



***Rapport om psykologisk
nätbehandling 2010***
*– med fokus på primärvården
och Västra Götalandsregionen*

Tore Gustafsson, psykolog
Vårdcentralen Gamlestadstorget

För kontakt: www.torepsykolog.se

Valda punkter ur rapporten

- Det finns dålig tillgång till psykologisk behandling i primärvården. Det fria vårdvalet har initialt minskat tillgången till psykologisk behandling. Vårdgrannar förväntar sig samtidigt mer och mer av primärvården gällande behandling av psykisk ohälsa.
- Psykologisk nätbehandling, behandling över internet, har gott forskningsstöd för vissa diagnoser och rekommenderas av Socialstyrelsen. I vissa fall prioriteras det högre än läkemedelsbehandling och traditionell KBT-behandling.
- Med psykologisk nätbehandling kan en psykolog ta emot tre till fyra gånger så många patienter som vid traditionell behandling.
- Det behövs en behandlare som sköter patientkontakten för att få bra effekt. Det räcker inte med ett datorsystem som automatiserat sköter vården.
- Personal på mottagningar som arbetar med psykologisk nätbehandling är över lag positiva. Det är även deras patienter även om upplägget inte passar för alla. Det kan behövas eldsjälur bland personalen för att sätta igång nätbehandlingsprojekt.
- Det finns privata företag som kan erbjuda färdiga lösningar. Det möjliggör snabb igångsättning av psykologisk nätbehandling.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Uppdragsgivare	1
2. Bakgrund	2
2.1 Behovet av psykologisk behandling	2
2.2 Primärvården	2
2.3 Att öka tillgången	2
2.4 Det fria vårdvalet	3
2.5 Vårdgrannar	4
3. Psykologisk nätbehandling	6
3.1 Vad är psykologisk nätbehandling?	6
3.2 Forskningsstöd	6
3.2.1 Diagnoser	6
3.2.2 Socialstyrelsens riktlinjer	7
3.2.3 Behandlarrelationen	7
3.2.4 Behandlingsföljsamhet	8
3.2.5 Kostnadseffektivitet	8
3.3 Hur går det till?	9
3.3.1 Behandlingsmanualen	9
3.3.2 Behandlingskontakten	9
3.3.2.1 Mina vårdkontakter	10
3.4 Lagar och regler	10
3.5 Organisatoriskt upplägg	10
3.5.1 Central enhet – Internetpsykiatri	11
3.5.2 Vuxenpsykiatrisk enhet i Uppsala	12
3.5.3 Samtalsmottagningen, Stenungsund	13
3.5.4 PrimNet – forskningsstudie	14
3.6 Leverantörer av psykologisk nätbehandling	14
3.6.1 Psykologpartners	14
3.6.2 Livanda	15
3.6.3 Linköpings Universitet	16
4. Slutsatser	17
4.1 Rekommendationer	18
Central enhet:	18
Vårdcentraler, vuxenpsykiatriska enheter och övriga vårdgivare:	18
5. Källförteckning	19

1. Inledning

Syftet med rapporten är att ge en täckande bild av psykologisk nätbehandling, även kallat Internetterapi. Rapporten ska kunna ligga som beslutsunderlag för implementering av psykologisk nätbehandling för vårdaktörer på olika organisatoriska nivåer.

Rapporten kommer att ta upp behov, efterfrågan och förväntan på tillgång till psykologisk behandling av olika hälso- och vårdaktörer. Fokus ligger då på primärvården men kan generaliseras till andra verksamheter. Därefter följer en kort redogörelse för forskningsläget för psykologisk nätbehandling. Rapporten blir sedan inriktad på det praktiska och beskriver hur nätbehandling går till, visar på olika organisatoriska upplägg och går igenom vad leverantörer av nätbehandling erbjuder. Rapporten kommer att ta upp lokala förhållanden som gäller för Västra Götalandsregionen men innehållet bör vara tillämpligt för resten av Sverige.

Psykologisk nätbehandling kan se olika ut och definieras tydligare senare i rapporten. I korthet så innefattar psykologisk nätbehandling dels en förskapad behandlingsmanual för patienten att läsa, dels en behandlingskontakt med en person som följer patienten genom behandlingen. Behandlaren är ofta psykolog och har kontakt med patienten i ett e-postliknande system. Behandlaren ställer och svarar på frågor samt följer upp resultat från övningar i behandlingsmanualen. Vidare kan systemet ha en viss automatiserad övervakning av att patienten är aktiv och genomför behandlingen, dels genom till exempel automatiserade påminnelser till patienten, dels genom rapportering till behandlaren. Behandlingsmanualen kan vara 15 till 30 sidor text som ska läsas per vecka. Där ingår det vanliga övningar för personen som denne ska arbeta med på egen hand.

I rapporten skiljer rapportförfattaren på nätbehandling och livebehandling. Den senare står för traditionell behandling ansikte mot ansikte. En psykologisk behandlingsmetod som nämns mycket i rapporten är kognitiv beteendeterapi (KBT). Det är en nutidsorienterad behandlingsmetod som syftar till att påverka tankar, känslor och handlingar som upprätthåller psykisk ohälsa. Det finns andra psykologiska behandlingsmetoder, till exempel psykodynamisk terapi, utvecklat för nätbehandling. Det är ovanligt, inte väl beforskat och används inte i nuläget i någon av de genomgångna verksamheterna.

1.1 Uppdragsgivare

Jon Malmström, chef för 1177.se/vgregion och medlem i SKL:s nationella programstyrgrupp för invånartjänster är uppdragsgivare tillsammans med Kompetensrådet för Psykologer inom Landstinget Västra Götaland. Rapporten skrivs inom ramen för en praktisk tjänstgöring för psykologlegitimation, på vårdcentralen Gamlestadstorget i Göteborg. Rapportförfattaren som är psykolog har tidigare erfarenhet av att ha utvecklat en psykologisk nätbehandling mot tinnitusbesvär och utvärderat denna i ett examensarbete vid Linköpings Universitet.

2. Bakgrund

Nedan klargörs varför det finns ett behov av just psykologisk nätbehandling. Det inleds med en genomgång av behovet av traditionell psykologisk behandling och hur behovet möts, komplicerande faktorer och försök till att åtgärda behov av psykologisk behandling som inte blir tillgodosett.

2.1 Behovet av psykologisk behandling

Statistiska Centralbyrån rapporterar att psykisk ohälsa har ökat betydligt sedan 1980-talet. I åldrarna 16–84 lider 65 procent av smärta och värk, 18 procent av ångslan och ångest (SCB, 2006). Statens Folkhälsoinstitut visar i löpande undersökningar att den psykiska ohälsan hos den svenska befolkningen 2009 ligger på en jämnhög nivå från år 2004. Till exempel så har totalt 13 procent av de tillfrågade i undersökningen självmordstankar och åtta procent har svåra sömnbesvär (SFI, 2009). Kvinnor och unga mår generellt sett sämre än äldre och män. Psykisk ohälsa är en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning och förtidspensionering (SCB, 2006).

2.2 Primärvården

Vem ska behandla dessa patienter? Primärvården får ta större och större ansvar för att behandla den ökande psykiska ohälsan (SoS, 2007). Förstahandsbehandlingen har länge varit läkemedelsbehandling. Socialstyrelsens nulägesrapport *Vård av patienter med depression och ångest* (2009) visar att 80–95 procent av alla deprimerade patienter får antidepressiva läkemedel. Verksamhetschefer berättar (SoS, 2007) att de generellt inte har möjlighet att svara på efterfrågan som finns av psykologisk behandling. En praxisundersökning bland läkare i primärvården visade att av var tredje patient som fick läkemedel för psykisk ohälsa rekommenderades psykologisk behandling. Endast en tiondel av samtliga fick tillgång till det. Situationen har förbättrats mellan åren 2005–2007 men det är fortfarande otillräcklig visar en enkät från Socialstyrelsen hösten 2007. Det konstateras att det finns stora brister och utvecklingen är ojämn och långsam. När vuxenpsykiatrien förlitar sig på primärvården så behöver de patienter med störst behov av vård prioriteras först. En risk med en överbelastad primärvård är att den inte kan hantera sitt uppdrag att göra tidiga eller förebyggande insatser.

2.3 Att öka tillgången

För att möta behovet föreslog Socialstyrelsen (SoS, 2007) att kuratorer och psykologer skulle anställas i högre utsträckning i primärvården och vid behov få grundläggande psykoterapeutisk kompetens i KBT. Ytterligare förstärkning av resurser tillkom i slutet av 2008 från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), den sk *Rehabiliteringsgarantin*. För att hantera sjukskrivningar som ofta beror på psykisk ohälsa beslutade SKL tillsammans med regeringen att under 2009 och 2010 dela ut 1,6 miljarder kronor till landsting som använder KBT vid lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress, samt multimodal rehabilitering vid diffus smärta i rygg, axlar eller nacke. Pengarna som utgår vid dessa behandlingar ska användas till forskning, organisatoriska ändringar, utbildningar och förberedelser för en fullt utbyggd rehabiliteringsgaranti. Det ska innebära god tillgång till psykologisk behandling i form av KBT samt multimodal rehabilitering.

Professor Lars-Göran Öst vid Stockholms Universitet kritiserar rehabiliteringsgarantin för att inte åtgärda de aktuella problemen (Öst, 2009). Det finns ingen passande utvärdering av hur pengarna används eller tjänas in, vilket kräver utförd KBT-behandling eller multimodal rehabilitering. Västra Götaland har rapporterat till SKL att det skulle behandlas 14 000 patienter med KBT under 2009. Öst ifrågasätter det med tanke på tillgången till KBT-kompetent personal i Västra Götaland. Hans beräkningar visar att en terapeut generellt behåller en patient i

behandling i snitt i 17,7 sessioner vid depression och ångest. Om en KBT-behandlare tar fyra patienter per dag leder till till en årlig behandling av 48 patienter. Det betyder att Västra Götalandsregionen förväntas ha 292 behandlare utifrån deras egen uppskattning av produktion ovan. Öst hävdar att siffran på behandlare är cirka hälften så stor.

