrienheten i Stockholm (Psykiatri Sydväst/SLSO) och har sedan 1999 arbetat som kliniker och forskare med internetbaserad behandling både i reguljär vård och i kliniska prövningar för ett antal olika problemområden. Han deltar som sakkunnig och kravställare i det nationella projektet som utvecklar en ny teknisk plattform för internetbehandling.

Monica Buhrman, leg. psykolog, leg. psykoterapeut och fil.dr. Hon arbetar på Akademiska Sjukhuset i Uppsala med att implementera och utveckla

internetbaserad behandling vid långvarig smärta. Vidare är hon disputerad i ämnet och forskar på området.

Kristofer Vernmark, leg. psykolog, arbetar på Psykologpartners W&W med utveckling och implementering av och forskning på internetbehandling och är författare till boken Internetbehandling med KBT – en praktisk handbok.

Jennie Österberg, socionom med grundläggande psykoterapiutbildning (Steg 1), arbetar, förutom som primärvårdskurator, som internetbehandlare i Landstinget Gävleborg. Hon har skrivit avsnittet om Landstinget Gävleborg och Livanda.

I referensgruppen har följande personer ingått

Viktor Kaldo	Stockholms läns landsting
Ulla Fridh	Landstinget Dalarna
Fredrik Hollandare	Örebro läns landsting
Per-Olof Sjöblom	Region Skåne
Olof Johansson	Region Skåne
Stephan Ehlers	Västra Götalandsregionen
Jennie Österberg	Landstinget Gävleborg
Robert Johansson	Landstinget i Östergötland
Monica Buhrman	Landstinget i Uppsala län

Kristofer Vernmark	Psykologpartners W&W
Lauri Nevonon	Praktikertjänst
Mårten Gerle	Socialstyrelsen
Anne-Lie Krook	Inera
Ing-Marie Wiselgren	Sveriges Kommuner och Landsting
Anna Östbom	Sveriges Kommuner och Landsting

1. Syfte

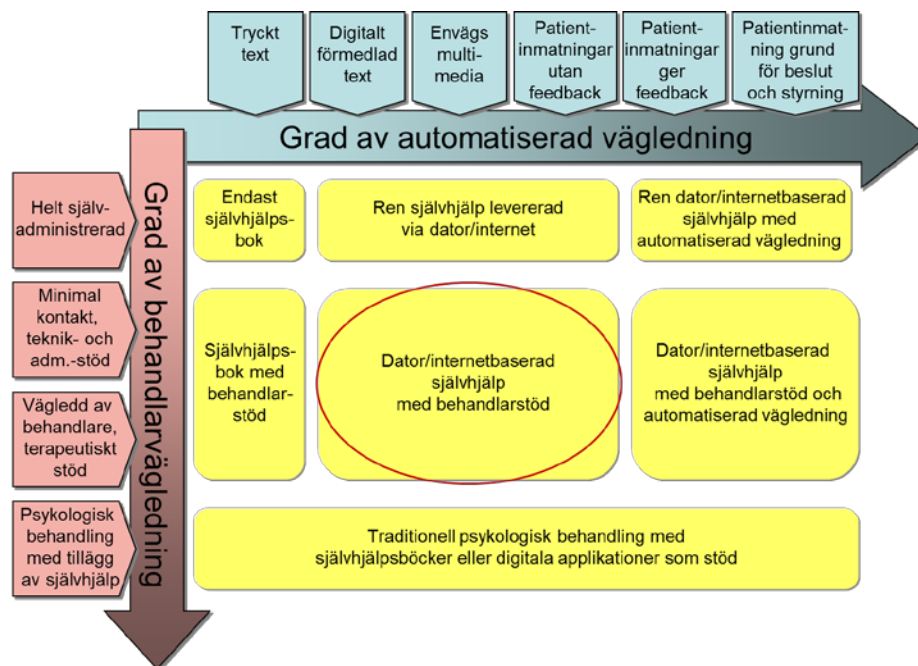
Syftet med denna rapport har varit att utarbeta ett underlag som ger verksamheter i landstingen stöd att införa internetbaserad kognitiv beteendeterapi, IKBT för ångest- och depressionsproblematik. Rapporten ska även kunna utgöra underlag för personer på strategisk nivå som önskar att behandlingsformen införs i landstingen och i verksamheter som kommer att bli berörda. Underlaget syftar inte till att beskriva tekniska eller juridiska krav.

2. Definition av internetbaserad KBT

Internetbaserad KBT (IKBT) definieras här på följande sätt.

Ett behandlingsprogram byggt på en standardiserad självhjälpmanual för en specifik diagnos med metoder från kognitiv beteendeterapi (KBT) som förmedlas via internet ihop med ett aktivt stöd av en behandlare med grundläggande psykoterapeutisk kompetens i KBT.

Psykologisk behandling där någon form av självhjälpmaterial ingår kan administreras på en rad olika sätt. Det ligger utanför ramarna för den här rapporten att gå igenom olika kombinationer, och fokus kommer ligga på den form av behandling som har bäst forskningsstöd och där internet används för att förmedla behandlingen. För en snabb översikt av hela självhjälpområdet hänvisas till figur 1, där den form av interventioner som berörs i den här rapporten har markerats.



Figur 1. Modell över olika former av användande av självhjälp och avgränsning av metoder som ingår i rapporten. © Viktor Kaldo

3. Grundläggande beskrivning av internetbehandling

Internetbehandling innebär att patienten tar del av sin behandling via en webbplats där det också finns formulär där patienten kan skatta hur han eller hon mår och möjlighet till säker kommunikation med den egna behandlaren.

En patient som exempelvis diagnostiserats med social fobi och bedömts vara lämplig för behandlingsmetoden får tillgång till behandlingsprogrammet och går igenom behandlingen under en bestämd tidsperiod. Patienten arbetar med ett avsnitt i veckan och har via säkra meddelandesystem på internet veckovisa avstämningar med sin behandlare.

Behandlingen för IKBT är densamma som i traditionell KBT men förmedlas till patienten via webbplatsen i stället för via behandlaren. Behandlaren roll är i stället att guida patienten genom behandlingsprogrammet, ge nödvändigt stöd för att patienten på ett självständigt sätt ska klara av att genomgå behandlingen och hjälpa till vid svårigheter som uppstår under behandlingens gång.

Behandlingsprogrammets upplägg och innehåll

Behandlingsprogrammen är strukturerade och standardiserade och följer sedvanligt KBT-upplägg för den aktuella diagnosen. Dessa förmedlas till patienten i form av text och andra medier (exempelvis videofilm, bildspel och ljudfiler) via en dator med internetuppkoppling. Förmedling av internetbehandling via smarta telefoner och andra mindre och mer mobila enheter har nyligen börjat prövas och i dagsläget vet vi inte säkert hur effektiva behandlingar i dessa format är.

Behandlingsprogrammet är uppdelat i så kallade moduler, som patienten stegvis får tillgång till under behandlingens gång. Modulerna innehåller behandlingsinformation (aktiva KBT-komponenter) kopplade till patientens problematik, samt övningar i form av t.ex. skriftliga uppgifter, erfarenhetsövningar (t.ex. avslappning) och självskattningar.

När en modul avslutats går patienten vidare och arbetar med hemuppgifter och övningar från den aktuella modulen. Dessa hemuppgifter rapporteras till behandlaren via webbplatsen eller i kommunikationen med behandlaren. Veckovisa patientsjälvskattningar hjälper behandlaren och patienten att övervaka och följa viktiga besvärsmått och att övervaka risker som ökad

problematik och eventuell suicidrisk.

Behandlingarna har en specificerad längd som anses vara lämplig tid för patienten att tillgodogöra sig materialet och hinna med att arbeta med hemuppgifter. Längden varierar beroende på problematik och program, men rör sig inom spannet 8-12 veckor i de allra flesta fall. Ofta bokas ett uppföljande besök eller telefonsamtal in runt behandlingens förväntade slutdatum, delvis i syfte att understryka att behandlingen är tidsbegränsad.

Behandlingsprogrammen är i de allra flesta fall utformade för att hjälpa patienten med ett visst problemområde eller en viss psykiatrisk diagnos. Transdiagnostiska program, med en generell metod avsedd att kunna användas vid flera diagnoser, eller skräddarsydda program där en kombination av olika metoder väljs ut för att matcha patientens problemprofil förekommer men har ännu inte utvärderats i någon större omfattning.

Bedömning av lämplighet för metoden

Det görs alltid en grundlig diagnostisk bedömning för att matcha patienten till diagnosspecifika behandlingar med begränsad möjlighet till anpassning för att hantera andra typer av problem än det primära. Patienter som uppvisar samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser kan ändå vara lämpliga för internetbehandling; det avgörande är att säkerställa att diagnostiseringen av huvuddiagnosen är väl gjord och att den inte är tydligt sekundär till något annat.

Dessutom bedöms patientens generella lämplighet för att genomgå KBT för det specifika problemområdet, praktiska förutsättningar och grad av motivation för just internetbehandling för att säkerställa att patienten kan dra nytta av behandlingen.

Specifikt för internetbehandling är även att ta hänsyn till faktorer som är kopplade till själva metoden, exempelvis tillgång till dator och internet, nivå av datorvana, läsförmåga, möjlighet att sätta av tid och förmåga att arbeta självständigt med behandlingsprogrammet (Abbot, Klein, & Ciechowski, 2008).

Behandlarens roll

Behandlaren förmedlar och administrerar behandlingen via sin dator på arbetsplatsen. Information om patientens användning av behandlingsprogrammet och det som patienten fyller i på arbetsblad, självskattningar och hemuppgiftsrapporter används som ett kliniskt underlag för att ge patienten det stöd som behövs.

Regelbunden kommunikation mellan patient och behandlare sker via ett säkert meddelandesystem och inte genom osäkra kommunikationslösningar som exempelvis e-post. Sms kan användas för att påminna patienten om behandlingen och för att förmedla att det finns olästa meddelanden eller aktiviteter som behöver göras.

Behandlaren ger ett aktivt stöd vilket innebär att behandlaren, förutom att svara på direkta frågor från patienten, även aktivt följer patientens användning av programmet och initierar kontakt vid låg grad av aktivitet eller vid indikationer på problem eller avvikelser. Vid behov rings patienten upp och bokar in besök på vårdenheten om så krävs. En del tekniska plattformar ger möjlighet till viss automatisering av feedback, påminnelser och stöd till patienten som ett komplement till behandlarens stöd. Ibland ges patienten större frihet att själv styra upplägget på behandlingen och vilka moduler de ska jobba med.

Behandlare som arbetar med internetbaserad KBT har goda kunskaper i KBT och specifik kompetens för den aktuella problematiken och i att förmedla KBT via internet. Det är viktigt att behandlaren kan ge feedback på behandlingen i linje med de behandlingsmetoder som presenteras och förstår på vilken bas behandlingen bygger. Han eller hon måste kunna hantera och ge feedback i situationer som uppstår där patienten inte förstår eller klarar av vissa moment i behandlingen och kunna ha en kontinuerlig kontakt med patienten i linje med det som behandlingsprogrammet förmedlar. Regelbunden eller behovsstyrd handledning ges beroende på behandlarens kompetensnivå.

