

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Stöd för styrning och ledning
Remissversion

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

| | |
|---------------|--|
| Artikelnummer | 2016-12-6 |
| Omslagsfoto | Johnér/Linda Otterstedt |
| Publicerad | www.socialstyrelsen.se , december 2016 |

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid depression och ångestsyndrom.

Syftet med riktlinjerna är att både stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område och vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna riktar sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Andra viktiga mottagare är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen inom vården på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna.

Det här är en remissversion av riktlinjerna. Syftet med att publicera en remissversion är att ge möjlighet för alla intressenter att i en bred och öppen process diskutera och komma med synpunkter på Socialstyrelsens bedömningar och rekommendationer, innan vi tar slutlig ställning.

Efter publiceringen kommer Socialstyrelsen att medverka i ett antal regionala seminarier för beslutsfattare och andra berörda. På seminarierna har regionerna och landstingen möjlighet att redovisa sina analyser av vilka organisatoriska och ekonomiska konsekvenser riktlinjerna kommer att innebära för dem. Dessa analyser blir sedan en del av underlaget till Socialstyrelsens slutliga analys och bedömning av konsekvenserna. Berörda landsting, intresseorganisationer, yrkesföreningar, privata vård- och omsorgsgivare och andra kan också senast 2017-03-31 lämna skriftliga synpunkter på riktlinjerna till Socialstyrelsen. Den slutliga versionen kommer att publiceras under hösten 2017.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord | 3 |
| Sammanfattning | 7 |
| Några viktiga rekommendationer | 7 |
| Rekommendationernas konsekvenser | 9 |
| Indikatorer för uppföljning | 9 |
| Inledning..... | 10 |
| Innehåll i detta dokument | 10 |
| Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag | 10 |
| Användning och mottagare..... | 11 |
| Fokus på vissa åtgärder | 11 |
| Revidering av nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom | 11 |
| Samverkan med andra aktörer | 13 |
| Depression och ångestsyndrom | 13 |
| Hur vården vid depression och ångestsyndrom ser ut..... | 14 |
| Nationella utvärderingar..... | 16 |
| Kompletterande kunskapsstöd | 16 |
| Centrala rekommendationer | 19 |
| Om rekommendationerna | 19 |
| Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom | 20 |
| Behandling vid egentlig depression hos vuxna..... | 25 |
| Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar | 30 |
| Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna | 34 |
| Behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar | 40 |
| Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser | 46 |
| Sammanfattning av konsekvenserna..... | 46 |
| Utredning och omhändertagande | 49 |
| Behandling vid depression eller ångestsyndrom | 52 |
| Indikatorer för god vård och omsorg | 55 |
| Indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom..... | 55 |
| Redovisning av indikatorer | 57 |
| Projektorganisation..... | 60 |
| Referenser | 66 |
| Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder..... | 69 |
| Beskrivning av tillstånd | 69 |
| Beskrivning av åtgärder | 72 |

| | |
|---|----|
| Bilaga 2. Lista över rekommendationer | 75 |
| Bilaga 3. Bilagor som publiceras på webben..... | 88 |

Sammanfattning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekommendationerna omfattar diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling, och gäller såväl barn och ungdomar som vuxna. Riktlinjerna innehåller också bedömningar av de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna av några av rekommendationerna samt indikatorer för uppföljning.

Detta är en remissversion av riktlinjerna och ersätter de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom från 2010.

Några viktiga rekommendationer

Effektivt omhändertagande

Personer med depression eller ångestsyndrom som inte får rätt behandling i tid riskerar en försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom samt återinsjuknande. Obehandlade tillstånd kan även medföra en ökad risk för självmord. Socialstyrelsen rekommenderar därför att hälso- och sjukvården har en hög tillgänglighet för att snabbt erbjuda en strukturerad första bedömning av personer med symtom på depression eller ångestsyndrom. Syftet är att bedöma hur allvarligt en persons tillstånd är och att kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede.

Personer med depression eller ångestsyndrom har ofta ett växlande sjukdomsförlopp med stor risk för återfall, och i vissa fall är tillstånden långdragna. Personer med depression eller ångestsyndrom, eller med misstänkt depression eller ångestsyndrom, bör därför aktivt följas upp med en planerad förnyad kontakt. Åtgärden har stor betydelse för möjligheten att kunna upptäcka allvarliga tillstånd. En god kontinuitet i vårdkontakten i form av planerad förnyad kontakt ökar också följsamheten till behandlingen och förbättrar prognosen över tid.

En aktiv uppföljning kräver ökade resurser av hälso- och sjukvården. På längre sikt bedömer Socialstyrelsen att kostnaderna planar ut. Men åtgärder för att förbättra kontinuiteten inom vården vid depression och ångestsyndrom förutsätter också organisatoriska strukturer som möjliggör att kontinuiteten kan upprätthållas, till exempel mellan olika vårdnivåer.

Undersökning av samsjuklighet med kroppslig sjukdom

Samsjuklighet med kroppslig (somatisk) sjukdom är vanligt vid depression och ångestsyndrom. En utvärdering av vården och insatserna vid depression, ångest och schizofreni, som Socialstyrelsen genomförde 2013, visar samtidigt att personer med psykisk ohälsa riskerar att inte få fullgod behandling av samtidigt kroppsliga sjukdomar. Dessa personer riskerar på grund av detta en sämre hälsa och förkortad livslängd.

För att öka möjligheterna att identifiera, följa upp och behandla eventuell samtidig kroppslig sjukdom hos personer med depression eller ångestsyndrom, är det viktigt att hälso- och sjukvården i större utsträckning uppmärksammar och utreder detta hos denna grupp. Socialstyrelsen rekommenderar därmed att hälso- och sjukvården erbjuder en somatisk anamnes och undersökning av personer med depression eller ångestsyndrom. Utifrån vad anamnesen och undersökningen visar bör även en relevant utredning och behandling erbjudas.

Tillgång till psykologisk behandling

Socialstyrelsen rekommenderar psykologisk behandling, framför allt i form av kognitiv beteendeterapi (KBT), vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av egentlig depression och ångestsyndrom. Huvudsåket är att KBT har god effekt vid dessa tillstånd. Även interpersonell terapi (IPT) rekommenderas vid lindrig till medelsvår depression.

Det råder i dag brist på personal med kompetens inom detta område. Det innebär att tillgången till psykologisk behandling inte motsvarar behovet i tillräcklig utsträckning. Det gäller särskilt inom primärvården, där det krävs både mer kompetens och ökade resurser för att kunna följa riktlinjernas rekommendationer.

Rekommendationerna om psykologisk behandling kommer alltså att innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården på kort sikt. På längre sikt förväntas dock kostnaderna plana ut på en fortsatt högre nivå.

Behandling vid medelsvår till svår egentlig depression

Vid medelsvår till svår egentlig depression är funktionsförmågan och livskvaliteten kraftigt nedsatt. Vissa personer med svår depression har även psykotiska symtom. Vid dessa tillstånd bör hälso- och sjukvården framför allt erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel eller elektrokonvulsiv behandling (ECT).

Ett alternativ till läkemedelsbehandling eller ECT är repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS). Behandlingsmetoden är relativt ny och på senare år har det tillkommit forskning som visar att rTMS har god effekt vid medelsvår till svår egentlig depression samt för personer som inte haft effekt av antidepressiv läkemedelsbehandling. Metoden tycks ha främst lindriga biverkningar och till skillnad mot vid ECT kan patienten vara vaken under behandlingen.

rTMS skulle kunna vara aktuell för betydligt fler patienter än de cirka 50 som behandlas årligen i Sverige i dag. Det skulle kräva att fler kliniker satsade på tekniken eller att fler remitteras till de kliniker som i dag genomför rTMS. Detta kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning, främst på grund av att åtgärden kräver ökade resurser i form av sjukskötersketid.

Rekommendationernas konsekvenser

Rekommendationerna bedöms generellt sett innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården samt organisatoriska konsekvenser i form av organisationsförändringar, nyrekryteringar samt kompetenssatsningar.

På sikt förväntas de ökade kostnaderna balanseras av minskade kostnader till följd av en bättre och mer effektiv vård. Sammantaget är de ekonomiska konsekvenserna en omfördelning av resurser, där resurser som satsas tidigt i vårdkedjan innebär att det är möjligt att undvika lika stora eller större kostnader längre fram. Tidig upptäckt och effektiv behandling inom primärvården förväntas till exempel minska behovet av slutna vård för de här tillstånden.

Socialstyrelsens analys visar också att de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården endast utgör en mindre del av den totala kostnaden för samhället, till exempel i form av sjukskrivningar. Det innebär att ur ett samhällsperspektiv är behandlingsåtgärder vid depression och ångestsyndrom inte bara kostnadseffektiva, utan med stor sannolikhet även kostnadsbesparande.

Indikatorer för uppföljning

Socialstyrelsen har tagit fram 37 nationella indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård.

De flesta av de indikatorer som gäller insatser som utförs av läkare inom den specialiserade eller slutna vården, är i dag möjliga att mäta på nationell nivå med hjälp av befintliga datakällor. Stora delar av vården till personer med depression och ångestsyndrom, som utförs av andra yrkesgrupper eller inom primärvården, kan dock fortfarande inte belysas via nationella register.

I anslutning till beskrivningen av indikatorerna presenteras även, där så är möjligt, en lägesbild utifrån befintliga registerdata. Syftet med lägesbilden är bland annat att utgöra underlag i diskussionen om riktlinjens rekommendationer på regional och lokal nivå, samt stimulera till egenuppföljning och utveckling av datakällor inför kommande utvärdering av följsamheten till riktlinjerna.

Socialstyrelsen kommer även att ta fram målnivåer för aktuella indikatorer, som publiceras i samband med den slutliga versionen av riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling.

Inledning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder vid depression och ångestsyndrom. Rekommendationerna omfattar diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling, och gäller såväl barn och ungdomar som vuxna.

Riktlinjerna är en revidering av Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Detta är en remissversion av de reviderade riktlinjerna och ersätter de nationella riktlinjerna från 2010.

Innehåll i detta dokument

Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- Centrala rekommendationer ur *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Med centrala rekommendationer menar vi rekommendationer som har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation.
- En analys av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.
- Indikatorer för att följa upp hälso- och sjukvårdens vård av personer med depression eller ångestsyndrom. Indikatorerna utgår från de centrala rekommendationerna.

Stöd för styrning och ledning är endast en del av de fullständiga riktlinjerna. Andra delar är bland annat en tillstånds- och åtgärdslista och kunskapsunderlaget för samtliga 104 rekommendationer. De fullständiga riktlinjerna finns på www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta kunskapsbaserade nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort.

Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och socialtjänstens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller grupp av brukare. Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och god vård.

Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar i hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). I denna framgår det att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektiv-

tetsprincipen. En utgångspunkt är också de bärande principerna i socialtjänstlagen.

Användning och mottagare

Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor. De kan till exempel vara underlag vid fördelning av resurser eller när vården ska ändra ett arbetssätt eller en organisation. De kan också vara underlag när hälso- och sjukvården tar fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

Rekommendationerna kan även ge hälso- och sjukvårdspersonal vägledning i beslut som gäller enskilda personer. Men utöver rekommendationerna måste hälso- och sjukvårdspersonalen också ta hänsyn till individens särskilda förutsättningar och önskemål samt den egna professionella expertisen.

De primära mottagarna för riktlinjerna är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer. Andra viktiga mottagare är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Fokus på vissa åtgärder

Socialstyrelsens nationella riktlinjer omfattar i huvudsak åtgärder där hälso- och sjukvården har ett särskilt stort vägledningsbehov. Det kan handla om kontroversiella åtgärder eller åtgärder där det finns praxisskillnader inom hälso- och sjukvården, eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort.

Socialstyrelsen tar inte ställning till eller värderar åtgärder som inte omfattas av riktlinjerna. Däremot förväntar vi oss att dessa åtgärder fångas upp i nationella, regionala och lokala vårdprogram för att täcka in hela vårdkedjan.

Revidering av nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Remissversion öppnar för diskussion

Detta är en remissversion av de reviderade riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom och ersätter de nationella riktlinjerna från 2010. Syftet med att publicera en remissversion är att ge möjlighet för alla intressenter att i en bred och öppen process diskutera och komma med synpunkter på Socialstyrelsens rekommendationer.

Efter publiceringen kommer Socialstyrelsen att medverka i regionala seminarier för att landstingen och sjukvårdsregionerna ska få möjlighet att diskutera hur rekommendationerna påverkar dagens vård. Det kan bland annat handla om vilka ekonomiska eller organisatoriska konsekvenser som rekommendationerna får. Dessa analyser utgör sedan en del av underlaget till Socialstyrelsens slutliga analys och bedömning av konsekvenserna.

Den slutliga versionen av riktlinjerna kommer att publiceras under hösten 2017.

Uppdaterade frågeställningar

I och med revideringen av riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom från 2010 har tillstånds- och åtgärdslistan ändrats. Vissa frågeställningar har tillkommit eller slagits samman med andra medan andra har strukits, till exempel på grund av att frågan bedöms vara inaktuell eller tas upp i andra riktlinjer.

En del av de åtgärder som togs upp i de tidigare riktlinjerna är redan nu rutinåtgärder inom hälso- och sjukvården, och ingår därför inte i de reviderade riktlinjerna. Det innebär att det finns många åtgärder som inte ingår i riktlinjerna men som hälso- och sjukvården bör fortsätta med. Sammantaget innebär detta att de reviderade riktlinjerna omfattar färre frågor än de tidigare riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom från 2010.

Inför revideringen har Socialstyrelsen gett en rad intressenter möjlighet att lämna synpunkter på vilka frågeställningar som bör ingå i riktlinjerna.

Sedan 2010 har Socialstyrelsen utvecklat metoden för att ta fram nationella riktlinjer. Den nya metoden innebär ett mer standardiserat sätt att granska och bedöma det vetenskapliga underlaget. Detta innebär att åtgärder som ingick i riktlinjerna från 2010 har granskats på nytt och i vissa fall fått en förändrad rangordning.

Avgränsning

Denna revidering har tagit utgångspunkt i de nationella riktlinjerna från 2010. De övergripande avgränsningarna är därmed desamma som 2010. De reviderade riktlinjerna har dock ett tydligare styr- och ledningsperspektiv, vilket har påverkat urvalet av frågeställningar. Fokus är dessutom att vägleda riktlinjernas primära mottagare, det vill säga beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, tjänstemän och verksamhetschefer.

De reviderade riktlinjerna tar liksom riktlinjerna från 2010 inte upp psykosociala insatser. De reviderade riktlinjerna tar inte heller upp åtgärder vid bipolär sjukdom, vilket är en ny avgränsning jämfört med riktlinjerna från 2010.

Socialstyrelsen har inte skiljt ut gruppen äldre i riktlinjerna. En anledning är att det i många fall saknas studier med äldre som specifik grupp och att det vetenskapliga underlaget därmed är begränsat [1]. Vid behandling av äldre behöver man dock ta särskild hänsyn till äldres förutsättningar, exempelvis särskilda risker för biverkningar vid läkemedelsbehandling. Sådana frågor tas upp i andra vägledningar, se nedan under *Kompletterande kunskapsstöd*.

Dessa riktlinjer tar inte upp olika förmedlingsätt av psykologisk behandling. Psykologisk behandling kan till exempel erbjudas och förmedlas individuellt, i grupp, i par, i familj eller via internet. Eftersom utvecklingen inom framför allt e-hälsa är snabb och det är sannolikt att de digitala förmedlingsätten snabbt kan förändras, har Socialstyrelsen valt att ge rekommendationer som inte är begränsade till förmedlingsätt.

Områden där det finns föreskrifter eller andra typer av vägledningar från Socialstyrelsen eller andra myndigheter ingår inte i riktlinjerna.

I övrigt utgår riktlinjerna i huvudsak från hälso- och sjukvårdens aktuella behov av vägledning. Riktlinjerna omfattar därför främst områden och

åtgärder där det till exempel finns stora praxisskillnader eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort.

Samverkan med andra aktörer

I arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har Socialstyrelsen samverkat med Läkemedelsverket, som under samma period har uppdaterat sina behandlingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom. Socialstyrelsens riktlinjer och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer kompletterar varandra. Riktlinjerna ger till exempel ofta rekommendationer om behandling utifrån en grupp läkemedel, till exempel antidepressiva läkemedel. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer kompletterar då Socialstyrelsens rekommendationer med att ge vägledning om olika preparatgrupper samt enskilda preparat.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer skiljer sig däremot åt när det gäller primära mottagare och syfte. Socialstyrelsens riktlinjer och rekommendationer riktar sig framför allt till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och har som syfte att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder samt vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vänder sig till förskrivare och är ett kunskapsstöd tillämpbart i den kliniska vardagen.

Förutom Läkemedelsverket har företrädare för sjukvårdshuvudmännen, patientorganisationer, specialistföreningar och andra intresseorganisationer och medicinskt sakkunniga medverkat. Sjukvårdshuvudmännen har genom Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning (NSK) nominerat experter till prioriteringsarbetet och förberett de regionala seminarier som ordnas efter publiceringen av remissversionen av riktlinjerna.

Depression och ångestsyndrom

Depression och ångestsyndrom är mycket vanliga tillstånd. Man beräknar att upp till 25 procent av alla kvinnor och upp till 15 procent av alla män någon gång under livet får en depression [2, 3]. För ångestsyndrom gäller ungefär samma förhållande [3]. Många av de som drabbas av depression eller ångest är i arbetsför ålder, även om både barn, ungdomar och äldre kan drabbas. Diagnoser inom depressions- och ångestområdet ligger bakom cirka 90 procent av alla sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa i Sverige [4].

Både när det gäller depressionssjukdom och ångestsyndrom finns skiftande allvarlighetsgrader, men även vid mindre allvarlighetsgrad innebär det ofta att personen får svårigheter att klara såväl vardags- som arbetsliv. Det är viktigt att adekvat och tidig behandling sätts in för att så långt möjligt förhindra funktionsnedsättning, risk för långvarig sjukdom och återinsjuknande.

Vid både depression och ångestsyndrom finns ökad risk för självmordstankar och självmordsförsök, vilket också kräver att vården under hela sjukdomsförloppet behöver vara lättillgänglig och ha hög kontinuitet.

Personer med depression och ångestsyndrom har också större risk än normalbefolkningen att drabbas av kroppsliga (somatiska) sjukdomar. Det är dessutom vanligare att personer med långvariga sjukdomar, exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdom eller stroke, drabbas av depression och ångest [5].

Vad är depression respektive ångestsyndrom?

Både ångestsymtom och depressiva symtom förekommer vid ångestsyndrom och depression. För att kunna diagnostisera depression respektive ångestsyndrom finns speciella kriterier. Dessa kriterier anges i diagnossystemet ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems), en standard för klassificering av sjukdomar utgiven av Världshälsoorganisationen (WHO), respektive DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). I Sverige används främst ICD-10 vid diagnostik inom hälso- och sjukvården, medan DSM-5 ofta används inom forskning och i viss mån i psykiatrisk verksamhet.

ICD-10 definierar diagnosen depression som ett tillstånd som varat mer än två veckor och där nedstämdhet, nedsatt energi, förlust av intresse eller nöje av att göra aktiviteter som tidigare gett tillfredsställelse är viktiga symtom. Även symtom som förlust av självförtroende, skam och skuld känslor, tankar på döden eller självmord, svårighet att tänka eller obeslutsamhet, vankelmod, sömnsvårigheter och aptitförändring kan ingå. För att få diagnosen depression ska personen inte tidigare ha haft maniska symtom. En egentlig depression är benämningen på en depression som uppfyller diagnoskriterierna. För att ställa diagnosen lindrig egentlig depression krävs ett mindre antal symtom, för medelsvår och svår egentlig depression fler.

Det är viktigt att skilja på ångest som symtom och specifika, definierade ångestsyndrom. Ångestsyndrom innebär en återkommande svårhanterlig rädsla eller oro i vissa situationer eller i förhållande till vissa företeelser. Vid ångestsyndrom är ångesten svår och leder till inskränkningar i det dagliga livet och ofta funktionsnedsättning. De olika syndromen definieras utifrån specifika diagnoskriterier i ICD-10. Livstidsrisken att insjukna i ett ångestsyndrom är cirka 25 procent, och hos vuxna är det två till tre gånger så vanligt hos kvinnor jämfört med män. Bland barn innan puberteten förekommer ångestsyndrom hos cirka 10 procent och är lika vanliga hos pojkar som hos flickor.