Carolina Esping, projektledare för Rehabiliteringsgarantin vid Regionskansliet för Hälso- och sjukvårdsavdelningen i Västra Götaland, berättar att under 2009 så har 9 000 KBT-behandlingar rapporterats in. Hon menar att siffran troligtvis är lägre än beräknat på grund av svårigheter med inregistrering av patientbehandlingar.

En rapport av resultatet av rehabiliteringsgarantin år 2009 (Östbom, 2010) visar dock på att tillgången till KBT är större än väntat. Det har till viss del åtgärdats genom att de som kan KBT har fått arbeta specifikt med de patientgrupper som rehabiliteringsgarantin avser, genom nyttjande av privata aktörer och kompetensutveckling av personalen. Tillgången på KBT-behandling per 1000 invånare skiljer sig över landet. Västra Götaland ger 8,5 behandlingar per 1000 invånare år 2009. Östbom kommenterar att det inte säger något om behovet. Det står även att KBT på internet utvecklas för att öka tillgången (se punkt 3.5.4 i rapporten för mer om det).

2.4 Det fria vårdvalet

Behovet i primärvården av psykologisk behandling av psykisk ohälsa beskrivs ovan som stort. Till viss del åtgärdas det genom insatser från SKL. En komplicerande faktor i sammanhanget är det fria vårdvalet. Från och med år 2010 får privata aktörer driva vårdcentraler över hela landet. I oktober 2009 infördes det fria vårdvalet för invånarna i Västra Götaland. Flertalet nya vårdcentraler har startat upp och får del av pengarna som delas ut till vårdcentralerna. För de landstingsanslutna vårdcentralerna har det för många inneburit en mindre budget och omställning av personal från olika personalkategorier. Enligt fackliga uppgifter så har elva psykologer och åtta kuratorer fått sluta arbeta på vårdcentralerna. Dessa har uppmärksammat att endast ett fåtal psykologer eller kuratorer har anställts till de nya vårdcentralerna. Det framkommer dessutom av psykologer med avtal med de nya vårdcentralerna inte får patienter remitterade till sig. En psykolog anställd på en privat vårdcentral, som väljer att vara anonym, kommenterar att det inte finns underlag för att över huvud taget ha psykologer anställda med tanke på hur lite pengar som utgår för behandlingstimmarna. Det är en förlustaffär för vårdcentralerna att ha en psykolog anställd.

Det finns i nuläget inget krav på vårdcentralerna att ha anställda psykologer, kuratorer eller andra med KBT-kompetens. Vårdcentralerna ska följa Krav- och kvalitetsboken (VGR, 2009) som säger att:

”Personal som utför åtagande om psykisk ohälsa ska vara psykolog, psykoterapeut alternativt in-
neha socionomutbildning eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildning med kompetens
motsvarande basutbildning i psykoterapi (tre terminer eller den tidigare statliga steg 1-utbildningen).
Fram till 2012-01-01 kan undantag göras för kravet på basutbildning i psykoterapi för att under en
övergångsperiod inhämta kompetens som krävs för åtagandet.” (sid. 16, VGR, 2009).,

samt att:

”Personer med psykisk ohälsa, sjukdom och psykiska funktionshinder ska erbjudas bedömning,
rådgivning, behandling och rehabilitering. Åtagandet gäller den hälso- och sjukvård som inte kräver
psykiatrisk specialistsjukvård och gäller såväl barn, ungdomar som vuxna. Psykoterapeutiska behand-
lingar ska ha karaktär av korttidsterapi. Psykologisk behandling KBT (Kognitiv Beteendeterapi) ska
kunna erbjudas.” (sid. 9, VGR, 2009).

En verifieringsundersökning genomfördes mars 2010 av Hälso- och sjukvårdskansliet för att se om nuvarande vårdcentraler följer Krav- och kvalitetsboken. Verifieringen kom ensidigt fram till att samtliga vårdcentraler erbjuder personal med KBT-kompetens. Brukandet av psykosociala insatser för depression finns med som en mätvariabel i Krav- och kvalitetsboken men har inte använts vid verifieringen. Trots verifieringens ensidigt positiva bild så har avvikelser visat sig. Psykosociala teamet vid den landstingsanslutna vårdcentralen Gamlestadstorget har erhållit en remiss från en privat vårdcentral som vill remittera till den landstingsanslutna vårdcentralen för att de själva inte erbjuder psykosociala insatser.

Om det inte sker större förändringar av upplägget för vårdcentraler inom det fria vårdvalet så går det inte att förvänta att patienter kan få mycket annat än läkemedelsbehandling av det privata vårdgivare och möjligen på sikt även landstinget. De förändringar av Krav- och kvalitetsboken som tillkommit inför 2011 gällande mätvariabler av psykisk ohälsa handlar bara om läkemedelsinsatser. Psykologisk behandling av ångest finns inte med trots att det är bland det vanligaste jämte depressionsbehandling, vilket finns med som en mätvariabel.

2.5 Vårdgrannar

En av orsakerna till att primärvården har många patienter beror på att kraven från omgivande vårdgrannar växer. Gränsen mellan primärvården och vuxenpsykiatri i Västra Götaland styrs av dokumenten Omhändertagande av barn och ungdomar med psykisk ohälsa inom primärvården – allmänmedicin i Västra Götalandsregionen – med fokus på gränsdragning mot BUP (2009) samt Förtydligande av vertikala prioriteringar inom vuxenpsykiatriansvarsområde inklusive unga vuxna i Västra Götalandsregionen (2006), skapade av sektorsråden i Allmänmedicin och Psykiatri i Västra Götalandsregionen.

Nedan följer en tabell som visar uppdelningen mellan primärvården och vuxenpsykiatri. Generellt gäller det att patienterna ska ha allvarliga symptom för att passa i vuxenpsykiatri. Till exempel självmordstankar, svåra tvångsritualer eller allvarliga funktionsnedsättningar gällande sociala kontakter, arbete eller skola, oförmåga att behålla ett arbete eller inga vänner alls. Övriga patienter ska primärvården behandla.

Sjukdomstillstånd – vuxna	Specifikation för när primärvården ska behandla problemet
Depression och dystymi	Måttlig sjukdom, personen kan ta hand om sig själv, utan självmordsplaner, etc.
Bipolär sjukdom	I enskilda fall och med gemensam vårdplan.
Missbruk	Tidigt upptäckt. Behandling beroende på svårighetsgrad. Samarbete med andra instanser.
Psykisk sjukdom och missbruk	Ej på primärvårdsnivå.
Paniksyndrom	Fullt ansvar förutom om allvarliga symptom och funktionsnivå.
Social fobi	Fullt ansvar förutom om allvarliga symptom och funktionsnivå.
Generaliserat ångestsyndrom	Fullt ansvar förutom om allvarliga symptom och funktionsnivå.
Tvångssyndrom	Ansvar för lättare tvång. Ej ansvar om annan samtidig psykisk sjukdom förekommer eller allvarliga symptom och funktionsnivå.
Posttraumatiskt stressyndrom	Om ej hinder för normal livsföring och utan annan psykiatrisk problematik.
Demenssjukdomar	Generellt allt ansvar.
Personlighetsstörningar	Medicinskt ansvar förutom vid allvarliga symptom och funktionsnivå.
Anorexi	BMI över 17. Vid BMI 14–17 ska specialistpsykiatrien ansvara för icke-somatisk vård.
Bulimi och övriga ätstörningar	Ansvar men med konsultation av specialistpsykiatrien.
Kriser	Fullt ansvar förutom om allvarliga symptom och funktionsnivå.
Neuropsykiatriska tillstånd som AD/HD, Aspergers, m.m.	Upptäckt inom primärvården, med fler. Diagnostik inom specialistvården. De med allvarliga symptom och funktionsnivå ska medicineras inom specialistpsykiatrien.
Neuropsykiatriska tillstånd som del av neurologisk sjukdom som MS, Parkinson, m.m.	Somatiskt behandlingsansvar tillsammans med somatisk sjukhusvård.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har liknande krav som vuxenpsykiatri på primärvården. Men då det endast finns begränsat forskningsstöd för psykologisk nätbehandling för barn och ungdomar så tas kraven på primärvården inte upp i samma detalj i denna rapport. Sammantaget så liknar kraven det som vuxenpsykiatri förväntar sig, förutom att BUP tar ett något större ansvar för samtliga patienter. Se tidigare nämnt dokument för ytterligare information.

Regionfullmäktige beslutade 2007 i en utvecklingsplan att det är önskvärt år 2012 att ”primärvården är väl etablerad som första linjens vård för barn och ungdomar med psykiska problem. Ansvarsgränsen mellan primärvården och BUP för barn och ungdomar under 18 år är tydliggjord. Ett mycket välutvecklat samarbete finns mellan vårdcentraler och BUP.” (sid. 7, Regionfullmäktige, 2007).

I Göteborg är situationen ytterligare mer krävande sedan mars 2010 då Barn- och Ungdomspsykiatri dragit ner sin personalstyrka med 15 procent på grund av besparingskrav. Det har lett bland annat till att lindrig AD/HD ska utredas på primärvårdsnivå, något som vanligen kräver psykologer med neuropsykologiska testinstrument och neuropsykologisk kompetens för diagnostik och utredning gällande neuropsykologisk funktionsnivå. Det är dock oklart om primärvården klarar av att ta den uppgiften. Det är i nuläget inte klarlagt om primärvården kommer att acceptera uppdraget.

