



**Linnéuniversitetet**

Kalmar Växjö

# Utvärdering av iKBT

- pilottest av internetstödd psykologisk behandling  
vid Landstinget i Kalmar län



## **Projektrapport**

Clara Axelsson  
eHälsainstitutet  
2014-06-05



<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>4</b>
2.1	Nyckelbegrepp	4
<b>3</b>	<b>Mål</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Material och metod</b>	<b>5</b>
4.1	Urval	5
4.2	Genomförande	5
<b>5</b>	<b>Resultat</b>	<b>6</b>
5.1	Metoden	6
5.2	Systemen	6
5.2.1	Behandlingsystem A	7
5.2.2	Behandlingsystem B	8
5.3	Förvaltning / Organisation	8
5.3.1	Primärvård - Psykiatri	10
5.3.2	Primärvården	10
5.3.3	Psykiatrin	10
5.4	Patienter	10
5.5	Pilotprojektet	11
<b>6</b>	<b>Konklusion</b>	<b>12</b>
6.1	Landstingsövergripande organisation	12
6.2	Marknadsföringsinsatser	12
6.3	Utbildningsinsatser	12
6.4	Patientsäkerhet	12
<b>7</b>	<b>Diskussion</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>Referenser</b>	<b>14</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>Patientutfall</b>	<b>15</b>
	Deltagande	15
	Behandlingsutfall för fullföljda behandlingar	17

# 1 Sammanfattning

Psykiatriförvaltningen, Landstinget i Kalmar län initierade 2010 en utredning för att undersöka möjligheten att använda internetstödd behandling inom kognitiv beteendeterapi (iKBT). 2011 inleddes diskussioner med två tjänsteföretag inom området: Psykologpartners och Livanda och under perioden 2012-08—2014-02 prövades två behandlingssystem i pilottester inom primärvård och psykiatri. Landstinget i Kalmar län gav eHälsoinstitutet vid Linnéuniversitetet uppdraget att genomföra föreliggande utvärdering. Utvärderingens mål var att beskriva behandlarnas upplevelse av att använda två olika system för iKBT. Särskilt fokus skulle läggas på jämförelse mellan användningen inom primärvård och psykiatri. Utvärderingen skulle också om möjligt identifiera aspekter gällande breddning och upphandling.

De deltagande behandlarna upplevde metoden iKBT som ett komplement till den traditionella behandling som respektive verksamheter erbjuder. iKBT ansågs kunna vara en kvalitetssäkring i det att materialet ser lika ut för alla patienter oavsett ansvarig behandlare.

Behandlarna ansåg att det går att upprätthålla kompetens i två program som används relativt ofta men samtidigt ser man det som svårt för den enskilde att upprätthålla kompetens inom alla de program ett system erbjuder.

Behandlarna ansåg båda systemen som generellt bra, men med olika positiva värden. Behandlarna upplevde system A som mer patientvänligt då det ansågs ha en stor variation i det material som ingår i de båda testade programmen. Behandlarna upplevde system B som mer behandlarvänligt. Den administrativa delen av systemet, som vänder sig till den behandlande parten, ansågs ha en hög funktionalitet och utgöra ett bra verktyg.

Deltagarna var överens om att ett beslut om införande av iKBT måste ske på landstingsnivå för att möjliggöra framgångsrik implementation. Samtidigt uttryckte deltagande behandlare starkt att det måste finnas en viljeytring på förvaltnings- och politisk nivå att metoden iKBT är något som ska införas. Deltagarna ansåg att ett fåtal personer bör vara specialister i metoden men också att det måste finnas en, individ eller funktion, som har det övergripande ansvaret.

## Konklusion

- Det behövs en landstingsövergripande organisation som innefattar både psykiatri och primärvård, enskilda behandlare kan inte driva iKBT som metod inom landstinget.
- En samordnad marknadsföringsinsats är avgörande för rekrytering av patienter och för att upprätthålla information och kompetens kollegialt.
- För att nå en framgångsrik användning av iKBT behöver en kontinuerlig funktion för utbildning skapas. Ny personal måste introduceras och redan introducerad personal måste kompetensutvecklas i iKBT och de system som kan användas.
- Implementering av iKBT och användning av den standardisering av arbetsmetoder som följer programmen borgar för en ökad patientsäkerhet och ökad jämlikhet. Alla patienter i en behandling får ta del av ett utprövat material i sin helhet vilket säkerställer att en viss kvalitet kan uppnås.

