



Stockholm 2011-05-11

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Synpunkter angående internetbaserad kognitiv beteendeterapi

Sveriges Psykologförbund har fått ovan rubricerade promemoria för synpunkter och lämnar här följande yttrande. Förbundet har inhämtat synpunkter från yrkesföreningen för Sveriges KBT-psykologer, Mödra- och barnhälsovårdpsykologernas förening och POMS-habiliteringspsykologernas förening.

Psykologförbundet anser att internetförmedlad psykologisk behandling kan komma att utgöra ett mycket viktigt tillskott i evidensbaserad vård för flera patientgrupper i Sverige. Den tillämpning som är mest prövad i svenska studier är idag internetförmedlad kognitiv beteendeterapi (IKBT). Sverige är genom den forskning som genomförts vid främst Linköpings universitet, Uppsala universitet och Karolinska Institutet världsledande inom utveckling och utprovning av IKBT för olika kliniska tillstånd. Som nämns i rapporten har IKBT i svenska studier visats sig effektivt vid paniksyndrom (1), social fobi (2) och depression (3). Aktuella studier indikerar dessutom att IKBT är lika effektiv som KBT i grupp för patienter med social fobi och paniksyndrom inom psykiatri (4, 5). Dessutom finns det svenska studier som visat att IKBT är effektivt för hypokondri/hälsoångest (6), irritable bowel syndrome/colon irritable (7), kronisk ryggsmärta (8), kronisk huvudvärk (9) och insomni (10). Långtidsuppföljningar av IKBT för social fobi och irritable bowel syndrome visar att de positiva effekterna håller i sig 15-30 månader efter avslutad behandling (11, 12).

Den svenska forskningen visar därmed att det inte bara är patienter inom psykiatri utan även andra verksamhetsområden som kan dra nytta av IKBT. De patienter som inte svarar på IKBT kan erbjudas behandlingar individuellt eller i grupp, vilket optimerar resursallokeringen inom vården.

IKBT är inte prövad och utvärderad för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Metoden kräver välfungerande kognitiv förmåga eftersom patienten behöver förstå och utföra behandlingen på egen hand i vardagen. Kognitiva funktionsnedsättningar innebär ofta svårigheter att planera, organisera och styra självständigt arbete. Det innebär att man behöver regelbundet stöd av behandlaren för att kunna utföra hemuppgifter och liknande. Många personer med kognitiva funktionsnedsättningar kan också ha svårt att använda sig av IKBT på grund av att abstraktionsnivån är för hög. De bör istället ha möjlighet till behandling med psykolog som kan göra interventioner på en nivå som är konkret och lätta att begripa för denna

patientgrupp. För denna patientgrupp är det viktigt att IKBT inte ersätter andra behandlingsalternativ utan införs som ett komplement till andra behandlingsmetoder.

Formerna för hur IKBT bör erbjudas är otillräckligt undersökta, vilket påpekas i rapporten. I de studier som ligger till grund för evidensen har behandlarna oftast varit psykologstuderande under den sista terminen av sina studier. De har då drygt fyra års psykologstudier bakom sig med teoretisk och praktisk utbildning i KBT. Utbildningen har oftast inkluderat ett och ett halvt års handledt patientarbete där KBT har tillämpats. I genomförandet av studierna har studenterna varit handledda av legitimerad psykolog med expertis i den diagnos som behandlas. Vid Internetpsykiatrienheten, världens första IKBT-enhet i öppenvårdspsykiatri, genomförs all behandling av legitimerade psykologer eller ptp-psykologer under handledning. Det är också viktigt att notera att i studierna och vid Internetpsykiatrienheten har grundliga medicinska och/eller psykologiska bedömningar gjorts av de patienter som erbjudits vård.

Vi ser en risk att internetförmiddad psykologisk behandling kan framstå som en metod som är enkel att implementera och kvalitetssäkra och att man inte tar hänsyn till den kompetens inom både behandling och bedömning som ligger till grund för tillgänglig evidens. På sikt är det tänkbart att forskning visar att IKBT kan utföras av vårdpersonal med kortare utbildning i psykologisk behandling. Psykologförbundet menar dock att tillgänglig evidens och klinisk erfarenhet idag talar för att behandlarna i IKBT bör ha mycket goda teoretiska och praktiska kunskaper i KBT, motsvarande den som ges vid psykologutbildningarna.

Förbundet anser att det är viktigt att det ställs tydliga krav på att IKBT ska föregås av en kvalificerad utredning och diagnostik av patientens hälsotillstånd. Av Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom framgår att en adekvat diagnostik tar förhållandevis mycket tid i anspråk. Samtidigt bör detta ställas i relation till att rätt diagnos leder till rätt behandling, vilket kan ge ett minskat vårdutnyttjande. Förbundet anser också att det bör ställas krav på att utredning och diagnostik av patienter inför IKBT ska göras av psykolog. Om patienten har somatiska symtom ska patienten först också bedömas av en läkare.

Psykologförbundet stödjer rapportens förslag att ett nationellt kompetenscentrum för internetförmiddad psykologisk behandling bör inrättas. Inom ramen för ett sådant kompetenscentrum kan man, baserat på forskning och klinisk erfarenhet, ta fram riktlinjer för hur kvaliteten av internetförmiddad psykologisk behandling kan säkerställas.

Sveriges Psykologförbund

Lars Ahlin
Förbundsordförande

1. Carlbring P, Westling BE, Ljungstrand P, Ekselius L, Andersson G. Treatment of panic disorder via the internet: A randomized trial of a self-help program. *Behav Ther.* 2001;32:751-64.
2. Carlbring P, Gunnarsdottir M, Hedensjö L, Andersson G, Ekselius L, Furmark T. Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *Br J Psychiatry.* 2007;190:123-8.
3. Andersson G, Bergström J, Hollandare F, Carlbring P, Kaldö V, Ekselius L. Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2005;187:456-61.
4. Bergström J, Andersson G, Ljótsson B, Rück C, Andréewitch S, Karlsson A, et al. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC Psychiatry.* 2010;10:54.
5. Hedman E, Andersson G, Ljótsson B, Andersson E, Rück C, Mortberg E, et al. Internet-Based Cognitive Behavior Therapy vs. Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Non-inferiority Trial. *PLoS ONE.* 2011;6:e18001.
6. Hedman E, Andersson G, Andersson E, Ljótsson B, Rück C, Asmundson GJ, et al. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2011;198:230-6.
7. Ljótsson B, Falk L, Wibron Vesterlund A, Hedman E, Lindfors P, Rück C, et al. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome - a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2010;48:531-9.
8. Buhrman M, Faltenhag S, Ström L, Andersson G. Controlled trial of Internet-based treatment with telephone support for chronic back pain. *Pain.* 2004;111:368-77.
9. Ström L, Pettersson R, Andersson G. A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68:722-7.
10. Ström L, Pettersson R, Andersson G. Internet-based treatment for insomnia: a controlled evaluation. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:113-20.
11. Carlbring P, Nordgren LB, Furmark T, Andersson G. Long-term outcome of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: a 30-month follow-up. *Behav Res Ther.* 2009;47:848-50.
12. Ljótsson B, Hedman E, Lindfors P, Hursti T, Lindfors N, Andersson G, et al. Long-term follow up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther.* 2011;49:58-61.