



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

***KBT via internet för patienter med egentlig depression inom
öppenvårdspsykiatrin***

Elin Bergelin & Anna Walldén

Psykologexamensuppsats. Vol. XIII (2011):24

Handledare: Margit Wångby Lundh
Handledare: Jonas Bjärehed
Examinator: Sven Ingmar Andersson

Tack till...

Våra fantastiska handledare Margit Wångby och Jonas Bjärehed som under arbetet med denna uppsats visat ett stort engagemang, bidragit med inte bara sina kunskaper utan också en trivsamt arbetsmiljö med optimism. Vi hoppas ni förstår hur mycket vi har trivts i ert sällskap. Ni är förebilder för oss, som vi tar med oss vidare in i framtiden!

Olof Johansson som gett oss så mycket tid och extra energi. Din entusiasm har bidragit till vår vilja att bidra inom vården. Vi vill tacka dig för att vi fått vara med i detta projekt och fått jobba tillsammans med dig. TACK!

Björn Paxling för den tid du la ner på våra frågvisa stunder vid uppsatsens start. Du bidrog till att vi kunde formulera det vi ville göra och öppnade våra ögon för alla möjligheter inom området.

Vi vill även tacka alla er andra som varit engagerade i GIR-projektet under denna termin, bland annat Johanna Wängqvist och Lotten Hjalmarsson. Våra möten har varit spännande och ni har alla bidragit till att skapa en trivsamt miljö som nu känns lite svårt att lämna.

All hjälpsam personal på öppenvård psykiatrins mottagningar i Lund, Helsingborg, Malmö och Trelleborg, för ert vänliga bemötande. Vi vill även lyfta hatten för er som ingått i studien och jobbat er igenom behandlingen. Att få ta del av ert arbete är viktigt för att kunna utveckla behandlingsmetoder.

Något som inte bör glömmas är självklart... kaffe, tack för att du ljuva dryck förgyllt vår tankeverksamhet. Tack även till Ilias, för att du ideligen fyllt på våra koppar!

Abstract

This study aimed to investigate guided internet-based self-help treatment, according to cognitive behavioural theory, in outpatient psychiatric care for patients with major depression. The study used case series design and the authors observed the change in symptoms of six patients with major depression during eight weeks of treatment, using the Montgomery Asberg Depression Rating Scale - Self-rated (MADRS-S). The authors also wanted to study whether the patients gained a clinically significant reduction of symptoms after treatment and if the treatment can be considered suitable for patients with major depressive disorder in outpatient psychiatry. Clinical significance was measured by the Reliable Change Index (RCI) in relation to established cut-off values for two of the assessment tools. To also investigate the patients' experiences of anxiety and mental health before and after treatment the authors used: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Outcome Questionnaire 45 (OQ-45). Four patients in the study gained reliable lower levels of depressive symptoms, of these, one patient could be considered clinically recovered. Only one patient, the same patient that was clinically recovered, gained reliable reduced anxiety and increased mental health, post-treatment. One patient gained no reliable change in depression, anxiety or mental health, post-treatment. One patient had a reliable increase of depressive symptoms, after treatment. Guided internet-based treatment seems to be suitable for the majority of the patients in the sample. Further research is needed to determine to what extent this treatment is suitable in outpatient psychiatric care for patients with major depression.

Keywords: internet-based treatment, guided self-help, outpatient psychiatry, major depression, anxiety, mental health, case series, cognitive behavioral therapy, clinical significance.

Abstrakt

Föreliggande studie syftade till att undersöka guidad internetbaserad självhjälpsbehandling, enligt kognitiv beteendeteori, inom öppenvårdspsykiatri för patienter med egentlig depression. Studien använde case series design och författarna följde symtomförändring hos sex patienter med egentlig depression under behandlingens åtta veckor med hjälp av Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self rated (MADRS-S). Författarna ville även studera om patienterna skattade en kliniskt signifikant minskning av symtom efter behandlingen samt om behandlingen tycks lämpa sig för patienter med egentlig depression inom öppenvårdspsykiatri. Klinisk signifikans mättes genom Reliable Change Index (RCI) och hur skattningarna låg i förhållande till uppsatta cutoffvärden för två av skattningsskalorna. För att även undersöka patienternas upplevelser av ångest och mental hälsa före och efter behandlingen användes Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) och Outcome Questionnaire 45 (OQ-45). Resultaten visade att fyra patienter i studien skattade en reliabelt lägre grad av depressiva symtom, av dessa kunde en patient anses kliniskt signifikant återställd. En patient, samma patient som kunde anses kliniskt signifikant återställd, skattade en reliabelt minskad grad av ångest och ökad mental hälsa efter behandlingen. En patient uppvisade inga reliabla förändringsvärden på något av instrumenten och en patient skattade en reliabel försämring av depressiva symtom sett till MADRS-S. Guidad internetbaserad behandling tycks lämpa sig för en majoritet av patienterna i samplet. Vidare forskning krävs för att fastställa i vilken utsträckning behandlingen lämpar sig inom öppenvårdspsykiatri för patienter med egentlig depression.

Nyckelord: Internetbaserad terapi, guidad självhjälp, öppenvårdspsykiatri, egentlig depression, ångest, livskvalitet, mental hälsa, case series, kognitiv beteendeterapi, klinisk signifikans.

INLEDNING.....	7
EGENTLIG DEPRESSION, EN ÖVERBLICK.....	7
<i>Komorbiditet.....</i>	8
<i>Epidemiologi.....</i>	8
<i>Etiologi.....</i>	8
KOGNITIV BETEENDETEORETISK FÖRKLARINGSMODELL.....	9
<i>Kognitiv beteendeterapi (KBT).....</i>	10
ANNAN BEHANDLING.....	11
DIAGNOSTISERING.....	13
INTERNETBASERAD SJÄLVHJÄLPSBEHANDLING.....	14
TIDIGARE FORSKNING PÅ INTERNETBASERAD SJÄLVHJÄLPSBEHANDLING.....	15
<i>Studier som rör behandlaren roll i internetbaserad terapi.....</i>	15
<i>Studier om behandlingsformens verkan.....</i>	17
<i>Guidad internetbaserad behandling och framtiden inom psykiatrin.....</i>	20
<i>Efficacystudier vs. Effectivenessstudier för att utvärdera behandling.....</i>	22
CASE SERIES DESIGN.....	23
SYFTE.....	23
<i>Frågeställningar.....</i>	24
<i>Hypoteser.....</i>	24
METOD.....	25
DESIGN.....	25
DELTAGARE.....	25
<i>Rekrytering.....</i>	25
<i>Urval.....</i>	25
<i>Diagnostisering.....</i>	27
<i>Beskrivning av sampel.....</i>	27
MATERIAL.....	28
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self rated (MADRS-S).....</i>	28
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....</i>	29
<i>Outcome Questionnaire 45 (OQ-45).....</i>	29
<i>Structured Clinical Interview for DSM IV – Axis I Disorders, SCID-I.....</i>	30
<i>Självhjälpsmaterial.....</i>	31
PROCEDUR.....	31
<i>Anmälan via allmänpsykiatrin i Region Skåne.....</i>	31
<i>Första screeningen och skattningsformulär.....</i>	32
<i>Individuell intervju.....</i>	32
<i>Bedömning.....</i>	32
<i>Behandling.....</i>	32
<i>Efter behandling – eftermätning och uppföljningsintervju.....</i>	33
PATIENTSÄKERHET/ETIK.....	34
DATAANALYS.....	35
<i>Klinisk signifikans.....</i>	35
<i>Att mäta klinisk signifikans, Jacobson och Truax modell från 1991.....</i>	36

<i>Klinisk signifikans i förhållande till respektive instrument.....</i>	<i>37</i>
RESULTAT	39
PATIENTERNAS SYMPTOMFÖRÄNDRING	40
<i>Symtomförändring genom behandlingen och klinisk signifikans.....</i>	<i>46</i>
ÖVERGRIPANDE RESULTATBILD	49
DISKUSSION	49
RESULTATDISKUSSION	51
<i>Behandlingsförloppet.....</i>	<i>51</i>
<i>Klinisk signifikans och reliabla förändringar u depressionsgrad.....</i>	<i>55</i>
<i>Ångest och mental hälsa.....</i>	<i>56</i>
<i>Behandlingens lämplighet.....</i>	<i>57</i>
METODDISKUSSION	61
<i>Klinisk signifikans som mått på resultat.....</i>	<i>62</i>
<i>Intern validitet.....</i>	<i>63</i>
<i>Extern validitet.....</i>	<i>64</i>
<i>Etik.....</i>	<i>64</i>
<i>Begränsningar med studien.....</i>	<i>65</i>
<i>Användning av resultat i framtida forskning.....</i>	<i>66</i>
REFERENSER.....	68
BILAGOR.....	77
BILAGA 1 - SKRIFTLIG INFORMATION TILL DEM SOM TILLFRÅGAS.....	78
BILAGA 2 - SAMTYCKE ENLIGT PERSONUPPGIFTSLAGEN	81
BILAGA 3 - MODULBESKRIVNING.....	83

Inledning

Egentlig depression, en överblick

Diagnosen egentlig depression är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa och samsjukligheten med annan fysisk och psykisk problematik är hög. Det lidande som följer sjukdomen samt den samhällseliga påverkan detta leder till i form av arbetsförmåga och kostnadsbelastning motiverar utvecklingen av flera goda och tillgängliga behandlingsmetoder för de människor som drabbas av egentlig depression.

Inledningsvis kan sägas att egentlig depression betraktas som en affektiv sjukdom och kännetecknas av långa perioder med känslor av nedstämdhet, hopplöshet, ett minskat intresse samt minskad glädje (Banich, 2004). För att diagnosen egentlig depression skall uppfyllas krävs det att symtomen skapar svårigheter både i privat- och arbetsliv. Diagnosen baseras på en rad uppsatta kriterier som handlar om psykiska och fysiska symtom. Det har gjorts många studier om depressionssjukdomarnas förekomst och det bör uppmärksammas att på grund av att frågeformulären har varit olika utformade, att man antingen använt Diagnostic and Statistical Manual (DSM) eller International Classification of Disease (ICD), samt att det kan finnas nationella skillnader, så har resultaten varierat. Dock framkommer en generell bild av att depression är en av de mest centrala orsakerna till såväl ohälsa som arbetsförmåga i hela världen. Ett tydligt exempel på detta ges av SBU (2004) som menar att det endast är luftvägsinfektioner, diarrésjukdomar och spädbarnssjukdom som orsakar större ohälsoeffekter. Försäkringskassan kom nyligen, i mars 2011, ut med en utvärdering av kostnader för olika sjukdomar inom sjukförsäkringen. Där redovisas att depression tillsammans med ryggsjukdomar står för den största andelen av sjukförsäkringskostnader med drygt 12 % vardera (Försäkringskassan, 2011). Det finns många undersökningar i Sverige som visar att egentlig depression blir allt vanligare och att debuten sker i lägre åldrar (SBU, 2004). Med tanke på att diagnosen kan kopplas samman med ökad självmordsrisk anses den livshotande (Clark, Beck & Alford, 1999).

Komorbiditet. Enligt SBU (2004) har många personer med egentlig depression även andra psykiska problem, där ångestillstånd, missbruk och personlighetsstörningar lyfts fram. Således är diagnosen ofta sammanflätad med ytterligare problematik som skapar svårigheter i tillvaron. Clark et al. (1999) framhåller att upp till 75 % av patienter med diagnosen uppvisar komorbiditet med andra psykiatriska störningar. Majoriteten av patienterna som uppfyller diagnosen inom öppenvårdspsykiatrin, dit föreliggande uppsats vänder sig, har följaktligen fler psykiska problem än egentlig depression.

Epidemiologi. Socialstyrelsen (2010a) visar på siffror som säger att minst 25 % av alla kvinnor och 15 % av alla män någon gång i livet kommer att utveckla en egentlig depression som kräver behandling. Socialstyrelsen (2010a) poängterar dock att siffror som dessa kan variera mellan olika undersökningar. Det har gjorts många studier om depressionssjukdomarnas förekomst där de flesta studier har gjorts på ett slumpmässigt urval från den vuxna befolkningen (ofta 18-60 år). En svensk studie av Isacson, Bingfors och von Knorring (2005) rapporterar att 4 % av befolkningen uppfyller kriterierna för diagnosen egentlig depression. Detta styrks även av SBU (2004) som lyfter fram siffror som visar att 4-10 % av befolkningen uppfyller diagnosen.

Isacson et al. (2005) framhåller att spridningen av depression mellan olika grupper är ojämn, där till exempel arbetslösa samt låginkomsttagare är representerade i högre grad. Detta tyder på ett behov av fler alternativ till behandling som inte innebär ett krav på att söka sig till mer kostsamma privata aktörer. Vilket i sin tur styrker behovet av lättillgängliga behandlingsmetoder inom just öppenvårdspsykiatrins regim.

Etiologi. Egentlig depression är en komplex sjukdom med olika svårighetsgrad, olika sjukdomsförlopp och olika sätt att manifesteras. Både sociala, psykologiska och biologiska faktorer samspelar vid uppkomsten av sjukdomen (Clark et al., 1999). Således har varje patient som erhåller en egentlig depressionsdiagnos individuella bidragande faktorer. Därav kan det vara lämpligt att framhålla olika behandlingsalternativ inom vården.

Sociala faktorer som spelar in kan vara allt från olyckliga livshändelser och frånvaro av socialt stöd till negativa relationer med andra (Clark et al., 1999). Biologiska faktorer som påverkar och påverkas av depressiva symtom är till exempel dysregleringar i olika neurokemiska banor, främst serotonin. Det har även visat sig att minskad aktivitet i prefrontala cortex kan vara

en viktig faktor vid uppkomsten av depressiva symtom. Det finns också belägg för att en genetisk sårbarhet för depressiva symtom i samspel med stressfulla livshändelser ökar risken för att drabbas av en allvarligare depression (Clark et al., 1999).

I föreliggande uppsats kommer fokus att ligga på psykologiska förklaringar, med inriktning på kognitiva beteendeteoretiska förklaringsmodeller. I dessa modeller integreras både sociala, psykologiska och biologiska faktorer, alla dessa perspektiv hänger samman oavsett utgångspunkt.

Kognitiv beteendeteoretisk förklaringsmodell

Kognitiv teori betonar att människan reagerar aktivt på sin omgivning. En person med depressiva symtom har lättare för att hamna i negativa tankemönster, som kan beskrivas i form av en triangel, där de tre olika hörnen symboliserar en negativ syn på sig själv, på omgivningen och på framtiden (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Det finns en mängd negativa känslor knutna till den egna personen, som skam och skuld. Personen kan uppleva sig som värdelös, oälskad och oattraktiv och omgivningen som hotfull och krävande, vilken i sin tur kan skapa en form av hjälplöshet.

När en person lider av egentlig depression karaktäriseras oftast tänkandet av negativt färgade slutsatser, detta kallas ibland för ”tankefällor” (Beck et al., 1979). Dessa negativa resonemang skapar problem och ägnas mycket uppmärksamhet inom den kognitiva beteendeteorin. Scheman är ett annat centralt begrepp inom teorin som beskriver hur det kommer sig att en person vidmakthåller smärtsamma attityder mot sig själv och mot livet i stort trots att det även finns positiva faktorer i livet (Beck et al., 1979). Depressiva scheman som vidmakthåller och predisponerar depression har enligt Mørch och Rosenberg (2006) flera kännetecken, de är bland annat rigida och hänför oönskade händelser till dåliga egenskaper hos personen själv.

Allt sedan tidigt 80-tal har den kognitiva teorin och beteendeterapin länkats samman. Utifrån ett beteendeteoretiskt synsätt ses vanliga depressiva strategier som isolering, undvikande, passivitet och flykt som beteenden som håller kvar en person i ett depressivt tillstånd (Kåver, 2006). Enligt Martell, Addis och Jacobson (2001) menade de tidiga behavioristerna att depression kunde ses som ett svar på för lite positiv förstärkning och ett ökat undvikandebeteende hos en individ. Med stöd av denna tes har man enligt Martell et al. (2001) funnit att en ökning av angenäma, förstärkande, upplevelser kan vara effektivt i behandlingen av egentlig depression.

Vidare beskriver Martell et al. (2001) en teori om att personer med depression oftare uppmärksammar negativa känslor, som känslor av brist eller saknad, än andra känslor som omgivningen har att erbjuda. Undvikandebeteende förekommer oftare bland personer med egentlig depression än hos personer som inte är deprimerade. Detta beror enligt Martell et al. (2001) på att personen oftare uppmärksammar det negativa i en situation och därmed försöker undvika situationen i fråga. Undvikandet kan ge en kortsiktig lättnad, då individen i fråga ”slipper” situationen som uppfattas som negativ. Däremot innebär undvikandet i längden att personen blir alltmer passiv och inte får någon positiv förstärkning. Med tanke på att man inom KBT både har ett kognitivt perspektiv och ett beteendeperspektiv så kan KBT ses som en integrativ terapiform (Kåver, 2006).

Kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT är baserat på ett vetenskapligt synsätt och man prövar både tekniker och metoder prövas i jämförande och kontrollerade studier. Självhjälpsbehandlingar via internet, som den behandlingen som studeras i föreliggande uppsats, är baserade på denna modell. Behandlingar utifrån KBT är ofta upplagda på ca 15 till 20 sessioner. Goda behandlingsresultat har noterats vid så pass få som 8 sessioner, detta vid mindre komplexa tillstånd (Öst, 2006). Ännu färre sessioner har även visat sig ge goda resultat vid tillstånd av specifik fobi, vilket kan röra allt från spruträdsla till spindelfobi. Goda behandlingsresultat har i sådana sammanhang noterats efter endast en session (Vika, Skaret, Raadal, Öst & Kvale, 2009). Det finns olika sätt att bedriva behandling på, i grupp, individuellt, som par- eller familjeterapi, via böcker och självhjälp-material och via internet. Behandlingen äger oftast rum på terapeutens mottagning, men övningar av olika slag sker ofta utanför mottagningen. Övningar kan innebära att patienten utsätter sig för situationer som upplevs jobbiga och som oftast undviks. Detta för att hitta nya förhållningssätt, samt avdramatisera de jobbiga situationerna, för att kort sagt, kunna lära om. Mellan sessionerna gör patienten ofta genomgripande hemuppgifter. Hemuppgifterna kan innehålla olika övningar där patienten ombeds vara uppmärksam på både sitt tanke- och känsloliv. Patienten kan bland annat få i uppgift att göra skriftliga scheman över olika tankegångar, aktivitetsplaner och att föra sömndagbok. Även i föreliggande studie består en del av behandlingen av att patienterna får hemuppgifter av detta slag.

Under behandlingen är det vanligt att terapeuten undervisar och förklarar patientens problem, utifrån ett KBT perspektiv. I internetbaserad behandling sker denna form av undervisning och förklaringar med hjälp av textmaterial som erhålls via internet. Behandlingen är följaktligen uppbyggd som en klassisk KBT-behandling, med skillnaden att den sker över internet istället för på terapeutens mottagning. Efter avslutad KBT-behandling används ofta olika former av skattningar för att stämma av resultat i förhållande till de målsättningar man från början satte upp (Kåver, 2006).

Med tanke på att man ständigt söker vetenskapligt stöd för metoderna inom KBT har det gjorts många vetenskapliga studier av effektiviteten av KBT i samband med olika diagnoser. Enligt en studie av Craigie och Nathan (2009) finns det starkt stöd för KBT och dess behandling av egentlig depression både vid gruppterapi och vid individuell terapi, även då komorbiditet föreligger. Komorbiditet är, som berörts tidigare, vanligt bland patienter inom psykiatri, målgruppen som föreliggande uppsats riktar sig till. Det har, enligt vad författarna har kännedom om, inte gjorts någon studie på behandling via internet för patienter med egentlig depression inom öppenvårdpsykiatri i Sverige. Författarna har inte heller funnit några liknande studier från andra länder.

Socialstyrelsen (2010a) rekommenderar att hälso- och sjukvården bör öka tillgången till psykologisk behandling och främst KBT för att kunna tillgodose befolkningen med effektiva behandlingsalternativ. Enligt Socialstyrelsen (2010a) har strukturerade interventioner, som KBT, en signifikant effekt på symtomintensitet.

Annan behandling

Målsättningen med depressionsbehandling ska vara ett tillfrisknande, vilket inte bara innebär en frihet från symtomen, utan även en återvunnen social funktion och arbetsförmåga (SBU, 2004). Goda och väldokumenterade effekter finns från antidepressiva läkemedel, elektrokonvulsiv terapi (ECT) och psykoterapier (både KBT och andra former) vad gäller depressionsbehandling av vuxna.

Vad gäller läkemedel så förespråkas främst så kallade SSRI-preparat (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) vid behandling av egentlig depression. Kemiska substanser med antidepressiv effekt påverkar neurotransmittersystem i hjärnan, främst serotonin- och noradrenalinsystemen (Socialstyrelsen 2010a). En fördel med antidepressiva läkemedel är att

effekten av dessa är snabbare än effekten av psykologiska behandlingar. Däremot är risken för återfall hög i samband med läkemedel. För att göra en jämförelse med psykoterapeutiska behandlingar, bland annat KBT, så framhåller SBU (2004) att avslutad och framgångsrik psykoterapi ger mer ihållande resultat än läkemedelsbehandling. Detta talar för en utökad spridning av terapeutiska metoder av olika slag. Vidare rapporterar SBU (2004) att var tredje patient som får läkemedelsbehandling mot egentlig depression uppnår ett otillfredsställande resultat, detta på grund av biverkningar eller utebliven effekt. Här kan en fördel med KBT, samt andra former av psykoterapier lyftas fram, då de fysiska biverkningar som brukar räknas upp i samband med läkemedel inte är aktuella för de olika terapiformerna. För att ytterligare jämföra läkemedelsbehandling med terapi framhålls en meta-analys gjord av Cuijpers, van Straten, Warmerdam och Andersson (2009) där det framgår att farmakologisk behandling är kompatibel med psykologisk behandling. Cuijpers et al. (2009) betonar att bäst resultat uppnår den farmakologiska behandlingen i samband med psykologisk behandling. I föreliggande studie inkluderades även de patienter som samtidigt erhöll medicinsk behandling, om doseringen varit oförändrad under minst tre veckor.

Det finns enligt SBU (2004) inga studier som funnit att läkemedelsbehandling ger bättre behandlingsresultat än psykoterapi vid lindrig till måttlig egentlig depression, däremot har en del studier funnit att psykoterapi ger bättre resultat än läkemedelsbehandling och en del studier har funnit att behandlingarna är likvärdiga. Detta tyder på ett stöd för en fortsatt utveckling av terapeutiska behandlingsmetoder, vilket är en del av syftet med denna studie.

Socialstyrelsen (2010a) menar att vid behandling av svåra depressioner har läkemedelsbehandling och ECT bäst dokumenterad effekt. Det påpekas dock att sannolikheten för att återinsjukna efter en ECT behandling är stor samt att det saknas kunskap om på vilket sätt detta skulle kunna förebyggas. Det tycks således finnas ett behov av att kunna kombinera ECT med behandlingar som syftar till att motverka återinsjuknande, eventuellt skulle en sådan kombination kunna innehålla terapeutiska behandlingar. Biverkningar som är vanliga vid ECT är huvudvärk samt minnesförlust, oftast övergående. Genom behandling med KBT undviks dessa biverkningar. Vidare är ett syfte med KBT att, förutom att reducera depressiva symtom, även förebygga ett återinsjuknande, något som följaktligen verkar vara svårt i samband med endast ECT behandling. De patienter som deltar i behandlingen som studeras i föreliggande studie har

främst fått diagnoserna egentlig depression av måttlig grad (en patient ligger mellan lindrig och måttlig egentlig depression) och ses därför inte som givna kandidater för en ECT behandling.