3. Psykologisk nätbehandling

Det som framgår tidigare i rapporten är att det finns ett behov av psykologisk behandling i primärvården. Om behovet verkligen tillfredsställs är oklart. Olika vårdaktörer försöker åtgärda det bland annat genom att utbilda personal i grundläggande psykoterapiutbildningar med KBT-inriktning. Utbildningen tar vanligen tre eller fyra terminer och kostar cirka 120 000 kronor exklusive moms, eller mer. Utbildningsinsatsen gör personalen intressant för andra arbetsgivare inom andra vårdområden och det är möjligt att vårdgivarna förlorar den nyutbildade personalen. Ett komplement till den insatsen skulle kunna vara Internetbaserad psykologisk behandling.

3.1 Vad är psykologisk nätbehandling?

Nedan följer en genomgång av forskningsstöd för nätbehandling, beskrivning av praktiskt och organisatoriskt upplägg och genomgång av leverantörer av nätbehandling.

Nätbehandling kan se olika ut och har sin grund i självhjälpsbehandling. Patienten får vanligen tillgång till ett material över nätet som syftar till att hjälpa personen att behandla sig själv. Materialet innehåller psykologisk behandling och är vanligtvis av typen KBT och vetenskapligt baserat. Det ska inte förväxlas med självhjälpsböcker utan vetenskaplig bas. Behandlingen kan även ges som vägledad självhjälp med olika typer av kontakt. Intensiteten på dessa kan se olika ut och i forskningsstudier är det vanligt att det ligger på 15 minuter per vecka. Kontakten kan ske genom epost-liknande system, webbforum (Kaldo, 2008), SMS, videosamtal och gruppchatt.

Den svenska modellen, som den utvecklats (Gerhard, 2009), innehåller ett självhjälpsmaterial som patienten får ladda ner eller läsa på en hemsida. I praktiken kan det innebära att patienten laddar ner en PDF som denne får läsa. Därutöver följer en behandlingskontakt som liknar den traditionella behandlingskontakten. Behandlaren introducerar patienten till upplägget, finns tillgänglig för frågor och ger feedback på patientens löpande arbete (Andersson, Bergström et al., 2008). Behandlaren kan även motivera till fortsatt arbete och ta ansvar för att behandlingen inte rinner ut i sanden. Kontakten sker över Internet på ett sätt som liknar e-post men som är krypterat för säker kommunikation.

Över 80 procent av den svenska befolkningen hade 2007 (Findahl, 2007) tillgång till Internet. Nätbehandling kan vara fördelaktigt för att ge större tillgänglighet, flexiblare tillgång och nå ut till patienter som annars inte skulle söka upp vård på grund av stigmatisering av psykiatrisk vård. Nackdelar med nätbehandling kan vara att endast vissa demografiska grupper gynnas, att det inte passar för vissa tillstånd och att det endast ger en begränsad kontakt med behandlaren (Kaldo, 2008).

3.2 Forskningsstöd

I allt högre grad förväntas vården som ges i Sverige vara beforskad, så kallat evidensbaserad. Förväntningen på evidensbaserad vård visas i Socialstyrelsens riktlinjer ovan och även i Rehabiliteringsgarantin som endast stödjer behandlingar som SBU eller likvärdiga internationella organ rekommenderar.

Forskning på nätbehandling har varit världsledande i Sverige. Ett vanligt krav på forskningen är att den ska ha använt förfarandet med randomiserade och kontrollerade studier (RCT). RCT-förfarandet innebär att den studerade interventionen ska ha jämförts med ett eller flera andra alternativ. Till exempel nätbehandling, väntlista och medicinering. Testpersonerna ska dessutom ha randomiserats till en av de två eller flera behandlingsalternativen.

3.2.1 Diagnoser

Nedan nämns, i Socialstyrelsens riktlinjer, att vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression, paniksyndrom och social fobi kan behandlas framgångsrikt med nätbehandling (SoS, 2010). Forskningen går snabbt framåt och

har visat på vissa resultat för behandling av posttraumatiskt stressyndrom, tinnitusbesvär, huvudvärk, sömnbesvär, kronisk smärta, spelmissbruk, ätstörningar, övervikt och stresshantering (Andersson, 2009).

Andersson konstaterar att nätbehandling är väl etablerat och att det inte endast är trendigt. Antagligen kommer fler och fler problemområden med åtföljande diagnos bli beforskade under 2010-talet. Med det snabba tempo som uppvisats är det möjligt att fler nätbehandlingar av olika problemtillstånd kommer att bli högt prioriterade i vården.

3.2.2 Socialstyrelsens riktlinjer

I mars 2010 utkom Socialstyrelsens färdigställda riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom (SoS, 2010). Det är första gången som nationella riktlinjer utvecklats inom området. Dokumentet riktar sig till hela vårdkedjan men specifikt till första linjens vård. Riktlinjerna förväntas påverka resursfördelning inom vården. Dokumentet är utformat så att det tar upp vilken typ av behandling som ska prioriteras vid olika sjukdomstillstånd. Nätbehandling rekommenderas för följande tillstånd:

Tillstånd	Rekommendation av nätbehandling	Jämförelse med läkemedel	Jämförelse med live-KBT
Vuxna med <i>lindrig egentlig depressionsepisod</i>	Psykologisk behandling med Internetbaserad KBT får prioritet 3.	Läkemedelsbehandling med antidepressiva får prioritet 10.	KBT-behandling över telefon får prioritet 6.
Vuxna med <i>medelsvår egentlig depressionsepisod</i>	Psykologisk behandling med Internetbaserad KBT med behandlarstöd får prioritet 2.	Läkemedelsbehandling med antidepressiva får prioritet 2.	KBT-behandling över telefon får prioritet 2.
Vuxna med <i>paniksyndrom, med eller utan agorafobi</i>	Psykologisk behandling med Internetbaserad KBT får prioritet 3.	Läkemedelsbehandling med antidepressiva får prioritet 2.	KBT-behandling får prioritet 1.
Vuxna med <i>social fobi</i>	Psykologisk behandling med Internetbaserad KBT får prioritet 3.	Läkemedelsbehandling med antidepressiva får prioritet 2.	KBT-behandling får prioritet 1.
Barn med <i>separationsångest, generaliserat ångestsyndrom, social fobi</i>	Psykologisk behandling med KBT i grupp och med Internetinslag får prioritet 5.	Läkemedelsbehandling och samtidig KBT får prioritet 3.	KBT-behandling får prioritet 1.

Som det framkommer i tabellen så rekommenderas nätbehandling före eller på samma nivå som läkemedelsbehandling vid lindrig samt medelsvår depressionsepisod. Det är dock inte lika högt prioriterat som live-KBT (prioritet 1) eller medicinsk behandling (prioritet 2) vid paniksyndrom och social fobi för vuxna.

Nätbehandling för barn prioriteras relativt lågt. Det är ett område som inte är väl utprövat eller beforskat. I Stockholm kommer sådan forskning att påbörjas inom kort.

3.2.3 Behandlarrelationen

Behandlingsupplägg över nätet där man inte har en behandlarkontakt har visat på dåliga resultat och höga avhopp (Farvolden et al., 2005). En studie (Palmqvist, Carlbring & Andersson, 2007) har visat att det finns ett starkt samband mellan tid med behandlare och resultat för patienten.

Andersson (2009) skriver att det är viktigt att påpeka för policyskapare att kostnaden för nätbehandling inte går ner till noll efter att systemet sätts på plats. Behandlaren behövs uppenbarligen för att patienterna ska dra nytta av upplägget. Palmqvist (Palmqvist, Carlbring & Andersson, 2007) varnar för upplägg utan behandlare. Det finns en risk att till exempel deprimerade patienter ska dra slutsatsen att psykologisk behandling inte fungerar för dem om det går dåligt för dem. En behandlare kan hjälpa till att höja motivationen, hjälpa patienten vid svårigheter eller administrera alternativ behandling som passar för patienten.

3.2.4 Behandlingsföljsamhet

Är det en stor risk att nätbehandling leder till stora avhopp? Cuijpers, Donker, van Straten och Andersson (2010) publicerade nyligen en studie som jämförde livebehandling med olika typer av guidad självhjälp, dock ej bara nätbaserad sådan. Det framkom där att det är en något högre risk att patienter inte fullföljer behandlingen om det levereras som guidad självhjälp. Skillnaden är dock liten och inte statistiskt signifikant.

Något som skulle kunna påverka är att personer som deltar i forskningsstudier kan vara högre motiverade till att delta i behandlingen och fullfölja den. Svenska studier som specifikt har forskat på psykologisk nätbehandling visar att flertalet av de behandlade inte fullföljer hela behandlingen. Är det motivation det handlar om? Almlöv (2007) skriver att endast 10,5 procent av testpersonerna i behandling för generaliserat ångestsyndrom fullföljde den åtta moduler långa behandlingen. I snitt så genomförde testpersonerna 4,8 moduler. Almlöv konstaterar att testpersonerna nådde bra behandlingsresultat, varför det är möjligt att flertalet testpersoner inte behövde en så omfattande behandling som det var tänkt.

Gustafsson och Lundén (2009) visar att totalt 31% av testpersonerna, som behandlas för tinnitusbesvär över nätet, fullföljde den åtta moduler långa behandlingen. Tinnitus är ett kroniskt symptom och kan eventuellt motivera patienterna till att skaffa sig mer omfattande behandling.

Forskningen visar inte idag vilka variabler som påverkar behandlingsföljsamhet. Den bör dock kunna vara näst intill lika god som traditionell behandling.