Utvärdering

Innan och efter behandlingen, ibland även flera månader efteråt, görs vanligtvis en strukturerad utvärdering med hjälp av självskattningsformulär eller olika former av strukturerade kliniska bedömningar av patientens problematik. En fördel med internetbehandling är att självskattningar i de allra flesta fall finns inbyggda i behandlingsprogrammen eller förmedlas via samma webbplats som behandlingsprogrammet. Dessa självskattningar utgör en mycket bra grund både för utvärdering av enskilda behandlingar och för lokala eller nationella kvalitetssystem.

4. Vetenskapligt underlag för internetbehandling

Här följer en kortfattad beskrivning av det vetenskapliga underlaget för internetbaserad KBT vid ångest och depression som i första hand bygger på metaanalyser inom området. För en mer detaljerad granskning hänvisas till SBU:s uppdaterade rapport om internetbehandling som ska publiceras sommaren 2013.

Behandlingsmetodens effektivitet

Andersson & Cuijpers (2009) gick i sin metaanalys igenom tolv studier gällande behandling av depression. Tio av dessa var behandling via internet och två studier var behandling via datorn, utan internet). Analysen visade på medelstora behandlingseffekter (dvs. en medelstor kontrollerad effektstorlek).

Andrews m.fl. (2010) gjorde en metaanalys på internetbaserad KBT vid depressions- och ångestproblematik (paniksyndrom, social fobi och generaliserat ångestsyndrom). Resultaten visade på en stor genomsnittlig effekt när internetbaserad KBT jämfördes med kontrollgrupper som inte hade fått behandling. Metaanalysen innehöll sex depressionsstudier, sex paniksyndromstudier, åtta studier på social fobi och två på generaliserat ångestsyndrom. De jämförelser som gjordes mellan internetbaserad KBT och traditionell KBT visar på likvärdiga resultat vad gäller behandlingseffekter.

En metaanalys av Tulbure (2011) på internetbehandling vid social fobi inkluderade åtta studier där behandling jämfördes med en kontrollgrupp (på väntelista). Resultaten visade på stora behandlingseffekter på social fobi för i princip alla de åtta studier som granskades, samt dessutom måttliga effekter på livskvalitet och komorbid (samtidig) depression.

Haug m.fl. (2012) gjorde en metaanalys som omfattade 56 studier på självhjälpsbehandlingar vid ångestproblematik. Tjugosju av dessa var behandlingar via internet och ytterligare fem datoriserade. Det metaanalysen visade var att självhjälpsbehandlingar vid ångestproblematik har medelstora till stora effekter jämfört med kontrollgrupper (på väntelista eller placebo) och att internetbehandling hade de största effekterna. Internetbehandling var på gruppnivå bättre än både datoriserad behandling och behandling med självhjälpsböcker. I de sex studier med direkta jämförelser mellan internetbehandling och behandling ansikte-mot-ansikte visade resultaten på likvärdigt utfall av båda behandlingsformaten.

Behandlarstöd

I metaanalysen av Andersson och Cuijpers (2009), där behandlingsutfallet i tolv olika studier på depression jämfördes, analyserades också studierna utifrån om regelbundet stöd från behandlaren ingick i behandlingen eller inte. Resultaten visade på en bättre effekt då behandlarstöd ingick.

Även i metaanalysen av Andrews m.fl. (2010) på internetbehandlingar av ångest och depression konstaterar författarna att datoriserad KBT med stöd av kliniker eller tekniker kan fungera lika bra som traditionell KBT även då den totala tidsomfattningen av kontakten med patienten var så kort som en timme.

Även Newman m.fl. (2011) lyfter fram kontakten med deltagarna som en betydande komponent i studier av internetbehandling, datoriserad behandling, virtuell verklighet och andra teknikförmedlade behandlingar. Författarna menar att den optimala omfattningen av kontakten med patienten varierar beroende på problematik, med hänsyn till exempelvis följsamhet till behandlingsprogrammet och antal avhopp. De lyfter fram att behandlingar med minimal behandlarkontakt har varit framgångsrika vid en mängd olika sorters problematik, vilket indikerar att viss typ av strukturerad interaktion med en terapeut är viktigt för att få önskad effekt.

Det finns även metaanalyser av olika sorters stöd. I en metaanalys av 19 studier på internetbehandling vid depression (Richards & Richardson, 2012) delades stödet i behandlingen in i tre kategorier: inget stöd, administrativt stöd och terapeutiskt stöd. Resultatet visade att behandlingar med terapeutiskt stöd hade det lägsta antalet avhopp och de bästa behandlingseffekterna.

Sammanfattningsvis pekar forskningen mot att internetbehandling med terapeutiskt stöd har bättre effekter och färre avhopp än behandlingar utan stöd, även om det finns undantag, till exempel vid social fobi, där automatiserat stöd (Titov, Andrews, Schwencke, Solley, Johnston, & Robinson 2009) och till och med avsaknad av stöd (Furumark, Carlbring, Hedman, Sonnestein, et al., 2009) ändå kan leda till goda behandlingseffekter.

5. Stöd för implementering av internetbaserad KBT i reguljär vård

För att internetbehandling ska vara ett lämpligt behandlingsalternativ inom hälso- och sjukvården behöver den implementeras på ett systematiskt och genomtänkt sätt, eftersom metoden är relativt ny och bara har blivit provad till viss del i den reguljära vården. Det finns i dagsläget en mängd vetenskapliga studier gjorda i Sverige och internationellt som visar på metodens effektivitet. Det finns även goda erfarenheter att bygga vidare på vad gäller implementering av metoden i klinisk vardag (se beskrivning av implementering, avsnitt sex).

Steget mellan forskning och klinisk vardag är ibland svårare än förväntat, och det finns en mängd forskning som visar på svårigheterna att implementera fungerande metoder i den kliniska vardagen. Därför blir stödet för implementering extra viktigt vad gäller internetbehandling. Det finns många aspekter som behöver tas i beaktande. Vissa av dessa hamnar utanför ramarna för denna rapport, exempelvis ersättningsystem, regelverk och tekniska strukturer/system i vården.

Här följer internetbehandlingens innehåll och den tekniska plattform som den förmedlas via samt vårdprocessen där såväl behandling som anmälan, bedömning, utvärdering och uppföljning görs. Viktiga faktorer att beakta inför en implementering beskrivs liksom hur internetbehandlingen och vårdflödet som internetbehandlingen ingår i ska kunna erbjudas på ett kvalitetssäkrat sätt.

Olika typer av implementering

Vid implementering finns det två huvudsakliga aspekter att ta ställning till i fråga om vilken vårdnivå (primär- eller specialistvård) internetbehandlingen ska förläggas till. Den första är var i vården patientens besök för bedömning och sannolikt även efterbesök och uppföljning ska ske, den andra var själva internetbehandlingen ska göras. Här följer fyra olika scenarion för att exemplifiera detta:

1. Bedömning och behandling görs på primärvårdsenheterna.
2. Bedömning och behandling görs på en central specialistvårdsenhet (eller specialiserad/centraliserad primärvårdsenhet).
3. Bedömning görs i primärvården, behandlingen görs av vårdpersonal på en central enhet.
4. Bedömning görs i specialistvården, behandling i primärvården.

Beskrivningen av KBTonline (Psykologpartners) och Gävleborgs län/Livanda i avsnitt 6 är ett exempel på alternativ ett där behandlare i primärvården ansvarar för både bedömning och utförande av internetbehandling på en eller flera vårdcentraler.

Alternativ två är den mest etablerade formen för att förmedla internetbehandling eftersom den har använts både vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och vid Internetpsykiatrienheten i Stockholm under många år (se avsnitt 6). Så gott som samtliga forskningsstudier har haft en centraliserad administration av bedömning och behandling.

Alternativ tre används inom forskningsprojektet REGASA (beskrivet i avsnitt 6) och har även prövats inom ett forskningsprojekt i Norrköping (med en central primärvårdsenhet som bas).

Alternativ fyra har inte veterligen hittills prövats i forskning eller i reguljär vård.

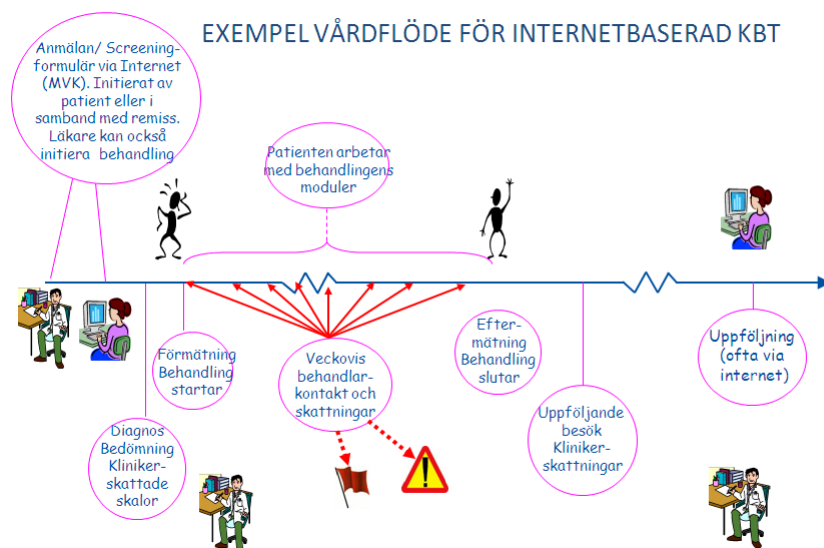
Vårdflöde för internetbehandling

Internetbehandling är en del av ett vårdflöde där ett antal delar behöver ingå för att metoden ska komma patienten och verksamheten till nytta på bästa sätt. Flödet efterliknar i stort det som gäller vid traditionell KBT-behandling och utgår från att en patient mår psykiskt dåligt och söker vård eller att patientens problem upptäcks vid exempelvis ett somatiskt vårdbesök.

För IKBT finns dock möjligheten att den första kontakten med vården tas via internet, som t.ex. vid Internetpsykiatrienheten där anmälan sker via invånartjänsten Mina Vårdkontakter och inte kräver tidigare vårdkontakt eller remiss.

En screening eller mer omfattande bedömning/diagnostisering görs vid första kontakttillfället eller efter remiss till lämplig vårdgivare, beroende på hur vårdflödet har utformats. Sedan genomgår patienten behandlingen under en bestämd tid och därefter sker ett avslutande samtal, och en uppföljning efter ett visst antal månader.

