

Internetbaserade stöd- och behandlingsprogram inom vård och omsorg

2014

Förord

Med internetbaserade stöd- och behandlingsprogram ges nya möjligheter för invånare/patienter/brukare att få stöd och behandling via internet. Det underlättar för en användare att när som helst och var som helst ges möjlighet att nå stöd och behandlingsprogram som görs tillgängliga via internet. Det finns också ett antal fördelar för vårdgivaren med denna form av insatser. Med utgångspunkt från det pågår ett projekt på nationell nivå, E-tjänster för stöd och behandling. Målet med projektet är att leverera en driftsatt behandlingsplattform som gör det möjligt att ge stöd- och behandling via Internet.

Rapporten ger en beskrivning av lagar och regler, samt ger förslag på vilka delar som bör ingå i kvalitetssäkringen för stöd- och behandlingsprogram. En sammanställning av aktuellt utbud av olika program beskrivs också i rapporten.

Rapporten är initialt skriven för hälso- och sjukvården då utvecklingen i nuläget kommit längst inom dessa verksamheter. Vi ser dock en stor utvecklingspotential för den kommunala verksamheten framöver.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) vill genom rapporten stödja och underlätta för olika målgrupper inom landsting, kommuner, privata aktörer, att kunna erbjuda internetbaserade stöd- och behandlingsprogram.

Rapporten har varit ute på remiss och har justerats efter synpunkter och ytterligare erfarenheter.

Stockholm i november 2014

Sveriges Kommuner och Landsting

Avdelningen för vård och omsorg



Hans Karlsson
Avdelningschef

Innehåll

1. Bakgrund	3
2. Syfte	8
4. Krav på stöd- och behandlingsprogram	11
4.1 Kvalitetssäkring	11
4.2 Vetenskapliga krav.....	12
4.3 Utvärdering	14
5. Inventering av behandlingsprogram	16
6. Lagar och förordningar	19
6.1 Hälso- och sjukvårdslagen.....	19
6.2 Patientsäkerhetslagen	20
6.3 Personuppgiftslagen	20
6.4 Patientlagen och riksavtalet	21
6.5 Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter	24
7. Kunskapsstyrning, jämlikhet och jämställdhet	25
8. Forskning och utveckling	28
9. Finansieringsmodell och upphandling	29
9.1 Upphandling av program	29
9.2 Upphovsrätt.....	31
10. Internationell utblick	37
11. Frågeställningar som inte ingår i uppdraget och som inte är besvarade i rapporten	42
12. Referenser	44

1. Bakgrund

Sveriges Kommuner och landsting har sedan 2008 en överenskommelse med Socialdepartementet om Rehabiliteringsgarantin som har som syfte att stödja personer att återgå i arbete vid långvarig diffus smärta eller vid ångest och depression. Sedan 2012 har medel avsatts för att utveckla en teknisk plattform som möjliggör olika former av internetbaserade stöd och behandlingar.

SKL har träffat en överenskommelse med Socialdepartementet. SKL har i sin tur tecknat ett avtal med Inera att utveckla och leverera en nationell teknisk behandlingsplattform för internetbaserad stöd och behandling. 1177 Vårdguiden har fått uppdraget av Inera att nationellt utveckla den tekniska lösningen.

Projektet E-tjänster för stöd och behandling har till uppgift att leverera en driftsatt behandlingsplattform som gör det möjligt för landsting, kommuner och dess utförare att erbjuda invånare stöd och behandling via Internet.

I överenskommelsen mellan regeringen och SKL ingår ett utvecklingsprojekt för stöd och behandling på nätet. Hösten 2012 inledde SKL en bred kartläggning av hur tillgängligheten till stöd och behandling för personer med psykisk ohälsa ska kunna förbättras med hjälp av olika IT-lösningar. Kartläggningen slutredovisades februari 2013 i rapporten *Stöd och behandling på nätet – Nutid och Framtid*¹.

I rapporten konstaterar SKL att e-hälsotjänster på nätet har en betydande potential som komplement till övriga insatser inom området psykisk ohälsa. SKL noterar att det finns många innovativa e-hälsotjänster (vilka presenteras i rapporten), men att problemet är att dessa är tämligen okända för hälso- och sjukvårdspersonalen. I rapporten nämns fördelar med stöd och behandling av psykisk ohälsa på nätet¹.

¹ Ib. s. 22.

De administreras av olika aktörer och personalen saknar kunskap om nytta med dem. SKL anser att det finns ett behov av en struktur för ökad tydlighet och hjälp att hitta dessa tjänster samt utveckla nya².

I mer än 15 år har det bedrivits forskning på internetbehandling i Sverige, och Sverige som land deltog tidigt i internationella forskningssammanhang.

Forskningsstudier har bedrivits inom ett stort antal områden. Tinnitus- och smärtbehandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) vid Uppsala Akademiska Sjukhus och på Internetpsykiatrienheten (IPSY), Psykiatri Sydväst, och på senare år bedrivs även forskning inom området IBS, irritable bowel syndrom (Hedman,E.,et al.,2014). Detta för att nämna några exempel, det finns fler.

I dagsläget pågår flertal forskningsstudier inom olika områden där man använder KBT metodiken, till exempel (Källa; NIFFIT)

- brännskador
- cancer
- depression
- erektil dysfunktion
- generaliserad oro (GAD)
- huvudvärk
- hyperakusis (överkänslighet för vardagliga ljud)
- hälsoångest
- hörselnedsättning
- insomni
- irritable bowel syndrome (IBS)
- kronisk smärta
- paniksyndrom
- posttraumatisk stress
- social fobi
- specifik fobi
- spelberoende
- stress sömnproblem,
- tinnitus
- urinkontinens
- ätstörningar

När det gäller internetbaserad behandling i reguljär vård är det främst inom områden som ångestproblematik och depression som finns tillgängligt, men mycket annat är på gång inom området och även inom somatiken med till exempel smärtbehandling. I Stockholms län är det hitintills 3000 patienter som behandlats med internetbehandling för ångest och depression på IPSY (Hedman,E.,et al.,2014).

² SKL, rapporten Stöd och behandling på nätet – Nutid och framtid, 2013, s. 11 f.

Det finns även privata utförare som erbjuder internetbaserad behandling inom KBT området, till exempel ångest, depression, oro, stress och sömnproblem både enskilt till patienter/invånare samt till vårdgivare i landsting och privata företag. Privata utförare av internetbaserad KBT ingår även de i olika forskningssammanhang.

Det nuvarande användningsområdet med internetbaserade behandlingsprogram handlar framförallt om psykisk ohälsa och behandling enligt kognitiv beteendeterapi. Behandlingsplattformen ska även kunna ge möjlighet till nya användningsområden. En koppling kan ses med Socialstyrelsens nationella riktlinjer, där det är relevant och möjligt, att utveckla nya program.

Men även inom andra områden och andra metoder utöver kognitiv beteendeterapi kan framöver ses som möjligheter. Tekniken utvecklas kontinuerligt, där möjligheter med, läsplattor och appar (app är en förkortning för applikation och syftar oftast på program som används i smartphones) skapar ytterligare möjligheter för patienter att ta till sig olika former av behandlingsinnehåll.

I en nära framtid är det mest sannolika att stödprogram i form av rehabiliteringsinsatser eller liknande stödprogram som utgör en del av en behandling som patient/brukare med fördel kan utföra via internet kommer att öka användningen av behandlingsplattformen. Stöd i form av digitala kommunikationsinsatser är ett område som redan idag efterfrågas, och som med största sannolikhet kommer att stå för en stor del av användningen i behandlingsplattformen.

Exempel på möjliga framtida stödprogram:

Stödprogram:

- Egen diagnostik
- Självhjälp
- Lärande patient till patient
- Lärande för patientgrupper
- Stöd för anhöriga

För att göra det möjligt för landsting och kommuner att i större omfattning erbjuda internetbaserad stöd och behandling ställdes frågan till samtliga landsting 2011. Åtta landsting visade vid det tillfället intresse för en nationell satsning för att utveckla en teknisk plattform för internetbaserad stöd och behandling.

Vilka program kan finnas på behandlingsplattformen?

Samtidigt som tekniken utvecklas har ett arbete genomförts för att undersöka vad landstingen och verksamheter behöver göra för att erbjuda en patientsäker och kvalitetssäker behandling. Det har resulterat i rapporten Internetbehandling

implementering av internetbaserad KBT i hälso- och sjukvården som SKL har publicerat. SKL arrangerade en workshop 18-19 november 2013 för samtliga landsting som fick ta del av erfarenhet och kunskaper för att de sedan ska kunna ta ställning till hur deras möjligheter och vad de behöver göra för att förbereda en organisation, ekonomiska ersättningar och hantera patientflöden till ett nytt sätt att ge stöd och behandling till patienterna. En uppföljande workshop genomfördes 26-27 augusti.

En av de viktigaste frågeställningar som fanns i ursprungsrapporten var att hantera ställningstagandet för vilka program och stödfunktioner som skulle vara möjliga att publicera på plattformen och vem som skulle avgöra det. Till följd av att rapporten har varit på remiss har beslut fattats att ett programråd för internetbaserad stöd och behandling ska tillsättas för att utarbeta rekommendationer. Det är landstinget eller verksamheterna som i slutändan avgör vilka program och stödfunktioner som de önskar använda efter de utarbetade rekommendationerna.

Uppdragsgivare

Uppdragsgivare är Vård och omsorg, Hans Karlsson och styrgrupp för arbetet vård och omsorgs ledningsgrupp där Center för E-hälsa är adjungerade.

Uppdraget

Uppdraget innebär att beskriva tillämpliga områden såsom lagar, regelverk, gängse praxis för vetenskapliga studier, upphovsrätt, utvärdering samt kunskapsstyrning, jämlikhet och jämställdhet som ska beaktas för de stöd- och behandlingsprogram som tillåts använda den tekniska plattformen.

För att stödja landsting och kommuner i vilka program förmedlade via internet som har en viss kvalitet behöver befintliga program granskas. Hur detta är planerat att genomföras beskrivs närmare i rapporten. En finansieringsmodell för att dela/sälja produkter/tjänster mellan landsting/vårdgivare beskrivs också.

I uppdraget ingår även att göra en inventering av behandlingsprogram, samt göra en internationell utblick.

Uppdraget för regelverk ska redovisas 16 juni 2014 till Hans Karlsson och förslag på kvalitetssäkring ska tas fram hösten 2014. Förankring av arbetet bland SKL´s medlemmar är mycket viktigt och kommer att ske med ledningar i landsting och kommuner.

Frågor som ska besvaras är:

- Vilken gruppering ska granska det som kommer att publiceras på den tekniska plattformen och vem bär ansvaret?
- Ska samma regelverk gälla för alla program och stöd eller kan det vara olika?

- Vilka krav ska ställas på de program och stöd som använder plattformen (kvalitet på innehåll)?
- Hur ser de upphovsrättsliga villkoren ut för de produkter/tjänster som använder plattformen?
- Hur kan produkterna/tjänsterna delas/säljas till landsting/kommuner och kommun/landstingsfinansierad verksamhet?
- Kan det finnas annan verksamhet utöver kommun/landstingsfinansierad som har legitima behov av att använda plattformen?
- Hur säkerställs det att offentliga och privata aktörers intressen tas tillvara för att bidra till utveckling och konkurrensneutralitet?
- Hur säkerställs det att brukare och användare blir involverade?
- Hur tar vi hänsyn till att jämställdhet och jämlikhetsaspekter vägs in i arbetet för alla åldrar?
- Hur ser utvecklingsläget ut för nya, ännu inte beprövade, produkter/tjänster som kan bli aktuella att använda plattformen till inom överskådlig tid?
- Vilka kostnader finns förenade med regelverk och kvalitetssäkring och hur ska eventuella kostnader fördelas? För det ändamålet har projektledare och arbetsgrupp satts samman, med uppgiften att ta fram en rapport som ger ett underlag med vad ett regelverk bör omfatta.

I arbetsgruppen har följande personer ingått:

Nils Lindefors	Stockholms läns landsting
Håkan Ozan	Stockholms universitet
Johan Kahn	Delphi
Fredrik Berndt	Inera
Ulrica Freiholtz	Socialstyrelsen
Annette Cederberg	1177 Vårdguiden
Ingrid Augustinsson Swennergren	Karlskrona kommun
Mats Bäckarslöf	Sveriges Kommuner Landsting
Åsa Himmelsköld	Sveriges Kommuner Landsting
Hasse Knutsson	Sveriges Kommuner Landsting
Anna Östbom	Sveriges Kommuner Landsting

Författare till rapporten är;
 Anna Östbom SKL
 Mats Bäckarslöf SKL
 Anette Cederberg 1177 Vårdguiden

2. Syfte

Syftet med rapporten är att ge en beskrivning av vad omsorgstagare och vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunal vård och omsorg har att beakta när det gäller internetbaserad stöd och behandling.