## 2 Bakgrund

Efterfrågan på internetstödda behandlingsformer inom psykiatri har under de senaste åren ökat och ett flertal aktörer har etablerat sig och tillhandahåller stöd för denna typ av terapi. Internetstödd kognitiv beteendeterapi (iKBT) är en psykologisk behandlingsmetod med vetenskapligt stöd. Program finns för både kroppsliga och psykiska problem. iKBT är en effektiv metod vid behandling av både ångest och depression (Hedman et al., 2014; Paxling et al., 2011).

Psykiatriförvaltningen, Landstinget i Kalmar län initierade 2010 en utredning för att undersöka möjligheten att använda iKBT. 2011 inleddes diskussioner med två tjänsteföretag inom området: Psykologpartners och Livanda och under perioden 2012-08—2014-02 har två behandlingssystem testats och använts inom primärvård och psykiatri.

Landstinget i Kalmar län gav eHälsainstitutet vid Linnéuniversitetet uppdraget att genomföra föreliggande utvärdering.

### 2.1 Nyckelbegrepp

**System** - Ett system en leverantör tillhandahåller för iKBT.

**Program** - Varje system för iKBT innehåller ett antal olika program för behandling av olika diagnoser, i föreliggande utvärdering testades program för ångest och depression.

**Pilottest** - En metod att testa ett system eller en metod innan ett eventuellt breddinförande.

**Behandlare** - Den patientansvarige terapeut som i pilottesterna handlett patienter.

### 3 Mål

Utvärderingens mål var att beskriva behandlarnas upplevelse av att använda två olika system för iKBT. Särskilt fokus skulle läggas på jämförelse mellan användningen inom primärvård och psykiatri. Utvärderingen skulle också om möjligt identifiera aspekter gällande breddning och upphandling.

## 4 Material och metod

### 4.1 Urval

Urvalet av informanter att delta i utvärderingen var de sju behandlarna från primärvården respektive psykiatrin från Landstinget i Kalmar län som deltagit i piloten och testat de två systemen för iKBT. Totalt genomfördes två testperioder, en för varje testat system. Systemen som har ingick i piloten hade valts ut av uppdragsgivaren. Utvärderingen har inte varit delaktig i utformning och utförande av pilotprojektet.

I pilotprojektet har två program testas i respektive system, ett program för behandling av ångest och ett för depression. Varje behandlingssystem system tillhandahåller utöver dessa två flera andra program för behandling av andra tillstånd. Programmen består av ett antal avsnitt patienten ska gå igenom och ett antal uppgifter patienten ska utföra. Uppgifter registreras i en arbetsbok, i behandlingssystem A är den analog och i system B digital. Behandlare ska ha veckovis kontakt med patienten i båda de testade systemen, i system A via telefon och behandlingssystem B via säker mejlfunktion.

### 4.2 Genomförande

För datainsamling användes individuella intervjuer och fokusgruppsintervjuer. De individuella intervjuerna var öppna och ostrukturerade och genomfördes i två omgångar, en efter varje genomförd testperiod. I första omgången genomfördes 7 intervjuer efter test av behandlingssystem A; 6 på behandlarnas respektive arbetsplatser och en på utvärderarens arbetsplats. I den andra omgången, efter test av behandlingssystem B genomfördes totalt 7 intervjuer; 2 på behandlares arbetsplats, 1 på utvärderares arbetsplats och 4 via telefon. Sex av behandlarna deltog i både testperiod ett och två, en behandlare deltog enbart i testperiod ett och en i testperiod två.

Två fokusgruppsintervjuer genomfördes med de deltagande behandlarna efter varje testperiod med efterföljande intervjuer; båda genomfördes i Oskarshamn. Den första leddes av utvärderaren och den andra av landstingets projektledare. Vid första fokusgruppen deltog 7 behandlare och vid andra fokusgruppen deltog 6 behandlare.

Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades. En förenklad kvalitativ innehållsanalys utfördes på insamlad data för att strukturera, bearbeta och analysera intervjuvaren.

## 5 Resultat

I föreliggande avsnitt redovisas utvärderingens resultat enligt de kategorier som framkom i genomförd förenklad kvalitativ innehållsanalys. I bilaga 1 redovisas data över patienters utfall. Materialet är med som en bilaga för att redovisa det patientunderlag från vilket behandlarna byggt sin erfarenhet av metoden iKBT och de två testade systemen.

### 5.1 Metoden

De deltagande behandlarna upplevde metoden iKBT som ett komplement till den traditionella behandling som respektive verksamheter erbjuder. Metoden upplevdes utgöra ett mervärde i och med att den kan vara en möjlighet att nå fler patienter och att nå patienter på ett ytterligare sätt. Behandlarna upplevde att metoden ligger i tiden och att man bör kunna erbjuda den här typen av behandling.