3.2.5 Kostnadseffektivitet

Björn Paxling, psykolog och doktorand vid Vrije Universitet i Amsterdam och forskningsassistent vid Linköpings Universitet, har forskat på kostnadseffektivitet gällande nätbehandling. Han berättar att (personlig kommunikation, 10 februari 2010) vid kostnadseffektivitetsberäkningar inräknas alla kostnader som en sjukdom medför för samhället, till exempel sjukskrivning, medicinförbrukning, hemtjänst, läkarbesök på vårdcentral, etc. Den befintliga forskningen visar att kostnadsvinsterna som visas vid live-KBT kan överföras till nätbehandling med KBT. Men det har inte studerats i jämförande studier varför det inte går att säga med säkerhet.

Effektiviteten som nätbehandling erbjuder jämfört med live-KBT är förkortad behandlartid. Paxling berättar att internationell forskning visar på att psykologisk nätbehandling kan ta så lite som 110 minuter totalt. Ett rimligt estimat är att det tar en timme för diagnosticering och screening, två timmar för själva behandlingen samt eventuellt en timme för uppföljningssamtal om det behövs. Dessa tre till fyra timmar kan jämföras med 10–15 timmar för live-KBT (eller 17,7 som Öst påstår tidigare i texten). Det innebär att en behandlare kan ta emot upp emot tre till fyra gånger fler patienter med psykologisk nätbehandling.

Paxling berättar att generellt sett så är han noga med att påtala att psykologisk nätbehandling inte ska ges istället för livebehandling, utan som ett komplement, ur ett vårdutbudsperspektiv. Psykologisk nätbehandling kan användas för att bredda utbudet.

I Socialstyrelsens riktlinjer (SoS, 2010) finns det hälsoekonomiska bedömningar. Där framgår att det inte finns forskningsunderlag att bedöma insatsen med nätbehandling vid paniksyndrom med eller utan agorafobi. För vuxna med medelsvår egentlig depression framkommer att nätbehandling har en lägre hälso- och sjukvårdskostnad än live-KBT eller läkemedelsbehandling. Kostnaden anses vara låg jämfört med annan behandling. För vuxna med lindrig depression dras samma slutsats. För vuxna med social fobi finns det ingen forskning som vägleder.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) säger att först och främst ska den som är i störst behov av vården få den. Därefter ska patienten få möjlighet att välja mellan olika alternativ om två eller fler behandlingar ger likvärdiga resultat och står i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Landstinget ska stå till tjänst och erbjuda den valda behandlingen om det är befogat med tanke på sjukdom och kostnad. Psykologen Karin Angantyr från Samtalsmottagningen i Stenungssund, som använder psykologisk nätbehandling på primärvårdsnivå, berättar (personlig kommunikation, 19 mars 2010) att patienter som får välja mellan psykologisk nätbehandling eller att vänta i kö på live-KBT ofta väljer nätbehandlingen.

3.3 Hur går det till?

Psykologisk nätbehandling, enligt den svenska modellen, innefattar två distinkta delar. Dels behandlingsmanualen som är utvecklad i förväg, dels kontakten med behandlaren som ska ske på ett säkert sätt med tanke på sekretess.

3.3.1 Behandlingsmanualen

Behandlingsmanualen kan finnas i olika format. Den kan vara i form av en bok, utskrivna papper eller en PDF-fil som patienten kan ladda ner till sin dator. Manualen är utvecklad så att den speglar en traditionell KBT-behandling eller annan psykologisk behandling för ett specifikt problemtillstånd eller diagnos. Behandling av social fobi kan till exempel innehålla följande kapitel:

Kapitel	Innehåll
1	Pedagogisk information om social fobi, hur det vidmakthålls och hur behandling av det kan se ut.
2–4	Information och övningar i hur tankar kan ändras för att minska överdrivet negativa eller orealistiska tolkningar. Patienten får arbeta med att ändra dessa.
5–7	Information och övningar om att möta sin egen ångest i sociala situationer. Det förväntas att patienten går ut och möter det svåra på egen hand.
8	Social färdighetsträning för att bygga upp eventuellt begränsade färdigheter. Det kräver övning på egen hand för att utveckla.
9	Återfallsprevention för att inte återfalla i tidigare mönster.

Hur långt tid tar det att utveckla en manual av denna typ? Leverantörer berättar nedan om utvecklingstider på tre eller fler månader beroende på problemområde och hur väl det går att återanvända tidigare producerat material. Författaren till nuvarande rapporten arbetade tillsammans med fyra andra personer under cirka tre månader på cirka 30 procent av tjänst för att utveckla en ny manual för tinnitusbehandling. Vissa texter kunde dock återanvändas från en tidigare manual varför arbetet gick snabbt.

Behandlingsmanualer för olika tillstånd finns inte fritt tillgängligt. Det behöver antingen utvecklas eller införskaffas av tredje part. Senare i texten beskrivs upplägg av Psykologpartners och Livanda som erbjuder behandlingsmanualer och system för behandlingskontakten.

Manualen ställer krav på språklig kompetens och förmåga att självständigt ta till sig innehållet i texten. Personer med koncentrationssvårigheter, dyslexi eller svag begåvning kan ha svårt att tillgodogöra sig innehållet. Om manualen levereras över internet så behöver personen tillgång till dator och viss datorvana. Inför behandling behöver en psykolog eller läkare med differentialdiagnostisk kunskap bedöma om patienten passar för behandling eller ej.

3.3.2 Behandlingskontakten

För att höja motivation och assistera patienten behövs ett kontaktsystem. Med ett elektroniskt kontaktsystem kan patient och behandlare ge frågor och svar till varandra när det passar. Kommunikationen kan ej ske över e-post som inte är säkert och passande med tanke på patientsekretess. Vem som helst kan läsa e-post som inte skickas krypterat över Internet. De flesta e-post-konton har inte den funktionaliteten varför det behövs en särskild kommunikationskanal mellan patient och behandlare. Vissa landsting använder sig av tjänsten Mina Vårdkontakter och privata leverantörer använder sig av egenskapade system.

Manualen ställer vissa krav på personen som ska använda den. Det stämmer även för behandlingskontakten. Personen behöver tillgång till dator och vana av att använda den. Eventuellt kan behandlingskontakten ske per telefon eller fysiska möten. Tidsvinsten med behandling genom kontaktsystemet kan då bli väsentligt minskad.

3.3.2.1 Mina vårdkontakter

Kajsa Söderberg är projektledare för e-tjänster på Vårdportalen 1177 i Västra Götalandsregionen. Hon berättar (personlig kommunikation, 2 maj 2010) att Vårdportalen 1177 ingår i det nationella projektet Vården på webben. Projektet har Sveriges Kommuner och Landsting och Inera AB, tidigare Sjukvårdsrådgivningen AB, som utförare. Vården på webben arbetar med att förverkliga den nationella IT-strategin som samtliga regioner och landsting är anslutna till. Den nationella IT-strategin innefattar bland annat utveckling av e-tjänster.

Dessa e-tjänster kan innebära olika saker. Bland annat finns det möjlighet att boka eller omboka tid hos vårdgivare, få information om sjukdomar, vägledning för att hitta vård, etc. Söderberg berättar att det idag finns en e-tjänst för att ha kommunikation med patienter. Mina vårdkontakter heter den och den går att använda för behandlingskontakten mellan patient och behandlare i psykologisk nätbehandling. Tjänsten finns implementerad på de flesta vårdcentralerna i Västra Götaland och även mottagningar inom specialistvården. Personalen på dessa platser har fått utbildning i hur tjänsten ska användas.

Mina vårdkontakter, som bland annat kan användas för behandlingskontakten, kräver antingen e-legitimation eller personnummer samt lösenord för att logga in. Söderberg berättar att de föredrar e-legitimation som är säkrare. Internetpsykiatri i Stockholm, beskrivet nedan, använder Mina vårdkontakter för att logga in till Internetpsykiatriens egen IT-lösning för psykologisk nätbehandling.

15 landsting inklusive Västra Götalands landsting är idag anslutna till Mina Vårdkontakter. Fler ansluter sig kontinuerligt.

3.4 Lagar och regler

Kajsa Söderberg berättar vidare (personlig kommunikation, 2 maj 2010) att det finns ett antal lagar att förhålla sig till när det gäller psykologisk behandling över Internet. Rapporten tar inte upp frågan i större detalj men hänvisar till följande lagar och regler:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientdatalagen
- Personuppgiftslagen
- Sekretesslagen
- Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
- Tryckfrihetsförordningen och arkivlagen
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om patientjournalen
- Socialstyrelsens allmänna råd om identitetskontroll med mera av patienter i hälso- och sjukvården

Söderberg säger att det kommer att komma fler lagar, föreskrifter och förordningar allt eftersom e-tjänster utvecklas och blir vanligare. Hon påminner om att enheter som är kopplade till universitetssjukhusen måste lagra samtlig information som rör journal och vård, för all framtid.

3.5 Organisatoriskt upplägg

Andersson, Carlbring, Kaldo och Cuijpers (2010) berättar om organisatoriska utmaningar vid användandet av psykologisk nätbehandling. Identifierandet av dessa utmaningar och förslag på hantering av dem kommer från erfarenheter av att implementera psykologisk nätbehandling för tinnitus vid Audiologavdelningen i Uppsala samt ångest och depressionsbehandling vid Internetpsykiatri i Stockholm.