I korthet kan flödet beskrivas på följande sätt: anmälan/remittering och screening, bedömning och diagnostisering, behandlingsstart, behandling, avslut, utvärdering och uppföljning. Beroende på implementeringsmodell sker de olika delarna i vårdflödet på olika ställen, men upplägget är i grunden detsamma. Figur 2 visar översiktligt hur ett vårdflöde för internetbaserad KBT kan se ut.



Figur 2. Översikt av generellt vårdflöde för internetbehandling

Anmälan/remittering och screening

Patienten kan komma i kontakt med metoden genom självansmälan via internet (Mina Vårdkontakter) eller annan form av självremittering. Kontakten kan även ske via internremiss eller externremiss från en annan vårdenheter. I detta läge är information om vad metoden innebär och kräver av patienten mycket viktig för att patienten ska kunna göra ett medvetet val. Eftersom metoden är ny och till stor del okänd eller oklar för både patienter och personal inom hälso- och sjukvården bör goda möjligheter till information finnas tillgänglig för patienten, så att valet av behandlingsmetod görs på goda grunder för både patient och vårdgivare.

Ett alternativ är att patienten redan vid anmälan fyller i ett antal självskattningsformulär. Dessa utgör ett kvalitetssäkrat och tidsbesparande moment inför bedömningen. Om de fylls i via internet utgör de dessutom i sig ett konkret test av patientens förmåga, praktiska möjligheter och motivation att använda internet som ett verktyg för sin vård, vilket är viktigt att upptäcka tidigt.

Bedömning och diagnostisering

Noggrann diagnostik (utifrån diagnostiska kriterier i DSM- eller ICD-systemet) är extra viktigt inför internetbaserad KBT eftersom behandlingsprogrammen som standard är skapade och utvärderade för en viss diagnos. Patientens igenkänning och behandlingsmetodernas relevans bygger på korrekt diagnostisering. Möjligheter att som i traditionell, särskilt individuell, KBT anpassa och ändra behandlingens innehåll om den inledande bedömningen skulle visa sig felaktig finns inte eftersom behandlingens innehåll endast existerar i en viss fastställd utformning.

En strukturerad bedömning som bygger på en standardiserad diagnostisk intervju, som till exempel M.I.N.I. [(Barak, Klein, & Proudfoot, 2009), är en bra grund för att fastställa patientens diagnos. Bedömningar och diagnostiseringar baserade på klinisk erfarenhet som inte grundar sig i diagnostisk kompetens är inte lämpligt eftersom det är svårt att säkerställa tillförlitligheten, exempelvis vid depression (SBU 2012). Dock gör bedömaren en samlad bedömning som, utöver diagnostisering och självskattningar, även inbegriper en klinisk bedömning. Självskattningsformulär används för att underlätta och säkra

kvaliteten i bedömningen och för att få en första mätpunkt för patientens nivå av symtom, funktion och livskvalitet. Som komplement till självskattningar kan klinikerskattning av symtom och funktion göras, t.ex. följande ”instrument” CGI, MADRS eller GAF.

Förutom diagnostisering och fastställande av besvärnivåer behöver patientens lämplighet för KBT och för internetbehandling bedömas. Erfarenheter från Internetpsykiatrienheten, där patienten själv anmäler sig via Mina Vårdkontakter, fyller i ett antal screeningformulär och genomgår en psykiatrisk bedömning enligt figur 2, visar att andelen patienter som i slutändan bedöms passa för internetbaserad KBT-behandling ligger på 45-62 procent. Denna siffra bygger på att patienterna självmant har tagit steget att anmäla sig till just IKBT, i en stor majoritet av fallen utan remiss, och därför kan förväntas vara mer motiverade än andra patienter i primärvården och den öppna psykiatriska vården.

Utifrån dessa erfarenheter är det viktigt att ha tydliga riktlinjer för behandling så att rätt patienter får ta del av IKBT. Följande bör ingå i en utredning inför IKBT:

- Uppfyller patienten diagnoskriterierna och är detta patientens huvuddiagnos?
- Är patientens besvärnivå så hög att andra former av behandling (t.ex. traditionell KBT, läkemedelsbehandling etc.) är lämpligare?
- Är patientens besvärnivå tillräckligt hög för att motivera behandling?
- Är patienten i rätt åldersspann?
- Finns annan problematik (psykiatrisk, somatisk eller social) som gör det svårt att genomgå internetbehandling?
- Finns annan problematik som behöver behandlas i första hand (t.ex. missbruk, suicidalitet)?
- Är KBT lämplig för patienten just nu med tanke på patientens status och pågående behandlingar (t.ex. annan psykologisk behandling, nyligen insatt antidepressiv medicin eller behandling med benzodiazepiner)?
- Har patienten praktisk möjlighet att genomföra behandlingen med tanke på tillgång till teknik, tekniska färdigheter och tid under den planerade behandlingsperioden?
- Behärskar patienten det språk behandlingen ges på vad gäller förståelse, tal, läsning och skrivande?
- Har patienten informerats om och förstått vad KBT-metoderna för den aktuella problematiken innebär och är motiverad att prova detta?
- Har patienten informerats om och förstått vad internetbaserad KBT är och är motiverad att prova detta?
- Har andra alternativa behandlingsformer övervägts? Har de skäl som väger för och emot internetbaserad KBT gått igenom?

Om det uppstår svårigheter att besvara dessa frågor på ett tydligt sätt bör en fortsatt utredning göras. Om den som utreder inte själv behandlar kan det vara värdefullt att få stöd i bedömningen av vårdpersonal som är internetbehandlare.

En viktig aspekt vid bedömning av internetbaserad KBT är förståelse för behandlingen och följsamhet till den. Det måste framgå tydligt att internetbehandling ställer krav på att patienten loggar in i behandlingsprogrammet regelbundet och tar till sig behandlingsmaterialet på bästa sätt. Det innebär att patienten måste kunna planera, utföra och registrera hemuppgifter i vardagen och att i slutet av varje modul rapportera tillbaka till behandlaren hur arbetet har gått.

Behandlingsstart

Vid bedömning bör patientens förutsättningar tydliggöras och faktorer som kan öka följsamheten till behandlingen gås igenom. I och med att metoden är relativt ny inom hälso- och sjukvården är det viktigt att förväntningarna på metoden är korrekta liksom föreställningarna om behandling på internet. Det är angeläget att ta sig tid och beskriva metoden för patienten och dessutom undersöka om den passar patienten. Internet-KBT är en av flera metoder som kan användas för behandling. Det är även viktigt att landstingen och verksamheten har satt sig in i vilka sammanhang internet-KBT ska användas och att det är ett komplement till annan behandling och inte kan ersätta den. Det bidrar till ett ökat vårdutbud.

När beslut har fattats om att starta behandlingen bestäms ett start- och ett slutdatum. Patienten får en behandlingsplan och/eller material (digitalt eller på papper) med exempelvis information om behandlingens längd, hur arbetet med varje modul går till, hur och hur ofta han eller hon ska logga in, hur av personuppgifter och säkerhet hanteras, hur han/hon kommer i kontakt med sin behandlare, vilka påminnelser som används under behandlingen, när behandlingen avslutas och hur den följs upp med mera.

Patienten använder samma inloggning under behandlingen som vid anmälan eller får vid detta tillfälle en särskild inloggning till behandlingen. När han/hon loggar in första gången för att starta behandlingen fyller hon/han i ett självskattningsformulär som utgör förmätningen.

En struktur för hur patienten ska gå igenom behandlingen bör upprättas, exempelvis var patienten sitter när han eller hon arbetar med behandlingsprogrammet, om det finns någon närstående som kan hjälpa till med behandlingsinnehållet eller det tekniska och hur han/hon ska få tid och motivation att jobba med behandlingen. Ett sätt att socialisera patienten in i behandlingen är att tillsammans vid behandlingens början gå in och gemensamt titta på delar av behandlingsprogrammet.

Behandling

Behandlarnas roll är annorlunda än vid traditionell KBT eftersom behandlingen till den allra största delen förmedlas via en standardiserad självhjälpsmanual och inte av behandlaren. Behandlaren bör behärska språket och kunna uttrycka sig väl i skrift och ha vana av internet och datorer. Den skriftliga kommunikationen mellan behandlare och patient sker via ett säkert meddelandesystem och inte via e-post.

Behandlarnas uppgifter fokuseras på sådant som att skapa motivation, bemöta motstånd, ge positiv feedback och uppmuntran, kontakta inaktiva patienter, lyfta fram arbetet med hemuppgifter, normalisera, validera, svara på frågor och hjälpa patienten att lösa problem. Behandlaren måste känna till behandlingens innehåll väl och veta vilka anpassningar som är möjliga att göra.

En viktig aspekt är att hjälpa patienten att hålla fokus på metoderna i behandlingen och det problem som de syftar till att lösa. Att i kommunikationen med patienten föra in nya moment som inte ingår i internetbehandlingen kräver alltid en god kunskap i KBT men riskerar oavsett kunskapsnivå att skapa en komplex behandlingssituation som det standardiserade formatet vid internetbehandling inte alltid är väl lämpat för. Om behandlaren bedömer att den påbörjade internetbehandlingen inte passar patientens problemprofil bör behandlingen snarare istället avbrytas.

Behandlaren har en viktig uppgift i att följa patientens aktivitet och besvärnivå för att säkerställa att denne tillgodogör sig behandlingen på bästa sätt. Behandlaren kan gå in och ge positiv feedback till patienten på viktiga

beteenden som att han eller hon har genomfört moduler i tänkt tid, gjort skattningar och utfört hemuppgifter. Om patienten å andra sidan visar inaktivitet eller tecken på försämring ska behandlaren agera aktivt och ta kontakt med patienten via det säkra meddelandesystemet, sms eller telefon.

Automatiskt stöd för att hjälpa behandlaren att uppmärksamma och hantera detta bör finnas i den tekniska plattformen. Detta gäller inte bara avvikelser utan även viktiga hållpunkter i behandlingen, t.ex. att patientens behandlingstid snart är slut, något som lätt kan missas om behandlaren manuellt övervakar många patienter. Även veckovisa patientskattningar av mående och riskindikatorer är viktiga då dessa gör det lättare för behandlaren att följa patientens utveckling under behandlingens gång.

Behandlaren lägger vanligtvis ner i snitt 5-15 minuter i veckan på att kommunicera med en patient under behandlingens gång, men rätt stora variationer kan förekomma mellan olika patienter och olika moment i behandlingen. Vid alltför stort behov av kommunikation med patienten bör andra behandlingsformer övervägas. Patienten bör få svar senast dagen efter att han eller hon har skickat ett meddelande eller gjort något annat som innebär att feedback från behandlaren behövs.

Avslut, utvärdering och uppföljning

Behandlingsprogrammet avslutas efter en bestämd tid. I vissa fall kan behandlingstiden förlängas om patienten bedöms vara inställd på att fortsätta att arbeta aktivt med behandlingen och kan ha nytta av den.