Metoden ansågs kunna utgöra ”booster”, dvs. en metod att ta till för patienter som redan tidigare genomgått behandling men behöver komplettera, gå vidare eller få nya verktyg för att upprätthålla sin hälsa. Metoden ansågs även värdefull för vissa patienter som stod i begrepp att påbörja en behandling. Genom att starta med iKBT nämns att de får en verktygslåda och en vokabulär som kan vara värdefullt i en fortsatt traditionell behandling.

iKBT ansågs innebära en kvalitetssäkring i det att materialet ser lika ut för alla patienter oavsett ansvarig behandlare. Det är systemet som bestämmer vokabulär och metaforer eller berättelser. Det ansågs även att iKBT kan bidra till en mer jämlik vård då alla patienter som genomgår ett program ges lika tillgång till lika material.

Flera behandlare ansåg det otillräckligt att bara hålla ett bedömningssamtal med patient för att avgöra om de kunde ingå att testa iKBT. Inom psykiatrin är det inte ovanligt att en behandlare genomför 3-4 konsultationer innan en viss behandlingsmetod väljs ut. Flertalet behandlare upplevde att otillräcklig bedömning till viss del påverkade utfallet för patienterna i piloten då alla kanske inte för tillfället var lämpliga för metoden.

Behandlarna ansåg intresset bland kollegor och annan vårdpersonal som något mindre under andra testperioden jämfört med under första. Det inom projektet framtagna informationsmaterialet användes initialt men deltagande behandlare ansågs att intresset bland kollegor och annan vårdpersonal svalnade något och metoden i sig bara stannar kvar i minnet hos de som inte är direkt involverade i projektet i mer än just i anslutning till att information gått ut eller att material skickats ut.

Behandlarna ansåg att kollegor och/eller annan vårdpersonal utanför projektet till viss del sett på metoden och projektet som ett sätt att få egen avlastning genom att remittera patienter som inte uppfyllt inklusionskriterier för deltagande i pilottesterna av iKBT; exempel på svårbehandlade, krävande eller för svårt sjuka patienter nämndes.

### 5.2 Systemen

Behandlarna upplevde att det går att upprätthålla kompetens i två program som används relativt ofta men samtidigt ser man det som svårt för den enskilde att upprätthålla kompetens inom alla de program ett system erbjuder. Det framhölls att denna fråga kan tas upp i

samband med ett eventuellt breddinförande; frågan kanske handlar mer om organisation än system.

Flera ansåg det till viss del enklare att ge stöd till en patient via telefon än via mejl. Den direkta dialog som kan uppstå vid ett samtal ansåg behandlarna vara ett bra sätt att motivera en patient på. Behandlarna framhöll att patienter upplevde telefonstödet som värdefullt. Samtidigt uttryckte ingen behandlare att mejlkontakt varit något dåligt. Huruvida man upplevde det som svårt, arbetsamt och tidskrävande att söka och boka in patienter för telefonuppföljning skiljde sig åt mellan behandlarna. Vissa ansåg det som svårt medan andra som lätt. Behandlarna diskuterade om det kan bero på en skillnad i patientklientel, där primärvårdspatienterna som är mer igång, i arbete och med andra åtaganden inte är lika anträffbara och har en större tendens att missa och glömma inbokade telefonmöten; de har svårare att avsätta tiden. En del ansåg också att patienterna kanske upplevde att deras behandling gick så bra så att de inte behöver det behandlarstödet. Behandlarna från primärvården ansåg inte att de kunde avsätta en begränsad specifik tid till telefonavstämningen på grund av risken att de inte fick kontakt med patienten just då. De behövde i större utsträckning anpassa sig till patienternas pågående liv.

Behandlarna ansåg att med ett system med mejlbaserad kommunikation så har man alltid möjlighet att välja, telefon eller mejl. Att välja telefon som kommunikationskanal finns alltid som alternativ menade behandlarna.

Man saknade ett självskattningsformulär till patienten integrerat i systemet och som behandlarna skulle kunna be patienter att fylla i och på så sätt samla klinisk information om patienterna.

Behandlarna ansåg båda systemen av som generellt bra, men med olika sätt enligt nedan.

### **5.2.1 Behandlingsystem A**

Behandlarna upplevde system A som mer patientvänligt då det ansågs ha en stor variation i det material som ingår i de båda testade programmen. Text varvas med bilder, filmer, bildspel och ljudfiler vilket upplevdes motiverande för patienterna och att de mer sannolikt kan finna något som tilltalar dem i varje avsnitt.