Det finns en rad psykologiska behandlingar med väldokumenterad effekt vid depressionsbehandling, Cuijpers et al., (2009) nämner (förutom KBT) interpersonell psykoterapi (IPT), psykodynamisk korttidsterapi och parterapi. Enligt SBU (2004) är det inte konstigt att flera olika terapiformer har behandlingseffekt på egentlig depression då sjukdomen sannolikt orsakas av en mängd olika komponenter. Vidare rapporteras att beteendeterapi, kognitiv terapi samt olika kombinationer av dessa har mest stöd i kliniska studier.

Diagnostisering

Som ett sista led i att beskriva diagnosen egentligen depression specificeras här bedömningskriterierna som måste uppfyllas för att diagnosen skall kunna ställas utifrån Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). DSM är, tillsammans med International International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), det diagnossystem som vanligtvis används inom vården i Sverige. De två nämnda diagnossystemen liknar varandra och i föreliggande studie ligger utgångspunkten för diagnossättningen i DSM. Enligt DSM-IV, kan diagnosen egentlig depressionsperiod sättas om minst fem av nio uppräknade symtom har förekommit under en tvåveckorsperiod (American Psychiatric Association, 2002). Symtomen skall ha inneburit en förändring av personens tillstånd och minst ett av symtomen nedstämdhet eller minskat intresse/glädje ska föreligga. Andra symtom som räknas upp är viktnedgång (utan avsiktlig banta) eller viktuppgång, sömnstörningar, psykomotorisk agitation, svaghetskänsla eller brist på energi, känslor av värdelöshet eller överdrivna skuld känslor, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga och återkommande tankar på döden. Det är viktigt att inte inkludera symtom som beror på somatisk sjukdom/skada, på vanföreställningar eller som är en effekt av någon drog. Det är även grundläggande att beakta att symtomen inte uppfyller kriterierna för perioder av mani, det vill säga perioder av ihållande och abnormt förhöjd, expansiv eller irriterad sinnesstämning. De depressiva symtomen skall inte heller kunna förklaras bättre av okomplicerad sorg, det vill säga när uppmärksamheten fokuserar på någon nära anhörigs bortgång och uppvisade symtom kan förklaras som en del i sorgereaktionen.

Diagnosen skall även specificeras som första episod eller återkommande (recidiverande). För att kunna definiera diagnosen egentlig depression recidiverande krävs en anamnes på minst två egentliga depressionsepisoder som skiljs åt av en period på minst två månader då kriterierna för diagnosen inte varit uppfyllda (American Psychiatric Association, 2002). Diagnosticering av patienterna knutna till studien har skett genom intervjumaterialet SCID-I, vars bedömningskriterier är baserade på DSM-IV. SBU (2004) påpekar att det är svårt att dra en gräns mellan det sjukliga och det normala, diagnostisering blir med tanke på detta, med nödvändighet, en bedömningsfråga.

Internetbaserad självhjälsbehandling

Eftersom internetbaserad behandling är en form av självhjälsbehandling, kommer nedanstående stycke ge en inblick i fenomenet självhjälsbehandling. Avsnittet i stort kommer dock främst att fokusera på denna form av behandling via internet.

Självhjälsbehandlingar har utvecklats under de senaste åren och ses vanligtvis som ett komplement till annan psykoterapeutisk behandling. Anledningen till att självhjälsbehandlingar används är många. Det kan vara allt från att geografiska avstånd sätter stopp för vanlig behandling, att det finns för få utbildade kognitiva beteendeterapeuter, till att det kan ses som kostnadseffektivt. Det finns olika former av självhjälsbehandlingar och det finns olika grader av kontakt med behandlare i dessa (Nordin, Carlbring, Cuijpers & Andersson, 2010; Richards och Richardson, 2006). Kontakt med behandlare sker vanligen via telefon eller e-post. Vanliga former av självhjälp inkluderar självhjälsböcker, ljudinspelningar, dataprogram eller en kombination av dessa (Nordin et al., 2010). Självhjälp kan definieras som en form av terapeutisk information, men den bör enligt Richards och Richardson (2006) innehålla mer än bara information. Vad gäller självhjälsbehandlingar förespråkas KBT då terapiformen i jämförelse med andra former av terapier har specifika tekniker som ofta är välbeskrivna och manualiserade och på så sätt lämpar sig för självhjälp (Richardson & Richards, 2006). Vad författarna för denna uppsats har kännedom om finns inga aktuella internetbaserade självhjälsbehandlingar som nyttjas utöver de som utgår från en kognitiv beteendeteoretisk grund.

Det finns ett antal behandlingsformer som riktar sig mot depressionsbehandling och som utgår från datoranvändning och är internetbaserade. Graden av terapeutiskt stöd varierar beroende på behandlingsmodell. I föreliggande uppsats studeras guidad internetbaserad

självhjälpsbehandling, vilket innebär ett användande av självhjälp material samt veckovist stöd av en psykolog genom mailkontakt. Bergstöm (2010) beskriver i en avhandling guidad internetbaserad självhjälp som en anpassad kombination av självhjälp material och terapeutisk kontakt. Materialet baseras på textmaterial i färdigställda kapitel, även kallade moduler, som också kan innehålla praktiska övningar (Cuijpers, van Straten & Andersson, 2008). Patienten använder således en standardiserad psykologisk KBT-behandling och arbetar sig igenom den mer eller mindre självständigt, men med stöd från en behandlare som hon/han kommunicerar med och får återkoppling från via mailkontakt (Cuijpers, Donker, van Straten, Li & Andersson, 2010).

Tidigare forskning på internetbaserad självhjälpbehandling

Det finns i dagsläget ett antal aktuella studier som fokuserar på internetbaserad behandling, vilka är av intresse för föreliggande uppsats. Nedan presenterade studier har tagits fram via LibHub, en artikelsökfunktion vid Lunds universitet. Författarna är medvetna om att valet av presenterade studier är en bedömningsfråga, men de som presenteras avser lyfta fram den forskning som, i dagsläget, är tidsenlig och av intresse för studien. Något som bör framhållas är att presenterade metastudier överlappar varandra i fråga om vilka författare som har medverkat i de olika studierna som ingår och att samma studier i vissa fall har använts i mer än en metastudie, dock med betoning på olika aspekter. Att samma studier och samma författare återkommer i de olika metastudierna tyder på att behandlingsmetoden i dagsläget ännu är under utveckling.

Studier som rör behandlarens roll i internetbaserad terapi. Spek et al. (2007) har gjort en metastudie av 12 randomiserade kontrollerade studier som undersökt effekten av guidad internetbaserad KBT vid ångestsjukdomar och depressiva symtom. Fem av studierna fokuserade på depressiva symtom varav fyra undersökte behandling och en undersökte preventionsåtgärder. Endast i en av dessa studier förelåg kontinuerlig kontakt med behandlare. I övriga studier följde deltagarna behandlingen via internet helt på egen hand. Kontrollgrupperna varierade i utformning: väntelista, sedvanlig behandling och placebo av olika slag. Både publicerade och icke publicerade studier ingick i metastudien. Det totala antalet deltagare som ingick i studier med fokus på depressiva symtom var 1982 stycken, alla deltagare var över 18 år. I majoriteten av studierna rekryterades deltagarna från allmänheten, i ett par av studierna användes dock en blandad population med både kliniska patienter och deltagare rekryterade från allmänheten.

Deltagarna behövde inte uppnå diagnostiska kriterier för egentlig depression i någon av studierna. I de flesta av studierna som ingick användes självrapporterade mätningar från deltagarna och författarna till metastudien rapporterar ett resultat av måttlig till stor genomsnittlig effektstorlek. Det framhålls dock en hypotes om att de studier som involverade terapeutiskt stöd, stärkte resultaten. Författarna för metastudien menar att om dessa studier inte hade ingått skulle effektstorleken förmodligen ha blivit mindre (Spek et al., 2007). Antalet studier med terapeutiskt stöd var dock inte tillräckligt många för att några säkra slutsatser skulle kunna dras kring detta och författarna uppmanar till vidare forskning.

I en metastudie med fokus på ångest- och depressiva symtom, av Andersson och Cuijpers (2009), belyses signifikanta skillnader i behandlingsutfall mellan interventioner med regelbundet terapeutiskt stöd och interventioner utan regelbundet terapeutiskt stöd. Detta talar för vikten av en viss terapeutisk kontakt. Metastudien innefattade 12 studier med totalt 2446 deltagare. Av dessa 12 studier bör nämnas att fyra även ingick i metastudien av Spek et al. (2007), se ovan. Deltagarna i Andersson & Cuijpers (2009) studie var vuxna personer och alla deltagare, förutom i en studie, var rekryterade från allmänheten. Endast två av studierna som fokuserade på depressiva symtom använde sig av en diagnosgrundande bedömningsintervju, som innebar att deltagare med diagnostiserad egentlig depression inkluderades. Övriga studier inkluderade patienter endast baserat på självskattningsformulär. Metastudien involverade även studier som riktade sig till vuxna med både depressiva symtom och ångestsymtom. Studierna använde kontrollgrupper så som väntelista eller sedvanlig behandling och jämförde internetbaserade behandlingar med ansikte mot ansikte behandlingar eller annan kontroll-/jämförelsegrupp. Det främsta syftet med metastudien var att sammanfatta effekterna av de 12 studierna och undersöka vikten av personligt stöd under behandlingar via internet (Andersson & Cuijpers, 2009). Insatser med terapeutiskt stöd/kontakt hade en stor genomsnittlig effektstorlek, medan interventioner utan terapeutiskt stöd/kontakt hade en liten genomsnittlig effektstorlek. Det finns även andra studier som styrker detta (Febbraro, Clum & Roodman & Wright, 1999) och som funnit att självhjälpsbehandling, till exempel i form av självhjälpsböcker, utan stöd inte är lika effektivt som guidad självhjälp. Andra studier har dock visat att det finns tecken som tyder på att självhjälp utan stöd i behandlingsfasen kan vara effektivt, men endast om det finns en behandlarkontakt innan behandlingsfasen och en deadline i behandlingen där patienten efter avslutad behandling blir uppringd av en behandlare som följer upp resultaten (Nordin et al., 2010). I en översiktsartikel av Newman, Szkodny, Llera &

Przeworski (2011) framhålls att optimal nivå kring behandlarkontakt beror på diagnosens svårighetsgrad, där mildare grad av depression kräver mindre behandlingskontakt och djupare grad kräver mer behandlingskontakt. Nordin et al. (2010) poängterar att utfallet av behandlingen beror på användarens förhållande till materialet, förmågan att sätta mål, att lära sig olika färdigheter och att förebygga återfall. Förmågor som till stor del även kan hänga samman med diagnosens svårighetsgrad.

Studier om behandlingens verkan. Van Straten, Cuijpers och Smith (2008) jämförde ett internetbaserat självhjälpssystem med e-poststöd med en väntelista för deltagare med depressiva, ångestrelaterade och stressrelaterade symtom. Studien ingick i ovan beskriven meta studie av Andersson & Cuijpers (2009) och genomfördes i Nederländerna. Totalt rekryterades 213 deltagare genom media och dessa randomiserades antingen till behandlingsgrupp (n= 107) eller väntelista (n= 106). Av dessa var det totalt 177 deltagare som fullföljde eftermätningen. Deltagarna anmälde sig genom att ta kontakt via e-post och fick, via internet, fylla i självskattningsformulär om upplevda symtom. Inga uppsatta inklusions- eller exklusionskriterier användes, vilket enligt Van Straten et al. (2008) berodde på att interventionerna riktade sig till en generell allmänpopulation. Efter behandlingen fick deltagarna återigen fylla i självskattningsformulär. Komorbid problematik som uppmärksammades i studien var bland annat alkoholproblem, vilket förelåg hos 56 av deltagarna och dessa patienter visade sig vara mindre benägna att fullfölja efterskattningarna. Behandlingen pågick i fem veckor och baserades på problemlösning tillsammans med behandlarstöd och feedback på övningar via e-post. Studien undersökte förändringen av depressiva symtom samt arbetsrelaterad stress hos deltagarna (Van Straten et al., 2008). Resultaten visade att gruppen som genomgick behandlingen förbättrades signifikant i jämförelse med i kontrollgruppen gällande depressiva symtom (van Straten et al., 2008).

Året efter, det vill säga år 2009, publicerades en forskningsstudie genomförd i Australien, av Perini, Titov och Andrews (2009) utförd på 45 deltagare som genomgick en nio veckor lång behandling. Behandlingen bestod av sex moduler innehållande både hemuppgifter, deltagande i diskussionsgrupper och e-postkontakt med en behandlare. Deltagarna rekryterades efter automatisk screening via en hemsida och diagnostiserades genom en telefonintervju där egentlig depressionsdiagnos fastställdes. Alla deltagare var över 18 år med en åldersfördelning

mellan 24 år och 68 år, majoriteten av deltagarna var kvinnor. Deltagarna fick inte ingå i någon annan behandling, förutom medicinering som varit stabil under minst en månad, för att kunna inkluderas. De fick inte heller uppvisa hög suicidrisk, drog- eller alkoholmissbruk. Deltagarna randomiserades antingen till internetbaserad guidad självhjälp (n= 29) eller till väntelista (n= 19). Genomsnittlig tid som behandlarna la ner per deltagare under behandlingen var 111 minuter, vilket talar för en tidseffektivitet i behandlingsmodellen som studerades. Mätningar på effekt direkt efter behandlingen visade på en stor inomgruppseffekt och en måttlig mellangruppsseffekt för Beck Depression Inventory (BDI) (Perini et al., 2009).

Cuijpers et al. (2010) framhåller att guidad internetbaserad självhjälpsbehandling för depression och ångest är lika effektivt som behandling som sker ansikte mot ansikte. Cuijpers et al. (2010) har gjort en metaanalys av randomiserade kontrollerade studier där effekten av guidad självhjälp för egentlig depression och ångestsjukdomar jämförts med psykoterapier som sker ansikte mot ansikte. Ansikte mot ansikte behandlingarna skedde antingen i form av individuell behandling, vilket gällde mer än hälften av behandlingarna, eller i form av gruppterapi. Antalet studier som ingick i analysen var 21 stycken, med sammanlagt 810 patienter. Majoriteten av inkluderade studier var gjorda i USA, två var gjorda i Sverige. Flertalet av studierna riktade sig till vuxna från allmänheten, fem riktade sig till studenter, en till äldre vuxna och en till äldre vuxna med substansberoende som komorbid problematik. Sex av studierna riktade sig till patienter med depressionssymtom och resterande riktade sig till patienter med olika ångestsjukdomar (specifika fobier, generell fobi, panikångest och social fobi). I fem av studierna fastställdes diagnosen egentlig depression. Av dessa var det en studie som använde SCID-I vid fastställande av diagnos, vilket även används i föreliggande studie (se avsnitt *Diagnostisering*). Av de studier med fokus på patienter med depressiv problematik var det inga som rekryterade deltagare från en klinisk population, och ingen av studierna var gjorda i Sverige. Studier i metaanalysen med uppföljningar på upp till ett år fann inga signifikanta skillnader mellan behandlingarna (Cuijpers et al., 2010). Resultaten bör dock tolkas med försiktighet då författarna för metaanalysen själva påpekar vissa brister i informationen om de olika studierna.

Vernmark et al. (2010) har undersökt behandlingseffekten av internetbaserad behandling vid egentlig depression i Sverige, både med guidad internetbaserad självhjälp och med ren e-postbehandling, det vill säga utan manualiserade moduler. Behandlingsgrupperna jämfördes med en kontrollgrupp och resultaten visade att båda behandlingsformerna var verksamma. Personer

med egentlig depression (enligt DSM-IV) randomiserades till antingen en av de två olika internetbaserade behandlingsformerna eller till väntelistan. Resultaten var signifikanta sett till minskade symtom, mätt med BDI och MADRS-S, i båda behandlingsgrupperna med måttlig till stor effekt. Deltagarna rekryterades från allmänheten med hjälp av media och andra allmänna forum. Efter en första screening med självskattningsformulär via internet kallades de deltagare som verkade lämpa sig för studien till en individuell intervju enligt SCID-I. Deltagarantalet var 88 personer, varav 28 män och 66 kvinnor med en medelålder på 37 år (inom ett åldersspann mellan 19 år och 69 år). Deltagarna randomiserades till en av de tre ovan nämnda grupperna. I studien inkluderades 67 personer som uppfyllde diagnosen egentlig depression recidiverande och sammanlagt 33 personer hade komorbid problematik, utifrån DSM-IV. Hälften av deltagarna hade tidigare deltagit i någon form av psykoterapeutisk behandling. Alla deltagare som inkluderades skattade mellan lindringa och måttliga depressiva symtom utifrån MADRS-S. Av de 88 deltagarna var det endast tre som inte fullföljde eftermätningarna med självskattningsformulär, 74 deltagare deltog i planerad uppföljningsintervju varav 7 av dessa intervjuer gjordes per telefon. Uppföljningsintervjuerna gjordes utifrån samma manual som användes vid de inledande intervjuerna, det vill säga SCID-I. Vid uppföljningsintervjuerna användes dock endast den del i SCID-I som handlar om egentlig depression. E-postbehandlingen skiljde sig från den guideade självhjälpen genom att den inte innehöll några standardiserade texter, all information som gavs var istället individuellt anpassad (Vernmark et al., 2010). Rena e-postbehandlingar kräver mer behandlarkontakt än självhjälpsmetoder med visst behandlarstöd. En fördel med e-postbehandlingar kan vara att patienterna får en något ökad flexibilitet i sin kommunikation till behandlaren (Tate & Zabinski, 2004).

Enligt författarnas kännedom finns endast en publicerad forskningsstudie gjord i Sverige, där guidad internetbaserad självhjälpsbehandling utvärderats inom psykiatrins kliniska verksamhet. Denna studie utfördes av Bergström et al. (2009) på 20 patienter med panikångest (PÅ). Patienterna med misstänkt PÅ, som hade anknytning till psykiatricentrum Karolinska i Stockholm, hänvisades till behandlingsprogrammet. Potentiella deltagare fick först genomgå upp till tre bedömningsintervjuer innan inkludering. Samtliga inkluderade patienter var tvungna att uppfylla kriterierna för diagnostiserad PÅ med eller utan agorafobi, enligt DSM-IV. Komorbiditet fick föreligga om PÅ ansågs vara den primära diagnosen. Av de 20 deltagarna uppfyllde 4 stycken även kriterierna för egentlig depression. En majoritet av deltagarna hade medicinsk behandling och ett

krav för att inkluderas i studien var att doseringen på medicinen varit stabil i minst två månader innan studiens start. En deltagare visade sig ha dyslexi vilket försvårade deltagandet, detta uppmärksammades först vid eftermätning och uppföljning. Kön fördelningen var 9 män och 11 kvinnor, deltagarna hade en medelålder på 34 år. Syftet med studien var att utvärdera guidad internetbaserad behandlingen på patienter med PÅ inom en klinisk vårdmiljö. Varje patient erhöll guidad internetbaserad KBT under 10 veckor. Behandlarna lade ner en genomsnittlig tid på 11,4 minuter per patient och vecka. Av de 20 deltagarna deltog 18 stycken i eftermätningarna och 17 deltog i uppföljning 6 månader efter avslutad behandling. Resultatet visade att 94 % av patienterna inte längre uppfyllde DSM-IV-kriterierna för PÅ efter behandlingen. Studien innehöll ingen kontrollgrupp, men Bergström et al. (2009) lyfter fram att studien bekräftar resultat som visat sig i tidigare gjorda efficacystudier. Förutom Bergström et al. (2009) är tillgängliga studier på internetbaserad självhjälpsbehandling efficacystudier (Andersson, Carlbring & Cuijpers, 2009). Således finns det idag, enligt författarnas kännedom, inga studier som visar hur användbarheten av internetbaserad självhjälpsbehandling kan se ut för patienter med egentlig depression inom den kliniska verksamheten i Sverige. Flertalet presenterade studier, bland annat Andersson och Cuijpers (2009), påpekar att fler studier inom den kliniska kontexten behövs.

Guidad internetbaserad behandling och framtiden inom psykiatri. I Sverige är utvecklingen av guidad internetbaserad självhjälp igång och metoden används idag bland annat för behandling av egentlig depression, ångeststörningar och vid somatiska tillstånd som smärta (Andersson, Carlbring & Kaldö, 2006). Socialstyrelsen (2010a) ger metoden en hög prioritet vid behandling av egentlig depression och ångestsyndrom. Cuijpers et al. (2010) menar på basis av sin metaanalys (se i stycket ovan) att det finns tillräckligt stöd för att behandling bör inkluderas i rutinvården i större utsträckning än vad som görs idag.

I en nyligen publicerad doktorsavhandling av Jan Bergström (2010) presenteras tidigare forskning på internetbaserad självhjälpsbehandling. Avhandlingen syftar bland annat till att belysa hur forskningen på internetbaserad guidad självhjälp har utvecklats under de senaste åren. Författaren har gjort en djupdykning i fyra vetenskapliga studier, två som studerat behandlingsformen vid egentlig depression och två som utforskat den vid paniksyndrom. I avhandlingen beskrivs en historisk bakgrund som refererar till andra forskningsstudier på området fram till dagens forskningsläge. Vad gäller forskningen inom området menar Bergström

(2010) att fokus förflyttats under de senaste tio åren. Fokus har skiftat från efficacystudier, utanför psykiatrins ramar, till dagens uppmärksammade behov av effectivenessstudier, kostnadseffektivitet och implementering i den kliniska vården. Författaren menar följaktligen att intresset för att undersöka dessa behandlingsformer inom den kliniska miljön, som i föreliggande uppsats, har ökat.

Trots utveckling av evidensbaserade behandlingar för egentlig depression inom KBT är tillgängligheten fortfarande begränsad. Det har framhållits att guidad internetbaserad självhjälpsbehandling kan spridas inom hälso- och sjukvården på ett lättillgängligt vis i kontrast mot tryckta böcker, manualer och traditionell individuell terapeutisk kontakt ansikte mot ansikte (Bergström, 2010). Tidigare presenterade forskning som, bland annat Cuijpers et al. (2010), menar att internetbaserad behandling skulle kunna öka tillgängligheten av KBT inom vården.

För att utreda rimligheten i att implementera en ny behandlingsmetod som ska vara tillgänglig för många patienter inom vården är behandlingens kostnader ytterst väsentlig. Kostnadseffektiviteten blir således en av de avgörande faktorerna när valet står mellan olika behandlingar och kostnaden påverkar vilka behandlingar som får stor spridning inom vården. Öst (2006) menar att de mer bestående resultaten av KBT i jämförelse med läkemedelsbehandling gör att KBT kan ses som mer kostnadseffektivt än läkemedelsbehandling. Då det kommer till kostnadseffektivitet och självhjälpsbehandlingar så pekar Nordin et al. (2010) på att självhjälpsbehandlingar kan vara mer kostnadseffektiva än vanliga psykoterapeutiska behandlingar. På grund av kortare tidsåtgång per patient, och då även kostnadseffektivitet, vid självhjälpsbehandlingar skulle tillgängligheten till evidensbaserad KBT kunna öka. Barlow, Ellard, Hainsworth, Jones och Fisher (2005) har granskat tio olika randomiserade kontrollerade studier (en inriktad på OCD, fem på paniksyndrom och fyra på fobier) mellan åren 1995 och 2003 i en litteraturöversikt med fokus på självhjälpsmetoder. Barlow et al. (2005) kommer bland annat fram till att självhjälpsbehandlingar kan förkorta behandlingstiden avsevärt jämfört med traditionell behandling utan att det behöver påverka resultatet av behandlingen negativt. Newman et al. (2011) menar att datorbaserad självhjälpsbehandling är kostnadseffektivt, men att detta är kopplat till grad av behandlarkontakt. Behovet av behandlarstöd beror i sin tur på diagnosens svårighetsgrad, där mildare grad av egentlig depression kräver mindre behandlingskontakt och djupare grad av egentlig depression behöver mer behandlingskontakt. Således tycks guidad internetbaserad självhjälpsbehandling vara ett alternativ främst för lindring till måttlig egentlig depression. Ett alternativ som Tate och Zabinski (2004) lyfter fram är att internetbaserad

behandling även kan användas i kombination med traditionell KBT. Bergström (2010) förespråkar guidad internetbaserad KBT även som förebyggande mot återfall. Detta ger förhoppningar om förebyggandet av återkommande depressionssymtom, som annars kan komma att utvecklas till svårare former av depression. Användbarheten kan således skildras dels när det gäller kostnadseffektivitet men även när det gäller syftet att öka tillgängligheten av KBT-behandlingar, förebygga att lindrigare depressionssymtom försvåras, samt att nå ut till personer som inte söker traditionell terapi.