Hur vården vid depression och ångestsyndrom ser ut

Majoriteten av personer som drabbas av depressions- eller ångestsymtom söker vård inom primärvården och mer än 70 procent av alla patienter med depression eller ångestsyndrom får vård inom primärvården [5]. Det är också inom primärvården som 65 procent av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut. Endast cirka 20 procent av patienterna remitteras vidare till specialiserad psykiatri.

Barn och ungdomar och deras föräldrar vänder sig även ofta till elevhäl-
san, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomsmedicin och barn- och
ungdomspsykiatri (BUP) som första instans.

Diagnostiken inom vården vid depression och ångestsyndrom görs utifrån
en klinisk bedömning och utifrån samtal med patienten och eventuellt med en
närstående när det gäller barn och ungdomar.

Både depression och ångestsyndrom behandlas i huvudsak med antide-
pressiva läkemedel och olika former av psykoterapi. Andra möjligheter att
behandla depression är fysisk aktivitet, transkraniell magnetstimulering
(TMS) och ECT-behandling. Målet med behandlingen är tillfrisknande,
vilket inte bara innebär frihet från symtom utan också återgång till skola eller
arbete samt återvunnen social funktion och livskvalitet. Ett annat viktigt mål
är att minska risken för återinsjuknande.

Kunskapen om behandling av depression och ångestsyndrom utvecklas
successivt. De antidepressiva läkemedel som framför allt används i dag –
selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI-preparat) – dominerar vid
läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom.

Inom psykoterapin sker till exempel en utveckling inom den kognitiva
beteendeterapin (KBT). Behandlingarna blir mer specifika och ställer därmed
krav på mer specialiserad kunskap hos behandlande terapeuter. Även för-
medlingssätten av KBT har blivit fler, vilket gjort det möjligt att nå patient-
grupper som har långt till sjukhus eller begränsad tillgång till lokala terapeu-
ter.

Vid vården av personer med depression eller ångestsyndrom är det särskilt
viktigt med kontinuitet och tillgänglighet. Ett sätt att tillgodose detta inom
primärvården kan vara att det finns en vårdsamordnare, exempelvis en
distriktssköterska, som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med
personer med depression eller ångestsyndrom. En del vårdcentraler i landet
har redan i dag infört vårdsamordnare för personer med psykisk ohälsa, med
goda resultat. Detta är alltså ett exempel på hur hälso- och sjukvården kan
organisera sin verksamhet för att tillgodose patienternas behov av kontinuitet
och tillgänglighet i vården. En annan viktig del är att se till att den hälso- och
sjukvårdspersonal som inom primärvården kommer i kontakt med personer
med depression eller ångestsyndrom har rätt kompetens för att kunna tillgo-
dose dessa personers behov av vård och stöd.

Inom den specialiserade hälso- och sjukvården är det också angeläget att
det finns ett tydligt ansvar för samordning och koordination i de fall en
person får flera specifika behandlingar samt en kontaktperson som patienter
och närstående kan vända sig till i första hand.

Ibland kan det vara aktuellt för hälso- och sjukvården att även involvera
närstående och arbetsgivare eller skola för att få en mer fullständig bild av
patientens funktionsnivå eller nuvarande psykosociala situation. För att
kunna identifiera, bedöma och ta ställning till patientens behov av vård
utifrån det aktuella tillståndet kan det även, förutom läkare, vara aktuellt att
involvera flera olika professioner, exempelvis sjuksköterska, psykolog eller
socioekonom.

Många patienter har också behov av andra åtgärder som ligger utanför
hälso- och sjukvårdens uppdrag. Vid behov av insatser från socialtjänsten

uppmärksammas detta genom samordnad vårdplanering och upprättande av en samordnad individuell plan (SIP). Den fortsatta vården ges då utifrån den samordnade individuella planen.

Nationella utvärderingar

För att följa upp tillämpningen av de nationella riktlinjerna genomför Socialstyrelsen utvärderingar inom de områden av vården och omsorgen som omfattas av de nationella riktlinjerna. Syftet är att utvärdera i vilken mån rekommendationerna i riktlinjerna får genomslag inom vården och omsorgen, men även att belysa kvalitet och effektivitet.

Ett annat syfte är också att den kunskap som man vinner i utvärderingsarbetet ska kunna omsättas och integreras i uppdateringen av de befintliga riktlinjerna. Det kan till exempel gälla resultat som visar att vården och omsorgen inte är jämlikt fördelad eller ges med samma kvalitet utifrån olika socioekonomiska aspekter. Genom att belysa dessa brister kan utvärderingarna driva på att vården ges utifrån riktlinjernas rekommendationer, men också belysa vad som behöver lyftas fram i de nationella riktlinjerna.

Utvärderingarna utgår från de indikatorer som tas fram inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård.

Socialstyrelsen har utvärderat hälso- och sjukvården utifrån indikatorer i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010* i rapporten *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni* [5]. Utvärderingen visar att personer med psykisk ohälsa riskerar att inte få fullgod behandling av samtidiga kroppsliga sjukdomar, och därmed riskerar en sämre hälsa och att dö i förtid. Personer med en psykiatrisk diagnos har en högre andel undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen jämfört med personer utan en sådan diagnos.

Utvärderingen identifierade också ett antal förbättringsområden, såsom att

- ta fram rutiner för tidig upptäckt och behandling av kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa
- ta fram rutiner för självmordsriskbedömningar
- öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling
- ta fram rutiner för tidig upptäckt och diagnostik av psykisk ohälsa
- öka uppföljningen av behandling

Kompletterande kunskapsstöd

Läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer ger vägledning för förskrivande läkare om läkemedelsbehandling vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom. Rekommendationerna omfattar barn och ungdom, vuxna och äldre, vid graviditet och amning och vid samtidigt substansmissbruk.

Metodstöd

Socialstyrelsen har tagit fram ett utbildnings- och informationsmaterial som stöd för användning av den strukturerade intervjun MINI i primärvården.

Materialet – *M.I.N.I. – Stöd för diagnostik av psykisk ohälsa inom primärvården* – finns tillgängligt på Kunskapsguidens webbplats, www.kunskapsguiden.se.

Socialstyrelsen har också tagit fram en rapport om hur hälso- och sjukvården kan arbeta för att minska de negativa effekterna av minnesstörningar efter ECT. Rapporten *Minnesstörningar hos patienter som behandlats med ECT – Om information och delaktighet för patienter och närstående* [6] finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/publikationer2016.

Vård av äldre

Äldre personer riskerar att inte ges företräde eller rätt behandling, trots stora hälso- och vårdbehov. Det är dock inte en persons ålder som avgör om man bör få en behandling eller inte, utan möjligheten att tillgodogöra sig den.

Äldres särskilda förutsättningar, till exempel eventuell svår samsjuklighet och skörhet, kan dock påverka tillämpbarheten av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Att följa enskilda rekommendationer i riktlinjerna kan i vissa fall riskera att leda till felbehandling när det gäller denna grupp. Det kan gälla såväl under- som överbehandling, och det är därför viktigt att hälso- och sjukvården i vårdprogram och liknande beaktar i vilken mån rekommendationer från de nationella riktlinjerna kan tillämpas för gruppen.

I SBU:s rapport *Behandling av depression hos äldre* från år 2015 utvärderas läkemedelsbehandling, psykologisk behandling och ett antal andra metoder. Rapporten visar att när det gäller depression hos äldre kan psykologisk behandling i form av så kallad problemlösningsterapi ha effekt [1]. Den visar också att antidepressiva läkemedel inom gruppen SSRI-preparat har sämre effekt hos äldre än hos den övriga befolkningen. Antidepressiva läkemedel kan öka risken för exempelvis fallskador, mag-tarmblödning och hjärtpåverkan, och har associerats med överdödlighet hos äldre [7]. För behandling av ångestsyndrom är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för behandling med SSRI-preparat av äldre.

Vägledning om hur nationella riktlinjer kan anpassas för äldre finns i bilagan *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* är ett stöd för att ge äldre en säker läkemedelsbehandling. Indikatorerna uppdateras för närvarande [8].

Myndighetens rapport *Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre* uppmärksammar de risker en hög förskrivning av antidepressiva läkemedel till äldre kan medföra [7].

Läkemedelsverkets rekommendationer om läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom omfattar också specifik vägledning om förskrivning till äldre.

Svenska psykiatriska föreningens kliniska riktlinjer för äldrepsykiatri omfattar både utredning och behandling och tar bland annat upp vanligt förekommande samsjuklighet [9].

Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styr- och ledningsperspektiv.

Samtliga rekommendationer redovisas i bilaga 2. En fullständig tillstånds- och åtgärdslista finns också att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Om rekommendationerna

Tre typer av rekommendationer

För att kunna rekommendera en viss åtgärd rangordnar Socialstyrelsen olika tillstånds- och åtgärdspar. Sammantaget ger vi tre olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordning 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra*. Tabell 1 nedan beskriver översiktligt de olika typerna av rekommendationer.

Tabell 1. Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer

| Typ av rekommendation | Beskrivning |
|-----------------------|---|
| Rangordning 1–10 | Åtgärder som hälso- och sjukvården bör, kan eller kan i undantagsfall erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt prioriteringsskalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har högst angelägenhetsgrad och 10 lägst. |
| FoU | Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. |
| Icke-göra | Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården att sluta använda åtgärderna. |

Metoden för rangordningsprocessen och kunskapsunderlaget för samtliga rekommendationer finns i bilagorna *Metodbeskrivning* respektive *Kunskapsunderlag*. Bilagorna finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rekommendationer med rangordning 1–10

Socialstyrelsen formulerar de centrala rekommendationerna som åtgärder som hälso- och sjukvården *bör*, *kan* eller *kan i undantagsfall* erbjuda vid ett visst tillstånd. Syftet är att stödja mottagarna att tolka rangordningen 1–10 samt tillämpa rekommendationerna.

I riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom har formuleringen *bör* använts för rekommendationer med rangordning 1–3, *kan* för 4–7 och *kan i undantagsfall* för 8–10.

Rangordningen utgår från nationella modellen

Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärdspar utgår från den nationella modellen för prioriteringar [10]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

Enligt den nationella modellen ska rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad (avgörs utifrån risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död vid ett visst tillstånd)
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektiviteten.

Socialstyrelsen beaktar även evidens för effekt, det vill säga hur starkt det vetenskapliga stödet är.

Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom

Depression eller ångestsyndrom är vanliga tillstånd. Svårighetsgraden kan variera från lindriga till mycket svåra tillstånd med överhängande självmordsrisk.

Många personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom söker vård inom primärvården. Barn och ungdomar söker även vård inom exempelvis elevhälsan, psykiatriska mottagningar för barn och ungdomar eller barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Det är därmed viktigt att primärvården och andra verksamheter där personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom söker vård har möjlighet att bedöma och utreda dessa personer, och att den vård som erbjuds är individanpassad samt att det finns en hög tillgänglighet till vård. Hög tillgänglighet innebär snabb tillgång till besök, telefontillgänglighet, öppethållande, bemanning och personal med kunskap om psykisk ohälsa.

Personer med psykisk ohälsa har en ökad risk för sjukdom och död i kroppsliga sjukdomar jämfört med personer utan psykisk sjukdom [5]. Det är därför angeläget att hälso- och sjukvården även uppmärksammar och utreder olika kroppsliga symtom, för att kunna upptäcka och behandla eventuell kroppslig samsjuklighet.

Effektivt omhändertagande

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 1 och 5)

Egentlig depression och ångestsyndrom är sjukdomar som kan medföra att en person får svårighet att klara sitt dagliga liv, med nedsatt livskvalitet som följd. Om personen inte får rätt behandling i tid finns det risk för försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom samt återinsjuknande. Det kan även medföra en risk för självmord.

De flesta personer med depression eller ångestsyndrom söker vård inom primärvården. Det är därför angeläget att primärvården har en hög tillgänglighet när det gäller att snabbt erbjuda en strukturerad första bedömning av

personer med symtom av depression eller ångestsyndrom, för att därefter kunna erbjuda en adekvat behandling.

Sjukdomsförloppet vid depression och ångestsyndrom är ofta växlande med risk för återfall och nya depressionsepisoder och i vissa fall är tillståndet långdragna. Störst risk för återkommande depression har personer med tidig debut av depression, där risken för återfall är 60–70 procent. Även ångestsyndrom i tonåren har visat hög återfallsrisk i vuxen ålder.

En god kontinuitet i vårdkontakten och en aktiv uppföljning av behandlingen ökar följsamheten till behandlingen och förbättrar prognosen över tid. En god kontinuitet behövs såväl inom en och samma vårdnivå som i överföringen från primärvård till specialiserad vård, samt från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehov till personer med symtom på depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar möjligheten att bedöma hur allvarligt en persons tillstånd är och kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården också erbjuda en aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom, eller med misstänkt depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har stor betydelse för att upptäcka allvarliga tillstånd samt kan påverka behandlingseffekten positivt.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehov till personer med symtom på depression eller ångestsyndrom (*prioritet 1*)
- erbjuda en aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom, eller med misstänkt depression eller ångestsyndrom (*prioritet 1*).

Diagnostik vid misstänkt depression eller ångestsyndrom hos vuxna

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 2a och 2b)

Många psykiska sjukdomar och syndrom kan i ett första skede likna varandra symtomässigt och därmed kan det vara svårt att ställa rätt diagnos. Det är också vanligt med samsjuklighet med andra psykiska eller kroppsliga sjukdomar och att depressions- och ångestsymtom förekommer vid missbruk av alkohol och narkotika.

Det kliniska samtalet är en viktig utgångspunkt för den diagnostiska processen, men räcker inte alltid för att diagnostisera depression eller ångestsyndrom [11, 12]. I genomsnitt identifieras (i primärvård och öppen specialiserad vård) endast cirka hälften av dem med depression och ångestsyndrom. För att öka den diagnostiska tillförlitligheten behöver den kliniska bedömningen kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer.

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om de diagnostiska intervjuerna MINI (från engelskans ”Mini International Neuropsychiatric Interview”) och SCID-I (från engelskans ”Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version”) som stöd i den diagnostiska processen.

MINI är en kortfattad strukturerad diagnostisk intervju som är utvecklad för att enkelt och snabbt (15–20 minuter) kunna kartlägga en persons olika psykiska sjukdomar.

SCID-I är en semistrukturerad intervju som används som underlag för att diagnostisera personer med psykiska sjukdomar. Syftet är att utgöra ett stöd vid den diagnostiska intervjun för att samla in relevant information för en klinisk bedömning. SCID-I används i första hand inom specialiserad psykiatri. Frågorna är strukturerade och riktade, och frågorna åtföljs även av mer öppna frågor för att verifiera diagnoskriterierna.

MINI och SCID-I kan även ge viktig information om eventuell samsjuklighet såsom missbruk eller beroende.

För att använda MINI och SCID-I krävs utbildning och kunskap om psykiska sjukdomar, den diagnostiska processen och användandet av diagnostiska intervjuinstrument.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda SCID-I eller MINI som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i den specialiserade vården till vuxna personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna ökar förutsättningen för en korrekt diagnos och att MINI och SCID-I fungerar väl som komplement till den kliniska bedömningen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda MINI som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i primärvården till vuxna personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar förutsättningen för en korrekt diagnos och att MINI fungerar väl som komplement till den kliniska bedömningen.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda SCID-I eller MINI som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i den specialiserade vården till vuxna personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda MINI som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i primärvården till vuxna personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom (*prioritet 4*).

Undersökning av samsjuklighet med kroppslig sjukdom

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 4)

Det är vanligt med samsjuklighet med kroppslig (somatisk) sjukdom vid depression och ångestsyndrom. Personer med egentlig depression och även i viss mån personer med ångestsyndrom dör i genomsnitt 5–10 år tidigare än personer som inte har dessa sjukdomar. Dödsorsaken kan exempelvis vara hjärt-kärlsjukdom, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), astma eller cancer.

Samsjukligheten med olika kroppsliga sjukdomar ser olika ut för olika psykiatriska tillstånd. Personer med depression har ofta diabetes, hjärt-kärlsjukdom eller någon neurologisk sjukdom. Personer med ångestsyndrom har oftare hjärtbesvär, mag- och tarmproblem och höga blodfetter jämfört med den övriga befolkningen. Hos barn med depression och ångestsyndrom är kroppslig samsjuklighet dock något ovanligare än hos vuxna.

För att kunna diagnostisera och behandla eventuell samtidig kroppslig sjukdom hos personer med depression eller ångestsyndrom är det viktigt att hälso- och sjukvården uppmärksammar och utreder detta hos denna grupp.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda en somatisk anamnes och undersökning samt en relevant utredning utifrån eventuellt ytterligare behov av vård till personer med depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar förutsättningarna för att identifiera, följa upp och behandla kroppslig sjukdom och därmed minska risken att dö i förtid. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda en somatisk anamnes och undersökning samt en relevant utredning utifrån eventuella ytterligare behov av vård till personer med depression eller ångestsyndrom (*prioritet 1*).

Bedömning av självmordsrisk hos ungdomar och vuxna med instrument

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 10a, 10b och 10c)

Risken för självmordshandlingar eller självmord är ökad vid depression och ångestsyndrom. Om en person har gjort ett tidigare självmordsförsök eller exempelvis visar tecken på instabilitet eller tilltagande hopplöshet är risken kraftigt ökad. Det är därmed viktigt att hälso- och sjukvården bedömer självmordsrisk vid vård av personer med depression och ångestsyndrom, både vid diagnostik och under pågående behandling.

Grunden för självmordsriskbedömningen är en klinisk bedömning av patienten. Den kliniska bedömningen utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för självmord, såsom psykiatrisk diagnos, missbruk och tidigare självmordsförsök. I kartläggningen ingår också att identifiera om personen har självmordstankar, självmordsplaner eller om personen har gjort tidigare självmordsförsök.

Som stöd för att kartlägga och bedöma risken för självmord eller självmordsförsök finns särskilda bedömningsinstrument, såsom intervjuformulär och riskbedömningssskalor eller skattningsskalor. Exempel på sådana instrument är SUAS (från engelskans "Suicide Assessment Scale"), C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale) och MINI (International Neuropsychiatric Interview) samt frågan om självmord i depressionsskalan MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) eller PHQ-9 (Patient Health Questionnaire -9).

Det är inte fastställt om den kliniska bedömningen av risken för självmord förbättras när bedömningsinstrument används som komplement. Det kan också finnas en risk för att bedömningen av självmordsrisken i alltför hög utsträckning utgår från den information som samlas in med hjälp av instrumentet. Bedömningsinstrument kan dock vara ett stöd för oerfaren eller ny hälso- och sjukvårdspersonal och användas som hjälpmedel för att kartlägga viktiga riskfaktorer för självmord.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården bedöma självmordsrisken med skattningsskalor som ett komplement till den kliniska bedömningen hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att trots att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för vissa instrument eller att vissa instrument har en visad låg tillförlitlighet (sensitivitet eller specificitet), kan de användas

som komplement vid en klinisk självmordsriskbedömning. Instrumenten kan ha ett värde som pedagogiskt stöd för att efterfråga viktiga riskfaktorer för självmordshandlingar.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte bedöma självmordsrisk med enbart skattningsinstrument hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att flertalet instrument brister i sin tillförlitlighet (låg sensitivitet eller specificitet) när det gäller att bedöma risken för framtida självmordsförsök eller självmord.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte bedöma självmordsrisk med skattningsinstrumentet SAD PERSONS scale som komplement till klinisk bedömning hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att skattningsinstrumentet SAD PERSONS scale har en mycket låg sensitivitet, vilket betyder att det finns en stor risk att missa självmordsbenägna personer.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården kan

- bedöma självmordsrisken med instrument som ett komplement till den kliniska bedömningen hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom (*prioritet 6*).

Hälso- och sjukvården bör inte

- bedöma självmordsrisken med enbart instrument hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom (*icke-göra*)
- bedöma självmordsrisken med instrumentet SAD PERSONS scale som ett komplement till den kliniska bedömningen hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom (*icke-göra*).

Behandling vid egentlig depression hos vuxna

Egentlig depression är en mycket vanlig sjukdom – upp till 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män insjuknar i depression någon gång i livet.

Diagnoskriterierna vid egentlig depression utgörs av flera olika symtom, bland annat nedstämdhet, klart minskat intresse, sömnstörning, brist på energi, koncentrationssvårigheter, pessimistiska tankar och döds- eller självmordstankar. Förutom detta kännetecknas depression också av att vara episodisk och att den depressiva episoden varar i minst två veckor, samt att den är återkommande och vanligen varar i 3–12 månader.

Depression brukar delas in i nivåerna lindrig, medelsvår och svår. Hur svår depressionen är avgör vilken behandlingsinsats som är mest lämplig.