Rapporten ska stödja och underlätta för landsting, kommuner och dess utförare som vill erbjuda invånare/patienter/brukare internetbaserad stöd och behandling.

3. Stöd och behandlingsprogram

3.1 Avsedd användning av behandlingsplattformen

Behandlingsplattformen är att betrakta som ett nationellt medicinskt informationssystem enligt Läke-medelsverkets föreskrifter (LVFS 2014:7), om tillämpning av lagen om medicintekniska produkter på nationella medicinska informationssystem (NMI).

Föreskrifterna förutsätter att det finns en tydlig avsedd användning med behandlingsplattformen. Detta för att en säker och effektiv användning på det sätt som tillverkaren avsett och specificerat användningen ska säkerställas.

Behandlingsplattformen ”E-tjänst för stöd och behandling” är avsedd att användas av vård- och omsorgstagare och vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunal vård och omsorg.

Produkten är en plattform avsett för vårdgivaren att ansluta olika verktyg/metoder som möjliggör för vård- och omsorgstagare att få stöd och behandling via internet.

Plattformen är **inte** avsedd för permanent lagring av journalinformation; plattformen är ett stödsystem som kompletterar vårdgivarens primära verksamhetssystem för journalföring.

3.2 Stöd och behandlingsprogram

De internetbaserade program som finns på marknaden och ingår i reguljär vård skiljer sig åt en del när det gäller innehållet. Ett behandlingsprogram för t.ex. depression kan variera i upplägg och behandlingsinnehållet kan presenteras olika beroende av leverantör.

För att vård- och omsorgstagare ska kunna erbjuda stöd och behandling via internet kräver det att stöd och behandlingsprogram publiceras på behandlingsplattformen.

Stöd och behandlingsprogram kan indelas i tre grupper;

Behandlingsprogram

- Ett behandlingsprogram kan vara en behandling som erbjuds via internet som innehåller textmaterial, övningar och skattningsformulär.

Stödprogram

- Ett stödprogram kan vara en insats som erbjuds via internet i form av ett rehabiliteringsprogram.

Stöd

- Ett stöd kan erbjudas via internet i form av digital kommunikation, utbildning, självskattningar och dagbok. Detta för att nämna några.

4. Krav på stöd- och behandlingsprogram

Hälso- och sjukvård ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt Socialstyrelsen ska varje vårdgivare bedriva sitt patientsäkerhetsarbete med stöd av ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (kvalitetsledningsföreskrifterna). Föreskrifterna gäller även den kommunala socialtjänsten och ställer motsvarande krav på ett ledningssystem för den verksamheten.

4.1 Kvalitetssäkring

Socialstyrelsen föreskriver i sina kvalitetsledningsföreskrifter att en vårdgivare ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2 §).

En del av arbetet med att kvalitetssäkra internetbaserad stöd och behandling är att beskriva den vårdprocess som vårdgivaren avser arbeta enligt. Det är viktigt att ge en beskrivning av hur ett visst internetbaserat vårdmaterial ska användas, t ex vilka delar av en vårdprocess som berör möte med patienten och vilka delar som tillgängliggörs via internet. Nedan ges exempel på två huvudtyper av internetbaserat vårdmaterial (*Viktor Kaldo 2014*):

Behandlingar/behandlingspaket:

- Kompletta behandling som till allra största delen genomförs via internet (materialet står för den största terapeutiska delen/tiden)
- Andra kontakter med patienter som ingår i vårdprocessen innan, under och efter behandlingen ingår i ett behandlingspaket.

Stödmaterial till traditionell behandling/vård:

- Materialet står för en mindre del/tid av den terapeutiska processen som huvudsakligen drivs av vårdpersonal av olika kategorier

Exempel:

Enstaka informationsblad, frågeformulär eller dagböcker, extra kanal för kommunikation med behandlare som bedriver traditionell vård, diskussionsforum, påminnelser och registrering av hemuppgifter givna i traditionell form av vård.

När det gäller kvalitetskrav som ställs på materialet är det nära förknippat med dels vilken typ av material det handlar om, dels om materialet producerats inom den egna vårdenheten och kan anses ligga inom det traditionella medicinska ansvarsområde som gäller där eller om någon central eller extern källa producerat materialet.

För att underlätta för landsting, kommun och dess utförare att se vilken typ av granskning och kvalitetssäkring av det material man avser använda, kan enligt nedanstående matris användas som stöd.

Typ av internetbaserat vårdmaterial	Vem har utvecklat vårdmaterialet?	
	Lokalt inom en enhet/ett landsting	Central/Extern leverantör
Behandling eller behandlingspaket	<ul style="list-style-type: none">• Eget ansvar för kvalitet och användande• Egna rutiner för att granska och kvalitetssäkra• Extern faktagranskning rekommenderas• Kontinuerlig utvärdering rekommenderas, särskilt om inte evidens- och kvalitetsnivå tidigare fastslagits	<ul style="list-style-type: none">• Eget ansvar för rätt användning• Kontinuerlig utvärdering rekommenderas• Bekräfta att leverantör eller annan part säkrat kvalitet eller själv granska och ansvara för:<ul style="list-style-type: none">- Tillräckligt hög evidensnivå- Fakta i materialet- Tydlig beskrivning av hela vårdprocessen
Stödmaterial till traditionella vårdformer	<ul style="list-style-type: none">• Eget ansvar för kvalitet och användande• Extern faktagranskning rekommenderas• Återkommande innehållsrevision	<ul style="list-style-type: none">• Eget ansvar för rätt användning• Bekräfta att leverantör eller annan part säkrat kvalitet eller själv granska och ansvara för:<ul style="list-style-type: none">- Fakta i materialet- Beskrivning av hur ska användas i vårdprocessen

4.2 Vetenskapliga krav

Det finns varierande synpunkter på vilka vetenskapliga krav som ska ställas på internetbaserade stöd- och behandlingsprogram och framförallt behandlingsprogrammen. Generellt kan tyckas att kraven ska vara högt ställda utifrån vetenskap och behandlingseffekt. Patienterna ska få en behandling som förväntas ge en viss effekt och upplevas stabil och säker.

Internetbaserade behandlingsprogram ska likställas med traditionell behandling inom hälso- och sjukvården och det ska ställas samma krav på bästa tillgängliga kunskap.

Stödprogram är att betrakta som insatser till invånare/patient/brukare där det inte nödvändigtvis behöver ställas samma vetenskapliga evidens och krav på som på ett behandlingsprogram. Det utesluter dock inte att ett stödprogram ska utvärderas och utgå från bästa tillgängliga kunskap. Det ska alltid framgå vem som är ansvarig för programmet.

Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för vården och vilka behandlingsmetoder som ska användas. Behandlaren har ansvaret för bedömning och behandling för den enskilde patienten. Detta innebär val av behandlingsmetod och bedömning av behandlingsprogrammet, vilket ska ske inom ramar som verksamhetschefen har beslutat om. För att underlätta detta val bör varje behandlingsprogram innehålla en innehållsdeklaration, en beskrivning av programmet, för att kunna välja rätt program för patienten. Det ska även framgå vem som är ansvarig för programmet.

I dagsläget är det upp till varje verksamhet att avgöra vilka behandlingsprogram som används i reguljär vård.

När det gäller annan vård och behandling sker reglering genom hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsens riktlinjer och att landsting och kommuner kan ha särskilda krav genom olika styrande dokument.

Det är ingen skillnad i behandlingsansvaret för en behandling som utförs på sedvanligt vis, gentemot en behandling som erbjuds via ett behandlingsprogram via internet. Vare sig det är ett behandlingsprogram som är framtaget inom en klinik eller om det är ett behandlingsprogram som är upphandlat. Det är behandlaren som väljer att använda behandlingsprogrammet i det aktuella fallet som bär ansvaret för behandlingen.

Som i all annan behandling är det viktigt att klargöra om behandlingsformen passar för patienten och att det finns rutiner för att säkerställa att rätt patient får del av behandling via internet för att säkerställa en hög patientsäkerhet.

Det finns önskemål från olika representanter från landstingen (referensgrupp för plattform) att det tillsätts en expertgrupp eller myndighet som har som uppdrag att kvalitetsgranska programmen. Det skulle underlätta att veta vilka program som är kvalitetssäkrade.

Denna fråga diskuteras även internationellt, där det inte heller finns något färdigt förslag, men det finns idéer på att utforma en expertgrupp.

När första utgåvan av rapporten utarbetades skickades rapporten på remiss med frågeställningen om det är landstingen eller dess verksamhet som ska avgöra vilka program som används. Om ett nationellt programråd ska tillsättas eller om det ska vara en myndighet som utarbetar vilka program som kan användas.

Ett beslut är taget som ligger i linje med remissvaren. Nationella samverkan för kunskapsutveckling region (NSK region) har beslutat att tillsätta kompetensgrupp för internetbaserad stöd och behandling och arbetet ska genomföras under 2015.

För att stödja landsting och kommuner i vilka program förmedlade via internet som har en viss kvalitet behöver befintliga program granskas. Uppdraget innebär att föreslå hur program som utarbetas framöver ska granskas.

Uppdraget innebär att:

- Föreslå en systematisk värderingsmetod för att kvalitetssäkra program
- Granska program som används för stöd eller behandling i Sverige i enlighet med beslutad värderingsmetod
- Föreslå var resultatet av granskningen görs tillgängligt
- Samarbeta med relevanta kvalitetsregister
- I övrigt klargöra användning vid stödprogram
- Utarbeta ett förslag hur och när granskning bör ske av program framöver
- Om möjligt lämna förslag till utlåtande av program när det gäller kvalitet och användbarhet

4.3 Utvärdering

Anslutna vårdgivare i behandlingsplattformen får inte utbyta patientuppgifter sinsemellan för att databehandla dem för sekundära ändamål, t.ex. uppföljning eller utvärdering på nationell nivå. Det beror på att det råder sekretess för patientuppgifter i förhållande till andra vårdgivare, och att uppgifterna kräver som huvudregel patientens samtycke för att kunna utlämnas för sådana syften.

Med den utgångspunkten är det en fördel att använda nationella kvalitetsregister där ”rapporteringen från registren är ett stöd för det lokala kvalitetssäkringsarbetet och utgör en redovisning av sjukvårdens resultat för patienterna. För patienterna gör registren nytta på flera sätt. De används som underlag för beslut om behandlingsmetod för den enskilde patienten eftersom registerdata gör det möjligt att utvärdera olika behandlingsmetoder. Registren gör det vidare möjligt dels att implementera forskningsresultat snabbare, dels att ge patienterna ett likvärdigt omhändertagande oberoende av geografi eller vårdgivare” (Nationella kvalitetsregister, Datainspektionens rapport 2002:1)

Det finns i dagsläget cirka 80 nationella kvalitetsregister. Dessa register innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och

resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Kvalitetsregister möjliggör lärande och ständigt förbättringsarbete, fyller en stor funktion och är en nödvändig ingrediens i ett modernt hälso- och sjukvårdssystem.

Ett nytt nationellt kvalitetsregister, SibeR – svenska internetbehandlingsregistret är under utveckling sedan 2012. Detta register kommer att kunna användas vid utvärdering av internetbaserade behandlingsprogram. Syftet med registret är att systematiskt och fortlöpande utveckla internetbehandling så att den bedrivs under säkra former och med hög kvalitet. Anslutna enheter kan få stöd i kvalitetsutveckling och utveckling av kvalitetssystem.

Vi rekommenderar att landstingen ställer som krav på utförarna att de som har program på plattformen ansluts till kvalitetsregister för att bidra till utveckling och patientsäkerhet.

Exempel på uppgifter som registreras i SibeR är:

- Tillgänglighetsfrågor
- Diagnostik
- Grad av fullföljande av behandling
- Självsfattingsformulär – EQ5D (patientupplevd hälsorelaterad livskvalitet)
- Indikationsspecifika symtommått

Ytterligare information om SibeR finns på

<http://www.psykiatregister.se>

5. Inventering av behandlingsprogram

En inventering av internetbaserade behandlingsprogram är genomförd mellan 28 mars – 10 juni 2014, samt komplettering efter remissynpunkter, se bilaga 1.

Genomförandet av inventeringen utgår ifrån sökning på internet, kontakter med företag, forskare och andra personer som är involverade i internetbaserade program för att identifiera olika behandlingsprogram. Majoriteten av utbudet av svenska behandlingsprogram bedöms vara inventerade, men några kontaktade personer har inte inkommit med uppgifter till inventeringen. Inventeringen handlar om att identifiera vilka färdiga behandlingsprogram som finns, men även vilka behandlingsprogram som är under utveckling/forskning. Det förekommer även enbart forskning som inte har något primärt syfte att utveckla program, vilket inte är inventerat.