Efficacystudier vs. Effectiveness studier för att utvärdera behandling. Forskningsstudier av behandlingar brukar delas in i efficacystudier och effectivenessstudier. De studier på internetbaserade behandlingsformer som ovan presenterats är i stor grad efficacystudier. Efficacystudier syftar oftast till att utföra studier under så optimala förhållanden som möjligt för att kunna dra säkra slutsatser där orsakssamband kan fastställas. Om en behandlings effektivitet ska testas för just en specifik diagnos utesluts vanligtvis deltagare med komorbid problematik och deltagarna ska helst inte leva under alltför skilda omständigheter. Deltagare i dessa sammanhang är ofta rekryterade och sedan selekterade, från allmänheten. Flertalet tillgängliga studier som gjorts inom området för internetbaserade behandlingsformer är efficacystudier (Andersson et al., 2009). Detta innebär en brist på studier som gjort med patienter inom psykiatrins vård.

Effectivenessstudier undersöker en behandlings användbarhet under mer allmängiltiga former, utanför laboratoriemiljö. Detta kan till exempel ske genom att befintliga patienter inom psykiatrin rekryteras till en undersökningsgrupp, vilket är fallet i föreliggande studie. Deltagarna kan då ha blandade komorbida diagnoser, något som är vanligt hos patienter med egentlig depression. Patienterna kan även komma från olika sociala förhållanden. Syftet är att försöka få en bild av hur en behandling fungerar för den blandade grupp människor som vanligtvis kommer i kontakt med behandlingar inom öppenvårdspsykiatrin. Det råder ett behov av effectivenessstudier på internetbaserade behandlingsformer för att ta reda på hur behandlingen kan tänkas fungera för patienter inom psykiatrin (Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000). Orsakssamband är dock svåra att säkerställa på samma sätt utifrån en effectiveness studie som utifrån en efficacy studie eftersom påverkan från olika, runt om liggande, faktorer inte går att utesluta på samma sätt som i studier gjorda i en mer laboratorielikande miljöer (Kooistra, Dijkman, Einhorn & Bhandari, 2009).

Case series design

Föreliggande studie är, som nämnts ovan, en case series design. Case series är en relativt ovanlig design vid kvantitativ forskning och kan med tanke på detta behöva en närmare beskrivning. En case series är en deskriptiv design som används för att följa en grupp patienter som har liknande diagnos och/eller genomgår samma förfarande under en viss tidsperiod (Kooistra et al., 2009). Case series är en form av observationsstudie, inom området fallstudier, där observatören beskriver till exempel symptom relaterade till person, plats och tid. Frågeställningar i case series bör inte handla om huruvida en behandlingsmetod är bättre än en annan utan fokus bör ligga på att beskriva deltagare, interventioner och primära resultat (Kooistra et al., 2009). Designen lämpade sig för denna studie, då dess ambition var att beskriva symptomutveckling och förändringar hos patienterna via självskattning under behandlingstiden. Yin (2003) menar att fallstudier ger goda möjligheter att uppmärksamma potentiella relationer mellan faktorer som i större experimentella designer riskerar att förbises. Case series betraktas som ett känsligt verktyg för att hitta hypoteser om behandlingseffekt för fortsatta studier och anses väl lämpade för att beskriva nya interventioner (Kooista et al., 2009). Kooistra et al. (2009) lyfter fram case series som ett bra instrument i just kliniska sammanhang, som i föreliggande studie. Designen har som ambition att beskriva och fokusera på skeenden utifrån en specifik behandling (Kooista et al., 2009).

Syfte

Syftet med föreliggande undersökning var att följa utfallet av en guidad internetbaserad självhjälpsbehandling hos sex patienter med egentlig depression inom öppenvårdspsykiatrin. För att genomföra undersökningen användes en observerande deskriptiv case-series design. Fokus under studien låg på att studera patienternas upplevda grad av depressiva symptom, under behandlingens gång samt efter avslutad behandling. Det ansågs även relevant att undersöka patienternas upplevelse av ångest före och efter behandlingen, med tanke på att ångest är högt korrelerat med depression (Gorman, 1996). Det betraktades även som sannolikt att en minskad grad av depression ger ett bättre generellt mående sett till ökad mental hälsa, varför författarna valde att även undersöka patienternas upplevelse av mental hälsa före och efter behandlingen.

Mental hälsa definieras här i relation till interpersonella roller, sociala roller och ett minskat subjektivt obehag.

Föreliggande studie var en del av ett större forskningsprojekt, GIR, Guidad självhjälp via internet i Region Skåne, ett utvecklings- och implementeringsprojekt där internetbaserad psykologisk behandling utvärderas. Projektet syftar till att få kunskap om hur internetbaserad behandling kan tillämpas och fungera inom just öppenvårdspsykiatri.

Enligt var författarna känner till så finns det inga tidigare studier kring guidad internetbaserad behandling för egentlig depression, inom öppenvårdspsykiatri, vilket gör studien angelägen för behandlingsmetodens framtida verkan inom vården. Undersökningen var tänkt att ge en bild av hur patienternas symtom förändrades över behandlingstiden. Författarna ville även uppmärksamma denna form av behandling inom öppenvårdspsykiatri och generera hypoteser för fortsatta studier kring behandlingsmetoden. Studien skulle även kunna användas i ett pedagogiskt syfte, till exempel för behandlare och andra med ett intresse av behandlingsförloppet.

Frågeställningar. Följande frågeställningar formulerades:

- 1) Hur ser behandlingsförloppet ut för patienterna i studien vad gäller upplevda förändringar av depressiva symtom?
- 2) Uppnår patienterna kliniskt signifikant förbättring gällande depressiva symptom efter behandlingsförloppet?
- 3) Hur ser patienternas upplevda grad av ångest och mental hälsa ut efter behandlingen jämfört med före behandlingen?
- 4) Tycks internetbaserad guidad självhjälp vara lämplig inom öppenvårdspsykiatri för patienter med egentlig depression?

Hypoteser. Patienterna i studien förväntades skatta minskad grad av depressiva symtom under behandlingsförloppet. Patienterna förväntades även skatta en minskad grad av ångest i samband med minskad grad av depressiva symtom efter genomförd behandling. Vidare förväntades patienterna uppnå en bättre mental hälsa efter genomförd behandling.

Metod

Design

Föreliggande studie är en observerande deskriptiv case series design. Studiens upplägg innebar att sex deltagare ingick i behandlingsgruppen med för- och efterskattning för varje deltagare, samt kontinuerliga skattningar under behandlingstidens gång. Författarna för studien tittade på hur depressionssymtomen såg ut för varje patient innan, under och efter behandlingens gång med hjälp av självskattningar via självskattningsformuläret MADRS-S en gång i veckan. Syftet var att kunna följa patienternas självupplevda mående kontinuerligt under behandlingstiden.

Deltagare

Rekrytering. Deltagare rekryterades bland befintliga och nya patienter med förmodad egentlig depressionsdiagnos på allmänpsykiatriska kliniker inom Region Skåne (Malmö, Lund, Helsingborg och Trelleborg). Rekryteringen skedde inom forskningsprojektet GIR, Guidad självhjälp via internet i Region Skåne, ett pågående projekt där internetbaserad psykologisk behandling utvärderas.

Behandlare på klinikerna runt om i Skåne kunde kontinuerligt anmäla patienter till bedömning för projektet för ett eventuellt deltagande i behandlingen under hösten 2010 och våren 2011.

Urval. Efter att patienterna gett sitt samtycke, enligt personuppgiftslagen PUL (se bilaga 2), fick de fylla i självskattningsformulär via sin egen dator. Utifrån självskattningsformulären gjordes ett första urval där patienter som skattade symptomgrad under lindrig depression, sett till MADRS-S, exkluderades. Likaså fanns exklusionskriterier gällande uttryck för suicidbenägenhet. Dessa patienter skulle istället kontaktas personligen och rekommenderas vidare till en lämplig behandlingsform inom psykiatrin. Genom en individuell semistrukturerad intervju med SCID-I

fastställdes sedan diagnos, komorbiditet, psykisk status, funktionsnivå och huruvida patienten uppfyllde fastställda kriterier för inklusion/exklusion.

För inklusion krävdes:

1. Patient vid någon av de mottagningar som deltog i studien.
2. Kriterierna för egentlig depression var uppfyllda enligt DSM-IV.
3. Patienten godkände att han/hon skulle randomiseras till en av två grupper där den ena gruppen fick behandlingen direkt och den andra efter åtta veckor (föreliggande uppsats studerade inte patienter på väntelista, väntelistan är endast en del av GIR projekt i sin helhet).
4. Patienten hade tillgång till en dator med internetuppkoppling och möjlighet att skicka och ta emot kommunikation via en webbläsare.
5. Patienten var motiverad att arbeta för att förbättra sin situation genom att delta i behandlingen.
6. Patienten kunde tala, läsa och skriva på svenska.
7. Om patienten medicinerade för psykisk problematik skulle medicineringen ha varit stabil i minst tre veckor före behandlingsstart samt under behandlingstiden.
8. Patienten godkände att han/hon var tvungen att fylla i självskattningsformulär i samband med behandlingen (samt vid sex- och tolv månaders uppföljning inom projektet GIR).

För exklusion:

1. Patienten deltog i någon annan pågående psykologisk behandling (omfattade inte farmakologisk behandling eller sjukgymnastbehandling).
2. Patienten uppvisade allvarliga suicid tendenser.
3. Patienten hade ett pågående missbruk.
4. Förekomst av allvarligt självskadebeteende, ätstörning, psykos.

Den slutgiltiga bedömningen som styrde inklusion/exklusion gjordes i samråd med projektansvarig för GIR.

Antalet patienter som uppfyllde inklusionskriterierna i samtliga skattningsformulär och som bokades in för individuell intervju med SCID-I, var åtta st¹. Av de åtta patienter som intervjuades inkluderades sex personer i behandlingsgruppen. I två fall blev sökande exkluderade

¹ Då studien är en del av ett större forskningsprojekt med både behandlingsgrupp och väntelista intervjuade författarna fler patienter som randomiserade till väntelistan för forskningen i GIR (dessa patienter påbörjade behandlingen efter ca 8 veckor på väntelista). En del intervjuer gjordes under mars och april månad (2011) vilket innebar att de patienter som då inkluderades inte kunde vara med i föreliggande studie av tidsskäl, däremot inkluderades de i det större projektet.

efter genomförd SCID- I intervju på grund av annan psykisk problematik. Dessa hänvisades till en annan lämplig behandling i samråd med den vårdenhet som respektive patient tillhörde.

Diagnostisering. Av de åtta personer som intervjuades uppfyllde sex kriterierna för egentlig depression. En person uppfyllde kriterierna för egentlig depression med enstaka episod och fem personer uppfyllde kriterierna för egentlig depression med återkommande episoder, så kallat egentlig depression recidiverande. I ett fall var det inte tydligt huruvida patienten uppfyllde kriterierna för enstaka episod eller om det förekommit flera episoder. Egentlig depressionsdiagnoserna enstaka episod eller recidiverande episod baserades på genomförd SCID- I intervju. Grad av egentlig depression grundades både på självskattning med MADRS-S och genomförd SCID-I intervju. För MADRS-S användes följande gränsvärden, baserade på Svanborg och Åsberg (2001): Lindrig depression: 7-19, Måttlig depression: 20-34, Svår depression: 35-60. En av patienterna (M2) vägde mellan lindrig och måttlig depression sett till både MADRS-S och SCID-I.

Komorbida diagnoser som var aktuella, enligt SCID-I, förekom hos tre av patienterna. Fyra patienter hade, enligt SCID-I, diagnoser som tidigare varit uppfyllda men som inte var aktuella i nuläget. Beskrivning av egentlig depression enstaka episod eller recidiverande episod, förekomst av komorbiditet och tidigare diagnoser beskrivs även i tabell 1.

Beskrivning av samspel. Gruppen bestod av fyra kvinnor och två män. Patienterna var mellan 30 och 50 år gamla. Två av patienterna tog antidepressiv medicin. Komorbida diagnoser förekom hos tre av patienterna, dessa var ätstörning UNS, ångestsyndrom UNS och GAD. Fyra av patienterna har haft tidigare diagnoser, som inte är aktuella i dagsläget, dessa var bulimi, dystymi, paniksyndrom utan agorafobi och paniksyndrom med agorafobi. Fyra av patienterna hade tidigare ingått i annan behandling och två hade vid tiden för föreliggande studie en stödkontakt. Stödkontakterna definierades dock inte som aktuella behandlingar och ansågs således inte som en exkluderande faktor.

Av de sex patienter som påbörjade behandlingen fullföljde samtliga behandlingen och fyllde i alla eftermätningsformulär, vilket även beskrivs i tabell 1 nedan. Två patienter fullföljde den veckovisa skattningen kontinuerligt. Resterande patienter fyllde i veckoskattningarna mellan 3 och 7 gånger, exklusive förskattning men inklusive efterskattning efter sista veckan.

Tabell 1. Beskrivning av varje patients diagnos, huruvida patienten uppnår kriterier för andra aktuella diagnoser, det vill säga komorbiditet, huruvida patienten uppfyller kriterier för att tidigare ha uppfyllt andra diagnoser samt om patienten fullföljt behandlingen eller inte

Patienter ²	Egentlig depression	Komorbiditet	Tidigare diagnoser	Fullföljt behandling
K1	Måttlig	Recidiverande	JA	JA
K2	Måttlig	Enstaka episod	NEJ	JA
K3	Måttlig	.	JA	JA
K4	Måttlig	Recidiverande	NEJ	JA
M1	Måttlig	Recidiverande	JA	NEJ
M2	Lindrig/Måttlig	Recidiverande	NEJ	NEJ

Material

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self rated (MADRS-S). MADRS-S utvecklades av Svanborg och Åsberg 1994 och är en självskattningsversion av MADRS, en klinikeradministrerad skala. Korrelationen mellan självskattning och expertskattning är hög (från $r=0,80$ till $r=0,94$) vilket tyder på en bra samstämmighet de olika versionerna emellan (Svanborg & Åsberg, 2001). MADRS-S mäter svårighetsgrad i depression och består av 9 items som graderas på en 7 gradig likertskala. Respondenterna uppmanas att gradera sina symtom efter svårighetsgrad de senaste tre dagarna och MADRS-S anses känslig för förändring i symtom (Bondolfi et al., 2010). De 9 items som inkluderas i MADRS-S är sinnesstämning, oroskänslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism och livslust. Cronbach's alpha anges av Bondolfi et al. ligga mellan 0,85 och 0,94, vilket således kan bedömas som en god reliabilitet för instrumentet. I en studie av Svanborg och Åsberg (2001) redovisas standardavvikelsen (SD) 4,8 i en klinisk studie med 34 patienter med egentlig depression rekryterade från psykiatriska kliniken på Karolinska i Stockholm. Svanborg och Åsberg (2001) redovisar även gränser för tre olika svårighetsgrader av depression baserat på antal

² K=kvinnor M=män

sammanlagda skattade poäng (Svanborg & Åsberg, 2001): Lindrig: 7-19, Måttlig: 20-34, Svår: 35-60.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). HADS (Zigmond & Snaith, 1983) är ett självskattningsformulär som ursprungligen utvecklades för att användas på medicinska patienter, för att mäta ångest och depression. Sedan dess har skalan även varit flitigt använd vid screening och vid fallstudier (Mitchell, Meader & Symonds, 2010). Skalan består av två skalor med 7 item på varje och anses känslig för förändring under sjukdomsförloppet. Den ena skalan riktar sig mot depression och den andra skalan riktar sig mot ångest (Mitchell et al., 2010). Alla item poängsätts på en fyrgradig skala, från noll till tre (Herrmann, 1997). Frågorna i HADS fokuserar på känslor, tillstånd eller symtom som upplevts den senaste veckan (Ylitalo et al. 2010). Den ursprungliga versionen av HADS visar på god reliabilitet som screening för kliniskt signifikant ångest och depression inom somatisk vård (Zigmond & Snaith, 1983). Test-retest reliabiliteten är $r = 0,72$ (på 1,7 månader) och Cronbachs alpha ligger på 0,89-0,93. Zigmond och Snaith (1983) redovisar gränsvärden för det sammanlagda värdet av poängen från båda delskalorna: normal: 0-7, mild (ångest eller depression): 8-10, medel (ångest eller depression): 11-14, svår (ångest eller depression): 15-21. Lisspers, Nygren och Soederman (1997) har gjort en studie på en svensk normalpopulation där 1300 slumpmässigt utvalda personer ur befolkningen deltog. Svarsfrekvensen låg på 48 %, det vill säga 624 personer. Medelvärdet på den totala poängen låg på 8,53. På de olika delskalorna låg medelpoängen på 4,55 på ångestskalan och 3,98 på depressionsskalan. Däremot tycks det inte finnas en studie där mätinstrumentet används, vars population kan generaliseras till föreliggande studies sampel. Således tycks ingen större studie kunna ange ett representativt värde på standardavvikelse på instrumentet för patienter med egentlig depression inom öppenvården.

Outcome Questionnaire 45 (OQ-45). OQ-45 designades av Lambert et al. (1996) för att mäta items relevanta för tre domäner som anses centrala för den mentala hälsan. Dessa domäner är subjektivt obehag, interpersonella relationer och sociala roller (inom arbetet, tillsammans med familjen och på fritiden). Respondenten skattar sina subjektiva upplevelser gällandes de tre domänerna genom att använda en femgradig likert-skala, från 0 till 4. OQ-45 är känslig för förändringar i mående och används därför med fördel då man vill titta på patienters status och

riktning under eller efter en avslutad terapi. Lambert et al. (1996) menar att OQ-45 har god reliabilitet och det finns stöd för att validiteten är hög. Cronbach's alpha rapporteras ligga på 0,93 och test-retest reliabiliteten anges ligga på 0,84 (Behavioral pathway system, u.å). Författarna till föreliggande studie har inte funnit någon studie där OQ-45 använts med en population som kan jämföras med ett sampel bestående av patienter med egentlig depression inom öppenvård psykiatri. Således redovisas inte heller någon representativ standardavvikelse för patienter med egentlig depression på instrumentet.

Structured Clinical Interview for DSM IV-Axis I Disorders, SCID-I. SCID-I, klinisk version, är en semistrukturerad klinisk intervju för att bedöma psykiatriska axel I diagnoser enligt DSM-systemet. Intervjun ses enligt Lobbstaël, Leurgans och Arnoud (2011) som gyllene standard vid bedömning av klinisk problematik. Materialet består av ett intervjuprotokoll och en intervju manual (First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1997ab). SCID-I börjar med en inledande intervju på ca 15 minuter som återfinns i intervjuprotokollet, som bland annat rör frågor kring demografi. Efter detta övergår intervjun till frågor som rör sinnesstämningen och därmed undersöks förstämningsepisoderna: egentlig depressionsepisod, manisk episod, hypoman episod, dystymi, förstämningssyndrom orsakade av somatisk sjukdom/skada och substansbetingad förstämningssyndrom. Dessa återfinns i intervju manualen. Sedan följer 5 andra moduler som innehåller: psykotiska och andra associerade symtom, differentialdiagnostik av psykiska störningar, alkohol och andra substansrelaterade störningar samt ångestsyndrom och andra störningar. Intervjun kan ta mellan 1 och 2 timmar, beroende på respondentens svar och symtom. Frågorna som ställs till respondenten är i ja/nej form, med möjlighet till specificeringar. Efter att diagnoserna undersökts följer en sammanställning av diagnoser. Vidare finns det under den sista delen av intervjuprotokollet en möjlighet att göra en multiaxial bedömning, enligt DSM-IV. Här kan bland annat psykosociala och omgivningsrelaterade problem samt global funktionsförmåga, GAF, skattas (på basis av redan genomförd intervju). Lobbstaël et al. (2011) menar att interbedömarreliabiliteten vid SCID-I varierar mellan att vara god (detta gäller cirka hälften av diagnoserna; egentlig depression, alkoholberoende, paniksyndrom, agorafobi, tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom, och ätstörningsproblematik) och att vara utmärkt (detta gäller den resterande halvan av diagnoserna; dystymi, drogberoende, social fobi, specifik fobi, post traumatiskt stressyndrom). Cohens kappa-värden varierar mellan 0,61 och 0,83. Med tanke på att

SCID är en semistrukturerad intervju förutsätter det intervjuarens kliniska bedömning (Bohman, 2005). Vidare är validiteten i SCID-I enligt Bohman (2005) bättre än en vanlig klinisk intervju. Validiteten mäts enligt så kallade LEAD standard: Longitudinal, Expert , All Data, vilken utgår från en expertbedömning med all tillgänglig data från intervjuer, journaler, anhöriga etcetera (Bohman, 2005).

Självhjälpsmaterial. Det internetbaserade behandlingsprogrammet bestod utav självhjälpsmaterial indelat i åtta, på varandra följande, textmoduler som patienterna arbetade sig genom med stöd från en behandlare. Modulerna liknas vid åtta olika kapitel, bestående av 8 till 17 sidors text och bildmaterial.

Självhjälpsmaterialet är ursprungligen utformat av Andersson et al. (2005). För att ge läsaren en tydligare bild av behandlingens upplägg hänvisas till rubriken *Behandling* samt till en modulbeskrivning i bilaga 3.

Procedur

Anmälan via allmänpsykiatrin i Region Skåne. Rekryteringen av patienter skedde inom forskningsprojektet GIR under hösten 2010 och våren 2011. Läkare eller annan behandlare på allmänpsykiatriska kliniker inom Region Skåne (Malmö, Lund, Helsingborg, och Trelleborg) kunde konsekutivt anmäla patienter med trolig egentlig depression, som de ansåg skulle kunna ha behållning av behandlingen, till projektet. Patienterna kunde vara helt nya eller sedan tidigare haft kontakt med mottagningen. Patienterna anmäldes till en projektsamordnare vid respektive klinik. Förutom att ta emot anmälningar till projektet från behandlare hade respektive samordnare i uppgift att agera kontaktperson och vidarebefordra personuppgifter till den allmänpsykiatriska kliniken i Malmö där projektansvarig för GIR sitter. Patienterna fick via post ett informationsbrev om behandlingsmetoden och ombads skriva under ett samtycke enligt personuppgiftslagen, PUL (se bilagorna 1 och 2). Påskrivet samtycke sändes sedan tillbaka till projektansvarig vid Malmös allmänpsykiatriska mottagning. Deltagarna fick även hemskickat inloggningsuppgifter för att nå självskattningsformulär. Patienterna hade kontinuerligt möjlighet att kontakta projektansvarig via telefon vid frågor. Den mottagning dit en patient tillhörde hade ett övergripande behandlingsansvar för patienten. Efter att en patient avslutat behandlingen återfördes denne till

sin lokala mottagning och behöll genom studien sin status inom psykiatrin, det vill säga vad gäller kö-plats eller liknande.

Första screeningen och skattningsformulär. Patienterna fick via sin inloggningskod komma åt följande självskattningsformulär aktuella för föreliggande studie: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self rated (MADRS-S), Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) och Hospital anxiety and depression scale (HADS). Svaren skickades tillbaka till projektansvarig för GIR i ett krypterat elektroniskt meddelande. Utifrån dessa svar gjordes en första bedömning om inklusion/exklusion. De som exkluderades kontaktades med en motivation till varför de inte ansågs lämpliga att genomgå behandlingen. Alla som exkluderades kontaktades via telefon i första hand och via brev i andra hand (när det inte gick att nå personen i fråga per telefon).