Vid behandlingens slutdatum, eller några dagar innan för att öka svarsfrekvensen, fyller patienten i de självskattningar som ingår i eftermätningen. Denna strukturerade utvärdering gör det möjligt att bedöma effekterna av behandlingen på ett kvalitetssäkrat sätt. Detta är mycket värdefullt både för att utvärdera vården av den enskilda patienten och ge vägledning inför eventuell fortsatt vård och för att utvärdera verksamheten internt och mot andra verksamheter.

Efter behandlingen bör patienten komma på ett sedan tidigare inbokat besök för att ytterligare utvärdera hur behandlingen har gått och bedöma om han eller hon behöver fortsatt vård. Vid behandlingsutvärderingarna används någon form av strukturerad diagnostisk intervju (hela eller delar), de klinikerskattade skalor som använts innan behandlingen tillsammans med en kvalitativ avstämning. Vid efterbesöket är det även viktigt att lyfta fram det fortsatta arbetet med vidmakthållandeplanen, det vill säga att patienten fortsätter arbeta med viktiga delar i behandlingen även efter att behandlingsprogrammet formellt är avslutat.

Det optimala är att patienten tar del av samtliga moduler och uppnår goda behandlingseffekter, det vill säga betraktas som återställd från sina besvär och därmed färdigbehandlad. Behandlingar kan dock avslutas på olika sätt och precis som i sedvanlig KBT så förekommer uteblivna effekter och avhopp på grund av att patienten inte klarar av att genomföra behandlingen, får praktiska förhinder, tappar motivationen eller behöver annan vård eller en annan form av behandling. Det bör i sammanhanget nämnas att avhopp även kan bero på att patienten uppnått en så pass stor förbättring att fortsatt behandling inte känns motiverad.

Tydliga riktlinjer och rutiner för hur olika typer av avslut och avbrutna behandlingar ska hanteras bör finnas. Samtliga patienter, även de som oavsett anledning avslutar behandlingen i förtid, bör genomgå en eftermätning och komma på efterbesök. Målet är att utvärdera alla patienter, även de som inte faller ut som förväntat.

När behandlingen har avslutats arbetar patienten vidare med sitt vidmakthållandeprogram. Därför kan det vara lämpligt att göra en uppföljning av patientens besvär och arbetet med vidmakthållandet ca två till sex månader efter behandlingens avslut. Denna kan göras med självskattningar via internet eller i form av telefonsamtal eller besök. Samma mätningar för symtom, funktion och livskvalitet som använts tidigare bör användas även här.

Viktiga aspekter gällande kvalitetssäkring och säker vård

Det finns några aspekter som är extra viktiga att ta hänsyn till vid införandet av internetbehandling på ett kvalitetssäkrat sätt i den reguljära vården.

Den tekniska plattformen

Både behandlaren och patienten använder egen dator i behandlingsupplägget. Patienten tar del av behandlingsinnehållet via en webbplats där det också går att registrera, skicka textmeddelanden, återrapportera hemuppgifter, m.m. Behandlaren kan via sitt tekniska ramverk se hur patienten använder behandlingsprogrammet och bland annat ta del av de registreringar, textmeddelanden och återrapporteringar som denne gör.

Ett utbyte av information sker och informationen lagras i systemet. Det handlar i många fall om känsliga personuppgifter som måste skyddas på lämpligt sätt. Därför bör det tekniska systemet för att förmedla och ta del av internetbehandling hantera känsliga uppgifter på ett godkänt sätt, i enlighet med de bestämmelser som finns om digital lagring av känsliga personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Regler och bestämmelser för hur skyddet ska se ut och vad som betraktas som känsliga personuppgifter ligger utanför denna rapportens omfattning men bör beaktas vid utveckling och införande av internetbehandling inom hälso- och sjukvården.

Journalföring

Journaler förs löpande, som vid all psykologisk behandling inom hälso- och sjukvården. Journalföringen ska följa de lagar, riktlinjer och rekommendationer som finns. Om den tekniska plattformen innehåller exempelvis textkommunikation mellan patient och behandlare, självskattningar, registreringar, skrivuppgifter och rapportering av hemuppgifter bör plattformen betraktas som ett journalsystem.

I verksamhetens ordinarie journalsystem görs sedvanliga anteckningar om bedömning, behandlingsstart och behandlingsavslut samt avvikelser som uppstår under behandlingens gång. Hanteringen av de personuppgifter som lagras i ett tekniskt system som förmedlar internetbehandling bör hanteras i linje med de bestämmelser som finns om lagring av personuppgifter digitalt inom hälso- och sjukvården.

Rutiner och dokumentation av dem

För samtliga personalgrupper som är involverade i vårdflödet bör det finnas tydliga rutiner och lathundar för sådant som hantering av anmälningar/remisser, bedömningar före och efter behandlingen, viktiga moment under behandlingen, övervakning och hantering av såväl större avvikelser/risker som mer vardagliga händelser (t.ex. patientinaktivitet), behandlingsavslut, uppföljning och journalföring.

Patientens självskattningar och riskbedömningar

En av fördelarna med internetbehandlingsprogram är att de innehåller olika sorters självskattningar. För att få en bra svarsfrekvens bör självskattningar inte gå att hoppa över, det vill säga patienten måste fylla i självskattningen för att komma vidare till andra delar behandlingen. Automatiska påminnelser kan gå ut om patienten glömmer att svara.

Det är viktigt att klargöra för patienten och för personal inom verksamheten hur övervakning och granskning av inskickade svar görs, särskilt då frågorna handlar om sådant som kan indikera avvikelser eller risk, t.ex. suicidriskbedömning. Patienten måste ha en klar bild av hur detta tas emot och hanteras av vården.

De självskattningarna som är viktigast för att utvärdera vårdens effekt bör finnas vid anmälan, behandlingsstart, veckovis under behandlingen samt vid behandlingsslut och uppföljning.

Viktigt att lyfta fram är att självskattningarna används på många sätt, t.ex. som ett kliniskt verktyg för behandlaren, ett sätt att utvärdera behandlingen, och för patienten ett sätt att kunna följa effekten av den egna behandlingen och fånga upp avvikelser som ökad problematik. Det innebär att det går att följa patienten och dennes behandling på ett nära sätt.

Vad gäller bedömning av suicidrisk så räcker självklart inte en skattning via internet. Det är mer en indikation på att behandlaren bör följa upp och ta kontakt med patienten för att göra en lämplig insats. För bedömningar av suicidrisk gäller Socialstyrelsens riktlinjer vid internetbehandling på samma sätt som inom vården. Det är dock viktigt att lyfta fram att internetbehandling inte innebär en ökad suicidrisk. Patienternas vård följs upp och övervakas, precis som vid andra insatser som antidepressiv medicinering och traditionell KBT.

Kvalitetssystem

Den information som samlas in via behandlingsprogrammets webbplats kan utgöra en mycket god grund för lokala kvalitetssystem., särskilt om de kompletteras med viss administrativ data om t.ex. besök. Kontinuerliga utvärderingar bör innefatta väntetider, bedömningar, följsamhet till behandlingen, avhopp och behandlingsutfall. Löpande rapporter bör göras kvartals- eller halvårsvis.

Ett nationellt kvalitetsregister för internetbehandlingar, Svenska internetbehandlingsregistret (SibeR), är under utveckling och kommer innehålla en standardiserad uppsättning mått för att beskriva patient, intervention och utfall. För landsting som vid implementering vill arbeta med kvalitetsutveckling kan det vara lämpligt att stämma av med ansvariga för SibeR.

Evidensgrund för behandlingsprogram och vårdflöde

Behandlingsprogrammen bör vara baserade på etablerade och väl utvärderade KBT-metoder och manualer. Det specifika behandlingsprogram som erbjuds bör ha utvärderats för den specifika målgruppen. Vid implementeringen av internetbehandlingar som utvärderats med positiva resultat i kliniska prövningar bör verksamheten sträva efter att skapa ett vårdflöde som så mycket som möjligt efterliknar de förhållanden som gällde vid utvärderingen.

För att öka på kunskapen om internetbaserad behandling är det bra att understödja forskning och klinisk utvärdering av behandlingsprogrammen. Program med ingen eller svag evidens bör endast införas som FoU-projekt för

att i ett senare skede kunna övergå i reguljär vård när kvaliteten säkrats och dokumenterats i en eller flera vetenskapliga publikationer.

Mer specifika kriterier för evidens eller en genomgång av tillräckligt utprovade kombinationer av behandlingar och vårdflöden ligger utanför denna rapport. I Sverige finns det i dagsläget inga specifika riktlinjer för internetbehandling. I Storbritannien har National Institute for Clinical Excellency (NICE) vid upprepade tillfällen gjort en genomgång av tillgängliga behandlingsprogram via dator/internet och bedömt deras kvalitet och lämplighet för hälso- och sjukvården.

Behandlar- och bedömarkompetens

Behandlare bör ha grundläggande psykoterapeutisk kompetens i KBT och särskild kompetens inom det aktuella problemområdet. De bör också ha fått utbildning i det specifika behandlingsprogrammets innehåll och hur den tekniska plattformen används.

Vårdpersonal som gör bedömningar ska ha kunskap och erfarenhet av diagnostik. Bedömande personal bör även ha god kunskap om KBT samt om internetbehandlingens innehåll och hur patienten går igenom den för att bättre kunna bedöma om behandlingsmetoderna är lämpliga för patienten och kunna informera om hur behandlingen går till.

Utbildning och handledning av behandlare och bedömare kan med fördel ges av personer med goda kunskaper om och erfarenhet av att arbeta med internetbehandling som metod och med de specifika behandlingsprogram som används.

Leveranssäkerhet och teknisk support

Den tekniska driften i samband med internetbehandling bör vara leveranssäker och inte beroende av t.ex. sjukdom hos enskilda personer. Teknisk support till alla användare (behandlare, patienter, övriga) bör erbjudas inom 48 timmar för att inte tekniken ska bli ett hinder för verksamhet, behandlare och patienter.

Det bör finnas tydliga rutiner för hur patienter och personal ska informeras vid allvarigare och hindrande tekniska problem.

6. Erfarenheter från implementering av internetbehandling i Sverige

Här följer en beskrivning av fem olika verksamheter eller projekt.

- ❖ Akademiska sjukhuset
- ❖ Internetpsykiatrienheten
- ❖ REGASSA
- ❖ KBTonline/Psykologpartners
- ❖ Gävleborg (Livanda)

Akademiska sjukhuset

Akademiska sjukhuset var det första sjukhuset i Sverige, och antagligen ett av de första i världen, att implementera internetbaserad vård i den reguljära vården. Hörselmottagningen på öron- näsa-halskliniken, (ÖHN), började använda internetbaserad KBT, IKBT, för tinnitusproblem redan 1999. Den första versionen av behandlingsprogrammet var framförallt textbaserad och byggde på e-postkorrespondans.

År 2002 utvecklades en andra version för att utöka och förbättra det kliniska innehållet, göra behandlingen mer interaktiv, öka patientens valfrihet gällande vissa delar av behandlingen, ge behandlaren en bättre bild av patientens utveckling och göra systemet säkrare.