Behandlarna ansåg den analoga arbetsboken som bra och att den väl fyllde sin uppgift som ett verktyg och stöd för patienten. Behandlaren kunde inte följa patientens arbete kontinuerligt eftersom behandlaren bara fick tillgång till boken under fysiska möten. Det hände även att patienter vid dessa möten glömde att ta med sig boken. En behandlare nämnde ett exempel när en patient inte förstått uppgifter och följaktligen utfört dem fel utan att ha uppnått behandlingsresultat, och detta uppdagades först veckor senare vid ett möte.

Den del av systemet som vänder sig till behandlaren, de administrativa verktygen, ansågs för behandlingsystem A vara rudimentära. Dess funktionalitet som mycket enkel och till viss del patientosäker. Systemet skriver inte ut en patients identitet i klartext för behandlaren utan kodos vilket medförde att flertalet behandlare haft listor utanför systemet för att kunna avkoda och följa en patient. Detta ansågs till stor del göra systemet mer svårarbetat och mer patientosäkert.

Inför varje avstämning med patienter hade behandlarna uppdaterat sig om det avsnitt i programmet patienten för tillfället arbetade i. För att göra detta i system A skapade behandlarna ett textdokument med skärmdumpar över systemets avsnitt då ingen klickbar demoversion fanns att tillgå för behandlaren. Detta ansågs som besvärande och svårarbetat. För att få överblick över en patients framsteg fick behandlarna använda flera vyer för att ta del av de grafer som illustrerade en patients tillstånd. Även detta innebar klickande i systemet och något som ansågs svårarbetat, svårt att överblicka och rörigt.

Följsamheten upplevdes som något bättre för de patienter som arbetade i behandlingssystem A, jämfört med system B, då variationen upplevdes ha gjort det lättare för patienter att motivera sig att genomgå alla steg i behandlingen.

Behandlarna ansåg att det saknades en översikt av programmets innehåll för patienten att ta del av. Man upplevde att denna brist kunde skapa otydlighet för patienten.

### **5.2.2 Behandlingsystem B**

Behandlarna upplevde system B som mer behandlarvänligt. Den administrativa delen av systemet som vänder sig till den behandlande parten ansågs ha en hög funktionalitet och utgöra ett bra verktyg. Antalet funktioner upplevdes som fler, som mer utvecklade och mer avancerade än de i system A. Behandlaren kunde följa patientens arbete i systemet då patientens arbetsbok är digital och integrerad i systemet vilket ansågs värdefullt då de genom kontinuerlig uppföljning lättare kunde skaffa sig en bättre bild av en patients framsteg.

Behandlarna hade tillgång till en demoversion direkt i systemet och kunde därigenom skaffa sig information om vad respektive avsnitt innehöll inför och under en kontakt med en patient vilket ansågs som enkelt och som ett smidigt sätt att arbeta på.

Systemet har säker inloggning vilket medförde att patientdata kunde skrivas i klartext i systemet och varje behandlare fick i en vy en överblick över de patienter som var i gång. Detta ansågs av behandlarna som enkelt, tydligt och som mer patientsäkert.

Även i behandlingssystem B skattar sig patienter själva och i detta system upplevde behandlarna att de grafer som presenterar dessa data är tillfredsställande överskådliga och att de håller hög funktionalitet.

Att innehållet i avsnitten i behandlingssystem B är textbaserade upplevdes av behandlarna som en stor nackdel och något som försvårade för flera patienter då det för vissa har varit tungt att läsa, de hade svårt med koncentration och ork att stanna i systemet. En behandlare ansåg att en del patienter hoppade av på grund av att de inte klarade av mängden text.

Behandlare ansåg att ett en knapp för en mer lättläst version av texten, för att få bort onödiga flikar och bara visa det kärnfulla, skulle förenkla och göra avsnitten mer tillgängliga. Man föreslog även att text görs möjligt för patienten att få uppläst och att en del av innehållet kunde kompletteras med videomaterial.

## **5.3 Förvaltning / Organisation**

Deltagarna var överens om att ett beslut om införande av iKBT måste ske på landstingsnivå för att möjliggöra framgångsrik implementation. Man likställde införandet av iKBT med



andra metoder som beslut tagits på ska ingå i den arsenal personal inom landstinget ska tillämpa.

Att upprätthålla kompetens hos samtliga, eller flertalet, inom primärvården ansågs inte vara möjligt. Genomströmningen av potentiella patienter lämpliga för iKBT är för lågt för varje behandlare. Samtidigt måste varje primärvårdsenhet ha och upprätthålla kunskap om och kompetens att remittera patienter till iKBT om metoden erbjuds, oavsett hur en förvaltningsorganisation ser ut. Behandlarna ansåg att en för liten grupp eller fåtal individer sannolikt skulle leda till en för sårbar organisation.