Den första utmaningen gäller patientens attityd till behandlingen (ibid, 2010). Patienten bör vara medveten om att behandling kan ges över Internet. De behöver dessutom känna till att nätbehandlingen mycket väl kan hjälpa dem och inte bara är ett andrahandsval. Det behöver även personalen som arbetar med eller omkring nätbehandlingen känna till. Det förekommer uppfattningar att nätbehandling kan vara ett hot mot den egna yrkesgruppen, att det är svårt och inte ett fullvärdigt behandlingsalternativ. Den attityden kan föras vidare till övrig omkringliggande personal samt patienten och påverka negativt. Ett sätt att hantera detta är att utbilda patienter, behandlarna och omkringliggande personal om nätbehandling, samt att inkludera andra personalgruppers kun-

nande i nätbehandlingens upplägg. Patienterna kan informeras tydligt om nätbehandling på hemsidor som hör till enheten och eventuella hänvisare på nätet. Författarna skriver att Sverige har haft stort stöd av media som visat en positiv bild av psykologisk nätbehandling.

Den andra utmaningen gäller det organisatoriska upplägget (ibid, 2010). Först och främst ska den psykologiska nätbehandling ha en behandlingsmanual. Det måste utvecklas lokalt eller köpas in från leverantörer. Behandlingsmanualen kan även kompletteras med veckovisa patientskattningar, till exempel gällande nivå av suicidalitet, vilket är viktig information för behandlarna. Dessa delar av systemet kan behöva integreras i existerande IT-system hos vårdgivaren. Sådan integrering kan vara svår och kräva hög patientsäkerhet. Det är en fördel om behandlingspersonalen har kunskaper inom säkerhet och programmering. Författarna säger att skillnader mellan IT-system inom landet och regionen kan göra «the implementation of an evidence-based Internet treatment slow, bureaucratic and much more costly than if a more centralised system were used» (s. 3 i kapitlet, Andersson, Carlbring, Kaldó & Cuijpers, 2010).

Den tredje utmaningen gäller personalens kvalifikationer (ibid, 2010). I psykiatrisk vård behöver personalen kunna hantera akut suicidalitet. Det förekommer även hos personer med lättare depressioner och andra psykiatriska tillstånd. Duger det då med en sekreterare eller ska det finnas en psykolog?

Den fjärde utmaningen gäller kostnadsupplägget (ibid, 2010). Hur ska vårdgivaren ta betalt för behandlingen över nätet? Ska det kosta lika mycket som behandling ansikte mot ansikte eller som gruppbehandling? På Audiologavdelningen i Uppsala betalar patienten endast för det första besöket på avdelningen men inte för efterföljande nätbehandling. Internetpsykiatri i Stockholm bokar in patienten varje vecka som om den vore med på en gruppbehandling, oavsett om patienten aktivt deltar i behandlingen över nätet just den veckan. Författarna skriver att det ofta går att lösa det ekonomiska upplägget om patienten har träffat en diagnosställande psykolog eller psykiater innan behandlingen sätter igång.

För att utveckla förståelsen för hur olika organisatoriska upplägg kan se ut har undertecknad gjort intervjuer med personer som implementerat och/eller använder sig av psykologisk nätbehandling i reguljär vård. De intervjuade kommer från enheter på olika organisatoriska nivåer i vårdkedjan och kan ses som exempel på hur psykologisk nätbehandling kan levereras till patienter.

3.5.1 Central enhet – Internetpsykiatri

Viktor Kaldó berättar (personlig kommunikation, 12 februari, 2010) om Internetpsykiatrienheten i Stockholm. Han är psykolog och filosofie doktor i klinisk psykologi och arbetar på Internetpsykiatrienheten. Han berättar att enheten startade i mitten av 2007 och ligger organisatoriskt placerad under Psykiatri Sydväst i Stockholms län. På enheten finns det sex psykologer. Dessa arbetar vanligen endast 50 procent med patientarbete över nätet då det kan bli alltför monotont att arbeta endast med nätbehandling. Det finns även tre överläkare på deltid, en sjuksköterska och en sekreterare på heltid. De använder endast KBT-utbildade psykologer för nätbehandling.

Finansiering av enheten utgår genom ett specialavtal med beställare från landstinget. För 2010 utgår en klumpsumma på fem till sex miljoner kronor för behandling av 800 patienter, med en total patientkostnad på 7 500 kronor. I uppdraget ingår att ta emot patienter från hela landstingsområdet. Patienterna ska vara diagnostiserade med depression, paniksyndrom, social fobi, hälsoångest eller colon irritabile (IBS) för att få behandling. Diagnostisering sker på enheten och patienter kan remitteras till enheten eller komma per egenremiss. Uppåt 60 till 70 procent av patienterna kommer med egenremiss. Patienten får en läkartid för diagnos inom 21 dagar och får därefter inom fyra dagar påbörja behandling. Enheten har inte svårt att hålla dessa siffror men inflödet till enheten kan svänga stort.

Enheten har gjort kliniska studier av sina behandlingar och det har ständigt uppmuntrats av Nils Lindfors, psykiater och professor i psykiatri samt enhetschef på Psykiatri Sydväst. Många av de anställda doktorerar eller har doktorerat. Kaldó berättar att verksamheten ständigt kvalitetsutvärderas. Det gäller även patientarbetet. Deras IT-system är upplagt så att det skickar patienterna förfrågningar om deras mående i allmänhet och kopplat till deras specifika problematik. Där ingår bland annat en skattning av suicidalitet. Kaldó frågar retoriskt om hur många andra enheter som har skattningar varje vecka av suicidrisk? Suicidrisken är inte särskilt överhängande men det är särdeles viktigt att fånga upp den risken.

Kaldó kommenterar att de organisatoriska förutsättningar som behövs för att bygga en liknande enhet är tydlig

finansiering, engagerade ledare, forskning eller kvalitetsutvärdering samt kompetent personal. En orsak till att Internetpsykiatri kunnat bli en så stor enhet har berott på det ekonomiska underlaget. Det behövs en stabilitet och uthålliga beställare om enheten ska bli en del i den reguljära vården.

Nackdelen med att ha en central enhet är att det inte passar att ha nätbehandling som heltidstjänster. Kontakten utåt mot patienterna blir känsligare för en central enhet jämfört med om det är integrerat inom specialistpsykiatri eller på primärvårdsnivå. Utmaningar som han ser för en vårdcentral är att skapa ett organisatoriskt utrymme för psykologisk nätbehandling. Utrymmet är lättare att skapa centralt istället för att lägga det på 20 till 30 personer som arbetar på olika arbetsplatser med olika goda förutsättningar.

Internetpsykiatri arbetar nu med programmerare för att utveckla ett nytt IT-system. Det tidigare systemet har varit hårt bundet till IT-systemet i landstinget och var inte överförbart till andra enheter i landet. Det nya IT-systemet ska gå att sprida vidare.

3.5.2 Vuxenpsykiatrisk enhet i Uppsala

I intervju (personlig kommunikation, 19 februari 2010) med Åsa Törnkvist, psykolog och utvecklingschef på Psykiatridivisionen, klargör hon att man inom vuxenpsykiatri i Uppsala är tydliga med att inte kalla det de erbjuder för psykologisk nätbehandling. De kallar det för vägledad självhjälp. Det beror på att de inte har ett tillräckligt säkert IT-system för kommunikation med patienten. Den vägleda självhjälpen sker istället genom en coach som har kontakt med patienten utefter behov. Undertecknad har valt att intervjua Törnkvist med tanke på den breda implementeringen av insatsen och att det i mångt och mycket liknar psykologisk nätbehandling som definierat tidigare, specifikt deå de använder sig av en behandlingsmanual över Internet.

I Uppsala används den vägleda självhjälpen sedan 2008 inom flertalet specialistpsykiatriska enheter. Det klassas fortfarande som ett pilotprojekt som prövas för att hitta bäst passande former. Törnkvist införde den vägleda självhjälpen för att få bättre flöden genom psykiatri. Input såg bra ut men output såg inte lika bra ut. De hade en stor stock med patienter som det var oklart vad de ska få för vård. Patienterna kan ha svårt för att hantera en förväntan om att skapa förändring, andra har gått igenom KBT-behandling men vill ha mer och ytterligare andra har endast stödsamtal, slutligen finns det en patientgrupp som hamnar i en gråzon mellan primärvården och specialistpsykiatri. Vägledad självhjälp sågs som ett komplement till övrig vård för att hjälpa den nämnda patientstocken.

Upplägget som Uppsalapsykiatri använt börjar med att patienter som är intresserade av vägledad självhjälp får ta kontakt med en bedömningspsykolog. Den psykologen arbetar halvtid endast med det uppdraget och ska förutom bedömningen handleda coacherna. Vem som helst av behandlarna inom öppenvården i psykiatri kan vara coach. Alla dessa har inte under projektets gång haft grundläggande psykoterapeutisk utbildning i KBT men det blir bäst resultat om de har det. Bedömningspsykologen står för diagnossättande, vissa skattningsformulär och bedömning för hur mycket kontakt patienten behöver. Patienter med hög funktionsnivå och mindre problem får minst tre samtal totalt med coachen på mottagningen under behandlingen. De med störst behov får de obligatoriska tre coachsamtalen, ytterligare besök efter behov samt telefonstöd. Vid avslutning träffar patienten bedömningspsykologen igen för avslutande bedömning och utvärdering.

Törnkvist berättar att de använder sig av leverantören Livanda (för mer om Livanda som leverantör se nedan) vilken de är nöjda med. Kostnaden till leverantören anses vara låg och avgiften läggs inte på patienten utan betalas av psykiatrienheten. Pinnsystemet för att beräkna produktion går lätt att hantera i dagsläget då kontakten med patienten sker per telefon eller som ett möte ansikte mot ansikte.