Båda versionerna av tinnitusbehandlingen har utvärderats och resultaten publicerats i flera vetenskapliga tidskrifter. Detta är det enda fall där data från en internetbehandling i reguljär vård har publicerats i en vetenskaplig tidskrift (Kaldo et al. 2004). Kaldo och kollegor (2008) har även jämfört den internetbaserade behandlingen på Akademiska med gruppbehandling. Resultaten visade att den internetbaserade behandlingen uppnådde likvärdiga resultat med gruppbehandlingen.

Verksamhetsbeskrivning

Vid hörselmottagningen finns två psykologer som arbetar heltid respektive halvtid med internetbaserad behandling. Hörselmottagningen har ungefär 200 remisser/år till tinnitusbehandling, varav många är utomlänsremisser. Vid Smärtcentrum finns för tillfället en psykolog på deltid (30 procent) som arbetar med implementeringen av internetbaserad vård. Vid Akademiska sjukhuset

pågår det kliniska prövningar av IGBT för olika problematik, t.ex. smärta och andra beteendemedicinska problem.

Anmälan

Patienterna kommer till hörselmottagningen genom specialistläkarremisser. När remisserna kommer till mottagningen får patienten träffa mottagningens specialistläkare. Denne skickar i sin tur remiss till en KBT-psykolog. Det är av största vikt att patienterna är medicinskt utredda innan de påbörjar en internetbehandling för att utesluta andra medicinska åkommor som kräver annan behandling, t.ex. maligna tumörer.

Bedömning och diagnostisering

Psykologen har ett strukturerat bedömningsamtal med patienten. Denne informeras om upplägget på den internetbaserade behandlingen och det som krävs för att genomgå programmet. Det sker även en remissgenomgång med en specialiserad läkare. Patienten fyller i tre olika formulär var av ett formulär som mäter tinnitusbesvär (TRQ), ett depressions- och ångestformulär (HADS), och ett formulär som mäter sömnbesvär (ISI) och får frågor om ljudkänslighet. Det bedöms också om patienten behöver vägledad IGBT eller om han eller hon klarar sig med ren självhjälp, dvs. utan vägledning av en psykolog.

Behandling och utvärdering

Patienten får de nödvändiga uppgifterna för att logga in och påbörja behandlingen i slutet av bedömningsamtalet. Tillsammans med psykologen beslutas när det är lämpligast att patienten påbörjar behandlingen.

Behandlingsprogrammet är uppdelat i sex moduler och patienten uppmanas göra en modul per vecka. Under behandlingsperioden sker den huvudsakliga kontakten med patienten genom internet. Vid behov kontaktas patienten per telefon eller kallas till ett besök. Ett vidmakthållandeprogram görs upp i slutet av behandlingen.

Patienter som bedöms behöva ett mindre intensivt program får tillgång till allt material på en gång och förväntas inte skicka in registreringar. Smärtcentrum på Akademiska sjukhuset har utvecklat flera manualer för internetbaserad vård för smärta som har utvärderats i kliniska prövningar (Buhrman et al., 2004, 2011, 2012, In press) och ska börja användas i den reguljära vården.

Behandlingens avslut, utvärdering och uppföljning

Vid behandlingens avslut får patienterna fylla i formulär som mäter tinnitusbesvär (TRQ), depression, ångest (HADS) och sömnbesvär (ISI). En uppföljning görs via internet tre månader senare där formulären fylls i igen. Under mellantiden har patienten möjlighet att kontakta behandlaren. Därefter har patienten tillgång till behandlingsprogrammet för att kunna repetera moduler.

En systematisk utvärdering (Kaldo et al., In press) av den andra versionen av plattformen indikerade positiva resultat men en del problem med att ingen bestämd tidpunkt för behandlingens avslut sätts. Den visade att bortfall framförallt föregicks av att patienten tog allt längre tid på sig för varje modul, men däremot inte att besvären överlag ökade.

Kvalitetssäkring

I samband med övergången till den nya plattformen på Akademiska sjukhuset har manualer (lathundar) utarbetats för patienter, behandlare och administratörer. Utbildningsmaterial har också utvecklats för att underlätta för andra kliniker på sjukhuset att ansluta sig till systemet. Den nuvarande förvaltningsorganisation utvecklas för att kunna omfatta fler kliniker som ansluter till den nya plattformen.

Internetpsykiatrienheten

Internetpsykiatrienheten blev 2007 en reguljär vårdenhet inom Psykiatri Sydväst, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Från 2002 och framåt hade IKBT provats i form av kliniska studier och utvecklingsprojekt inom psykiatri i Stockholm, först vid Psykiatri Nordväst i Solna och från 2006 vid Psykiatri Sydväst i Huddinge.

Under hela införandet har detta forsknings- och utvecklingsarbete skett i nära samverkan med en forskningsgrupp ledd av professor Nils Lindefors vid Karolinska Institutet och med professor Gerhard Andersson vid Uppsala och Linköpings Universitet. De kliniska studier som har gjorts i samband med implementeringen har dokumenterats i ett antal vetenskapliga artiklar (Bergström et al., 2009; Bergström et al., 2010; Hedman et al., 2010) och tre avhandlingar (Bergström, 2010; Hedman 2011, Ljotsson 2011) och en första artikel med data från den reguljära vården är nu publicerad (Hedman et al., In Press).

Verksamhetsbeskrivning

Vid Internetpsykiatrienheten finns för närvarande fyra heltidstjänster för psykologer, en heltidstjänst för läkare plus en läkarsekreterare och en koordinerande sjuksköterska, båda på heltid. Nära samarbete finns med två professorer, fyra disputerade forskare och sex doktorander vid Karolinska Institutet. För tillfället erbjuder Internetpsykiatrienheten IKBT mot depression, social fobi och paniksyndrom. Antalet patienter som har fått någon av dessa behandlingar samtidigt har under 2012 varierat mellan 106 och 152.

Utöver detta har det gjorts kliniska prövningar med IKBT mot tvångssyndrom (OCD), hälsoångest, insomni, Irritable Bowel Syndrom (IBS), vuxna med ADHD, kroniska mardrömmar, psykisk ohälsa vid Parkinsons sjukdom samt samsjuklig depressions- och ångestproblematik hos patienter i primärvården .

Anmälan och självskattning

En del patienter kommer till Internetpsykiatrienheten via remiss från primär- eller specialistvårdsenheter, men den stora majoriteten anmäler sig direkt via tjänsten Mina Vårdkontakter (MVK) utan remiss. Denna möjlighet infördes under 2008 och innebar att tillgängligheten och patientinflödet ökade påtagligt, inte minst vad gällde individer med tydliga behov som aldrig tidigare hade varit i kontakt med vården för sina besvär.

I många fall rekommenderar andra vårdinstanser patienten att göra en självanmälan i stället för att de skickar en remiss. Eftersom utredningsprocessen på Internetpsykiatrienheten är identisk i båda fallen blir kvaliteten inte lidande av detta förfarande. Däremot torde graden av frivillighet gynnas av egenanmälan, och i många fall kan patienter få vård snabbare på det sättet eftersom remissförfarandet alltid tar en viss tid medan en egenanmälan kan göras direkt.

När patienterna har skaffat sig inloggning och via MVK kommer till Internetpsykiatrins webbplats för första gången fyller de i ett självskattningsformulär med frågor om anamnes (sjukdomshistoria), vårdkontakter och behandling och egen skattning via etablerade skalor av risk- och missbruk (AUDIT och DUDIT), symptom (MADRS-S för depression, PDSS-R för paniksyndrom och LSAS för social fobi), funktion och livskvalitet (EQ-5D), sömnproblem, ADHD och hälsoekonomiska aspekter. MADRS-S har en särskild fråga om livslust och suicidtänkar som används för att screena för suicidrisk. Patienten godkänner även att personuppgifter hanteras enligt PUL (personuppgiftslagen) och att sms får användas för att kontakta honom eller henne.

Bedömning och diagnostisering

En sjuksköterska eller sekreterare granskar självskattningarna som kommer in via anmälan. Det görs en journalanteckning, kallelse skickas, noteringar görs i det lokala kvalitetsregistret och självskattningarna skrivs ut och läggs ihop med bedömningsmallar i en patientmapp. Om det enligt självskattningen finns risk för suicid kallas patienten till en läkare så snart som möjligt, annars kallas han eller hon till ett läkarbesök inom 21 dagar. Väntetiden har varierat mellan en mediantid på 9 dagar och upp till 33 dagar (då det t.ex. har varit läkarbrist under somrarna).

Två dagar innan läkarbesöket får patienten en påminnelse via sms. Vid läkarbesöket görs en strukturerad diagnostisering med stöd av intervjumallen M.I.N.I. och klinikerskattad MADRS, CGI, anamnesupptagning och bedömning av lämplighet för behandling. Bedömande läkare är specialist i psykiatri eller ST-läkare under handledning. Vid behov kallas patienten till ett återbesök för fortsatt utredning.

För att komma i fråga för internetbehandling krävs att patienten uppfyller kriterierna för någon av de tre diagnoser som behandlas vid enheten och att denna diagnos kan anses vara primär. Hög suicidrisk, svår depression, psykos eller icke-stabiliserat bipolärt tillstånd, drog- eller alkoholproblem, hindrande eller kontraindicerad somatisk problematik, låg motivation, språksvårigheter eller längre planerad frånvaro under behandlingsperioden är alla indikatorer på att internetbehandling inte är lämplig. Andelen patienter som påbörjar behandling har mellan 2009 och 2013 varierat mellan 45 procent och 62 procent av de bedömda.

Standardiserade dikteringsmallar fylls i av den bedömande läkaren och kompletteras med extra diktering vid behov. En sjuksköterska tar vid behov labprover direkt vid besöket. Den strukturerade bedömningen ger en god grund för att remittera patienter som inte påbörjar internetbehandling vidare till andra lämpliga vårdenheter.

Behandlingsstart

Patienter som inkluderas i behandlingen startar ofta samma eller efterföljande dag om inte han eller hon själv önskar starta lite senare. En sekreterare startar patientens behandling i behandlingsplattformen och kopplar en psykolog (behandlare) till patienten utifrån varje behandlares patientkvot och aktuella patientantal, vilket visas i en översikt i plattformen. En vårdplan och ett välkomstmeddelande läggs in i plattformen och ett sms skickas för att meddela patienten att behandlingen har startat. Ett uppföljande läkarbesök bokas in den närmsta tiden efter planerat behandlingsavslut.

Behandlaren går igenom patientens mapp och journalanteckningar och matar även in grundläggande information från läkarbesöket i ett särskilt formulär i plattformen som en del i det lokala kvalitetssystemet.

Första gången patienten loggar in för att starta behandlingen fyller han eller hon i de självskattningsformulär som hör till förmätningen, MADRS-S, EQ-5D och det symtomspecifika måttet för den aktuella diagnosen.