Standardiserade frågor har ställts till uppgiftslämnarna för olika program utifrån vem eller vilka som är rättighetsinnehavare för att avgöra vem som har rätt att teckna licensavtal. Det har även ställts standardiserade frågor om behandlingsprogrammets innehåll. Det inventerade materialet är inte värderat av arbetsgruppen utan har enbart sammanställts utifrån standardiserade frågor. En fördjupad undersökning behöver ske för att få kunskap om t ex behandlingseffekter, vilket planeras under hösten 2014.

Inventeringen resulterade i totalt 74 behandlingsprogram. Majoriteten av programmen bedöms som färdiga att använda av uppgiftslämnarna och resterande är under utveckling/forskning.

Sammanställningen ska underlätta för landsting, kommuner och dess utförare att få kännedom om aktuellt utbud.

Sammanställningen är indelad i:

Behandlingsprogram:

Under denna rubrik beskrivs namnet på behandlingsprogrammet eller ett problemområde som programmet ska användas till. Vissa behandlingsprogram har copyright på namnet.

Ansvarig utgivare:

Beskrivning av vilket företag, forskare eller annan utförare som är ansvarig utgivare för behandlingsprogrammet.

Rättighetsinnehavare:

I bilaga 1 beskrivs rättighetsinnehavare med en markör *, vilket betyder att det är företag eller forskare, som ansvarar för behandlingsprogrammet, som har förmedlat vilka personer eller företag som är rättighetshavare.

En rättighetsinnehavare har rätten att teckna ett licensavtal för ett behandlingsprogram.

Färdigt program eller program under utveckling:

Här beskriver ansvarig utgivare om behandlingsprogrammet bedöms färdigt att användas och/eller om det pågår utveckling/forskning.

Vetenskaplig prövning:

Under denna rubrik beskrivs det om det finns några vetenskapliga studier på behandlingsprogrammet. Det är endast en inventering om det finns vetenskapliga studier och inte någon värdering av hur studierna är utformade.

Klinisk kvalitetssäkring:

Med klinisk kvalitetssäkring menas utvärdering av behandlingsprogrammet i klinisk verksamhet. Det är endast en inventering om det finns klinisk kvalitetssäkring och inte någon värdering av hur studierna är utformade.

Dokumenterade behandlingseffekter:

Här beskrivs det om det finns några dokumenterade behandlingseffekter utifrån behandlingsprogrammet. Behandlingseffekten har en markör *, som beskriver att det är företag eller forskare, som ansvarar för behandlingsprogrammet, som har förmedlat vilken behandlingseffekt som redovisas i bilagan. En del har skrivit fram behandlingseffekten i text, andra i siffror medan en del saknar studier för denna analys. Utifrån sammanställningen går det inte att jämföra behandlingseffekten mellan programmen utan ytterligare analyser av studierna behöver göras.

Programmet är baserat på:

Här beskrivs vilken metodik som behandlingsprogrammet utgår ifrån. Det kan vara flera metoder till exempel KBT.

Modulbaserat – omfattning:

Beskrivning av programmets antal moduler, d.v.s. antal avsnitt som programmet innehåller. Patienterna brukar använda en modul/avsnitt per vecka.

Format för behandlingsinnehållet:

Ett behandlingsprogram kan förmedlas till användaren på olika sätt, vilket beskrivs i bilagan. Grunden till varje behandlingsprogram är text, men kan även handla om bilder, film, ljud eller speaker.

Format för tillgång till behandlingsprogrammet:

Här beskrivs på vilket sätt ett behandlingsprogram kan göras tillgängligt för användaren. Behandlingsprogrammen kan förmedlas via dator, skrivplatta eller telefon.

Vid ytterligare frågor om behandlingsprogrammen rekommenderas att frågor ställs till ansvariga utgivare.

6. Lagar och förordningar

Nedan följer aktuella och nya lagar samt förordningar som berör och reglerar hur arbetet inom hälso- och sjukvård, landsting och kommuner ska bedrivas. I behandlingsplattformen kommer behandling av personuppgifter att hanteras i samband med de internetbaserade stöd- och behandlingsprogram som används.

6.1 Hälso- och sjukvårdslagen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) ansvarar landsting och kommuner för den allmänna hälso- och sjukvården. HSL är en målinriktad ramlag. Det innebär att lagen ger landsting och kommuner viss frihet att utforma vård- och omsorgsinsatser efter regionala och lokala behov. Landsting och kommuner får t.ex. sluta avtal med varandra eller med privata aktörer om att utföra vissa uppgifter som annars ligger på deras ansvar (3 § tredje stycket resp. 18 § femte stycket HSL).

För att hälso- och sjukvården ska kunna bedrivas och kontrolleras på ett effektivt sätt krävs det bl.a. att ledningsfunktionen inom verksamheten är tydlig. Det krävs såväl av patienter, anhöriga och personal som av tillsynsmyndighet att det finns en person som dessa kan vända sig till rörande frågor kring verksamheten.

Det är kort bakgrunden till bestämmelserna om verksamhetschef i HSL. Enligt 29 § HSL ska det inom hälso- och sjukvården finnas någon som ”svarar för verksamheten (verksamhetschef)”. Den verksamhetsansvarige kallas alltså i lagtexten ”verksamhetschef”.

Socialstyrelsens kvalitetsledningsföreskrifter är också styrande för verksamhetschefens roll och ansvar (SOSFS 2011:9). Varje landsting, kommun och dess utförare ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete.

I 29 § andra meningen av första stycket HSL finns föreskriven en inskränkning i verksamhetschefens befogenheter. Verksamhetschefen får inte bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter om han eller hon saknar tillräcklig kompetens och erfarenhet för

sådana åtgärder. Vid verksamheter där medicinsk diagnos och behandling alltså utgör det dominerande innehållet i verksamheten är det lämpligt att det medicinska omhändertagandet av patienterna leds av en person med god medicinsk sakkunskap inom det område som är aktuellt.

6.2 Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen (2010:659) är en av de mer centrala författningarna på hälso- och sjukvårdens område vid sidan om HSL.

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bl.a. bestämmelser om patientsäkerhetsarbete, behörighetsfrågor, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen och Socialstyrelsens tillsynsarbete. Lagen gäller alla slags vårdgivare, från privata till offentliga vårdgivare, t.ex. landsting och kommuner³. I det följande redovisas endast bestämmelserna om systematiskt kvalitetsarbete samt hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter.

6.3 Personuppgiftslagen

Bestämmelser om behandling av personuppgifter finns i personuppgiftslagen (1998:204; PUL). Syftet med lagen är att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks genom behandling av personuppgifter. Med personuppgifter avses enligt PUL uppgifter som direkt eller indirekt kan hänföras till fysiskt levande personer. Det innebär att även bilder, föremål eller t.o.m. krypterade uppgifter kan utgöra personuppgifter, såvida de kan spåras eller kopplas till en individ.

Med stöd av PDL får en vårdgivare använda tidigare registrerade personuppgifter i Behandlingsplattformen, t.ex. för ändamålet vård och behandling, även för andra ändamål, t.ex. systematisk uppföljning eller händelseanalyser, utan att behöva inhämta de registrerades samtycke för personuppgiftsbehandlingen. Sambearbetning av uppgifterna får ske centralt hos vårdgivaren. I ett landsting eller i en kommun får uppgifterna lämnas ut mellan förvaltningarna/nämnderna för sådana ändamål. Däremot får inte anslutna vårdgivare i Behandlingsplattformen utbyta patientuppgifter sinsemellan i syfte att sambearbeta dem för sekundära ändamål, t.ex. uppföljning eller utvärdering på nationell nivå.

Det beror på att det råder sekretess för patientuppgifter i förhållande till andra vårdgivare, och att uppgifterna kräver som huvudregel patientens samtycke för att kunna utlämnas för sådana syften. Även om ingen sekretess enligt gällande rätt råder mellan förvaltningar inom ett landsting eller en kommun ska en patients uttryckliga önskemål om att uppgifter om

³ Motsvarande bestämmelser om krav på kvalitet och effektivitet finns t.ex. i socialtjänstlagen (2001:453), se 3 kap.3 § i lagen.

honom eller henne inte fritt ska lämnas till en annan nämnd/förvaltning inom landstinget normalt respekteras på motsvarande sätt som gäller t.ex. mellan olika kliniker inom en myndighet.

Det följer bl.a. av att hälso- och sjukvård som regel är frivillig samt kravet i hälso- och sjukvårdslagen att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

6.4 Patientlagen och riksavtalet

Den 1 januari 2015 träder patientlagen i kraft. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Patienten ska bland annat ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Valmöjligheten omfattar offentligt finansierad öppen vård som bedrivs i landstingets egen regi, av privata vårdgivare med avtal med landstinget eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

De avtal som landstingen tecknar med privata vårdgivare efter lagens ikraftträdande måste utformas för att gälla alla patienter som landstinget ansvarar för, d.v.s. även patienter från andra landsting.

Vårdgaranti och prioriteringsordningen

En utomlänspatient omfattas inte av vårdlandstingets vårdgaranti. Det gäller både för den lagreglerade nationella vårdgarantin och den eventuella vårdgaranti som ett vårdlandsting på frivillig grund tillämpar. Det betyder att när patienten väljer att få vård i annat landsting än hemlandstinget har patienten av sagt sig rätten till vård inom tiderna för vårdgarantin.

Landstingen har dock skyldighet att erbjuda öppen vård för patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Det innebär att landsting inom den öppna vården inte kan prioritera sin egna invånare framför patienter från andra landsting utan ska ta hänsyn till de medicinska behov som patienten har.

Resekostnader i de fall patienter själv väljer

Kostnaderna för t.ex. resa och uppehälle får patienten själv betala.

Remisskrav?

Söker en patient öppenvård ersätter landstinget vårdlandstinget enbart om hemlandstingets eventuella remisskrav från allmänläkare till specialistläkare och fysioterapeut/sjukgymnast har iakttagits.

Vad betyder det? Landstingen Örebro, Dalarna, Västmanland, Jämtland och Västerbotten har krav på att remiss när det gäller patienter från deras landsting även om en översyn sker i dessa landsting. Det innebär att om en patient söker från något av följande landsting och det saknas remiss eller hantering enligt vad som gäller i deras landsting får inte utföraren ersättning från dessa landsting. Det är där med viktigt att ha god kännedom om vad som gäller i dessa landsting.

Riksavtalet för utomlänsvård

Riksavtalet för utomlänsvård är en förbundsrekommendation som innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sitt hemlandsting. SKLs styrelse har fattat beslut om riksavtalet 2015. Detta avtal revideras under 2014.

Den pågående revideringen innebär i första hand en anpassning till regeringens proposition om ny patientlag. Sveriges kommuner och landsting har presenterat ett förslag till reviderat avtal som under våren 2014 remissbehandlas av landstingen.

I kap 8.1 Grunder för ersättning – regional prislista i riksavtalet, föreslås en ny skrivning (kursiv fetstil) om internetbaserad vårdtjänst i enlighet med följande.

”Ett hemlandsting lämnar en skälig ersättning till ett vårdlandsting för tjänster, som regleras i riksavtalet. Beslut om nivån på den skäliga ersättningen fattas av vårdlandstinget tillsammans med alla övriga landsting inom respektive sjukvårdsregion, efter en gemensam beredning. Dessa beslut utgår bl.a. från en bedömning av vad skälighet i det enskilda fallet fordrar. Besluten publiceras i en regional prislista. Prislistan gäller tidigast fr.o.m. månaden efter det att en överenskommelse har träffats.

En bedömning om ett pris är skäligt för en tjänst kan grundas på jämförelser med andra liknande åtgärder eller på jämförelser med egna eller andras självkostnader. För att skälighets begreppet ska få relevans krävs av landstingen en betydande öppenhet som rör redovisning av vårdkostnader. En sådan redovisning ger ett viktigt underlag för att jämföra priser för vårdtjänster mellan olika landsting.

Regionala prislistor gäller normalt när en patient får utomlänsvård i vårdlandstingets egen regi enligt riksavtalet. Dessa prislistor gäller inte bara för den högspecialiserade vården utan också för vård vid bl.a. läns- och länsdelssjukhus, primärvård, sjukvårdande behandling, internetbaserad vårdtjänst som t.ex. vägledd, internetbaserad kognitiv beteendeterapi samt

för anhörigboende på patienthotell/motsvarande om anhörigs närvaro behövs utifrån en patients medicinska behov.”

Reglering av ersättning

Privata vårdgivare

Vård som ges av privat vårdgivare med kontrakt med ett landsting, som detta landsting sluter i enlighet med LOU (vårdval) eller LOV, ersätts av det kontraktsslutande landstinget. Det kontraktsslutande landstinget ersätts i sin tur av patientens hemlandsting enligt det kontraktet med vårdlandstinget angivna villkoren. I detta kontrakt ska regleras bl.a. att ersättning för en vårdtjänst är densamma för både inom och utomlänspatienter. Ett sådant kontrakt är en förutsättning för att ett hemlandsting ska vara skyldig att ersätta det kontraktsslutande landstinget.