Det framkommer att Törnkvist inte bara rekommenderar vägledad självhjälp för patienter med enklast problem-bild och högst funktionsnivå. Deprimerade patienter som har svårt att ta in det som sägs under en live-behandling kan ha stort stöd av att få sitta ner i lugn och ro hemma och läsa ett stycke i taget i texten. Det är möjligt att de patienter som har störst funktionsnedsättning kan ha störst nytta av vägledad självhjälp, kommenterar Törnkvist. Hennes erfarenhet är att personer med stor problematik har haft god nytta av den vägleda självhjälpen, men betonar samtidigt att det är helt avgörande med rätt sorts coachning. Sammantaget är det svårt att se vilka som inte skulle ha nytta av det. Ordet har spridit sig och patienter som inte hör till psykiatri har hört av sig för att efterfråga vägledad självhjälp. Dessa har hänvisats till primärvården eller Livanda som själva tar emot patienter.

För att sätta igång ett projekt som detta behövs det en engagerad projektledare. Därefter behövs ett formellt

dokumenterat beslut hos uppdragsgivaren. Törnkvist menar att det är vanligt inom den stressade sjukvården att bygga på redan existerande strukturer när projekt som detta ska ros i land. Om uppdragsgivaren vill skapa en enhet i stil med Internetpsykiatri ser hon litet behov av psykiatriker. Det kan behövas allmänläkare men primärt finns det ett behov av psykologer med KBT-kompetens.

Törnkvist berättar (personlig kommunikation, 20 maj 2010) att det har förekommit många avhopp av de som startat med den guidade självhjälpen. Över hälften av de som börjat har inte avslutat sin behandling, men hon betonar att en hel del av dessa fortfarande befinner sig i det tre månader långa programmet. Hon kommenterar avhoppet med att det antagligen kan förväntas med tanke på forskningen som visar på att det behövs en löpande kontakt för att motivera till fortsatt behandling. Deras upplägg med guidad självhjälp ger eventuellt högre avhopp. Men med ett förnyat upplägg med veckobaserad telefonkontakt, bedömning med mer erfarenhet och mer KBT-handledning till coacherna, så tror Törnkvist att avhoppet kommer att minska drastiskt.

3.5.3 Samtalsmottagningen, Stenungsund

Psykologen Karin Angantyr arbetar på Samtalsmottagningen som servar två vårdcentraler i området. Enheten ligger placerad under primärvården Södra Bohuslän och där jobbar förutom psykologen, en kurator och en psykiatrisjuksköterska. Sedan hösten 2009 har psykologen börjat arbeta med att införa nätbehandling på mottagningen. Angantyr berättar (personlig kommunikation, 19 mars 2010) att hon använder behandlingsmanualer och behandlingskontaktsystem från leverantören Psykologpartners (för mer om Psykologpartners som leverantör se nedan) som hon är nöjd med. Psykologpartners hade en utbildningsdag i början av implementeringen där de berättade om hur bedömning (bedömningsmall och strukturerad diagnostisk intervju), hantering av behandlingskontaktsystem, rutiner för programmet och uppföljning går till.

Införandet av psykologisk nätbehandling initierades för att hantera dåligt genomflöde. Live-KBT är efterfrågat och även om hon erbjuder i snitt 10 sessioner per patient så blir det köbildning. Patienterna får nu ett erbjudande om att arbeta med psykologisk nätbehandling eller stå på väntlista. Många är intresserade och vill pröva.

Angantyrns erfarenhet, så här långt är att behandlingsarbetet med nätpatienterna inte tar så mycket tid som hon avsett. Hon hade satt av tre timmar per vecka för 15 patienter men de tar bara en till en och en halv timme i anspråk. Hon tror att en person som är van vid nätbehandling kan ha cirka 30 patienter igång med nätbehandling samtidigt som övrigt patientarbete sköts. Så här långt så har det varit roligt att börja arbeta med nätbehandling och det kan vara en trevlig variation från ordinarie patientarbete. Men hon säger att den som driver projektet behöver vara en eldsjäl och verkligen vara intresserad.

Effekten på enheten har blivit att patienter snabbare kan plockas in i behandling. Hon skulle gärna se att patienter med lindrig depression först och främst får denna typ av behandling innan antidepressiva läkemedel prövas. Det skulle vara en kostnadssänkande insats för vårdcentralerna. Angantyr tycker sig se att patienterna blir självständigare med nätbehandlingen än med live-behandling. En nackdel för henne som psykolog är att patienterna som återstår har en tyngre problematik, vilket kan sätta högre tryck på hennes övriga arbete.

Det är viktigt att utbilda sjuksköterskorna, läkarna och övrig personal om insatsen så att de vet vad det är som erbjuds. Dessa har varit intresserade och positiva till det nya behandlingsupplägget. Patienterna är också än så länge positivt överraskade. En patient som var fundersam över upplägget blev glatt överraskad över hur bra det fungerade. De som tackat nej till nätbehandlingen har sedan tidigare förväntat sig live-behandling. Angantyr säger att hon varit noga med att välja ut rätt patienter till behandlingen, vilket säkert påverkat det positiva utfallet.

Insatsen täcks inte i dagsläget av Rehabiliteringsgarantin och genererar inte pengar utöver de möten med patienten som hon har på enheten vid bedömning och eventuell avslutning. Det gör att enheten primärt får bättre tillgänglighet men inte högre intäkter. Om betalning för insatsen skulle skötas på annat sätt skulle eventuellt högre intäkter genereras.

Vid uppföljning (personlig kommunikation, 30 april 2010) berättar Angantyr att hon uppfattar att patienterna är självständigare än vid livebehandling. De tar större ansvar för vidare utveckling och blir inte lika beroende av henne som behandlare. Fyndet är dock baserat på begränsade data och kan inte generaliseras. Framtida forskning kan visa om uppfattningen stämmer och om det gäller specifika patientgrupper med viss funktionsnivå.

3.5.4 PrimNet – forskningsstudie

Marie Kivi, psykolog på Åby Vårdcentral och Maria Eriksson, psykolog på Psykiatriska Öppenvårdsmottagningen i Skene arbetar som studiekoordinatorer för en forskningsstudie av psykologisk nätbehandling i Västra Götalandsregionen. Studien utvärderar depressionsbehandling från leverantören Psykologpartners på primärvårdsnivå. Kivi och Erikssons roller är att ansvara för forskningsstudiens upplägg samt implementering av nätbehandlingen på vårdcentralerna. Det sista innebär att utbilda psykologer och andra behandlare på vårdcentralerna och stötta dem med handledning.

Bakgrunden till studien har varit att det finns ett fåtal psykologer och övriga behandlare som arbetar med KBT inom primärvården. Forskningsstudien är ett samarbetsprojekt mellan Psykologiska Institutionen vid Göteborgs Universitet, Allmänmedicin vid Sahlgrenska Akademien, Primärvården Södra Älvsborg samt FoU-enheterna i Södra Älvsborg och Fyrbodol.

Kivi och Erikssons erfarenheter vid implementeringen av upplägget har varit bland annat att det har varit svårt att få tag på psykologer till studien. De har fått vända sig till psykoterapeuter med olika grundyrken som velat vara med. I allmänhet har också tillgången på psykologer och psykoterapeuter med tillräckligt hög KBT-kunskap och erfarenhet varit låg.

Utbildningsinsatsen inför implementering, given av Kivi och Eriksson till behandlarna, har tagit en och en halv dag eller mer och behandlarna har därefter fått löpande handledning. Den första insatsen innefattar utbildning i bedömning, behandlingsmanualen samt hur kommunikation med patienterna går till.

Forskningsstudien pågår just nu och de erfarenheter av implementeringen som Kivi och Eriksson dragit är att det krävs en stor motivationsinsats för att få med vårdcentralerna i studien. Vårdcentralerna har inte nödvändigtvis de personalresurser som behövs, nätbehandling kan vara lågt prioriterat och det finns inte nödvändigtvis ett organisatoriskt utrymme för behandlarna. Ska nätpatienterna behandlas över lunchen?

Kivi och Eriksson tror att behandlingen kan ge bra resultat på primärvårdsnivå men att det kommer att bli en ojämn implementering av psykologisk nätbehandling med tanke på olika intresse, förkunskaper och om psykologer eller andra yrkesgrupper finns på plats. De erfar även att det behövs eldsjäljar för att driva genom detta arbete. Det är tveksamt om det finns eldsjäljar nog för att införa detta på flertalet vårdcentraler.

3.6 Leverantörer av psykologisk nätbehandling

För att starta arbetet med psykologisk nätbehandling krävs bland annat de två komponenterna som nämnts ovan: en behandlingsmanual och ett behandlingssystem som är säkert. Dessa två saker finns inte tillgängliga per automatik utan måste köpas in av leverantörer eller utvecklas lokalt. Kontaktsystemet Mina Vårdkontakter går att använda för behandlingssystemet mellan patient och behandlare och finns implementerat på många vårdcentraler och sjukhusmottagningar. Nedan presenteras vad två väletablerade leverantörer erbjuder och även hur tillgänglighet till framforskade behandlingsmanualer från universitet ser ut.

3.6.1 Psykologpartners

Företaget Psykologpartners har arbetat med psykologisk nätbehandling sedan 2006. Kristofer Vernmark, psykolog och utvecklare av nätbehandlingen berättar (personlig kommunikation, 22 januari 2010) att de erbjuder behandlingsmanualer, behandlingssystem, utbildning och hjälp vid implementering. De har arbetat med implementering av psykologisk nätbehandling på flertalet platser på vårdcentraler och öppensykiatriska mottagningar. Psykologpartners arbetar även med live-behandling med KBT, ledarskapsutveckling, utbildning, sköter driften av en vuxensykiatrisk enhet i Helsingborg och är belägna på vårdcentraler i Östra Götaland. Totalt är det 60 anställda på sju orter i Sverige varav merparten är psykologer. De har samarbeten med flera universitet.