Standardbehandling är psykologisk behandling eller behandling med antidepressiva läkemedel, och vid svårare tillstånd elektrokonvulsiv behandling (ECT).

Litiumbehandling som tillägg till antidepressiva läkemedel vid svår, behandlingsresistent depression har funnits som en möjlig åtgärd under lång tid, men underanvänds fortfarande.

Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) är en metod som utvecklades i mitten av 1980-talet, men har i Sverige endast använts på enstaka kliniker. De senaste åren har dock det vetenskapliga stödet stärkts och behandlingen har börjat användas mer, om än bara i vissa landsting.

En beskrivning av egentlig depression och de olika nivåerna finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Behandling vid lindrig till medelsvår egentlig depression

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 68, 69 och 73)

Vid en lindrig egentlig depression är symtomen få och oftast milda, medan symtomen vid medelsvår egentlig depression är fler och mer varaktiga. Vid både lindrig och medelsvår egentlig depression finns det dock en risk för att tillståndet försämras, vilket motiverar en tidig och aktiv behandling. Hos personer med medelsvår egentlig depression kan ett obehandlat tillstånd som successivt försämras leda till självmordshandlingar.

Vanliga behandlingar vid lindrig och medelsvår egentlig depression är psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT). Ett alternativ till psykologisk behandling är behandling med antidepressiva läkemedel.

Valet mellan KBT, IPT och antidepressiv läkemedelsbehandling – och valet av läkemedel – behöver anpassas till hur svår depressionen är och ske i samråd med patient och närstående. För mer specifik information om läkemedelsbehandling vid depression, se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom.

Beskrivningar av lindrig respektive medelsvår egentlig depression samt de olika behandlingsmetoderna finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda KBT till vuxna personer med lindrig till medelsvår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på andel som svarar på behandling (det vill säga respons) jämfört med antidepressiva läkemedel och en måttlig effekt på depressionssymtom jämfört med placebo.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda IPT till vuxna personer med lindrig till medelsvår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har måttlig effekt på depressionssymtom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna personer med lindrig till medelsvår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att

tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och på andel som svarar på behandling (det vill säga respons). Åtgärden är dock förknippad med olika preparatberoende biverkningar, vilket har påverkat prioriteringen.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression (*prioritet 1*)
- erbjuda IPT till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression (*prioritet 3*)
- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression (*prioritet 3*).

Behandling vid medelsvår till svår egentlig depression

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 78, 80, 81 och 85)

Hos personer med medelsvår till svår egentlig depression är funktionsförmågan och livskvaliteten kraftigt nedsatt, vilket medför stora svårigheter att klara vardagslivet och de dagliga aktiviteterna. Vid svår depression kan vissa personer även få psykotiska symtom. Personerna med psykotiska symtom utgör en liten men allvarligt sjuk grupp.

Medelsvår till svår depression kan behandlas med antidepressiva läkemedel, vilket också används frekvent i dag. Läkemedelsbehandlingen, såsom valet av preparat, behöver anpassas till hur svår depressionen är. Biverkningarna skiljer sig mellan olika typer av antidepressiva läkemedel, vilket behöver beaktas vid valet av behandling. För mer specifik information om läkemedelsbehandling vid depression, se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom.

Ytterligare ett behandlingsalternativ är elektrokonvulsiv behandling (ECT). Åtgärden är aktuell vid svår depression, både med och utan psykotiska symtom. Syftet med behandlingen att snabbt minska symtomen samt häva eller vända ett allvarligt tillstånd. De vanligaste biverkningarna vid ECT är huvudvärk och illamående. Kognitiva biverkningar i form av minnesstörningar är också vanliga och i regel övergående efter en behandlingsserie. I vissa fall kan de vara ihållande en längre tid efteråt, och det kan inte uteslutas att de blir bestående i enstaka fall. Det är inte klarlagt om långvariga minnesstörningar vid ECT är en effekt av behandlingen eller av tillståndet i sig, eftersom svår depression kan påverka de kognitiva funktionerna negativt [6].

Det är därför viktigt att följa upp biverkningar vid ECT löpande och systematiskt under behandlingstiden, och 6 månader efter avslutad behandling. För att systematiskt kunna följa upp och utvärdera behandling med ECT kan

hälso- och sjukvården även rapportera åtgärden till det nationella kvalitetsregistret för ECT.

En alternativ åtgärd för personer som har en svår och behandlingsresistent depression är läkemedelsbehandling med litium som tillägg till antidepressiva läkemedel. Litium ger relativt milda biverkningar men kan ge diarré, ökad urinmängd och viktökning. Allvarligare former av biverkningar vid litiumbehandling såsom risk för påverkan på njurfunktion och sköldkörtel- och bisköldkörtelfunktion hanteras genom noggrann information till patienten och de närstående, och genom regelbundna provtagningar under hela behandlingstiden.

Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) är ett alternativ till behandling med antidepressiva läkemedel eller ECT för personer med medelsvår till svår depression. Behandlingsmetoden är relativt ny och används i mycket liten utsträckning i Sverige i dag. Metoden började användas och studeras systematiskt för depression under 1990-talet. På senare år har det tillkommit fler studier som visar att rTMS har god effekt hos personer med medelsvår till svår depression eller som inte svarat på behandling med antidepressiva läkemedel.

Beskrivningar av medelsvår respektive svår depression samt de olika behandlingsmetoderna finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda elektrokonvulsiv behandling (ECT) till vuxna personer med svår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt på depressionssymtom. Åtgärden har särskild god effekt vid depression med psykotiska symtom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna personer med svår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och på andel som svarar på behandling (det vill säga respons).

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med litium som tillägg till antidepressiva läkemedel till vuxna personer med svår, behandlingsresistent egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en stor effekt på andel som svarar på behandling (det vill säga respons).

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda behandling med repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) till vuxna personer med medelsvår till svår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och andel som svarar på behandling (det vill säga respons). Åtgärden ger troligen sämre effekt än ECT men lindrigare biverkningar.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda elektrokonvulsiv behandling (ECT) till vuxna med svår egentlig depression (*prioritet 1*)
- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med svår egentlig depression (*prioritet 1*)
- erbjuda behandling med litium som tillägg till antidepressiva läkemedel till vuxna med svår, behandlingsresistent egentlig depression (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda behandling med rTMS till vuxna med medelsvår till svår egentlig depression (*prioritet 4*).

Återfallsförebyggande behandling vid egentlig depression

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 86 och 88)

Personer som haft en eller flera depressioner löper större risk att drabbas av nya depressioner än personer som tidigare inte haft någon depression.

Återfallsförebyggande behandling kan minska risken för denna grupp att få nya depressioner. Det innebär att personer utan några aktuella depressionsymtom får behandling för att förebygga risken för återfall i depression.

Risken att personer med depression återinsjuknar minskar exempelvis mycket kraftigt om behandlingen med antidepressiva läkemedel fortsätter under minst 5–6 månader efter att symtomen försvunnit. I många fall kan det bli aktuellt med flerårig, ibland livslång, förebyggande behandling.

Återfallsförebyggande behandling med KBT kan innehålla psykopedagogiska, kognitiva och beteendeorienterade interventioner i syfte att minska risken för återfall i depression. Ett specifikt utformat KBT-program med fokus på meditationstekniker är mindfulness-baserad kognitiv terapi.

Beskrivningar av de olika behandlingsmetoderna finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna personer som efter recidiverande (återkommande) episoder av egentlig depression uppnått remission (det vill säga tillfrisknat från en depressionsepisod). Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på minskat återfall i depression.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda återfallsförebyggande behandling med KBT eller mindfulness-baserad kognitiv terapi till vuxna personer som efter recidiverande episoder av egentlig depression uppnått remission. Avgörande för rekommendationen är

att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en måttlig effekt på minskat återfall i depression. Det vetenskapliga stödet för KBT och mindfulness-baserad kognitiv terapi är svagare jämfört med behandling med antidepressiva läkemedel, vilket har påverkat prioriteringen.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna som efter recidiverande episoder av egentlig depression uppnått remission (*prioritet 1*)
- erbjuda återfallsförebyggande behandling med KBT eller mindfulness-baserad kognitiv terapi till vuxna som efter recidiverande episoder av egentlig depression uppnått remission (*prioritet 3*).

Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar

Depression hos ungdomar är ett vanligt tillstånd. Tillståndet är inte fullt lika vanligt hos barn före puberteten, men har en större ärftlig komponent och en sämre prognos. Depression hos barn och ungdomar kan leda till problem i skolan, hemma och med viktiga relationer. Funktionsförmågan påverkas i olika utsträckning beroende på hur svår depressionen är, det vill säga om den är lindrig, medelsvår eller svår.

Tidig diagnostik och behandling kan minska risken för fortsatta problem med relationer, problem i skolan och arbetslivet, ihållande depression in i vuxenlivet, annan ohälsa, missbruk och självmord. Samsjuklighet med andra psykiska eller fysiska sjukdomar förekommer, och behöver därför också ingå i en utredning av depression.

Hur svår depressionen är avgör vilken behandlingsinsats som är mest lämplig. Vanligtvis inleds behandlingen med en psykopedagogisk behandling med inriktning på depression, vilket ofta är tillräckligt i lindriga fall. Beroende på behov samt hur svår depressionen är läggs annan behandling till, såsom psykologisk behandling eller behandling med antidepressiva läkemedel.

Hos ungdomar efter pubertetsdebut som har svåra symtom kan ibland även elektrokonvulsiv behandling (ECT) användas. Behandlingen är etablerad och har använts länge i Sverige, men endast i liten utsträckning till ungdomar under 18 år.

En beskrivning av egentlig depression och de olika nivåerna finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Psykopedagogisk behandling vid depression hos barn och ungdomar

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 17)

Depressiva symtom, såsom nedstämdhet, irritabilitet, minskad lust, minskat intresse och nedsatt ork, kan leda till en ond spiral där barnet eller ungdomen drar sig tillbaka och minskar sin aktivitetsnivå. Många barn och ungdomar med depression har också sömnproblem eller minskad aptit. Detta påverkar orken ytterligare negativt och kan leda till att man tappar rutiner för mat, sömn och fysisk aktivitet. Koncentrationsproblem, sömnproblem och nedsatt ork leder till sämre skolfunktion, och en del väljer att stanna hemma från skolan. Detta kan leda till fler konflikter med föräldrarna. Relationerna hemma kan försämrats ytterligare av att barnet eller ungdomen är irritabel och slutar att delta i familjeaktiviteter.

Psykopedagogisk behandling med fokus på depression är en familjebaserad behandling, det vill säga inriktad på både barnet eller ungdomen och dennas föräldrar. Behandlingen innebär att man målmedvetet arbetar med att öka förståelsen för hur de depressiva symtomen uppstår och förstärks samt hur de påverkar vardagen och vad familjen kan göra för att bryta dem.

Arbetet sker strukturerat och problemlösande där föräldrarna utgör ett viktigt stöd för att barnet eller ungdomen ska återfå goda rutiner, öka sin aktivitetsnivå, få ett stödjande familjeklimat och för att kraven i skolan ska anpassas.

För många barn och ungdomar kan det vara tillräckligt med psykopedagogisk behandling med inriktning på depression som enda behandling. För barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen kan den kombineras med eller ersättas med annan behandling.

En beskrivning av psykopedagogisk behandling finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda psykopedagogisk behandling med inriktning på depression till barn och ungdomar med depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en liten till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden minskar depressionssymtom framför allt hos barn och ungdomar med lindrig depression. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda psykopedagogisk behandling med fokus på depression till barn och ungdomar med depression (*prioritet 2*).

Behandling av lindrig till svår egentlig depression hos barn och ungdomar

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 19, 20 och 27a)

För många barn och ungdomar kan det vara tillräckligt med psykopedagogisk behandling med inriktning på depression som enda behandling. Men det är även vanligt att depressionen kräver ytterligare behandling, exempelvis i form av psykologisk behandling.

KBT är en strukturerad form av psykoterapi som fokuserar på att hjälpa barnet och ungdomen att förändra eller hitta alternativa sätt att tänka och handla i olika situationer genom att känna igen och hantera sina känslor. KBT har främst effekt vid lindrig till medelsvår egentlig depression. Ett annat alternativ vid lindrig till medelsvår depression är interpersonell psykoterapi (IPT).

För barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression kan det också vara aktuellt med behandling med antidepressiva läkemedel (fluoxetin). Ju svårare depression, desto starkare är indikationen för läkemedelsbehandling, och desto viktigare är det att överväga läkemedelsbehandling i ett tidigt skede. Vid behandling med antidepressiva läkemedel av barn och ungdomar behöver hälso- och sjukvården särskilt noggrant följa effekt, biverkningar och eventuell ökning av självmordstankar. När tillståndet förbättrats och barnet eller ungdomen är mottaglig för psykologisk behandling kan det vara aktuellt att erbjuda KBT eller IPT som komplement.

En beskrivning av de olika typerna av tillstånd samt behandlingsmetoder finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda KBT till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad samt att åtgärden har en måttlig effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och depressionssymtom. KBT medför dessutom en mindre risk för biverkningar och en mindre självmordsrisk, i jämförelse med behandling med antidepressiva läkemedel.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med fluoxetin vid medelsvår till svår depression hos barn och ungdomar. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en måttlig effekt på andel som svarar på behandling (det vill säga respons) och depressionssymtom. Läkemedelsbehandling innebär dock en risk för biverkningar.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda IPT till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och depressionssymtom. IPT har dock sämre effekt på depressionssymtom, i jämförelse med KBT. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är begränsat, vilket har påverkat prioriteringen.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression (*prioritet 2*)
- erbjuda behandling med fluoxetin till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda IPT till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår depression (*prioritet 5*).

Behandling med ECT vid svår egentlig depression hos ungdomar

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 31)

Svår egentlig depression hos ungdomar innebär en tydlig funktionsnedsättning med svårigheter att utföra vanliga sysslor och skolarbete samt delta eller engagera sig i sociala aktiviteter och fritidsintressen. Tillståndet är allvarligt eftersom det är vanligt med självmordstankar och det finns även en ökad risk för självmord.

Vid svår egentlig depression hos ungdomar (efter pubertetsdebut) med svåra symtom, såsom psykotiska symtom eller katatoni, kan elektrokonvulsiv behandling (ECT) vara ett alternativ. Syftet med behandlingen är att snabbt minska symtom samt häva eller vända ett allvarligt tillstånd.

Behandlingen har främst studerats hos vuxna med svår egentlig depression. Det finns inga kontrollerade randomiserade studier, men det finns observationsstudier som utvärderat ECT för ungdomar med svår egentlig depression, och som visat att effekten av behandlingen hos ungdomar överensstämmer med effekten hos vuxna. Det är därför möjligt att anta att resultaten från studier på vuxna kan överföras till ungdomar efter pubertetsdebut och stärka de resultat som finns för denna grupp.

ECT är dock förknippad med vissa biverkningar, såsom huvudvärk och illamående. Åtgärden kan även medföra kognitiva biverkningar i form av minnesstörningar som i regel är snabbt övergående. I vissa fall kan de vara ihållande en längre tid efteråt, och det kan inte uteslutas att de blir bestående i enstaka fall. Det är inte klarlagt om långvariga minnesstörningar vid ECT är en effekt av behandlingen eller av tillståndet i sig, eftersom svår depression kan påverka de kognitiva funktionerna negativt [6].

Det är därför viktigt att följa upp biverkningar vid ECT löpande och systematiskt under behandlingstiden, och 6 månader efter avslutad behandling. För att systematiskt kunna följa upp och utvärdera behandling med ECT kan hälso- och sjukvården även rapportera åtgärden till det nationella kvalitetsregistret för ECT.

En beskrivning av svår depression samt ECT finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda ECT till ungdomar efter pubertetsdebut med svår egentlig depression och psykotiska symtom, katatoni eller behandlingsresistens. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden ger måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och depressionssymtom hos vuxna, samtidigt som det finns klinisk erfarenhet av att ECT har effekt på depressionssymtom hos ungdomar. Åtgärden kan vara livräddande och ger en snabbare effekt på depressionssymtom jämfört med antidepressiv läkemedelsbehandling.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda elektrokonvulsiv behandling (ECT) till ungdomar efter pubertetsdebut med svår depression och psykotiska symtom, katatoni eller behandlingsresistens (*prioritet 1*).

Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna

Ångestsyndrom (generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, tvångsyndrom, social fobi, specifik fobi och posttraumatiskt stressyndrom) är en grupp psykiska störningar som har ångest som huvudorsak eller huvudsymtom med en viss varaktighet och intensitet. Ångest innebär en intensiv oro och känsla av olust eller osäkerhet kopplad till en förväntad fara eller olycka och är vanligtvis av både fysisk och psykisk karaktär. Ångest (känslan av inre spänning, oro, osäkerhet) liknar också upplevelser eller reaktioner på stress.

Personer som lider av ångestsyndrom har en nedsatt livskvalitet och besvären kan i vissa fall vara långvariga. Men det finns effektiva behandlingar mot alla ångestsyndrom. En väl genomförd diagnostisk process är en viktig förutsättning för ett gott behandlingsarbete.

Utan en adekvat behandling finns det dock risk för en successiv försämring med ytterligare funktionsnedsättning, längre varaktighet, tillkomst av sekundära psykiatriska och kroppsliga komplikationer och självmordstankar. Svåra ångesttillstånd kan även leda till självmord om personen inte får adekvat behandling.

Behandling av generaliserat ångestsyndrom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 95 och 98)

Besvären vid generaliserat ångestsyndrom är ofta långvariga och kan orsaka svårigheter med att sköta arbetet och fungera socialt. Den svårhanterliga oron kan leda till spänningar, sömnstörningar och smärtor som ofta misstolkas

som kroppslig sjukdom. Personer med generaliserat ångestsyndrom känner sig ofta missförstådda av vården.

Samsjuklighet med andra psykiska besvär som till exempel depression, missbruk eller andra ångestsyndrom är vanligt.

Standardbehandling vid generaliserat ångestsyndrom är antidepressiva läkemedel. Ett alternativ eller komplement till läkemedelsbehandling är psykologisk behandling med KBT.

En beskrivning av generaliserat ångestsyndrom samt aktuella åtgärder finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna personer med generaliserat ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad samt att åtgärden har en måttlig till stor effekt på andel som svarar på behandling (det vill säga respons) och diagnosfrihet (det vill säga remission). Behandlingen medför dock risk för biverkningar.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda KBT till vuxna personer med generaliserat ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad samt att åtgärden har en måttlig effekt på ångestsymtom. Det vetenskapliga underlaget är begränsat, vilket har påverkat prioriteringen.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med generaliserat ångestsyndrom (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda KBT till vuxna med generaliserat ångestsyndrom (*prioritet 5*).

Behandling av paniksyndrom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 105 och 108)

Paniksyndrom innebär återkommande panikattacker och kontinuerlig oro för nya attacker. Personer med paniksyndrom tolkar ofta sina symtom som kroppslig sjukdom, vilket leder till akuta vårdbesök och förlängt lidande om inte rätt diagnos ställs.

Standardbehandling vid paniksyndrom är KBT. Ett alternativ eller komplement till KBT är läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel.

En beskrivning av paniksyndrom samt aktuella åtgärder finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda KBT till vuxna personer med paniksyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad samt att åtgärden har måttlig effekt på andel som svarar på behandling (det vill säga respons) och liten till måttlig effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission).

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna personer med paniksyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad samt att åtgärden har måttlig effekt på paniksymtom. Behandlingen medför dock risk för biverkningar.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT till vuxna personer med paniksyndrom (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med paniksyndrom (*prioritet 4*).

Behandling av tvångssyndrom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 122 och 125)

Personer med tvångssyndrom utvecklar ofta långvariga och plågsamma symtom med kraftig funktionsinskränkning i familje- och yrkesliv. Det är också vanligt att personer med tvångssyndrom inte söker hjälp för sina symtom.

En vanlig behandlingsmetod vid tvångssyndrom är KBT med exponering och responsprevention. Exponering innebär att man utsätter sig för det som är svårt och obehagligt. Målet är att kunna stå ut med tvångstankarna utan att utföra sina tvångshandlingar, så kallad responsprevention. Ett alternativ till psykologisk behandling är behandling med antidepressiva läkemedel. Minskade tvångssymtom hos vuxna leder till förbättrad funktion i arbetet och på fritiden.

En beskrivning av tvångssyndrom samt aktuella åtgärder finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda KBT med exponering och responsprevention till vuxna personer med tvångssyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en stor effekt på tvångssymtom (såsom tvångshandlingar och tvångstankar).