Kontrakt om öppenvård som slutits eller förlängts för den 1 januari 2015

För kontrakt som slutits före den 1 januari 2015 gäller att ersättningens bestämmelser i föregående stycke endast kan tillämpas vid remittering till privat vårdgivare om landstinget sänder remiss via berört vårdlandsting, som i sin tur sänder remissen vidare till privat vårdgivare med vilken vårdlandstinget har kontrakt.

Kontrakt om öppen vård som träder i rikt fr.o.m. den 1 januari 2015

De kontrakt om öppenvård som träder i kraft fr.o.m. 1 januari 2015 gäller även för patienter från andra landsting. Detta gäller också för sådana kontrakt som för längs fr.o.m. den 1 januari 2015. Om det finns kav på remiss behöver den inte skickas via vårdlandstinget utan den kan skickas direkt till privata vårdgivare.

Patientavgift och när ersättning ska betalas

Utomlänspatienter ska betala patientavgift enligt de regler som fastställs av vårdlandstinget för inomlänspatienter.

Ersättning för tjänst som lämnas enligt avtalet faktureras det betalningsansvariga landstinget med specifikation per patient och vårdtillfälle så snart vården slutförts eller en gång per månad vid vårdtid över 30 dagar. Rätten till ersättning har förfallit om kravet inte har fakturerats sex månader efter att vårdtjänsten avslutades. Anmärkning mot framställt krav på ersättning ska göras senast tre månader efter att fakturan mottagits. Dröjsmålsränta erläggs enligt bestämmelserna i räntelagen (1975:635).

6.5 Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter

Bestämmelser om egenvård finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (egenvårdsföreskrifterna). Med egenvård avses enligt föreskrifterna en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Av föreskrifterna framgår vidare att ”egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)” (2 kap. 1 §).

Av egenvårdsföreskrifterna framgår att dessa ska gälla inom sådan verksamhet som omfattas av HSL. Enligt 1 kap. 2 § ska föreskrifterna tillämpas i samband med att en legitimerad yrkesutövare gör en bedömning av, om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, planerar egenvården, samt följer upp och omprövar bedömningen.

Enligt egenvårdsföreskrifterna ”ska” landsting och kommuner ha rutiner i sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (se avsnitt 3.3) av vilka framgår hur huvudmännen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska samarbeta med i samband med egenvård. Det är bara landsting, kommun eller dess utförare i fråga som erbjuder tjänsten som kan ta ställning till den frågan.

Ett kännetecken för att skilja mellan hälso- och sjukvård och egenvård vid internetbaserade behandlingar är att åtgärden förutsätter omfattande eller stegvisa instruktioner.

7. Kunskapsstyrning, jämlikhet och jämställdhet

Ett centralt utvecklingsområde för en bättre hälso- och sjukvård är kunskapsstyrning, som kan beskrivas som det systematiska arbete som genomförs för att vårdpraxis ska baseras på bästa tillgängliga kunskap. Målen för en utvecklad kunskapsstyrning nationellt, regionalt och lokalt är en;

- Kunskapsbaserad och mer jämlik hälso- och sjukvård med mindre variationer i vårdens kvalitet genom en ökad användning av bästa tillgängliga kunskap genom anpassade nationella och regionala riktlinjer och vårdprogram
- Snabbare och mer likvärdig tillgång till nya effektiva läkemedel och metoder genom ett ordnat införande och utmönstring
- Effektivare användning av de samlade resurserna inom hälso- och sjukvårdssystemet genom minskad över- och underbehandling
- Förbättrat samarbete och samordning inom och mellan nationell, regional och lokal nivå

En utvecklad kunskapsstyrning ska skapa värde för såväl enskilda individer som grupper av patienter och för samhället som helhet i form av bättre hälsa och funktionsförmåga, ökad livskvalitet, minskat produktionsbortfall och mindre behov av vård och omsorg. Samverkan mellan vård och omsorgsresurser för att skapa värde för invånare är en förutsättning. Dessa övergripande mål behöver operationaliseras och göras mätbara för att kunna ligga till grund för uppföljning och utvärdering (ref kunskapsbaserad och jämlik vård).

Under 2012 etablerades det första nationella programrådet. Syftet med programråd är att samverka nationellt för en mer kunskapsbaserad och

jämlik vård. Programrådet ser över förbättringsområden utifrån bland annat öppna jämförelser och nationella utvärderingar och föreslår implementering.

NSK:s regiongrupp nominerar och utser tillsammans med hälso- och sjukvårdsdirektörerna och SKL de experter som ska ingå i programrådet. Programrådet möjliggör stort erfarenhetsutbyte och kunskapsförmedling mellan nationell, regional och lokal nivå.

Det är angeläget att inom ett relativt nytt område redan från början verka för att upplägg, innehåll och utvärdering tar hänsyn till hur det anpassas efter kvinnor och män. Det är även viktigt att säkerställa att internetbehandling inte bidrar till att vården blir ojämlik. För att stöd- och behandlingsprogrammen ska kunna vara tillgängliga för majoriteten av patienterna så behöver vissa förutsättningar beaktas.

Till exempel handlar det om språket i programmet, att det är lättförståeligt, könsneutralt och anpassat till personer med andra begränsningar som lättare intellektuella funktionsnedsättningar. Det handlar också om att personer som har svårigheter med att ta till sig informationsmaterial behöver mer anpassat behandlingsmaterial utifrån hur personen navigerar i behandlingsprogrammet och hur struktur och innehåll är utformat. Språket bör också vara fritt från metaforer och liknande eftersom detta kan vara svårt att förstå för personer som inte har svenska som modersmål. Programmen behöver också översättas till andra språk. Vad som är lämpligt att översätta behöver utgå från de språkgrupper som är vanligt förekommande inom den aktuella kommunen/landstinget. De fem officiella nationella minoritetsspråken är finska, jiddisch, samiska, meänkieli samt romani chib. Övriga språk som är ofta förekommande i Sverige och som kan bli aktuella att översätta till är till exempel engelska, arabiska och somaliska vilket ger nya målgrupper möjlighet till denna behandlingsform.

I språklagen (2009:600) finns det också bestämmelser om svenska språket, de nationella minoritetsspråken och det svenska teckenspråket. Lagen innehåller även bestämmelser om det allmännas ansvar för att den enskilde ges tillgång till språk samt om språkanvändning i offentlig verksamhet och i internationella sammanhang. Det här är naturligtvis något som är önskvärt men kan vara svårare att genomföra i praktiken då detta också leder till att det ställs krav på terapeuten att kunna programmets språk. Vid vägledd, internetbaserad KBT tar terapeuten del av patienternas olika skattningar, svarar på frågor och ger feedback, därför behövs det kunskap i språket som programmet framförs på. I dagsläget är majoritet av programmen på svenska i Sverige, med några få undantag. För att patienten ska kunna ta del av behandlingen utifrån ett behandlingsprogram som är översatt till annat språk ställs det även krav på översättning av tekniska funktioner t.ex. menyer, flikar, felmeddelanden som finns på plattformen, denna möjlighet saknas i dagsläget. Det finns även behov att ta fram informationsmaterial om internetbehandling på olika språk. Ovanstående exempel på framtida

anpassningar av programmen skapar krav på forskare och programutvecklare för att uppnå jämlik vård.

E-delegationen som är en kommitté under Näringsdepartementet, har tagit fram webbriktlinjer för offentlig sektor vid webbutveckling. Dessa grundläggande principer är bra att känna till vid utveckling av internetbaserade stöd- och behandlingsprogram.

Att arbeta utifrån ett jämlikhetsperspektiv är att till exempel tillgodose alla människors rättigheter. Detta är även relevant vid stöd- och behandling via internet. Redan vid utformningen av ett stöd- och behandlingsprogram ska dessa rättigheter beaktas för att målgruppen ska vara så bred som möjligt.

Alla människor (kvinnor och män i olika åldrar) ska bemötas och behandlas på ett likvärdigt sätt och få likvärdig tillgång till välfärdstjänster och service. Att göra jämlikt innebär att göra skillnad, det vill säga att erbjuda generella insatser till alla, men anpassade på ett sådant sätt att de motsvarar olika människors olika behov och förutsättningar.

Att göra skillnad innebär också att skapa förutsättningar för människor att få sina mänskliga rättigheter tillgodosedda och påverka på deras livsvillkor. Ytterligare information om jämlikhet och jämställdhet finns att läsa i vägledningen "Göra jämlikt är att göra skillnad" från Sveriges Kommuner och Landsting.

8. Forskning och utveckling

Fortsatt forskning och utveckling inom området för internetbaserade stöd- och behandlingsprogram är viktigt för att nya och befintliga program ska utvecklas vidare.

Det är viktigt att beakta de regler som gäller vid behandling av personuppgifter inom en forskningsverksamhet. Beträffande forskningsstudier på uppgifter i behandlingsplattformen så gäller bestämmelserna i PUL och etikprövningslagen, bl.a. ställs krav på ett forskningsetiskt godkännande av en forskningsetisk nämnd om forskningen innefattar behandling av känsliga personuppgifter, t.ex. uppgifter om hälsa.

PDL är inte tillämplig på insamlade personuppgifter via behandlingsplattformen som ska användas för forskning, oavsett var de bevaras. Vid behandling av personuppgifter för forskning gäller i stället bestämmelserna i PUL och lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Det ska tydligt framgå vilka behandlingsprogram som ingår i reguljär vård och vilka som är aktuella för forskningsstudier på behandlingsplattformen. Utifrån behandlingsplattformen finns det möjlighet att publicera internetbaserade behandlingsprogram som ingår i forskningsstudier.

9. Finansieringsmodell och upphandling

I Ineras handlingsplan för 2013-2018 är det en uttryckt önskan att gå över från gemensam finansiering till nyttjandebaserad finansiering för befintliga tjänster. Det har också uttryckts att e-tjänsterna skall ”bära sin egen infrastruktur”. Inom ramen för arbetet hos Invånartjänster, SLL togs initiativ att samordna pågående arbeten inom respektive projekt för att sätta en grundstruktur för en gemensam ansats. Parallellt med detta arbete har en fördjupad förstudie på Inera arbetats fram, resultatet av förstudien ska presenteras på Ineras styrelsemöte i juni 2014.

Behandlingsplattformen är en av fyra nationella e-tjänster som är först ut med att göra kostnadsberäkningar enligt den av Inera nyligen beslutade finansieringsmodellen. Resultatet av pågående arbete med att göra en kostnadsberäkning av ingående kostnader för drift och förvaltning samt utveckling, beräknas vara klart under Q4 2014.

9.1 Upphandling av program

Med offentlig upphandling avses de åtgärder som vidtas av en upphandlande myndighet för att tilldela ett kontrakt eller ingå ett ramavtal avseende varor, tjänster eller byggtreprenader.

Syftet med upphandlingsreglerna är att upphandlande myndigheter på bästa sätt ska använda de offentliga medel som finansierar offentliga upphandlingar, genom att uppsöka och dra nytta av konkurrensen på aktuell marknad. Samtidigt syftar regelverket till att ge leverantörerna möjlighet att tävla på lika villkor i varje upphandling.

Offentlig upphandling regleras av lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU), som i huvudsak bygger på EU-direktiv om offentlig upphandling. EU:s direktiv för offentlig upphandling utgör en viktig del i arbetet med att förverkliga den inre marknaden genom att främja den fria

rörligheten för varor och tjänster inom EU och att få marknaden att fungera effektivt.

Genom att följa de svenska upphandlingsbestämmelserna uppfyller upphandlande myndigheter de skyldigheter som följer av EU-rätten.

LOU ska tillämpas vid anskaffning av program för stöd och behandling. SKL har undersökt möjligheten att göra en gemensam upphandling för alla landsting. Det är möjligt att göra en gemensam upphandling med ett ramavtal där landsting kan avropa upphandlade program.

Om en upphandling genomförs på t.ex. depression och fyra program kvalar in enligt upphandlingsreglerna, kommer dessa program att inbördes rangordnas från 1-4. Det innebär att landstingen är hänvisade att alltid först välja det program som enligt rangordningen är nummer ett på listan.

Det skulle resultera i att alla i hela Sverige i enlighet med rangordningsprincipen enbart kan använda ett program av de fyra som är upphandlade. Det är möjligt att göra undantag från rangordningsprincipen, men då ska det finnas särskilda skäl, och det gäller enbart på patientnivå inte för en hel patientgrupp. Med utgångspunkt från det föreslår arbetsgruppen att respektive landsting genomför upphandlingen. Det är möjligt för sjukvårdsregioner att gå samman i en upphandling.