Deras behandlingsmanualer bygger på KBT och finns antingen i bokform, text över Internet eller i interaktiv form med medföljande arbetsbok inklusive cd. Den interaktiva varianten innehåller filmer, bildspel, animationer och berättarröster. Vernmark anser att det kan vara till hjälp för till exempel deprimerade patienter med koncentrationssvårigheter som kan behöva ett stimulerande upplägg för att orka med. Dessutom så förväntas även ett modernt upplägg på Internet av patienter som är vana vid hemsidor som Aftonbladet.se och Youtube.com. Psykologpartners

erbjuder behandlingsmanualer för depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserat ångestsyndrom samt inom kort även för sömnbesvär. De kan utveckla nya behandlingsmanualer om intresse finns och det tar ungefär tre månader för en person på heltid att skapa en ny. Deras program finns i nuläget bara på svenska men det går att översätta texter och dubba videofilmer om det efterfrågas.

Behandlingsmanualen kan användas anonymt av användaren och sparar inga personuppgifter. Behandlingskontaktsystemet är säkert i enlighet med gängse standard och använder engångskoder samt krypterad överföring via SSL (secure socket layer). Förutom behandlingskontakten så tillåter behandlingskontaktsystemet att valfria frågor ställs till patienterna. Det gör att systemet kan hantera skattningar av till exempel depressionsgrad, belåtenhet med behandlingen, suicidrisk, etc. Det ingår även i den interaktiva behandlingen att patienten löpande gör skattningar av sitt mående.

Vernmark svarar att det som vårdcentralen eller enheten behöver börja med för att arbeta med psykologisk nätbehandling är utbildning. Hur mycket beror på vilka bakgrundskunskaper som behandlarna och organisationen har. Utbildningsinsatsen i början brukar ta två halvdagar och går igenom behandlingskontakten, behandlingsmanualerna, hur bedömning görs, hur behandlaren svarar effektivt och ger feedback på patienternas kontakt över nätet samt genomgångar av lathundar för patienter och behandlare.

Vid implementering på vårdcentralen eller enheten så säger Vernmark att det är viktigt att alla har viss kunskap om nätbehandlingen. Läkare och sjuksköterskor behöver vara med på delar av utbildningen så att de tas med i upplägget, eftersom de oftast är den yrkeskategori som först kommer i kontakt med patienten. Någon av de utbildade får sedan ansvara för att kontinuerligt informera hyrläkare och ny personal om upplägget så att en positiv attityd behålls. Om sjuksköterskor triagerar, lotsar patienterna för att avlasta läkarna och skicka patienterna till rätt yrkesgrupp, så kan de på ett tidigt stadium göra en första bedömning om patienten kan passa för psykologisk nätbehandling.

Tidsåtgången för behandling beräknar Vernmark till 45–60 minuter för bedömningssamtal med diagnostik. Därefter 5–10 minuter per kontakt i behandlingskontaktsystemet (generellt sett en gång i veckan per patient) samt en halvtimme i veckan för att gå igenom statistik som visar på patienten går igenom behandlingsmanualen samt eventuella skattningsfrågor.

Några organisatoriska svårigheter som Vernmark kan se eller har erfarenhet av är att det kan finnas ett motstånd mot implementeringen från olika personalgrupper, det tar tid att lära sig något nytt, det behövs en viss datorvana och det tar minst en halvtimme per vecka för att arbeta med behandlingskontaktsystemet. Dessa svårigheter kan göra att det är bra med en pådrivare inom enheten.

Vernmark ser vissa fördelar med att ha psykologisk nätbehandling på vårdcentral och inte en central enhet. Vårdkedjan kan bli längre om personer ska remitteras vidare till en central enhet för psykologisk behandling. Vården blir uppdelad och inte integrerad med till exempel läkemedelsbehandling avskilt till vårdcentralen.

En Temo-undersökning har visat att 70 procent av svenska folket i första hand vill vända sig till vårdcentralen för att få hjälp med psykisk ohälsa och inte specialistvård. Om en central enhet efterfrågas kan dock Psykologpartners erbjuda ett upplägg för det. Vernmark säger att de snabbt kan komma igång och möta ett stort behov om det skulle behövas.

Kostnaden för utbildning och löpande system diskuteras vid intresse säger Vernmark.

3.6.2 Livanda

Företaget Livanda arbetar uteslutande med psykologisk nätbehandling och har gjort det sedan 2003. Lars Ström, psykolog och fil dr., berättar (personlig kommunikation, 28 januari 2010) att Livanda erbjuder ett behandlingsupplägg med behandlingsmanualer och ett behandlingskontaktsystem samt tillgång till behandlare om det önskas.

Livanda har utvecklat textbaserade behandlingsmanualer för generaliserad ångest, social fobi och panikångest i ett gemensamt upplägg. De har även manualer för stressproblem, insomni, depression, spelberoende, låg självkänsla, övervikt och smärtproblem. De har en manual för behandling av AD/HD som är under utveckling och utvärdering. Ström berättar att de planerar att utveckla manualer för tvångssyndrom, hälsoångest och eventuellt relationsproblem samt dysmorfofobi. Det tar mellan fyra till sex månader att utveckla nya manualer. Ångestprogrammet finns översatt till engelska och det skulle vara relativt lätt att översätta övriga manualer till engelska. De har övervägt att översätta ångestprogrammet till spanska men inte prioriterat det högt ännu.

Trafiken mellan användaren till Livanda krypteras med SSL och ska inte gå att komma åt för en tredje part. Behandlingskontaktsystemet kräver att patienten skapar ett lösenord som används vid inloggning. Systemet kan skicka e-post till patienten för att denne ska kunna meddelas om svar från behandlaren i behandlingskontaktsystemet. Livanda har ej möjlighet att skicka påminnelser per SMS till patienten men kan utveckla det om det upplevs som viktigt. Om patienten inte varit inne i systemet på 10 dagar så skickas en påminnelse automatiskt till patienten om att denne inte varit inne i systemet på länge. Behandlaren har ett eget gränssnitt gentemot sina patienter där denne kan sköta patientkontakten samt se hur långt patienten kommit i arbetet med manualen och frågor till patienter gällande depressionsgrad, belåtenhet med behandlingen, etc. Förutom dessa funktioner har Livanda utvecklat en telefonbokningskalender mellan patienter och behandlare.

När det gäller vårdcentraler så rekommenderar Ström att en psykolog eller läkare står för ett första bedömnings-samtal och diagnostik. Därefter behövs ett första samtal med patienten för att sätta igång behandlingen. Efter att patienten påbörjat arbetet med manualen och hunnit till den andra genomgångna modulen i manualen så är det bra att ha en kontakt med patienten för att förhindra bortfall. De patienter som tappar intresset gör ofta det efter andra delen av manualen. Vid avslutning kan det även passa att ha en avslutande kontakt med behandlaren.

Ström ser hellre att psykologisk nätbehandling används på primärvårdsnivå än inom en central enhet. Vårdcentralen står för en bred kompetens och den psykologiska behandlingen blir då integrerad i övrig vård. Han tror också att patienten kommer i snabbare kontakt med behandling om det sker på den enskilda vårdcentralen.

Vårdcentralen får betala 350 kronor inklusive moms för behandlingsmanualen och behandlingskontaktsystemet om patienten behandlas av en behandlare på vårdcentralen. Det kostar 1 295 kronor inklusive moms om behandlingskontakten ska skötas av Livanda. Ström berättar att Livanda kan utbilda personal på avdelningen vid behov. Ett upplägg för en vårdcentral skulle innehålla en första allmän introduktion som samtliga personalgrupper kan delta i. Därefter får behandlarna utbildning i hur behandlingskontaktsystemet fungerar. Ström säger att de inte arbetar med traditionell handledning av personal men att behandlarna kan få support via e-post och telefon.

3.6.3 Linköpings Universitet

Gerhard Andersson, professor vid Linköping Universitet i klinisk psykologi, psykolog och psykoterapeut, har forskat på psykologisk nätbehandling och har varit med och utarbetat Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av depression och ångest nämnt ovan.

Tillsammans med docenter, doktorander och psykologstudenter har han varit med och tagit fram eller beforskat olika behandlingsmanualer för huvudvärk, tinnitus, paniksyndrom, kronisk smärta, insomni, depression, social fobi, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, gemensam manual för olika ångestillstånd, tinnitus, PTSD, parterapi och sekundära besvär vid bröstcancer.

I intervju med Andersson (personlig kommunikation, 5 februari 2010) berättar han att dessa manualer inte finns fritt tillgängliga utan är låsta av upphovsrättsligt skydd eller äganderätt. Samarbetspartners i forskningsprojekt kan använda sig av vissa tillgängliga manualer.

4. Slutsatser

Primärvården har stått och står inför en stor utmaning när det gäller att behandla den psykiska ohälsan. I Västra Götaland har det fria vårdvalet, så här långt, inneburit att psykologiska insatser inskränkts samtidigt som SKL, Sveriges regering och Socialstyrelsen påpekar behovet av psykologisk behandling i form av KBT. Vårdvalet och en tandlös verifiering av denna riskerar att kraftigt nedmontera psykologisk behandling inom primärvården.

Psykologisk nätbehandling har gott stöd och rekommenderas högt av Socialstyrelsen (SoS, 2010). Nätbehandling framstår som en möjlighet att hjälpa fler patienter per psykolog och annan passande personal inom primärvården. De som har arbetat med att implementera nätbehandling på vårdcentraler kommenterar att det kan vara svårt om det inte finns passande yrkesgrupper, eldsjälar och de som vill arbeta på det nya sättet. Om de nya vårdcentralerna inte prioriterar att anställa psykologer så är det svårt att anta att de kommer att kunna implementera nätbehandling framgångsrikt mer än på enstaka vårdcentraler. Vårdutbudet kan komma att bli ojämnt över regionen och det blir endast vissa patienter som kommer att få tillgång till psykologisk behandling över Internet.