Behandling och avvikelshantering

Varje behandling är indelad i 10-11 moduler som är tänkta att genomföras under 12 veckor. Det framgår tydligt att det är under denna begränsade tidsperiod som behandlaren finns tillgänglig för att hjälpa patienten att arbeta med behandlingen.

Varje modul består av text som beskriver en modell för patientens problem, förklarar på vilket sätt han eller hon kan arbeta för att förändra problemet och går igenom de hemuppgifter som patienten ska arbeta med i modulen. Ett eller flera interaktiva arbetsblad hör till varje modul. Dessa kan skrivas ut och användas i patientens vardag under arbetet med hemuppgifterna och fyllas i på internet för att hjälpa både patienten och behandlaren att få en bild över hur det går för patienten att arbeta med hemuppgifterna. I slutet av varje modul finns en hemuppgiftsrapport som patienten fyller i när modulen är klar eller när patienten önskar gå vidare. Patienten får tillgång till en ny modul efter det att han eller hon av behandlaren bedöms ha arbetat tillräckligt med den aktuella modulen.


Patienten kan närsomhelst skicka ett meddelande till behandlaren via webbplatsen. För att klara av målet att patienten garanteras svar senast följande dag samtidigt som många behandlare arbetar deltid har ett schema- och jourssystem byggts in i behandlingsplattformen för att kunna informera om när behandlaren finns tillgänglig för att kunna svara. Om behandlaren inte är tillgänglig inom tidsgränsen kan patienten i stället välja att få svar från den behandlare som har jour. Behandlaren ger patienten svar på meddelanden och feedback på de inskickade hemuppgiftsrapporterna och kontaktar patienten vid olika former av avvikelser (se nedan).


När behandlaren skickar ett meddelande till patienten kan denne välja att få ett sms som uppmanar till att logga in i plattformen. Det är en viktig funktion för att inte tvinga patienterna att logga in i plattformen ofta bara för att se om de har fått svar.


Totalt sett lägger behandlaren ned mellan 10 och 30 minuter i veckan på att kommunicera med en patient, inklusive att följa patientens besvärutveckling och flaggor (se nedan) och titta igenom arbetsblad och hemuppgiftsrapporter. Särskilda avvikelser kräver mer tid. Möjligheterna till handledning för behandlarna är mycket goda eftersom flera psykologer arbetar parallellt med ett stort antal patienter, och behandlingsformen erbjuder goda möjligheter att ta in kvalificerad handledning, även från läkare, innan svar skickas till patienten.


Varje vecka, oberoende av arbetet med modulerna, fyller patienten i en veckoskattning med MADRS-S och ett extra diagnosspecifikt mått. Samtliga skattningar som patienten gör i plattformen är obligatoriska på så sätt att patienten inte kan gå vidare innan formuläret är ifyllt. Syftet med detta är att säkra tillgången till den viktiga information som patientens självskattningar innebär. Patientens besvärutveckling kan med hjälp av veckoskattningarna följas av behandlaren i en graf, och indikationer på suicidrisk går fram till behandlaren.


Under behandlingen används följande automatiska indikatorer (flaggor) för att hjälpa behandlaren att följa sina patienter:


 = Meddelande från patienten har inkommit idag.


 = Meddelande från patienten har inkommit igår.


 = Patienten har skattat över 4 på MADRS-S suicidfråga vilket indikerar suicidrisk.


 = Patienten har varit inaktiv i 7 dagar.

 = Patienten har varit inaktiv i 11 dagar.

 = Patienten har sju dagar kvar till behandlingsslut och förberedelser för detta ska påbörjas.

 = Patientens behandling är avslutad och ska administreras.

 = Patienten är i behandling men saknar ansvarig behandlare.

 = Patienten har efter ett visst antal dagar inte fyllt i en mätning.

Vid indikation på suicidrisk rings patienten upp och en strukturerad suicidriskbedömning görs. Vid behov ordnas ett akut läkarbesök på enheten, tid på en psykiatrisk jourmottagning eller i mycket sällsynta fall akututtryckning.

Den eller de psykologer som har jour hjälper vid behov till med suicidbedömningar. För suicidindikationer som kommer från patienter som tidigare bedömts på ett utförligt sätt kan enklare uppföljningar via plattformen i stället användas om behandlare och patient har kommit överens om detta och det inte finns indikationer på en ökad suicidrisk.

För mindre allvarliga avvikelser kontaktas patienten i första hand via plattformen, sedan via sms eller telefon. Indikatorerna stängs antingen automatiskt när behandlaren har gjort den nödvändiga åtgärden, eller manuellt då behandlaren även kan ge en kort kommentar om den åtgärd som har vidtagits. Vid avvikelser eller viktiga händelser görs alltid en notering i journalen.

Behandlingens avslut, utvärdering och uppföljning

Vid särskilda händelser under behandlingsperioden kan behandlingen förlängas, men i de allra flesta fall hålls den planerade sluttiden. Den sista veckan i behandlingen fyller patienten i eftermätningens självskattningar (MADRS-S, extra symtomått, EQ-5D, TIC-P, sömnproblem och en utvärdering av omhändertagandet och behandlingen).

Behandlaren och patienten sammanfattar behandlingen och gör tillsammans en plan för att vidmakthålla de resultat som har uppnåtts. Patienten kommer till det sedan tidigare inplanerade läkarbesöket och där görs en utvärdering av behandlingen, ny diagnostisering av det problem som har behandlats för att avgöra om patienterna fortfarande uppfyller diagnoskriterierna och skattning med CGI. Patientens behov av fortsatt vård bedöms och i aktuella fall remitteras patienten vidare. I sällsynta fall påbörjas en ny omgång internetbehandling för en annan problematik. Sex månader efter behandlingen görs en långtidsuppföljning via självskattningar i plattformen som patienten fyller i efter påminnelser via sms.

Kvalitetssäkring

För samtliga delar i vårdflödet finns rutiner och tydliga och utförliga lathundar att följa för olika personalkategorier. Bedömning, utvärdering och behandling görs på ett standardiserat sätt som garanterar att viktiga aspekter inte missas och gör det tydligt om man av olika skäl väljer att göra specifika anpassningar till en patient.

Avvikelse och risker i verksamheten rapporteras i ett generellt avvikelssystem och förslag till förändringar hanteras veckovis enligt LEAN-modellen. Vid veckovisa behandlingskonferenser görs också en kontinuerlig utvärdering av pågående patienter och nödvändiga verksamhetsförändringar. Rutiner och lathundar utvecklas på detta sätt kontinuerligt och utgör även en mycket god grund för nytillkomna att snabbt sätta sig in i arbetet.

Behandlingsplattformen utgör tillsammans med ett kompletterande logistikregister med viktiga vårdflödesdatum ett lokalt kvalitetssystem. En styrgrupp håller kvartalsvisa möten för att utvärdera verksamheten med avseende på framförallt inflöde av patienter, tillgänglighet, väntetider, antal behandlingar och behandlingseffekt. Styrgruppen avgör om det finns behov av förändringar i verksamheten.

Årsvisa kvalitetsrapporter, som även innehåller hälsoekonomisk data, skickas också till vårdens beställare.

Två bra exempel på nyttan av den här typen av kvalitetssystem är att väntetiderna kunde minskas kontinuerligt under enhetens första två år och att det tidigt upptäcktes att behandlingseffekterna för social fobi var lägre än förväntat och då kunde extra insatser för dessa patienter införas.

REGASSA-projektet

REGASSA (www.regassa.se) är en omfattande forskningsstudie gällande behandling vid psykisk ohälsa och som genomförs i sex landsting/regioner (Skåne, Kronoberg, Blekinge, Västra Götaland, Västmanland och Stockholm) i samarbete med två universitet (KI och LU). Studien finansieras av REHSAM (rehabilitering och samordning vilket är en del av Rehabiliteringsgarantin) och landstingen själva. Studien jämför sedvanlig behandling i primärvården mot antingen skraddarsydd internetbaserad KBT eller fysisk aktivitet av olika intensitet. Målgruppen är patienter med mild till måttlig depression, ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa.

Nedan beskrivs endast rekryteringsprocessen och internetbehandlingsdelen.

Rekrytering och bedömning

De patienter som bedöms kunna ingå i forskningsprojektet screenas av läkare på vårdcentral med depressionsskattningen PHQ-9. De som har mer än 9 i poäng och i övrigt bedöms lämpliga går vidare till en strukturerad bedömning som görs av en sjuksköterska eller en psykolog. Intervjun omfattar strukturerad diagnostisering med M.I.N.I., klinikerskattad depression (MADRS) och en enkät med ett antal frågor om hälsa, arbetsliv och annat.

Inklusionskriterierna är relativt vida och hög grad av samsjuklighet är möjlig. Om den bedömmande personalen bedömer att patienten ska inkluderas i projektet görs en randomisering direkt. Om patienten tas ut till internetbehandlingen får han eller hon en informationsbroschyr om behandlingen, ett konto på Mina Vårdkontakter (MVK) och instruktioner om hur han/hon ska logga in och sedan hitta fram till behandlingen.

Via en för alla landsting gemensam forskningsdatabas får Internetpsykiatrienheten vid Psykiatri Sydväst i Stockholm veta att patienten har inkluderats i internetbehandlingen. Det är personalen på Internetpsykiatrienheten som är ansvarig för internetbehandlingen. Den ansvarige behandlaren vid Internetpsykiatrienheten kontaktar initialt patienten via telefon för att ge mer information, svara på frågor och hjälpa patienten med inloggning i Mina vårdkontakter.

Första gången patienten loggar in fyller han/hon i kontaktuppgifter och svarar på frågor om sin nuvarande livs- och arbetssituation. När behandlingen sedan startar får han/hon fylla i förmätningen som består av ett stort antal diagnosspecifika skalor.

Internetbehandlingen i REGASSA

Internetbehandlingen innehåller 33 moduler i olika kategorier:

- Obligatoriska moduler: tre introduktionsmoduler och en avslutande om vidmakthållande
- Diagnosspecifika moduler som berör antingen depression, paniksyndrom, social ångest, generaliserad oro, insomning, smärta eller stress
- Riktade moduler för mer avgränsade problem (t.ex. att hävda sig själv) eller breda behandlingsmetoder (t.ex. avslappning eller arbete med negativa tankar)
- Moduler om arbetslivsproblem och sjukskrivning

De inledande modulerna har ett särskilt fokus på nedstämdhet och depression eftersom en sådan problematik förväntas förekomma hos alla patienter.

Modulerna syftar också till att hjälpa patienten och behandlaren att utifrån information från patientens förmätning och tidigare bedömning på vårdcentralen göra en behandlingsplan och bestämma vilka moduler som ska ingå i den tolv veckor långa behandlingen. Behandlaren utgår från ett automatiserat beslutsstöd som ger en prioriteringsordning för olika problemområden. Den kompletteras med behandlarens kliniska bedömning och stäms av med patienten. Upplägget kan korrigeras under behandlingens gång.