En användargrupp kan tillåtas testa behandlingsprogram i samband med en annonserad upphandling. För att en specifik leverantör inte ska få fördelar framför andra leverantörer i en sådan test bör tiden för testperioden inte överstiga en vecka. Från och med 1 juli 2014 höjdes gränsvärdet för direktupphandling. Den nya direktupphandlingsgränsen är 505 800 kronor för organisationer som lyder under LOU. För ytterligare information om gällande upphandlingsrutiner hänvisas till respektive landstings upphandlingsenhet.

Kan ett landsting överlämna uppdraget att genomföra internetbehandling åt ett annat landsting?

En sjukvårdsregion består av ett kommunalförbund med sjukvårdshuvudmän som samverkar kring utnyttjandet av regionens sjukvårdsresurser. Medlemmarna i Sveriges sex sjukvårdsregioner utgörs huvudsakligen av landsting, det vill säga svenska sekundärkommuner.

Norra sjukvårdsregionen, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion, Stockholms sjukvårdsregion, Sydöstra sjukvårdsregionen, Västra sjukvårdsregionen, Södra sjukvårdsregionen. Hallands läns landsting är den enda part som är medlem i två olika regionförbund, eftersom de södra kommunerna i Hallands län ingår i Södra sjukvårdsregionen och de norra kommunerna i Västra sjukvårdsregionen.

Norrlandstingens regionförbund är ett kommunalförbund med Landstinget Västernorrland, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting och

Norrbottens läns landsting som medlemmar. Förbundsordningen är tillika regionavtal enligt riksavtalets definition. Detta regionförbund har enligt dess förbundsordning givits befogenhet att utöva det gemensamma ansvarstagandet för beställning, planering och samordning av regionsjukvård, utbildning och forskning utifrån ett behovs- och befolkningsperspektiv. I deras förbundsordning markeras också att regionförbundet ska fungera som samarbetsorgan inom folkhälsa och övriga områden inom hälso- och sjukvård, utbildning och forskning och därmed sammanhängande verksamheter t ex patienttransporter, läkemedel, diagnostik, IT och upphandling.

Vidare framgår av förbundsordningen att på initiativ av ett eller flera av landstingen kan avtal träffas genom regionförbundet om såväl hälso- och sjukvård som andra samverkansområden. Dessa avtal omfattar de landsting som önskar delta.

Exempel på scenarier som kan förekomma mellan landsting, kommun eller deras olika utförare och enskilda företag kan vara enligt följande:

- Internetbehandling genomförs utifrån egen regi med tillgång till egna program
- Internetbehandling genomförs utifrån egen regi och köp/hyra/prenumerera/licens av behandlingsprogram
- Internetbehandling genomförs utifrån avtal eller upphandling med annan part om:
 - Bedömning av patient utifrån urvalskriterier och lämplighet med behandlingsformen
 - Tillhandahålla program
 - Tillhandahålla terapeut

9.2 Upphovsrätt

En förutsättning för att få tillgång till internetbaserade program som publiceras på plattformen är att veta vilka upphovsrättsliga regler som gäller. Det förekommer olika varianter på hur ett program har framställts av personer och kopplingen till en anställning. Detta har sedan betydelse för vilka personer som kan teckna avtal om användning av programmen.

Ensamrätten till ett internetbaserat program är uppdelat i ett antal olika skyddsformer såsom upphovsrätt. Under förutsättning att det aktuella materialet är originellt, d.v.s. inte trivialt, skyddas exempelvis texter, filmer, bilder och musik av upphovsrätten. Upphovsrätten uppstår i samband med ett programs uppkomst och förutsätter således ingen registrering.

Personer som har tagit fram internetbaserade program som är relevant för plattformen har enligt regeringsformen 2 kap 16§ grundlagsskydd för ”rätt till sina verk enligt bestämmelser som meddelas i lag”.

Den lag som åsyftas i paragrafen är lag (1969:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk ("URL").

Enligt URL har den som har skapat ett litterärt eller konstnärligt verk upphovsrätt till verket. Det upphovsrättsliga skyddet innebär att upphovsmannen tilldelas en ensamrätt, d.v.s. en exklusiv rätt att förfoga över sitt program genom att exempelvis framställa exemplar samt tillgängliggöra programmet för allmänheten. Upphovsrätten är även konstruerad som ett efterbildningsskydd. Efterbildningsskyddet innebär att upphovsmannens program är skyddat mot oauktorerat eftergörande och nyttjande av programmet. Upphovsrätten skyddar däremot inte mot andras senare självständiga prestationer som råkat bli liknande, utan den skapar endast ett skydd mot efterbildning.

URL reglerar även bearbetning av redan existerande program och överföringar av sådana till en annan konstform, vilket betraktas som ett program i sig och som ges ett självständigt skydd.

Enligt URL har var och en rätt att citera ur offentliggjorda program i överensstämmelse med god sed och i den omfattning som motiveras av ändamålet. En förutsättning för citaträtten, är att det program som citatet tas från måste vara offentliggjort. Citeringen måste även ske i överensstämmelse med god sed. I vetenskaplig framställning kan det vara nödvändigt att återge relativt stora partier av annans program, medan i de flesta andra sammanhang rör sig om mycket korta citat. Normalt är det inte tillåtet att citera hela program, men undantagssituationer kan förekomma.

I relationen mellan arbetsgivare och arbetstagare är utgångspunkten att upphovsrätten alltid uppstår hos den anställda, som är den ursprungliga rättighetsinnehavaren. Arbetsgivaren kan endast få en från upphovsmannen avledd rätt. En praktisk fråga som därmed aktualiseras är i vilken utsträckning arbetsgivaren kan förvärva rätten. För datorprogram gäller ett undantag genom att upphovsrätten övergår till arbetsgivaren automatiskt (40 a § URL).

En tumregel i övriga situationer, som även gäller forskare, då arbetsgivaren inte reglerat upphovsrätten i anställningsavtalet med arbetstagaren, är att arbetsgivaren inom sitt verksamhetsområde och för sin normala verksamhet får utnyttja sådana program som uppkommer som ett resultat av tjänsteåligganden och särskilda åtaganden gentemot arbetsgivaren. Arbetsgivarens rätt avser utnyttjandet för de ändamål som kan förutses när programmet tillkommer.

Sammanfattning:

- Utgångspunkten är att program för internetbaserad behandling skyddas av upphovsrätten
- Publicering av ett program är ett upphovsrättsligt förfogande som kräver att landstingen har rättighetsinnehavarens medgivande för sådan publicering
- Upphovsrätten ger upphovsmannen ideella rättigheter, såsom rätten att bli namngiven, vilka inte kan utlånas eller överlåtas utan endast efterges av upphovsmannen själv
- Upphovsrätten till program som skapats av flera upphovsmän tillkommer upphovsmännen gemensamt. Därmed kräver användning av sådana program upplåtelse från samtliga upphovsmän
- Om landstingen önskar erhålla en nyttjanderätt till de aktuella programmen. En sådan nyttjanderätt upplåts vanligen mot ersättning och regleras i ett licensavtal
- Det går inte att godtrosvärva nyttjanderätt till ett program. Det innebär huvudman endast kan erhålla en juridisk giltig nyttjanderätt genom att teckna licensavtal med den faktiska innehavaren av upphovsrätten till programmet
- Det förekommer att arbetstagare överlåter upphovsrätten till sådant material som uppkommit inom ramen för anställningen till sin arbetsgivare. Detta kräver dock, förutom vad gäller datorprogram, en särskild överlåtelse. Den som anser sig ha förvärvat upphovsrätten till ett program har bevisbördan för att visa att sådan överlåtelse har genomförts. Mot den bakgrunden är det viktigt att, i förekommande fall, klarlägga om sådana överlåtelser har skett

Creative commons licenser

SKL har undersökt om det är lämpligt att rekommendera Creative commons licenser pga. att vi ser över internetbaserade stöd och behandlingsprogram.

Istället för att köpa program genom olika former av upphandling, finns annat alternativ med Creative commons licenser. Dessa licenser finns i Sverige sedan 2005 och bygger på vilka friheter verket ska ha genom ett licensavtal från Creative commons. Grunden är att licenserna inte är förenat med ekonomisk ersättning, men att det finns andra villkor som ska uppfyllas och följas.

Den som skapar ett verk är upphovsman, vilket betyder den fysiska eller juridiska personen. Det är upphovsmannen som sedan väljer vilka friheter verket ska ha. Licenserna följer med verket lika länge som upphovsrätten.

Det finns fyra villkor och sex olika licenser från [Creative commons](#) att välja på beroende på vilka friheter verket ska ha. När ett verk används utifrån Creative commons ska det alltid framgå vem som är upphovsmannen, vilka licenser som gäller för spridning samt ange länk till ytterligare information om upphovsman och licenser.

SKL har undersökt och gjort sin bedömning av Creative commons licenserna utifrån olika perspektiv, som beskrivs nedan.

Perspektivet kommunala kompetensbestämmelsen

Under förutsättning att t.ex. ett landsting innehar en upphovsrätt, är det från kompetenssynpunkt inget som hindrar att landstinget nyttiggör sig denna upphovsrätt, t.ex. genom att upplåta den till annan. I SKL's lagkommentar framgår t.ex. följande: "En kommun eller ett landsting kan i sin ordinarie verksamhet, t.ex. inom det kommunaltekniska området, ha fått fram en immateriell produkt. Enligt förarbetena bör då kommunen eller landstinget också som upphovsman kunna utnyttja sin upphovsrätt fullt ut. Detta får, sägs det, ses som en bieffekt till det utvecklingsarbete som kommunen eller landstinget gör för den egna verksamheten. Se vidare prop. 1993/94:188 s. 83." I ett sådant avseende anses kommunen eller landstinget för övrigt inte heller bunden av självkostnadsprincipen, eftersom det anses ligga i linje med kraven på en god ekonomisk hushållning att kommuner och landsting får tillgodogöra sig det fulla värdet av sin egendom.

Perspektivet ersättning

Det är inte lika givet att ett landsting anses ha rätt att tillhandahålla program utan ersättning. I kravet på allmänintresse enligt den allmänna kompetensbestämmelsen i 2 kap. 1 § kommunallagen ligger ett principiellt förbud mot att ge understöd åt enskilda, eftersom det i rent kommunalrättslig

bemärkelse inte är ett allmänt intresse att sådant understöd lämnas. Det uttrycks också i den juridiska litteraturen att det på det hela taget inte är tillåtet för en kommun eller ett landsting att göra ersättningsfria prestationer till enskilda personer om inte kommunen eller landstinget på någon särskild rättslig grund har skyldighet eller befogenhet att göra en sådan prestation.

Perspektivet privata aktörer

Om det skulle kunna komma ifråga att tillhandahålla program även till privata vårdgivare, bör även beaktas bestämmelsen i 2 kap. 8 § kommunallagen, där det framgår att kommuner och landsting får genomföra åtgärder för att allmänt främja näringslivet i kommunen eller landstinget, men att individuellt inriktat stöd till enskilda näringsidkare bara får lämnas om det finns synnerliga skäl för det. Nu kan man för all del argumentera för att en åtgärd att tillhandahålla ett program till alla företag som vill nyttja det, inte utgör ett individuellt riktat stöd. Ser man till bakgrunden till det första ledet i 2 kap. 8 § kommunallagen – åtgärder för att allmänt främja näringslivet i kommunen eller landstinget – finns dock inget stöd för att lagstiftaren avsett att bestämmelsen kunna omfatta t.ex. tillhandahållande av utvecklade program. Från kommunalrättslig synpunkt uppstår ytterligare tveksamheter från kompetenssynpunkt – lokaliseringsprincipen – om tillhandahållandet skulle riktas inte bara till företag inom landstingets geografiska område, utan gälla näringslivet i hela landet.

Sammantaget är det således tveksamt om ett sådant tillhandahållande som avses med Creative common licenses kan anses kompetensenlig enligt kommunallagen, dock att förbehåll för att frågan veterligen inte prövats tidigare.

Perspektivet konkurrens

Bortsett från de kommunalrättsliga aspekterna finns även skäl att beakta konkurrensrättsliga aspekter, särskilt som det finns flera privata företag som tillhandahåller program.

Enligt reglerna om s.k. offentlig säljverksamhet (3 kap. 27-32 §§ konkurrenslagen) kan bl.a. ett landsting förbjudas att i en säljverksamhet tillämpa ett visst förfarande, om detta snedvrider eller är ägnat att snedvrída, förutsättningarna för en effektiv konkurrens på marknaden, eller hämmar eller är ägnat att hämma förekomsten eller utvecklingen av en sådan konkurrens. Det finns ännu inte särskilt mycket praxis som belyser tillämpningen av reglerna om offentlig säljverksamhet, även om Konkurrensverket har handlagt ett antal ärenden om lagens tillämpning.