Det bör poängteras att nätbaserad behandling på inget vis kommer att vara en räddare i nöden som löser alla problem. Rätt använt så kan det göra att många fler personer kommer åt psykologisk behandling. Upplägget kan riskera att patienter felbedöms och får vård som inte passar dem. Det krävs god bedömning av psykolog eller läkare för att avgöra vilka som lämpar sig för behandlingsupplägget. Det kan dessutom bli väldigt dyrt och byråkratiskt om inte god hänsyn tas till hur behandlingen ska implementeras i IT-systemet som gäller i regionen eller lokalt på avdelningen. Vidare så är psykologisk nätbehandling är inte en behandling för alla. Lässvårigheter, språkbarriärer och fler aspekter behöver hanteras.

Rapporten har i första hand uppmärksammat dålig tillgång till psykologisk behandling. Förutom att åtgärda dålig tillgång så kan psykologisk nätbehandling även vara en kostnadsbesparande vårdinsats. I rekommendationerna nedan föreslås en central enhet likt den som finns i Stockholm. Viktor Kaldo berättade (personlig kommunikation, 12 februari 2010) att Internetpsykiatri har en budget på 5–6 miljoner kronor för behandling av 800 patienter per år. För dessa patienter ansvarar sex psykologer på halvtid, tre stycken överläkare, en sjuksköterska och en sekreterare. Det är totalt åtta tjänster men bara tre heltidstjänster som är inriktade på behandling. Om Östs uppgift ovan stämmer, att en behandlare i livebehandling kan ta emot cirka 48 patienter per år så skulle det krävas 16,6 behandlartjänster för att behandla lika många patienter som Internetpsykiatri gör. Det är mer än fem gånger så många tjänster som Internetpsykiatri behöver för att åstadkomma samma mängd vård. Det är dock möjligt att olika patientgrupper behandlas och Internetpsykiatri tar de med högre funktionsnivå. De når eventuellt högre produktion på grund av det.

Det poängteras även att det inte behövs psykiatriker för att sköta diagnostik eller behandlingsuppföljning av psykologisk nätbehandling. Psykologer kan ta ansvar för diagnostik och behandlingsuppföljning. Det visar till exempel behandlingsupplägget i Uppsalas vuxenpsykiatri. Det bör även understrykas att personal utan differentialdiagnostisk kunskap i psykisk ohälsa ej bör stå för bedömning inför och uppföljning av psykologisk nätbehandling. Psykologer bör ingå som kvalitetssäkrande faktor med tanke på arbetsuppgiften och för att det är ett relativt nytt arbetssätt. Nyttjade psykologer bör även minska belastningen på läkarresursen.

Psykologisk nätbehandling bör dock inte införas som det enda behandlingsalternativet i löpande vård. Björn Paxling kommenterar (personlig kommunikation, 10 februari 2010) att nätbehandling ska ses som ett komplement till övrig vård och inte något som konkurrerar ut live-behandling.

4.1 Rekommendationer

Utifrån aktuell situation och farhågor om fortsatt negativ utveckling rekommenderas följande åtgärder:

Central enhet:

- Att starta en central enhet för psykologisk nätbehandling på det sätt som det införts i Stockholm. Enheten bör på samma sätt som Stockholmsenheten kunna ta emot patienter från hela regionen och på så vis avlasta primärvården och till viss grad även vuxenpsykiatrien. Enheten ska kunna borgen för att det finns psykologisk nätbehandling för samtliga invånare i Västra Götalandsregionen. Den ska stå för att kunna göra tidiga insatser med kort väntetid.
- Enheten kan ha ett leverantörsneutralt upplägg och ansluta så väl landstingsanknutna som privata vårdcentraler. Primärvårdsförvaltningen kan erbjuda det till vårdcentralerna för ett fast belopp. Som det poängteras i texten om Internetpsykiatrien så behöver enheten ha goda förutsättningar till att etableras och långsiktig ekonomisk uppbackning.
- Enheten bör dessutom ha forskningsanknytning med tanke på att behandlingsområdet fortfarande är tämligen ungt. Samt att utveckling av nya behandlingsupplägg behöver testas vetenskapligt inför bruk i löpande vård.
- Enheten bör starta så snart som möjligt och kan med fördel använda redan existerande behandlingsmanualer från leverantörer eller samarbetspartners. Om allt ska byggas upp från grunden med egna kontakthanteringssystem och behandlingsmanualer kan det ta flera år innan enheten når samma behandlingsutbud som Stockholmsenheten har.
- Enheten bör ställas under Primärvårdsförvaltningen. Den har ansvar för tidiga insatser vilket ligger i linje med forskningsresultaten nämnda ovan. Patienter upplever det som mindre stigmatiserande att ta kontakt med primärvården än psykiatrien. Sjukvården bör hjälpa till att normalisera psykisk ohälsa.
- Enheten kan tillgängliggöra nätbaserad psykologisk behandling till vuxenpsykiatriska enheter. Med tanke på forskningsresultaten så bör enheten primärt vända sig till primärvårdspatienter.
- Enheten bör i nuläget endast vända sig till vuxna med tanke på forskningsstödet.
- Enheten bör ha psykologer anställda som även har andra arbetsuppgifter så att arbetet inte blir för monotont. Det kan med fördel kombineras med organisations- och forskningsansvar.

Vårdcentraler, vuxenpsykiatriska enheter och övriga vårdgivare:

- Att snarast möjligt implementera psykologisk nätbehandling i övrigt vårdutbud så som rekommenderat av Socialstyrelsen. Primärt gäller det mild till måttlig depression, paniksyndrom och social fobi för vuxna. Psykologpartners och Livanda erbjuder lösningar för detta och bör nyttjas om inte billigare lokala alternativ finns tillgängliga. Psykologer bör anställas för att utföra diagnostik, bedömning och sköta löpande behandlingskontakt.
- Det behöver finnas ett organisatoriskt utrymme för behandlarna att arbeta med nätbehandlingen. Eventuellt går det att nyttja återbud och fylla det tomrummet med patientarbete.
- Med tanke på Socialstyrelsens riktlinjer bör lindrig depression behandlas med psykologisk nätbehandling innan antidepressiv medicin testas. Om det finns ett behov av frigörande av läkartider på vårdcentralen kan psykologen avlasta med diagnosticering samt ge snabb insättning av psykologisk nätbehandling. Det bör kunna vara en kostnadsbesparande åtgärd.
- Vårdcentralerna bör ta betalt för patientens behandlingskontakten med psykologen på något sätt. Om arbetet med patienter över nätet inte får kosta så är det möjligt att behandlingen snabbt bortrationaliseras vid ekonomiska svårigheter.

5. Källförteckning

- Almlöv, J. (2007) *Origo: a randomised controlled study*. Psykologexamensuppsats. Linköpings Universitet: Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköping.
- Andersson, G. (2009) Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 175–180.
- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldö, V., et al. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the Internet. The Swedish experience. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 161–181.
- Andersson, G., Carlbring, P., Kaldö, V., & Cuijpers, P. (2010). Implementing Internet treatment in specialist health care settings. I J. Bennett-Levy, J., H. Christensen, P. Farrand, K. Griffiths, D. Kavanagh, B. Klein, M. Lau, J. Proudfoot, D. Richards, J. White & C. Williams (Eds.), *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions Oxford*: Oxford University Press.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., Andersson, G. (2010) Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, doi:10.1017/S0033291710000772, publicerad online av Cambridge University Press 21 April 2010.
- Farvolden, P., Denisoff, E., Selby, P., Bagby, R. M., & Rudy, L. (2005). Usage and longitudinal effectiveness of a Web-based self-help cognitive behavioral therapy program for panic disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 7:1, e7.
- Findahl, O. (2007) *Svenskarna och Internet*. Hudiksvall: World Internet Institute. Hämtad 2010-03-23 från http://www.wii.se/publicerat/rapporter/doc_download/78-svenskarna-och-Internet-2009.html
- Gustafsson, T., Lundén, C. (2009) *TINA: en randomiserad och kontrollerad studie - ACT och KBT vid tinnitusrelaterade besvär förmedlat över internet*. Psykologexamensuppsats. Linköpings Universitet: Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköping.
- Kaldö, V. (2008) *Cognitive Behavioural Therapy as Guided Self-help to Reduce Tinnitus Distress*. Doktorsavhandling, Uppsala Universitet.
- Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 7, 291–297.
- Regionfullmäktige (2007) *Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri*. Hämtad 2010-04-30 från: <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/bup-plan/slutversion%20bupplan%20okt%202007.pdf>
- Statistiska Centralbyrån (2006) *Ohälsa och sjukvård 1980–2005*. Hämtad 2010-04-30 från: http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0101_1980I05_BR_LE113SA0601.pdf
- Statens Folkhälsoinstitut (2009) *Psykisk hälsa*. Hämtad 2010-04-30 från: <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Psykisk-halsa/>
- Sektorsråden i Allmänmedicin och Psykiatri (2009) *Omhändertagande av barn och ungdomar med psykisk ohälsa inom primärvården – allmänmedicin i Västra Götalandsregionen – med fokus på gränsdragning mot BUP*. Hämtad 2010-04-30 från: <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG&20Prim%C3%A4rv%C3%A5rd/>
- Östbom, Anna (2010) *Rehabiliteringsgarantin - resultat 2009*. (SKL-rapport 2010) Hämtad 2010-05-13 från: <http://www.skl.se/web/Rehabiliteringsgarantin.aspx>



Rapport om psykologisk nätbehandling 2010
– med fokus på primärvården och Västra Götalandsregionen

Tore Gustafsson, psykolog
Vårdcentralen Gamlestadstorget

För kontakt: www.torepsykolog.se