Individuell intervju. När svaren från informerat samtycke och självskattningsskalor inkom kallades patienten, via telefon, till kartläggningsintervju, detta om inklusionskriterierna i skattningsformulären uppfyllts. Intervjuerna utfördes, av författarna, enligt Structured Clinical Interview för DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) som är en strukturerad intervju som baseras på diagnosmanualen DSM-IV. Författarna hade kontinuerlig handledning med särskild utbildning i SCID-I. Varje intervju tog ca två timmar och genomfördes på respektive patients mottagning. Genom intervjun fastställdes diagnos, komorbiditet, psykisk status, funktionsnivå och huruvida patienten uppfyllde fastställda kriterier för inklusion/exklusion.

Bedömning. De slutliga besluten om inklusion/exklusion togs efter genomförda intervjuer via projektgruppens möten som ägde rum ca varannan vecka. Specialistläkare fanns tillgängliga vid behov för samråd angående fastställande av diagnos. I ett fall konsulterades specialistläkare angående rekommendation av annan behandling.

Behandling. Med hjälp av användarnamn, lösenord och engångskoder hade patienterna tillgång till behandlingssystemet. Patienterna fick vid två tillfällen, innan startad behandling och efter, ett batteri av självskattningsformulär. Utöver inledande och avslutande skattningar fick patienterna fylla i MADRS-S varje vecka under behandlingstiden.

Det internetbaserade behandlingsprogrammet innebar att patienterna arbetade med ett

självhjälpsmaterial indelat i åtta, på varandra följande, moduler (se bilaga 3) som deltagarna arbetade sig genom med stöd från en behandlare. Modulerna kan liknas vid olika kapitel där patienterna förväntades arbeta med en modul per vecka. Behandlingen förväntades således fortlöpa under åtta veckors tid. I varje modul ingick arbete med olika uppgifter som varje vecka utvärderades tillsammans med behandlare via textmeddelanden över internet.

För att underlätta förståelse av teorin och övningarna i modulerna innehöll texten många fiktiva exempel. Varje modul avslutades med en hänvisning till att besvara veckans hemuppgift och beröm över att patienten då hade tagit sig igenom veckans text. Patienten fick även anvisningar, både i varje modul och i varje hemuppgift, att hon/han efter inskickade svar skulle få tillgång till nästa modul. Inledningsvis i varje modul gavs läsanvisningar för hur deltagaren skulle kunna ta till sig materialet på bästa sätt. Exempelvis förespråkades att materialet lästes under lugn och ro, gärna i utskrivna version för att till exempel underlätta för egna anteckningar. I början av varje hemuppgift beskrevs hur svaren skulle skickas in och i slutet av varje hemuppgift fanns även utrymme för patienten att beskriva övriga reflektioner.

Behandlare var projektmedarbetare, alla legitimerade psykologer med erfarenhet av internetbaserad behandling, vid en allmänpsykiatrisk klinik i Malmö. Varje kontakt med patient journalfördes på sedvanligt sätt i mottagningens databas. Personal på lokal mottagning kunde på så vis följa behandlingsförloppet och hade det yttersta behandlingsansvaret för patienten. Undersökningsproceduren skiljer sig från klinisk rutin såtillvida att den i projektet innehåller fler självskattningsformulär.

Den övergripande strukturen för varje veckomodul såg ut såhär:

- Självhjälpstext att läsas av deltagaren.
- Arbete på egen hand genom övning och uppgifter relaterade till veckans modul.
- Inlämning av ”hemuppgifter” som avslutar veckans arbete.
- Feedback från behandlare på hemuppgifter samt tillgång till nästa veckas modul.

Efter behandling – eftermätning och uppföljningsintervju. Efter avslutad behandling gjordes uppföljning via självskattningsformulär. Patienterna fick ett brev som bekräftelse på att behandlingen avslutats. Efter att en patient avslutat behandlingen återfördes denne till respektive mottagning. Varje patient behöll sin status inom psykiatrin, det vill säga köplats eller motsvarande.

Patientsäkerhet/etik

Varje patient tilldelades ett forskningsnummer som användes i kommunikationen via internet. Deltagarnas personuppgifter och den kodnyckel som länkade dem till deras studie-id lagrades på ett USB-minne som förvarades i ett låst skåp som endast huvudansvarig forskare för GIR hade tillgång till. Personuppgifterna på USB-minnet krypterades och var lösenordskyddade för att uppfylla krav på hantering av personuppgifter enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). När arkiveringstiden på tre år efter sista uppföljningen löpt ut ska materialet förstöras. Deltagarna använde sedan ett krypterat kontakthanteringssystem för textkommunikation med sin behandlare, där en personlig kod säkrade att enbart studiedeltagaren kunde logga in som användare i systemet.

Deltagarna hade under studiens gång möjlighet att meddela upplevda svårigheter till sin behandlare och uppmanades att i sådana fall i första hand kontakta denna via meddelandesystemet. Vid behov fanns också möjligheten att ta kontakt via telefon. Deltagarna informerades om att de när som helst kunde avbryta behandlingen och att deltagandet var frivilligt.

För att trygga deltagarna kring datasäkerhet följde en beskrivning över hanteringen av personuppgifter i den information som personerna delgavs innan de bestämde sig för att delta (se bilagorna 1 och 2). För att säkerställa att ingen identitet skulle kunna röjas var författarna noggranna med att endast använda den information som ansågs nödvändig för uppsatsen och inte använda några personuppgifter, som exakt ålder eller andra kännetecken, vid beskrivning av de enskilda patienterna.

En etisk, ytterst viktig, frågeställning i studien handlar om suicidbenägenhet hos de deltagande patienterna. Det fanns kontinuerlig uppmärksamhet på suicidtankar och suicidplaner genom självskattning och via kontakten med behandlare. Planen för att bemöta misstankar kring deltagare som upplevdes vara suicidbenägna var att dessa omgående skulle kontaktas via telefon och att ärendet skulle följa allmänpsykiatriska klinikers riktlinjer för bemötandet av suicidnära patienter. Två specialistläkare i psykiatri var hela tiden kopplade till projektet och fanns som en tillgänglig resurs för behandlarna.

De två deltagare som exkluderades från studien kan ha upplevt detta negativt. För att minska en plötslig besvikelse fanns inklusionskriterierna för studien beskrivna i informationen som skickades ut till alla patienter som anmälts till projektet (se bilaga 1). I två fall exkluderades

patienten på grund av annan psykisk problematik som bedömdes mer primärt angelägen att behandla. Dessa två patienter hänvisades till annan lämplig behandling i samråd med vederbörandes mottagning.

Dataanalys

För att analysera för- och eftermätningar av självskattningsmaterialet, som deltagarna fyllde i före och efter behandlingen, har författarna använt Jacobson och Truax modell från 1991 för att mäta klinisk signifikans.

Klinisk signifikans. Undersökningar gjorda med case series design strävar inte efter att säkerställa kausala samband, utan vill snarare belysa det man studerat ur en något mer deskriptiv synvinkel (Kooista et al., 2009). Att presentera resultaten genom att använda sig av den statistiska mätmetoden klinisk signifikans är något som förespråkas inom denna form av design. Klinisk signifikans syftar till huruvida patienter som ingått en viss behandling förändras betydligt vad gäller kliniska dimensioner (Lambert & Ogles, 2009). Författarna till föreliggande studie presenterar studiens resultat med utgångspunkt i klinisk signifikans baserat på Jacobson och Truax modell från 1991.

Andra statistiska analyser som statistisk signifikans på gruppnivå är väsentligt för utvärdering av en behandling eftersom det ger information om att eventuella förändringar osannolikt berott på slumpartade faktorer utanför själva behandlingen. Risker med att endast förlita sig på statistisk signifikans från stora grupper är att signifikanta behandlingsvinster i själva verket kan vara kliniskt obemärkta, det vill säga att förändringar endast syns i statistiken men inte för de enskilda aktörerna. Klinisk signifikans däremot, är ett mått på hur eventuella förbättringar ter sig för patienten själv, för omgivningen och hur det märks i den kliniska vården (Lambert & Ogles, 2009) och är således av vikt för föreliggande studie. Atkins et al. (2005) menar att en av svårigheterna som kliniska forskare står inför är att bedöma om deras behandling har en meningsfull påverkan på patienterna. Lambert och Ogles (2009) menar att även om statistisk signifikans ger viktig information om betydande skillnader på gruppnivå så ger detta inte information om olika reaktioner på behandlingen inom den behandlade gruppen. Även om betydande förändringar i resultat av en internetbaserad behandling kan upptäckas med studier på gruppnivå som endast ser till statistisk signifikans kan det råda brist på kunskap om i vilken

utsträckning en patients liv ändrats till det positiva. Detta är ett viktigt område för den kliniska signifikansen (Atkins et al., 2005). Klinisk signifikans är följaktligen lämpligt då man vill titta på förändringar hos den enskilda patienten som inte kan beskrivas med hjälp av statistiska analysmetoder på gruppnivå (Lambert & Ogles, 2009), vilket motiverade användandet av klinisk signifikans i föreliggande studie. Case series med ett litet deltagarantal har således inte förmågan att upptäcka statistiska skillnader på gruppnivå men kan ge information om enskilda förändringar som i andra designer, ex av experimentell karaktär med stora grupper, lätt kan maskeras av gruppvariansen.

Att mäta klinisk signifikans, Jacobson och Truax modell från 1991. Enligt Jacobson och Truax modell görs bedömningen av klinisk signifikans utifrån två steg. Först säkerställs att uppmärksam skillnad, till exempel i självskattade symtom före och efter en behandling, inte enbart beror på mätfel eller instrumentfel. För att säkerställa att det handlar om en tillförlitlig förändring beräknas Reliable Change Index (RCI) genom att dividera skillnaden mellan det observerade för- och eftertestet med standardfelet för skillnaden. Standardfelet i sin tur beror på reliabiliteten på mätinstrumentet, här respektive självskattningsskala. Ju säkrare ett instrument är desto mindre standardfel och desto mer subtila skillnader går att finna. Värdet på RCI måttet ska vara mindre än -1,96 för att patientens poängskattning efter behandlingen ska anses reliabelt lägre jämfört med poängskattningen innan behandlingen, vilket betyder att en reliabel förbättring skett, med 95 % säkerhet ($p < 0,05$). Ett RCI mått över 1,96 innebär en reliabel försämring. Formeln för att räkna ut RCI, som använts i denna studie, är hämtad från Lambert och Ogles (2009) och ser ut på följande vis:

$$RCI = \frac{X_{post} - X_{pre}}{\sqrt{2(SE)^2}}$$

X_{post} står för enskild patients efterskattning och X_{pre} står för samma patients förskattning, på ett givet instrument. SE står för standardfelet för den skillnad som uppmäts mellan skattningstillfällena. SE beror på skattningsskalans reliabilitet och räknas ut på följande vis: $SE = SD\sqrt{1-r}$

SD är standardavvikelsen, för en given population på skattningsskalans instrumentet och r står för instrumentets reliabilitet, antingen baserat på test-retest eller Cronbach's alpha.

Steg 2 efter att ha räknat ut RCI innebär att fastställa ett cutoff-värde mellan

populationen ”patient” och populationen ”icke patient”, det vill säga att fastställa ett värde för då en diagnos ses som uppfylld och då en diagnos inte längre ses som uppfylld. Med hjälp av RCI värdet och cutoff-värdet kan varje enskild patient studeras och klassas efter följande (Lambert & Ogles, 2009):

- Återställd från symtom i form av att både ha en reliabel förändring sett till RCI och poängskattning under cutoff-värdet för en viss diagnos.
- Förbättrad, sett till RCI, en förändring i positiv riktning.
- Oförändrad, ingen förändring i RCI.
- Försämrade, uppfyllt RCI kriterierna i negativ riktning.

Ovanstående beskriven metod är i dagsläget den mest använda och mest rekommenderade modellen för att beräkna klinisk signifikans (Lambert & Ogles, 2009).

Symtomförändringen hos patienterna i föreliggande studie, studerades utifrån veckovisa självskattningar med MADRS-S samt med en för- och en efterskattning med ett testbatteri bestående av: MADRS-S, HADS, OQ-45. För varje patient har ett RCI värde räknats ut i förhållande till självskattning före och efter behandling på respektive skala.

Studien hade ett sampel bestående av endast 6 patienter vilket enligt författarna motiverade användandet av standardavvikelse hämtade från större studier med en representativ patientgrupp. Författarna veterligen fanns det endast ett instrument där större studier fanns att tillgå med patienter som gick att jämföra med föreliggande studies sampel, nämligen MADRS-S. I övriga fall, för HADS och OQ-45, där sådana studier inte fanns tillgängliga, använde författarna standardavvikelse hämtade från föreliggande studies patienter tillsammans med övriga patienter med diagnosen egentlig depression i GIR studien. Detta innebar att standardavvikelse för instrumenten HADS och OQ-45 uträknades på totalt 17 patienter med egentlig depression. Vad gäller reliabiliteten för respektive instrument har denna baserats på test-retest i de fall detta mått funnits att tillgå. I de fall reliabilitetsmått från test-retest inte redovisats används istället reliabilitetsmättet Cronbach's alpha.

Klinisk signifikans i förhållande till respektive instrument. För att räkna ut RCI för respektive patient när det gäller förändring i skattade poäng på MADRS-S användes en standardavvikelse hämtad från en studie på 34 patienter med egentlig depression, rekryterade från

psykiatriska kliniken på Karolinska Sjukhuset i Stockholm (Svanborg och Åsberg, 2001). Cronbach's alpha för MADRS-S anges av Bondolfi et al. (2010) ligga mellan 0,85 och 0,94. För att få så tillförlitliga förändringsvärden som möjligt använde författarna det lägre värdet, 0,85, som representativt för MADRS-S reliabilitet. Varje patients förändringsvärde studerades även i relation till uppsatta cutoff-värden för när skattade depressiva symtom anses ligga under lindring depression, baserade på Svanborgs gränser (Svanborg & Åsberg, 2001): Lindrig: 7-19, Måttlig: 20-34, Svår: 35-60. Således ansågs de patienter som skattade en reliabel förändring sett till RCI samt hamnade under 7 poäng på MADRS-S efter behandlingen som kliniskt signifikant återställda.

Enligt författarnas kännedom finns det inte någon större studie där HADS används på en population liknande samplet i denna studie. Därför användes standardavvikelsen på GIR studiens sampel, det vill säga föreliggande studies patienter tillsammans med övriga patienter i GIR studien med egentlig depression (totalt 17 patienter). Mått för reliabiliteten i HADS har hämtats från Zigmonds och Snaiths (1983) redovisning av test-retest på 0,72. Vidare användes cutoff-värden för när patienterna kan anses återställda utifrån HADS från en studie av Lisspers et al.(1997) (se *material* för mer information om studien). Lisspers et al. (1997) redovisar normalpopulationens medelvärde både för skalan i sin helhet (8,53) och för respektive delskala (4,55 för ångest och 3,98 för depression). Således ansågs de patienter som skattade under dessa värden, samt uppfyllde en reliabel förbättring utifrån RCI, som kliniskt signifikant återställda från depressiva symtom och ångestsymtom utifrån HADS.

Enligt författarnas kännedom finns det inte heller någon studie att tillgå, med en större population, jämförbar med patienterna i denna studie där OQ-45 använts och således inget referensmått på standardavvikelse vid OQ-45. Därav användes, precis som vid HADS, standardavvikelsen i det egna samplet tillsammans med övriga patienter med egentlig depression i GIR projektet (totalt 17 patienter) i uträkningarna av RCI för patienternas skattningar på OQ-45. Vidare, vad gäller OQ-45, fann författarna inte någon studie där en normalpopulation redovisas i förhållande till skattningar på instrumentet, därav inget cutoff-värde. Med tanke på detta kommer endast uträknat RCI redovisas för patienternas skattningar på OQ-45 och skattningarna kommer inte att jämföras med något cutoff-värden för en normalpopulation. Således representerar resultaten från OQ-45 endast huruvida det går att se en reliabel förändring i patienternas upplevda mentala hälsa men inte om patienterna kan klassas som kliniskt signifikant återställda.

Reliabiliteten för OQ-45 anges enligt en test-retest reliabilitet på 0,84 (Behavioral pathway system, u.å.).

I tabell 2 redovisas de värden som används gällande: reliabilitet (r), antingen baserat på test-retest reliabilitet eller Cronbach's alpha, standardavvikelse (SD) och standardfel (SE) för respektive instrument, samt cutoff-värden för MADRS-S och för HADS totalskala och för HADS delskalor: depression och ångest, var för sig.

Tabell 2. Data som låg till grund för uträkningar av RCI uppdelat efter varje instrument: MADRS-S, HADS totalskala, HADS depressionsdel, HADS ångestdel, samt OQ-45, samt cutoff-värden för normalpopulation på MADRS-S och HADS

Värde	MADRS-S	HADS	HADS		OQ-45
		(totalskala)	Depression	Ångest	
r	0,85	0,72	0,72	0,72	0,84
SD	4,8	4,8	4,17	3,16	20,3
SE	1,86	2,54	2,2	1,67	8,12
Cutoff-gräns	<7	<8,53	<3,98	<4,55	.

Resultat

För varje patient räknades ett RCI-värde ut för förändringar mellan för- och eftermätning på respektive skala (se ovan). Patienter som uppvisade en reliabel förändring i positiv riktning sett till RCI, definieras som förbättrade. För förändringsvärden sett till MADRS-S och HADS presenteras respektive patients förändring även i relation till uppsatta cutoff-värden för när en patient inte längre uppnår skattningsvärden som skiljer sig från normalpopulationen (för cutoff-värden se tabell 2). De patienter som kunde anses återställda från symtom utifrån uppsatta cutoff-värden definieras som kliniskt signifikant återställda utifrån de instrumenten. Patienter som inte uppnådde en reliabel förändring utifrån RCI benämns som oförändrade. Uppfyllda RCI kriterier i negativ riktning representerar en försämring.

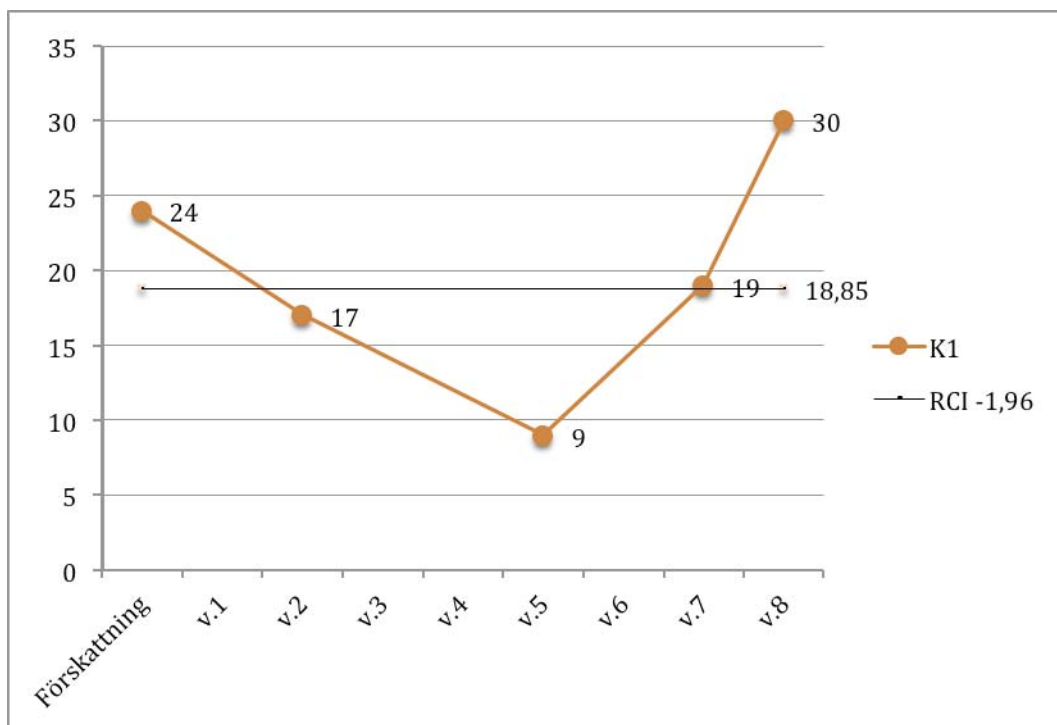
Av de sex patienterna i studien var det endast en som följde den veckovisa skattningen. Övriga missade mellan en och fyra skattningstillfällen under behandlingen. Samtliga patienter fyllde i alla för- och efterskattningar. Nedan presenteras varje patients symtomförändring och huruvida förändringarna kan antas ha påverkat patientens mående på ett betydande sätt. Efter att ha presenterat varje patient och dess symtombild genom behandlingsförloppet följer tabeller med patienternas exakta skattningsvärden och förändringsvärden sett till RCI.

Patienternas symtomförändring

K1: Patienten uppgav en successiv minskning av depressiva symtom under de fem första veckorna av behandlingen, vid vecka fem skattade patienten ett reliabelt förbättringsvärde (RCI= -5,7). Efter detta skattade patienten förhöjda skattningsvärden på MADRS-S från och med vecka 7. Mellan vecka 5 och 7 fyllde patienten inte i självskattningsformuläret MADRS-S. Den slutliga skattningen visade på ett ytterligare förhöjt skattningsvärde och patienten får en reliabel försämring mellan för- och efterskattning. Patient K1 befinner sig på skattningsvärden som representerar en måttlig depression både innan och efter behandlingen. Patient K1 fyllde inte i MADRS-S under vecka 1, 3, 4 och 6.

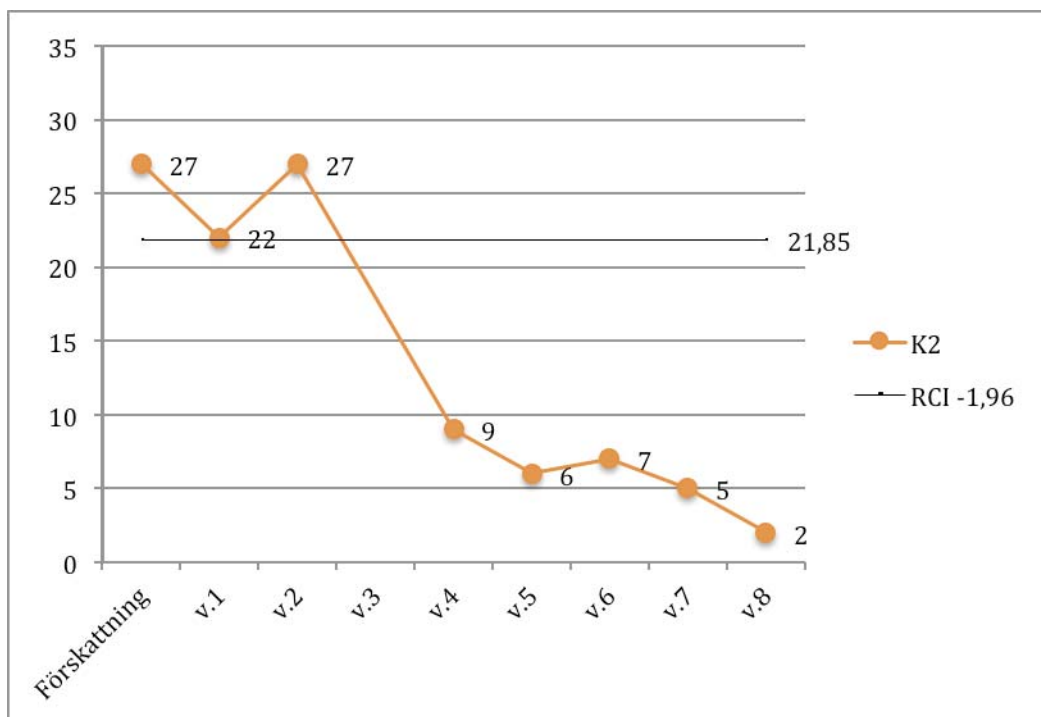
Övriga mått på depression samt ångest, skattat med HADS visade inte på några reliabla förändringsvärden. Detsamma gällde mental hälsa, mätt med OQ-45, som inte gav någon tillförlitlig förändring mellan skattningstillfället före och efter behandlingen. Patienten uppgav att hon spenderat ca 6-10 timmar per vecka på arbetet med modulerna³.