Processen under själva behandlingen liknar i övrigt till stor del det som beskrivs under avsnittet om Internetpsykiatrienhetens reguljära vård. Vid avvikelser samverkar Internetpsykiatrienheten med primärvården i det landsting som patienten tillhör. Avrapportering vid behandlingens avslut görs via forskningsdatabasen och vid behov även via telefonsamtal.

Erfarenheter från internetbehandlingen i REGASSA

REGASSA-projektet har under 2011 och 2012 inkluderat totalt 949 patienter varav 317 randomiserats till IGBT. Långtidsuppföljningar kommer att pågå under hela 2013.

Inledningsvis gjordes rekryteringen helt via det vanliga inflödet av patienter vid ett antal vårdcentraler i de olika landstingen. Trots studiens goda förankring i landstingen och ett minimerat screeningförfarande för att fånga upp lämpliga patienter var inflödet under denna period lågt. Då annonsering i dagspressen började användas ökade inflödet markant.

Utförligare rapporter och vetenskaplig publicering om REGASSA kommer under 2013 och 2014.

KBTonline (Psykologpartners W&W)

KBTonline är en del av Psykologpartners W&W och har sedan 2005 arbetat med att implementera internetbehandling inom hälso- och sjukvården. Under perioden 2007-2009 tog företaget fram en egen plattform för att förmedla internetbehandling. Plattformen utarbetades av Mikael Emtinger (Gomo AB) i samarbete med Psykologpartners. År 2009 var det första behandlingsprogrammet klart, Oroshjälpen. Sedan dess har ytterligare behandlingsprogram tagits fram och i dagsläget erbjuder företaget fem olika:

- Oroshjälpen®
- Depressionshjälpen®
- Sovhjälpen®
- Ängesthjälpen®
- Stresshjälpen®

Alla behandlingar bygger på KBT-metoder och har utarbetats tillsammans med intern eller extern klinisk expertis på det specifika området. I dagsläget har KBTonline 15 samarbetsprojekt med primärvård, psykiatri, företagshälsovård och studenthälsomottagningar, och mer övergripande samarbeten på landstingsnivå. Psykologer från Psykologpartners hjälper verksamheterna att komma igång med internetbehandling genom startmöten, hantering av implementeringsfrågor, utbildning av behandlare i verksamheten och handledning.

Exempel på samarbetspartner är primärvård och psykiatri i Landstinget i Kalmar, vårdcentralerna Bra Liv (Landstinget i Jönköpings län), samtalsmottagningen, Västerläkarna och projekt PRIM-NET (Västra Götalandsregionen) och studenthälsan i Linköping.

Behandlingsprogrammen har utvärderats av oberoende forskare i randomiserade kontrollerade studier (Carlbring, m.fl. In press) och i flertalet behandlingsstudier i klinisk vardag (exempelvis en rapport av Kivi, 2012). Samtliga studier har visat på goda effekter av behandlingarna. Antalet patienter som har gått igenom behandlingsprogrammen är 570 (per den 1 december 2012).

Verksamhetsbeskrivning

Psykologpartners bildades år 2000 och har i dagsläget 60 anställda psykologer på sju orter i Sverige (Stockholm, Västerås, Norrköping, Linköping, Göteborg, Malmö och Helsingborg). Av dessa 60 psykologer har fler än tio varit involverade i olika forskningsprojekt om internetbehandling och är i dagsläget delaktiga i behandling, utveckling och implementering inom området för Psykologpartners räkning.

KBTonline samarbetar med en mängd olika verksamheter och har därför också kunskap om många variationer i hur metoden tillämpas i den kliniska vardagen.

Behandlingsprogrammen finns endast tillgängliga i hälso- och sjukvården, och det går inte att som privatperson köpa dem via nätet. Alla behandlingar innefattar en bedömning av patientens problematik och lämplighet för metoden, en löpande behandlarkontakt under behandlingens gång och ett avslut med behandlaren och en utvärdering av behandlingen. Rutiner och lathundar har utvecklats för patienter, behandlare, bedömare och övrig verksamhet.

Anmälan

Patienterna har kommit i kontakt med metoden via remiss från läkare eller sjuksköterska eller genom direktkontakt med en ansvarig behandlare på den aktuella enheten. Om remissgång väljs eller inte är beroende av verksamhetens upplägg och preferenser i den enskilda verksamheten.

Information om behandlingsmetoden har funnits tillgänglig till remitterter via mejlutskick, på informationsträffar, informella möten eller interna webbplatser. Information till patienterna har funnits tillgänglig på webbplatser, i väntrumsmaterial eller genom personlig kontakt med vårdgivaren. I de fall där information har nått ut till patienter innan de har tagit kontakt med vården eller då remissvägen har varit enkel (direktkontakt med behandlaren) har också flödet av internetbehandlingspatienter varit bättre.

Bedömning och diagnostisering

Bedömningen har gjorts i ett eller flera steg. I vissa fall har en första strukturerad bedömning gjorts av en läkare eller sjuksköterska med diagnostisk kompetens, som sedan remitterat vidare till behandlare inom verksamheten. I andra fall har den diagnostiska bedömningen gjorts av en ansvarig behandlare. Hur denne har gjort den diagnostiska bedömningen har berott på kompetens och kontextuella faktorer i verksamheten (t.ex. tid för patientkontakt och möjlighet till utbildning). I vissa fall har bedömningen enbart gjorts med hjälp av kliniskt omdöme och självskattningsformulär, medan den i andra fall har gjorts av individer med diagnostisk utbildning med hjälp av en strukturerad intervju och självskattningsformulär.

Om patienten har bedömts lämplig för metoden och om hans/hennes problematik har passerat det specifika behandlingsprogrammet har inloggningsuppgifter och en arbetsbok delats ut.

Så fort en bedömning har gjorts har patienten uppmanats att komma igång med sitt behandlingsprogram samma dag. Om patienten inte har bedömts lämplig för internetprogrammet på grund av problematiken eller metodens utformning har han/hon erbjudits någon annan behandling inom ramen för verksamheten. Bedömningen av lämplighet för metoden har i de flesta fall gjorts av en ansvarig behandlare. En erfarenhet från implementeringen har varit att när bedömaren har god kännedom om metoden och det specifika behandlingsprogrammet leder det oftare till bättre bedömningar om patientens lämplighet.

Behandling och behandlingsprogram

Behandlingsprogrammen består av 6-8 moduler som inkluderar ett avsnitt på webben ihop med övningar och hemuppgifter i arbetsboken. Patienten arbetar med ett avsnitt i veckan. Mot slutet av behandlingen kan det gå två veckor mellan avsnitten i vissa fall. Kontakten med patienten sker veckovis via besök, telefon eller ett krypterat meddelandesystem. Vanligast är en regelbunden telefonkontakt på 15 minuter i veckan där behandlare och patient diskuterar det aktuella avsnittet och fokuserar på arbetet framöver. Behandlingarna är individuella, men det pågår även utvärderingar av transdiagnostiska gruppbehandlingar där behandlingsprogrammen används i stället för en KBT-manual.

Behandlingsprogrammen består av en webbplats där behandlingsmaterialet finns tillgängligt, och en arbetsbok för hemuppgifter. Kontakten med patienten sker via besök, telefonsamtal eller ett krypterat meddelandesystem (Mina

vårdkontakter). Patienten loggar in i behandlingsprogrammet hemifrån via sin dator och valfri webbläsare. Plattformen förmedlar innehållet i behandlingen via texter (som också läses upp för patienten), ljudfiler, videofilmer, bilder och animationer.

Webbplatsen har ett gränssnitt som är speciellt framtaget i samarbete med Gomo AB som har kunskaper om hur webbsidor används och Psykologpartners som har kunskap om inlärningspsykologiska principer. Navigationen på webbplatsen ska vara enkel och kunna användas utan instruktioner, patienten ska kunna använda helskrämsfunktion för att inte störas under arbetet på webbplatsen, webbplatsen ska regelbundet ge positiv feedback för arbetet med behandlingsmaterialet och informationen ska presenteras via flera olika medier, t.ex. text, ljud och bild.

Alla behandlingsprogram innehåller även skattningar med vissa utvalda kliniskt relevanta mått (exempelvis för nedstämdhet vid depression och besvär av oro vid generaliserad ångest) som patienten behöver göra vid varje avsnitt för att kunna gå vidare i behandlingen. Dessa självskattningar används av patient och behandlare för att få en löpande överblick över hur behandlingen går. Utvärderingen av behandlingsprogrammen görs med kompletterande självskattningsformulär efter avslutad behandling.

Behandlare kan se statistik på hur patienten använder behandlingsprogrammet kopplat till vissa aspekter som bedöms som kliniskt relevanta, exempelvis inloggningstider, i vilken ordning patienten arbetar med de olika avsnitten, antal inloggnings, registrering av mående, arbete med hemuppgifter och favoritsidor i programmet.

Behandlare

Behandlarnas utbildningsbakgrund och kompetensnivå har berott på den verksamhet där metoden har använts. Deras utbildning kan vara:

- socionom med grundkurs i KBT
- psykolog, socionom, beteendevetare eller sjuksköterska med grundläggande psykoterapeutisk utbildning i KBT
- psykolog med psykoterapeutlegitimation (KBT-inriktning)

Behandlare har genomgått en tvådagarsutbildning i metoden, i bedömning och i de specifika behandlingsprogrammen med hemuppgifter mellan utbildningstillfällena.

Behandlarna har inte utbildats i KBT som metod, mer än de utbildningskomponenter som ingår i inläringen av de specifika behandlingsprogrammen. De har fått löpande handledning och stöd av Psykologpartners. Handledningen har över tid glesats ut då metoden har införlivats i och kompetensen funnits i andra handledningsforum för behandlingsgruppen.

Behandlarna har uppmanats att vara aktiva och själva regelbundet följa sina patienter via statistikverktyget och ta kontakt med dem vid behov. Detta kan göras för att exempelvis ge positiv feedback på patientens arbete med behandlingsprogrammet, eller för att fånga upp ökade besvär och risksituationer som ökade symtom och ingen aktivitet i behandlingsprogrammet.

Behandlarna har inte enbart arbetat med internetbehandling och just därför uppmanats att ge tillräckligt stort utrymme för metoden i sin dagliga verksamhet. För att åstadkomma detta har de till exempel uppmanats att ha

minst fem internetbehandlingspatienter på gång samtidigt och ha fasta inbokade tider i veckan då de ser över sina patienter via statistikverktyget.

Erfarenheter från införandet har visat att behandlarnas grundläggande förståelse för och utbildning i den metod som behandlingsprogrammen är byggd på är nödvändig för att få goda effekter och god följsamhet bland patienterna på behandlingsprogrammen.

Avslut och utvärdering

Alla patienter kallas till ett avslutande besök hos behandlaren. Vid detta besök görs en bedömning av om patienten har tagit till sig behandlingen i form av bättre mående och minskad symtombild. För att utvärdera detta har självskattningsformulär använts och en klinisk bedömning gjorts.