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna personer med tvångs-

syndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor till mycket stor effekt på andel som svarar på behandling (det vill säga respons). Behandlingen medför dock risk för biverkningar.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT med exponering och responsprevention till vuxna med tvångssyndrom (*prioritet 1*)
- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med tvångssyndrom (*prioritet 2*).

Behandling av social fobi

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 114 och 118)

Ångestsyndrom i form av social fobi kan leda till stora inskränkningar i det privata livet och i arbetslivet. Personer som lider av social fobi kan ha svårt att få kontakt med andra människor och att få fungerande relationer. Om social fobi inte behandlas finns risk för svåra psykosociala konsekvenser.

En vanlig behandlingsmetod vid social fobi är KBT. För personer med social fobi finns särskild anledning att överväga internetförmiddad KBT med behandlarstöd för motiverade personer. Ett alternativ till psykologisk behandling är behandling med antidepressiva läkemedel.

En beskrivning av social fobi samt aktuella åtgärder finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda KBT till vuxna personer med social fobi. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad samt att åtgärden har en stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission).

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna personer med social fobi. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission). Behandlingen medför dock risk för biverkningar.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT till vuxna med social fobi (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med social fobi (*prioritet 4*).

Behandling vid posttraumatiskt stressyndrom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 129, 130 och 133)

Obehandlat posttraumatiskt stressyndrom kan leda till livslånga problem med ökad risk för självmordsförsök, depression, missbruk och behov av sjukvård. Det är därför viktigt att identifiera och diagnostisera personer med posttraumatiskt stressyndrom.

Personer med posttraumatiskt stressyndrom är i dag en snabbt växande grupp, och det finns ett behov av att öka kunskapen om tillståndet och behandlingen i både primärvården och den specialiserade vården.

I dag behandlas posttraumatiskt stressyndrom ofta med KBT med traumaexponering. En annan psykologisk behandling som har utvecklats för att behandla posttraumatiskt stressyndrom är EMDR (från engelskans "Eye Movement Desensitization and Reprocessing"). Ytterligare ett behandlingsalternativ är behandling med antidepressiva läkemedel.

En beskrivning av posttraumatiskt stressyndrom samt aktuella åtgärder finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda KBT med traumaexponering till vuxna personer med posttraumatiskt stressyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och symtom på posttraumatiskt stressyndrom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna personer med posttraumatiskt stressyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har en liten effekt på symtom på posttraumatiskt stressyndrom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda behandling med EMDR till vuxna personer med posttraumatiskt stressyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och att åtgärden inte visat sig ge bättre effekt jämfört med KBT med traumaexponering. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt till begränsat, men det finns en god klinisk erfarenhet av att åtgärden har effekt på symtom vid posttraumatiskt stressyndrom.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT med traumaexponering till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (*prioritet 4*)
- erbjuda behandling med EMDR till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (*prioritet 7*).

Behandling med lugnande läkemedel vid ångestsyndrom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 99, 109, 120 och 137)

För att dämpa symtom av stark oro eller ångest är det vanligt att behandla med läkemedel som har en lugnande effekt, såsom bensodiazepiner. Tillfällig behandling med bensodiazepiner har ofta god effekt på dessa symtom, men samtidigt finns det risk för betydande biverkningar. Vid längre tids behandling finns en stor risk för utveckling av allvarliga biverkningar i form av tolerans och beroende. Vidare medför utsättningen av läkemedlen risk för abstinenssymtom.

För långvariga ångestsyndrom som generaliserad ångest, paniksyndrom och social fobi är behandling med bensodiazepiner därför inte motiverad. Vid dessa tillstånd finns annan effektiv behandling såsom psykologisk behandling eller behandling med antidepressiva läkemedel.

En beskrivning av de olika ångestsyndromen samt aktuella åtgärder finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte erbjuda behandling med bensodiazepiner till vuxna personer med generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi eller akut stressyndrom. Avgörande för rekommendationen är att risken med behandlingen överväger nyttan. Det innebär att biverkningarna – i form av toleransutveckling (behovet att öka dosen för att få samma effekt), risk för beroende och kognitiva nedsättningar – är så allvarliga att detta överväger att åtgärden har god effekt på ångestsymtom. För akut stressyndrom är det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt otillräckligt samtidigt som riskerna för allvarliga biverkningar är desamma som för övriga tillstånd.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda behandling med bensodiazepiner till vuxna med generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi eller akut stressyndrom (*icke-göra*).

Behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar

Barn och ungdomar med ångestsyndrom har en överdriven oro och uttalad rädsla som påverkar vardagsliv och funktion.

Ångestsyndromen skiljer sig åt när det gäller vilka situationer som framkallar rädslan eller oron, orostankarnas innehåll och vilket undvikandebeteende eller säkerhetsbeteende som uppstår. Genom noggrann kartläggning går det att skilja de olika ångestillstånden åt.

Det finns effektiva behandlingar mot alla ångestsyndrom. En väl genomförd diagnostisk process är en viktig förutsättning för ett gott behandlingsarbete.

Psykopedagogisk behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 32)

Barn och ungdomar med ångestsyndrom försöker ofta undvika situationer där ångesten uppstått eller utvecklar olika säkerhetsbeteenden för att minska oron. Undvikanden och säkerhetsbeteenden leder till att dessa barn och ungdomar fokuserar på faror, vilket förstärker oron och leder till ännu mer ångest. Även möjligheten att kunna testa sina orostankar eller att övervinna rädslan minskar. Livet blir mer inskränkt och ångesten tar allt större plats.

Föräldrar kan ibland oavsiktligt öka oron hos sitt barn genom att understödja barnets säkerhetsbeteenden på olika sätt. Det är också vanligt att föräldrarna har olika förhållningssätt till sitt barns beteende i dessa situationer, vilket minskar förutsägbarheten och kan påverka familjeklimatet negativt.

Psykopedagogisk behandling i form av samtal med fokus på ångestsyndrom är en familjebaserad behandling riktad till både barnet eller ungdomen och dennas föräldrar. Behandlingen innebär att man målmedvetet arbetar med att öka förståelsen för hur ångesten uppstår och förstärks, och hur den påverkar barnets vardag. Arbetet sker strukturerat och problemlösande där föräldrarna utgör ett viktigt stöd för att barnet ska våga utmana sig i små steg utan att ta till säkerhetsbeteenden. Föräldrarna får också stöd i sitt förhållningssätt.

För många barn och ungdomar kan det vara tillräckligt med psykopedagogiska samtal med inriktning på ångestsyndrom som enda behandling. För barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen kan åtgärden kombineras eller ersättas med annan behandling.

En beskrivning av de olika ångestsyndromen och psykopedagogisk behandling finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda psykopedagogiska samtal med fokus på ångestsyndrom till barn och ungdomar med ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en liten till stor svårighetsgrad och att åtgärden minskar ångestsymtom. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda psykopedagogisk behandling med fokus på ångestsyndrom till barn och ungdomar med ångestsyndrom (*prioritet 3*).

Behandling av generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi hos barn och ungdomar

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 34, 36 och 37)

Generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi är bland de vanligaste psykiatriska diagnoserna hos barn och ungdomar – cirka 5–10 procent drabbas.

En tidig debut av dessa tillstånd påverkar ofta den personliga och sociala utvecklingen och kan leda till svårigheter i skolan. Obehandlade ångestsyndrom innebär en risk för utveckling av andra sjukdomar som depression och missbruk. Det finns även risk för att barnet eller ungdomen successivt försämras med ytterligare funktionsnedsättning som följd samt att tillståndet blir långvarigt.

Samtidig påbörjad behandling (kombinationsbehandling) med KBT och det antidepressiva läkemedlet sertralin har god effekt på ångestsymtom vid generaliserad ångest, social fobi eller separationsångest hos barn och ungdomar. Det finns dock speciella svårigheter och risker med att behandla barn och ungdomar med antidepressiva läkemedel, bland annat finns risk för aktivering (det vill säga att det sker en allmän ökning av alla typer av beteenden), ökad ångest och självmordstankar.

Läkemedelsverkets godkännande av sertralin och övriga SSRI- och SNRI-preparat inkluderar inte behandling av barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi, vilket medför ett större ansvar för förskrivande läkare samt för hälso- och sjukvården när det gäller att följa upp behandling av barn och ungdomar med dessa läkemedel. För mer specifik information om läkemedelsbehandling, se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom.

En beskrivning av generaliserat ångestsyndrom, separationsångest respektive social fobi samt aktuella åtgärder finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kombinationsbehandling med sertralin och KBT till barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest eller social fobi. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och på andel som svarar på behandling (det vill säga respons), jämfört med placebo. Åtgärden har dessutom en tilläggseffekt jämfört med enbart sertralin eller KBT, i form av en måttlig effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission).

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda KBT till barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest eller social fobi. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och ångestsymtom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med SSRI- eller SNRI-preparat till barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest eller social fobi. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på andel som svarar på behandling (det vill säga respons) och måttlig effekt på ångestsymtom. Det kan dock finnas en risk för biverkning i form av aktivering.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kombinationsbehandling med sertralin och KBT till barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest eller social fobi (*prioritet 2*)
- erbjuda KBT till barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest eller social fobi (*prioritet 3*)
- erbjuda behandling med SSRI- eller SNRI-preparat till barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest eller social fobi (*prioritet 3*).

Behandling av tvångssyndrom hos barn och ungdomar

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 48 och 50)

Barn och ungdomar som drabbas av tvångssyndrom hämmas i sin utveckling. De får också en försämrad psykosocial funktion, vilket innebär att de isolerar sig från olika sociala sammanhang. Detta gör att deras vardag blir alltmer

ansträngande, vilket i sin tur kan medföra koncentrationssvårigheter, sömnstörning och trötthet. Även föräldrar och syskon är ofta påverkade av och involverade i barnets ritualer. Tvångssyndrom som förblir obehandlat kan få stora konsekvenser under lång tid för den drabbade.

En vanlig behandlingsmetod vid tvångssyndrom är KBT med exponering och responsprevention. Exponering innebär att man utsätter sig för det som är svårt och obehagligt. Målet är att kunna stå ut med tvångstankarna utan att utföra sina tvångshandlingar (så kallad responsprevention).

Ett alternativ (eller komplement) till psykologisk behandling vid medelsvårt till svårt tvångssyndrom är behandling med antidepressiva läkemedel. Det finns dock speciella svårigheter och risker med att behandla barn och ungdomar med antidepressiva läkemedel, bland annat finns risk för aktivering (det vill säga att det sker en allmän ökning av alla typer av beteenden), ökad ångest och självmordstankar.

Läkemedelsverkets godkännande inkluderar endast vissa SSRI-preparat vid behandling av barn och ungdomar med tvångssyndrom. Läkemedelsbehandling utanför godkänd indikation medför ett större ansvar för förskrivande läkare samt för hälso- och sjukvården när det gäller att följa upp behandling av barn och ungdomar. För mer specifik information om läkemedelsbehandling, se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom.

En beskrivning av tvångssyndrom samt aktuella åtgärder finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda KBT med exponering och responsprevention till barn och ungdomar med tvångssyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad och att åtgärden har mycket stor effekt på tvångssymtom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med SSRI-preparat till barn och ungdomar med medelsvårt till svårt tvångssyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons) och tvångssymtom.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT med exponering och responsprevention till barn och ungdomar med tvångssyndrom (*prioritet 1*)
- erbjuda behandling med SSRI-preparat till barn och ungdomar med medelsvårt till svårt tvångssyndrom (*prioritet 2*).

Behandling av posttraumatiskt stressyndrom hos barn och ungdomar

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 39, 44 och 42)

Obehandlat posttraumatiskt stressyndrom kan leda till livslånga svårigheter med ökad risk för självmordsförsök, depression, missbruk och behov av sjukvård. Det är därför viktigt att identifiera och diagnostisera personer med posttraumatiskt stressyndrom för att kunna välja rätt behandling. Andelen barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom förväntas öka på grund av en ökad andel asylsökande flyktingar och andra migranter som kan ha upplevt krig, våld och övergrepp.

I dag behandlas posttraumatiskt stressyndrom ofta med KBT med traumaexponering. När det gäller läkemedelsbehandling finns det i dag inget vetenskapligt stöd för att behandling med SSRI-preparat har någon positiv effekt på posttraumatiskt stressyndrom hos barn och ungdomar.

Det förekommer också att man behandlar posttraumatiskt stressyndrom med alfa-adrenerga agonister i syfte att dämpa den adrenerga hyperaktiviteten i den akuta fasen, för att på så sätt förhindra utvecklingen eller dämpa symtom av posttraumatiskt stressyndrom. Behandling med alfa-adrenerga agonister medför dock risk för allvarliga biverkningar och är därför inte lämplig för barn och ungdomar.

En beskrivning av posttraumatiskt stressyndrom samt aktuella åtgärder finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda KBT med traumaexponering till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har liten till måttlig effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission), symtom på posttraumatiskt stressyndrom och funktionsförmåga.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda behandling med SSRI-preparat till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt samt att alternativ behandling finns.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte erbjuda läkemedelsbehandling med alfa-adrenerga agonister till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt samt att åtgärden innebär en risk för allvarliga biverkningar, såsom blodtryckssänkning, förändrad hjärtrytm och viktökning.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT med traumaexponering till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling

- erbjuda behandling med SSRI-preparat till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom (*FoU*).

Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda behandling med alfa-adrenerga agonister till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom (*icke-göra*).

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen har gjort en bedömning av hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården. Bedömningen utgår från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen så att de kan erbjuda patienterna den bästa vården.

I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen endast beräkningar för de rekommendationer som kan förväntas innebära de största konsekvenserna för hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelning, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder med låg rangordning. Vidare vill Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården utmönstrar åtgärder som fått rekommendationen *icke-göra*. Dessutom bör åtgärder som fått rekommendationen *FoU* inte användas som rutin med hänsyn till att kunskapsläget är ofullständigt.

Varje beslut om resursfördelning utifrån riktlinjerna bör föregås av en noggrann analys. En åtgärd som har fått rangordning 5 (till exempel på grund av liten effekt eller låg evidens) kan vara den bästa jämfört med alternativen, eller till och med det enda alternativ som finns tillgängligt för just det tillståndet. I sådana fall kan det innebära mer skada än nytta att dra ner resurserna.

De ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna som beskrivs i detta kapitel kommer att kompletteras efter att de regionala seminarierna genomförts under våren 2017, och publiceras i den slutliga versionen av riktlinjerna. Syftet med dessa seminarier är bland annat att regionerna får redovisa sina analyser av vilka konsekvenser rekommendationerna kommer att innebära för dem.

Sammanfattning av konsekvenserna

Bedömda kostnader och kostnadseffektivitet

Socialstyrelsen har bedömt kostnaderna av samtliga behandlingsåtgärder för lindrig till medelsvår depression. De bedömda kostnaderna omfattar direkta kostnader som belastar hälso- och sjukvården och har skattats utifrån data i olika rapporter, publikationer och prislister.

Anledningen till att fokusera bedömningen av kostnader till behandlingsåtgärder för lindrig till medelsvår depression är att Socialstyrelsen i sitt arbete med att rangordna tillstånds- och åtgärdspar i första hand utgår från tillståndets svårighetsgrad och åtgärdens effekt. För svåra tillstånd eller åtgärder med god effekt är den hälsoekonomiska aspekten av underordnad

betydelse vid rangordningen. Vid lindrigare tillstånd eller åtgärder med liten eller oklar effekt är dock åtgärdens kostnadseffektivitet av större betydelse.

Myndighetens bedömning visar att samtliga behandlingskostnader understiger 17 000 kronor under ett år (se specificerade kostnader för olika åtgärder i bilagan *Metodbeskrivning* som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer). Kostnaderna motsvarar en behandlingsomgång. För att kostnaden ska bedömas som låg per kvalitetsjusterat levnadsår, vilket definieras som mindre än 100 000 kronor enligt Socialstyrelsens bedömningsintervall, krävs alltså en motsvarande ökning av livskvalitetsindex med minst 0,17. I en stor svensk studie av patienter inom primärvården som påbörjat och fullföljt läkemedelsbehandling eller psykologisk behandling vid depression, uppmättes i medel en ökning i livskvalitetsindex efter 6 månader till 0,16 vid lindrig, 0,22 vid medelsvår samt 0,35 vid svår depression [13]. Baserat på dessa beräkningar är det rimligt att anta att samtliga behandlingsåtgärder vid lindring till medelsvår depression är kostnadseffektiva ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Beräkningarna av kostnadseffektiviteten har utgått från tillståndet depression. Majoriteten av åtgärderna vid ångestsyndrom är desamma eller liknar dem för lindrig till medelsvår depression. Vi antar därför att samtliga åtgärder vid både depression och ångestsyndrom är kostnadseffektiva. Överförbarheten av den beräknade kostnadseffektiviteten för vuxna från lindrig till medelsvår depression till ångestsyndrom innefattar dock ett visst mått av osäkerhet. Dock har både psykologisk behandling och läkemedelsbehandling god effekt vid båda tillstånden, vilket stödjer antagandet att kostnadseffektiviteten går att överföra till övriga tillstånd.

Ekonomiska konsekvenser

De ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna innebär generellt sett ökade kostnader för hälso- och sjukvården. På sikt förväntas dock de ökade kostnaderna för hälso- och sjukvården balanseras av minskade kostnader till följd av en bättre och mer effektiv vård. Sammantaget är de ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna en omfördelning av resurser, där resurser som satsas tidigt i vårdkedjan innebär att det är möjligt att undvika lika stora eller större kostnader längre fram. Tidig upptäckt och effektiv behandling inom primärvården förväntas till exempel minska behovet av slutenvård för de här tillstånden. Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt.

Socialstyrelsens analys visar också att de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården endast utgör en mindre del av den totala kostnaden (12–35 procent). I stället utgör de indirekta samhällskostnaderna (för till exempel sjukskrivning och förtidspensionering) den stora delen och uppgår uppskattningsvis till cirka 65 000–160 000 kronor per person och år [14–16]. Detta innebär att ur ett samhällsperspektiv är behandlingsåtgärder vid lindrig till medelsvår depression inte bara kostnadseffektiva, utan med stor sannolikhet även kostnadsbesparande.

De direkta kostnaderna för behandling av ångestsyndrom kan antas vara desamma som vid motsvarande åtgärder vid depression. Kostnaderna kan också anses vara desamma för barn och ungdomar som för vuxna.

Tabell 2 sammanfattar bedömningarna av förändrade kostnader på kort respektive lång sikt för de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården. Med kort sikt avses den förväntade kostnadsutvecklingen under det att riktlinjerna träder i kraft och under införandet av rekommendationerna. Med lång sikt avses den uppskattade kostnadsutvecklingen därefter, från cirka två år och framåt.

Tabell 2. Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt för centrala rekommendationer

Hänvisning till radnummer i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*

| Åtgärd | Central rekommendation | Kort sikt | Lång sikt |
|--|----------------------------|-----------|-----------|
| Utredning och omhändertagande | | | |
| Hög tillgänglighet primär bedömning | Rad 1 | ↗ | ↘ |
| Aktiv uppföljning | Rad 5 | ↗ | → |
| Somatisk anamnes och undersökning | Rad 4 | ↗ | ↘ |
| Diagnostik vuxna | Rad 2a, 2b | ↗ | ↘ |
| Depression hos vuxna | | | |
| Psykologisk behandling med KBT | Rad 68 | ↗ | → |
| Repetitiv transkraniell magnetstimulering | Rad 78 | ↗ | → |
| Depression hos barn och ungdomar | | | |
| Psykopedagogisk behandling | Rad 17 | ↗ | ↘ |
| Psykologisk behandling med KBT | Rad 19 | ↗ | → |
| Ångestsyndrom hos vuxna | | | |
| Psykologisk behandling med KBT | Rad 95, 105, 122, 114, 130 | ↗ | → |
| Ångestsyndrom hos barn och ungdomar | | | |
| Psykopedagogisk behandling | Rad 32 | ↗ | ↘ |
| Psykologisk behandling med KBT | Rad 34, 39, 48 | ↗ | → |

Kommentar: Oförändrade kostnader = →, ökade kostnader = ↗ och minskade kostnader = ↘.

Organisatoriska konsekvenser

Rekommendationerna bedöms kunna innebära organisatoriska konsekvenser i form av organisationsförändringar, nyrekryteringar samt kompetenssatsningar.

Tabell 3 sammanfattar bedömningen av de organisatoriska förändringarna för de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården.