³ Patienternas angivningar av tidsåtgång är hämtade från det frågebatteri som patienter fick fylla i efter avslutad behandling. Frågebatterier innehöll en del övergripande frågor som rör internetbehandlingen i stort. En av frågorna handlade om hur mycket tid de lade ner på behandlingen varje vecka.



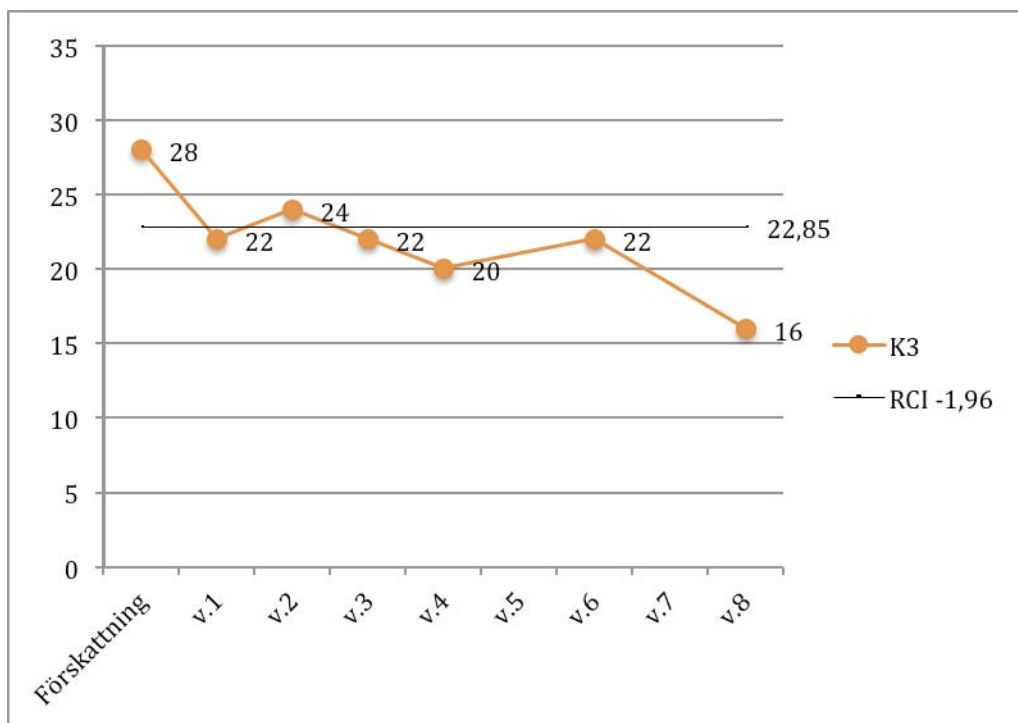
Figur 1. K1s för- och efterskattning, samt skattning under behandlingstiden, vecka för vecka, utifrån självskattningsformuläret MADRS-S, samt i förhållande till gränsvärdet för en reliabel förbättring

K2: Den veckovisa skattningen med MADRS-S visade på en successiv minskning av depressiva symtom genom behandlingens gång. Patienten skattade ett förhöjt värde på MADRS-S vecka 2, men som sedan åter minskade till nästkommande skattningstillfälle. I vecka 3 uppgav K2 inga skattningsvärden. Patienten uppnådde reliabel förbättring sett till minskade depressiva symtom på både MADRS-S och HADS i totalskala samt på HADS delskalor, depression och ångest var för sig. Patienten skattade även under uppsatta cutoff-gränser både på MADRS-S och HADS delskala depression, och anses således kliniskt signifikant återställd från depressiva symtom utifrån dessa skalor. Detta innebar att K2 rörde sig från ett värde av måttlig depression till ett värde som inte innebär någon depression utifrån MADRS-S kriterier samt att hon ligger på ett normalvärde för HADS depressionsskala. Även vad gäller skattningsskalan för mental hälsa, OQ-45, erhöll K2 en reliabel förbättring. Patienten uppgav sig ha lagt ner ca 3 timmar per vecka för att arbeta med modulerna.



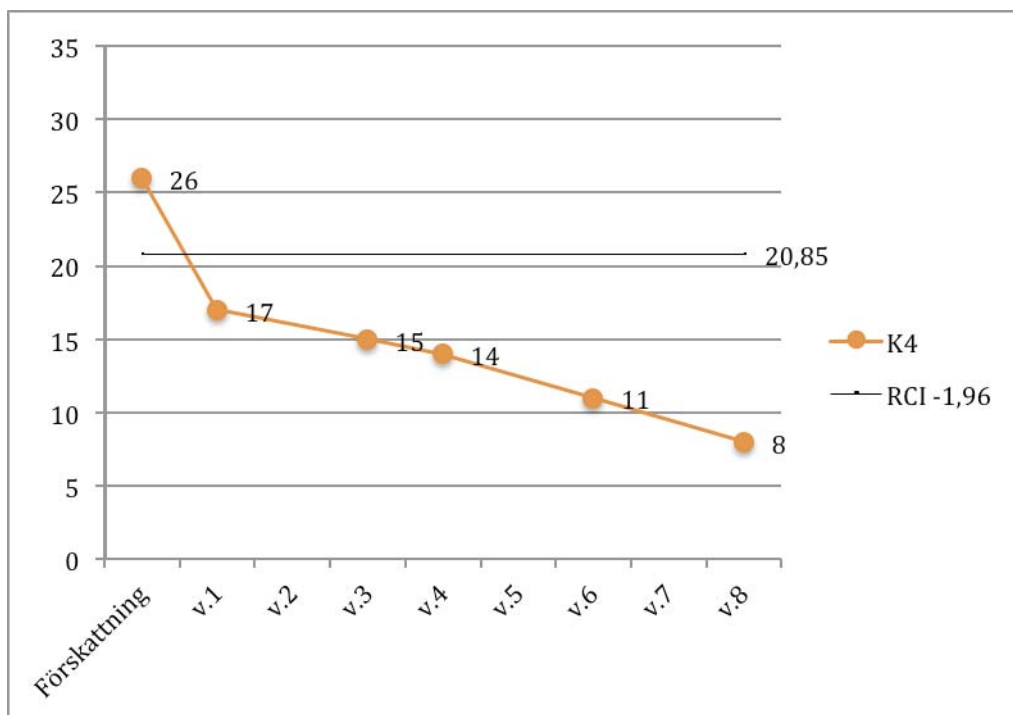
Figur 2. K2s för- och efterskattning, samt skattning under behandlingstiden, vecka för vecka, utifrån självskattningsformuläret MADRS-S, samt i förhållande till gränsvärdet för en reliabel förbättring

K3: Patienten inledde med en relativt kraftig sänkning i skattade MADRS-S poäng, mellan förmätning och självskattningen i vecka 1. Vid vecka 1 uppnådde K3 en reliabel förbättring (RCI= -2,28) sett till MADRS-S. Efter den initiala sänkningen höll sig skattningens värdena runt ungefär samma skattningens värde som uppgavs i samband med den inledande modulen, i vecka 1. Den slutliga skattningen visade att symptomen minskat ytterligare. Patienten skattar således en reliabel förbättring och sjönk till en lindrig grad av depression efter avslutad behandling. Trots detta uppnådde depressionspoängen på MADRS-S fortfarande en väsentlig grad av depression efter behandlingen och patienten blev inte kliniskt signifikant återställd. Patienten missade två skattningstillfällen med MADRS-S, detta vid vecka 5 och vecka 7. Patienten visar oförändrade skattningens värden på HADS totalskala och delskalorna var för sig. Detsamma gäller för OQ-45 som visar på oförändrade värden gällande patientens mentala hälsa. K3 uppgav att hon la ca 4 timmar per vecka på behandlingsarbetet.



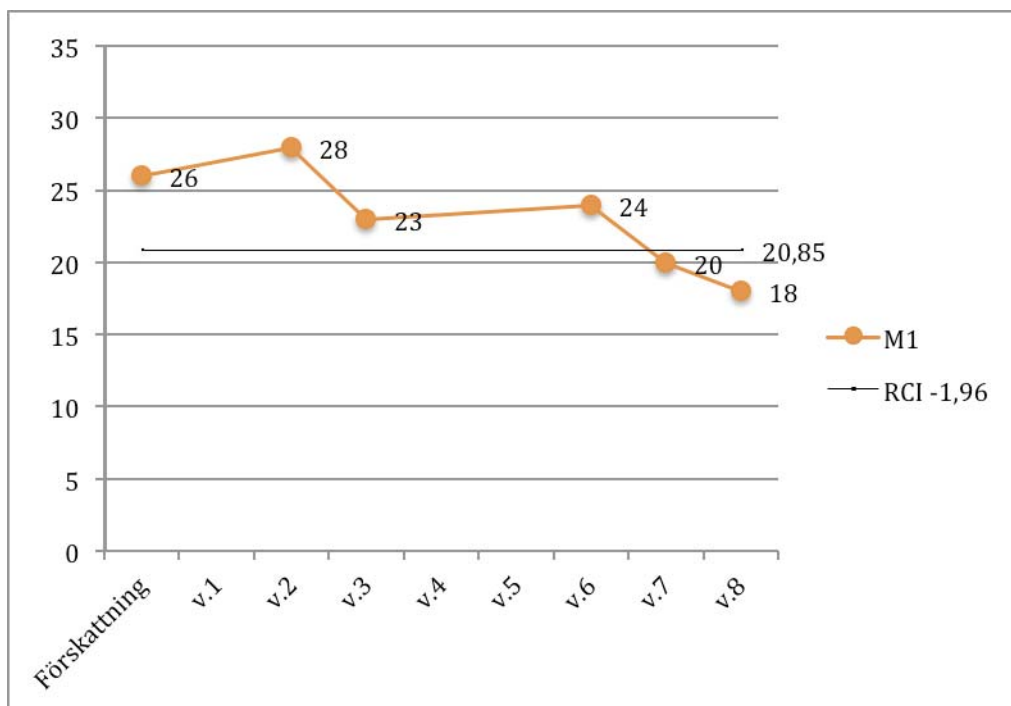
Figur 3. K3s för- och efterskattning, samt skattning under behandlingstiden, vecka för vecka, utifrån självskattningsformuläret MADRS-S, samt i förhållande till gränsvärdet för en reliabel förbättring

K4: Patienten inledde med en kraftig sänkning av depressiva symtom, mellan förmätning och skattning vecka 1, som då uppnådde en reliabel förbättring (RCI= -3,42). Därefter minskade de depressiva symtomen successivt vid tre nästkommande skattningar. Skattningen med MADRS-S visar på reliabelt minskade depressiva symtom efter behandlingen jämfört med före behandlingen. Patienten sjunker från en måttlig grad depression till en lindrig grad. Skattningen visar således att det återstår depressiva symtom vilket innebär att hon inte anses kliniskt signifikant återställd. Dock ligger patienten nära cutoff gränsen för att klassas som återställd (patienten skattar 8 poäng på MADRS-S). Patienten fyllde inte i MADRS-S i vecka 2, 5 och 7. Patient K4 visar oförändrade skattningsvärden på HADS totalskala och delskalorna var för sig. Vad gäller mental hälsa, mätt med OQ-45, visar förändringsvärdet en tendens till förbättring då värdet ligger nära gränsen (RCI= -1,92) för att klassas som en reliabel förbättring. Patienten kan dock inte anses vara reliabelt förbättrat gällande mental hälsa. Patient K4 uppgav efter genomförd behandling att hon lagt ca 5 timmars arbete på behandlingen per vecka.



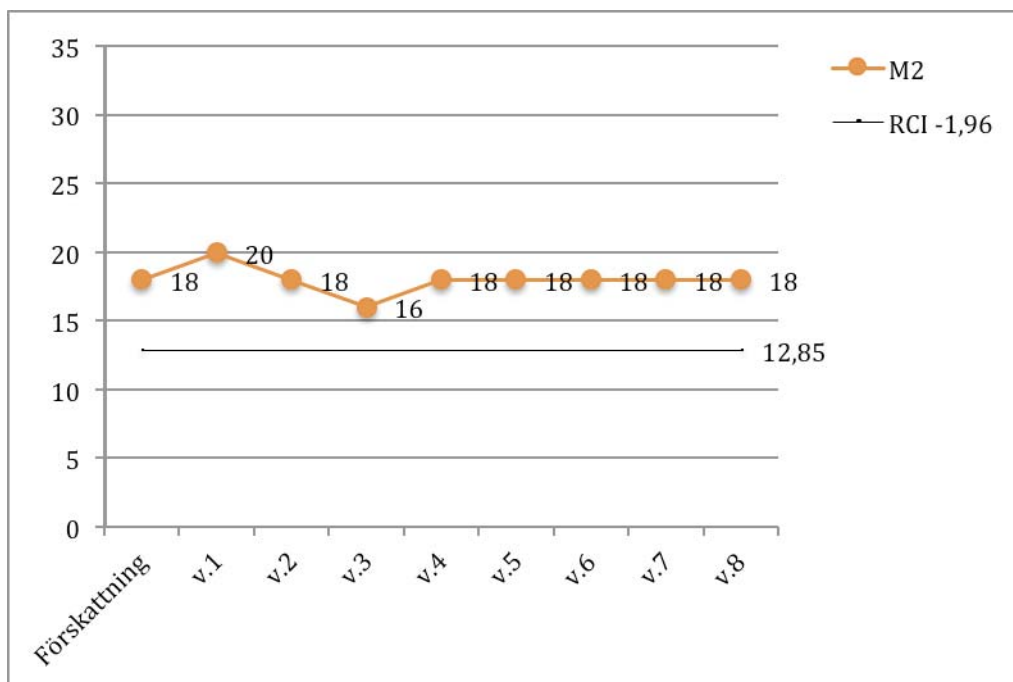
Figur 4. K4s för- och efterskattning, samt skattning under behandlingstiden, vecka för vecka för, utifrån självskattningsformuläret MADRS-S, samt i förhållande till gränsvärdet för en reliabel förbättring

M1: Patientens skattningsvärden sänktes gradvis genom behandlingen och han skattade slutligen en minskad grad av depressiva symtom. Patient M1s symtombild rör sig från måttlig depression till lindrig depression och han kan klassas som reliabelt förbättrad. Trots den reliabla förbättringen uppnår patienten efter genomgången behandling höga poäng inom spannet för lindrig depression och anses således inte kliniskt signifikant återställd. M1 uppgav inga skattningsvärden i vecka 1, 4 och 5. Patienten skattade även en reliabel förbättring på HADS totalskala och delskalan depression för sig. Förändringen på ångestskalan är dock inte reliabel. Patienten uppnådde ingen reliabel förändring vad gäller mental hälsa, mätt med på OQ-45. Patienten uppgav att han lagt mellan 4 och 5 timmars arbete på behandlingen per vecka.



Figur 5. M1s för- och efterskattning, samt skattning under behandlingstiden, vecka för vecka för, utifrån självskattningsformuläret MADRS-S, samt i förhållande till gränsvärdet för en reliabel förbättring

M2: Patienten skattade i princip oförändrade värden på MADRS-S genom hela behandlingstiden. Även i jämförelse mellan för- och efterskattningar av hela testbatteriet visade patienten inga reliabla förändringsvärden. Patientens värden på ångestskalan i HADS sjönk dock under cutoff-gränsen och patienten uppnådde inte längre en nivå av ångest som skiljer sig från normalpopulationen efter genomförd behandling. Patienten skattade relativt låga poäng på ångestskalan redan vid förmätningen och således nådde patientens förändrade värde på ångestskalan i HADS inte gränsen för en tillförlitlig förändring sett till RCI. Patient M2 fullföljde alla skattningstillfällen med MADRS-S och uppgav att han ägnade ca 1,5 timmar per vecka på arbetet med modulerna.



Figur 6. M2s för- och efterskattning, samt skattning under behandlingstiden, vecka för vecka, utifrån självskattningsformuläret MADRS-S, samt i förhållande till gränsvärdet för en reliabel förbättring

Symtomförändring genom behandlingen och klinisk signifikans. I tabell 3, presenteras hur upplevda symtom förändrades under behandlingstiden, vecka för vecka för respektive patient, utifrån självskattningsformuläret MADRS-S. Tabellen visar utvecklingen från behandlingsstart till efter avslutad behandling. Varje veckoskattning är gjord efter det att respektive veckas modul genomförts. Den slutliga skattningen är gjord inom ca en vecka efter avslutad behandling. Nedan, i tabell 3, visas således utvecklingen från behandlingsstart till efter avslutad behandling. I tabell 4 presenteras patienternas för- och efterskattning på övriga instrument. I tabell 5 redovisas uträknat RCI värde för respektive patients skattade förändring när det gäller MADRS-S och HADS. Tabellen visar även huruvida förändringen är reliabel, och om förändringen i relation till uppsatta cutoff-gränser betyder att patienten är kliniskt signifikant återställd (för cutoff-gränser se tabell 2). Tabellen redovisar också om angivna RCI-värden kan klassificeras som en reliabel försämring eller som ett oförändrat värde. I tabell 6 redovisas uträknat RCI-värde för respektive patient på OQ-45 och huruvida värdet representerar en reliabel förbättring, reliabel försämring eller klassas som oförändrat.

Tabell 3. För- och efterskattning, samt skattningar under behandlingstiden, vecka för vecka för respektive patient, utifrån självskattningsformuläret MADRS-S

Patient	Förskattning	v.1	v.2	v.3	v.4	v.5	v.6	v.7	Efterskattning (v.8)
K1	24	.	17	.	.	9	.	19	30
K2	27	22	27	.	9	6	7	5	2
K3	28	22	24	22	20	.	22	.	16
K4	26	17	.	15	14	.	11	.	8
M1	26	.	28	23	.	.	24	20	18
M2	18	20	18	16	18	18	18	18	18

Tabell 4. För- och efterskattning med skattningsinstrumenten HADS och OQ-45 för respektive patient

Patient	HADS		HADS				OQ-45	
	(i sin totalskala)		Depression		Ångest		Före	Efter
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter		
K1	18	21	9	8	9	13	91	97
K2	21	10	8	2	13	8	108	66
K3	23	20	10	9	13	12	89	84
K4	23	25	14	14	9	11	99	77
M1	29	19	16	9	13	10	124	109
M2	19	15	13	12	6	3	73	70

Tabell 5. RCI⁴ värde för respektive patients skattade förändring i relation till MADRS-S och HADS, samt förändring sett till både RCI värde och cutoff-gränser för normalpopulation för respektive skala

Patient	MADRS-S		HADS		HADS delskalor			
	RCI	Förändring	RCI	Förändring	Depression		Ångest	
K1	2,28	Reliabel försämring	0,84	Oförändrad	-0,32	Oförändrad	1,69	Oförändrad
K2	-9,51	Klinisk sig. återställd	-3,06	Reliabel förbättring	-1,93	Kliniskt sig. återställd	-2,11	Reliabel förbättring
K3	-5,08	Reliabel förbättring	-0,84	Oförändrad	-0,32	Oförändrad	-0,42	Oförändrad
K4	-6,84	Reliabel förbättring	0,56	Oförändrad	0	Oförändrad	1,27	Oförändrad
M1	-3,04	Reliabel förbättring	-2,79	Reliabel förbättring	-2,97	Reliabel förbättring	-1,27	Oförändrad
M2	0	Oförändrad	-1,11	Oförändrad	-0,32	Oförändrad	-1,27	Oförändrad (under cutoff)

⁴ Värdet på RCI måttet ska vara mindre än -1,96 för att patientens poängskattning efter behandlingen ska anses reliabelt lägre jämfört med poängskattningen innan behandlingen, vilket betyder att en reliabel förbättring skett, med 95 % säkerhet (p<0.05). Ett RCI mått över 1,96 innebär en reliabel försämring.

Tabell 6. RCI värde för respektive patients skattning på OQ-45

Patient	OQ-45	
	RCI	Förändring
K1	0,52	Oförändrad
K2	-3,66	Reliabel förbättring
K3	-0,44	Oförändrad
K4	-1,92	Oförändrad
M1	-1,31	Oförändrad
M2	-0,26	Oförändrad

Övergripande resultatbild

För fyra patienter, K2, K3, K4 och M1, minskade de depressiva symtomen genom behandlingsförloppet sett till MADRS-S och de kunde anses reliabelt förbättrade. En patient, K2, kunde även anses kliniskt signifikant återställd efter behandlingen och hade således inte längre några depressiva symtom som skiljer sig från normalpopulationen. För delskalan ångest på HADS var det endast en patient, återigen K2, som uppnådde en reliabel förändring. Detsamma gäller för skattningsskalan OQ-45, där samma patient var den enda som uppnådde en reliabel förbättring. En patient, K1, skattade förhöjda värden för MADRS-S efter genomgången behandling och uppnådde en reliabel försämring mellan för- och eftermätning. En patient, M2, uppvisade ingen reliabel förändring sett till något skattningsformulär, varken genom behandlingsförloppet med den veckovisa skattningen med MADRS-S eller efter avslutad behandling sett till övriga skattningsinstrument.

Diskussion

Studiens syfte var att följa förloppet och utfallet av en guidad internetbaserad självhjälpsbehandling för sex patienter med egentlig depression inom öppenvårdspsykiatri. Symtomförändringen studerades genom veckovisa självskattningar med MADRS-S samt genom en för- och en eftermätning med ett testbatteri bestående av: MADRS-S, HADS och OQ-45.

En övergripande slutsats efter att ha studerat behandlingsförloppet är att studiens resultat

tillsammans med tidigare forskning pekar i en riktning av att internetbaserad självhjälpbehandling tycks vara en lovande metod för att hjälpa patienter med lindrig till måttlig egentlig depression inom öppenvårdspsykiatri. Det skulle dock krävas en längre uppföljning av resultaten, för att undersöka om de förbättringar som uppnåtts är stabila samt om de patienter som minskat i grad av depression, men som inte kan ses som fria från symtom, eventuellt fortsätter att förbättras. Den reliabla förbättringen, som uppnåtts hos fyra patienter innebär inte att samtliga av dessa är kliniskt signifikant återställda. Två av dessa fyra uppnår efter behandlingens slut fortfarande betydande grader av depressiva symtom, trots att de sjunkit från en måttlig till en lindrig grad av depression. Av de andra två patienterna är det en patient som ligger nära gränsen för att anses kliniskt signifikant återställd och en som anses vara kliniskt signifikant återställt. Den sammanlagda bilden av behandlingsförloppet visar på olika symptombilder hos de sex patienterna, men i stort skildras en generell sänkning av upplevda depressiva symtom, i högre eller lägre grad. Med tanke på att en reliabel minskning i skattad grad av depression, sett till MADRS-S, uppnåddes hos fyra av sex patienter, så stödjer resultaten således till viss del studiens hypotes om att depressionssymtomen förväntades minska. En patient låg dock på en konstant nivå av upplevda depressiva symtom och en patient uppvisade en reliabel försämring mellan för- och efterskattning. Behandlingens verksamhetsgrad ser olika ut för olika patienter och med tanke på detta är det troligtvis viktigt att både behandlare och patient anser att det finns tillräckliga förutsättningar och motivation för det relativt självständiga arbetet som krävs i och med behandlingen över internet. Enligt författarna borde guidad internetbaserad behandling vara ett av flera behandlingsalternativ inom öppenvårdspsykiatri vid egentlig depression.

Författarna ville, med hjälp av studien, även uppmärksamma denna form av behandling inom psykiatri och generera hypoteser för fortsatta studier kring behandlingen. Hypoteserna som väckts är många och presenteras i stycken nedan.