SKL bedömer det tveksamt att t.ex. ett landsting skulle tillhandahålla ett program utan ersättning även till privata användare, när det finns privata företag som mot ersättning tillhandahåller programvara som fyller motsvarande funktion. Det är inte otänkbart att en sådan prissättning (ingen ersättning) skulle påverka förutsättningarna för de privata företagen, d.v.s. att konkurrensen på ”marknaden” skulle kunna komma att snedvridas eller hämmas i lagens mening. Även om det handlar om program inom hälso- och sjukvårdsområdet, är det tveksamt om det med framgång skulle gå att hävda att ett sådant tillhandahållande utan ersättning, trots konkurrensstörningen, skulle vara försvarbar från allmän synpunkt. Om t.ex. ett landsting bedriver konkurrensbegränsande offentlig säljverksamhet, kan landstinget – på talan av Konkurrensverket – ytterst förbjudas att bedriva verksamheten (om den inte skulle anses kompetenslig) eller att tillämpa ett visst förfarande (t.ex. att tillhandahålla program utan ersättning).

Sammanfattning:

SKL bedömer att det finns flera tveksamheter, som beskrivs ovan, med att använda Creative commons licenserna till internetbaserade stöd och behandlingsprogram som ska användas på plattformen. Förutom tveksamheterna från kommunalrättslig synpunkt, handlar det särskilt om konkurrensaspekterna mot privata företag. Vi vill därför inte rekommendera en sådan lösning.

Källa: Inledande informationen om Creative commons licenser till detta underlag är hämtat från Creative commons Sverige.

Ytterligare information: <http://creativecommons.se/>

10. Internationell utblick

Här ges en utblick från andra länder där internetbehandling förekommer. Delar av sammanställningen kommer från Linköpings Universitet som har utfört en kartläggning över hur internetbehandling sker i andra länder. Ett samarbete mellan Linköpings Universitet sker med bland annat Rumänien, Holland, Tyskland och Storbritannien.

Australien

Det finns i dag flera program med hög kvalitet. Avståndet är ett hinder för tillgång till traditionell behandling. Internet kan då vara effektivt då det skapar en högre servicenivå. I Australien finns en portal med namnet Beacon (www.beacon.anu.edu.au) med e-hälsotjänster som inriktar sig på fysisk och psykisk ohälsa.

Bakgrunden är att det har skett en ökning av olika program via internet som används för att förebygga och behandla olika sjukdomar. Portalen tillhandahålls av Centre for Mental Health Research at the Australian National University. Finansiering sker av Australian Commonwealth Department of Health and Ageing.


Beacon tillhandahåller ett bibliotek med e-hälsoapplikationer (hemsidor, mobil applikationer och internet support) vilket inkluderar information om vilka självhjälpsprogram som finns för så väl invånare som profession i hälso- och sjukvården. Portalen har utarbetats för att det finns skiftande kvalitet i de program och tjänster som tillhandahålls. Effekterna av programmen granskas av experter och en sjugradig skala med smileys har utvecklats för att åskådliggöra graden av kvalitet.





Det finns ingen evidens för närvarande





Det finns evidens för att sidor/ program inte fungerar

 Det finns evidens att sidan/program kanske fungerar men flera studier behövs

 Det finns viss evidens att sidan/program fungerar. Det finns en eller två studier som stödjer det

 Det är god evidens för att sidan/programmen fungerar, vilket stöds av minst två randomiserade kontrollerade studier

 Det är stark evidens för sidan/programmen vilket stöds av minst tre kontrollerade randomiserade studier

 använd sidan/programmet, stöds av fler än tre randomiserade studier

Referenser: Beacon: An online portal of mental and physical e-health applications. Carl Möller, Kristen Murray, mfl Australiens National University;
www.beacon.anu.edu.au

Kanada

I Kanada finns rapporten E-Mental Health in Canada: Transforming the Mental Health System Using Technology utarbetad av en särskild kommitté och finansierad av Health Canada.

Visionen (förkortad)

Att tillgången på e-tjänster för mental hälsa ska bli mer vanligt förekommande i alla områden, och tillgänglig för hela befolkningen, samt vara fri från stigma. Evidensbaserad e-hälsa ska vara anpassad för individen och dennes förutsättningar och bygga på historik och behov. E-tjänster för mental hälsa kommer att komplettera ordinarie behandling där patient och behandlare träffas.

För att möjliggöra visionen behövs finansiering, utrymme och tillåtelse för patienter, kliniker, akademiker, policy utförare och aktörer inom industrin att arbeta tillsammans med att ta fram en kraftfull och innovativ e-hälsoplattform.

Nederländerna

Nederländerna ligger i framkant i Europa vad gäller integration av internet och e-hälsa. År 2013 fanns i Nederländerna 11 olika internetbehandlingsprogram dokumenterat med klinisk effekt.

Internetbehandling för depression har existerat under det senaste decenniet. Både KBT-baserad internetbehandling och *blended treatment* (blandterapi, en kombination av traditionell terapi och internetbehandling) erbjuds inom det offentliga vårdsystemet – främst för patienter med mild till måttlig depression. Sedan år 2012 är e-Hälsointerventioner inkluderade i nationella riktlinjer för vård av depression. Nyligen beslutades även att internetbehandling för depression som uppfyller alla vetenskapliga och lagliga kriterier skall ersättas via den grundläggande sjukförsäkringen. Program för depression har skräddarsyttis för exempelvis ungdomar, MS-patienter, cancerpatienter och personer med diabetes. Det går också att få internetbehandling för exempelvis ångest, demens, ADHD, alkohol- och drogberoende och arbetsrelaterad stress. Under 2011 kunde omkring 70 % av de nederländska mentalsjukvårdsinstitutionerna erbjuda en del av sina behandlingar digitalt (enligt Trimbos-Institut). De senaste åren har även privata kliniker samt organisationer för mental hälsa börjat erbjuda internetbehandling.

Flertalet incitament pågår för att snabba på implementeringen av e-Hälsa i hälsovården. År 2012 inrättades The National Implementation Agenda eHealth (NIA), med uppdrag att öka utvecklingen och användningen av internetbaserade interventioner. Försäkringsbolag i Nederländerna arbetar aktivt för en ökad integrering av internetbehandling i sjukhälsovården och för att e-hälsoapplikationer ska ingå i vårdriktlinjer. Hälsoministeriet i Nederländerna har även inrättat en handlingsplan med mål att kartlägga och hantera potentiella risker med e-Hälsa.

Källa: Forskningsgruppen för internet och hälsa och klinisk psykologi, Institutionen för Beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet.

Storbritannien

I Storbritannien har en strategi för mental hälsa utarbetats under 2011 och kompletterats med dokumentet ”E-mental Health, What’s all the fuss about?” (2013), som är framtagen av the National Health Service.

Sammanfattningsvis uppges att man ser styrkan av informationen som ett sätt att förändra tjänsterna. Vilket inkluderar mental hälsa där det är möjligt att använda tekniken för egenvård, och att personer med liknande problem hjälper varandra.

Den ska vara välfungerande, säker, ha en hög tillgänglighet och vara fri från en stigmatiserad miljö.

www.nhsconfed.org/Publication/discussion-paper/Pages/E-mental-health.aspx

I samtalet med Johan Smith www.coreims.co.uk ger han en beskrivning av att problemen som finns är att hitta finansiering av behandlingsprogrammen. För tillfället pågår ett arbete som utförs av psykologstudenter med att göra en sammanställning av alla program som finns på marknaden.

Sammanställningen är avsedd som en service till befolkningen som ska veta vilka som finns, men det är ingen garanti för vilka av programmen som har evidens eller inte. Det finns dock ett stort intresse i Storbritannien för dessa frågor och en konferens genomförs i juni 2014.

I Storbritannien är internetbaserad kognitiv beteendeterapi upptaget i de nationella riktlinjerna för behandling av depression. Såväl internetbehandling som ”blended treatment” erbjuds som behandling för mild till måttlig depression och behandlingen är kostnadsfri för patienten. Det existerar flertalet sajter och programvaror som riktar sig mot behandling av depression, men dessa lösningar erbjuds inte rutinemässigt till patienter. Det finns än så länge inga ekonomiska incitament för vårdgivare att inkludera internetbehandling i vårdutbudet.

Internetbehandling för psykisk ohälsa är ett etablerat forskningsområde. Kostnadseffektiviteten och den kliniska effektiviteten av iKBT jämfört med standardbehandling har utvärderats i flertalet randomiserade kontrollerade studier. Ännu har inga ansträngningar gjorts för att skraddarsy internetbaserad kognitiv beteendeterapi för depression på olika egenskaper för minoriteter.

Källa: Forskningsgruppen för internet och hälsa och klinisk psykologi, Institutionen för Beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet.

Tyskland

Enligt tysk lag så får klinisk depression inte behandlas enbart via internet. Detta begränsar än så länge spridningen av internetbehandling inom det tyska hälso- och sjukvårdssystemet. Sjukvårdspersonal har dock möjlighet att integrera självhjälpsmoduler i psykoterapeutisk behandling så länge behandlingen inte enbart sker via internet. Exempelvis kan moduler läggas till befintlig behandling eller ersätta några sessioner. Detta förekommer i mindre utsträckning. Internetbehandling för *subklinisk* nivå av depression kan också erbjudas som självständig behandling, denna behandling går under benämningen ”counseling”, inte terapi.

Flertalet fristående online-terapicenter i Tyskland erbjuder idag internetbehandling för subklinisk depression, diabetes, rökavvänjning, panik, alkoholberoende och stresshantering.

Majoriteten av behandlingsprogrammen baseras på KBT och har ett standardiserat innehåll i form av moduler. Exempel på upplägg är 10 KBT-moduler (*Deprexis*), eller 12 moduler baserade på KBT och Acceptance and

Commitment Therapy (*HausMed*) där varje modul innebär ca 10-60 minuters arbete. Behandlingens omfattning kan också justeras i omfattning, exempelvis en kortversion (4 veckor) eller långtidsversion (12 veckor).

Den vanligaste vägen till internetbehandling är genom självanmälan via nätet, exempelvis kan man anmäla sig via sidorna www.novego.de och www.hausmed.de. Patienten bekostar själv sin behandling och KBT-moduler administreras efter genomförd screening. I dagsläget kostar en behandling ca €60-120 per månad. Patienten kan vara anonym och arbeta självständigt eller välja till vägledad behandling där kontakt med psykologisk behandlare sker via telefon eller mail.

Tyska försäkringsbolag är i viss mån involverade i utvecklingen av internetbehandlingsprogram för depression. Idag (2014) så pågår ett par pilotprojekt där försäkringsbolag erbjuder kunder helt internetbaserad KBT, eller internetbaserad KBT med en initial face-to-face session. I regel kompenserar dock försäkringsbolag ännu inte för internetbehandling. Undantaget är behandlingar som riktar sig mot lindriga tillstånd och benämns som "hälsocoachning".

Den kliniska effekten av flertalet nationella behandlingsprogram för depression har utvärderats, och därefter har de ackrediterats för behandling. Just nu planeras studier som jämför klinisk och kostnadseffektivitet av internetbehandling jämfört med standardbehandling.

Källa: Forskningsgruppen för internet och hälsa och klinisk psykologi, Institutionen för Beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet.

USA

Det pågår en hel del forskning och det finns många olika program som är möjliga att använda via internet. Den största tillgång av program är i första hand olika självhjälpsprogram som befolkningen hittar via sökning på nätet. Det finns ett intresse att sprida behandlingsprogram som hälso- och sjukvården kan använda. Då det i första hand har varit försäkringsbolag som ersätter vården som patienterna får har intresset varit svagt för att ersätta internetbehandlingar. Det ser dock ut som att det är en förändring på gång vad gäller ersättning till vården. Men det kommer att ta tid innan det har fått en större spridning. Det är snarare ett tryck från befolkningen att få behandling via internet än vad vården för tillfället kan erbjuda. Men det pågår rörelser för att få till e-hälsa på olika sätt i USA. Bland annat kommer en internationell konferens att hållas i Washington 11-14 december 2014. Detta efter samtal med Dennis Morrison. www.ntst.com

11. Frågeställningar som inte ingår i uppdraget och som inte är besvarade i rapporten

Frågeställningar som inte ingår i uppdraget:

I rapporten finns syftet med rapporten beskrivet samt vilka frågeställningar som ska besvaras. För att få återkoppling på innehållet i rapporten samt två frågeställningar gällande kvalitetssäkring/utvärdering och nationellt upphandlingsunderlag, skickades en remiss till olika aktörer i vården och myndigheter. Vid sammanställningen av remissvaren på rapporten framkom det ett antal frågeställningar som inte ingår i uppdraget. Svaren på många av dessa frågor finns i två framtagna böcker: Internetbaserad psykologisk behandling evidens, indikation och praktiskt genomförande samt Internetbehandling med KBT – en praktisk handbok, se referenslista.