Alla som arbetar med iKBT kommer att behöva träffas regelbundet, precis som vid andra metoder. Initialt kanske behovet är större för att sedan, när metoden är inarbetad minska. Behandlarna ansåg att man kommer stå inför nya och kanske svåra frågor som personalen måste få utrymme att utreda och stöd att lösa under resans gång.

De deltagande behandlarna efterfrågade en annan drivkraft än den hos enskilda behandlare; drivkraften skulle kunna komma från patienterna om en kritisk massa bland dem efterfrågar metoden varvid verksamheterna kan inse att man bör införa iKBT för att kunna möta behov och efterfrågan. Detta handlar också om hur man utbildar sina kommuninvånare, vilken information om evidens och metod som görs tillgänglig för invånarna. Behandlarna upplevde att patienter numera är mer informerade och egenremitterar sig oftare än tidigare; de nämndes som den nya tidens patienter.

Samtidigt uttryckte deltagande behandlare starkt att det måste finnas en viljeyttring på förvaltnings- och politisk nivå mot att metoden iKBT är något som ska införas och att denna viljeyttring tydligt måste kommuniceras.

Deltagarna ansåg att ett fåtal personer bör vara specialister i metoden men också att det måste finnas en, individ eller funktion, som har det övergripande ansvaret. Någon som har som uppdrag att exempelvis ta initiativ till marknadsföring internt och externt och håller metoden uppdaterad och aktuell.

Det krävs en bra organisation kring metoden men särskilt avseende exempelvis de suicidvarningar som system kan generera. Detta går inte lägga på den enskilde behandlaren att bevaka. Informationen upplevs generellt som bra men det ställer krav på organisation för att det ska upplevas hanterbart av behandlarna. Samtidigt upplever deltagarna att den här typen av funktioner är viktiga och att den ger ett mervärde. Det kan beskrivas som en mer uppsökande verksamhet i iKBT gentemot traditionell KBT genom att om en behandlare ser tecken på ökad suicidrisk, får en varning av systemet att en patient skattat lågt eller om en patients arbetsmaterial avviker upplever behandlarna att de måste agera på det. I traditionell behandling är förhållandet mer responsivt; om en patient kontaktar vården och behöver hjälp, begär extra insats eller dylikt så agerar personal på det mer direkta och uttryckta behovet.

För att komma undan problemet med en för spridd organisation framhöll deltagarna att en lösning kan vara en organisation dit patienterna söker sig direkt. Behandlare såg detta som en framtida väg att gå, att patienter själva i större utsträckning egenremitterar sig till behandling. Stockholms läns landstings Internetpsykiatri nämndes som ett exempel på organisation.

De organisatoriska förutsättningar upplevdes av behandlarna som hindrande i en införandeprocess. Alltför stort ansvar lades på den enskilda att inte bara behandla utan även motivera till användning, informera om metoden och upprätthålla en förvaltning.

### **5.3.1 Primärvård - Psykiatri**

Deltagarna ansåg inte att det fanns någon skillnad mellan primärvård och psykiatri av avgörande betydelse för projektet eller för en tillämpning av iKBT inom landstinget. Den största skillnaden var organisatorisk; psykiatrin ansågs som en mer enhetlig organisation medan primärvården som en mer decentraliserad. Behandlarna ansåg att det fanns en gråzon mellan organisationerna och gränsen beskrivs som mer tänkt än faktisk vilket gör att alla patienters hemvist inte alltid är tydlig.

### **5.3.2 Primärvården**

Deltagarna ansåg det omöjligt att få alla enheter och all personal inom primärvården att upprätthålla kompetens att använda iKBT. Man lyfte att det var en fara att metoden urholkas och kunde komma att användas på ett felaktigt sätt. Deltagarna ansåg att läkare som remitterar och ofta saknade kompetensen om KBT och det kunde vara att ställa för höga krav på personalen. Att låta en behandlare per enhet inom primärvården vara huvudansvarig för iKBT sågs som en möjlighet att göra arbetet med att implementera och upprätthålla iKBT som arbetsmetod genomförbart. Alternativt ansåg en del att man skulle kunna se hela primärvården som en helhet och engagera ett par ansvariga för hela verksamheten.

I primärvården kan en ångestpatient få 3-4 besök och sen anses färdigbehandlad. Om de erbjuds iKBT så blir det sammanlagt 4 besök, ett antal uppföljningssessioner via mejl eller telefon och upp emot 8 digitala avsnitt. Behandlarna ansåg att det traditionella sättet inte är en behandling utan att det är fråga om det först då de erbjuds ett helt program, som iKBT. Men det kan innebära att patienterna här i större utsträckning hoppar av innan genomgången program då de har lättare sjukdomsbild och faktiskt blir bättre på färre genomförda avsnitt.