Resultatdiskussion

Studien hade fyra frågeställningar, vars resultat diskuteras nedan, i relation till studiens hypoteser. Förutom att använda sig av självskattningsformulären MADRS-S, HADS och OQ-45 i resultatdiskussionen kommer författarna även att använda sig av patienternas egna kommentarer⁵ för att ytterligare försöka förstå patienternas skattningsvärden och tolka resultaten.

Behandlingsförloppet. Patienterna ombads fylla i självskattningsformuläret MADRS-S varje vecka. Endast en patient genomförde skattningen varje vecka under behandlingstiden (M2). De övriga patienterna skattade mer ojämnt, det vill säga genomförde endast skattningen vid vissa veckor. På grund av detta saknas mellan en till fyra skattningar per person, för dessa patienter, under behandlingstiden. Anledningar till missade skattningar kan vara många. Troliga förklaringar kan handla om att patienterna inte prioriterat skattningarna efter att ha lagt mycket tid och energi på själva modularbetet. Det kan även handla om att motivationen till att fylla i samma skattningsformulär flera gånger inte har varit hög. Ytterligare en förklaring kan vara att patienterna inte fick respons på skattningarna av sina respektive behandlare, vilket kan ha sänkt motivationen. Detta i jämförelse med inskickade hemuppgifter och övriga frågor, som patienterna däremot fick respons på. Med tanke på att det finns studier som belyser behandlarens stöd som betydelsefullt för utfallet av internetbehandling, bland annat Andersson & Cuijpers (2009), kan det tänkas att patienterna inte sett det som viktigt att fylla i självskattningsformulären eftersom de inte fått något stöd i samband med detta. Då skattningar ofta är ett värdefullt instrument i undersökningar, förespråkar författarna att framtida studier, som använder sig av ett liknande tillvägagångssätt, låter skattningen vara en del av hemuppgiften inför varje vecka. På så sätt får patienten inte tillgång till nästkommande modul förrän skattningen är genomförd.

Behandlingsförloppen hos de sex patienterna, som följts trots en del missade veckoskattningar, såg olika ut från patient till patient. Detta med tanke på grad av symtomminskning, i vilken hastighet förändringar skett, vid vilka moduler störst respektive lägst minskning skett, eller vid vilka moduler en tillfälligt ökad grad av depressiva symptom skattats.

⁵ Patienternas egna kommentarer är hämtade från det frågebatteri som patienter fick fylla i efter avslutad behandling. Frågebatterier innehöll både självskattningsskalor och en del övergripande frågor som rör internetbehandlingen i stort. Frågorna som rör internetbehandlingen i stort handlar om: huruvida patienterna var nöjda med sin terapeut, om de upplevde några tekniska svårigheter under behandlingens gång, om de var nöjda med tempot, om de var nöjda

Fyra av sex patienter, K2, K3, K4 och M1, har dock ett behandlingsförlopp där graden av depressiva symtom reliabelt minskade under behandlingen. Av dessa fyra patienter skattade två patienter, K2 och K4, efter avslutad behandling, kliniskt betydande lägre upplevda depressionssymtom än innan behandlingen. Patient K2 uppfyllde efter behandlingen inte längre skattningsvärden för depression och är den patient som kan klassas som kliniskt signifikant återställd. Patient K4 låg efter genomförd behandling endast ett poäng från gränsen mellan lindrig depression och normalpopulation. K4, K3 och M1, som innan behandlingens start skattade en måttlig grad av depression, skattade efter genomgången behandling en lindrig grad av depression. Dock bör deras symtomminskning inte anses tillfredsställande då lindrig depression förmodligen innebär ett fortsatt lidande.

Tre av patienterna, K2, K3 och K4, skattade reliabelt lägre symtom redan efter första modulen. Det är möjligt att dessa patienter upplevde ett hopp i och med terapins start och därför även upplevde minskade depressiva symtom i detta skede av terapin, något som brukar kallas *sudden gain* (Norton, Klenck & Barrera, 2010). Det är även möjligt att den inledande modulens information kring depression och olika symtom hjälpte patienterna att skapa en förståelse av diagnosen och att detta gav betydande effekt. Det är väsentligt att påpeka att symtomminskningen sedan antingen fortsatte minska eller höll i sig. Detta innebär att förbättringarna hos dessa patienter förmodligen inte endast handlade om en initial förhoppning om att bli hjälpt.

Patient K2 sjönk mest i depressiva symtom under behandlingens gång av studiens samtliga patienter. Patient K2 är den enda av patienterna i studien som når upp till en kliniskt signifikant förbättring efter genomgången behandling och hennes skattade depressionssymtom efter genomförd behandling är näst intill obefintliga, vilket tyder på ett betydligt bättre mående.

Patient K3 inledde med en stark minskning i depressiva symtom för att sedan ligga relativt stabilt genom behandlingens gång och ytterligare minska i depressiva symtom under slutet av behandlingen. Som tidigare nämnts kan fenomenet, att starkt minska i depressiva symtom i inledningsfasen, betecknas som en *sudden gain* och bero på en förhoppning inför terapin och att måendet skall bli bättre. Vid förskattning låg K3 på det högsta initiala skattningsvärdet på MADRS-S av de sex patienterna i studien. Trots att depressionen sjunkit från en måttlig till en lindrig grad bör patienten inte ses som färdigbehandlad. MADRS-S poängen är

med behandlingen, hur mycket tid de lade ner på behandlingen varje vecka samt om de hade några övriga kommentarer eller andra tillägg.

fortfarande att anse betydande i efterskattningen. Att den inledande förbättringen höll igenom hela behandlingsförloppet, samt att patienten ytterligare förbättrades under slutet av behandlingen, ger förhoppningar om ett stabilt förbättrat mående, men det hade varit önskvärt att måendet förbättrades ytterligare. Patient K4, som, precis som ovan nämnd patient, uppvisade en betydande sänkning i skattade depressiva symtom mellan förmätning och självskattning i vecka 1, fortsatte gradvis att sjunka i skattade depressiva symtom genom behandlingens gång. Detta talar för att den plötsliga förbättringen inte endast handlade om sudden gain.

Patient M1 sjönk från en måttlig till en lindrig grad av depression. Trots detta var symtomen efter avslutad behandling fortfarande betydande, då den slutliga skattningen hamnade i den övre delen av poängspannet för lindrig depression. Det skulle kunna vara så att behandlingen passar patienten, med tanke på att hans depressiva symtom sjönk genom behandlingsförloppet, men att behandlingen var för kort. Det är möjligt att han hade gagnats av en längre internetbehandling, eller annan behandling. Det hade varit intressant att fortsätta följa patient M1 efter avslutad behandling för att studera om han fortsätter att förbättras eller om förbättringen avstannar i och med avslutad behandling.

Patient M2 låg på ungefär samma MADRS-S värden under behandlingens åtta veckor. Det är tänkbart att guidad internetbaserad behandling inte passar denna patient. Författarna är medvetna om att det inte finns någon behandlingsform som passar alla och det är följaktligen naturligt att behandlingen inte fungerar för samtliga patienter. Möjligen skulle patient M2 bättre kunna tillgodogöra sig terapi som sker ansikte mot ansikte, en annan form av terapi, eller så är han inte motiverad till terapeutisk behandling i dagsläget. Patient M2 uppgav efter genomförd behandling att han tidvis saknat personlig kontakt, vilket skulle kunna tala för att han bättre skulle kunna tillgodogöra sig terapi som sker ansikte mot ansikte. Clark et al. (1999) påpekar hur brist på socialt stöd kan vara en bidragande faktor till utvecklingen av depression, således kan det tänkas att internetbaserad behandling inte passar en patient som upplever en social brist och därigenom önskar fysiska möten. Vidare är det sannolikt att den tid en patient lägger ner på att arbeta med terapielaterade uppgifter påverkar utgången av terapin. Att lägga ner mycket tid, energi och engagemang påverkar troligen terapiutfallet i positiv riktning. Patient M2 uppgav själv att han tidsmässigt lade ner ca 1,5 timmes arbete per vecka på terapin. Detta kan ses som förhållandevis lite tid i jämförelse med andra patienterna i studien som lade mellan 3 och 10 timmars arbete per vecka på terapin. Med tanke på att behandlingen infattar många övningar och

hemuppgifter kan det eventuellt tänkas att M2, som lagt ner mindre tid än övriga patienter, inte varit lika engagerad vid utförandet av de olika uppgifterna. Detta skulle förmodligen kunna påverka utfallet av behandlingen negativt. Vidare går det inte att utesluta att andra faktorer, utanför behandlingen, kan ha påverkat M2s resultat, i en eller annan riktning, under behandlingens gång.

Det sistnämnda resonemanget gäller även övriga patienter i studien, det går inte att utesluta att resultaten som påvisas är påverkade av omgivningsfaktorer. Case series som metod syftar inte till att beskriva förhållandet mellan orsak och verkan (Kooistra et al., 2009). Med tanke på detta går det inte att dra några säkra slutsatser kring om det är behandlingen som påverkat resultaten i en viss riktning eller om det är omgivningsfaktorer som påverkat resultaten. Trots detta är det rimligt att framhålla hypotesen om att behandlingen har haft en inverkan på den förbättring som uppvisas, eftersom resultaten visar en trend av minskade depressiva symtom under behandlingen.

Behandlingsförloppet hos K1 visade, till skillnad från hos övriga patienter, en ökad grad av depressiva symtom. Innan försämringen skedde svarade K1 positivt på behandlingen. Hon skattade efter vecka 5 en reliabel förbättring (RCI= -5,7). Patienten skattade sedan förhöjda värden på MADRS-S från och med vecka 7. Som tidigare berörts kan omgivningsfaktorers påverkan på behandlingsförloppet inte uteslutas, ett faktum som blir aktuellt med tanke på K1s försämrade mående. I K1s fall är det känt av författarna att hon råkade ut för en negativ livshändelse under perioden för skattad symtomförsämring enligt MADRS-S. Detta har troligen påverkat hur hon skattat på de olika mätinstrumenten efter behandlingen och således kan detta vara en förklaring till den markanta höjningen av skattningsvärden i slutet av behandlingen. Clark et al. (1999) framhåller att exempelvis olyckliga livshändelser kan vara bidragande till att en depression uppkommer. Beck et al. (1979) och Mørch och Rosenberg (2006) betonar hur människan reagerar aktivt på sin omgivning och att depressiva mönster bidrar till negativa tolkningar som tillskrivs den egna personen. Viktigt att poängtera i detta sammanhang är att på samma sätt som K1s försämring kan ha berott på omgivningsfaktorer så går det inte att utesluta att förbättringar som skett hos andra patienter i studien även dessa kan ha berott på omgivningsfaktorer. Patient K1 uppnådde en reliabel förbättring efter fem veckor men var inte symtomfri eller kliniskt signifikant återställd. Således hade hon troligtvis, förbättringen till trots, fortfarande depressiva tankemönster som påverkade tolkningen av olika händelser. K1 har även

en historik av återkommande depressionsperioder. Möjligtvis kan hon ha en genetisk sårbarhet för depressiva symtom, vilket i så fall kan bidra till att hon lättare påverkas och reagerar med depressiva symtom vid stressfulla livshändelser (Clark et al., 1999). Det är trots detta anmärkningsvärt att det går att fluktuera så snabbt i symtombild som K1 gjorde. Den minskning i depressivitet som hon till en början upplevde verkar därmed inte vara stabil. Nordin et al. (2010) betonar att utfallet av en behandling till stor del är beroende av bland annat patientens förmåga att förebygga återfall. Med tanke på detta är det intressant för framtida studier att undersöka dels hur länge en förbättring i symtomatologi efter avslutad internetbehandling håller i sig och dels vad som leder till återfall och hur detta kan förebyggas.

För att avsluta diskussionen kring behandlingsförloppet och återknyta till hypotesen att patienterna i studien förväntades skatta minskad grad depression (mätt med MADRS-S) genom behandlingsförloppet, framhåller författarna att hypotesen till viss del kan anses stämma. Den sammanfattade slutsatsen blir att fyra av sex patienter visade på en successiv minskning av upplevda depressiva symtom under behandlingen gång.

Klinisk signifikans och reliabla förändringar i depressionsgrad. En fråga som författarna ställde sig var om behandlingen gav en kliniskt signifikant förbättring hos patienterna med egentlig depression. Måttet klinisk signifikans är av intresse då det talar om i fall förändringen som uppnåtts kan sägas vara meningsfull för patienten själv. Innan behandlingen började skattade samtliga patienter en måttlig grad av depression (en patient låg mellan lindrig till måttlig) baserat på både MADRS-S och genomförda SCID-1 intervjuer. Detta tyder på ett betydande lidande hos patienterna innan behandlingen. Studiens resultat visar att fyra av sex patienter uppnådde en reliabel förbättring vad gäller depressiva symtom. Tre av dessa gick från måttlig till lindrig depression och en patient hamnade under cutoff-gränserna för MADRS-S och HADS totaltskala och anses kliniskt signifikant återställd. Möjligen upplever dessa fyra patienter ett minskat lidande efter behandlingen. Med tanke på att majoriteten av patienterna i studien fortfarande når upp till betydande depressiva symtom efter genomförd behandling, kan man fundera över om 8 veckor är en för kort behandlingstid för dessa personer. Eventuellt hade dessa patienter gagnats av fortsatt behandling. Det hade det varit av intresse att fortsätta följa dessa personer även efter avslutad behandling, för att se om de ytterligare förbättras med tiden.

Två patienter som skattade utmärkande resultat i förhållande till för- och eftermätning är patienterna M2 och K1. Patient M2 uppnådde inte några förändringsvärden sett till RCI och patient K1 skattade en reliabel försämring sett till RCI, vilket har diskuterats mer ingående ovan.

Ångest och mental hälsa. De patienter som skattade en minskad grad av depression förväntades även skatta en minskad grad av ångest och en bättre mental hälsa efter genomförd behandling. Denna hypotes kan inte anses vara styrkt då det endast var en patient, K2, som skattade reliabelt minskade värden av ångest och reliabelt ökade värden av mental hälsa i samband med en minskad grad av depression. De övriga patienterna uppnådde inga reliabla förändringsvärden vare sig på HADS ångestskala eller på OQ-45 trots minskade grader av depressiva symtom. Dock visade en av dessa patienter, K4, tydliga tendenser till förbättrad mental hälsa då förändringsvärdet ligger ytterst nära gränsen för att anses visa på en reliabel förbättring (RCI= -1,92). OQ-45 mäter mental hälsa i relation till interpersonella roller, sociala roller och ett minskat subjektivt obehag. Den internetbaserade behandlingen spände över åtta veckor och möjligen var tiden för kort för att en ökad mental hälsa skulle kunna mätas. Öst (2006) menar att relativt korta behandlingar på åtta veckor kan räcka för att en patient ska minska i grad av depressiva symtom. Dock är det möjligt att livet i övrigt inte förändrats avsevärt på dessa åtta veckor för de patienterna som upplevde en sänkning i grad av depression. Eventuellt är en ökning i mental hälsa något som låter sig dröja mer än åtta veckor. Författarna uppmanar framtida forskare att titta på utfall av upplevd mental hälsa en längre tid efter en internetbaserad behandling för att undersöka eventuell påverkan. För att knyta an till uppsatsens inledning menar SBU (2004) att målsättningen med depressionsbehandling ska vara ett tillfrisknande, vilket inte bara innebär en frihet från symtomen, utan även en återvunnen social funktion och arbetsförmåga. För de patienter i föreliggande studie där de depressiva symtomen minskat skulle det med tanke på detta vara intressant att följa upp den mentala hälsan, bland annat i förhållande till sociala roller och interpersonella roller.

Frånvaron av minskad ångest i samband med minskad depression, hos tre av fyra patienter, skulle kunna bero på att behandlingen fokuserar på att behandla just depression. Det är möjligt att ett tillägg av moduler, riktade mer specifikt mot ångest, skulle behövas för att en förändring i grad av ångest skulle kunna åstadkommas. Med tanke på att depression och ångest i hög grad korrelerar hade detta kunnat vara av intresse. Det hade även varit intressant att, förutom

att mäta den mentala hälsan och ångestnivån med hjälp av skattningsformulär, även göra djupintervjuer med patienterna för att få en djupare och mer nyanserad bild kring patienternas syn på dessa aspekter i förhållande till behandlingen.

För att genom ovanstående resonemang knyta an till hypoteserna som rör frågeställning 3, nämligen att patienterna förväntades skatta en minskad grad av ångest i samband med minskad grav av depression samt att patienterna förväntades uppleva en bättre mental hälsa efter genomförd behandling, anses hypoteserna inte ha fått tillräckligt stöd.

Behandlingens lämplighet. Tidigare studier (se avsnittet *Tidigare forskning på internetbaserad självhjälpsbehandling*), framhåller att internetbaserad självhjälp främst gagnar personer med lindrigare grader av egentlig depression. Patient K4 uppgav efter behandlingens avslut att hon tror att upplägget, som kräver en hel del självdisciplin, bäst passar personer med lindrig till måttlig depression, eftersom en person med svår depression oftare har svårare att aktivera sig. Patient K2 hade en liknande åsikt, som handlade om att behandlingen inte hade passat en patient med svår depression i det akuta skedet då det i detta skede förmodligen hade krävts både personlig kontakt med psykolog samt medicinsk behandling. Patient K1 påpekade att behandlingen förmodligen fungerar bra om man har en egen drivkraft, något som kan vara besvärligt för en person med svår depression. Newman et al. (2011) betonar att optimal nivå kring behandlarkontakt beror på diagnosens svårighetsgrad, där mildare grad av egentlig depression kräver mindre behandlingskontakt och djupare grad kräver mer behandlingskontakt. Huruvida behandlingsformen kan tänkas vara verksamt även för patienter med svårare grader av egentlig depression vore intressant att utreda i framtida forskning, både med hjälp av efficacy- och effectivenessstudier.

Att två patienter inte uppnådde minskade depressiva symtom tyder på att behandlingen inte passar alla patienter med egentlig depression inom öppenvård psykiatri, vilket inte heller bör vara målet med behandlingen. Clark et al. (1999) påpekar att depression är en komplex sjukdom med olika svårighetsgrad, sjukdomsförlopp och sätt att manifestera sig på. Det måste alltid finnas en ödmjukhet och en förståelse för att patienter kan behöva olika behandlingar och det är av vikt att det finns en bred repertoar av behandlingsformer inom öppenvård psykiatri.

Väsentligt att påpeka är att guidad internetbaserad behandling förutsätter en vana av datoranvändning samt en god läsförmåga. Att datorvanan kan influera behandlingens gång tycks

nästintill oundvikligt. Hur pass bekanta och trygga patienterna upplevde sig vara med inloggningskoder och med att ta emot och skicka textmeddelanden och filer via internet påverkade troligen deras motivation i arbetet. Nordin et al. (2010) poängterar att utfallet av behandlingen är beroende av användarens förhållande till materialet och förmåga att lära sig olika färdigheter. En patient som får ägna mycket tid åt att förstå hur systemet fungerar kan sannolikt tappa intresse för det. I föreliggande studie fick patienterna tydlig information kring behandlingsprogrammets upplägg och vikten av datoranvändning och internetuppkoppling. Detta för att motverka att själva användandet av dator och internet skulle utgöra en begränsning när behandlingen väl satte igång. Författarna är dock medvetna om att det finns en risk att patienternas önskan om att få komma med i studien kan ha hindrat dem från att delge bristande datorkunskaper eller lässvårigheter, något som då riskerar att ha blivit ouppmärksammat. Att detta kan ske framhålls även av studien av Bergström et al. (2009), där det efter behandlingen framkom att en patient hade dyslexi. Det var endast en patient i föreliggande studien, patient K4, som i de avslutande kommentarerna nämnde att hon upplevt tekniska svårigheter i samband med behandlingen. Patienten nämnde även att hon vid ett tillfälle tappat bort inloggningskoderna, vilket enligt henne själv påverkade behandlingen genom att det tog tid att komma igång igen.

En potentiell osäkerhet med att utforma en terapi via internet skulle kunna vara att en del patienter som genomgår behandlingen inte inser vilket åtagande det faktiskt innebär att genomgå behandlingen. Behandlingen är sannolikt inte mindre tidskrävande för patienten än en terapi där patient och terapeut möts ansikte mot ansikte, men kanske kan den uppfattas som mindre tidskrävande då patienten inte behöver ta sig till möten. Både textmassan som skall läsas och hemuppgifterna som skall genomföras och rapporteras till behandlaren är tidskrävande. Om patienten inte inser att det kommer krävas både tid och engagemang finns det en risk att behandlingen genomförs mindre gediget. Möjligen kan någon av patienterna i föreliggande studie ha valt att genomgå internetbehandlingen med den falska förhoppningen att det är mindre tidskrävande än en terapi som sker ansikte mot ansikte, detta skulle i så fall kunna påverka utfallet negativt. Att patient M2s uppgav att han lagt cirka 1,5 timmar i veckan på terapin, en relativt kort tid i jämförelse med övriga patienter, kan vara en del i förklaringen till hans stabila symtombild och frånvaron av förbättring. Övriga patienter uppgav att de har lagt mellan 3 och 10 timmar i veckan på behandlingen. Detta vittnar om att behandlingen kräver tid för att kunna genomföras. Vidare, med tanke på att behandlingen kan sägas vara tidskrävande, finns det

förmodligen en del patienter som upplever tempot som högt. Två patienter i studien, patient K4 och K3, uppgav efter genomförd behandling att det var stressig och svårt att hinna med allt. K4 menade även att textmassan var för omfattande.

Behandlingsprogrammet är utformat så att behandlingen ska ta åtta veckor och programmet är uppdelat i åtta moduler, en för varje vecka. Alla patienter fick samma moduler innehållande samma textmassa och hemuppgifter. En nackdel med denna utformning är att programmet inte anpassas efter varje patient med dess särskilda behov, problematik och förutsättningar. Programmets utformning kan därför inte sägas vara särskilt flexibelt. Patient K3 kommenterade i ett efterskattningsformulär att hon uppfattat behandlingen som opersonlig. Med tanke på att behandlingen inte anpassas efter varje patient är denna synpunkt förståelig. Det är tänkbart att olika moduler tilltalar olika patienter, då en del moduler förmodligen ses som mer relevanta av vissa patienter än av andra. En modul (modul 7) handlar om sömn, vilket förmodligen ses som relevant av patienter med sömnproblematik, men inte av patienter med fungerande sömnmönster. Att arbeta med en modul som inte känns relevant kan förmodligen påverka motivationen under just den veckan och kan möjligtvis leda till ett minskat engagemang under aktuell vecka.

En del patienter med egentlig depressionsdiagnos upplever koncentrationssvårigheter, ett vanligt symtom vid diagnosen (American Psychiatric Association, 2002). Eftersom textmassan kan uppfattas omfångsrik är det möjligt att patienter med koncentrationssvårigheter skulle behöva mer tid på sig än utsatta åtta veckor. Det vore intressant för framtida studier att undersöka eventuella för- och nackdelar med att, redan innan behandlingens start, låta patienter med exempelvis koncentrationssvårigheter få mer tid till att genomföra behandlingen och därigenom minska tempot en aning. Att ingående utforska hur patienter förhåller sig till olika mycket tid och text per vecka kan alltså tänkas vara ett intressant område för framtida forskare.