Exempel på dessa frågeställningar som inte ingår i uppdraget är:

- När ska internetbehandling väljas och när är terapi med fysiska träffar att föredra?
- Hur ser vårdprocessen ut för internetbehandling?
- Hur ska utbildning av terapeuter inom vägledad internetbaserad KBT utföras?

Frågeställningar att besvara:

Kan det finnas annan verksamhet utöver kommun/landstingsfinansierad som har legitima behov av att använda plattformen?

Det finns privata aktörer på marknaden för internetbaserade program. När ett landsting har genomfört en upphandling och en privat aktörer har fått uppdraget, blir det aktuellt för dem att få tillgång till behandlingsplattformen för att lägga in programmen.

Hur säkerställs det att offentliga och privata aktörers intressen tas tillvara för att bidra till utveckling och konkurrensneutralitet?

I det pågående arbete med utveckling av behandlingsplattformen, landstingens organisation av internetbaserad stöd och behandling samt rapportens framställning, har både offentliga och privata aktörer deltagit. Rapporten har även skickats på remiss för synpunkter på fortsatt arbete med kvalitetssäkring och upphandlingsunderlag. En förvaltningsgrupp för behandlingsplattformen är tillsatt och en nationell kompetensgrupp för kvalitetsgranskning av programmen är på gång, där det finns möjlighet att ta tillvara på olika aktörers intressen.

Hur säkerställs det att brukare och användare blir involverade?

För brukare finns det inget konkret förslag hur de ska bli involverade. Alternativ som kan ses är referensgrupper eller ingå eller adjungeras till den nationella kompetensgruppen för kvalitetsgranskning av behandlingsprogrammen. När det gäller hur användarna kan bli involverade i internetbaserad stöd och behandling finns den nystartade förvaltningsgruppen för behandlingsplattformen samt den nationella kompetensgruppen.

12. Referenser

Datainspektionen mfl. (2013). Personuppgifter i forskningen – vilka regler gäller?

Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G.(2014).
Internetbaserad psykologisk behandling evidens, indikation och praktiskt genomförande. Natur och Kultur

Nationella medicinska informationssystem Vägledning till
Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2014:7) om nationella medicinska informationssystem Rev. 2014-06-18

Nationella Kvalitetsregister Datainspektionens rapport 2002:1

Nymark, Manolis (2014). PM 1 Medicinskt ansvar och
behandlingsplattformen.

Nymark, Manolis (2014). PM 2 Egenvård och behandlingsplattformen.

Rapporten stöd och behandling på nätet – Nutid och framtid, (2013).
SKLRiktlinjer för informationssäkerhet inom SLL, LS 1112 1733

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

Vägen till en kunskapsbaserad och jämlik vård. Långsiktig utveckling av
programråd (2014).

Östbom, A. Internetbehandling - (2013). Implementering av internetbaserad
KBT i hälso- och sjukvården.

Överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa
(2012)

Överenskommelse om kunskapsstyrning och vissa utvecklingsområden inom
hälso- och sjukvården (2014). Överenskommelse mellan staten och SKL.

Beacon: An online portal of mental and physical e-health applications.Carl
Möller, Kristen Murray, mfl Australiana National University
www.beacon.anu.edu.au

NIFFIT <http://www.ibl.liu.se/gerhardandersson/research?l=sv>

Sammanställning av internetbaserade behandlingsprogram

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	<u>Format</u> Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	<u>Format</u> Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
ACT för smärta	Uppsala universitet	*Monica Buhrman + forskargrupp	FP	RCT studie, publicerad i BRAT 2013, Buhrman et al.	I studien användes en klinisk population. Klinisk utvärdering i den reguljära vården pågår	*I studien medelstora effekter i flera viktiga variabler vid smärtforskning. Resultaten motsvarar kliniska live studier.	Tredje vågens KBT, d.v.s. ACT	7	L, T	D

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
ACTHör	Linköpings universitet	*Peter Molander (Doktorand), Hugo Hesser, PhD, Sandra Weineland, PhD, Gerhard Andersson, professor, Kajsa Bergwall, Henning Lantz, Johan Hansson-Malmlof och Sonia buck – alla psykologstud	FoU	I förberedelse	Nej	*Signifikant effekt för ökad acceptans av sitt tillstånd, trend till signifikant effekt på ”hearing handicap”	ACT, vilket är en vidare-utveckling av KBT	8	L, S, T	D
ADHD	Livanda	*Livanda	FoU	Ja	Ja	*Cohen´s d = 1.07 (Stor effekt)	KBT	8	T	D

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
ADHD	Internet- psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Berkeh Nasri + forsknings- grupp	FoU							
Bipolär sjukdom Utprovat på vuxna, med konstaterad bipolär typ II Vid rekryteringstillfäl- let hade depressiva symtom av lindrig-måttlig grad	Örebro Läns Landsting	*Fredrik Holländare	FoU	Pilotstudie	Nej	*I huvudsak en sänkning av depressiva symtom för personer med Bipolär sjukdom, typ II	KBT	6	B, T	D

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Brännskadeprogram till föräldrar med barn som har brännskador	Uppsala universitet	*Postdoc-projekt ledd av Josefin Svein	FoU	Vetenskaplig prövning planeras till hösten 2014	Pågående planering		ACT			D
Bulimia nervosa och ospecifik ätstörning	Netunion (Schweiz)	*Netunion	FP	Ja	Ja	*Minskning av hetsättning och relaterad kompensation	KBT	7	T	D, S
Bättre självkänsla	Livanda	*Livanda	FP	Nej	Nej	*Cohen's d = 1.14 (Stor effekt)	KBT	8	T	D
Dataspel med terapeut	Sustainable Interaction	*Sustainable Interaction	FP	Nej	Nej	*Ingen dokumenterad behandlings-effekt	KBT och MI	8 + uppföljning	B, T	D, S, T

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Depression	Internet-psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Forsknings-grupp Gerhard Andersson respektive Nils Lindefors	FP		Ja	*God effekt	KBT		T	D
Depression	KBT I primärvården Uppsala	*Mattias Myrälff	FP	Nej	Ja, kontinuerlig utvärdering	*Ja	KBT, beteendeaktivering	5	T	D, S, T
Depression	Livanda	*Livanda	FP	Nej	Ja	*Cohen´s d = 1.29 (Mycket stor effekt)	KBT, beteendeaktivering, ACT	11	L, T	D

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Depression	Örebro Läns Landsting samt Stockholms Läns Landsting	*Fredrik Holländare och forsknings-grupp Nils Lindefors	FoU				KBT	16	T	D
Depression (Deprexis)	H Lundbeck AB	*H Lundbeck AB GAIA AB (Hamburg)	FP, FoU	Ja	Ja	*Cohen´s d = 0.8 – 1.24 Utan och med terapeut)	KBT, ACT, Hayes, IPT Mindfulness, Dreamwork	11	B, L, T	D, S, T

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Depressions-hjälpen	Psykolog-partners	*Psykolog-partners	FP, FoU	Ja	Ja	*Dokumenterad effekt vid depression. Två publicerade studier, varav en studie i primärvårdsmiljö Cohens d=0.98 (kontrollerad) vid mätning med BDI-II i en av studierna.	Beteende-aktivering	7	B, F, L, S, T	D
Dysmormorfofi	Internet-psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Jesper Enander + forsknings-grupp Christian Rück	FoU							

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
eChange Plus med behandlarstöd (Minska problematiskt alkoholbruk inklusive beroende)	Karolinska Institutet	* Christofer Sundström, Magnus Johansson & Anne H Berman	FoU	Pågående RCT inom arbetslivet. RCT planeras bland internet hjälsökande	Ja, pågående	*Resultat ej färdiga	KBT, MI, Återfallspreve ntion, ACT	12 (En modul i taget)	B, L, T	D, S, T
eChange.rg1.se (Minska problematiskt alkoholbruk. Bygger på holländskt program) (Blankers et al, 2011)	Karolinska Institutet	*Anne H Berman, Christofer Sundström & Magnus Johansson	FoU	Pågående naturalistisk studie	Planeras inom beroendevår den 2015- 2017	*Resultat ej färdiga	Återfallspreve ntion	7 (fri tillgång, självhjälp)	B, L, T	D, S, T

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
eChange.rg1.se Med behandlarstöd (Minska problematiskt alkoholbruk).	Karolinska Institutet	*Anne H Berman, Christofer Sundström & Magnus Johansson	FoU	Holländsk RCT, Blankers et al 2011. Pilot RCT, publiceras 2015	Planeras inom beroendevården 2015-2017	*Förbättrad nedgång i alkoholkonsumtion över 6 mån med behandlarstöd jämfört med självhjälp & kontroll svensk RCT: Resultat ej färdiga.	Återfallsprevention	7 (en modul i taget, behandlarstöd)	B, L, T	D, S, T
eScreen.se (Minska problematiskt alkohol och drogbruk)	Karolinska Institutet	*Anne H Berman, Peter Wennberg & Kristina Sinadinovic	FP	RCT alkohol, Sinadinovic et al 2014 RCT droger, Sinadinovic et al 2012, 2014	Ja, hos UngaKris Sinadinovic et al 2010	*Alkoholproblemen går ner över tid. För droganvändare går alkoholkonsumtionen ner mer än kontrollgrupp	Screening & motiverande samtal (MI), Self determination theory	4 moduler (fri tillgång till, självhjälp) AUDIT + återkoppling Alcohol-E + återkoppling DUDIT + återkoppling DUDIT-E + återkoppling	B, T	D

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Fibromyalgi	Karolinska Institutet	*Brjánn Ljótsson Rikard Wicksell	FoU	Ja	Nej	*Goda effekter, symtom och livskvalitet	KBT med fokus på exponering och inslag av mindfulness.	10 veckor, fem moduler (en per vecka i fyra veckor och sedan en avslutande modul sista veckan)	T	D
Hantera smärta	Livanda	*Livanda	FP	Ja	Ja	*Ingen dokumenterad behandlings-effekt	KBT, pacing, ACT	8	L, T	D
Huvudvärk (Migrän/spänningsvärk)	CAREIT	*CAREIT	FP	Ja	Ja	*Halvering av värdetillfällen och halvering av värdintensiteten	KBT	7-9	B, L, S, T	D

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets- säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Hälsoångest	Internet- psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Erik Hedman + forsknings- grupp Nils Lindfors	FoU							
Insomni	Internet- psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Susanna Jemelöv + forsknings- grupp Nils Lindfors	FoU	Jernelöv 2012 till boken						
Insomni	KBT I primärvården Uppsala	*Mattias Myrälff	FP	Nej	Ja, kontinuerlig utvärdering	*Ja	KBT	2	T	D, S, T

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Insomni + depression	Internet- psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Kerstin Blom + forsknings- grupp Nils Lindfors	FoU							
Insomni med extra stöd	Internet- psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Viktor Kaldo + forsknings- grupp Nils Lindfors	FoU							

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Irritable bowel syndrome (IBS)	Internet- psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Brjánn Ljótsson, Erik Hedman Gerhard Andersson Nils Lindefors Christian Rück	FP, FoU	Ja	Nej	*Goda effekter, symtom och livskvalitet	KBT med fokus på exponering och inslag av mindfulness	10 veckor, fem moduler (en per vecka i fyra veckor och sedan en avslutande modul sista veckan)	T, L	D
KBT för spänningsrelatera d huvudvärk och migrän	Uppsala universitet/ Linköpings universitet	*Monica Buhrman, Gerhard Andersson + forskargrupp	FoU	Vetenskaplig prövning planeras till hösten 2014	Pågående planering		KBT och ACT	8	L, T	D

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
KBT med multidisciplinära inslag för långvarig smärta	Uppsala universitet	*Monica Buhrman + forskargrupp	FP	RCT publicerat i EJP 2013 Buhrman et al. & Pain 2004 Buhrman et al.	I ena studien användes klinisk population	*I studien medelstora effekter i flera viktiga variabler vid smärtforskning, resultaten motsvarar kliniska live studier	KBT med multidisciplinära inslag	8	L, T	D, T
KBT vid insomnia och smärta	Uppsala läns landsting	*Monica Buhrman, M Fröjmark + forskargrupp	FoU	Vetenskaplig prövning planeras	Pågående planering		KBT			D

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
KBT vid smärta och samtidigt social ångest	Uppsala universitet/ Uppsala läns landsting	*Monica Buhrman + forskargrupp vid Örebro universitet ledd av M Tillfors	FoU	Ja, en pilot som är under analysfasen. Större RCT planeras	I piloten har klinisk population används, vilket också planeras att göras vid den stora RCTn	*Piloten visar på preliminära lovande effekter	ACT och CFT (Compassion Focused Therapy)	9	L, T	D
KBT vid tinnitus	Uppsala Läns Landsting	*Viktor Kaldo Gerhard Andersson Studentlitteratur	FP	Ja	Ja	*Medelstor effekt, jämförbar med gruppbehandling se publikationer	KBT	11 obligatoriska, 6 valbara	T	D
Koll på Asperger	Habilitering & Hälsa Stockholms Läns Landsting	*Habilitering & Hälsa	FoU	Nej	Ja	*Ökad kunskap om sin diagnos och ökad acceptans	Psyko- edukation	8	F, L, S, T	D