Rehabgarantin ansågs kunna utgöra en bromskloss då iKBT inte finns med som verktyg i garantin vilket medför att det saknas ekonomiskt incitament att motivera till användning av metoden.

### **5.3.3 Psykiatrin**

Inom psykiatrin sågs större möjligheter än inom primärvården att samla kompetensen om iKBT till en begränsad grupp som handhar metoden. Behandlarna såg en geografisk uppdelning som naturlig och kollegialt stöd som en förutsättning.

## **5.4 Patienter**

Deltagarna upplevde att svårare sjuka hade större nytta av iKBT än behandlarna förväntat sig och framför allt då i kombination med annan behandling. Man såg alltså att metoden fungerade i piloten för patienter man från början inte såg som målgrupp och att användbarheten av metoden därmed var bredare, både inom primärvården och psykiatrin.

### 5.5 Pilotprojektet

Eftersom projektledare för pilotprojektet saknades under lång tid gjorde att deltagarna upplevde att man förlorade styrfart och energi i projektet. Deltagarna ansåg inte att de initialt fick det stöd som de behövde i projektet. Behandlarna upplevde att stöd till dem som anställda och chefers insatthet i frågan har skiftat under projektiden.

Informationsspridning inom projektgruppen har inte fungerat tillfredställande, framförallt inte i början. Det har upplevts problematiskt att rekrytera projektmedarbetare och även för intresserade medarbetare att få komma med i projektet.

Förändringar i projektgruppens sammansättning, personer som slutat, ersatts mot och tillkom, bidrog till att samma frågor behövdes diskuteras om och att samma problematik återkom.

Bestämmelserna kring inklusions- och exklusionskriterierna ansågs av flertalet behandlare som svåra att uppfylla. Det var svårt att hitta ett tillräckligt stort antal patienter som uppfyllde de uppsatta kriterierna. Själva arbetsgången ansågs av behandlarna som arbetsam, svår och alltför tidskrävande och stressande.

Informationsmaterial som skulle tas fram till patienter ansågs inte ha producerats på ett smidigt sätt; deltagarna hade flera gånger påpekat nödvändiga ändringar i materialet utan resultat. De upplevde att diskussioner kring detta ofta återkom och istället för att komma vidare stod de på samma ställe.

I projektet upplevde behandlarna att de hade fått ett stöd och ett forum att diskutera i och med möten och kontaktyta. Det ansågs särskilt viktigt då man arbetat som ensam behandlare med iKBT på sin arbetsplats. Man upplevde att man behövde stöd av andra som förstod och kunde relatera vilket ansågs som en viktig faktor vid en framtida organisation.

## 6 Konklusion

### 6.1 Landstingsövergripande organisation

Det behövs en landstingsövergripande organisation som innefattar både psykiatri och primärvård, enskilda behandlare kan inte driva iKBT som metod inom landstinget. För patienten är den organisatoriska skillnaden mellan psykiatri och primärvård inte tydlig. En välutvecklad vårdprocess över dessa gränser borgar för en bättre organisation. En väl fungerande organisation kring och användning av iKBT möjliggör ökad tillgänglighet till psykiatrisk vård.

Om ett breddinförande ska ske och bli framgångsrik krävs det att respektive förvaltning tar ställning för metoden och agerar för att underlätta ett införande. Detta kan inte ligga på de enskilda behandlarna.

### 6.2 Marknadsföringsinsatser

En samordnad marknadsföringsinsats är avgörande för rekrytering av patienter och för att upprätthålla information och kompetens kollegialt.

### 6.3 Utbildningsinsatser

För att nå en framgångsrik användning av iKBT behöver en kontinuerlig utbildningsapparat skapas. Ny personal måste introduceras och redan introducerad personal måste kompetensutvecklas i iKBT och de system som kan användas.

### 6.4 Patientsäkerhet

Implementering av iKBT och användning av den standardisering av arbetsmetoder som följer programmen borgar för en ökad patientsäkerhet och ökad jämlikhet. Alla patienter i en behandling får ta del av ett utprövat material i sin helhet vilket säkerställer att en viss kvalitet uppnås.

## 7 Diskussion

Utvärderingen har inte studerat själva metoden iKBT. Ett flertal studier visar att metoden fungerar och utvärderingen har därför begränsats till att innefatta piloten och deltagande behandlares upplevelser av att arbeta med iKBT situerat till respektive kontext.

Deltagarna hade olika utbildningsnivå i KBT samt i vissa fall något olika syn på hur och när metoden kan och bör tillämpas. Detta är dock inte undantaget i traditionell behandling utan mer en spegling av verkligheten.