Det kan dock även finnas fördelar med den tydliga och fasta struktur som behandlingsprogrammets utformning tillhandahåller. Strukturen kan bidra till att varken terapeut eller patient kan avvika från ett ämne då ångest väcks, något som kan förekomma i terapi då ämnet blir känsligt. Fenomenet, att fly ämnet då det blir känsligt, jobbigt eller ångestfyllt, kallas ”therapist drift” (Waller, 2009). Att undvika att prata om det som upplevs vara ångestfyllt kan ge en tillfällig lättnad, både för terapeuten som inte vill se patienten plågas och för patienten som inte vill plågas. Den tillfälliga lättnad som undvikandet kan ge hjälper dock sannolikt föga med

tanke på behandlingsutfall. Den förutbestämda strukturen på internetbehandlingen kan hjälpa både terapeut och patient att hålla sig till ämnet och bidra till att fokus på terapins mål upprätthålls. Författarna framhåller det dock som rimligt att vidare fundera över hur känslor som ångest och nedstämdhet, som kan väckas under en terapi, hanteras då patienten i internetbaserad behandling inte fysiskt sett har kontinuerliga träffar med en terapeut under behandlingens gång. Patient K1, som uppvisade en försämring efter behandlingen väcker frågan huruvida behandlingen skulle kunna ha en negativ effekt. Omgivningsfaktorer och livshändelser som försämrar måendet kan ske i alla lägen, och med tanke på patient K1s symtombild under behandlingsförloppet är det kanske mindre rimligt att tillskriva behandlingen den uppvisade försämringen. Det skulle dock kunna vara en nackdel att en patient som upplever negativa livshändelser inte har en fysisk kontinuerlig kontakt som kan fånga upp måendet. Eventuellt är det svårare att upptäcka radikala försämringar i god tid vid en internetbaserad behandling, jämfört med en behandling som sker ansikte mot ansikte. Detta eftersom patientkontakt via internet inte ger behandlaren möjlighet att avläsa måendet i kroppsspråk, mimik etcetera. I föreliggande studie fanns en kontinuerlig kontroll av måendet genom självskattningsformuläret MADRS-S. Författarna menar att en kontinuerlig kontroll av det övergripande måendet i samband med varje hemuppgift, vid all form av internetbehandling mot depression, skulle kunna vara en del av lösningen för att som behandlare kunna följa patientens mående.

För en del patienter kan det tänkas bli svårare att handskas med jobbiga känslor då det inte finns något fysiskt möte med en terapeut. För andra patienter kan det kanske räcka att veta att det finns en behandlare på andra sidan datorn, som läser patientens mail och svarar på dessa. Enligt Linna (2007) som undersökt arbetsallians i samband med internetbehandling vid generaliserat ångestsyndrom (GAD) känner flertalet patienter tillit till sin behandlare trots att ett fysiskt möte inte ägt rum. Författarna för föreliggande uppsats menar att det även kan finnas en fördel med att lära sig att hantera sin ångest själv, med minsta möjliga hjälp från en terapeut, då detta ändå måste göras efter terapins avslut. Möjligen blir patienten på så sätt mindre beroende av sin terapeut och får en högre tillit till den egna förmågan att hantera svåra känslor. Vidare bör sägas att i en terapi som äger rum ansikte mot ansikte så känner patienten förmodligen stundtals ångest även utanför terapin, exempelvis i samband med att hemuppgifter skall utföras, utan att terapeuten då finns att tillgå.

Trots att resultaten inte visade sig ge förbättrat mående för alla patienter, kan behandlingen ses som ett lämpligt behandlingsalternativ att välja mellan, för patienter med måttlig egentlig depression inom öppenvårdspsykiatri. Resultaten visar att fyra av sex patienter uppnådde en reliabel förbättring efter behandlingen. Det behövs dock mer forskning på området och längre uppföljningar av behandlingen. Detta bland annat med tanke på att ett tillfredsställande resultat endast uppnåddes hos två av de fyra patienterna med en reliabel förbättring. De andra två patienterna behöver förmodligen mer tid och mer behandling för att uppnå tillfredsställande resultat. Om en patient är motiverad till behandlingsformen och inklusions- samt exklusionskriterierna (så som suicidbenägenhet och läs- och skrivsvårigheter) beaktas, finns det inga tecken på att behandlingen skulle kunna vara olämplig att använda inom öppenvårdspsykiatri. Precis som vid annan behandling måste bedömning göras utifrån behandlare och patient, och om behandlingsformen inte passar en enskild patient bör denna rekommenderas en annan form av behandling.

Metoddiskussion

För att styrka valet av case series som metod kan framhållas, vilket bland annat Yin (2003) poängterar, att fallstudier ger goda möjligheter att uppmärksamma potentiella relationer mellan faktorer som i större experimentella design riskerar att förbises. Yin (2003) förespråkar fallstudier som en del i mer omfattande projekt där många olika metoder används, vilket är fallet för föreliggande studies upplägg. I jämförelsen mellan fallstudier som metod och andra forskningsdesigner bör kombinationer av olika metoder lyftas fram som ett bra sätt att bedriva forskning på (Yin, 2003). Resultat från studier som använder case series design anses inte ge slutsatser om direkta orsakssamband rörande effekten av den undersökta behandlingen. Däremot kan information om enskilda förändringar uppmärksammas, något som lätt maskeras av gruppvariansen i större experimentella studier. Med tanke på att föreliggande studie är en del av en större studie med experimentell design kan den ses som ett bidrag till att kombinera olika metoder inom det större forskningsprojektet.

Kooistra et al. (2009) framhåller case series som en bra design i just kliniska sammanhang och betraktar metoden som ett känsligt verktyg för att hitta hypoteser om behandlingseffekter för framtida studier. Designen anses väl lämpad för att beskriva nya interventioners förfarande (Kooistra et al., 2009). Case series lämpade sig således för denna

uppsats, då ambitionen var att undersöka hur en nyetablerad behandlingsform kunde fungera inom en miljö där den tidigare inte studerats. Dock kunde studiens upplägg ha gagnats av att innefatta kompletterande inslag i metodupplägget så som tillägg av intervjuer och att integrera de veckovisa skattningarna som en del av hemuppgifterna. Det finns exempel på studier med case series design som använder sig av djupintervjuer som en del i metoden (Moon, Corkum & Smith, 2010). Djupintervjuer hade kunnat generera ytterligare kunskap om hur symtombilden förändrats för de sex deltagarna. Att endast förlita sig på självskattningar kan följaktligen betraktas som en begränsning i studien. Resultaten hade ytterligare kunnat stärkas av en genomförd SCID-I intervju efter behandlingsförloppet, som jämförelse med den intervju som genomfördes innan behandlingen, så som exempelvis Vernmark et al. (2010) gjorde i en tidigare presenterad studie (se avsnittet *Tidigare forskning på internetbaserad självhjälp*). Detta var inte möjligt i föreliggande studie på grund av tidsbegränsning. Författarna vill dock framhålla detta som ett bra tillägg i framtida studier. Här kan även nämnas ett ytterligare perspektiv som kunde ha varit ett intressant tillägg i studien, nämligen att följa behandlarnas upplevelse av behandlingen och dess effekt.

En nackdel med case series är, som Yin (2003) konstaterar, att upplägget på fallstudier generellt sett inte har lika tydliga riktlinjer som till exempel experimentella studier vilket kan vara missgynnsamt för studies trovärdighet. Antalet deltagare i studier som använder case series som design varierar, detsamma gäller hur ingående varje patients livshistoria och aktuella livssituation beskrivs. Eftersom det inte finns några tydliga riktlinjer att referera till krävs det en tydlig genomgång kring upplägg och förfarande vid fallstudier (Yin, 2003). Författarna ansåg det därför viktigt att tydligt redogöra för upplägg och procedur för att skapa en klar bild för läsaren.

Klinisk signifikans som mått på resultat. Styrkan med att använda klinisk signifikans är att det uppmärksammar förändringar hos den enskilda patienten (Lambert & Oagles, 2009), vilket föreliggande studie syftade till att göra. Atkins et al. (2005) påpekar att även om betydande förändringar i resultat av en behandling kan upptäckas med experimentella studier på gruppnivå kan det råda brist på kunskap om i vilken utsträckning den enskilda patientens liv ändrats till det positiva. Detta är enligt Atkins et al. (2005) ett viktigt område för den kliniska signifikansen.

Trots att resultaten gällande den kliniska signifikansen bör tolkas med försiktighet i väntan på fler studier, kan måtten ge indikationer på behandlingens användbarhet (Kooistra et al., 2009).

Intern validitet. Intern validitet syftar till tillförlitligheten hos resultaten i en undersökning. Vilket även kan beskrivas som att de förändringar som observeras i den beroende variabeln, till exempel symtomförändring hos patienter, kan tillskrivas manipulationen i den oberoende variabeln, till exempel en behandlingsmetod (psykologilexikon, u.å.). Föreliggande studie avser inte att dra orsakssamband mellan en beroende och en oberoende variabel, trots detta faktum är begreppet intern validitet av intresse. Studien är en del av en större studie med experimentell design där syftet är att dra orsakssamband mellan behandling och symtomförändring hos patienter, och där det således finns en ambition att uppfylla kriterier för att nå en hög intern validitet. I studien försöker författarna bland annat att svara på frågeställningar och generera hypoteser som är intressanta för den större studien. Dessa frågeställningar och hypoteser handlar i viss mån om orsakssamband som dock inte syftar till att bli, och inte heller kan bli, säkerställda i denna uppsats.

Intern validitet är även intressant med tanke på att bedömningen av diagnoser, som skedde inom studiens ramar, gjordes av författarna själva, som inte tidigare haft erfarenhet av denna form av bedömningar. För att göra bedömningen av patienterna så valid som möjligt genomgick författarna samma utbildning av SCID-I materialet. SCID-I intervjuerna utfördes av olika personer och att individuella faktorer inte skulle påverka bedömningarna går således inte att utesluta. Med tanke på att SCID-I intervjun är semistrukturerad har intervjuerna dock gett samma instruktioner och ställt samma frågor till patienterna. Detta innebar att intervjuarnas ovana i att använda metoden inte borde vara av större betydelse.

Ytterligare ett hot mot validiteten som bör nämnas är testeffekt. Detta handlar om att svaren på ett visst frågeformulär kan påverkas efter att man exponerats för frågeformuläret upprepade gånger. Patienterna i studien svarade på MADRS-S en gång i veckan under åtta veckors tid, samt även vid förskattningen. Undersökningar har visat att upprepad exponering för ett visst test kan leda till ärligare svar, vilket skulle kunna betyda att svaren i början inte var lika ärliga (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Detta i sin tur skulle kunna betyda att resultaten inte är

tillförlitliga. Det är dock oklart om det har skett någon testeffekt och om det i så fall har påverkat resultaten.

Extern validitet. Extern validitet handlar om generaliserbarheten i data som samlats in, om fynden är giltiga för andra än just de försökspersoner som studerats och om fynden är giltiga för andra situationer än de som studerats (Svartdal, 2001). Kooistra et al. (2009) betonar den externa validiteten hos case series, då man inom denna typ av design kan använda en bred inkludering av patienter med olika bakgrund och komorbid problematik. Breda inkluderingskriterier av patienter kan leda till att deltagare i högre grad kan anses representativa för den populationen som undersöks (Kooistra et al., 2009). I föreliggande studie är inkluderingskriterierna breda, olika bakgrund och blandad komorbid problematik föreligger. Resultaten från studien går inte att generalisera, med tanke på att studien endast innehåller sex patienter och att case series som metod inte möjliggör generalisering. Författarna vill dock framhålla att patienturvalet är hämtat ur en klinisk verklighet och att patienternas behandlingsförlopp på så vis utgör ett realistiskt exempel på hur behandlingsmetoden kan te sig för patienter med egentlig depression i öppenvårdspsykiatri.

Med tanke på att det är ansvarig behandlare som, i samråd med patienterna, gjort anmälningarna till studien finns det en risk att de patienter som deltagit i studien setts som extra lämpade för behandlingen. Detta skulle kunna utgöra ett hot mot den externa validiteten då det kan ifrågasättas om dessa patienter verkligen kan ses som vanligt förekommande exempel på patienter med egentlig depression inom öppenvårdspsykiatri. Det kan dock, än en gång, framhållas att det förmodligen inte finns någon behandling inom psykiatrins ramar som är lämpad för alla patienter med egentlig depression. Målet med behandlingen är inte att nå ut till varje patient, utan snarare till de patienter som är motiverade till behandlingen och anses vara lämpade för den, till exempel på så vis att de har läs- och datorvana.

Etik. Eftersom studien utformades som en fallstudie, där enskilda fall belystes och följdes genom den behandlingsmässiga utvecklingen var det av högsta vikt att reflektera kring sekretess. Samtidigt som informationen kring patienterna till viss mån var mer detaljerad än i andra former av forskningsrapporter, som inte är upplagda som en fallstudie, fick den inte röja en viss patients identitet. Avvägningen kring hur detaljerad informationen om en viss patient kunde

vara var stundtals svår. För att studien skulle vara givande och kunna generera vidare hypoteser ansåg författarna att de behövde presentera en del information kring patienterna, var och en för sig. För att säkerställa att ingen identitet skulle kunna röjas användes endast den information som ansågs nödvändig och inte några personuppgifter, som exakt ålder, exakt komorbid problematik eller andra kännetecken, vid enskilda beskrivningar av patienterna.

Författarna menar att det finns en risk att deltagarna i studien upplevde ett visst integritetsintrång eftersom behandlingen förutsatte att de delgav personlig information. Detta kan dock anses vara en förutsättning för psykologisk behandling och för att inge trygghet hos deltagarna fick de ta del av beskriven information om datasäkerhet och hanteringen av personuppgifter (se bilagorna 1 och 2).

Något som även är värt att diskutera utifrån ett etiskt perspektiv är risken att deltagarna hade/har psykiska och/eller medicinska problem som inte kom fram i bedömningen. Troliga anledningar till att sådan information riskerade att förbises skulle kunna vara flera. En tänkbar anledning är att patienter som hade en stor vilja att medverka i studien inte berättade om all problematik som förelåg på grund av en rädsla för att då inte få tillgång till behandlingen. Risken för motsatsen, att överdriva de psykiska problemen, skulle dock även kunna föreligga av samma anledning. Att överdriva problemen skulle kunna vara ett försök till att minimera risken för att inte inkluderas i studien på grund av för låg grad av problematik. Något som förhoppningsvis minskade dessa risker var att screening gjordes både genom självskattningsformulären och genom SCID-I intervjun där patienterna fick utförliga frågor om möjliga problemområden.

Begränsningar med studien. Utöver de begränsningar som tidigare tagits upp i diskussionsavsnittet så kan deltagarantalet på endast sex patienter ytterligare belysas. Antalet deltagare i studier med case series design varierar, en del studier har färre än sex deltagare och en del studier har fler. Trots detta faktum kan det sägas att sex deltagare är ett relativt litet antal. Det hade varit önskvärt med ett större deltagarantal för att få mer tyngd i de hypotesgenererande resultaten. Genom ett större deltagarantal hade författarna kunnat få en bättre möjlighet att besvara frågeställningar och bedöma rådande hypoteser. Hade fler patienter deltagit i studien skulle eventuellt riktningen som resultaten går i kunnat få ett ökat stöd. Likaså hade det pedagogiska värdet kunnat bli större om fler fall studerats. Studien kan påvisa en reliabel förbättring hos majoriteten av deltagarna men vad detta beror på går inte att fastställa då metoden

inte drar några direkta slutsatser om orsak och verkan. Om studien hade innefattat fler deltagare skulle detta kunna styrka hypoteser om att förändringen hänger samman med behandlingsförloppet. Vidare användes inte någon kontrollgrupp och trots att studien inte ämnar dra någon slutsats utifrån orsakssamband, så hade en kontrollgrupp kunnat styrka resultaten, med tanke på att en jämförelse mellan grupperna då hade kunnat göras. Detta hade kunnat ge en vidare indikation på om förändringar som skett under behandlingsförloppet skulle kunna tillskrivas behandlingen.

En annan begränsning med studien är att patienternas konfidentialitet har vägt så pass högt att en del information, som hade kunnat vara givande för studien, inte har presenterats. Det finns en mängd faktorer som kan tänkas spela in vid behandlingsresultat som hade kunnat vara av intresse, samt att studien troligtvis hade blivit mer levande genom en djupare porträttering av patienterna. Detta hade även kunnat gynna skapandet av hypoteser inför framtida studier. I slutändan har dock etiska resonemang kring konfidentialitet vägt tyngst.

Ytterligare en begränsning med studien är att den kan ses som en pilotstudie av guidad internetbaserad behandling i den psykiatriska öppenvården gällande egentlig depression. På så sätt har författarna inte haft tillgång till liknande studier med ett urval som kunnat agera normpopulation och där referensvärden för standardavvikelse på alla instrument har kunnat hämtas för beräkningar av vad som är en reliabel förändring. I de fall då en annan studie har kunnat ange en normpopulation har standardavvikelse hämtats från denna, vilket gäller MADRS-S. Då normpopulation inte fanns att tillgå, vilket gäller HADS och OQ-45, har författarna istället fått använda en standardavvikelse uträknad för den totala grupp patienter med egentlig depression som ingår i GIR projektet. Då detta endast var 17 patienter totalt, måste resultat uträknade med standardavvikelse från detta sampel betraktas med försiktighet. RCI räknas ut med hjälp av standardfelet för ett visst instrument som i sin tur baseras på bland annat standardavvikelsen för en grupp på samma instrument (se avsnittet *Att mäta klinisk signifikans, Jacobson och Truax modell från 1991.*). Måttet är därför beroende av att standardavvikelsen härleds från ett tillräckligt stort sampel som kan representera den population studien riktar sig till.

Användning av resultat i framtida forskning. Tidigare svenska studier av guidad internetbaserad behandling för patienter med egentlig depression har, enligt författarnas kännedom, inte rekryterat deltagarna från en population av befintliga patienter inom den kliniska

verksamheten i Sverige, utan endast genom självselektering och liknande (se avsnittet *Tidigare forskning på internetbaserad självhjälpsbehandling*). Studierna anses således inte representera en klinisk population. I föreliggande uppsats presenteras efficacystudier som visar på goda resultat för guidad internetbaserad självhjälpsbehandling. Dessa studier kan betraktas som ett gott första steg vid forskningen på internetbaserad behandling för patienter med egentlig depression men som vidare behöver kompletteras.

Att studera hur behandlingsmetoden fungerar inom öppenvårdspsykiatri är en svår uppgift som kommer att kräva en hel del framtida forskning. Svårlösta frågor som förbises av andra vetenskapliga metoder kan belysas med hjälp av studier med olika former av fallstudiemetodik (Yin, 2003). Frågor som till exempel handlar om hur en behandlingsmetod kan hjälpa den enskilda patientens mående och vidare effekter av detta för patientens liv i en större bemärkelse. Eftersom behandlingsformen tycks lämpa sig inom öppenvårdspsykiatri sett till tidsåtgång och kostnadseffektivitet och dessutom blir allt mer aktuell för olika vårdinstanser, behövs utvärderingar som tittar på hur behandlingen faller ut hos patienterna som befinner sig inom psykiatri. Patientgruppen som lider av egentlig depression tycks dessutom öka, enligt socialstyrelsen (2010a) är det 25 % av alla kvinnor och 15 % av alla män som någon gång i livet utvecklar en depression som kräver behandling. Detta faktum, tillsammans med det faktum att försäkringskassans nyligen rapporterade depression som överst på listan gällande sjukdomar som kostar mest i sjukförsäkringssystemet (försäkringskassan, 2011), talar för att samhället i stort borde ha ett starkt intresse av att hitta lättåtkomliga behandlingsformer för patienter med diagnosen. Ännu ett argument för att hitta olika behandlingsmöjligheter inom öppenvårdspsykiatri är att spridningen av depression mellan olika grupper tycks ojämn. Isacson et al. (2005) framhåller att arbetslösa samt låginkomsttagare är representerade i högre grad, vilket tyder på ett behov av fler alternativ till behandling som inte innebär ett krav på att söka sig till mer kostsamma privata aktörer.

Behandlingens eventuella effektivitet tycks främst gälla lindrigt till måttlig depression och, som Newman et al. (2011) framhåller, är nivå av behandlarkontakt beroende av diagnosens svårighetsgrad. Detta område bör studeras vidare. Eventuellt finns det utrymme att utforma behandlingsprogram som även riktar sig till svårare former av depression där till exempel en kombination av fysiska möten och eget arbete genom internet kan samverka.

Föreliggande studie har undersökt behandlingsmetoden för patienter med egentlig depression i en miljö där den i framtiden skulle kunna verka effektivt. Resultaten tillsammans med bakgrundsfakta talar för att fortsätta implementera och studera internetbaserad behandling av detta slag. Vidare vill författarna framhålla behovet av fler studier på området där behandlingens lämplighet ställts i relation till olika personers utgångspunkter, inte endast då det gäller till exempel grad av depression utan även i förhållande till till exempel olika komorbid problematik, sociala förhållanden etcetera.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR* (J. Herlofson & M. Landqvist, Övers.). Danderyd: Pilgrim Press. (Originalarbete publicerat 2002).
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldø, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *187*(5), 456-461.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Cuijpers, P. (2009). Internet interventions: Moving from efficacy to effectiveness. *E-Journal of Applied Psychology*, *5*(2), 18-24.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Kaldø, V. (2006). Kognitiv beteendeterapi via internet - en behandlingsform för framtiden? *Psykisk Hälsa*, (1), 50-58.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 196-205.
- Atkins, D.C., Bedics, J.D., Beauchaine, T.P., & McGlinchey, J.B. (2005). Assessing Clinical Significance: Does It Matter Which Method We Use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(5), 982-989. doi:10.1037/0022-006X.73.5.982
- Banich, M. T. (2004). *Cognitive neuroscience and neuropsychology* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Barlow, J.H., Ellard, D.R., Hainsworth, J.M., Jones, F.R., & Fisher, A. (2005). A review of self management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(4), 272-285. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00499.x
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beckstead, J.D., Hatch, A.L., Lambert, M.J., Egget, D.L., Goates, M.K., & Vermeersch, D.A. (2003). Clinical significance of the outcome questionnaire (OQ-45.2). *The Behavior Analyst Today*, *4*(1), 86-97.
- Behavioral pathway system. (u.å). *Performance measurement tools*. Hämtat 13 april 2011

från Behavioral pathway system: <http://www.bpsys.org/PMTools.html>

- Bergström, J., Andersson, G., Karlsson, A., Andreevitch, S., Ruck, C., Carlbring, P., et al. (2009). An open study of the effectiveness of Internet treatment for panic disorder delivered in a psychiatric setting. *Cognitive Nordic Journal of Psychiatry*, *63*(1), 44-50. doi:10.1080/08039480802191132
- Bohman, B. (2005). *SOFIE-projektet: Internetbaserad kognitiv beteendeterapi vid social fobi administrerad individuellt eller i grupp*. Psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, institutionen för psykologi.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Rouget, B.B., Gex-Fabry, M., McQuillan, A., Dupont-Willemin, A., Aubry, J.M., & Nguyen, C. (2010). Self- and clinician- rated Montgomery Åsberg Depression Rating Scale: Evaluation in clinical practice. *Journal of Affective Disorders*, *121*(3), 268-272.
- Clark, D. A., Beck, A.T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cohn, T.J., Foster, J.H., & Peters, T.J. (2003). Sequential studies of sleep disturbance and quality of life in abstaining alcoholics. *Addiction Biology*, *8*(4), 455-462.
- Craige, M.A., & Nathan, P. (2009). A nonrandomized effectiveness comparison of broad-spectrum group CBT to individual CBT for depressed outpatients in a community mental health setting. *Behavior Therapy*, *40*(3), 302-314.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, *40*(12), 1943–1957.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(2), 169-177. doi:10.1007/s10865-007-9144-1.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, *26*(3), 279-288.
- Febbraro, G.A.R., Clum, G.A., Roodman, A.A., & Wright, J.H. (1999). The lilit of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered

- interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30(2), 209-222.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1997a). *SCID-I Structured Clinical Interview for DSM IV – Axis I Disorders Klinisk version Intervjumanual*. Danderyd: Pilgrim press.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1997b). *SCID-I klinisk version intervjuprotokoll*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92-101.
- Försäkringskassan. (2011). *Kostnader för olika sjukdomar inom sjukförsäkringen*. Hämtat 24 mars 2011 från Försäkringskassan: <http://www.forsakringskassan.se/press>
- Gorman, J.M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4(4), 160-168.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale - A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Horn, E., van Benthem, T., Hakkaart van Roijen, L., van Marwijk, H., Beekman, A., Rutten, F., et al. (2007). Cost-effectiveness of collaborative care for chronically ill patients with comorbid depressive disorder in the general hospital setting, a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 7(1), 28.
- Isacson, D., Bingefors, K., & von Knorring, L. (2005). The impact of depression is unevenly distributed in the population. *European Psychiatry*, 20(3), 205-212.
- Jacobson, N.S, & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12-19.
- Keller, S.D., Ware, J.E., Bentler, P.M., Aaronson, N.K., Alonso, J., Apolone, G., et al. (1998). use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries - Intergroup factor analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1179-1188.
- Kendel, F., Wirtz, M., Dunkel, A., Lehmkuhl, E., Hetzer, R., & Regitz-Zagrosek, V. (2010). Screening for depression: Rasch analysis of the dimensional structure of the PHQ-9 and the

- HADS-D. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 241-246.
- Kooistra, B., Dijkman, B., Einhorn, T., & Bhandari, M. (2009). How to design a good case series. *The journal of bone and joint surgery*, 91(3), 21-26.
doi:10.2106/JBJS.H.01573
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., et al. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249-258.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Department of Psychology*, 19(45), 493-501. doi: 10.1080/10503300902849483
- Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process for new practitioners*. New York: The Guilford Press.
- Lenndin, J., & Vernmark, K. (2005). *Internetbaserad e-post och självhjälpsbehandling vid depression: En randomiserad kontrollerad studie*. Psykologexamensuppsats, Linköpings Universitet, Institutionen för beteendevetenskap.
- Linna, E. (2007). *Allians och internetbehandling - om arbetsalliansens förändring och samband med behandlingsutfall vid individualiserad internetbehandling för ångestsyndrom*. Psykologexamensarbete, Linköpings Universitet, Institutionen för psykologi.
- Lisspers, J., Nygren, A., & Soederman, E. (1997). Hospital anxiety and depression scale (HAD): Some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 281-286.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the structured interview for DSM-IV axis I disorders (SCID I) and axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 75-79.
- Martell, C.R., Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- McCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D. A., et al. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*,

185(1), 55-62.