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
MARI mardröm	Internet-psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Susanna J + forsknings-grupp	FoU	Uppsats						
MAV-TLC (Minimizing Acts of Violence) Program för rättspsykiatri & kriminalvård, minska impulsivitet	Karolinska institutet	*Anne H Berman, Marie Cassel, Gunnar Wiklund	FP i telefoniform Bör utvecklas vidare till app/Internet	Studie 2008-10, Kriminalvården Berman et al 2010	Psykologex amensuppsats Ylva Hanqvist 2011	*Ej utprövat med tillräcklig power. Positiv respons från användarna och personal.	DBT, KBT, återfallsprevention m.m Bergman et al 2012	10 (fri tillgång, självhjälp) Omfattar alkohol, känslöshandling (ensamhet, ilska, skam) psykotiska symtom	L	T
Multipel skleros (MS)	Sustainable Interaction	*Sustainable Interaction, Navigato Communication AB	FP	Nej	Nej	*Ingen dokumenterad behandlings-effekt	KBT, MI	8	B, F, L, T	D, S, T

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Oro	KBT I primärvården Uppsala	*Mattias Myrälff	FP	Nej	Ja, kontinuerlig utvärdering	*Ja	KBT	5	T	D, S, T

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Oroshjälpen	Psykolog-partners	*Psykolog-partners	FP, FoU	Ja	Ja	*Dokumenterad effekt vid generaliserad ångest (GAD). Tre forskningsstudier med positiva resultat, varav en i primärvårdsmiljö Cohens d=0.74 (kontrollerad) vid mätning med PSWQ i en av studierna.	ACT/mindfulness	7	B, F, L, S, T	D
Paniksyndrom	Internet-psykiatri enheten Stockholms Läns Landsting	*Jan Bergström + forsknings-grupp Nils Lindefors	FP		Ja	*God effekt	KBT		T	D

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Panikångest	CAREIT	*CAREIT	FP	Ja	Ja	*75 % av alla deltagare uppnår symptomfrihet efter programmet. Efter 1 år efter avslutad självhjälpsbehandling är 90 % fortsatt symptomfria	KBT	7-9	B, L, S, T	D
Parkinsson	Internet-psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Martin Krepelin + forsknings-grupp Nils Lindefors	FoU	Pilot är på gång						

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
PartyPlaner smartphone app En mobilapplikation för att minska alkoholkonsumtion vid festtillfällen. Ger möjlighet till planering i förväg och uppföljning av varje tillfälle.	Karolinska Institutet	*Claes Andersson, Anne H Berman, Morgan Fredriksson, Mikael Gajecki, Charlie Lindviken	FoU	RCT Gajecki et al 2014 Ny studie hösten 2014	Planeras 2015-2017 i psykiatri/pri-märvård	*Oklart i första studien, v2 app testas hösten 2014	Social inlärningsteori, v2 app sociala normteorin	1 (självhjälp)	B, T	T
Pengospel med terapeut	Sustainable Interaction	*Sustainable Interaction	FP	Ja	Ja	*Cohen's d. Spelmani d=2.31 Depression d=0.81 Ångest d=0.86 Livskvalitet d=0.46	KBT, MI	8 + uppföljning	B, T	D, S, T

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Pengospel utan terapeut	Sustainable Interaction	*Sustainable Interaction	FP	Nej	Nej	*Inväntar resultat	KBT, MI	4-8	B, F, L, T	D, S, T
Promillekoll En mobilapplikation för att minska alkoholkonsumtion vid festtillfällen. Visar bruk upp till 0,6-0,8 promille	Systembolaget	*Systembolaget	FP	RCT Gajecki et al 2014	Nej	*Oklart, ev negativ effekt för män vad gäller antalet dryckestillfällen i veckan	Social inlärningsteori	1 (självhjälp)	B, T	T
Regassa Rehabilitering	Internet-psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Martin Krepelin + forskningsgrupp Nils Lindefors	FoU	Uppsats						

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Regassa Rehabilitering	Internet- psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Martin Krepelin + forskningsgrp Nils Lindefors	FoU	Uppsats						
Självskaðebeteen de program till anhöriga	Örebro universitet/ sjukhus, Akademiska sjukhuset Uppsala	*Johan Steczko & Fredrik Holländare	FoU	Vetenskaplig prövning planeras	Pågående planering		DBT			D

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Självskadebeteen de program till anhöriga	Örebro universitet/ sjukhus, Akademiska sjukhuset Uppsala	*Johan Steczko & Fredrik Holländare	FoU	Vetenskaplig prövning planeras	Pågående planering		DBT			D
Smärta och depression (IBSEN)	Linköpings universitet/ Uppsala universitet/ Uppsala läns landsting	*Monica Buhrman, Gerhard Andersson + forskargrupp	FoU	Utvärderats i RCT. Artikel under review.	Rekrytering delvis från klinisk population	*Medelstora effektstorlekar i depressionsform ulär och funktionsnivå	KBT	8 Skräddarsydd behandling, d.v.s. deltagarna fick olika moduler beroende på screeningsresu ltatet	L, T	D

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets- säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Smärta	KBT i primärvården Uppsala	*Mattias Myrälff	FP	Nej	Nej	*Nej	KBT	2	T	D, S, T
Smärtprogram för ungdomar med smärta	Örebro universitet, Akademiska sjukhuset Uppsala	*Ida Flink + forskningsgruppen	FoU	En liten studie är genomförd	Ej implementerad i klinik eller testad på klinisk population ännu		KBT	4-6 veckor, skräddarsydd	L, T	D
Social fobi	Internet-psykiatrienheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Erik Hedman + forskningsgrupper Nils Lindefors resp Gerhard Andersson	FP		Ja	*God effekt	KBT		T	D

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets- säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Social fobi	KBT I primärvården Uppsala	*Mattias Myrälff	FP	Nej	Ja, kontinuerlig utvärdering	*Nej	KBT, exponering	8	T	D, S, T

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
SovBättre	Mind-IT AB	*Mind-IT AB	FP	Programmet är baserat på det vetenskapliga stöd som finns för KBT och insomni, samt för internetbaserad behandling generellt med KBT.	Pilotprojekt har genomförts utan kontrollgrupp på där 85 % av de som genomgick programmet fick ett resultat. Detta resultat står sig även i den kliniska verkligheten .	* Effekten av programmet dokumenteras för varje användare genom validerade sömnskattningsformulär ISI där en poängskillnad om 3 poäng indikerar en kliniskt signifikant förändring. I pilotstudien dokumenterades på samma vis och där fanns resultat hos 85 % av deltagarna.	Programmet är baserat på KBT-metoderna: sömnrestriktion, mental visualisering, stimuluskontroll samt hantering av negativa tankar. Med andra ord både beteendeterventioner och kognitiva tekniker.	Programmet löper över fem fulla veckor.	F, L, S, T	D, S, T

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Sovhjälp	Psykolog-partners	*Psykolog-partners	FP, FoU	Ja	Ja	*Dokumenterad effekt vid insomni. En studie i primärvården med Cohens $d=2.16$ (okontrollerad) och hög grad av kliniskt signifikant förbättring vid mätning med ISI	KBT	7	B, F, L, S, T	D
Spelberoende	Livanda	*Livanda	FP	Nej	Nej	*Ingen dokumenterad behandlings-effekt	KBT	8	T	D
Stress	KBT I primärvården Uppsala	*Mattias Myrälff	FP	Nej	Nej	*Nej	KBT, mindfulness m.m	3	L, T	D, S, T

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Stresshantering	Livanda	*Livanda	FP	Nej	Ja	*Cohen´s d = 1.53 (Mycket stor effekt)	KBT	8	L, T	D
Stresshantering	CAREIT	*CAREIT	FP	Ja	Ja	*Minskad, uppmätt Stress – 26 % och Minskning enligt HAD – 40 % (Nedstämdhet, Ångest & Depression)	KBT	7-9	B, L, S, T	D
Stresshjälpen	Psykolog-partners	*Psykolog-partners	FP, FoU	Ja	Ja	*Testad i pilotstudie med signifikanta effekter på utmattnings-depression mätt med KEDS	Mindfulness, KBT strategier	6	B, F, L, S, T	D

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Sömn/insomni	CAREIT	*CAREIT	FP	Ja	Ja	* + 58min ökad sömn (Bästa medicinen ger enkom 28 min)	KBT	7-9	B, L, S, T	D
Sömnproblem	Livanda	*Livanda	FP	Ja	Ja	*Cohen´s d = 0.42 (Liten effekt) + 26 minuter	KBT	8	L, T	D
TeleCoach IVR-alkohol Ett system med automatiserad telefoni för att minska problematiskt alkoholbruk.	Karolinska Institutet	*Anne H Berman, Morgan Fredriksson, Mikael Gajecki, Claes Andersson	FP	RCT, publiceras 2015	Nej	*Resultat ej färdiga	Återfallsprevention, MI, KBT, Mindfulness	3 (självhjälp i en månad) Alkonacka Modul för att reducera konsumtion Modul för att upphöra med konsumtion	L	T

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets- säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
TeleCoach smartphone appalkohol En mobilapplikation för att minska problematiskt alkoholbruk.	Karolinska Institutet	*Anne H Berman, Morgan Fredriksson, Claes Andersson	FoU	RCT genomförs hösten 2014	Planeras 2015-2017 i psykiatri/ primärvård	*Resultat ej färdiga	Återfallspreve- ntion, MI, KBT, Mindfulness	3 (fri tillgång, självhjälp)	L, T	S, T
Trötthet	KBT I primärvården Uppsala	*Mattias Myrälff	FP	Nej	Ja, kontinuerlig utvärdering	*Ja	KBT	2	T	D, S, T
Tvångssyndrom	Internet- psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Erik Andersson + forsknings- grupper Christian Rück resp Nils Lindfors	FP				KBT		L,T	D

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets- säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
VardagsSMART	Internet- psykiatri enheten Psykiatri Sydväst, Stockholms Läns Landsting	*Birger Moell + forsknings- grupp	FoU	Uppsats						
Viktsskola LCHF	Livanda	*Livanda	FP	Nej	Nej	*Ingen dokumenterad behandlings- effekt	KBT, LCHF	8	T	D
Viktsskola lågkalori	Livanda	*Livanda	FP, FoU	Nej	Ja	* - 4,9 kg (10 veckor)	KBT	8	T	D

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Ångest	KBT I primärvården Uppsala	*Mattias Myrälff	FP	Nej	Ja, kontinuerlig utvärdering	*Ja	KBT, exponering	3	T	D, S, T
Ångest och oro	Livanda	*Livanda	FP	Nej	Ja	*Cohen´s d = 1.32 (Mycket stor effekt)	KBT	8	L, T	D

Behandlingsprogram	Ansvarig utgivare	Rättighets-havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig-prövning	Klinisk kvalitets-säkring	Dokumenterad behandlings-effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program-met baserat på	Modul-baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Ångesthjälpen	Psykolog-partners	*Psykolog-partners	FP, FoU	Ja	Ja	*Trans-diagnostiskt program med dokumenterad effekt vid olika sorters ångest-problematik. Fyra studier har genomförts på olika populationer samt olika sätt att förmedla (individuellt och i grupp). Exempelvis Cohens d=0.79 (kontrollerad) vid mätning med LSAS-SR vid paniksyndrom.	ACT	8	B, F, L, S, T	D

Behandlings- program	Ansvarig utgivare	Rättighets- havare *Enligt ansvarig utgivare	Färdigt program (FP) Program under utveckling (FoU)	Vetenskaplig- prövning	Klinisk kvalitets- säkring	Dokumenterad behandlings- effekt *Enligt ansvarig utgivare	Program- met baserat på	Modul- baserat: omfattning	Format Bild (B) Film (F) Ljud (L) Speaker (S) Text (T)	Format Dator (D) Skrivplatta (S) Telefon (T)
Återfalls prevention för personer med depressive restsyndrom	Örebro Läns Landsting	*Fredrik Holländare	FoU		Ja	*Förhindrar återfall i depression	KBT	16	T	D

Upplysningar om innehållet
Anna Östbom
Mats Bäckarslöf
Annette Cederberg

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2012
ISBN/Beställningsnummer: Ange nummer
Text: Ange namn
Illustration/foto: Ange namn
Produktion: Ange namn
Tryck: Ange namn

Stockholm 2014-11-14

Upplysningar om innehållet
© Sveriges Kommuner och
Landsting, 2014

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN/Beställningsnummer nr