Deltagarna uttryckte åsikter om hur mycket KBT de använda systemen faktiskt innehåller och sätter det i relation till ACT, Acceptans Comittment Theory en variant eller utveckling av KBT. En del av behandlarna ansåg att ett behandlingssystem var mer influerat av KBT och det andra mer av ACT.

Deltagarna fick mer utbildning i behandlingssystem A. Detta upplevdes som nödvändigt av deltagarna eftersom samtliga då var nya inför metoden iKBT. Man upplever inte att man behövde lika omfattande utbildning i behandlingssystem B.

## iKBT

Utvärderingen har inte i sig studerat de två system som piloten testat. Ingen systemstudie eller funktionsjämförelse har gjorts utan det är informanternas åsikter om respektive system som återspeglas i resultatet.

Vid tiden för intervjuer och fokusgrupp efter test av system A hade deltagarna ingen kunskap om system B. Vid intervjuer och fokusgrupp efter test av system B kunde de däremot göra jämförelse mellan de båda systemen och de arbetssätt som de hade tillämpat. Detta speglas i insamlad data och systemen kan därför i utvärderingen inte direkt jämföras.

Inera arbetar vid tiden för utvärderingens slutförande med att skapa en organisation för att samtliga landsting ska kunna erbjuda iKBT. Projektets uppdrag är att utveckla en plattform för iKBT och sedan testa den i en eller flera piloter i hälso- och sjukvården under april 2014 för att därefter erbjuda den för breddinförande.

## 8 Referenser

- Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldø, V., Hesser, H., El Alaoui, S., Kraepelien, M., . . . Lindefors, N. (2014). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders, 155*(0), 49-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.023>
- Paxling, B., Almlø, J., Dahlin, M., Carlbring, P., Breitholtz, E., Eriksson, T., & Andersson, G. (2011). Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 40*(3), 159-173. doi: 10.1080/16506073.2011.576699

## Bilaga 1 - Patientutfall

I följande avsnitt redovisas data över patienters utfall. Data är insamlad av de deltagande behandlarna och sammanställd samt beräknad av en PTP-psykolog vid Landstinget i Kalmar län. Utvärderingen har därefter fått ta del av det redan aidentifierade materialet och har ingen kännedom om någon av de deltagande patienterna. Urvalet patienter som data baseras på är för vissa av analysgrupperna små eller mycket små vilket måste beaktas.

Utvärderingen har sammanställt data men inte gjort någon analys på patientutfallet. Materialet är med som en bilaga för att redovisa det patientunderlag från vilket behandlarna byggt sin erfarenhet av metoden iKBT och de två testade systemen.

### Deltagande

Totalt har 109 patienter ingått i pilotens båda testperioder. 67 vid test av det första systemet och 42 vid den andra testomgången. Av alla initierade behandlingar hoppade totalt 32 % av och lika stor andel patienter inom psykiatrin som primärvården avbröt se Tab.1). I första testperioden avbröt totalt 31 % patienter av sin behandling, 27 % av primärvårdens patienter och 35 % av psykiatris (se Tab.2). I andra testperioden avbröt totalt 33 % av patienterna sin behandling, 38 % inom primärvården och 25 % inom psykiatrin (se Tab.3).

	<b>Totalt uppstartade behandlingar:</b>	<b>Antal avhopp (%)</b>	<b>Antal behandlade utan eftermätning/ pågående (%)</b>	<b>Antal fullföljda behandlingar inkl eftermätning(%)</b>
Totalt	67	21 (31)	11 (16)	35 (52)
Primärvården:	33	9 (27)	6 (18)	18 (55)
Psykiatrin:	34	12 (35)	5 (15)	17 (50)

Tab.1 Deltagande testperiod 1

	<b>Totalt uppstartade behandlingar:</b>	<b>Antal avhopp (%)</b>	<b>Antal behandlade utan eftermätning/ pågående (%)</b>	<b>Antal fullföljda behandlingar inkl eftermätning(%)</b>
Totalt	42	14 (33)	8 (19)	20 (48)
Primärvården:	26	10 (38)	5 (19)	11 (42)
Psykiatrin:	16	4 (25)	3 (19)	9 (56)

Tab.2 Deltagande testperiod 2

	<b>Totalt uppstartade behandlingar:</b>	<b>Antal avhopp (%)</b>	<b>Antal behandlade utan eftermätning/ Pågående (%)</b>	<b>Antal fullföljda behandlingar inkl eftermätning(%)</b>
Totalt	109	35 (32)	19 (17)	55 (50)
Primärvården:	59	19 (32)	11 (19)	29 (49)
Psykiatrin:	50	16 (32)	8 (16)	26 (52)

Tab.3 Deltagande totalt

Sett till antalet avhopp fördelat över primärvård och psykiatri per program har minst avhopp skett bland patienter inom primärvården som deltagit i depressionsprogrammet medan den grupp som stod för högst andel avhopp var patienter inom psykiatrin som gick depressionsprogrammet (se Tab.4).