Patienten uppmanas vid det avslutande samtalet att arbeta ytterligare tre månader med det vidmakthållandeprogram som ingår i behandlingen. Om patienten vid avslut eller vid tremånadersuppföljningen inte har uppnått önskvärd förbättring har insatser satts in för att hjälpa honom eller henne ytterligare.

Landstinget Gävleborgs Livanda

Landstinget Gävleborg erbjuder sedan några år tillbaka internetbaserad kognitiv beteendeterapi till länets vuxna primärvårdspatienter. Det stöd som internetbehandlarna erbjuder varje patient under behandlingstiden har ökat under åren. Landstinget köper behandlingsprogrammen för internetbaserad KBT från Livanda – Internetkliniken AB, och de kompletteras med stöd från landstingets egna internetbehandlare. Länet är indelat i fyra områden som vart och ett har en internetbehandlare på 20 procents tjänst. Internetbehandlarna är socionom, psykiatrisköterska och psykolog med minst grundläggande psykoterapiutbildning (Steg 1) med inriktning KBT eller KPT. Behandlingar inriktade på ångest, depression, sömn och stress erbjuds. Årligen påbörjar 200-300 patienter internetbehandling.

Anmälan, självskattning och bedömning

Patienterna kommer till internetbehandling via bedömningssamtal hos samtalsbehandlare (kurator, psykolog eller psykiatrisköterska) i ett psykosocialt team i primärvården. Dit kan de komma via remiss eller genom att själva kontakta teamet.

Vid bedömningen tas hänsyn till typ av och allvarlighetsgrad på problematiken, motivation, datorvana och hur lätt patienten har att ta till sig skriftlig information och på egen hand reflektera över sig själv. Som en del av bedömningen används ibland självskattningsformulär, t.ex. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Vid behov deltar läkare i bedömningen.

Samtalsbehandlarna i de psykosociala teamen har fått en genomgång av internetbehandlingen och formerna kring den för att lättare kunna bedöma om det är en lämplig insats och för att kunna introducera behandlingen på ett bra sätt. Det har även utarbetats en remitteringsmanual som personalen kan söka information i. Innan remittering tas ibland en kontakt mellan remittenten och internetbehandlaren som då gör en gemensam bedömning.

Behandlingsstart

Vid bedömningssamtalet ges både muntlig och skriftlig information om vad internetbehandling innebär och hur den går till. Patienterna får med sig hem ett licensnummer med vilket de får tillgång till behandlingsprogrammet via Livandas webbplats. När de har registrerat sig i behandlingsprogrammet första gången tar internetbehandlaren kontakt via meddelandefunktionen i programmet och bokar en första telefonuppföljning.

Behandling och avvikelshantering

Till en början bedrevs den internetbaserade kognitiva beteendeterapin i Landstinget Gävleborg som självhjälpsbehandling då patienterna hade möjlighet att kontakta internetbehandlare när de behövde hjälp att genomföra behandlingen. Stödet har under åren byggts ut alltmer och för närvarande erbjuds patienten två till tre inbokade telefonsamtal under behandlingstiden. Skriftliga meddelanden skickas om patienten inte har varit aktiv på några dagar och i vissa fall ges sedvanlig samtalsbehandling parallellt med internetbehandlingen. Därutöver kan patienterna själva kontakta sin internetbehandlare vid frågor och behov av ytterligare hjälp. Patienterna kan även ta kontakt med Livandas personal om de har tekniska frågor. De inbokade telefonuppföljningarna kan bytas ut mot skriftlig kontakt om patienten så önskar.

Själva behandlingsprogrammen innehåller åtta till elva avsnitt och tanken är att patienterna ska arbeta en vecka med varje avsnitt. De har tillgång till programmen några extra veckor för att en viss marginal ska finnas för kortare pauser, repetition eller fördjupat arbete med ett eller flera avsnitt. Patienterna har visat att de uppskattar den flexibiliteten eftersom de behöver väva in arbetet med behandlingen i en vardag som kräver sitt. Dessutom behöver en del människor extra tid på sig att läsa in information, fundera och skriva ner sina reflektioner. Å andra sidan prioriterar en del patienter inte arbetet med behandlingen när de vet att möjligheten finns att genomföra den i en långsammare takt. Detta är inget som har studerats inom Landstinget Gävleborg utan enbart ett intryck hos internetbehandlarna.

Behandlingsavsnitten innehåller psykoedukation samt skriftliga och praktiska uppgifter som syftar till att hjälpa patienten att må och fungera bättre. Alla texter och interventioner bygger på KBT.

I början och slutet av behandlingen samt mellan varje avsnitt får patienten fylla i självskattningsformulär för sitt mående. Detta följs av internetbehandlarna för att de ska kunna ta kontakt med patienten om utvecklingen går åt fel håll eller om det verkar finnas en suicidrisk.

Eventuella avvikelser som kommer upp via patienterna, internetbehandlarna, remitterna etc. hanteras löpande i internetbehandlargruppen, med Livanda och vid regelbundna möten med chefen för verksamheten.

Behandlingens avslut, utvärdering och uppföljning

Den sista av uppföljningarna görs när patienten har gjort klart sista avsnittet i behandlingsprogrammet. Om han eller hon avbryter behandlingen tidigare görs uppföljningen då. I uppföljningen diskuteras hur patienten har upplevt behandlingen, i vilken mån den har hjälpt, eventuella förslag på ändringar i innehåll, form eller upplägg och om patienten behöver någon annan hjälp. Ibland går patienten inte att få tag på för denna avslutande uppföljning och då skickas vanligtvis ett meddelande till denne om avslut med ett erbjudande om

att han eller hon kan ta kontakt med internetbehandlaren för en avslutande uppföljning.

Vid sista avsnittet i programmet uppmanas patienten att fylla i en utvärdering som sedan sammanställs av Livanda. Vid avslut i förtid kan detta meddelande skickas ut av internetbehandlaren.

Kvalitetssäkring och utveckling

Inom Landstinget Gävleborg följs uppgifterna regelbundet upp för antal patienter i varje behandlingsprogram, fördelningen mellan män och kvinnor, andelen remisser från de olika psykosociala teamen och andelen patienter som genomför hela behandlingen respektive avbryter i förtid. Detta ligger sedan till grund för eventuella överväganden att göra förändringar i rutiner och upplägg.

När internetbehandlarna upptäcker att det finns behov av förändringar i själva internetbehandlingens teknik eller innehåll kontaktar de Livanda med dessa önskemål.

Referenser

- Abbot, J.A., Klein, B., & Ciechomski, L. (2008). Best Practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 360-375.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196-205.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J.G. (2009). Defining Internet-supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 4-17.
- Bergström, J. (2010). Internet-based Treatment for Depression and Panic disorder: From development to deployment. Doctoral Thesis, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Bergström, J., Andersson, G., Karlsson, A., Andréewitch, S., Rück, C., & Carlbring, P. (2009). An open study of the effectiveness of Internet treatment for panic disorder delivered in a psychiatric setting. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 44-50.
- Bergström, J., Andersson, G., Ljótsson, B., Rück, C., Andréewitch, S., & Karlsson, A. (2010). Internet versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: A randomised trial. *BMC Psychiatry*, 10:54.
- Buhrman, M., Fredriksson, A., Edström, G., Shafiei, D., Tärnqvist, C., Ljótsson, B., et al. (In press). Guided internet-delivered cognitive-behavioral therapy for chronic pain patients who have residual symptoms after rehabilitation treatment: randomized controlled trial. *European Journal of Pain*.
- Buhrman, M., Fältenhag, S., Ström, L., & Andersson, G. (2004). Controlled trial of Internet-based treatment with telephone support for chronic back pain. *Pain*, 111, 368-377.
- Buhrman, M., Nilsson-Ihrfelt, E., Jannert, M., Ström, L., & Andersson, G. (2011). Guided Internet-delivered cognitive-behavioral treatment for chronic back pain reduces pain catastrophizing: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43, 500-505.
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., o.a. (In press). Guided Internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*.
- Carbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vernmark, K., et al. (In press). Internet-based behavioral activation and

acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*.

Furmark, T., Carlbring, P., Hedman, E., Sonnestein, A., & et al. (2009). Guided and unguided self-help for social anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 440-447.

Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L.G., & Havik, O.E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: a meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychological Review*, 425-445.

Hedman, E. (2011). Internet-based Cognitive Behaviour Therapy for Social Anxiety Disorder: From Efficacy to Effectiveness. Doctoral Thesis, Karolinska Institutet, Stockholm.

Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Bergström, J., Andersson, G., Kald, V., et al. (In press). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E., et al. (2011). Internet-Based Cognitive Behavior Therapy vs. Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Non-inferiority Trial. *PLoS One*, 6(3), e18001.

Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (In press). Internetbaserad psykologisk behandling evidens, indikation och praktiskt genomförande. *Natur och Kultur*.

Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 12-19.

Kald, V., Levin, S., Widarsson, J., Buhrman, M., Larssen, H.C., & Andersson, G. (2008). Internet versus group cognitive-behavioral treatment of distress associated with tinnitus: A randomised controlled trial. *Behavior Therapy*, 39, 348-359.

Kald-Sandström, V., Larsen, H.C., & Andersson, G. (2004). Internet-based cognitive-behavioral self-help treatment of tinnitus: Clinical effectiveness and predictors of outcome. *American Journal of Audiology*, 13, 348-359.

Ljótsson, B. (2011). Cognitive behavior therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. Doctoral Thesis, Karolinska University, Stockholm.

Kivi, M. (2012). Internet therapy for depression in primary care. *Presentation EFPC 2012*.

Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 4, 329-342.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2011). Om psykiatrisk diagnos och behandling: En sammanställning av systematiska litteraturöversikter. Stockholm: SBU.

Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Solley, K., Johnston, L., & Robnison, E. (2009). An RCT comparing effect of two types of support on severity of symptoms for people completing Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 920-926.

Tulbure, B.T. (2011). The efficacy of Internet-supported intervention for social anxiety disorder: A brief meta-analytic review. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 552-557. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.108.

Vernmark, K., & Bjärehed, J. (2013). Internetbehandling med KBT - en praktisk handbok. Stockholm: Natur & Kultur.

Internetbehandling

Implementering av internetbaserad KBT i hälso- och sjukvården

Internetbaserad KBT-behandling har funnits i snart fjorton år och intresset för denna typ av behandling ökar. Här är en rapport som ger landsting och vårdgivare information om vad de behöver tänka på och förbereda inför en start av sådan verksamhet. Rapporten förmedlar erfarenheter från såväl offentliga som privata verksamheter liksom från specialiserad vård och primärvård.

Upplysningar om innehållet
Anna Östbom, anna.ostbom@skl.se, www.skl.se/sjukskrivningar

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7164-952-2

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN/Beställningsnummer 978-91-7164-952-2