- Mccormack, A. M. (2010). Individuals with eating disorders and the use of online support groups as a form of social support. *Computers, Informatic, Nursing*, 28(1), 12-19.
- Mitchell, A.J., Meader, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings. A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 335-348.
- Montgomery, S., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Moon, E.C., Corkum, P., & Smith, I.M. (2010). Case study: A case-series evaluation of a behavioral sleep intervention for three children with autism and primary insomnia. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(1), 47-54. doi: 10.1093/jpepsy/jsq057
- Möller, H-J. (2009). Standardised rating scales in Psychiatry: Methodological basis, their possibilities and limitations and descriptions of important rating scales. *World Journal of Biological Psychiatry*, 10(1), 6-26.
- Mørch, M. N., & Rosenberg, N. K. (2006). *Kognitiv terapi: modeller och metoder*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Newman, M.G., Szkodny, L.E., Llera, S.J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31(1), 89-103.
- Nordin, S., Carlbring, P., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2010). Expanding the limits of bibliotherapy for panic disorder. Randomized trial of self-help without support but with a clear deadline: *Behaviour Therapy*, 41(3), 267-276.
- Norrländska Socialdemokraten (2011). Behandling via nätet. *Norrländska Socialdemokraten*. Hämtad 2011-02-06 från:
<http://www.nsd.se/nyheter/artikel.aspx?articleid=3510715>
- Norton, P.J., Klenck, S.C., & Barrera, T.L. (2010). Sudden gains during cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 887-892. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.012
- Perini, S., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Clinician-assisted internet-based treatment is effective for depression. randomized controlled trial. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(6), 571-578. doi:10.1080/00048670902873722

- Psykologilexikon. (u.å). *Psykologilexikon*. Hämtat 17 februari från Institutionen för psykologi:
<http://www.psychology.lu.se/upload/psykologi/fk/pdf/Psyordbok.pdf>
- Richardson, R., & Richards, D. A. (2006). Self-help. Towards the next generation:
Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34(1), 13-23.
- Ryan, J.M, Corry, J.R., Attewell, R., & Smithson, M.J. (2002). A comparison of an electronic version of the SF-36 General Health Questionnaire to the standard paper version. *Quality of Life Research*, 11(1), 19-26.
- Van Straten, A., Cuijpers, P., & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self- help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: Randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 10(1). doi:10.2196/jmir.954
- SBU. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar - en systematisk litteraturöversikt – hela volymen*. (SBU-rapport nr 166/3. ISBN 91-87890-94-1). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 27 januari från SBU:
<http://www.sbu.se/sv/>
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 126(4), 512-529. doi:10.1037//0033-2909.126.4.512
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi- experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Smit F., Willemsse G., Koopmanschap M., Onrust S., Cuijpers P., & Beekman A. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: Randomized trial. *British journal of psychiatry*, 188(4), 330-336.
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 29(1). doi:10.1186/1477-7525-1-29
- Socialstyrelsen. (2010a). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Hämtat 27 januari 2011 från socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>
- Socialstyrelsen. (2010b). *Barn med lindrig och egentlig depressionsperiod*. Hämtat 27 januari 2011 från socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/sokiriktlinjerna/barnmedlindrigegentligdepressi>

- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319-328. doi:10.1017/S0033291706008944
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J., et al. (2008). One year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological medicine*, 38(5), 635-639.
- Stansfeld, S.A, Roberts, R., & Foot, S.P. (1997). Assessing the validity of the SF-36 General Health Survey. *Quality of Life Research*, 6(3), 217-224.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). Effektstorlek. Hämtat 2011-02-23 från: <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Effektstorlek/>
- Sullivan, M., & Karlsson, J. (1998). The Swedish SF-36 health survey III. Evaluation of criterion-based validity - The medical outcomes Study Approach: *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1105-1113.
- Sullivan, M., Karlsson, J., & Ware, J.E. (1995). The Swedish SF-36 health survey I. evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1394-1358.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64(2-3), 203-216.
- Svartdal, F. (2001). *Psykologins forskningsmetoder, en introduktion* (P. Larsson, Övers.). Stockholm: Liber.
- Tate, D.F., & Zabinski, M.F. (2004). Computer and Internet applications for psychological treatment: update for clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 209-220.
- The EuroQol Group. (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Unsworth, C., Duckett, S., Duncombe, D., Alison, P., Skeat, J., & Taylor, N. (2004). Validity of the AusTOM scales: A comparison of the AusTOMs and EuroQol-5D. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 64.
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed J., Carlsson M., Karlsson J., Öberg J., et al. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of

two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 368-376.

- Vika, M., Skaret, E., Raadal, M., Öst, L.G., & Kvale, G. (2009). One- vs. five-session treatment of intra-oral injection phobia: a randomized clinical study. *European Journal of Oral Sciences*, (117)3, 279-285. doi: 10.1111/j.1600-0722.2009.00628.x
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 119-127. doi: 10.1016/j.brat.2008.10.018
- Yin, Robert K. (2003). *Fallstudier: design och genomförande* (3:e uppl.). Malmö: Liber.
- Ylitalo, N., Larsson Omeróv, P., Hauksdóttir, A., Nyberg, U., Wilderang, U., Johansson, B., Gatz, M., & Steineck, G. (2010). "A no means no"-measuring depression using a single-item question versus Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D). *Annals of Oncology*, 21(9), 1905-1909.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67, 361-370.
- Öst, L. G. (Red.). (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bilagor

1. *Skriftlig information till dem som tillfrågas*
2. *Samtycke enligt personuppgiftslagen*
3. *Modulbeskrivning*

Bilaga 1 – Skriftlig information till dem som tillfrågas

Om du lider av social fobi eller depression då finns det möjlighet att du kan komma att bli hjälpt av det självhjälpssystem som prövas i denna studie. En internetbaserad behandling, som i tidigare forskningsstudier visat sig ha effekt för personer med dessa svårigheter, prövas nu på psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Skåne.

Behandlingen är gratis och ges via en krypterad behandlingsplattform, du har veckovis kontakt med en psykolog. Du som är intresserad att delta i denna kostnadsfria behandling ska läsa igenom, skriva under och returnera blanketten ”*samtycke enligt personuppgiftslagen*”, därefter blir du kontaktad av en behandlare på din mottagning. Vill fråga något kring projektet kan du när som helst höra av dig till projektsamordnare Olof Johansson på nedanstående telefonnummer.

På senare år har det bedrivits mycket forskning kring psykologisk behandling som ges över Internet. Internetbaserade behandlingsprogram för social fobi och depression har redan tidigare genomförts med positiva resultat. Den här studien genomförs på psykiatriska öppenvårdsmottagningar inom Region Skåne och syftar till att undersöka om internetterapi för dessa diagnoser ger minskad oro och ökad livskvalitet hos dem som är patienter på en psykiatrisk mottagning. Studien innebär att gå igenom ett strukturerat, internetbaserat självhjälpssystem under åtta veckor med vägledning av en psykolog via ett krypterat och skyddat kommunikationssystem.

Förfrågan om deltagande

Du har tidigare blivit muntligen tillfrågad av din behandlare på mottagningen om du är intresserad av att delta i behandlingsstudien, detta är en formell förfrågan med information om projektet sammanfattad.

Hur går studien till?

För att delta i studien behöver du först skriva under och skicka in samtyckes- och PUL-blanketten som kom tillsammans med denna information. Använd dig av det bifogade kuvertet, portot är betalt. Eftersom du inte kan ha en pågående psykologisk behandling samtidigt som du deltar i studien bör du, om du har en pågående psykologisk behandling någonstans, ta upp ditt deltagande i studien med din behandlare. När du anmält dig kommer du att via internet få fylla i några olika självskattningsformulär. Utifrån dina svar kommer en första bedömning att göras om den aktuella behandlingen kan vara till hjälp för just dig. Om vi gör bedömningen att den här behandlingen inte skulle passa dig kontaktar vi dig och berättar varför vi tagit det beslutet. Om vi har förslag på någon annan typ av behandling eller hjälp som kanske skulle vara bättre för dig så får du information om detta.

Om svaren på skattningsformulären talar för att behandlingen kan passa dig kommer du att bli kontaktad av en behandlare för att boka tid för ett bedömningssamtal. Intervjun syftar främst till att kartlägga din aktuella psykologiska problematik, hur den har utvecklats och vilka dina förhoppningar på behandlingen är. Intervjun tar cirka två timmar och görs på din lokala mottagning.

Resultatet av intervjun avhandlas vid en remisskonferens, bestående av psykologer och specialistläkare. Sökande som inte motsvarar urvalskriterierna kommer att få personlig återkoppling med en motivering samt en rekommendation om fortsatt hjälp om det är aktuellt.

Deltagare som antas till studien kommer att lottas till en av två grupper. Grupp 1 påbörjar behandlingen direkt efter intervjun. Grupp 2 kommer först att placeras på en väntelista, för att sedan efter åtta veckor få ta del av den behandling som grupp 1 genomfört. Grupp 2 kommer fylla i självskattningsformulär återigen strax före sin behandlingsstart.

Ovanstående procedur med en grupp som väntar på behandling (Grupp 2) är viktig för att kunna tillföra ny vetenskaplig kunskap, baserad på jämförelser mellan behandlingsgrupp och väntlistegrupp. Samtliga deltagare i alla grupper kommer efter avslutad behandling att fylla i individuella självskattningsformulär som ligger till grund för mätning av behandlingsresultaten. Det är helt centralt för att det ska gå att utvärdera om olika behandlingsprogram fungerar. Formulären ska även fyllas i 6 månader och ett år efter behandlingens slut, för att se om behandlingen ger långsiktig förbättring. Du kommer även kallas till uppföljningsintervju 6 och 12 månader efter det att din behandling avslutats. En skriftlig sammanställning av resultaten skickas till de patienter som är intresserade, för att få ta del av detta kan du efter studiens avslut kontakta psykolog Olof Johansson på nedanstående kontaktuppgifter.

Behandlingsupplägg

Ett internetbaserat behandlingsprogram kommer att prövas i denna studie. Detta kommer att bestå av åtta till nio kapitel som du arbetar dig igenom tillsammans med din behandlare. Varje kapitel kan jämföras med en behandlingssession och/eller ett kapitel i en självhjälpsbok. Ett nytt kapitel kommer att delas ut varje vecka. Det första kapitlet inleds med utbildning och information om terapin. Du kommer att ha veckovis kontakt med en personlig behandlare och få utföra individuella hemuppgifter. Det är mycket viktigt att kontakt hålls inom den uppsatta tidsramen eftersom den, efter telefonintervjun och självskattningsformulären, utgör grunden till fortsatt behandling. Dessutom ger din behandlare återkoppling på dina framsteg på det här sättet, som går ut på att hitta kärnan i dina problem och förstå hur de upprätthålls. Arbetet du lägger ned under behandlingen kommer sedan att på olika sätt knytas till denna återkoppling samt till de mål ni formulerat tillsammans med er behandlare. Behandlarna är psykologer på mottagningen.

Övergripande arbetsstruktur för varje kapitel:

- Läs textmaterialet varje vecka.
- Använda dessa kunskaper i den egna vardagen för att kunna förstå och ändra på sin situation.
- Arbeta med veckans hemuppgifter.
- Kommunikation med behandlaren via ett krypterat meddelandesystem om veckans arbete.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi riktar in sig på det vi gör, tänker och känner här och nu och syftar bland annat till att påverka de aktuella problemen genom att öka aktiviteter som ger oss positiva upplevelser. Kognitiv beteendeterapi har i olika behandlingsstudier visat god effekt på ex social fobi och depression. I denna behandling kombineras kognitiva tekniker (sådana som syftar till att

ändra på vårt sätt att tänka) med beteendetekniker (sådana som syftar till att ändra på vårt sätt att göra saker). Det innebär bland annat att du arbetar för ökad förståelse för din problematik och för minskad ångest och nedstämdhet. Du kommer även att få utföra övningar för att hantera jobbiga känslor och situationer på ett nytt sätt. Behandlingen ger också kunskap om olika faktorer som påverkar din situation, vilket ökar möjligheterna att du kan behålla den förbättring som förhoppningsvis uppnås under behandlingen efter det att den avslutats.

Frivillighet och etik

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst avbryta behandlingen. Dock förutsätter vi att du vid eventuellt avbrott i behandlingen meddelar oss. Däremot önskar vi att samtliga deltagare fyller i eftermätningarna oavsett om du fullföljt behandlingen eller inte. Resultaten kommer att ligga till grund för vidare forskning på internetbaserade behandlingar och utformandet av metoden inom psykiatrin. De data som samlas in från undersökningen behandlas under sekretess och ingen utomstående kommer att kunna ta reda på att vem som har deltagit eller urskilja någon enskild individ i rapporteringen av resultatet. Utfallet kommer att presenteras i oidentifierad form och beskrivas på gruppnivå. Har du några frågor om undersökningen, eller om några frågor dyker upp under eller efter behandlingen, går det bra att kontakta oss.

Säkerhet, försäkring och ersättning

All kontakt med behandlare och ansvariga för studien kommer att ske via ett krypterat meddelandesystem. Inloggning sker med hjälp av lösenord och engångskoder, alltså motsvarande internetbank. Varje deltagare kommer att få ett eget användarnamn som du genomgående kan använda dig av. Data från frågeformulärens kommer att registreras i oidentifierad form. All korrespondens mellan behandlaren och er kommer att journalföras i enlighet med patientdatalagens riktlinjer, vilket innebär att ingen obehörig kommer att ha möjlighet att komma åt informationen. Ersättning för deltagande eller uppkopplingsavgift för Internet utgår inte, däremot är själva programmet och behandlingen kostnadsfri för den som deltar.

Patientskadeförsäkringen gäller, ingen ersättning utgår för deltagande i projektet.

Vi känner inte till några risker som är specifika för internetbehandling och metoden har utvärderats av statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Den främsta vinsten med deltagande är att få ta del av en etablerad behandlingsmetod för psykologisk problematik som annars kan vara svår att få tillgång till. En chans till betydande förändring i ditt liv.

Om du har frågor kring något så kontakta:

Leg. psykolog Olof Johansson

direktnr. 040 – 33 81 67

e-post. olof.johansson@skane.se

Ansvariga för studiens genomförande

Lars-Gunar Lundh Professor, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Olof Johansson Doktorand, leg. psykolog, Allmänpsykiatriska kliniken i Malmö, Institutionen för psykologi, Lunds universitet - Kontaktperson

Bilaga 2- Samtycke enligt personuppgiftslagen

**Region Skåne
Psykiatri Skåne
Allmänpsykiatriska kliniken Malmö**

Du tillfrågas härmed om du är villig att delta i en studie för att undersöka om internetbaserad kognitiv beteendeterapi kan hjälpa patienter inom psykiatri som har problem med social fobi eller depression. Psykologisk behandling vid social fobi och depression har vetenskapligt stöd och den föreliggande studien prövar effekten av psykologisk behandling administrerad via Internet på en psykiatrisk mottagning. Tidigare studier har visat att internetbaserade behandlingar är effektiva vid dessa svårigheter hos självselekterade patienter.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta behandlingen och deltagandet i studien. Som deltagare ska du vara beredd att slumpas till en behandlingsgrupp eller en kontrollgrupp som får behandlingen i ett senare skede (efter åtta veckors väntan). För att få delta i studien är du införstådd med att behandlingen pågår i åtta veckor och du ska uppfylla särskilda inklusionskriterier för att kunna delta. Innan behandlingen påbörjas kommer du att få fylla i frågeformulär via Internet och genomgå en intervju på din lokala mottagning. Dessa formulär kan du behöva fylla i upp till tre gånger i samband med behandlingen, detta för att mäta effekten av behandlingen. Du kommer även att få fylla i frågeformulär då uppföljning görs vid 6 och 12 månader efter det att din behandling avslutas. I samband med dessa uppföljningar kommer du även att kallas till en intervju på din lokala mottagning.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad form, och presenteras så att enskilda personers svar inte kan spåras. Du kan få en sammanställning av studiens resultat om du så önskar.

Du har enligt 26 § personuppgiftslagen (1998: 204) rätt att gratis, en gång per kalenderår, efter skriftlig undertecknad ansökan ställd till oss, få besked om vilka personuppgifter om dig som vi behandlar och hur vi behandlar dessa. Du har också rätt enligt 28 § personuppgiftslagen begära rättelse i fråga om personuppgifter som vi behandlar om dig.

Ansvarig för dina personuppgifter blir Region Skåne.

Jag samtycker till deltagande i studien och att personuppgifter om mig behandlas i enlighet med ovanstående. Jag har fått information om studien och jag har givits möjlighet att ställa frågor om studien samt fått dem besvarade.

Namn: _____

Ort: _____

Datum: _____

Personnummer: _____

Underskrift: _____

Blanketten skickas till:

Olof Johansson
Fosievägens öppenvårdsmottagning
Fosievägen 15
205 02 Malmö

Allmänpsykiatriska kliniken
Malmö
tel. 040 – 33 10 00

Bilaga 3 – modulbeskrivning

Modul 1 (8 sidor text). Inledningsvis följer en introduktion om nedstämdhet och depression. Texten behandlar olika symtom vid depression, bakomliggande orsaker samt kopplingar mellan depression, minnen och tankar. Vidare beskrivs olika vägar gällande behandlingar och vad som ligger bakom föreliggande behandlingsmodell.

Hemuppgift 1: Hemuppgifternas funktion inom KBT klargörs. Patienten ombeds beskriva sin sinnesstämning och hur hon/han tänker kring den internetbaserade behandlingen. Patienten får också beskriva egenskaper som hon/han besitter som kan tänkas underlätta arbetet.

Modul 2 (12 sidor text). Här ges en övergripande beskrivning av KBT och patienten presenteras för inlärningspsykologiska principer och hur tankar, känslor och beteenden påverkar varandra. Texten går igenom hur olika situationer, beteenden och konsekvenser kan hänga ihop samt hur positiv och negativ förstärkning kan påverka våra sätt att agera. Här ges även en introduktion till hur dessa modeller kan användas för att skapa en förändring av gamla mönster.

Hemuppgift 2: Patienten ombeds ge exempel på egna beteenden som är positivt respektive negativt förstärkta. Patienten ombeds även ge en kort beskrivning om sig själv utifrån formuleringen ”det här är viktigt för mig i mitt liv”.

Modul 3 (8 sidor text). Modulen behandlar depressionsbegreppet och olika vägar som kan leda in i en depression samt hinder för att ta sig ur depressiva mönster. Teori om och exempel på hur människor samspelar med sin omgivning och hur olika scenarier kan leda till negativa tankar och känslor presenteras. Texten går igenom hur det går att belöna och bestraffa sig själv samt hur man kan hamna i onda respektive goda cirklar.

Hemuppgift 3: Uppgiften består av att ge exempel från det egna samspelet med omgivningen som troligtvis kan bidra till upplevd nedstämdhet samt på förändringar för att få tillgång till mer positiva tankar och känslor.

Modul 4 (15 sidor text samt övningsformulär). Här behandlas olika sätt att påverka stämningsläge och depression kopplat till oönskade och önskade aktiviteter. I modulen ingår fyra övningar kopplade till arbete med och utformandet av en aktivitetsplan som patienten succesivt ombeds jobba med.

Hemuppgift: Den aktivitetsplan som gjorts under modularbetet utgör grunden för hemuppgiften och deltagaren får välja ut vilka aktiviteter som är viktigast för honom/henne. Deltagaren ska även beskriva relationen mellan önskvärda och mindre önskvärda beteenden och hur dessa kan hänga ihop med depressionen.

Modul 5 (13 sidor text samt övningsformulär). Texten går igenom olika hinder kopplade till aktiviteter, till exempel att skjuta upp saker, och åtgärder för att minimera mindre önskade aktiviteter. Texten behandlar även hur patienten kan belöna sig för uppnådda mål samt innehåller en utvärdering av aktivitetsplanen och tre olika övningar till olika stycken i texten.

Hemuppgift: Patienten ska beskriva vilka aktiviteter som inte blev av, anledningar till detta och önskvärda förändringar inför kommande vecka för att öka möjligheterna att kunna följa planen.

Modul 6 (17 sidor text samt övningsformulär). Fokus ligger på tankarnas betydelse och patienten får bekanta sig med vanliga begrepp inom KBT:n, som till exempel automatiska tankar. Texten går igenom olika sätt att tänka nyanserat och behandlar även problemlösning och användandet av olika strategier vid problem. Modulen involverar fem övningar som bland annat innebär att patienten ska ge exempel på yttre situationer som kan få stämningläget att sjunka samt ombeds att fundera ut alternativa tankar kring situationen och reflektera kring vilka alternativa känslor detta kan leda till.

Hemuppgift: Deltagaren ombeds att fritt berätta hur arbetet med negativa automatiska tankar fungerat samt att bifoga de modulövningar som gjorts. Aktivitetsplanen följs upp med nödvändiga förändringar inför kommande vecka.

Modul 7 (14 sidor text samt övningsformulär). Fokus ligger på olika faktorer som kan påverka sömnen, konsekvenser av sömnstörningar och hur patienten kan påverka vissa faktorer kopplade till sömnen. Vidare behandlas sömnstrategier för att hitta ett bättre sömnmönster. I tre övningar kopplat till sömnstrategier får patienten bland annat beskriva vilka faktorer som påverkar hennes/hans sömn, välja ut strategier som hon/han kan tänka sig prova samt använda av en sömndagbok för att kartlägga hur sömnvanorna ser ut.

Hemuppgift: Patienten ombeds beskriva hur hennes/hans sömn fungerar, bifoga modulövningar samt kort sammanfatta vad hon/han tycker ha varit värdefullt i behandlingsavsnittet. Aktivitetsplan och reflektioner kring tankar och känslor kopplade till en situation under veckan följs upp.

Modul 8 (13 sidor samt övningsformulär). Inledningen i den sista modulen består av repetition av föregående moduler med en övning knuten till varje modul. I slutet av modulen ges en sammanfattning av strategier från alla moduler. Modulen går även igenom begrepp som lycka och tillfredsställelse. Resten av texten handlar övergripande om framtiden så som förebyggande strategier, att göra val och målformuleringar.