Tabell 3. Organisatoriska konsekvenser för centrala rekommendationerHänvisning till radnummer i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*

| Åtgärd | Central rekommendation | Organisatorisk konsekvens |
|--|----------------------------|---|
| Utredning och omhändertagande | | |
| Hög tillgänglighet till primär bedömning | Rad 1 | Ja. Utbildning och rekrytering av läkare inom primärvård samt rekrytering inom barn- och ungdomspsykiatri behövs. |
| Aktiv uppföljning | Rad 5 | Viss. Struktur och resurser för uppföljning behövs. Ökat antal vårdkontakter och ökad samverkan mellan vårdnivåer. |
| Somatisk anamnes och undersökning | Rad 4 | Viss. Utökad samverkan mellan primär- och specialistvård samt mellan olika specialiteter krävs, t.ex. mellan allmänmedicin och psykiatri. |
| Diagnostik | Rad 2a, 2b | Ja. Utbildning för att genomföra och tolka strukturerade och semistrukturerade intervjuer krävs. |
| Depression hos vuxna | | |
| Psykologisk behandling med KBT | Rad 68 | Ja. Ökat behov av utbildad vårdpersonal. Behov av vikarier under utbildningstiden. |
| Repetitiv transkraniell magnetstimulering | Rad 78 | Eventuellt. Kan kräva satsning på fler kliniker som utför rTMS. Alternativt en förstärkning av personalresurser vid de kliniker som utför rTMS i dag. |
| Depression hos barn och ungdomar | | |
| Psykopedagogisk behandling | Rad 17 | Ja. Ökat behov av utbildad vårdpersonal. |
| Psykologisk behandling med KBT | Rad 19 | Ja. Ökat behov av utbildad vårdpersonal. Behov av vikarier under utbildningstiden. |
| Ångestsyndrom hos vuxna | | |
| Psykologisk behandling | Rad 95, 105, 122, 114, 130 | Ja. Ökat behov av utbildad vårdpersonal. Behov av vikarier under utbildningstiden. |
| Ångestsyndrom hos barn och ungdomar | | |
| Psykopedagogisk behandling | Rad 32 | Ja. Ökat behov av utbildad vårdpersonal. |
| Psykologisk behandling med KBT | Rad 34, 39, 48 | Ja. Ökat behov av utbildad vårdpersonal. Behov av vikarier under utbildningstiden. |

Utredning och omhändertagande

Effektivt omhändertagande

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om ett effektivt omhändertagande kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation, eftersom detta kommer innebära ökade personalresurser och utbildningsinsatser. Detta kommer att öka kostnaderna på kort sikt, men i längden innebära att fler patienter får adekvat behandling. Det innebär i sin tur minskade kostnader ur såväl ett hälso- och sjukvårdsperspektiv som ett samhällsperspektiv.

Socialstyrelsens rekommendation om ett effektivt omhändertagande omfattar hög tillgänglighet till primär bedömning samt aktiv uppföljning.

Socialstyrelsen har i en nyligen publicerad rapport sammanställt landstingens och regionernas arbete för en mer lättillgänglig vård [17]. Där framgår det att de regionala handlingsplaner som tagits fram inom detta arbete sällan

inkluderar mätbara mål och därför är svåra att följa upp. Vidare bedrivs arbetet oftast inom befintliga strukturer och har inte resulterat i nya lösningar och arbetssätt i någon större omfattning.

Den utmaning som oftast beskrivs i handlingsplanerna rör långa väntetider. Många landsting och regioner pekar speciellt på väntetider inom primärvård och barn- och ungdomspsykiatri. I primärvården bidrar en situation med för få specialister inom allmänmedicin till bristande tillgänglighet. Inom barn- och ungdomspsykiatri anges den växande psykiska ohälsan bland barn och unga som anledning, vilken fortsätter att öka [18].

Sedan 2007 har regeringen och SKL träffat särskilda överenskommelser om tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri [19]. Enligt en särskild satsning på tillgänglighet är målet att minst 90 procent av barn och unga med psykisk ohälsa ska ha fått en första bedömning inom 30 dagar [20]. Enligt mätningarna för det första kvartalet 2016 når dock endast 7 landsting upp till målen och för samtliga landsting varierar måluppfyllelsen mellan 26 och 96 procent [21]. Det finns alltså fortfarande en förbättringspotential när det gäller möjligheten att få en tidig första bedömning inom barn- och ungdomspsykiatri.

Kontinuitet i vården (i form av planerad förnyad kontakt) ökar följsamheten till och effekten av behandling vid depression eller ångestsyndrom. Aktiv uppföljning och kontinuitet kräver resurser av hälso- och sjukvården. Det förutsätter också organisatoriska strukturer som möjliggör att kontinuiteten kan upprätthållas, till exempel mellan olika vårdnivåer. När initiala förändrings- och utvecklingsinsatser för att förbättra uppföljningen och kontinuiteten inom vården vid depression och ångestsyndrom är genomförda kan man dock anta att kostnaderna planar ut.

I Socialstyrelsens nulägesrapport från år 2009 konstateras att för cirka 10 procent av de som insjuknat i depression upphörde kontakten med sjukvården efter 3 månader [22]. Enligt nationell statistik för primärvårdsbesök [23] och registerdata för diagnoserna depression eller ångestsyndrom [22] gäller detta cirka 16 500 patienter per år. Den årliga kostnaden för ytterligare ett respektive två läkarbesök under det första året skulle vara cirka 36–72 miljoner kronor [24], under förutsättning att detta skulle rymmas inom befintlig organisation.

Samsjuklighet med annan kroppslig sjukdom

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om somatisk anamnes kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation, eftersom åtgärden kräver en utökad samverkan mellan specialist- och primärvård. Den ökade kostnaden förväntas uppvägas av att åtgärden kan förebygga kostnader som skulle uppstått i ett senare skede till följd av att sjukdomen inte behandlas i tid.

Syftet med den somatiska anamnesen är att ta reda på om patienten med depression eller ångestsyndrom har någon kroppslig sjukdom samt att bedöma det aktuella hälsoläget. Åtgärden kan minska risken för till exempel kardiovaskulära sjukdomar, övervikt och diabetes. Det har även visats att åtgärden i över 80 procent av fallen räcker som underlag för att ställa diagnos, vilken senare kan bekräftas med uppföljande undersökning [25].

En somatisk anamnes omfattar i stort sett den undersökning och provtagning som ingår i en så kallad hälsokontroll på en vårdcentral. Tidsåtgången för en hälsokontroll är enligt Västra Götalandsregionen sammanlagt 1 timme och 45 minuter, varav 45 minuter är tid hos sjuksköterska för frågor och eventuell provtagning samt 1 timme är läkartid vid inledande och uppföljande möte [26].

Om den somatiska anamnesen sker inom den psykiatriska vården krävs kompetens att tolka och hantera resultaten. Inom den allmänmedicinska specialiteten kan det i stället behövas utökad kunskap om undersökning av barn med depression eller ångestsyndrom. En sådan bred kompetenssatsning kan dock vara svår att genomföra. I stället kan det vara mer effektivt att utnyttja befintlig kompetens genom utökad samverkan.

Kostnaden för en hälsokontroll på vårdcentral är cirka 1 600–2 000 kronor, vilket då omfattar personaltid och prover [26-28]. Detta kan alltså beräknas utgöra kostnaden för en somatisk anamnes per patient om den genomförs inom primärvården och ryms inom befintlig organisation.

Patienter med depression och ångestsyndrom har större risk att drabbas av olika kroppsliga sjukdomar, och prognosen är ofta sämre än för befolkningen i övrigt. År 2013 hade 2 613 per 100 000 patienter som vårdats inom psykiatrin haft ett undvikbart vårdtillfälle. Motsvarande siffra i befolkningen som helhet var 420 per 100 000 invånare för samma diagnoser [29].

Diagnostik

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om strukturerad eller semistrukturerad intervju (MINI eller SCID-I) som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik av depression och ångestsyndrom, på kort sikt kommer att öka hälso- och sjukvårdens kostnader. På längre sikt förväntas dock hälso- och sjukvårdens kostnader minska i och med att fler personer får en korrekt diagnos och kan få adekvat behandling i tid. Enligt en stor systematisk översikt från år 2012 får endast cirka hälften av patienterna med depression rätt diagnos hos distriktsläkare [11].

Socialstyrelsen bedömer att användningen av intervjuformulär (som MINI och SCID-I) medför att en del av de kostnader som är förknippade med depression och ångestsyndrom kan undvikas för en andel patienter genom korrekt diagnos och efterföljande behandling. De direkta kostnaderna för hälso- sjukvården när det gäller depression har i två svenska studier beräknats till i genomsnitt cirka 32 000 kronor per år och patient (2015 års värde). Den totala årliga samhällskostnaden uppgår i samma studier till i medel cirka 156 000 kronor per år och patient [15, 16].

En strukturerad intervju med MINI tar cirka 20 minuter att genomföra medan den semistrukturerade intervjun med SCID tar cirka 45 minuter [30]. Kostnaderna för utbildning i att använda instrumenten är svåra att bedöma då det är svårt att uppskatta hur stor andel personal som behöver utbildas. Om kostnaden för intervjuerna i stället sätts till en timmes läkartid ryms tiden för själva intervjun, med viss marginal för utbildning. Socialstyrelsen har i sin bedömning då utgått från en kostnad på 1 500 kronor för en timmes läkartid inom primärvården [24] samt en behandlingskostnad på 17 000 kronor vid diagnostiserad depression (den högsta kostnaden i skattningarna för behand-

ling av depression, se bilaga för metodbeskrivning). För att åtgärden (det vill säga en klinisk bedömning kompletterad med en strukturerad eller semistrukturerad intervju) ska bekosta sig själv krävs det då att hälso- och sjukvården kan fånga upp och framgångsrikt behandla ytterligare 1 av 10 patienter.

Dessa beräkningar gäller primärvården. Inom specialistvården är kostnaden för läkartid högre, vilket medför att den även blir högre för att genomföra intervjuerna. Andelen patienter som får diagnosen depression eller ångestsyndrom är dock högre inom specialistvården och därmed rimligen även den andel patienter som kan bli korrekt diagnostiserade genom strukturerade intervjuer.

Kostnaderna för ångestsyndrom är ungefär desamma som för depression [14]. Dock saknas studier för den diagnostiska tillförlitligheten av MINI och SCID-I vid ångestsyndrom.

Behandling vid depression eller ångestsyndrom

Psykopedagogisk behandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om psykopedagogisk behandling kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation, eftersom det innebär ökade personalresurser och utbildningsinsatser. Detta kommer att öka kostnaderna på kort sikt. I längden betyder det dock att fler patienter får adekvat behandling, vilket i sin tur innebär minskade kostnader ur såväl ett hälso- och sjukvårdsperspektiv som ett samhällsperspektiv.

Kostnaden för psykopedagogisk behandling i sig beräknas vara ungefär densamma som för andra psykologiska behandlingar, det vill säga inte överstiga 17 000 kronor per behandlingsomgång (se bedömning av kostnader i avsnittet *Ekonomiska konsekvenser* i detta kapitel). Åtgärden kräver utbildning av personal, vilket medför kostnader för utbildning. Psykopedagogisk behandling kan dock ges av flera personalkategorier och kräver inte en behörighetsgivande längre utbildning.

Läkemedelsstudier av barn och ungdomar med depression och ångestsyndrom visar att det finns en stor placeboeffekt hos denna grupp, som i genomsnitt uppgår till cirka 50 procent vid depression och cirka 30–40 procent vid olika ångestsyndrom [31]. Placeboeffekten tror man kan grunda sig i den psykoterapeutiska effekt som kontakten med behandlaren innebär.

En inledande insats med psykopedagogisk behandling kan följaktligen potentiellt förhindra att barn och ungdomar med depressions- och ångestsymtom utvecklar egentlig depression eller ångestsyndrom. Därmed behöver färre barn och ungdomar genomgå behandling med till exempel KBT eller läkemedel, vilket innebär att kostnaderna för hälso- och sjukvården beräknas gå ner på sikt.

Psykologisk behandling med KBT

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om psykologisk behandling med KBT kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning,

eftersom den kommer att innebära ökade kostnader på kort sikt. På längre sikt förväntas dock kostnaderna plana ut på en fortsatt hög nivå.

Den största anledningen till att tillgången till psykologisk behandling i dag inte motsvarar behovet i tillräcklig utsträckning är brist på personal med kompetens inom området. Det ställer särskilt höga krav på primärvården, där det krävs både förstärkning av kompetens och ökade resurser för att kunna följa riktlinjernas rekommendationer.

Mellan åren 2009 och 2012 har staten genomfört en speciell satsning för att nå upp till målen om evidensbaserad psykologisk behandling [32]. Socialstyrelsen har i denna satsning fördelat närmare 60 miljoner kronor till landstingen. Många av landstingens egna kostnader för att genomföra utbildningssatsningen har dock överstigit statsbidraget (totalt cirka 11 miljoner kronor utöver statsbidraget).

Antalet psykoterapeuter som utbildats eller genomgår utbildning som delvis eller helt bekostats av satsningen uppgår till cirka 170 stycken. Motsvarande siffror för personer som genomgått eller genomgår handledarutbildning är cirka 55 stycken. Främst är det psykologer som har vidareutbildats (47 procent), därefter socionomer (31 procent), sjuksköterskor (14 procent) samt läkare (3 procent). Främst har kompetensen stärkts inom vuxenpsykiatri (56 procent) och barn- och ungdomspsykiatri (24 procent), medan 13 procent av kompetenshöjningen har skett inom primärvården.

I Socialstyrelsens kontakt med landstingen efter att satsningen avslutats framkom att behovet av psykoterapeuter fortfarande är stort och kommer att bestå [32]. Det angavs bland annat bero på kommande pensionsavgångar. I Socialstyrelsens slutrapport uppskattas tillgången till psykologisk behandling vara god eller relativt god i drygt hälften av landstingen. I den övriga delen av landstingen består dock bristen på psykoterapeuter, främst inom primärvården.

Från psykologiska institutioner rapporteras att efterfrågan på KBT-utbildning tog fart för cirka 10–15 år sedan. På senare år har det dock vid sidan av statens särskilda satsning på KBT skett en utplaning. I dag är utbildningsinriktningarna mot KBT och psykodynamisk terapi (PDT) lika stora vid till exempel Lunds och Stockholms universitets psykologiska institutioner. Det innebär att antalet utexaminerade KBT-terapeuter inte kan förväntas öka, utan att tillgången kommer vara densamma som i dagsläget.

Med en ökad efterfrågan på KBT-behandling tack vare riktlinjernas rekommendationer samt förväntade pensionsavgångar och ökande psykisk ohälsa så kommer sannolikt tillgången på kompetens inom KBT vara fortsatt otillräcklig. För att kunna motverka detta finns ett behov av att hälso- och sjukvården satsar på nya riktade kompetenshöjningar, vilket kommer innebära stora ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.

Repetitiv transkraniell magnetstimulering

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning, eftersom åtgärden kräver ökade personalresurser samt investeringar i teknisk utrustning i form av fler rTMS-apparater.

Vid svår depression eller svår och behandlingsresistent depression används åtgärder som till exempel rTMS och ECT, vilka utöver löpande kostnader kräver större investeringar i teknisk utrustning. En rTMS-apparat har en inköpskostnad på cirka 500 000 kronor och beräknas hålla i minst 10 år (men oftast betydligt längre). Däröver tillkommer en kostnad för att byta delar vart tredje år, vilken uppgår till cirka 50 000 kronor per tillfälle. Antal patienter som genomgår behandling med rTMS är i dag cirka 50 per år på mindre sjukhus. Om man slår ut apparatkostnaderna på 10 år samt 50 patienter per år uppgår kostnaden per behandlingsomgång till cirka 1 300 kronor. Denna beräkning är dock starkt beroende av antal patienter, och kostnaden skulle även minska med ett ökat antal behandlingsomgångar per år.

Det som driver kostnaden mest vid rTMS är personaltid. Vid behandling med rTMS är patienten vaken och ingen narkosläkare krävs. Skattningarna är därför baserade på tiden för en psykiatrisjuksköterska. Det finns olika behandlingsprotokoll för rTMS, ett kortare och ett längre. Behandlingen omfattar normalt 10–30 behandlingstillfällen. I beräkningarna har därför ett medelvärde på 20 behandlingstillfällen samt en sjukskötersketid på 20 minuter per behandlingstillfälle använts (utifrån ett antagande om en jämn fördelning i användningen av de olika behandlingsprotokollen). Utifrån dessa antaganden uppgår den totala kostnaden för en behandlingsomgång med rTMS till cirka 11 000 kronor, och hamnar liksom kostnaderna för psykologisk behandling och läkemedelsbehandling under 17 000 kronor. Det betyder att åtgärden sannolikt är kostnadseffektiv och har en låg kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (utifrån den princip för kostnadseffektivitet som beskrivs i avsnittet *Ekonomiska konsekvenser* i detta kapitel).

Den totala kostnaden för åtgärden är alltså starkt beroende av sjukskötersketid. Med det kortare behandlingsprotokollet och en sjukskötersketid på 10 minuter är åtgärden kostnadsneutral om 1 av 5 patienter uppnår remission (det vill säga tillfrisknande från depressionsepisod). Vid en sjukskötersketid på 20 minuter blir kostnaden cirka 4 500 kronor per behandlingsomgång för samma remissionsfrekvens. Att 1 av 5 patienter uppnår remission är den remissionsfrekvens för rTMS som angetts i publicerade studier [33].

I dag använder ett fåtal kliniker rTMS där ett begränsat antal patienter behandlas. Åtgärden skulle kunna vara aktuell för betydligt fler patienter än vad som behandlas i dag. Detta skulle antingen kräva att fler kliniker satsade på tekniken eller att fler patienter remitteras till de kliniker som i dag genomför rTMS. Valet mellan dessa organisatoriska strategier är dock inte avgörande för de ekonomiska konsekvenserna. Det eftersom kostnaden för rTMS drivs av sjukskötersketid och inte av kostnaden för den tekniska utrustningen, som i stället är liten utslaget på livslängd och antal behandlingar.

Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig.

Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Målet är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- göra det möjligt att följa upp vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid
- ligga till grund för jämförelser av vårdens processer, resultat och kostnader över tid
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet.

Uppföljning, jämförelser och förbättringar ska med hjälp av indikatorerna kunna ske på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med medicinska experter och övriga intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [34]. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, såsom datajournaler, register och andra datakällor.

En utgångspunkt för alla indikatorer är att presentera data uppdelat på kvinnor och män där det är möjligt. I vissa fall kan det också gå att redovisa indikatorer uppdelat på socioekonomiska nivåer eller efter födelseland, för att spegla jämlik vård.

Indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom

Socialstyrelsen har tagit fram 37 indikatorer för *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Socialstyrelsen har fokuserat på indikatorer som ska spegla de viktigaste aspekterna av god vård och rekommendationerna i riktlinjerna.

Indikatorerna är fördelade på depression och ångestsyndrom hos barn och ungdomar (12 indikatorer) och depression och ångestsyndrom hos vuxna (18 indikatorer) samt 7 övergripande indikatorer som framför allt speglar resultatmått som dödlighet och återinläggningar. En viktig förutsättning för att kunna använda indikatorerna i olika typer av uppföljningar är att de register som används som datakällor har en hög täckningsgrad.

Som datakälla för indikatorerna anges i de flesta fall Socialstyrelsens patientregister. I dagsläget är det dock inte möjligt att använda patientregistret som en datakälla för att fullt ut följa upp indikatorerna. Detta beror på att insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare och uppgifter om primärvården inte får samlas in enligt gällande lagstiftning. En förutsättning för att kunna följa upp landstingens vårdåtgärder för personer med depression och ångestsyndrom är att även dessa uppgifter rapporteras till patientregistret. Förhoppningen är att förutsättningarna för uppföljning kommer att förbättras framöver. Det pågår ett utvecklingsarbete kring patientregistret, där möjligheten att registrera åtgärder från andra yrkeskategorier än läkare prövas. Det finns också förslag på att utveckla patientregistret till att även omfatta primärvårdens insatser.

Arbetet med att ta fram nationella indikatorer ska ses som en kontinuerlig process. Redan framtagna indikatorer kan komma att ändras eller utgå och nya indikatorer kan tillkomma. Exempelvis kan pågående nationella och internationella utvecklingsarbeten komma att ge användbar kunskap inför uppdateringen av indikatorerna.

Lägesbild

I anslutning till indikatorbeskrivningen presenteras, där så är möjligt, en lägesbild med registerdata. Syftet med lägesbilden är att konkretisera indikatorbeskrivningen och utgöra underlag i diskussionen om riktlinjens rekommendationer på regional och lokal nivå. Syftet är även att stimulera till egenuppföljning och vid behov utveckling av datakällor inför kommande utvärdering av följsamheten till riktlinjerna.