	<b>Totalt uppstartade behandlingar:</b>	<b>Antal avhopp (Andel av startade behandlingar, %)</b>	<b>Antal behandlade utan eftermätning/ pågående (%)</b>	<b>Antal fullföljda behandlingar med eftermätning (%)</b>
<b>Ångest</b>				
<i>Totalt</i>	60	23 (38)	5 (8)	32 (53)
Psykiatri	27	9 (33)	0 (0)	18 (67)
Primärvård	33	14 (42)	5 (9)	14 (42)
<b>Depression</b>				
<i>Totalt</i>	38	12 (32)	3 (8)	23 (61)
Psykiatri	15	7 (47)	0 (0)	8 (53)
Primärvård	23	5 (22)	3 (13)	15 (65)

Tab.4 Deltagande fördelat över primärvård och psykiatri samt per program

Vid en jämförelse av de patienter som fullföljde respektive avbröt sin behandling finns ingen skillnad i ålder, de som fullföljde hade en medelålder på 36 jämfört med 35 för de som avbröt. Inte heller förelåg direkt skillnad i MADRS, en självskattning för bedömning av depression där en högre poäng indikerar en svårare depression, mellan grupperna. Maxpoäng enligt MADRS är 54 och 20-34 poäng indikerar en måttlig depression. För BAI, en skattning för ångestsyndrom där högre värde anger svårare ångest, föreligger ingen skillnad mellan de som fullföljt eller avbrutit sin behandling (se Tab.5). BAI har en maxpoäng på 63 där 16-23 poäng indikerar måttlig ångest.

Däremot var det en högre andel män än kvinnor som avbröt sin behandling, 55% av männen och 30% av kvinnorna avbröt. Detta kan dock till viss del bero på att antalet kvinnor var större (Se Tab.5).

	<b>Fullföljde (n=55)</b>	<b>Avbröt (n=35)</b>
Ålder (m)	36	35
MADRS (m)	21	22
BAI (m)	24	26
Antal män (andel i % av samtliga män som fullföljde/avbröt)	15 (45)	18 (55)
Antal kvinnor (andel i % av samtliga kvinnor som fullföljde/avbröt)	40 (70)	17 (30)

Tab.5. Jämförelse mellan det totala antalet deltagande som fullföljde respektive avbröt



## Behandlingsutfall för fullföljda behandlingar

Utfallet för det totala antalet deltagande patienter i både ångest- och depressionsprogrammet visar förbättringar enligt MADRS och BAI skattningar.

För att mäta livstillfredsställelse har självskattningsskalan SWLS använts i projektet. En högre poäng indikerar en högre livstillfredsställelse och det totala antalet patienter har förbättrat sig enligt skalan.

Test	Före	Efter behandlingen (n)	Efter 3 månader (n)
MADRS	21 (54)	14 (54)	9 (15)
BAI	24 (54)	15 (54)	12 (15)
SWLS	18 (55)	21 (54)	26 (8)
ACQ	2,02 (18)	1,57 (17)	1,30 (6)
SPS	47 (14)	37 (14)	42 (3)
SIAS	45 (14)	39 (13)	41 (3)
MI sällskap	2,37 (15)	1,74 (15)	1,19 (4)
MI ensam	2,79 (15)	2,14 (15)	1,63 (4)

Tab.6 Utfall totala antalet deltagare över tid

Behandlingsutfallen enligt MADRS och BAI är vid jämförelse före - efter behandlingen statistiskt säkerställda. Likaså för SWLS.

Test	Före-efter (n)	Före-3 mån (n)	Efter - 3 mån (n)
MADRS	0,000 (54)**	0,001 (15)**	0,302 (15)
BAI	0,000 (54)**	0,004 (13)**	0,084 (15)
SWLS	0,004 (54)**	0,028 (8)*	0,0,512 (8)
ACQ	0,007 (17)**	0,0156 (6)*	0,465 (6)
SPS	0,005 (14)**	0,325 (3)	0,706 (3)
SIAS	0,365 (13)	0,131 (3)	0,538 (3)
MI sällskap	0,001 (15)**	0,046 (4) *	0,233 (4)
MI ensam	0,004 (15)**	0,004 (4)**	0,319 (4)

Tab.7 Signifikans \* $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .