

Stöd och behandling iKBT för behandlare, manual

Detta är en manual som är skapad för behandlare inom Region Jönköpings län som har genomgått en iKBT-utbildning. Manualen är en guide som är skapad för att vägleda genom olika delar av en iKBT-behandling: bedömningens komplexitet, behandlingens moment och administrativa rutiner. Slutligen finns även en specifik del för iKBT inom psykiatrin samt iKBT för barn och unga. Syftet med manualen är att ha ett stöd att återkomma till under arbetet och inte någonting som rekommenderas att lusläsas.

Aktuella behandlingsprogram i Region Jönköpings län

Inom sydöstra sjukvårdsregionen (Jönköping, Kalmar och Östergötland) har vi gemensamt upphandlat iKBT-program från Psykologpartners. Detta innebär att vi har tillgång till följande behandlingsprogram: Ångesthjälpen, Depressionshjälpen, Sovhjälpen, Stresshjälpen, Orosghjälpen, ADHD-hjälpen och Ångesthjälpen Ung. Förutom de ovan nämnda upphandlade behandlingsprogrammen finns även möjlighet att få tillgång till Livsbalansen – stress och återhämtning efter en kortare webbutbildning. Detta program är utvecklat i samverkan inom sydöstra sjukvårdsregionen och har Region Östergötland som ansvarig utgivare.

Statistik över iKBT.

Sydöstra sjukvårdsregionen har en gemensam statistiksida för antal startade iKBT-behandlingar: [Microsoft Power BI](#). Det går att filtrera statistik på olika program, olika regioner eller se enskilda verksamheters startade behandlingar. När ni kommer till sidan väljer ni ”Stöd och behandling” ute i höger kolumn. De enheter som bytt namn slås inte ihop i statistiken, utan antal behandlingar visas under både den gamla och nya enheten.

Nationell statistik över iKBT finns på Ineras hemsida, [Statistik för Stöd och behandling - Inera](#)

Information om behandlingsprogrammen

Psykologpartners har utarbetat en webbplats, [Psykologpartners Behandlarstöd – För behandlare i Stöd och Behandling \(kbtonline.se\)](#) med information om innehåll i behandlingsprogrammen samt annan matnyttig information om internetbehandling. I något enstaka fall kan det hända att informationen i Psykologpartners material och informationen i den här guiden skiljer sig åt, då kan det vara bra att känna till att det är manualens information som gäller för internetbehandling i Region Jönköpings län.

Forskning om iKBT

Forskning om iKBT är populärt och det finns många studier inom ämnet. Överlag ökar evidensen för att behandlarunderstödd iKBT är effektiv och jämförbar med face-to-face-terapi (Carlbring et al., 2018; Andersson et al., 2019). En paraplygranskning av de senaste metaanalyserna inom området visar att iKBT har medelstora till stora effekter på panikångestsyndrom, social fobi, GAD, PTSD och egentlig depression, samt att transdiagnostiska program är verkningsfulla (Andersson et al., 2019). Liknande resultat återfinns även när studie sker inom svensk primärvårdskontext snarare än i en forskningsmiljö, där iKBT har visat sig likvärdig sedvanlig vård (exempelvis farmakologisk behandling, psykoterapi, väntelista) för mild till måttlig depression (Kivi et al., 2014). iKBT är jämförbar med face-to-face-behandling även vid insomni (Zachariae et al., 2016; van der Zweerde et al., 2020) och effektiv vid stressproblematik, om än marginellt lägre än face-to-face-behandling (Heber et al., 2017). Dock är det svårt att jämföra utfall vid stressproblematik då det inte finns någon vedertagen operationalisering kring stress. Stressproblematik kan i olika studier definieras som allt från utmattningssyndrom till akuta stressreaktioner och därmed blir det svårt att jämföra olika behandlingsutfall. Gällande iKBT för tvångssyndrom och specifik fobi saknas det tillräckliga studier för att uttala sig om effekten på dessa (Andersson et al., 2019). En metaanalys på ACT-baserad internetbehandling (iACT) visar viss effekt på depression, ångestsyndrom, psykologisk flexibilitet och livskvalitet i jämförelse med kontrollgrupper. De signifikanta effekterna verkar hålla i sig på lång sikt och är då likvärdiga med långtidseffekter vid face-to-face-ACT. Studien indikerar alltså lovande resultat för ACT-baserad internetbehandling, även om vidare forskning behövs inom området (Thompson et al., 2021). För en tydligare bild över forskningsläget för specifika iKBT-program från Psykologpartners finns hemsidan ikbt.psykologpartners.se/forskning.

Att internetbehandling blir ett allt vanligare inslag i forskning och reguljär vård speglas i våra myndigheters rapporter och riktlinjer. I Socialstyrelsens (2021) riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom konstateras att psykologisk behandling kan förmedlas på olika sätt, exempelvis i grupp, individuellt, i par eller via internet. Socialstyrelsen har valt att ge behandlingsrekommendationer som inte är begränsade till förmedlingsätt utan riktlinjerna för psykologisk behandling för vuxna inkluderar även internetförmedlad sådan. I riktlinjerna lyfts även iKBT med behandlarstöd fram som ett alternativ att särskilt överväga för personer med social fobi. Däremot är iKBT inte inkluderat då Socialstyrelsen rekommenderar KBT-behandling när det gäller barn och ungdomar. (Socialstyrelsen, 2021).

SBU (2021) har i sin rapport över internetförmedlad psykologisk behandling påtalat vikten av vidare studier för att bättre kunna förstå vilka diagnoser och åldersgrupper som iKBT är särskilt lämpligt behandlingsalternativ för. iKBT ses som en potentiell kostnadsbesparande behandling för vuxna med social ångest, som möjligtvis är jämförbart med KBT i grupp sett till symptomreduktion, funktionsförmåga och livskvalitet. För vuxna med hypokondri/hälsoångest kan

iKBT på kort sikt vara likvärdig face-to-face-KBT, men möjligtvis ha något sämre utfall på långvariga symptom. SBU beskriver även att iKBT som ges som tillägg till sedvanlig behandling vid depression kan leda till ytterligare minskning av symptom på kort sikt, men att i vissa studier även inneburit sämre följsamhet i internetbehandlingen. De långsiktiga effekterna samt kostnadseffektiviteten är svårbedömt för denna patientgrupp (SBU, 2021).

Fortfarande saknas tillräckliga studier för att uttala sig kring vilka de bakomliggande mekanismerna är för behandlingsutfall. Behandlarunderstödda iKBT-program har visat på bättre effekt än icke-behandlarunderstödda program (Heber et al., 2017; Karyotaki et al., 2021). Metaanalyser på iKBT för insomni indikerar att vissa demografiska faktorer kan påverka iKBT-behandlingen. Exempelvis kan det vara högre chans för positivt behandlingsutfall vid lägre ålder. Dock finns det för få studier på äldre population för att styrka detta, samt studier som inte bekräftar resultaten (van der Zweerde et al., 2020). Studier på äldre med depression och ångest visar på en signifikant minskning av depressions- och ångestsymptom efter iKBT-behandling i jämförelse innan behandling (Dear et al., 2015) samt i jämförelse med en väntelista (Titov et al., 2015). Vilket indikerar att iKBT är verksamt även för en äldre population. Även hypoteser kring en positiv korrelation mellan utbildningsnivå och behandlingsutfall har delvis bekräftats i observationsstudier, men har inte än kunnat styrkas i metaanalyser (van der Zweerde et al., 2020).

Studier på iKBT har traditionellt sett gjorts i en kontext där dator har använts. Numera kan vi ana att våra patienter till större grad använder mobil och surfplatta i klinisk verksamhet. Hur denna förändring har en inverkan på behandlingsutfall är något vi därför saknar kunskap om.

Varför iKBT?

Utöver att iKBT har visat sig likvärdig med sedvanlig vård för flera besvär finns det andra fördelar med behandlingsmetoden.

Fördelar med iKBT för patienter

- **Tillgång till snabb behandling.** Många verksamheter har möjlighet att starta igång iKBT-behandling snabbt efter att en initial bedömning kring lämplighet gjorts, vilket gör att patienterna slipper lång väntelista.
- **Kvalitetssäkrad vård.** Patienten får ta del av en behandlingsmetod som utvärderats på ett strukturerat sätt, med en tydlig insyn i behandlingen och dess innehåll.
- **Ökad flexibilitet.** Patienten kan arbeta med programmet när och var som helst så länge det finns tillräckliga tekniska förutsättningar.
- **Möjlighet att spara ner och repetera behandlingsinnehåll.** Till skillnad från fysisk behandling finns det möjlighet att återkomma till allt material under behandlingens gång, samt spara ner det efter behandlingsavslut.

Fördelar med IKBT för behandlare

- **Möjlighet att hjälpa fler patienter.** Då de mesta av materialet i en iKBT-behandling presenterar sig själv tar iKBT-patienter i regel mindre tid i anspråk för behandlare, vilket öppnar upp en möjlighet att hjälpa fler.
- **Tydligt fokus och struktur i behandlingen.** Programmets strukturerade uppbyggnad hjälper terapeuten att se till att behandlingen utförs enligt plan och minskar risken för att sväva ut och göra avsteg från planen.
- **Tydlig insyn i patientens arbete, följsamhet, framsteg och mående.** Behandlaren får konstanta uppdateringar, kan enkelt följa patientens skattningar, arbete med hemuppgifter och inloggningar, vilket gör det lätt att få en tydlig översyn över patientens framsteg och/eller bakslag.

Fördelar med IKBT för verksamheter

- **Möjlighet till ökad tillgänglighet.** Programmen är oberoende mottagningens placering och öppettider och kan vara extra gynnsamt för patienter som vanligtvis har svårt att ta sig till vården.
- **Kvalitetssäkrad vård.**
- **Möjlighet att fånga upp fler patienter.**
- **Lättare att utvärdera behandling.** Framför allt om verksamheten är kopplad till ett kvalitetsregister, som SibeR.
- **Mindre behandlartid per behandling.**
- **Mer jämlik vård.** Patienten får samma behandlingsprogram oavsett var i regionen de bor, hur deras arbetstider ser ut, eller vilket ekonomi de har (då iKBT är kostnadsfritt inom Region Jönköpings län).

Bedömning

Bedömningens komplexitet

Ett bedömningsamtal inför en iKBT-behandling avser att avgöra dels vilket internetbehandlingsprogram som bäst matchar patientens problematik, men också att bedöma patientens förutsättningar att tillgodogöra sig internetbaserad behandling. Vid bedömning inom hälso- och sjukvård är diagnostisering en viktig aspekt, men det finns även många andra delar som kan vara lika viktiga att bilda sig en uppfattning om: patientens funktionsnivå, somatiska komponenter, motivation, tekniska förutsättningar etc. En bedömning handlar också om att utesluta tillstånd eller faktorer som kan komma att hindra en framgångsrik behandling. Varje internetbehandlare gör, liksom vid traditionell psykologisk behandling, en självständig bedömning om en patient passar för behandling eller inte. Den som är medicinskt ansvarig på vårdenheten har tillsammans med dig som kliniker ansvar för bedömningarna. Det finns ännu ingen samstämmig forskning som visar vilka faktorer som säkert förutsäger att patienten passar eller inte passar för internetbehandling. Det är den egna kliniska bedömningen som slutligen avgör om patienten bör erbjudas behandling eller inte.

Att utgå från vid bedömning

Diagnostik

Då många av behandlingsprogrammen är diagnosspecifika är en noga diagnostik viktig för att patienten ska få rätt internetbehandling. Viktiga komponenter i denna bedömning är en rimlig anamnesupptagning, självskattningsformulär och eventuellt en strukturerad intervju vid behov (exempelvis M.I.N.I). Även funktionell diagnostik, beteendeanalys, kan vara användbar vid bedömning. Dessutom kan det hjälpa till att öka patientens förståelse för sin problematik inför kommande arbete med situationsanalyser.

Patientens lämplighet för behandling

Alla patienter har inte samma förutsättningar att tillgodogöra sig internetbehandling. Därför är kartläggning av hinder och försvårande faktorer är en viktig del i bedömningen. Språklig förmåga, tillgång till teknisk utrustning, tidsutrymme, datorvana, koncentrationsförmåga, förmåga att arbeta självständigt, parallell medicinsk eller psykologisk behandling, missbruk och självskadebeteende kan vara viktiga aspekter att se över. I vissa fall kan dessa innebära att internetbehandling inte är lämpligt, i andra fall kan det vara fortfarande vara en god behandling, men krävas vissa anpassningar. Att använda en [checklista](#) kan underlätta bedömning av lämpligheten.

Patientens motivation

Vid utvärderingar av internetbehandling har patientens initiala motivation för behandlingsformen visat sig viktig för utfallet, då det inneburit större symptomreduktion i jämförelse med mindre motiverade patienter (Schröder et al., 2018). Undersök patientens inställning och tilltro till internetbehandlingen. Svara på eventuella frågor som kan finnas. Attityder är föränderliga, använd gärna samtalsmetodik utifrån MI för att utforska och öka patientens motivation och tilltro till behandlingen, men dock utan att gå in i övertalning.

Övriga aspekter att överväga

Medicinering.

För patienter som medicinerar behövs en särskild avvägning göras inför iKBT-behandling. Överlag kan man tänka ungefär likadant som vid face-to-face-behandling. Vissa mediciner kan motverka arousal vid ångestexponering och därmed göra exponering överksam, alternativt fungera som undvikande och förstärka problematiken. Alltså bör ångestdämpande och blodtryckssänkande mediciner vara ett observandum inför exponeringsbaserade terapier. Sömn-/insomningsmedicinering är också ett observandum vid behandling av sömnstörning, se mer under rubrik Sovhjälpen.

SSRI/SNRI-preparat utgör inget behandlingshinder förutsatt att patienten uppnått dosstabilitet. Icke-beroendeframkallande preparat, t.ex. Atarax, behöver inte heller utgöra behandlingshinder då en del av behandlingen istället kan komma att handla

om att sluta med medicinen som säkerhetsbeteende, eller åtminstone ta den planerat och inte vid behov.

Patienter som använder beroendeframkallande mediciner som bensodiazepiner eller dylikt, kan ha svårare att ta till sig behandling. För vissa patienter kan det fungera att ta del av behandlingen ändå om doserna är relativt låga och medicinen tas vid regelbundna tider och inte vid behov. Bedömning bör som alltid göras på det enskilda fallet.

Missbruksproblematik.

Ångest och depression är vanligt vid ett pågående missbruk. Om så är fallet bör patienten erbjudas hjälp med det primära problemet, vilket oftast är missbruket.

Suicidrisk.

Det är alltid viktigt att göra en noga suicidriskbedömning. Att patienten har suicidtankar behöver inte nödvändigtvis vara ett exklusionskriterie för iKBT, men om bedömning görs att suicidrisk är förhöjd är internetbehandling ej att rekommendera. En iKBT-patient med suicidtankar av måttlig karaktär bör förlöpande övervakas: var uppmärksam på avvikelser och flaggor. Se till att patienten vet att hen inte kan få akut hjälp via plattformen, utan behöver ta kontakt på annat håll. Vid suicidal kommunikation från patientens sida används vårdenhetens sedvanliga rutiner kring suicidprevention. På intranätet finns den lokala suicidpreventionsplanen, [Suicidprevention - Suicidriskbedömning vid telefonrådgivning, Primärvården i jkpg län-Folkhälsa och sjukvård \(rjl.se\)](#) och

[Suicidrisk – patient på mottagning-Regionens intranät \(rjl.se\)](#) besluta

Bedömning av specifika behandlingsprogram

I nästkommande avsnitt ges en översikt över alla iKBT-program. Där finns också beskrivet specifika faktorer att överväga vid bedömning av det aktuella programmet.

Psykologpartners plusprogram

2021 kom Psykologpartners ut med plusversioner av alla deras program, som en del i att kunna kvalitetssäkra behandlingarna. Behandlingsmässigt är innehållet densamma i plusversionerna som de vanliga programmen, skillnaden är att plusprogrammen innehåller skattningsformulär för att kunna följa patientens symptom. Varje vuxenprogram har ett specifikt formulär som patienten fyller i varje vecka, tillsammans med MADRS-S fråga 9 (om livslust). Utöver det görs en längre skattning med det aktuella formuläret + WHODAS 2.0 vid behandlingsstart och behandlingsavslut. Det finns även valbara formulär för extramätningar, som behandlare kan lägga till vid behov. Vilka formulär som är aktuella för varje program återfinns under de specifika programmens information i manualen. Respektive programs skattningar utgår ifrån SibeRs rekommendationer.

För Ångesthjälpen Ung finns inget skattningsformulär eller livslustfråga kopplat till veckovis mätning. Istället aktiveras RCADS-47 vid behandlingsuppstart och

behandlingsavslut. KIDSCREEN-10 och RCADS-25, går att lägga till som extramätningar.

Att välja plusprogram eller inte

För närvarande har Region Jönköping inga bestämda riktlinjer kring vilket av behandlingsalternativen som ska väljas utan har istället valt att öppna upp båda för möjlighet för enskilda verksamheter och/eller behandlare att själva välja det som passar bäst. Generellt rekommenderas plusprogrammen enbart om det finns en avsikt att strukturerat utvärdera behandlingen, antingen genom deltagande i kvalitetsregister, verksamheters enskilda evalueringar eller utvärdering av behandlingsutfall för enskilda patienter. Det bör noteras att plusprogrammen innebär extra arbete för patienten jämfört med de vanliga programmen och därför inget som bör användas utan ett tydligt syfte. Risken finns istället att patienten tappar motivation att arbeta med den faktiska behandlingen. Finns ingen uttalad mening, eller plan för uppföljning av skattningsformulären rekommenderas de vanliga programmen.

Översikt över aktuella iKBT-program

Ångesthjälpen

Ångesthjälpen är ett behandlingsprogram för olika sorters ångestproblematik som bygger på ACT.

Bedömning

Programmet är transdiagnostiskt och utformat för personer med olika sorters ångestproblematik, exempelvis:

- Mild till måttlig social ångest
- Milt till måttligt paniksyndrom
- Mild till måttlig agorafobi
- Mild till måttlig ångest UNS

Även vid milt tvång (OCD) och mild PTSD kan det vara aktuellt med Ångesthjälpen. Dock kan behandlingsupplägget behövas anpassas, exempelvis genom komplettering med terapeutledd exponering. Vid annat än lindriga former av PTSD eller tvång är patienten troligen bättre hjälpt av ett diagnosspecifikt behandlingsupplägg.

Talar för Ångesthjälpen. Den viktigaste indikationen för inklusion är att patienten beskriver ångestreaktioner som leder till aktuella undvikanden i patientens liv. Hypotesen bör alltså vara att det upplevelsemässiga undvikandet vidmakthåller ångestbesvären, vilket är viktigare för matchning mot programmet än vilken specifik diagnos som föreligger. En hjälpande fråga att ställa sig själv kan vara ”Finns det undvikanden som du tror att patienten kommer klara av att möta på egen hand med hjälp av den information och de verktyg som ingår i Ångesthjälpen?”.

Talar för annan behandling. Om det primärt är malande oro och en konstant tankeström utan tydliga undvikanden eller avgränsade ångestreaktioner, kan det vara mer lämpligt med *Oroshjälpen*, se rubrik nedan.

Om patienten har en hög stressnivå och det finns en hypotes om att sänkt stressnivå kan förebygga ångestreaktioner, kan det vara mer lämpligt med *Stresshjälpen*, se rubrik nedan.

Fel program? Vid misstanke om att ett annat program än Ångesthjälpen egentligen skulle passat patienten bättre efter startad behandling: försök att endast byta behandlingsprogram om du inte tror att patienten kommer att bli hjälpt av det program du valt. Om du tror att patienten kan ha nytta av delar programmets innehåll, gör klart behandlingen och komplettera i efterhand vid behov.

Översikt över moduler

1. **Ett första steg.** Fokus för modulen är att få förståelse för vad ångest är, vad som drar igång den, hur försök att lugna ångesten kan få motsatt effekt, samt att våga titta på sin egen ångest.
2. **Situationsanalyser.** Fokus är att börja bekanta sig med situationsanalyser, se att de kortsiktiga och långsiktiga konsekvenserna ofta står i konflikt till varandra och att börja reflektera över detta.
3. **Mål och hinder.** Fokus är att introducera begreppet värderingar och få syn på sina egna värderingar som ett annat sätt att hitta motivation till långsiktiga strategier snarare än undvikande och kontroll.
4. **Möt dina monster på ett nytt sätt.** Fokus är att introducera acceptans som ett alternativ till att exempelvis kontrollera och undvika. Att röra sig i sin riktning trots obehag är acceptans i handling.
5. **Tankar och känslor.** Fokus är att illustrera att tankar är tankar och känslor är känslor och att de inte behöver styra ens agerande, oavsett vad de innehåller.
6. **Medveten närvaro i vardagen.** Fokus är att introducera begreppet medveten närvaro och börja träna på det som ett sätt att bli bättre på att känna det man känner, samt ha större möjlighet att komma i kontakt med förstärkare i tillvaron.
7. **Värderad riktning.** Fokus är att koppla ihop arbetet med situationsanalyser, värderingar, medveten närvaro och acceptans genom konkreta handlingar i värderad riktning samt att våga möta obehag med närvaro och acceptans.
8. **Att göra det som fungerar.** Fokus är att utvärdera vad som fungerat bra, sammanfatta programmet och att detta mynnar ut i en individuell plan att vidmakthålla det som fungerar och en plan för bakslag.

Att tänka på vid Ångesthjälpen

Ångesthjälpen innehåller en del utmanande moment. Situationsanalyser kan vara kluriga och någonting som patienten kan behöva öva på. I början är det viktigare att öva på att observera sig själv och att ha en förståelse för att det som fungerar på kort sikt vidmakthåller ångesten på lång sikt. Har patienten inte greppat

situationsanalyser i slutet av modul 3 kan det dock vara bra att boka in ett extra videobesök för att förtydliga.

Även värderingar och riktad handling är någonting som kan vara jobbigt för patienten, särskilt om man inser att man är långt ifrån där man vill vara. Att ta steg i sin värderade riktning kan också trigga ångest och leda till undvikandebeteenden. Viktigt att som behandlare uppmärksamma, validera och normalisera för att hjälpa och stötta patienten. Detsamma kan bli aktuellt vid medveten närvaro, då många upplever det svårt att träna på. Validera och normalisera, men understryk gärna också att patienten har mycket att vinna på att fortsätta öva. Kanske utifrån deras egen historia eller strävan.

Ångesthjälpen Plus

Mätning vid uppstart: WHODAS 2.0, GAD-7, MADRS-S fråga 9 om livslust.

Veckovis mätning: GAD-7, MADRS-S fråga 9, veckovis skattning om arbetet i programmet

Mätning vid avslut: WHODAS 2.0, GAD-7, MADRS-S fråga 9 om livslust, veckovis skattning om arbetet i programmet

Övriga valbara formulär: MADRS-S, PSS-10, OCI-R, SHAI-14, SPIN, KEDS, PCL-5, PDSS-SR, PHQ-9, ISI, AUDIT

Oroshjälpen

Oroshjälpen är ett acceptansbaserat program för behandling av överdriven oro. Programmet innehåller sju moduler.

Bedömning

Programmet lämpar sig för personer med:

- Mild till måttlig generaliserad ångest (GAD) eller oroande.
- Mild hälsoångest

Talar för Oroshjälpen. Den viktigaste indikationen för inklusion är att patienten beskriver ett mönster av oroande som leder till lidande. Hypotesen bör alltså vara att det är ett primärt och kontinuerligt orosbeteende som orsakar besvär för patienten och inte ett undvikande av specifika triggers.

Besluta mellan Oroshjälpen och Ångesthjälpen. Om det primärt är malande oro och en konstant tankeström utan tydliga undvikanden eller avgränsade ångestreaktioner, är oroshjälpen ett lämpligt behandlingsalternativ. Om patienten beskriver ångestreaktioner som leder till aktuella undvikanden i patientens liv kan Ångesthjälpen vara ett bättre alternativ. I avvägningar mellan Ångesthjälpen/Oroshjälpen kan det vara bra att beakta att Oroshjälpen innehåller exempel som är relaterade till överdriven oro. Ångesthjälpen visar upp en större bredd i exempel som ges och kan därmed ha större möjlighet till igenkänning än Oroshjälpen.

Översikt

1. **Vad är oro?** Fokus för avsnittet är att introducera en modell för hur oro uppkommer och vidmakthålls, att kartlägga egna föreställningar om oro och samt vilka strategier man använt för att hantera oron.
2. **Situationsanalyser.** Fokus är att börja bekanta sig med situationsanalyser, se att de kortsiktiga och långsiktiga konsekvenserna ofta står i konflikt till varandra och att börja reflektera över detta.
3. **Värderingar och aktiviteter.** Fokus är att introducera begreppet värderingar och att få syn på sina egna, som ett sätt att hitta motivation till agerande i värderad riktning som strategi för att hantera oro istället för undvikande.
4. **Medveten närvaro.** Fokus är att introducera medveten närvaro som ett verktyg i att bli mer medveten om oron och hur man påverkas av den. Medveten närvaro introduceras även som en hjälp i att svara på triggers, samt öka deltagandet i aktiviteter i stunden och då minska fokus på då- eller framtid.
5. **Möta obehaget längs vägen.** Fokus är att introducera acceptans av tankar och känslor, då man genom att låta dessa finnas utan att försöka förändra dem, kan minska risken att tankarna och känslorna styr beteenden och val i livet.
6. **Acceptans.** Fokus är fortsatt arbete med acceptans för att öka steg i värderad riktning, att arbeta med acceptans genom handling.
7. **Vad fungerar bäst för dig?** Fokus är att sammanfatta arbetet med programmet, d.v.s. hur det fungerat att jobba med situationsanalyser, att röra sig i värderad riktning, och att jobba med acceptans och medveten närvaro. Avsnittet avslutas med att en plan görs för vidmakthållande.

Att tänka på vid Oroshjälpen

Orospatienter har vanligtvis en generell intolerans för osäkerhet vilket ofta triggas igång i en behandlingsstart. Därför är det vanligt med många frågor från patienter i början. Här är det viktigt att behandlare svara på relevanta frågor men också hänvisa patienten tillbaka till behandlingsprogrammet. Om informationen finns att finna i aktuellt avsnitt eller längre fram kan detta med fördel framhållas till patienten. Att hänvisa framåt i behandlingen är något som i forskning visats ge högre följsamhet till behandling hos patienter

Situationsanalyser kan vara kluriga och någonting som patienten kan behöva öva på. I början är det viktigare att öva på att observera sig själv och att ha en förståelse för att det som fungerar på kort sikt vidmakthåller ångesten på lång sikt. Lyft gärna fram patientens korrekta analyser i meddelandefunktion tillsammans med en komplettering kring det som inte blivit helt korrekt. Har patienten inte greppat situationsanalyser i slutet av modul 3 kan det dock vara bra att boka in ett extra videobesök för att förtydliga.

Oroshjälpen Plus

Mätning vid uppstart: WHODAS 2.0, GAD-7, MADRS-S fråga 9 om livslust.

Veckovis mätning: GAD-7, MADRS-S fråga 9 om livslust, veckovis skattning om arbetet i programmet

Mätning vid avslut: WHODAS 2.0, GAD-7, MADRS fråga 9 om livslust, veckovis skattning om arbetet i programmet

Övriga valbara formulär: MADRS-S, PSS-10, OCI-R, SHAI-14, SPIN, KEDS, PCL-5, PDSS-SR, PHQ-9, ISI, AUDIT

Depressionshjälpen

Depressionshjälpen är ett behandlingsprogram som baseras på beteendeaktivering. Grundtanken är att patienten ska öka beteenden som är positivt förstärkta och minska negativa förstärkningsspiraler.

Bedömning

Programmet lämpar sig för personer med:

- Mild till måttlig egentlig depression (enstaka episod eller recidiverande)

Suicidrisk. Vid bedömning av depression är det viktigt att göra en noggrann bedömning av graden av suicidrisk. Att patienten har suicidtankar behöver nödvändigtvis inte vara ett exklusionskriterium för internetbehandling. Dock vid hög suicidrisk bör inte patienter erbjudas behandling på distans. Det är upp till varje behandlares kliniska bedömning att avgöra om patienten är lämplig för internetbehandling eller ej.

Översikt

1. **Att känna sig deprimerad.** Fokus för avsnittet är att få en förståelse för hur tankar, känslor och beteenden påverkar varandra, att börja kartlägga mönster i den egna depressionen samt vad som sätter igång och vidmakthåller den.
2. **Var du gör påverkar hur du mår.** Fokus är att illustrera sambandet mellan tankar, känslor och beteenden, att börja kunna se mönster i depressionen samt vad som sätter igång och vidmakthåller.
3. **Kartlägg dina aktiviteter.** Fokus är att introducera begreppen: ”vill”-, ”måste”- och ”kan vara utan”-aktiviteter för att öka förståelsen för hur olika aktiviteter kan påverka stämningsläget, samt att börja kartlägga dessa hos sig själv.
4. **Börja förändra din situation.** Fokus är att börja jobba med planering och belöningar som ett sätt att öka sannolikheten att de aktiviteter som planeras blir av.
5. **Ett nytt sätt att se på tankar och känslor.** Fokus är att illustrera att tankar är tankar och känslor är känslor och att vi genom medveten närvaro kan bli bättre på att inte låta dessa styra vilka aktiviteter vi utför.
6. **Arbeta med alla dina verktyg.** Fokus är att repetera programmets olika delar: att se kopplingen mellan tankar, känslor och beteenden, att hitta balans mellan olika aktiviteter, att jobba med planering, målsättning och

belöningar, att behandla tankar och känslor för vad de är och att använda medveten närvaro.

7. **Gör en hållbar plan framåt.** Fokus är att se vad som har fungerat och sammanfatta det fortsatta arbetet kring att planera/belöna och konkretisera mål, hantera tankar och känslor och att bete sig i en viss riktning. Detta mynnar ut i en vidmakthållandeplan och en plan för bakslag.

Att tänka på vid Depressionshjälpen

Aktivitetsdagboken är en viktig del av behandlingen som bör fyllas i av patienten från behandlingens start. Förstärk och uppmuntra patienten att fylla i aktivitetsdagboken och betona vikten av den. Likaså är det viktigt att validera patienten i att arbetet med dagboken kan kännas svårt och traggligt. Om patienten tycker att det känns krångligt att logga in varje dag för att fylla i aktivitetsdagboken i programmet, be hen skriva ner på papper eller i mobiltelefonen och sedan föra in allt vid ett och samma tillfälle istället. För patienter som har väldigt svårt att fylla i kan man behöva avgränsa tiden som de ska registrera, det kanske kan räcka med en helgdag och två veckodagar för att få en bild över patientens aktiviteter?

Depressionshjälpen Plus

Mätning vid uppstart: WHODAS 2.0, MADRS-S

Veckovis mätning: MADRS-S, veckovis skattning om arbetet i programmet.

Mätning vid avslut: WHODAS 2.0, MADRS-S

Övriga valbara formulär: GAD-7, PSS-10, OCI-R, SHAI-14, SPIN, KEDS, PCL-5, PDSS-SR, PHQ-9, ISI, AUDIT

Sovhjälpen

Sovhjälpen är ett behandlingsprogram för insomni som baserar sig på KBT.

Bedömning

Avsett för:

- Mild till måttlig insomni

Medicinering vid Sovhjälpen:

Sömnmedicin är inte nödvändigtvis ett exklusionskriterie för Sovhjälpen. Dock bör en planering för utsättning av dessa göras i samråd med läkare. Om patienten använder sig av melatonin är det inte nödvändigt att fasa ut. Detta då melatonin är ett naturligt hormon som vissa lider brist på.

Översikt

1. **Introduktion och sömnkunskap.** Fokus för avsnittet är att få en bild av vad sömn är, vilka faktorer som påverkar sömnen, vilka konsekvenser sömnbesvär kan få, samt att börja kartlägga sin sömn.

2. **Sömnrestriktion.** Fokus är att utifrån sömndagboken och kunskap om vad som påverkar sömnen skapa ett eget sovschema för att hjälpa sömnen mer långsiktigt.
3. **Vanor och kvällsrutiner.** Fokus är fortsatt arbete med sömnrestriktion samt att se över och förändra vanor som kan påverka sömnen.
4. **Tankar och beteenden.** Fokus är fortsatt arbete med sömnrestriktion samt kartläggning och förändring av undvikande- och säkerhetsbeteenden som kan vidmakthålla sömnproblemen.
5. **Stress och aktivitetsbalans.** Fokus är fortsatt arbete med sömnrestriktion samt kartläggning av stress, aktivering och återhämtning och en förändring av balansen mellan dessa.
6. **Medveten närvaro och acceptans.** Fokus är fortsatt arbete med sömnrestriktion samt att få en förståelse för hur oro kan påverka sömnen och hur acceptans och medveten närvaro kan vara sätt att hantera denna.
7. **Att arbeta vidare på egen hand.** Fokus är att sammanfatta arbetet med programmet och att detta mynnar ut i en plan för att vidmakthålla framsteg och hantera bakslag.

Att tänka på vid Sovhjälpen

Betona att sömndagboken är grundläggande för behandlingen.

Att arbeta med sömnrestriktion är en effektiv behandling men också väldigt krävande. Förbered patienten på att det kommer vara jobbigt, men att det har visat på goda resultat. Arbeta med motivering, validering samtidigt som du normaliserar att arbetet kan ta tid.

Sovhjälpen Plus

Mätning vid uppstart: WHODAS 2.0, ISI, MADRS-S fråga 9 om livslust.

Veckovis mätning: ISI, MADRS-S fråga 9 om livslust, veckovis skattning om arbetet i programmet.

Mätning vid avslut: WHODAS 2.0, ISI, MADRS-S fråga 9 om livslust.

Övriga valbara formulär: MADRS-S, GAD-7, PSS-10, OCI-R, SHAI-14, SPIN, KEDS, PCL-5, PDSS-SR, PHQ-9, AUDIT

Stresshjälpen

Stresshjälpen är ett behandlingsprogram på 6 moduler som baseras på närvaroträning samt integrerade KBT-strategier.

Bedömning

Anpassat för:

- Lindriga till måttliga stressbesvär.

Programmet är inte riktat till akuta stressreaktioner som orsakats av hög social belastning, kris eller trauma.

Stresshjälpen eller Livsbalansen? Stresshjälpen kan generellt inte rekommenderas för patienter med utmattningssyndrom, möjligtvis som tillägg till annan behandling efter att partiell remission uppnåtts. Vid utmattningssyndrom och anpassningsstörning rekommenderas istället Livsbalansen.

Stresshjälpen är lämpligt för de som har tydliga svårigheter att sänka tempot i vardagen. Inklusionskriterierna till Stresshjälpen baseras snarare på beteendeanalys än specifika diagnoser. Det bör finnas tydliga beteendemässiga underskott kopplade till stress hos patienten såsom ett underskott av återhämtning i vardagen, underskotts beteenden kopplade till att tillgodose basbehov samt gränssättning.

Vid komorbiditet. Det är vanligt att personer med stressrelaterad psykisk ohälsa även utvecklar ångest och depressionstillstånd. I det fall patienten lider av ett ångestsyndrom eller depression är Stresshjälpen rekommenderat om patientens beteenden kopplat till stress är en primär faktor i utvecklingen av eventuella komorbida diagnoser.

Tänk på vid bedömning: Säkerställ att patienten har förutsättningar att genomgå behandlingsprogrammet. Argument såsom ”jag hinner inte gå i vanlig behandling” behöver bemötas och hanteras för att inte programmet i sig ska utgöra en ytterligare belastning.

Översikt

1. ***Vad är stress?*** Fokus för avsnittet är att få en förståelse för vad stress är samt att börja iakttä egnastressorer, stressreaktioner och stressbeteenden
2. ***Situationsanalys och medveten närvaro.*** Fokus är att börja se samband mellan vad som stressar, stressbeteenden och hur dessa strategier fungerar på kort respektive lång sikt. Här introduceras även medveten närvaro som ett sätt att hitta nya strategier
3. ***Medveten närvaro och värderad riktning.*** Fokus är att introducera värderingar som ett långsiktigt hållbart sätt att styra sina beteenden, att få syn på egna värderingar i olika områden och var man vill jobba för en förändring
4. ***Att ta hand om sig själv.*** Fokus är att se över sömn, kost och matvanor, och förändra dessa, som ett led i ett långsiktigt förändringsarbete i värderad riktning.
5. ***Tidsplanering och gränsdragning.*** Fokus är att fundera gränssättning och att arbeta med att säga nej som ett led i ett långsiktigt förändringsarbete i värderad riktning
6. ***Vidmakthållande och avslut.*** Fokus är att sammanfatta arbetet med programmet och att detta mynnar ut i en plan för att vidmakthålla framsteg och hantera bakslag.

Att tänka på vid Stresshjälpen

Patientgruppen som går stresshjälpen tenderar att ha särskilt svårt att få tiden att räcka till. Samtidigt visar forskning att patienter som under de första veckorna inte

loggar in, inte genomför moduler, övningar eller svarar på meddelanden löper stor risk för avhopp. Var därför uppmärksam på om patienten inte loggar in enligt er överenskommelse. För att minska risken att programmet blir ytterligare negativ stress och för att signalera till patienten att du ser behandlingen som ett åtagande är det bra om du som behandlare lyfter tecken på låg motivation med patienten så tidigt som möjligt, på ett vänligt sätt.

Det är vanligt att personer med stressproblematik ställer höga krav på sig själva som de har svårt att nå upp till. Var uppmärksam på planer och mål som patienten kan få svårt att hålla, t.ex. kring träning. Viktigt att som behandlare hjälpa patienten sätta rimliga mål utifrån vad patienten tycker är meningsfullt.

Stresshjälpen Plus

Mätning vid uppstart: WHODAS 2.0, PSS-10, MADRS-S fråga 9 om livslust.

Veckovis mätning: PSS-10, MADRS-S fråga 9 om livslust, veckovis skattning om arbetet i programmet.

Mätning vid avslut: WHODAS 2.0, PSS-10, MADRS-S fråga 9 om livslust.

Övriga valbara formulär: MADRS-S, GAD-7, ISI, OCI-R, SHAI-14, SPIN, KEDS, PCL-5, PDSS-SR, PHQ-9, AUDIT

ADHD-hjälpen

ADHD-hjälpen är ett behandlingsprogram som är skapat för att minska de hinder som ADHD-symptom kan ge upphov till. Grundtanken är att patienten ska få förståelse för sin diagnos samt få hjälp med konkreta verktyg för att hitta vägar fram till ett smidigare liv. I Region Jönköpings Län används programmet av personal inom psykiatrin som genomgått extra utbildning för ADHD-hjälpen.

Bedömning

Programmet lämpar sig för:

- Vuxna yrkesverksamma personer med mild till måttlig ADHD utifrån aktuell funktionsnivå.

Programmet passar både för personer som nyligen fått sin diagnos och de som haft diagnos länge. Programmet är ej lämpligt för patienter som uppvisar tecken på ADHD eller som står i kö för utredning men ej fått diagnos.

Medicinering vid ADHD-hjälpen

Medicinering för ADHD är ingenting som behöver tala emot en iKBT-behandling, snarare kan det ses som en fördel att patienten har möjlighet att arbeta mer koncentrerat med programmet.

Parallella insatser

Många patienter med ADHD har flera pågående vårdkontakter och många insatser. Gör en noga bedömning kring vilka andra insatser patienter får för närvarande och om innebär en lagom belastningsnivå. ADHD-hjälpen ska ses som

en fullvärdig behandlingsinsats och bör inte kombineras med andra KBT-behandlingar.

Översikt

Till skillnad från övriga Psykologpartners program har ADHD-hjälpen ett flexibelt upplägg. Behandlingstiden sträcker sig över 10 veckor där patienten tillsammans med sin behandlare väljer ut vilka moduler som är aktuella och i vilken ordning de ska utföras. Utöver två obligatoriska introduktions- och avslutningsmoduler finns det fem valbara moduler att arbeta med. Varje modul innehåller psykoedukation, reflektionsuppgifter samt två verktyg som patienten arbetar med under veckan. Efter arbetet med en modul finns det möjlighet att arbeta vidare med samma tema i ytterligare en vecka. I så fall aktiveras en fortsättningsmodul som innehåller ytterligare två verktyg på ämnet. Patienten kan också välja att gå vidare till en helt ny modul. Nedan följer en sammanfattning av respektive avsnitt:

Intro till ADHD-hjälpen är den introduktionsmodul som är obligatorisk för alla. Modulen ger kort psykoedukation om ADHD och introducerar patienten till ADHD-hjälpen och programmets alla funktioner.

Jag har svårt att upprätthålla rutiner. Innehåller verktygen Att-göra-listan och Kommentatorn. Patienten får lära sig att skapa listor över göromål och prioritera vad som behövs utföras under en dag, samt att bibehålla fokus och reflektera över beslut i olika situationer genom att uttala frågeställningen högt.

Mera: Jag har svårt att upprätthålla rutiner. Fortsättningsmodulen innehåller verktygen Mono-tasking och Belöningssystem. Patienten får öva på att göra en sak i taget med hjälp av medveten närvaro samt att skapa ett belöningssystem för att motivera sig att utföra tråkiga och jobbiga uppgifter.

Jag har svårt att planera min tid. Innehåller verktygen Kalendern och Kalibrera tidsapparaten. Patienten blir hjälpt att implementera användandet av en kalender i sin vardag samt får hjälp att mäta hur lång tid specifika uppgifter tar att utföra, som patienten vanligtvis missberäknar tiden på.

Mera: Jag har svårt att planera min tid. Fortsättningsmodulen innehåller verktygen Känslan som drivkraft och Bryt ner i delmål. Patienten får träna på att framkalla en positiv känsla av att vara färdig med en jobbig uppgift, där syftet blir att skapa en morot för att utföra arbetet. Patienten blir även hjälpt att bryta ner en vardaglig uppgift i mindre delmål och utföra uppgiften stegvis.

Jag tappar ofta bort saker. Innehåller verktygen Kategorisering och organisering samt Acceptera mera. Patienten får strukturera upp hemmet för att enklare hålla koll på sina tillhörigheter samt öva på acceptans med hjälp av en ljudövning.

Mera: Jag tappar ofta bort saker. Fortsättningsmodulen innehåller verktygen Pappersinsamlaren och Ritualer. Patienten får hjälp att hantera viktiga papper som

riskeras att glömmas bort, samt att öva in beteenden så det blir automatiserade ritualer.

Jag känner mig ofta stressad. Innehåller verktygen Back to basics och Köp dig mer tid. Patienten får problemlösa kring hinder kopplade till sina grundläggande behov av mat, sömn och motion samt öva på att be andra om betänketid innan hen tar ställning till olika frågor.

Mera: Jag känner mig ofta stressad. Fortsättningsmodulen innehåller verktygen Livets tallriksmodell och Spola tillbaka bandet. Patienten får lära sig om olika typer av trötthet och reflektera över vad hen behöver för att återhämta sig på bästa sätt. Patienten får också reflektera över knepiga sociala situationer som hen hamnar i för att förstå sin impulsivitet bättre och hur patientens känslor och uppmärksamhetsförmåga påverkar samspel med andra människor.

Jag har svårt att hålla fokus. Innehåller verktygen Din lilla bubbla och Uppmärksamhetsträning. Patienten får fundera över vilka distraktionsmoment som ofta uppstår och får problemlösa kring dem. Patienten får också träna sin uppmärksamhet genom en daglig mindfulnessövning.

Mera: Jag har svårt att hålla fokus. Fortsättningsmodulen innehåller verktygen Varningslampan och Hitta ditt spann. Patienten får märka ut alla sina uppmärksamhetstjuvar med hjälp av klistermärken samt ta tid på sig själv medan hen utför en tråkig uppgift för att ta reda på hur långt uppmärksamhetsspann hen har.

EXIT. Sista modulen som aktiveras när patienten arbetat med de planerade modulerna under de tio behandlingsveckorna. Innehåller sammanfattning av behandlingen och skapandet av en vidmakthållandeplan.

Att tänka på vid ADHD-hjälpen

Försök hålla ramarna med 10 behandlingsveckor och var försiktig med att utöka behandlingstiden för att hinna med fler moduler. Även om patienten under tiden bara blir klar med 1-2 moduler, så behöver inte det vara sämre. Att hitta få verktyg som passar patienten är mycket mer fördelaktigt än att få massa tips som blir svåra att ta till sig.

I Socialstyrelsens (2014) kunskapsstöd kring ADHD lyfts vikten av att anpassa insatserna vid ADHD-behandling utefter patientens individuella behov, samt att patienten bör vara delaktig i att planera och utforma stödinsatserna. ADHD-hjälpens flexibla utformning kan till viss grad bistå med en individualiserad behandling, men samtidigt visar en studie på ADHD-hjälpen att det finns en risk att verktygen uppfattas för generella och platta (Hjort & Johansson, 2021). För att undvika detta kan du som behandlare behöva stötta upp mycket och hjälpa till att koppla verktygen till patientens egna svårigheter. Utifrån vad patienten själv beskriver och vad som framkommit under bedömningsamtalet, vilka moduler och verktyg kan vara hjälpsamma?

Det är viktigt att bära med sig att patientgruppen väldigt diversifierad och har alltså väldigt olika behov och svårigheter. Några av de utmaningar som kan dyka upp vid arbete med ADHD-hjälpen är att patienten kan få svårt att avgränsa sitt arbete och göra lagom, att komma ihåg att arbeta med programmet och öva under veckorna samt att bibehålla fokus vid arbete framför datorn. Ha som utgångspunkt att arbeta med programmet enligt ursprungsplan, men var samtidigt öppen för att anpassa efter patientens önskemål och behov, t.ex. kanske det blir bättre för patienten att välja ut ett verktyg att öva på under pågående modul istället för båda två. Läs gärna mer under iKBT för psykiatri för förslag på olika *anpassningar* som kan övervägas.

Livsbalansen

Livsbalansen är ett program utvecklat av forskare vid Linköpings universitet för behandling av svårare stress. Programmet består av åtta grundmoduler, samt utmanings- och extramoduler, som gör att programmet kan skraddarsys. Utöver vanlig iKBT-behörighet krävs en ytterligare utbildning för att behandla med Livsbalansen, som genomförs digitalt. Mer information om utbildningen, se relaterad länk [Livsbalansen - stress och återhämtning - Sydöstra sjukvårdsregionen \(sydostrasjukvardsregionen.se\)](https://sydostrasjukvardsregionen.se)

Bedömning

Programmet är skapat för behandling av svårare stressrelaterad ohälsa som:

- Anpassningsstörning
- Utmattningssyndrom (ej akut fas)

Programmet kan med fördel användas till patienter vars tydliga maladaptiva beteendemönster bidrar till stressbesvären.

Bedömning av extramoduler. Då programmet anpassas efter patienten är det viktigt att i bedömningen se vilka problembeteenden som kan ligga bakom patientens problematik och därmed vilka valbara moduler som kan vara lämpliga. Även bedömning kring patientens förmåga, motivation och möjligheter att tillgodogöra sig fakta samt att arbeta med tilläggsmoduler bör beaktas. Vid bedömning rekommenderas skattningsformulären KEDS och PSS.

Översikt

Grundmoduler:

1. **Minska stress och hållbarheten i arbetet:** Avsnittet innehåller psykoedukation kring stress, sympatikusreaktioner, ”gas/broms”. Patienten får fundera på sina målsättningar, förväntningar, stressorer och symptom på långvarig stress och utmattning.
2. **I balans.** Avsnittet innehåller psykoedukation kring koppling mellan stress, depression och utmattning. Patienten får arbeta med värderingar, plus- och minusaktiviteter samt fundera kring återhämtande beteenden som sömn, motion och avslappning.

3. **Stressande tankar, känslor och beteenden.** Avsnittet innehåller psykoedukation kring tankarnas betydelse och tankefällor. Patienten får öva på realistiskt tänkande och föra stressdagbok.
4. **Hitta återhämtning i vardagen.** Avsnittet innehåller psykoedukation kring återhämtning. Patienten får arbeta med att skapa distans till sitt arbete samt fundera på sina stressbeteenden och lugna beteenden.
5. **Utmaningar.** Avsnittet innehåller psykoedukation kring funktionen av problembeteenden, undvikandebeteenden och alternativa beteenden. Patienten får fundera på sina beteenden och välja ett utmaningsområde (läs mer om det nedan).
6. **Fortsätt att utmana dig!** Fokus på fortsatt arbete med valt problemområde, tillämpad avslappning, återhämtning och livsutrymme.
7. **Planera din tid:** Avsnittet innehåller psykoedukation och råd om tidsplanering. Patienten får en återblick på sina värderingar.
8. **Avslut och bevarande av framsteg.** Patienten får göra en vidmakthållandeplan.

Återkommande övningar i grundmodulerna:

- Tillämpad avslappning.
- Livsutrymme
- Aktiv- och lugn återhämtning

Valbara moduler:

Hållbart arbetsliv innehåller åtta extramoduler som består av utforskande frågor kring patientens arbetssituation; hur det ser ut gällande arbetsvillkor, relationer, möjlighet till återhämtning och trivsel på arbetsplatsen. Patienten får fundera på vilka anpassningar som kan behövas, samt planera för stegvis återgång till arbete. Hållbart arbetsliv kan aktiveras vid exempelvis sjukskrivning på grund av stressrelaterad ohälsa. Om det bedöms aktuellt för patienten startas första extramodulen tillsammans med ordinarie modul 1 och löper därefter parallellt med programmet.

Bättre sömn består av fem extra moduler som innehåller psykoedukation kring sömn; vad som påverkar vår sömn, hur mycket söm vi behöver och konsekvenser av sömnbrist. Patienten får arbeta med sömndagbok och olika strategier som sömnrestriktion och acceptans. Om Bättre sömn bedöms vara aktuellt startas första extramodulen tillsammans med ordinarie modul 4 och löper därefter parallellt till programmets slut.

Utmaningsområden:

I modul 5 så ska patienten välja ett utmaningsområde att fokusera sitt arbete på. Det finns fyra valbara utmaningsområden: oro, perfektionism, uppskjutande samt gränssättning. Utmaningsområdet aktiveras samtidigt som modul 5. Samtliga utmaningsområden består av psykoedukation kring det valda ämnet, samt

exponering för problemområde med hjälp av exponeringshierarki och exponeringsdagbok.

Oro. Psykoedukation kring oro och arbete med orosdagbok, orostid, orosfria zoner.

Perfektionism. Sambandet mellan perfektionism och stress, för- och nackdelar med prestationsbeteenden, grundantaganden och ifrågasättande av föreställningar.

Uppskjutande. Uppskjutandets för- och nackdelar och hantering av uppskjutande med hjälp av Premacks princip.

Gränssättning. Positiv gränssättning, för- och nackdelar med gränssättning, samt tekniker för gränssättning.

Överblick över delar i programmet

ÖVNINGAR	Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	Modul 5	Modul 6	Modul 7	Modul 8
TA		X	X	X	X	X	X	X
Livsutrymme		X	X	X	X	X	X	X
Aktiv/lugn återhämtning		X		X	X	X	X	X
Plus- och minus aktiviteter	X							
Situationsanalys			X		X			
VALBARA MODULER								
Bättre sömn				X	X	X	X	X
Hållbart arbetsliv	X	X	X	X	X	X	X	X
Utmaningsområde*					X	X	X	

Att tänka på vid Livsbalansen

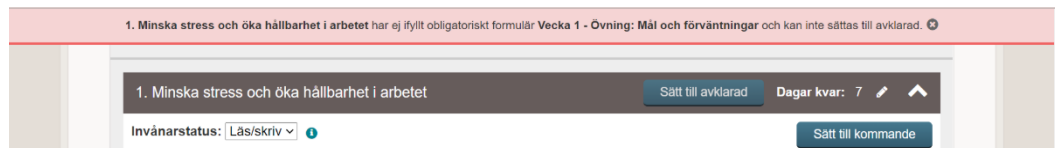
Patienten ska välja utmaningsområde i grundmodul 5, som ska påbörjas direkt under pågående grundmodul, vilket betyder att utmaningsmodulen ska öppnas samtidigt som patienten arbetar med modul 5. Detta kan lösas på två vis:

- Berätta kort om de olika utmaningsområdena för patienten i samband med modul 4 och be patienten välja ett område innan uppstart av modul 5. Starta då igång båda modulerna samtidigt.
- Gör samma som ovan med skillnaden att du går in en gång mitt i veckan och ser vilken utmaning patienten har valt och öppnar den då. Det är rätt kort intro i modul 1 av utmaningarna, så patienten behöver inte mycket tid att arbeta med den.

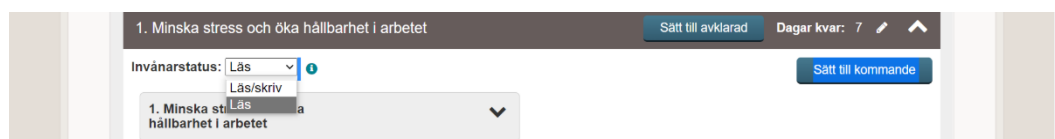
Sätta moduler som avklarade

Livsbalansen innehåller obligatoriska moment att fylla under behandlingen. Har patienten inte fyllt i samtliga går det inte att som behandlare sätta modulen till avklarad på det vanliga viset. Om det är uppenbart att patienten är färdig med

modulen, men inte sparat ner samtliga obligatoriska svar går det att avsluta modulen på annan väg:



Felmeddelande som kommer om patienten ej fyllt i samtliga obligatoriska moment.



Ändra då invånarstatus från Läs/skriv till enbart Läs, så kommer det fungera att sätta modulen till avklarad.

Behandling

Under bedömningsamtalet

Om bedömning görs att patienten kan vara lämplig för ett iKBT-program är det viktigt att patienten får rätt information för att kunna starta upp sin behandling.

Repetera upplägg för iKBT-behandling: Berätta om behandlingens innehåll, att programmet bygger på KBT-metoder med gott vetenskapligt stöd, att patienten arbetar löpande med programmet och att du som behandlare följer patientens arbete och kommunicerar via ett säkert meddelandesystem.

Tydliggör ramarna: Uppmuntra patienten att avsätta en särskild tid i veckan som hen arbetar med programmet, på samma sätt som att patienten hade bokat in tid för att komma på mottagningsbesök.

Uppföljning: Bestäm hur behandlingen ska följas upp. Ska ni boka in ett telefon- eller videosamtal efter de första modulerna, eller ett avslutande besök? Hur sker den veckovisa uppföljningen, när kan patienten förväntas att få feedback och svar?

Patienten är ej aktiv: Tydliggör även ramarna för vad som händer om patienten inte varit inne i programmet på ett tag. Hur mycket ska du kontakta hen innan andra åtgärder tas? Att skriva ett patientkontrakt eller att ha en överenskommelse kan vara ett sätt att öka följsamheten hos patienten, samt underlätta för behandlaren om patienten skulle vara inaktiv. Gå igenom överenskommelsen tillsammans under bedömningsamtalet och skriv gärna ner det i välkomstbrevet som ytterligare en påminnelse. Om er verksamhet har ett befintligt frasminne för patientkontrakt eller överenskommelse, använd gärna den när du journalför bedömningsamtalet. Exempel på en överenskommelse kan vara:

- Behandlaren är inne en gång i veckan, på veckodag X.
- Om patienten behöver hjälp kan hen skriva i meddelandefunktionen. Hen får svar inom en vecka.
- Om patienten inte är aktiv under:

1 vecka → behandlaren skickar ett meddelande och uppmärksammar patienten på sin frånvaro.

2 veckor → behandlaren gör 3 försök att ringa patienten.

3 veckor → programmet stängs ner och patienten får själv ta ny kontakt med mottagningen för ny planering av vård.

Starta igång programmet: Ge patienten information om inloggning. Sätt gärna igång programmet under besöket och låt patienten testa att logga in. På så vis försäkras ni er om att patienten har de tekniska möjligheterna att starta igång behandlingen. Uppmuntra patienten att aktivera aviseringar på 1177, för att få ett sms eller mail när du skriver i plattformen.

Säkerställ att patienten fått den information som behövs och är med på behandlingsupplägget. Se även till att patienten förstår varför behandlingen passar just patientens problematik, kanske genom funktionell analys. Upprepa och påminn om det behövs, det är mycket för patienten att sätta sig in i till att börja med.

Boka in tid för uppföljning och administration. Boka in en tid för avslutande uppföljning och eventuellt andra kontakter som kan behövas. Avsätt tid för internetbehandling i din tidbok i Cosmic.

Några tips:

- Be patienten skicka ett meddelande när hen är klar med avsnittet.
- Avsätt en specifik dag i veckan då du kommit överens med patienten att det aktuella avsnittet ska vara klart, där du går in och ger feedback på arbetet, samt ger patienten "tillstånd" att arbeta vidare med nästa avsnitt.
- På intranätet finns en checklista och lathund för bedömning och uppstartssamtal – under Stöd och behandlings sida under FS-webben/Administration/E-tjänster/Stöd och behandling/iKBT. Använd den gärna som stöd under bedömning och uppstart för att försäkra dig om att all information som behövs kommit fram.
- På intranätet finns även under Stöd och behandlings sida under FS-webben/Administration/E-tjänster/Stöd och behandling/iKBT. Där finns även en mall för patientöverenskommelse att gå igenom och dela ut under samtalet.

Starta behandlingsprogram

- Välj Starta nytt moment.
- Ange patientens personnummer.

- Välj behandlingsprogram
- Nu är behandlingsprogrammet startat.
- Redigera texten i Välkomstmeddelande i konversationsrutan i Stöd och behandling. Förslag på välkomstmeddelande, se under Stöd och behandling sida under FS-webben/Administration/E-tjänster/Stöd och behandling/iKBT.

Att tänka på

Uppmuntra och förstärk att patienten kommer i gång, gör uppgifter, ställer frågor till behandlaren. I början är det många uppgifter som ska göras i de olika programmen: dagbok, situationsanalyser, värderingar m.m. Validera och påminn om att det arbetet är en viktig grund inför de kommande modulerna där patienten arbetar mer med att förändra sin situation, får hjälp med verktyg och praktiska övningar.

Agera snabbt om du märker att patienten inte kommer igång. Ring hellre direkt i början, än att skriva meddelande om patienten inte loggat in alls på plattformen.

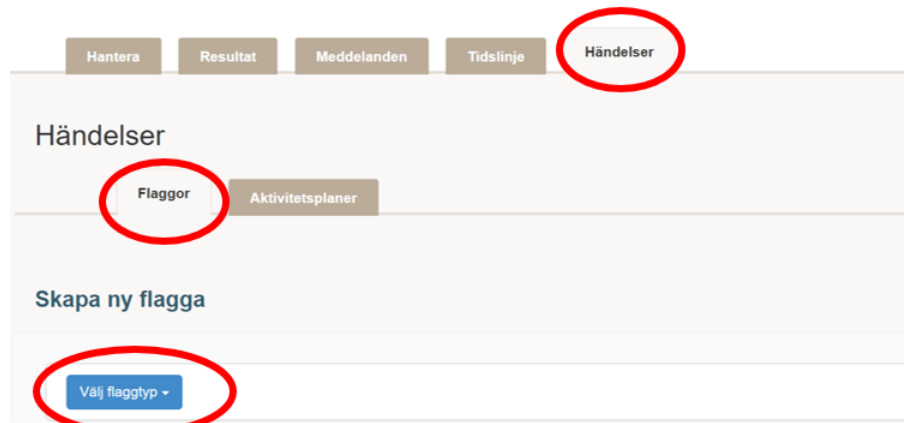
Fortsatt behandling

- Ge patienten veckovis tillgång till nya moduler (förutsatt att hen arbetar på enligt plan) i behandlingsprogrammet.
- Om patienten inte varit inne i programmet eller arbetat med hemuppgifter. Kontakta hen enligt den överenskommelse ni gjorde under uppstartssamtalet. Skriv ett meddelande och påminn som första åtgärd. Därefter försök kontakta patienten via telefon.
- Om patienten inte har varit inloggad på 10 dagar kommer ett automatiskt meddelande att skickas från SoB till patienten. Behandlaren får upp en flagga om inaktivitet i plattformen.
- Jobba med att göra patienten självständig.
- Uppmuntra följsamhet och frågor.
- Fokusera på behandlingsinnehåll och påminn om mål om patienten lägger fokus på andra saker.

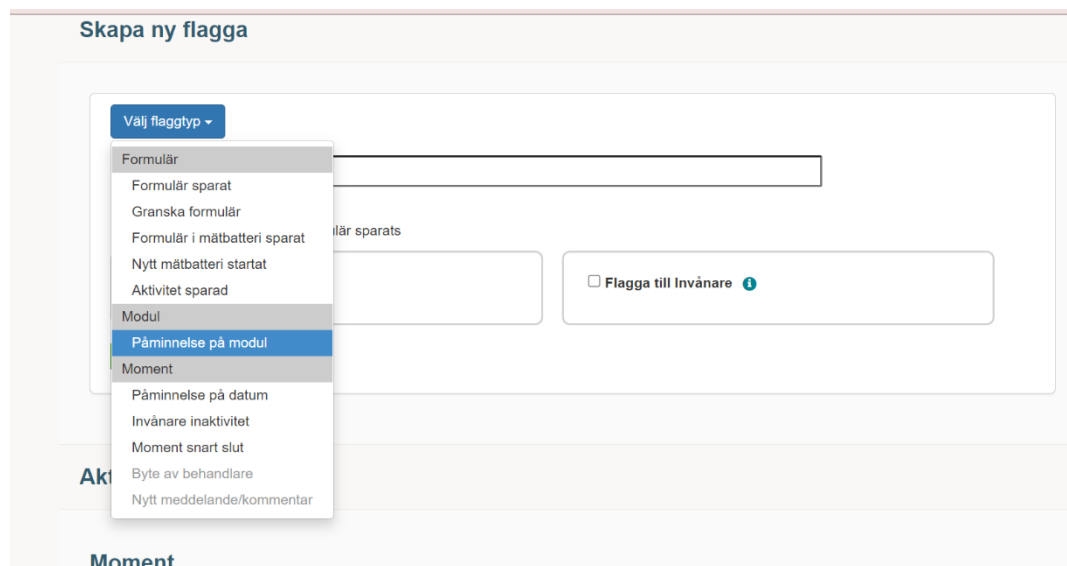
Påminnelser via flaggor

Vissa patienter kan ha svårt med igångsättning och struktur, eller att de glömmet bort att avsätta tid för programmet. Att uppmuntra patienten att boka in sina iKBT-tider i almanackan, eller sätta påminnelser på telefonen kan vara ett sätt att få bukt med dessa problem. Några patienter kan behöva en tydligare påminnelse och då kan plattformens flaggsystem vara en hjälpsam anpassning. Detta gör att patienten får en avisering via mail eller sms (förutsatt att hen aktiverat aviseringar på 1177) med en påminnelse att arbeta i sitt behandlingsprogram.

Här kommer en guide om hur du aktiverar flaggor:



Du hittar flaggor via händelser, där kan du skapa ny flagga genom att trycka på "välj flaggtyp".



Här kan du välja påminnelse på modul. Det går även att skapa en påminnelse utifrån datum (påminnelse på datum) då patienten ska arbeta med modulen.

Välj flaggtyp ▾

Namn

Påminnelse på modul

dagar

Välj modul

Alltså: 2 dagar efter start innebär att om modulen startar på en tisdag så äger händelsen rum på torsdagen. 3 dagar innan slut innebär att om modulen beräknas ha måndagen som sista dag, så äger händelsen rum på fredagen. **OBS!** Modulens slut beräknas utifrån det värde som sätts för hur långt tid modulen beräknas ta att utföra. Det värdet kan också ändras av behandlaren under pågående behandling, i syfte att förlänga en modul när det behövs.

flagga till Invånare ⓘ

Meddelande

Ställ in när i förhållande till modulstart eller modulavslut som patienten ska få sin påminnelse och välj vilken modul påminnelsen ska gälla. OBS: för att påminnelsen ska fungera är det viktigt att kryssa för flagga till invånare och ställa in att avisering ska skickas.

Flagga till Invånare ⓘ

Rubrik

Meddelande

Skriv därefter din påminnelse och spara. Nu kan du hitta den under "aktuella flaggor" där du kan redigera eller radera den.

Det finns dessvärre inget sätt i nuläget att aktivera upprepande flaggor, t.ex. för samtliga moduler eller för upprepade datum. Därför behöver du skapa en ny flagga för nästkommande vecka/modul. Detta gör funktionen till relativt tidskrävande för behandlare och därmed ingen åtgärd som rekommenderas till en patient som arbetar på bra med programmet, men kan vara hjälpsamt om patienten inte är följsam och behöver ytterligare påminnelser.

Avslutning

- Uppmuntra att patienten gör ordentliga sammanfattningar och en vidmakthållandeplan.
- Du kan välja att inte skriva så mycket utan göra avslutet individuellt genom avslutningsbesöket.

Boka avslutningsbesök

När behandlingen börjar närma sig sitt slut bokas ett avslutningssamtal med patienten. Avslutande samtal kan vara både via telefon, digitalt vårdmöte eller fysiskt besök.

Informera patienten om möjlighet att spara sidor i program

Patienten kan spara ner eller skriva ut sidor i behandlingsprogrammet. För att göra detta trycker patienten på PDF-ikonen uppe till höger på den aktuella sida hen vill skriva ut. Detta måste göras för varje sida som ska sparas/skrivas ut.

Vidmakthållande

Sätt behandlingsprogrammet i vidmakthållandeläge enligt rutin eller överenskommelse, en vanlig tidsram är 90 dagar. Observera att program ej får vara igång (inklusive vidmakthållande) längre än två år, då det innebär ett lagbrott. Berätta för patienten att i vidmakthållandeläge går det att läsa/komma åt informationen i behandlingsprogrammen men att de interaktiva delarna är avaktiverade. När en behandling satts i vidmakthållande flyttas de till en underrubrik till behandlingsprogrammet ”Vidmakthållna”. *OBS. När ett program är satt i vidmakthållandeläge går det inte att ta tillbaka det i behandlingsläge, eller ändra tiden för vidmakthållande. Det går inte heller göra eftermätningar i plusprogrammen under Vidmakthållandeläge.*

Avslutning av moment i SOB

Efter vidmakthållandetiden är slut kommer en notis under ”Vidmakthållna”, där det står ”bör avslutas”. *OBS. Avslutade moment går ej att återaktivera. När ärendet är avslutat ska det gallras. Gallra innebär att patientuppgifter tas bort från systemet. Det görs via fliken ”Avslutade”. Vem som ansvarar för gallringen på din enhet bestäms enligt lokal rutin.*

Avslutningsbesök

Utför klinisk bedömning av patientens tillstånd. Ta hjälp av skattningsskalor och möjligtvis strukturerad intervju.

Bedöm behandlingsutfall. Utgå både från eventuell symtomreduktion och patientens funktionsnivå.

Utvärdera behandlingen. Utvärdera tillsammans med patienten hur behandlingen varit. Behandlingsutfallet är självklart en viktig grund i utvärderingen, t.ex. om patienten fortfarande uppfyller diagnoskriterier, men även en funktionell bedömning kring uppnådda beteendemål, samt patientens kunskap, förståelse och

acceptans för sin problematik är viktiga delar att lyfta. Kom överens om vidmakthållandeplanen. Förtydliga/konkretisera den vid behov.

Ta ställning till eventuellt fortsatt vårdbehov. Det är många som har steg kvar även efter att behandlingstiden är slut. Den viktiga frågan är inte om patienten har blivit fri från sina besvär, utan snarare om hen har fått tillräckliga erfarenheter att kunna arbeta vidare på egen hand.

Svackor och bakslag

Om patienten hamnar i svackor

Försök ha en utforskande och empatisk inställning till patientens svacka. Normalisera svårigheter som kan uppstå under behandlingen och att bakslag kan vara en del av inlärningsprocessen. Bemöt motstånd och skapa motivation, kanske behöver du återknyta till patientens uppsatta mål? Förstärk minsta ansats till framsteg.

”Du verkar ha haft en väldigt tuff vecka med mycket ångest, jag förstår att det upplevs som ett bakslag. Samtidigt kan man tänka att det är bra att det kommer nu under behandlingstiden, du får tillfälle att träna på dina nya färdigheter som du beskriver att du lärt dig och du ju gjort framsteg, t.ex. när du åkte buss trots att...”

Om patienten inte svarar i tid

Om patienten inte gör klart uppgifter, moduler eller inte varit inne i programmet på en vecka, skriv meddelande och be patienten svara. Var noga med att inte vara för hård mot patienten, utan istället ödmjuk och utforskande. Kommer inget svar på en vecka kan det vara läge att ringa. I uppstart av behandling kan det vara fördelaktigt med telefonkontakt tidigare för att hjälpa patienten komma igång. Försök att ta reda på varför patienten inte följer behandlingsupplägget. Är det någonting som är besvärligt? Är det svårt för patienten att relatera till innehållet? Har patienten svårt att avsätta eller komma ihåg tiden. Försök problemlösa tillsammans. Kanske genom någon extra vårdkontakt, påminnelser eller förtydligande kring en svår uppgift?

Om patienten inte riktigt förstår.

Ibland kan patienten svara på ett sätt som gör dig tveksam om patienten verkligen förstått budskapet i behandlingsdelen. Detta kan vara vanligt i exempelvis arbetet med situationsanalyser, där det kan vara klurigt att komma in i rätt tänk. Fortsätt förstärka det som patienten har förstått och gjort rätt. Korrigera om det behövs, kanske kan du ställa följdfrågor för att öppna upp för vidare reflektion? Ibland kan det hjälpa att be patienten läsa texten igen för att rätta till missförstånd. Bär dock med dig att det viktiga i behandlingen inte är att patienten svarar rätt på allting, utan har förstått de grundläggande principer som behövs för att ta till sig programmet. Förklara det viktigaste, men var också öppen för att gå vidare i behandlingen och låta vissa saker passera.

”Vad bra att du börjat fundera mer på din ångest med hjälp av situationsanalys. Det låter som att det blev väldigt tufft för dig när du skulle handla och tankarna om att du skulle svimma dök upp. När du istället beställer online så skriver du att en kortsiktig konsekvens blir att ångesten minskar och att du dessutom på lång sikt sparar in pengar genom att inte spontanköpa onödiga saker i affären. Det låter som att det fanns flera fördelar med att göra som du gjorde! Samtidigt blir jag nyfiken på om det också fanns några negativa konsekvenser med ditt handlande? Som de beskriver i filmen på sidan tre så blir ofta en långsiktig konsekvens när vi undviker saker att ångesten får för stort inflytande på våra liv och vi blir allt mer begränsade över saker som egentligen inte är farliga. Är det någonting du känner igen? Det ska bli spännande att läsa fler av dina situationsanalyser om veckan som gått. Hör gärna av dig om du undrar någonting!”

Flexibilitet kring deadlines

Det finns studier som indikerar på en negativ korrelation mellan behandlarens flexibilitet kring deadlines och behandlingsutfall. Det vill säga att när behandlaren skrivit att patienten kan arbeta med modulen några dagar till eller gett tillåtelse att avvakta med nästa modul har det korrelerat med ett sämre resultat på symptommatning. Dock är det svårt att avgöra riktningen av korrelationen, om flexibiliteten i sig påverkade behandlingsutfallet, eller om behandlarens kommunikation snarare var en respons på ett bristfälligt behandlingssvar. I studien fanns inte heller något motsvarande item som mätte hur ett striktare förhållningssätt gentemot deadlines korrelerade med behandlingsutfall eller följsamhet, vilket försvårar att dra slutsatser kring alternativa terapeutbeteenden (Paxling et al., 2013). I grunden är det bra att ha tydliga ramar för när patienten ska arbeta med sina moduler och uppgifter. Var därför uppmärksam på när du som behandlare behöver vara flexibel kring deadlines och försök hitta en balans som passar dig och patienten.

När patienten inte svarar på behandlingen

Om det är uppenbart att behandlingen inte fungerar är det läge att ringa och även boka tid för samtal. Det finns risk att patienten känner sig misslyckad och det är då viktigt att validera och svara att det inte passar för alla och att det ibland inte är lägligt av olika skäl. Det är också viktigt att utvärdera vad som inte fungerade och peka på det som faktiskt var bra. Många gånger har patienten lärt sig strategier och tankesätt som kan vara värdefulla framöver.

Om patienten mår väldigt dåligt.

Om det framgår att patienten mår väldigt dåligt, har suicidtankar (som framkommer i mätningar eller i patientens kommunikation) ska behandlaren snarast ringa för personlig kontakt. Det kan då vara läge för personligt besök, läkarkontakt eller kontakt med psykiatrien.

Kommunikation

Stöd från behandlare har visat sig ha påverkan på behandlingsutfall. En veckovis kommunikation med feedback och stöd kan öka följsamheten och därmed

förbättra behandlingseffekten (Heber et al., 2017). En återkoppling till patienten bör innehålla alliansstärkande kommunikation. Visa empati och validera patienten. Ha en tydlig tilltro till behandlingsprogrammet. Ge feedback på patientens arbete och registreringar, förstärk funktionella beteenden samt arbetet med övningar och hemuppgifter. Bemöt frågor som patienten kan ha och rikta fokus framåt i behandlingsprocessen. Du som behandlare behöver inte ge återkoppling på allt patienten skriver, utan välj ut det som är betydelsefullt. Ofta räcker 4-5 rader som ett textmeddelande annars finns risken att ditt budskap spä ut.

Att tänka på vid textkommunikation.

Anpassat språk

Språket i textkommunikation kan jämföras med språket i ett samtal. Det ska vara enkelt och anpassat till patientens förmåga och kommunikationsstil (precis som vid face-to-face). Använd gärna patientens egna ordval:

”Är detta ytterligare ett exempel på att ”rädslomonstret” hälsar på?”

Tydlighet

Det är extra viktigt med tydlighet för att minimera risk för missförstånd. Textkommunikation skiljer sig från behandlingssamtal genom att det inte går att observera hur informationen tas emot av patienten. Det går därmed inte att direkt rätta till missförstånd eller svara på följdfrågor.

Personlig kommunikation

Gör din kommunikation personlig genom att uttrycka känslor som stolthet, glädje och oro, t.ex. ”Vad glad jag blev när jag läste om att du...”. Du kan använda smileys, utropstecken och versaler för att förstärka uttrycket av en känsla. Hitta din personliga stil och det du känner dig bekväm med. Self-disclosure är till viss grad positivt för behandlingsutfall (Holländare et al., 2016).

”GRYMT bra jobbat! :)”

”Jag brukar själv göra denna övning innan jag ska sova.”

”Det är fint att se att du lägger tid och engagemang på att förbättra din livssituation och ditt långsiktiga mående”.

Uppmuntran och validering

Uppmuntran, bekräftelse och validering har visat sig positiva för behandlingsutfall (Holländare et al., 2016). Empatiska yttranden korrelerar även med genomförandet av fler moduler (Paxling et al., 2013). Validera patienten, förstärk positiva beteenden och uppmuntra till self-efficacy. Exempel på olika uppmuntranen och valideringar är:

”Jag förstår att arbetet med behandlingen kan kännas jobbigt”

”Vad modigt av dig att utmana dig med tanke på att du länge undvikit att...”

”Vad roligt att du känner att det går framåt och att du gör mer av de saker som är viktiga för dig”

Prompta och uppmuntra genomförandet av uppgifter

I en studie på terapeutiska yttranden vid internetbehandling sågs prompting korrelera med genomförandet av fler moduler (Paxling et al., 2013). Förbered gärna patienten på kommande uppgifter och skapa en positiv förväntan. Var också noga med att förstärka patientens framsteg och uppmuntra när hen arbetar i enlighet med programmet och målsättningar. Att förtydliga ramar i behandlingen har setts hänga samman med genomförandet av fler moduler (Holländare et al., 2016).

”Vilken bra utmaning under veckan! Jag ser fram emot att höra hur det gick för dig.”

”Nästa modul handlar om medveten närvaro. Lycka till!”

”Nu är det bara en modul kvar på programmet, efter det är det dags för vårt uppföljande besök.”

Frågor

När patienten ställer frågor är det att föredra om möjligt att hänvisa tillbaka till aktuellt avsnitt. Om behandlaren behöver förtydliga någonting är det viktigt att behandlaren är underförstådd i hur det förklaras i programmet. Risken är annars att behandlaren lägger till material eller andra termer som inte ligger i linje med behandlingsprogrammet vilket kan bli förvirrande och/eller innebära merarbete för patienten. Det finns även en risk att falla in i återförsäkran, speciellt vid kontakt med orospatienter. Försök ha ett utforskande sätt att svara på frågor och problemlös tillsammans.

Ställ inte frågor till patienten om det inte behövs. Det är programmet i sig som är själva behandlingen.

Administrativa rutiner

Remittering

Hur remittering för iKBT sker är det verksamheterna själva som tar fram rutiner för. Det är viktigt att patienten har fått information om vad behandlingen innebär innan remittering sker och att patienten har rätt förväntningar. Om en remiss skrivs utifrån att patienten ”kan behöva någon att prata med” är förväntningarna kanske redan inställda på samtalsbehandling och det kan vara svårare att motivera till iKBT. Se därför gärna till att hela verksamheten är införstådd med alternativa psykologiska behandlingsmetoder och iKBT. Det är dock alltid en iKBT-behandlare som står för bedömning kring om iKBT är en lämplig behandlingsmetod för aktuell patient.

Bokning i Cosmic

Bedömnings- och avslutande samtal bokas in som ordinarie besök, enligt verksamhetens sedvanliga rutiner.

Vid veckoavstämningar där behandlaren följer patienten via SoB görs en bokning per vecka. Det finns en särskild schemamarkering för iKBT och övrig SoB-administration som heter ”Administrativ tid Sob”, där veckoavstämningar bokas in. Dessa avstämningar ska aldrig registreras som besök utan alltid som ”administrativ kontakt” då patientkontakten är just administrativ och sammanfattar veckans behandling. Detta genererar inte någon patientavgift. I bokningsunderlaget väljs: vårdtjänst – ”Administration SoB”, kontakttyp – ”Administrativ vårdkontakt” och besökstyp – ”Administration”. Du kan använda seriebokning för att boka in flera vårdtillfällen på samma gång.

Journalföring

Journalmallar

Vid journalföring av fysiska besök, telefonkontakt eller digitala vårdmöten används ordinarie journalmallar.

Vid journalföring av veckoavstämning används mallen ”administrativ vårdkontakt”. För psykiatrin används mallen ”Psykiatri administrativ vårdkontakt”.

Sökord

Kontaktorsak - KBT via internet för XX-besvär i 1177 Vårdguidens e-tjänst Stöd och behandling.

Aktuell behandling - ”Patienten har arbetat med avsnitt X, som handlar om...”

Bedömning (Detta sökord används vid dokumentation efter bedömningsamtal) - Exempelvis: ”Utifrån patientens symptombild, förutsättningar och motivation bedöms patienten tillgodogöra sig KBT-behandling via internet.”

Överenskommelse (Detta sökord kan användas vid dokumentation efter bedömningsamtal) - använd gärna eventuella befintliga frasminnen för patientkontrakt/-överenskommelse för att tydliggöra er planering för patientens arbete med behandlingsprogrammet.

Åtgärd - Vid bedömningsamtal: ”Startar igång KBT-behandling via internet. Behandlingsprogrammet nås via 1177 Vårdguidens e-tjänst Stöd och behandling. Patienten beräknas genomgå KBT-behandling via internet i 6-10 veckor, inklusive uppföljningsbesök”.

Vid administrativa kontakter: ”Ger återkoppling till patienten. Öppnar upp nästa avsnitt.”

Diagnos/Åtgärd

- Relevant huvuddiagnos

- Åtgärdskod: DU011, Systematisk psykologisk behandling, kognitiv-beteendeterapeutisk
- Åtgärdskod: ZV044, Behandling administrerad via internet (vid veckoavstämningar)
- Eventuellt andra relevanta diagnoser

Frasminne

För att förenkla journalföring finns tillgång till frasminnen vid dokumentation. Rekommenderade frasminnen finns på intranätet. Det är enheten som själva ansvarar för att lägga in relevanta frasminnen i Cosmic.

Frånvaro

För längre tids frånvaro bör en strategi finnas som gör att patienten kan fortsätta behandlingen. En annan behandlare kan aktivera nästa avsnitt, svara på eventuella frågor m.m. Det är de enskilda verksamheternas ansvar att ta fram en fungerande rutin kring frånvaro. Fråga din behörighetsadministratör om du är osäker på den lokala rutinen.

Vid korttidsfrånvaro

Vid oplanerad frånvaro som sjukdom och VAB följs enhetens vanliga rutiner. Var därför noga med att boka in alla patientkontakter, även de administrativa, för att enkelt göra dina iKBT-kontakter överskådliga. Vid planerad kortare ledighet så rekommenderas att göra en överenskommelse med en kollega om att aktivera nästkommande avsnitt samt meddela patienten att återkoppling sker när aktuell behandlare är tillbaka. Alternativt kan ordinarie behandlare öppna upp fler än en modul i taget och göra en plan tillsammans med patienten för hur arbetet ska se ut under frånvaron.

Vid långtidsfrånvaro

Aktuella ärenden fördelas på övriga behandlare som meddelar patienten om förändring i behandlingsansvar utifrån rutin för sedvanliga patientkontakter. Invånaradministratören är den som byter behandlare.

IKBT-behandlare som slutar på enhet

Slutför behandlingarna

Behandlaren som slutar behöver i största möjliga mån planera så att behandlingarna/momenten kan avslutas i god tid innan hen slutar. Om det finns moment som inte är avslutade innan behandlaren slutar kan behandlingsansvaret styras om till annan behandlare på enheten som har behörighet.

Ta bort tillgång till skarpa miljön

Verksamheten ansvarar för att ha en fungerande rutin vid avslutning av tjänst. Behörighetsadministratören ser till att ta bort den aktuella behandlaren från den skarpa miljön.

iKBT inom psykiatri

Forskning

De iKBT-program som Region Jönköpings län har upphandlat riktar in sig till patienter med lindrig till måttlig problematik. Även den mesta forskning kring iKBT sker utifrån en primärvårdspopulation. Kunskaper kring internetbehandling för svårare problematik grundar sig mest på kliniska erfarenheter och därför behövs vidare forskning kring hur programmen kan användas för psykiatrisk population (Edbacken & Vernmark, 2021).

Bedömning

Att undersöka patientens motivation och tilltro till behandling är en viktig bedömningsaspekt inför alla iKBT-behandlingar, men kanske extra väsentligt när det gäller inom psykiatri och framför allt ADHD-patienter. Många av dessa patienter har tidigare erfarenhet av flera vårdkontakter och att inte känna sig hjälpta. Finns det några sådana farhågor hos patienten inför er behandling? Bemöt eventuella tvivel och utforska patientens tilltro till sin egen förmåga.

Gör även en noga bedömning över patientens funktionsnivå och tydliggör ramarna. Vad finns det för anpassningar som kan behövas? Är upplägget som bestämt rimligt?

Under ett bedömnings- och uppstartssamtal är det mycket information för patienten att ta till sig, säkerställ att patienten förstått de viktiga delarna och upprepa det som behövs. Att få med material i pappersform, t.ex. information om programmen och inloggning, är ofta extra värdefullt inom psykiatri så att patienten har möjlighet upprepa anvisningarna hemma.

Behandling

Anpassningar på iKBT-upplägg.

Erfarenheter från verksamheter och behandlare tyder på att iKBT-behandlingar kan behöva anpassas för passa för patienter inom specialistpsykiatri med lägre funktion, komorbiditet samt svårare problematik. Dessa anpassningar är upp till behandlaren själv att ta ställning till och utvärdera. Exempel på sådana skulle kunna vara att:

- Justera förväntningar och målsättning med behandlingen. Kanske är målet med iKBT-programmet att skapa ökad förståelse, ökad funktion eller ökad acceptans till diagnosen, snarare än remission eller symptomreduktion?
- Avsätta mer tid åt feedback. Kanske behöver du som behandlare boka in längre administrativa kontakter, eller boka in parallella besök? För vissa kan en kort 10-minutersavstämning på telefon varje vecka vara att föredra framför återkoppling via text.
- Hjälpa patienten med struktur och påminnelse. Patienten kan behöva extra mycket hjälp för att vara följsam i programmet. Kanske behöver patienten sätta påminnelser på telefonen om veckans modul, eller behöver du som

behandlare skicka ett påminnelsemeddelande inför patientens iKBT-dag?
Är påminnelse via flaggor ett bra alternativ?

- Ta in anhöriga. Personer med bristande förmåga till struktur och planering kan vara hjälpta av att få stöttning från en närstående i arbetet med programmet. Klargör tillsammans vilken typ av, och hur mycket, stöttning patienten behöver. Kanske räcker en fråga varje vecka om hur arbetet går, eller en påminnelse om att starta igång på bestämd tid. För vissa fungerar det jättebra att sitta och arbeta med programmet tillsammans med en närstående. Var dock observant på att den anhöriga inte börjar inta en behandlarroll.
- Diskutera innehållet i behandlingen på plats. Kanske kan ni boka in samtal där ni tillsammans går igenom modulernas innehåll och diskuterar hur det blir för patienten.
- Dela ut vissa moduler eller delar av avsnitten. Om det blir det för mycket information för patienten på en gång så kan hen behöva hjälp att sälla ut vilken information och vilka övningar som kan vara relevanta.

Ju fler anpassningar som krävs i upplägget, desto mer resurser krävs från behandlaren. Detta innebär i sin tur att kostnadseffektiviteten för iKBT minskar. Däremot kan anpassningar i behandlingsupplägg leda till att fler patienter kan ta del av en gedigen, manualbaserad KBT-behandling. Fördelarna med iKBT inom psykiatri kan istället vara att patienten får tillgång till material och möjligheten att repetera behandlingsinnehållet efter behov.

Kommunikation

Många av de patienter som behandlas med iKBT inom psykiatri ser ofta snabbt sina egna tillkortakommanden. De kan ha en historia där de är vana vid att misslyckas. Försök att ha ett väldigt validerande kommunikationssätt, där du stärker patienten i sitt arbete. Uppmärksamma och bygg upp patientens förmåga när hen arbetar bra och undvik i att hamna för mycket i korrigeringar.

Detta kan även gälla vid behandlingsavslut. Kanske patienten själv inte känner att behandlingen fick den effekt som önskades? Försök att fokusera på det som blev bra, lyft patientens arbete och engagemang.

IKBT för barn och unga

Forskning barn och unga

IKBT för barn och unga är inte lika välstuderat som det är på en vuxen patientgrupp, även om allt fler studier tillkommer (Vigerland et al., 2016). Den forskning som finns på ämnet tyder på stora inomgruppseffekter på psykiatriska besvär som ångestdiagnoser, depressivitet, uppförandestörning och tvång, samt medelstora inomgruppseffekter för somatiska besvär som exempelvis smärta, övervikt och astma vid iKBT-behandling (Vigerland, et al., 2016). Dessutom visar iKBT på medelstora effekter jämfört med väntelista för både psykiatriska och somatiska besvär (Vigerland et al., 2016) samt är jämförbart med face-to-face-KBT för barn med ångest (Rooksby et al., 2015). Forskning på svenska ungdomar

med social ångest visar att iKBT är fördelaktig framför annat digitalt stöd gällande symptomreduktion, minskning av sekundära depressiva symptom samt ökning av funktionsnivå. iKBT bedöms även vara en mer kostnadseffektiv behandling än annat digitalt stöd enligt studien, vilket främst kopplas ihop med minskad medicinering samt ökad skolproduktivitet (Nordh et al., 2021). En studie på Ångesthjälpen Ung visar på positiva resultat gällande symptomminskning. En väsentlig framgångsfaktor för en lyckad behandling är patientens motivation. Kvalitativa resultat från studien indikerar att det är viktigt att uppmuntra patientens självständighet samt att patienten ges tillräckligt med utrymme och respekt från föräldrarna att arbeta med programmet på egna villkor. Samtidigt är föräldrar en viktig stödjande roll, framför allt i kontakt med vård men även som en motiverande och påminnande funktion (Lilja et al., 2021).

Bedömning barn och unga

Utöver den sedvanliga bedömningen vid iKBT: diagnostik, funktionsnivå, somatiska komponenter, tekniska förutsättningar och eventuellt hindrande faktorer finns det även andra aspekter att ta hänsyn till när barn och ungdomar ska bedömas. Barnets mognadsnivå och motivation samt föräldrarnas förmåga och attityd till iKBT är viktigt att ta i beaktning.