För respektive indikator redovisas de registerdata som i dagsläget är möjliga att ta fram från befintliga datakällor på nationell nivå. Flera av indikatorerna för vård av personer med depression och ångestsyndrom speglar dock insatser som ofta genomförs av andra yrkeskategorier än läkare eller inom primärvården, och kan inte belysas via nationella register i dag.

Målnivåer för indikatorerna

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram målnivåer för indikatorerna i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom. Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåer kan användas som en utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som en hjälp i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.

Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförfarande ingår [35]. Målnivåerna publiceras i den slutliga versionen av riktlinjerna hösten 2017.

Utvärdering av riktlinjerna

En utvärdering av landstingens följsamhet till nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom kommer att genomföras under 2019.

Redovisning av indikatorer

Indikatorerna redovisas i enlighet med tabell 4 nedan.

Tabell 4. Exempel på indikator

| V2.1 Psykologisk behandling med KBT för personer med egentlig depression | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------|--------|--|------------------|------------|-----|--|-------|--|-------|
| Mått | Andel personer som vårdats för egentlig depression och som har fått KBT, procent. | | | | | | | | | | |
| Syfte | Kognitiv beteendeterapi (KBT) har stor effekt och stark evidens vid behandling av vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom (prioritet 1, rad 68 i tillstånds- och åtgärdslistan). Indikatorn är intressant ur såväl ett professionsperspektiv som ett styrnings- och ledningsperspektiv. | | | | | | | | | | |
| Riktning | Hög andel eftersträvas. | | | | | | | | | | |
| Målvärde | Nationell målnivå utreds. | | | | | | | | | | |
| Typ av indikator | Processmått. | | | | | | | | | | |
| Indikatorns status | Nationell datakälla finns för specialiserad vård, kontinuerlig insamling. | | | | | | | | | | |
| Teknisk beskrivning | <p><i>Täljare:</i> Antal personer som vårdats för lindrig till medelsvår egentlig depression och som har fått KBT. <i>Nämnamnare:</i> Totalt antal personer 18 år och äldre som vårdats för lindrig till medelsvår egentlig depression under mätperioden.</p> <table border="1"><thead><tr><th>Diagnos</th><th>ICD 10</th></tr></thead><tbody><tr><td>Lindrig till medelsvår egentlig depression</td><td>F32.0-1, F33.0-1</td></tr></tbody></table> <table border="1"><thead><tr><th>Vårdåtgärd</th><th>KVÅ</th></tr></thead><tbody><tr><td>Systematisk psykologisk behandling, kognitiv</td><td>DU010</td></tr><tr><td>Systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk</td><td>DU011</td></tr></tbody></table> | Diagnos | ICD 10 | Lindrig till medelsvår egentlig depression | F32.0-1, F33.0-1 | Vårdåtgärd | KVÅ | Systematisk psykologisk behandling, kognitiv | DU010 | Systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk | DU011 |
| Diagnos | ICD 10 | | | | | | | | | | |
| Lindrig till medelsvår egentlig depression | F32.0-1, F33.0-1 | | | | | | | | | | |
| Vårdåtgärd | KVÅ | | | | | | | | | | |
| Systematisk psykologisk behandling, kognitiv | DU010 | | | | | | | | | | |
| Systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk | DU011 | | | | | | | | | | |
| Datakällor | Indikatorn redovisas per kalenderår. Patientregistret vid Socialstyrelsen, nationellt kvalitetsregister för internet-behandling, SibeR. | | | | | | | | | | |
| Felkällor | Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade vården. Uppgifter från primärvården saknas. Bristande registrering av vårdåtgärder. | | | | | | | | | | |
| Redovisningsnivå | Riket, landsting, specialiserad öppen vård respektive primärvård. | | | | | | | | | | |
| Redovisningsgrupper | Kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland. | | | | | | | | | | |
| Kvalitetsområde | Kunskapsbaserad vård. | | | | | | | | | | |

Förteckning över indikatorer

Tabellerna i det här avsnittet visar vilka indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram för vård vid depression och ångestsyndrom.

Tabell 5. Övergripande indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom

| Nummer | Namn |
|---------------|---|
| Indikator Ö1 | Själv mord och dödsfall med oklart uppsåt |
| Indikator Ö2 | Själv mord och psykisk sjukdom |
| Indikator Ö3 | Dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård för depression eller ångestsyndrom |
| Indikator Ö4* | Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet vid depression eller ångestsyndrom |
| Indikator Ö5* | Undvikbara somatiska vårdtillfällen vid depression eller ångestsyndrom |
| Indikator Ö6 | Bedömning av självmordsrisk efter självmordsförsök eller annan självtillfogad skada |
| Indikator Ö7 | Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för depression eller ångestsyndrom |

*Utvecklingsindikator

Tabell 6. Indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom hos barn och ungdomar

| Nummer | Namn |
|-----------------|--|
| Indikator B1.1 | Tillgänglighet till primär bedömning av vårdbehov |
| Indikator B1.2 | Tillgänglighet till uppföljning med förnyad kontakt |
| Indikator B1.3* | Somatisk undersökning vid diagnostisering |
| Indikator B1.4 | Strukturerad bedömning av beroendeproblematik |
| Indikator B1.5 | Strukturerad bedömning av självmordsrisk |
| Indikator B2.1 | Psykologisk behandling med KBT vid egentlig depression |
| Indikator B2.2 | Psykopedagogisk behandling med fokus på depression eller ångestsyndrom |
| Indikator B2.3 | Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom |
| Indikator B2.4 | Läkemedelsbehandling med fluoxetin vid egentlig depression |
| Indikator B2.5 | Läkemedelsbehandling med SNRI eller SSRI vid ångestsyndrom |
| Indikator B3.6 | Kombinationsbehandling med KBT och SSRI vid ångestsyndrom |
| Indikator B2.7 | Behandling med ECT vid egentlig depression |

*Utvecklingsindikator

Tabell 7. Indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom hos vuxna

| Nummer | Namn |
|-----------------|---|
| Indikator V1.1* | Identifiering av depression med EPDS |
| Indikator V1.2* | Tillgänglighet till primär bedömning av vårdbehov |
| Indikator V1.3* | Tillgänglighet till uppföljning med förnyad kontakt |
| Indikator V1.4 | Klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju |
| Indikator V1.5 | Somatisk undersökning vid diagnostisering |
| Indikator V1.6 | Strukturerad bedömning av beroendeproblematik |
| Indikator V1.7 | Strukturerad bedömning av självmordsrisk |
| Indikator V2.1 | Psykologisk behandling med KBT vid egentlig depression |
| Indikator V2.2 | Psykologisk behandling med IPT vid egentlig depression |
| Indikator V2.3 | Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom |
| Indikator V2.4 | Behandling med antidepressiva läkemedel vid egentlig depression eller ångestsyndrom |
| Indikator V2.5 | Läkemedelsbehandling med lugnande medel vid ångestsyndrom |
| Indikator V2.6 | Behandling med antidepressiva läkemedel vid svår egentlig depression |
| Indikator V2.7 | Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling |
| Indikator V2.8 | Behandling med ECT vid egentlig depression |
| Indikator V2.9 | Behandling med repetitiv transkraniell magnetstimulering vid egentlig depression |
| Indikator V2.10 | Psykologisk behandling med KBT eller IPT och/eller antidepressiva vid egentlig depression |
| Indikator V2.11 | Psykologisk behandling med KBT och/eller antidepressiva vid ångestsyndrom |

*Utvecklingsindikator

Projektorganisation

Projektledning

| | |
|----------------------|--|
| Gerhard Andersson | områdesansvarig psykologisk behandling (t.o.m. maj 2015) professor, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Linköpings universitet och Karolinska Institutet |
| Cecilia Björkelund | områdesansvarig primärvård, professor i allmänmedicin, Göteborgs universitet, distriktsläkare, Närhälsan, Västra Götalandsregionen |
| Mats Fredrikson | områdesansvarig psykologisk behandling (fr.o.m. maj 2015), senior professor i klinisk psykologi, Uppsala universitet, forskare, Karolinska Institutet |
| Mårten Gerle | adjungerad medicinskt sakkunnig (t.o.m. januari 2015), specialist i psykiatri |
| Lena Hansson | delprojektledare vetenskapligt underlag, Socialstyrelsen (fr.o.m. juni 2015) |
| Tord Ivarsson | områdesansvarig barn och ungdomar, docent, associate professor, barn- och ungdomspsykiatri, Göteborgs universitet, forskare, Helseregion Øst og Sør i Oslo |
| Håkan Jarbin | adjungerad områdesansvarig barn och ungdomar, överläkare, medicine doktor, BUP Halland |
| Lars von Knorring | medicinskt sakkunnig, professor emeritus, Institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Uppsala universitet |
| Julia Leonova Edlund | projektledare, Socialstyrelsen (april 2014–oktober 2015) |
| Johan Lundberg | områdesansvarig läkemedelsbehandling, docent, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, specialist i psykiatri, överläkare, sektionschef, Sektionen för affektiva sjukdomar, Norra |

| | |
|----------------------------|---|
| | Stockholms psykiatri, SLSO, Stockholms läns landsting |
| Melinda Mild | delprojektledare vetenskapligt underlag, Socialstyrelsen (fr.o.m. januari 2015) |
| Anna Nyberg | projektledare, Socialstyrelsen (t.o.m. mars 2014) |
| Lise-Lotte Risö-Bergerlind | prioriteringsordförande, psykiater, legitimerad psykoterapeut, chef Regionalt kunskapscentrum för psykisk hälsa i Västra Götaland |
| Karin Rydin | delprojektledare vetenskapligt underlag, Socialstyrelsen (t.o.m. maj 2015) |
| Ingela Skärsäter | områdesansvarig omvårdnad, professor, Högskolan i Halmstad, legitimerad sjuksköterska |
| Anna Westlind Johnsson | projektledare, Socialstyrelsen (november 2015–december 2016) |

Arbetet med det vetenskapliga underlaget

| | |
|-----------------------|--|
| Erik Andersson | medicine doktor, legitimerad psykolog, Karolinska Institutet |
| Malin André | docent, specialist i allmänmedicin, Uppsala läns landsting |
| Filip Arnberg | docent i klinisk psykologi, Uppsala universitet, psykolog, Akademiska sjukhuset |
| Eva Arvidsson | medicine doktor, specialist i allmänmedicin, Futurum, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping |
| Natalia Berg | informationsspecialist, Socialstyrelsen |
| Johannes Björkstrand | legitimerad psykolog, Uppsala universitet |
| Robert Boden | docent i psykiatri, Uppsala universitet, överläkare, Akademiska sjukhuset |
| Benjamin Bohman | medicine doktor, legitimerad psykolog, Kompetenscentrum för psykoterapi, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska Institutet/Stockholms läns landsting |
| Pia Enebrink | docent, sektionen för psykologi, Karolinska Institutet |
| Maria Enggren Zavisic | socialpolitisk strateg |
| Jonas Engman | adjunkt och doktorand i klinisk psykologi, Uppsala universitet, legitimerad psykolog |

| | |
|-----------------------|---|
| Andreas Frick | filosofie doktor, legitimerad psykolog, Uppsala universitet |
| Catharina Gåfväls | docent, Karolinska Institutet, socio-nom/kurator |
| Lena Hedlund | legitimerad fysioterapeut, PhD, specialist psykiatri och psykosomatik |
| Fredrik Hieronymus | doktorand, Sahlgrenska Akademien |
| Håkan Jarbin | överläkare, medicine doktor, BUP Halland |
| Mats Johnson | medicine doktor, Göteborgs universitet, överläkare, BNK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset |
| Ann Kristine Jonsson | informationsspecialist, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) |
| Najah Khalifa | överläkare, medicine doktor |
| Marie Kivi | legitimerad psykolog, filosofie doktor, forskare vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet |
| Peter Lilliengren | filosofie doktor, Stockholms universitet, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut |
| Annika Lindgren | filosofie doktor, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut |
| Johan Lundberg | docent, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, specialist i psykiatri, överläkare, sektionschef, Sektionen för affektiva sjukdomar, Norra Stockholms psykiatri, SLSO, Stockholms läns landsting |
| Johanna Motilla Hoppe | doktorand, Uppsala universitet, legitimerad psykolog, Akademiska sjukhuset |
| Anna Nager | specialist i allmänmedicin, medicine doktor, sektionen för allmänmedicin, Karolinska Institutet |
| Axel Nordenskjöld | medicine doktor, Örebro universitet, överläkare, Universitetssjukhuset Örebro |
| Björn Philips | biträdande professor i psykologi, Linköpings universitet, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut |
| Carl Sellgren | medicine doktor, filosofie doktor, Broad Institute of MIT and Harvard, Mass General Hospital, specialist i psykiatri |

| | |
|--------------------------|--|
| Gudmundur Skarphedinsson | filosofie doktor, forskare, Center for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway, Oslo |
| Ingmarie Skoglund | medicine doktor, filosofie doktor, specialist i allmänmedicin, distriktsläkare vid Södra Torgets Vårdcentral |
| Ingela Skärsäter | professor vid Högskolan i Halmstad, legitimerad sjuksköterska |
| Mikael Tiger | medicine doktor, Karolinska Institutet, överläkare, Psykiatri Nordväst, SLSO |
| Lena Wallin | specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri |
| Sarah Vigerland | medicine doktor, Karolinska Institutet, legitimerad psykolog, Barn- och ungdomspsykiatri SLL |
| Catharina Winge Westholm | överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri |
| Sandra af Winklerfelt | specialist i allmänmedicin, verksamhetschef Liljeholmens vårdcentral, Stockholm doktorand, sektionen för allmänmedicin, NVS, Karolinska Institutet |
| Hans Ågren | professor emeritus, Göteborgs universitet |

Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget

| | |
|--------------------|--|
| Ingela Björholt | områdesansvarig hälsoekonomi verkställande direktör, Nordic Health Economics AB |
| Annabelle Forsmark | senior scientist, Nordic Health Economics AB |

Prioriteringsarbetet

| | |
|----------------|--|
| Harald Aiff | medicine doktor och överläkare, Psykiatri Norra Halland |
| Ullvi Båve | psykiater, överläkare, Norra Stockholms psykiatri |
| Malin Bäck | doktorand, Linköpings universitet, auktoriserad socionom, legitimerad psykoterapeut, handledare i IPT, Region Jönköpings län |
| Maria Carlsson | legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi |

| | |
|------------------------|---|
| Louise Danielsson | medicine doktor, legitimerad sjukgymnast, Närhälsan Gibraltar Rehabmottagning och Göteborgs universitet |
| Kersti Ejeby | verksamhetschef, Gustavsbergs vårdcentral, specialist i allmänmedicin, doktorand |
| Monica Engman | legitimerad sjuksköterska med specialist-sjuksköterskeexamen i psykiatrisk vård, Norrbottens Läns Landsting |
| Anna-Karin Fahlén | distriktsläkare, Norrbottens läns landsting |
| Alexandra Grankvist | arbetsterapeut, Affektiva mottagningen, Vuxenpsykiatri Norrbottens läns landsting |
| Lena Hedlund | legitimerad fysioterapeut, filosofie doktor, specialist psykiatri och psykosomatik |
| Karin Holmgren Melin | doktorand, Göteborgs universitet, specialistsjuksköterska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset |
| Stefan Hugestrand | legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut |
| Ingvar Karlsson | docent, Sahlgrenska Akademin Göteborg, överläkare, Tinamottagningen, Kungspporten |
| Anders Klingström | socionom, legitimerad psykoterapeut, handledare |
| Bjarne Nilsson Olinder | verksamhetschef, BUP, överläkare |
| Göran Nyberg | psykiater, överläkare, Psykiatriska kliniken Skellefteå lasarett |
| Adriana Ramirez | överläkare, filosofie doktor, Akademiska sjukhuset |
| Anna Santesson | specialist i barn- och ungdomspsykiatri, överläkare, BUP Halland |
| Diana Segerstedt | legitimerad psykoterapeut |
| Pirjo Stråte | vice ordförande, Riksförbundet SPES |
| Jan Svedlund | professor i psykiatri, legitimerad psykoterapeut, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset |
| Irene Svenningsson | medicine doktor, distriktsköterska, vårdcentralschef, Närhälsan Färgelanda VC |
| Ulf Svensson | medicinsk rådgivare, allmänläkare, Regionalt kunskapscentrum för psykisk hälsa |
| Jimmie Trevett | förbundsordförande, Riksförbundet för social och mental hälsa |

| | |
|------------------------|--|
| Lena Widing | distriktssköterska, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala |
| Ulrika Ökvist Dahlberg | legitimerad psykolog, Vuxenpsykiatri Piteå älvuds sjukhus |

Arbetet med indikatorer

| | |
|-------------------|--|
| Malin André | docent, specialist i allmänmedicin, Uppsala läns landsting |
| Tobias Edbom | registerhållare Q-BUP, medicine doktor, BUP landstinget i Sörmland |
| Mikael Havasi | statistiker, Socialstyrelsen |
| Lars von Knorring | registerhållare ECT-registret, professor emeritus, Institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Uppsala universitet |
| Agneta Schröder | docent, leg sjuksköterska, region Örebro län, professor NTNU, Norge |
| Riitta Sorsa | projektledare, Socialstyrelsen |
| Cecilia Svanborg | registerhållare SibeR, leg psykoterapeut, medicine doktor, överläkare psykiatri, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge |
| Anne Tiainen | utredare, Socialstyrelsen |

Andra medverkande

| | |
|-------------------------|--|
| Linn Cederström | redaktör, Socialstyrelsen |
| Maria Ennefors | kommunikatör, Socialstyrelsen (t.o.m. september 2016) |
| Sofie Hellgren | redaktör, Socialstyrelsen (t.o.m. april 2016) |
| Ulf Johnson | utredare, Socialstyrelsen |
| Caroline Mandoki | administratör, Socialstyrelsen |
| Katrin Tonnes | kommunikatör, Socialstyrelsen (fr.o.m. oktober 2016) |
| Karin Wallis | delprojektledare digitalisering, informationsstruktur och fackspråk, Socialstyrelsen |
| Arvid Widenlou Nordmark | enhetschef, Socialstyrelsen |
| Sofia von Malortie | utredare, Socialstyrelsen |

Referenser

1. Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2015. Rapport 233.
2. Mattisson, C, Bogren, M, Nettelbladt, P, Munk-Jorgensen, P, Bhugra, D. First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *J Affect Disord.* 2005; 87(2-3):151-60.
3. Kringlen, E, Torgersen, S, Cramer, V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry.* 2001; 158(7):1091-8.
4. Vingård E. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt. Forte. Hämtad 2016-11-08 från <http://forte.se/wp-content/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv.pdf>.
5. Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-6-27.
6. Minnesstörningar hos patienter som behandlats med ECT. Om information och delaktighet för patienter och närstående. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport 2016-5-29.
7. Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre. Fokus på antidepressiva läkemedel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport 2016-6-60.
8. Indikatorer för god läkemedelsterapi. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Rapport 2010-6-29.
9. Äldre psykiatri. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen; 2013.
10. Broqvist, M, Branting Elgstrand, M, Carlsson, P, Eklund, K, Jakobsson, A. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Linköpings universitet, Prioriteringscentrum 2011:4.
11. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2012. Rapport 212.
12. Olariu, E, Forero, CG, Castro-Rodriguez, JI, Rodrigo-Calvo, MT, Alvarez, P, Martin-Lopez, LM, et al. Detection of Anxiety Disorders in Primary Care: A Meta-Analysis of Assisted and Unassisted Diagnoses. *Depress Anxiety.* 2015; 32(7):471-84.
13. Sobocki, P, Ekman, M, Agren, H, Krakau, I, Runeson, B, Martensson, B, et al. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research.* 2007; 10(2):153-60.
14. Ekman, M, Granstrom, O, Omerov, S, Jacob, J, Landen, M. Kostnader för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och ångest. Rätt behandlingar kan få stora positiva samhällsekonomiska effekter. *Lakartidningen.* 2014; 111(34-35):1362-4.
15. von Knorring, L, Akerblad, AC, Bengtsson, F, Carlsson, A, Ekselius, L. Cost of depression: effect of adherence and treatment response. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists.* 2006; 21(6):349-54.
16. Sobocki, P, Ekman, M, Agren, H, Krakau, I, Runeson, B, Martensson, B, et al. Resource use and costs associated with patients treated for

- depression in primary care. *The European journal of health economics* : HEPAC : health economics in prevention and care. 2007; 8(1):67-76.
17. En mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner. Delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport 2016-3-22.
 18. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-5-43.
 19. Vårdgaranti och kömiljard. Uppföljning 2009–2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. Rapport 2012-5-16.
 20. Överenskommelse mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa. Redovisning av 2015 års bedömning av grundkrav och prestationsmål. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Rapport 2015-12-17.
 21. Sveriges kommuner och landsting. Väntetider i vården. Barn och unga med psykisk ohälsa. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/BUPdetalj/>.
 22. Vård av patienter med depression och ångest. En nulägesrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Rapport 2009-9-9.
 23. Sveriges kommuner och landsting. Väntetider i vården. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.vantetider.se/>.
 24. Södra Regionvårdsnämnden. Regionala priser och ersättningar för Södra Sjukvårdsregionen 2016. Hela prislistan 2016. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Sodra%20regionvardsnamnden/prislista/2016/helaprislistan2016.pdf>.
 25. Hampton, JR, Harrison, MJ, Mitchell, JR, Prichard, JS, Seymour, C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British medical journal*. 1975; 2(5969):486-9.
 26. Västra Götalandsregionen. Hälsoundersökning på vårdcentral. 2011-03-23.
 27. Västra Götalandsregionen. Tranemo vårdcentral. Hälsoundersökning. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.narhalsan.se/sv/startside/sok-mottagning/Tranemo/Vardcentralen-Tranemo1/Halsundersokning/>.
 28. Landstinget Sörmland. Hälsokontroller. 2014. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.landstingetsormland.se/Halsavard/Vardcentraler/Katrineholm/Var-varldcentral/Halsokontroller/>.
 29. Öppna jämförelser 2014. Hälsa- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting. Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Rapport 2014-12-5.
 30. Sheehan, DV, Lecrubier, Y, Sheehan, KH, Amorim, P, Janavs, J, Weiller, E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*. 1998; 59 Suppl 20:22-33;quiz 4-57.
 31. Cohen, D, Deniau, E, Maturana, A, Tanguy, ML, Bodeau, N, Labelle, R, et al. Are child and adolescent responses to placebo higher in major depression than in anxiety disorders? A systematic review of placebo-controlled trials. *PloS one*. 2008; 3(7):e2632.
 32. Stöd för utveckling av psykoterapeutisk kompetens. Slutrapport om statsbidrag till landstingen 2009–2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-3-3.
 33. Nguyen, KH, Gordon, LG. Cost-Effectiveness of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation versus Antidepressant Therapy for

- Treatment-Resistant Depression. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2015; 18(5):597-604.
34. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från Info VU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
 35. Att sätta mål. Förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. pm. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012-01-24.

Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder

Beskrivning av tillstånd

Depression

Egentlig depression

De vanligaste symtomen vid egentlig depression är nedstämdhet, minskat intresse, sömnstörning, aptitförändring, brist på energi, koncentrationssvårigheter, pessimistiska tankar och döds- eller självmordstankar. Andra vanliga symtom är psykomotorisk hämning (det vill säga långsammare mentala och motoriska funktioner, vilket yttrar sig exempelvis i form av långsammare rörelser och nedsatt reaktionsförmåga) eller psykomotorisk agitation (det vill säga rastlöshet då man har svårt att sitta still, inte kan komma till ro utan går runt och väcker irritation i familjen eller på arbetet).

Hos barn och ungdomar med depression är det vanligt med nedstämdhet eller irritabilitet och minskad lust och intresse för aktiviteter som normalt upplevs lustfyllda.

Diagnosen egentlig depression sätts inte förrän tillståndet varat minst två veckor. De flesta depressioner går över spontant men de kan vara långdragna och risken för återkommande depressioner är stor. Depression brukar delas in i lindrig, medelsvår och svår. Om vanförställningar eller hallucinationer förekommer betecknas den egentliga depressionen som psykotisk.

Lindrig egentlig depression

Vid en lindrig depression är diagnoskriterierna för egentlig depression uppfyllda, men symtomen är få och oftast milda, och depressionen har oftast en liten påverkan på det subjektiva lidandet och funktionen i vardagslivet. Funktionsförmågan och livskvaliteten kan dock vara tillfälligt påverkad, men personen klarar i allmänhet att utföra vardagssysslor och att arbeta eller gå i skolan. Det finns dock risk för att tillståndet försämras, vilket motiverar en tidig och aktiv behandling.

Medelsvår egentlig depression

Vid en medelsvår depression är symtomen fler och mer varaktiga, och personen har stora svårigheter att klara vardagslivet vilket också påverkar livskvaliteten i större utsträckning. En person med medelsvår depression som inte får adekvat behandling löper risk för att successivt försämras och få ytterligare nedsättning av funktionsförmågan. Risken för självmordshandlingar ökar också när depressionen fördjupas.

Svår egentlig depression

Vid svår depression finns en tydligt uttalad symtombild med flertalet diagnoskriterier uppfyllda. Personens funktionsförmåga och livskvalitet är kraftigt nedsatt – i vissa fall obefintlig – vilket medför mycket stora svårigheter att klara vardagslivet och dagliga aktiviteter. Vid svår depression kan man även få psykotiska symtom.

Ångestsyndrom

Ångestsyndrom är en grupp psykiska störningar som har rädsla och ångest med en viss varaktighet och intensitet som huvudsymtom. Ångest innebär en intensiv oro och känsla av olust eller osäkerhet kopplad till en förväntad fara eller olycka och är vanligtvis av både fysisk och psykisk karaktär. Ångest som är en känsla av inre spänning samt oro ihop med osäkerhet liknar upplevelser och reaktioner på stress. Personer som lider av ångestsyndrom har en nedsatt livskvalitet och besvären kan i vissa fall vara långvariga.

Ångestsyndrom kan förekomma i olika allvarlighetsgrader.

Akut stressyndrom

Akut stressyndrom är en krisreaktion på ett starkt psykiskt eller fysiskt trauma där personen reagerar med ångest, förvirring och inadekvat beteende. Det akuta förvirringstillståndet är övergående men kan leda till posttraumatiskt stressyndrom. Barn kan bli klängiga eller te sig apatiska.

Generaliserat ångestsyndrom

Personer med generaliserat ångestsyndrom har mer eller mindre konstant oro och ångest inför flera olika situationer och aspekter i sitt liv, ofta vardagliga situationer eller händelser, och har samtidigt svårt att kontrollera sin oro och ångslan. Besvären är ofta långvariga och orsakar svårigheter med att sköta arbete eller skola, och fungera socialt. Den svårhanterliga oron kan ge katastroftankar, som i sin tur leder till spänningar, sömnstörningar och smärtor, som ofta misstolkas som kroppslig sjukdom.

Barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom har ofta sin oro knuten till sina sociala relationer och prestationer i skolan.

Tvångssyndrom

Personer med tvångssyndrom eller OCD (från engelskans ”obsessive compulsive disorder”) störs av ofrivilliga tvångstankar, som ger upphov till ångest och obehagliga känslor. För att minska ångesten och de obehagliga känslorna utför den drabbade personen tvångshandlingar som utgör en form av ritualer för att hjälpa till att lindra obehag och ångest. Trots att personen förstår orimligheten i sina tankar har de svårt att hålla dessa borta. På kort sikt kan tvångshandlingarna minska obehaget, men på lång sikt kommer tvångstankarna tillbaka allt oftare. Beteendet kan leda till en ond cirkel som personen har svårt att bryta på egen hand. Detta leder inte sällan till att dessa personer utvecklar långvariga och plågsamma symtom med kraftig inskränkning i det dagliga livet.

Barn och ungdomar med tvångssyndrom får ofta med sig föräldrarna i olika försäkringsritualer och kräver ofta långtgående anpassning till tvångshandlingarna. Dessutom har barn med tvångssyndrom ofta andra problem eller tillstånd, såsom inlärningsproblem eller samsjuklighet med adhd, annat ångestsyndrom, Tourettes syndrom eller tics, som kan kräva egen åtgärd.

Paniksyndrom

Paniksyndrom innebär återkommande panikattacker och kontinuerlig oro för nya attacker. En panikattack är en avgränsad, hastigt påkommande attack av intensiv rädsla, skräck eller fruktan. Panikattacker tar sig uttryck i olika typer

av symtom som yrsel, hjärtklappning, obehagskänsla i bröstet, svimningsattacker eller svårigheter att andas, och tolkas ofta av den drabbade personen som en kroppslig sjukdom.

En vanlig konsekvens av panikattacken är att personen börjar undvika vissa situationer eller platser på grund av rädsla att drabbas av panikattacker. Paniksyndrom kan förekomma med eller utan ett sådant undvikande beteende. Undvikandebeteendet kallas för agorafobi eller torgskräck.

Posttraumatiskt stressyndrom

Posttraumatiskt stressyndrom kan uppkomma efter mycket påfrestande, livshotande och traumatiska händelser såsom olika typer av katastrofer, olyckor, våldshändelser, sexuella övergrepp eller fysisk misshandel.

Posttraumatiskt stressyndrom är kopplat till ett återupplevande av den traumatiska händelsen, undvikande av situationer eller sinnesintryck som påminner om traumat samt överspändhet eller lättskrämdhet.

De negativa förändringarna i tankar och sinnesstämning leder i sin tur till en nedsatt funktionsförmåga med problem att exempelvis klara arbete, studier, relationer och vardagliga aktiviteter. De flesta som varit med om traumatiska händelser har övergående symtom och utvecklar inte posttraumatiskt stressyndrom. Ungefär 10 procent av personerna i en traumatiserad population utvecklar posttraumatiskt stressyndrom.

Social fobi

Personer med social fobi känner ångest i sociala situationer och när de står i centrum för uppmärksamheten. Personer med social fobi undviker ofta sociala sammanhang där de riskerar att känna sig granskade eller bortgjorda. Vardagliga situationer som till exempel att prata, äta eller skriva inför andra kan upplevas som ångestframkallande och plågsamma. Genom att undvika andras uppmärksamhet kan personer med social fobi uppleva tillfällig lindrig, samtidigt som detta beteende bidrar till att vidmakthålla den sociala ångesten.

Barn och ungdomar har ofta kroppsliga symtom (såsom huvudvärk och magont) i anslutning till de ångestskapande situationerna.

Separationsångest

Barn med separationsångest oroar sig inför en separation från sina föräldrar (exempelvis när de ska gå till skolan) och får ofta magont eller huvudvärk utöver oron. Under separationen ter sig barnet ledset och håglöst. Separationsångest är den vanligaste orsaken till skolvägran.

Beskrivning av åtgärder

Antidepressiv läkemedelsbehandling

Behandling med antidepressiva läkemedel påverkar signalsubstanser i hjärnan. Den exakta verkningsmekanismen är fortfarande oklar men genom att reglera signalsubstanserna förbättras depressionen. Det finns flera olika typer av antidepressiva läkemedel som har effekt på depressionssymtom på olika sätt, bland annat selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI-preparat), selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI-preparat) och tricykliska antidepressiva (TCA).

Behandling med antidepressiva läkemedel kan medföra biverkningar, som skiljer sig mellan de olika läkemedlen. Barn och ungdomar kan få biverkningar (till exempel överaktivitet eller amotivation, det vill säga bristande motivation att exempelvis delta i sociala sammanhang eller andra aktiviteter) som skiljer sig från vuxna.

Elektrokonvulsiv behandling

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) innebär att med hjälp av elektrisk ström framkalla ett kortvarigt och kontrollerat epileptiskt krampanfall. Behandlingen ges alltid under narkos och upprepas oftast tre gånger per vecka under ett par veckors tid. Syftet med behandlingen är att snabbt minska symtom samt häva eller vända ett allvarligt tillstånd.

De vanligaste biverkningarna vid ECT är huvudvärk och illamående. Minnesstörningar är också vanliga och i regel övergående efter en behandlingsserie. I vissa fall kan de vara ihållande en längre tid efteråt, och det kan inte uteslutas att de blir bestående i enstaka fall.

Efter behandling med ETC är det viktigt att följa upp biverkningar, dels löpande under behandlingstiden, dels cirka 6 månader efter avslutad behandling.

EMDR

EMDR (från engelskans ”Eye Movement Desensitization and Reprocessing”) är en behandling som har utvecklats för att behandla posttraumatiskt stressyndrom. Behandlingen innebär en tvåsidig stimulering av hjärnhalvorna genom ögonrörelser. Syftet med behandlingen är att skapa ett avslappnat tillstånd och på så sätt skapa förutsättningar för nya tankar och perspektiv, som ska underlätta bearbetning av traumatiska minnen och därmed mildra de psykologiska konsekvenserna av dessa minnen. Ögonrörelsernas betydelse för verkningsmekanismen är oklar.

Interpersonell psykoterapi

Interpersonell psykoterapi (IPT) är en strukturerad form av psykoterapi med fokus på relationer och kommunikationsmönster. Genom att hjälpa personer att bli bättre på att hantera dessa kan det minska den psykiska stressen och därmed även exempelvis depressiva symtom.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en strukturerad form av psykoterapi med både tanke- och beteendebaserade interventioner. Den hjälper personer att återuppta aktiviteter som de har upphört med på grund av depressionen, och lär personer att känna igen negativa tankar, utvärdera deras giltighet och ersätta dem med mer hälsosamma sätt att tänka.

KBT är en behandlingsmetod som baseras på empirisk forskning, såsom inlärningspsykologi och kognitiv psykologi samt socialpsykologi. Behandlingen går vanligtvis ut på att ändra på hur man tänker, agerar och förhåller sig till inre upplevelser. Den fokuserar på att påverka en persons plågsamma upplevelser, känslor, tankar och beteenden, genom att lära ut hur man kan förändra sitt sätt att bete sig, påverka problemsituationer och tänka, eller genom att utveckla en accepterande hållning till sina känslor och upplevelser. Behandlingen bedrivs aktivt, målmedvetet och med ett avgränsat tidsperspektiv.

För barn och ungdomar kompletteras vanligtvis behandlingen med föräldrakontakter med inriktning på informationsutbyte, eller med behandling inriktad på föräldrarnas omvårdnad och ibland behandling inriktad på att trygga barnet.

Kognitiv beteendeterapi med traumaexponering

Kognitiv beteendeterapi med traumaexponering baseras på välkända inlärningsprinciper för utsläckning och vid traumabehandling är exponering ett centralt inslag. Exponering innebär att personen, under kontrollerade former, utsätts för det som väcker obehag och ångest genom att tillsammans med sin behandlare i verkligheten eller genom föreställningar gå igenom och återberätta den traumatiska händelsen vid upprepade tillfällen.

Mindfulness-baserad kognitiv terapi

Mindfulness-baserad kognitiv terapi är ett specifikt utformat KBT-program med fokus på meditation. Metoden lägger stor vikt vid övningar i mindfulness i syfte att öka förmågan att uppmärksamma tankar, känslor och kroppsliga upplevelser med en icke-värderande attityd.

Kognitiv beteendeterapi med exponering och responsprevention

KBT-behandling med exponering och responsprevention innebär att man arbetar mot målet att kunna stå ut med sina tvångstankar utan att utföra sina tvångshandlingar. Exponering innebär att man i små steg utsätter sig för det som väcker ångest och obehag. Responsprevention betyder att man inte neutraliserar ångesten genom tvättning, kontrollbeteenden eller ritualer, det vill säga att man gradvis lär sig att avstå från tvångshandlingarna eller undvikande beteenden.

Psykopedagogisk behandling

Psykopedagogisk behandling är en form av familjebaserade samtal där pedagogiska metoder används för undervisning och rådgivning. Åtgärden

syftar till att öka barns och ungdomars kunskap om sina symtom och sin funktionsnedsättning samt utveckla deras färdigheter i att hantera sin livssituation.

Arbetet sker strukturerat och problemlösande där föräldrarna utgör ett viktigt stöd för att barnet eller ungdomen ska återfå goda rutiner, öka sin aktivitetsnivå, få ett stödjande familjeklimat och för att kraven i skolan ska anpassas.

Behandlingen behöver vara strukturerad och ske med tillräcklig regelbundenhet för att nå bästa effekt. Personalen behöver ha kunskap om aktuellt sjukdomstillstånd, utbildning i hur behandlingen ska bedrivas och ha tillgång till handledning i metoden. Behandlingen ska föregås av en noggrann kartläggning av den unges livssituation, symtom och funktion, och ska sedan följas upp regelbundet.

Repetitiv transkraniell magnetstimulering

Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) innebär att en elektromagnetisk spole alstrar ett magnetiskt fält över skalpen, vilket skapar en ström i de hjärnceller som befinner sig nära spolen. Detta leder till att hjärncellerna aktiveras eller hämmas i vänster respektive höger frontallob.

Under behandlingarna är personen vaken. Behandlingen tar ungefär en timme att genomföra och ges oftast dagligen under fyra veckor, sammanlagt vid 20 tillfällen. rTMS har mestadels milda biverkningar, exempelvis lokal skalpsmärta vid behandlingen och övergående huvudvärk. Yrsel och svimning förekommer, men är betydligt mer ovanliga. Den allvarligaste biverkningen är epileptiskt krampanfall som är mycket ovanligt.

Bilaga 2. Lista över rekommendationer

De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom innehåller 104 rekommendationer.

En detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationella_riktlinjer. Där är det också möjligt att läsa samlad information om samtliga rekommendationer i bilagan *Kunskapsunderlag*.

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|---|-----------|---|
| 1 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda hög tillgänglighet till en primär bedömning till personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom. | 1 | Åtgärden ger goda förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. |
| 2a | Hälso- och sjukvården kan erbjuda MINI som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i primärvården till vuxna personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom. | 4 | Åtgärden ökar förutsättningen för att en korrekt diagnos ställs. MINI fungerar väl som komplement till en klinisk bedömning vid diagnostik av depression och ångestsyndrom. Kommentar: MINI kan även ge viktig information om eventuell samsjuklighet, som missbruk eller beroende. |
| 2b | Hälso- och sjukvården bör erbjuda SCID-I eller MINI som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i den specialiserade vården till vuxna personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom. | 2 | Åtgärden ökar förutsättningen för att en korrekt diagnos ställs. MINI och SCID-I fungerar väl som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik av depression och ångestsyndrom. Kommentar: MINI och SCID-I kan även ge viktig information om eventuell samsjuklighet, som missbruk eller beroende. |
| 2c | Hälso- och sjukvården kan erbjuda K-SADS-PL eller MINI-KID som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i den specialiserade vården till barn och ungdomar med misstänkt depression eller ångestsyndrom. | 5 | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden bedöms bidra till ett strukturerat arbetssätt i den diagnostiska processen |
| 2d | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda MINI-KID som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i primärvården till barn och ungdomar med misstänkt depression eller ångestsyndrom. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det saknas klinisk erfarenhet av åtgärden i primärvården. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|---|-----------|---|
| 4 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda en somatisk anamnes och undersökning samt en relevant utredning utifrån eventuella ytterligare behov av vård till personer med depression eller ångestsyndrom. | 1 | Somatisk samsjuklighet är vanligt vid egentlig depression och ångestsyndrom och bidrar till förtida död. Åtgärden ökar förutsättningarna för att identifiera, följa upp och optimalt behandla somatisk sjukdom. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. |
| 5 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda en aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom, eller med misstänkt depression eller ångestsyndrom. | 1 | Åtgärden ger goda förutsättningar för att fånga upp allvarigare tillstånd och för att en effektiv behandling ges under hela sjukdomsförloppet |
| 8 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda ett samordnat och strukturerat omhändertagande med vårdsamordnare till vuxna med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom. | 5 | Åtgärden ger förutsättning för att adekvat behandling ges och ger liten till måttlig effekt på depressions- och ångestsymtom. Kommentar: Studier i svensk primärvård pågår. |
| 10a | Hälso- och sjukvården bör inte bedöma självmordsrisken med enbart instrument hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. | Icke-göra | Det finns ett begränsat till starkt vetenskapligt underlag för att flertalet instrument brister i sin tillförlitlighet (låg sensitivitet eller specificitet). |
| 10b | Hälso- och sjukvården kan bedöma självmordsrisken med instrument som ett komplement till den kliniska bedömningen hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. | 6 | Trots att vissa instrument har otillräckligt vetenskapligt underlag eller visad låg tillförlitlighet (sensitivitet eller specificitet) kan de användas som komplement vid en klinisk suicidbedömning. Instrumenten kan ha ett värde som pedagogiskt stöd för att efterfråga viktiga riskfaktorer för självmordsbenägna personer. |
| 10c | Hälso- och sjukvården bör inte bedöma självmordsrisken med instrumentet SAD PERSONS Scale som ett komplement till den kliniska bedömningen hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. | Icke-göra | Instrumentet SAD PERSONS Scale ska inte användas som komplement till klinisk bedömning eftersom instrumentet har mycket låg sensitivitet, vilket innebär att risken är hög att missa självmordsbenägna personer. |
| 13 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda basal kroppskännedom som tillägg till annan behandling till vuxna med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom. | 7 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger en liten effekt på kroppslaterade besvär och på depressionssymtom. Åtgärden kan vara värdefull för personer med mycket kroppsliga besvär. |
| 14 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda diagnostik i strukturerad form och immunologisk provtagning till barn och ungdomar med misstänkt PANS/PANDAS. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-------|--|-----------|--|
| 15:1a | Hälso- och sjukvården bör identifiera depression med EPDS hos nyförlösta ungdomar och vuxna. | 3 | <p>Det är av särskild vikt att identifiera postpartum depression hos nyförlösta personer eftersom en depression riskerar att även påverka barnet och anhöriga. EPDS sensitivitet är något låg, vilket innebär att många nyförlösta personer med depression inte upptäcks. EPDS är en effektiv åtgärd när den ingår som en del i ett systematiskt omhändertagande. Det finns klinisk erfarenhet av att åtgärden fungerar väl.</p> <p>Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av EPDS hos partners till nyförlösta personer, men de bör också uppmärksammas för sin risk att utveckla depression.</p> |
| 15:2 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda förebyggande psykosocial eller psykologisk behandling till blivande och nyblivna föräldrar med risk att utveckla depression. | 4 | Åtgärden ger en måttligt minskad risk för depression hos blivande eller nyblivna mödrar. Ett familjeperspektiv är centralt och klinisk erfarenhet talar för att åtgärden har effekt även på partnern. |
| 15:3 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda förstärkta och individualiserade hembesök till nyblivna föräldrar med risk att utveckla depression. | 6 | Åtgärden ger en måttlig till stor minskad risk för depression. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Åtgärden ger även möjlighet att uppmärksamma riskfaktorer hos familjen. |
| 16 | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda screening för depression eller ångest-syndrom till vårdsökande personer utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom. | Icke-göra | <p>Det vetenskapliga underlaget är starkt för att åtgärden inte ger någon effekt på symtombörda av depression.</p> <p>Kommentar: Det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt på ångest-syndrom är otillräckligt, men det bedöms som troligt att resultatet är detsamma som för depression.</p> |
| 17 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda psykopedagogisk behandling med fokus på depression till barn och ungdomar med depression. | 2 | <p>Tillståndet har en liten till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden minskar depressionssymtom. För barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen kan åtgärden kombineras eller ersättas med annan behandling.</p> <p>Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.</p> |
| 18 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda MBSR som tillägg till annan behandling till barn och ungdomar med lindrig egentlig depression. | 10 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det finns god klinisk erfarenhet av åtgärden. |
| 19 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda KBT till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression. | 2 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på diagnosfrihet (remission) och depressionssymtom. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt. I jämförelse med antidepressiva läkemedel ger KBT en minskad risk för biverkningar och minskad självmordsrisk. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|---|-----------|--|
| 20 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda IPT till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression. | 5 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (remission) och depressionssymtom. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. I jämförelse med KBT ger IPT en sämre effekt på depressionssymtom. |
| 21 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda psykodynamisk korttidsterapi till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och studier pågår. |
| 22 | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda systemisk familjeterapi till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression. | Icke-göra | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att uttala sig om åtgärdens effekt på depression trots att metoden har använts under lång tid. Kommentar: Systemiskt familjeterapi kan dock ges som tillägg till behandling specifikt riktad mot depression. |
| 23 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT) till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och studier pågår. |
| 24 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar med långvarig lindrig till medelsvår egentlig depression. | 9 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och åtgärden ger liten effekt på andel som svarar på behandling (respons) och depressionssymtom. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. |
| 27a | Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med fluoxetin till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression. | 2 | Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons) och depressionssymtom. Läkemedelsbehandling innebär en risk för biverkningar. |
| 27b | Hälso- och sjukvården kan erbjuda sertralin eller escitalopram till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression. | 5 | Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger liten effekt på andel som svarar på behandling (respons) och depressionssymtom. Det finns en alternativ åtgärd med bättre effekt (fluoxetin). Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. |
| 27c | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda paroxetin till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression. | Icke-göra | Åtgärden ger ingen effekt på depressionssymtom och ökar sannolikt självmordsrisken. Det finns andra alternativa åtgärder som har effekt. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|--|-----------|---|
| 30 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda KBT som tillägg till antidepressiva läkemedel till ungdomar med behandlingsresistent medelsvår till svår egentlig depression. | 6 | Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och det vetenskapliga underlaget är begränsat för en måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons). Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. |
| 31 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda elektrokonvulsiv behandling (ECT) till ungdomar efter pubertetsdebut med svår egentlig depression och psykotiska symtom, katatoni eller behandlingsresistens. | 1 | Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för ungdomar, men åtgärden ger måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (remission) och depressionssymtom hos vuxna. Det finns klinisk erfarenhet av att ECT även ger effekt hos ungdomar. Åtgärden kan vara livräddande och ger snabbare effekt på depressionssymtom jämfört med antidepressiva läkemedel. |
| 32 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda psykopedagogisk behandling med fokus på ångestsyndrom till barn och ungdomar med ångestsyndrom. | 3 | Tillståndet har en liten till stor svårighetsgrad. Åtgärden minskar ångestsymtom. För barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen kan åtgärden kombineras eller ersättas med annan behandling. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. |
| 33 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda MBSR som tillägg till annan behandling till barn och ungdomar med lindrigt till medelsvårt ångestsyndrom. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier. |
| 34 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda KBT till barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest eller social fobi. | 3 | Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och ångestsymtom. |
| 35 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda psykodynamisk korttidsterapi till barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest eller social fobi. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|--|-----------|---|
| 36 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med SSRI- eller SNRI-preparat till barn och ungdomar med generaliserat ångest-syndrom, separationsångest eller social fobi. | 3 | Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på andel som svarar på behandling (respons) och måttlig effekt på ångest-symtom. Det finns troligen en ökad risk för aktivering. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. |
| 37 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda kombinationsbehandling med sertralin och KBT till barn och ungdomar med generaliserat ångest-syndrom, separationsångest eller social fobi. | 2 | Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons) jämfört med placebo. Kombinationsbehandlingen ger dessutom en måttlig effekt på diagnosfrihet jämfört med enbart sertralin eller KBT. En tilläggs effekt av kombinationsbehandling är visad. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. |
| 38 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda KBT med exponering till barn och ungdomar med specifik fobi. | 3 | Tillståndet har en liten till måttlig svårighetsgrad, men kan obehandlat innebära en försämrad psykosocial utveckling. Åtgärden ger måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (remission) och symtom på specifik fobi. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt. |
| 39 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda KBT med trauma-exponering till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom. | 2 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger en liten till måttlig effekt på diagnosfrihet (remission), symtom på PTSD och funktionsförmåga. Kommentar: Andelen barn och ungdomar med tillståndet förväntas öka och vården bedöms underdimensionerad. |
| 40 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda psykodynamisk korttidsterapi till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom. | 10 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det finns klinisk erfarenhet av att åtgärden har positiv effekt på symtom på PTSD. Det finns andra effektiva åtgärder. |
| 41 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda EMDR till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom. | 10 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det finns klinisk erfarenhet av att åtgärden har positiv effekt på symtom på PTSD. Det finns andra effektiva åtgärder. |
| 42 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda behandling med SSRI-preparat till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|---|-----------|---|
| 44 | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda behandling med alfa-adrenerga agonister till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom. | Icke-göra | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det finns risk för allvarliga biverkningar, såsom blodtryckssänkning, viktökning och förändrad hjärtrytm. |
| 47 | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda betablockare eller alfa-adrenerga agonister till barn och ungdomar med akut stressyndrom. | Icke-göra | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det finns risk för allvarliga biverkningar, såsom blodtryckssänkning, viktökning och förändrad hjärtrytm. |
| 48 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda KBT med exponering och responsprevention till barn och ungdomar med tvångssyndrom. | 1 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger mycket stor effekt på tvångssymtom. Kommentar: Obehandlat tvångssyndrom kan få stora konsekvenser på lång sikt. |
| 49 | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda psykodynamisk korttidsterapi till barn och ungdomar med tvångssyndrom. | Icke-göra | Det saknas studier om effekten av åtgärden på tvångssyndrom. Det finns alternativa åtgärder som har effekt. |
| 50 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med SSRI-preparat till barn och ungdomar med medelsvårt till svårt tvångssyndrom. | 2 | Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons) och tvångssymtom. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. |
| 52 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda kombinationsbehandling med SSRI-preparat och KBT med exponering och responsprevention till barn och ungdomar med medelsvårt till svårt tvångssyndrom. | 5 | Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på tvångssymtom jämfört med enbart läkemedel, men verkar inte ge bättre effekt än kognitiv beteendeterapi. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. |
| 53 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda risperidon eller aripiprazol som tillägg till SSRI-preparat till barn och ungdomar med svårt tvångssyndrom. | 10 | Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Åtgärden bör endast ges när andra behandlingar inte gett effekt. Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. |
| 54 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda antibiotika till barn och ungdomar med akut PANS/PANDAS. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och studier pågår. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|--|-----------|---|
| 55 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda Intravenös immunoglobulin eller plasmaferes till barn och ungdomar med svår PANS/PANDAS. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier. |
| 56 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda antibiotika som förebyggande behandling till barn och ungdomar med PANS/PANDAS. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier. |
| 59 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda tidigt återinsatt läkemedelsbehandling till vuxna med recidiverande egentlig depression och tidigare god effekt av läkemedelsbehandling. | 1 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger måttlig effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons). |
| 62 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda fysiska aktiviteter till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. | 6 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på depressionssymtom jämfört med placebo. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Åtgärden kan ha positiv effekt på somatisk ohälsa. |
| 64 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda mindfulnessbaserad kognitiv terapi till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och studier pågår. |
| 65 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med dystymi. | 3 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons), men kan ge preparatberoende biverkningar. |
| 67 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och KBT eller IPT till vuxna med dystymi. | 10 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger ingen till liten tilläggs effekt av IPT till antidepressiva läkemedel. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för antidepressiva läkemedel och KBT som kombinationsbehandling. |
| 68 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda KBT till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. | 1 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på andel som svarar på behandling (respons) jämfört med antidepressiva läkemedel på lång sikt. Det vetenskapliga underlaget är starkt. Dessutom ger åtgärden en måttlig effekt på depressionssymtom jämfört med placebo och sedvanlig behandling på kort sikt. |
| 69 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda IPT till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. | 3 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på depressionssymtom jämfört med placebo och sedvanlig behandling på kort sikt. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|--|-----------|---|
| 70 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda psykodynamisk korttidsterapi till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. | 6 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden verkar inte ge bättre effekt än stödterapi, kognitiv beteendeterapi eller antidepressiva läkemedel. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt till begränsat. Det saknas placebokontrollerade studier. |
| 73 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. | 3 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons) jämfört med placebo, men ger preparatberoende biverkningar. |
| 77a | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda ljusterapi med vitt morgonljus till vuxna med årstidsrelaterad och lindrig till medelsvår egentlig depression. | Icke-göra | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Det finns andra effektiva behandlingsmetoder. |
| 77b | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda ljusterapi med vitt morgonljus till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. | Icke-göra | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Det finns andra effektiva behandlingsmetoder. |
| 78 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda behandling med rTMS till vuxna med medelsvår till svår egentlig depression. | 4 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andelen som svarar på behandling (respons) jämfört med skenbehandling. Åtgärden ger troligen sämre effekt än ECT och har lindrigare biverkningar. |
| 80 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med svår egentlig depression. | 1 | Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons). Det vetenskapliga underlaget är starkt. |
| 81 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med litium som tillägg till antidepressiva läkemedel till vuxna med svår, behandlingsresistent egentlig depression. | 2 | Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt på andel som svarar på behandling (respons). Kommentar: Behandlingen kräver regelbunden provtagning och det finns risk för biverkningar. |
| 82 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda aripiprazol, olanzapin, quetiapin eller risperidon som tillägg till antidepressiva läkemedel till vuxna med behandlingsresistent svår egentlig depression. | 9 | Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en måttlig till stor effekt på depressionssymtom, men har biverkningar, såsom viktuppgång, metabola syndrom och trötthet. Kommentar: Åtgärden kan vara ett alternativ till personer som inte tolererar litium. |
| 83 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda infusionsbehandling med tricykliska antidepressiva läkemedel till vuxna med svår egentlig depression. | 9 | Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger inte bättre effekt än per oral TCA. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|---|-----------|---|
| 84 | Hälsa- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi, interpersonell psykoterapi eller psykodynamisk korttidsterapi till vuxna med svår egentlig depression. | 10 | Det vetenskapliga underlaget otillräckligt och det finns andra åtgärder med visad effekt. |
| 85 | Hälsa- och sjukvården bör erbjuda elektrokonvulsiv behandling (ECT) till vuxna med svår egentlig depression. | 1 | Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på depressionssymtom. Kommentar: Åtgärden har särskilt god effekt vid psykotisk depression. |
| 86 | Hälsa- och sjukvården bör erbjuda återfallsförebyggande behandling med KBT eller mindfulness-baserad kognitiv terapi till vuxna som efter recidiverande episoder av egentlig depression uppnått remission. | 3 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på återfall i depression. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. |
| 88 | Hälsa- och sjukvården bör erbjuda återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna som efter recidiverande episoder av egentlig depression uppnått remission. | 1 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på återfall i depression. Det vetenskapliga underlaget är starkt. |
| 89 | Hälsa- och sjukvården kan erbjuda återfallsförebyggande elektrokonvulsiv behandling (ECT) till vuxna som efter recidiverande episoder av egentlig depression uppnått remission. | 7 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger en liten till stor effekt på återfall i depression. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt till begränsat. Det finns klinisk erfarenhet av ECT som återfallsförebyggande behandling. |
| 90 | Hälsa- och sjukvården bör erbjuda återfallsförebyggande behandling med litium till vuxna som efter recidiverande episoder av egentlig depression uppnått remission. | 3 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger en stor effekt på återfall i depression och självmordsrisk. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Behandlingen kräver regelbunden provtagning och det finns risk för biverkningar. |
| 94 | Hälsa- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) till vuxna med generaliserat ångestsyndrom. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier. |
| 95 | Hälsa- och sjukvården kan erbjuda kognitiv beteendeterapi till vuxna med generaliserat ångestsyndrom. | 5 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på ångestsymtom. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|--|-----------|---|
| 97 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda psykodynamisk korttidsterapi till vuxna med generaliserat ångest-syndrom. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det saknas klinisk erfarenhet av åtgärden. |
| 98 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med generaliserat ångestsyndrom. | 3 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons). Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar. |
| 99 | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda behandling med bensodiazepiner till vuxna med generaliserat ångestsyndrom. | Icke-göra | Balansen mellan åtgärdens positiva effekt på tillståndet och biverkningar är ogynnsam. Bensodiazepiner är beroendeframkallande och det finns risk för toleransutveckling. Annan effektiv behandling finns. |
| 100 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda hydroxizin till vuxna med generaliserat ångest-syndrom. | 8 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och åtgärden ger liten effekt på symtom på generaliserat ångest. Hydroxizin har biverkningar såsom trötthet och risk för förändrad hjärtrytm. Det finns andra effektiva åtgärder för tillståndet. |
| 101 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda pregabalin till vuxna med generaliserat ångest-syndrom. | 10 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och åtgärden ger liten effekt på symtom. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt. Pregabalin har biverkningar såsom yrsel och dimsyn och det finns risk för toleransutveckling. Det finns andra effektiva åtgärder för tillståndet. |
| 105 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda KBT till vuxna personer med panik-syndrom. | 3 | Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons) och liten till måttlig effekt på diagnosfrihet (remission). |
| 107 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda panikfokuserad psykodynamisk korttidsterapi till vuxna med paniksyndrom. | 10 | Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt till begränsat. |
| 108 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda behandling antidepressiva läkemedel till vuxna med paniksyndrom. | 4 | Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på paniksymtom. Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar. |
| 109 | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda behandling med bensodiazepiner till vuxna med paniksyndrom. | Icke-göra | Balansen mellan åtgärdens positiva effekt på tillståndet och biverkningar är ogynnsam. Bensodiazepiner är beroendeframkallande och det finns risk för toleransutveckling. Annan effektiv behandling finns. |
| 110 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) till vuxna med paniksyndrom. | 9 | Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger liten till måttlig, men övergående, effekt på andel som svarar på behandling (respons) respektive diagnosfrihet (remission). Det vetenskapliga underlaget är starkt. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|--|-----------|---|
| 113 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT) till vuxna med social fobi. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det pågår studier. |
| 114 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda kognitiv beteendeterapi till vuxna med social fobi. | 2 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission). Kommentar: För personer med social fobi finns särskild anledning att överväga internetförmedlad KBT, med behandlarstöd, för motiverade personer. |
| 116 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda psykodynamisk korttidsterapi med fokus på social fobi till vuxna med social fobi. | 10 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden verkar ge lägre effekt än kognitiv beteendeterapi. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt till begränsat. Det finns andra effektiva åtgärder. |
| 117 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda interpersonell psykoterapi (IPT) till vuxna med social fobi. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier. |
| 118 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med social fobi. | 4 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission). Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar. |
| 119 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi till vuxna med social fobi. | 10 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger ingen tilläggs effekt till monoterapi av antidepressiva läkemedel eller KBT. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. |
| 120 | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda behandling med bensodiazepiner till vuxna med social fobi. | Icke-göra | Balansen mellan åtgärdens positiva effekt på tillståndet och biverkningar är ogynnsam. Bensodiazepiner är beroendeframkallande och det finns risk för toleransutveckling. Annan effektiv behandling finns. |
| 121 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda kognitiv beteendeterapi med exponering till vuxna med specifik fobi. | 4 | Tillståndet har en liten till måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger liten till måttlig effekt på symptom som undvikande beteende. Kommentar: Tillståndet kan vara mycket funktionsnedsättande för enstaka individer. |
| 122 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda KBT med exponering och responsprevention till vuxna med tvångssyndrom. | 1 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på tvångssymtom. |
| 125 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med tvångssyndrom. | 2 | Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor till mycket stor effekt på andel som svarar på behandling (respons). Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar. |

| Rad | Rekommendation | Prioritet | Motivering till rekommendation |
|-----|---|-----------|---|
| 126 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med antipsykotiska läkemedel som tillägg till antidepressiva läkemedel till vuxna med svårt behandlingsresistent tvångssyndrom. | 3 | Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger en stor tilläggs effekt på andel som svarar på behandling (respons). Förutom preparatberoende biverkningar av antidepressiva läkemedel ger antipsykotiska läkemedel ytterligare biverkningar, som ökad trötthet och aptit. Risken för avbrytande av behandling är stor. |
| 127 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) eller beteendeterapi (BT) till vuxna med medelsvårt till svårt tvångssyndrom. | 8 | Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på tvångssymtom jämfört med enbart läkemedel. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. |
| 128 | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda förebyggande krisbearbetning (debriefing) till vuxna med risk för posttraumatiskt stressyndrom efter traumatisk händelse. | Icke-göra | Åtgärden minskar inte risken för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom. |
| 129 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda behandling med EMDR till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom. | 7 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden har inte visat sig ge bättre effekt än KBT med exponering. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt till begränsat. Det finns dock god klinisk erfarenhet av åtgärden. |
| 130 | Hälso- och sjukvården bör erbjuda KBT med trauma-exponering till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom. | 3 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt diagnosfrihet (remission) och PTSD-symtom. |
| 132 | Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda psykodynamisk korttidsterapi till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom. | FoU | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det saknas klinisk erfarenhet av åtgärden. |
| 133 | Hälso- och sjukvården kan erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom. | 4 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger liten effekt på PTSD-symtom. |
| 134 | Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda kombinationsbehandling med SSRI-preparat och kognitiv beteendeterapi (KBT) till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom. | 10 | Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det finns klinisk erfarenhet av att åtgärden ökar förutsättningen för att tillgodogöra sig kognitiv beteendeterapi (KBT). Det finns andra effektiva åtgärder. |
| 137 | Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda behandling med bensodiazepiner till vuxna med akut stressyndrom. | Icke-göra | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Bensodiazepiner är beroendeframkallande och det finns risk för toleransutveckling. Annan effektiv behandling finns. |

Bilaga 3. Bilagor som publiceras på webben

Till riktlinjerna hör ett antal externa bilagor:

- Tillstånds- och åtgärdslista (fullständig)
- Kunskapsunderlag
- Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer
- Indikatorer
- Metodbeskrivning

Samtliga bilagor finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/nationella riktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/nationella_riktlinjer).