Att utgå från vid bedömning av barn och unga inför iKBT

- Gör en sedvanlig klinisk bedömning (vid behov kan M.I.N.I. Kid användas) med självskattningsformulär som stöd.
- Genomför diagnostik, differentialdiagnostik ångestdiagnoser.
- Gör en mognadsbedömning. Det behandlingsprogram som finns riktar sig till barn och ungdomar från 13-19 år efter bedömning av vad barnet klarar. Långt ifrån alla 13-åringar har mognad eller förmåga att ta till sig programmet. Hur är ungdomens inlärnings- och läsförmåga? Kan hen reflektera om sina tankar, känslor och beteenden och hur det vidmakthåller ångesten? Kan hen ta generell kunskap från ett digitalt program och applicera på sin egen problematik?
- Utför suicidriskbedömning enligt vårdenhetens rutin.
- Undersök patientens och vårdnadshavares motivation och tilltro till programmet. Fånga upp frågor eller saker som behövs klargöras. Var observant på uttalanden som "Jag tror egentligen hen behöver prata med någon" eller "Vi kan ju testa och se". Var tydlig med att detta är en omfattande insats.
- Se till att ta med patientens övriga liv i beaktning. Många ungdomar med ångest är också väldigt stressade. Finns det tid för patienten att arbeta med behandlingsprogrammet mellan läxor och fritidsaktiviteter? Finns det risk att programmet blir en ytterligare belastning snarare än en hjälp?
- Till din hjälp finns Checklista vid ställningstagande till iKBT Barn och unga. Se FS-webben/Administration/E-tjänster/Stöd och behandling/iKBT.

Ångesthjälpen Ung

Ångesthjälpen Ung är ett behandlingsprogram riktat till ungdomar mellan 13-19 år med olika sorters ångestproblematik. Programmet bygger på ACT och innehåller 8 moduler.

Bedömning

Programmet är transdiagnostiskt och utformat för personer med olika sorters ångestproblematik, exempelvis:

- Mild till måttlig social ångest
- Milt till måttligt paniksyndrom
- Mild till måttlig agorafobi
- Mild till måttlig generaliserad ångest (GAD)
- Milt tvångssyndrom
- Mild till måttlig ångest UNS

I programmet presenteras fyra följeslagare som exemplifierar personer med diagnoserna social ångest, GAD, panikångest och tvångssyndrom.

Talar för annan behandling. Även om specifik fobi möjligtvis kan behandlas med hjälp av programmet så passar troligen en mer diagnosanpassad behandling bättre.

Översikt

1. **Hur funkar ångest?** Fokus för modulen är att introduceras till programmet och arbetssättet samt att få en förståelse för vad ångest är, vad som drar igång den, hur försök att undvika den kan få motsatt effekt, samt att börja titta på sin egen ångest.
2. **Det som är viktigt för dig.** Fokus är att kartlägga patientens kortsiktiga och långsiktiga mål (värderingar) som ett sätt att hitta motivation till långsiktiga strategier snarare än undvikande och kontroll.
3. **Varför hamnade du här?** Fokus är att förstå verktyget ABC-kollen (funktionell analys) för att börja reflektera över hur patientens egen ångestproblematik vidmakthålls och att få idéer kring hur patienten kan agera på sätt som fungerar mer långsiktigt.
4. **”Jag vågar inte men jag gör det ändå”.** Fokus är att introduceras för verktyget riktad handling (exponering och acceptans) som en kontrast till att använda undvikande och kamp mot ångest som strategi. Syftet är att börja bete sig mer i linje med sina mål och öva på att acceptera obehag.
5. **Tankezoom hjälper dig framåt.** Fokus är att introduceras för verktyget tankezoom (defusion). Syftet är att illustrera att det patienten tänker om sig själv inte måste vara sant och att tankar inte behöver styra patientens agerande, oavsett vad de innehåller.
6. **Var här och nu.** Fokus är att introducera verktyget medveten närvaro i syfte att lära patienten att uppleva det hen upplever utan dömande tankar, samt att kunna öva upp sin förmåga att välja vad hen vill rikta sin uppmärksamhet på.

7. ***Gå mot din sol.*** Fokus är att lära sig mer om hur de fyra verktygen kan integreras och hur patienten kan använda dem när det blir extra svårt.
8. ***Gör en plan för framtiden.*** Fokus är att sammanfatta lärdomar från behandlingen och göra en plan för att förhindra bakslag efter behandlingen.

Att tänka på vid Ångesthjälpen Ung

Att hitta rimliga mål kan vara svårt för en del ungdomar. Var uppmärksam under modul 2 om det finns för höga och orealistiska mål. Hjälプ gärna ungdomen att hitta en rimlig kravnivå på sig själv. Även en lagom exponeringsnivå kan vara svårt att hitta för ungdomen. Detta kan behövas stöd med.

Många kan tycka att det är svårt med medveten närvaro. Ibland kan det vara lättare att öva på medveten närvaro i vardagen, till exempel genom att stanna upp och observera vädret.

Ångesthjälpen Ung Plus

Mätning vid uppstart: RCADS-47, KIDSCREEN-10

Veckovis mätning: veckovis skattning om arbetet i programmet (inget skattningsformulär)

Mätning vid avslut: RCADS-47, KIDSCREEN-10

Övriga valbara formulär: RCADS-25

Ångesthjälpen Ung Föräldrastöd

Ångesthjälpen Ung Föräldrastöd är ett psykoedukativt stöd för föräldrar vars barn genomgår behandling i Ångesthjälpen Ung. Momentet syftar till att ge föräldrar ökad kunskap och förståelse för den behandling som tonåringen genomgår. Föräldrastödet är ett komplement till sedvanlig behandling och tilldelas när behandlaren bedömer att det är hjälpsamt.

Ångesthjälpen Ung Föräldrastöd innehåller ingen meddelandefunktion. Vid uppstart av programmet får föräldern direkt tillgång till alla de fyra modulerna. Detta för att minimal administration ska krävas från den behandlare som aktiverar stödet. Programmet består av fyra moduler:

1. ***Välkommen till Ångesthjälpen Ung föräldrastöd.*** Avsnittet innehåller introduktion till vetenskapen bakom Ångesthjälpen Ung (KBT) och till programmet i sig.
2. ***Om ångest och ångestproblematik.*** Avsnittet handlar om vad ångest är och på vilket sätt en behandling mot ångestproblematik fungerar. Innehållet i de två första avsnitten av föräldrastödet matchar innehållet av de två första modulerna i Ångesthjälpen Ung.
3. ***Verktyg i programmet.*** Avsnittet innehåller beskrivning av de strategier och verktyg som tonåringen arbetar med i modul tre till sex av Ångesthjälpen Ung.

4. **Framtid.** Avsnittet handlar om hur tonåringen fortsätter bygga på det hen lärt sig i programmet och hur familjen kan hantera bakslag. Modulen är framför allt aktuell då tonåringen arbetar med sista modulen i Ångesthjälpen Ung.

iKBT-behandling för ungdomar

När en bedömning kring att iKBT skulle vara ett passande behandlingsalternativ har gjorts är det dags att starta igång behandlingen. Läs mer under föregående kapitel för ingående information kring uppstart, rutiner, kommunikation. Det finns dock några särskilda saker att ta hänsyn till gällande iKBT för ungdomar:

Bank-ID

Många ungdomar saknar bank-ID eller Freja eID plus som krävs för att logga in på 1177. E-tjänsterna inte stödjer inloggning med Mobilt SäkerhetsID (en e-legitimation som riktar sig till unga), Freja eID eller Freja eID extended. Testa gärna att låta dem logga in under bedömningssamtalet, för att säkerställa att de har rätt e-legitimation.

Vårdnadshavare

Hur mycket vårdnadshavarna är delaktig i behandlingen kan skilja sig från fall till fall. Än så länge saknar tillräckligt vetenskapligt underlag för att förstå hur föräldrars roll spelar in i en iKBT-behandling (Vigerland et al., 2016). Vissa ungdomar vill utesluta föräldrarna helt och vissa vill ha med dem så mycket som möjligt. Uppmuntra self-efficacy hos patienten, där de får börja ta ansvar och öka sin självständighet, men ta gärna in vårdnadshavare som stöd om patienten bedöms behöva struktur/hjälp för att klara av behandlingen. Ett upplägg skulle kunna vara att vårdnadshavare kan sitta tillsammans med patienten och läsa innehållet, men att patienten kan svara på frågorna i enrum. Ibland kan man även ta in andra stöttande personer för att hjälpa patienten med iKBT-behandling.

Kommunikation

Att svara på meddelanden eller annan kommunikation från behandlaren utöver de formulär som finns i programmet är någonting som inte alla tonåringar gör. Ofta arbetar patienten på bra med programmet utan att kommunicera särskilt mycket med behandlaren. Förvänta dig inte långa meddelanden till svar. Eventuella frågor som du ställer till patienten kan istället syfta till att öppna upp för patienten att reflektera på egen hand. Detta är en av anledningarna till att det kan vara bra att boka in en uppföljning via telefon eller videosamtal efter några moduler, då du enklare kan fånga upp om det är någonting som är oklart eller som du behöver lyfta med patienten. Försäkra dig dock om att patienten vet att hen kan skriva ett meddelande om det är någonting hen undrar över och var tydlig i din kommunikation om det är någonting du förväntar dig svar på.

Referenslista

Referenslista

Andersson, G., Carlbring, P., Titov, N., & Lindefors, N. (2019). Internet Interventions for Adults with Anxiety and Mood Disorders: A Narrative Umbrella Review of Recent Meta-Analyses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(7), 465–470. <https://doi.org/10.1177/0706743719839381>

Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers P., Riper H., & Hedman-Lagerlöf E. (2018) Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47:1, 1-18, DOI: 10.1080/16506073.2017.1401115

Dear, B. F., Zou, J. B., Ali, S., Lorian, C. N., Johnston, L., Matthew D. Terides, M. D., Staples, L. G., Gandy, M., Fogliati, V. J., Klein, B. & Titov, N (2015) Examining self-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of anxiety and depression: Two feasibility open trials. *Internet Interventions*, 2(1), 17-23 <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.11.002>.

Eedbacken, J. & Vernmark, K. (2021) Digital Psykologi. Studentlitteratur AB.

Heber, E., Ebert, D. D., Lehr, D., Cuijpers, P., Berking, M., Nobis, S., & Riper, H. (2017). The Benefit of Web- and Computer-Based Interventions for Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*, 19(2), e32. <https://doi.org/10.2196/jmir.5774>

Hjorth, E. C., & Johansson, K. (2021) Internetförmiddlad KBT för ADHD-patienter vid specialistpsykiatrisk mottagning – en pilotstudie.

Holländare, F., Gustafsson, Sanna., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., Hadjistavropoulos, H., & Tillfors, M. (2015). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions*. 3. 10.1016/j.invent.2015.11.002.

Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., Maas, F., Furukawa, T.A. & Cuijpers, P. (2021) Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(4):361–371. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4364

Kivi, M., Eriksson, M., C., M., Hange, D., Petersson, E-L., Vernmark K., Johansson, B. & Björkelund, C. (2014). Internet-based therapy for mild to moderate depression in Swedish primary care: short term results from the PRIM-NET randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43:4, 289-298.

Lilja, J.L., Rupcic Ljustina M., Nissling L., Larsson A.C., & Weineland S. (2021) Youths' and Parents' Experiences and Perceived Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Primary Care: Mixed Methods Study. *JMIR Pediatrics and Parenting*. 23/06/2021:26842 (forthcoming/in press)

Nordh, M., Wahlund, T., Jolstedt, M., Sahlin, H., Bjureberg, J., Ahlen, J., ... Serlachius, E. (2021) Therapist-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavioral

Therapy vs Internet-Delivered Supportive Therapy for Children and Adolescents With Social Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 78, 705–713. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0469

Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(3), 280–289. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000240>

Rooksby, M., Elouafkaoui, P., Humphris, G., Clarkson, J., & Freeman, R. (2015). Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 29, 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.11.006>

SBU (2021) Internetförmiddlad psykologisk behandling – jämförelse med andra behandlingar vid psykiatriska syndrom. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); SBU-rapport nr 337. ISBN 978-91-88437-80-8.

Socialstyrelsen (2014) Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd, ett kunskapsstöd. 2014-10-42, ISBN: 978-91-7555-229-3

Socialstyrelsen (2021) Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. 2021-4-7339 ISBN: 978-91-7555-563-8

Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Systematic Review and Meta-Analysis for Mental Health Outcomes. *Behavior therapy*, 52(2), 492–507. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.002>

Titov, N., Dear, B. F., Ali, S., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., Terides, M. D., Kayrouz, R., Klein, B., Gandy, M., & Fogliati, V. J. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 46(2), 193–205. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.008>

Zachariae, R., Lybby, M. S., Ritterband, L. M. & O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 30, 1-10.

van der Zweerde, T., Lancee, J., Ida Luik, A., & van Straten, A. (2020). Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: Tailoring Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia for Patients with Chronic Insomnia. *Sleep medicine clinics*, 15(2), 117–131. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2020.02.001>

Vigerland, S., Lenhard, F., Bonnert, M., Lalouni, M., Hedman, E., Ahlen, J., Olén, O., Serlachius, E., & Ljótsson, B. (2016). Internet-delivered cognitive

behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 50, 1–10.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.005>