

Vård vid depression och ångestsyndrom

Stöd för styrning och ledning



Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Stöd för styrning och ledning

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

ISBN	ISBN 978-91-7555-436-5
Artikelnummer	2017-12-4
Foto	Johnér/Linda Otterstedt
Sättning	Åtta.45 Tryckeri AB
Tryck	Åtta.45 Tryckeri AB, december 2017



Miljömärkt trycksak, 3041 0001

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.

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. Under 2018 kommer Socialstyrelsen att utvärdera vården av personer med depression och ångestsyndrom utifrån riktlinjernas indikatorer.

Sjukvårdsregionerna, berörda intresse- och yrkesorganisationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter på remissversionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har bearbetat alla synpunkter innan vi slutgiltigt har tagit ställning till de aktuella riktlinjerna.

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

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag	9
Användning och mottagare	10
Avgränsning	10
Samverkan med andra aktörer	12
Internationell jämförelse av riktlinjer	13
Depression och ångestsyndrom	15
Hur vården vid depression och ångestsyndrom ser ut	17
Nationella utvärderingar	19
Kompletterande kunskapsstöd	20
Centrala rekommendationer	23
Om rekommendationerna	23
Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom	24
Behandling vid egentlig depression hos vuxna	32
Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar	40
Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna	46
Behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar	55
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser	64
Sammanfattning av konsekvenserna.....	64
Utredning och omhändertagande	69
Behandling vid depression eller ångestsyndrom.....	73
Indikatorer för god vård och omsorg	77
Indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom	78
Redovisning av indikatorer.....	79
Delaktighet, information, jämlik vård och svåra överväganden.....	83
Information ger förutsättningar för delaktighet.....	83
Jämlik vård och bemötande	85
Svåra överväganden.....	86

Projektorganisation	89
Referenser.....	98
Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder	103
Beskrivning av tillstånd	103
Beskrivning av åtgärder	107
Bilaga 2. Lista över rekommendationer	112
Bilaga 3. Bilagor som publiceras på webben	132

Sammanfattning

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

Vid vård av depression och ångestsyndrom är det av stor vikt med ett utbud av flera effektiva behandlingsmetoder genom hela vårdkedjan och att patienten är välinformerad om de olika behandlingsalternativen. Avgörande för en god vård är att valet av behandling utgår från patientens individuella behov, förutsättningar och önskemål.

I dag insjuknar nästan en tredjedel av befolkningen någon gång i en depression och cirka en fjärdedel drabbas någon gång i livet av ett ångestsyndrom. Depression och ångestsyndrom är allvarliga tillstånd och innebär ofta ett svårt lidande för personer som har drabbats. Även närståendes liv kan påverkas i hög utsträckning. 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 suicid. För att snabbt kunna bedöma hur allvarligt en persons tillstånd är och kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede är det därför viktigt med ett effektivt omhändertagande samt en hög tillgänglighet inom hälso- och sjukvården för personer med depression eller ångestsyndrom.

Både depression och ångestsyndrom behandlas i huvudsak med antidepressiva läkemedel och olika former av psykologisk behandling. I dagens hälso- och sjukvård motsvarar dock inte tillgången till psykologisk behandling behovet i tillräcklig utsträckning. I princip bör alla personer med lindriga och medelsvåra tillstånd av egentlig depression och ångestsyndrom kunna erbjudas psykologisk behandling.

Depression och ångestsyndrom innebär ofta ett växlande (och i vissa fall långdraget) sjukdomsförlopp med stor risk för återfall. För att kunna upptäcka allvarliga tillstånd bör hälso- och sjukvården därför aktivt följa upp personer med, eller med symtom på, dessa tillstånd. En god kontinuitet i vårdkontakten ökar också förutsättningarna för följsamhet till behandlingen och förbättrar prognosen över tid.

Samsjuklighet med kroppslig sjukdom är vanligt hos personer med depression och ångestsyndrom. För att öka möjligheterna att identifiera, följa upp och behandla eventuell samtidig kroppslig sjukdom vid depression eller ångestsyndrom, är det viktigt att hälso- och sjukvården i större utsträckning uppmärksammar och utreder detta hos denna grupp.

Syftet med dessa riktlinjer är att ge politiker, tjänstemän och verksamhetschefer vägledning för beslut på gruppnivå om vilken vård som ska finnas tillgänglig för personer med depression eller ångestsyndrom. Riktlinjerna kan bland annat användas som underlag för resursfördelning utifrån öppna och systematiska prioriteringar. De innehåller därför även bedömningar av hur ett införande av rekommendationerna påverkar kostnader och organisation, utifrån en bild av hur verksamheterna bedrivs på nationell nivå i dag.

Sammanfattningsvis innebär dessa riktlinjer ökade kostnader för hälso- och sjukvården. På sikt förväntas dock de ökade kostnaderna minska till följd av en bättre och mer effektiv vård. Tidig upptäckt och effektiv behandling inom primärvården förväntas till exempel minska behovet av slutenvård vid dessa tillstånd. Förutom att behandlingsåtgärder vid depression och ångestsyndrom är kostnadseffektiva är de med stor sannolikhet även kostnadsbesparande ur ett samhällsperspektiv. Det eftersom de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården endast utgör en mindre del av den totala kostnaden för samhället, till exempel i form av sjukskrivningar.

För att Socialstyrelsen ska kunna följa upp tillämpningen av riktlinjerna har 37 indikatorer tagits fram som speglar ett antal rekommendationer i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård. Till några av indikatorerna hör även målnivåer som anger hur stor andel av patientgruppen som bör komma i fråga för en åtgärd. Indikatorerna kan bland annat användas som underlag för verksamhetsuppföljning och -utveckling, och är även utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella utvärderingar av följsamheten till nationella riktlinjer.

Detta är slutversionen av de reviderade riktlinjerna och ersätter de nationella riktlinjerna från 2010 samt remissversionen från 2016. För de frågeställningar från 2010 som utgått i samband med revideringsarbetet, så har Socialstyrelsen inte gjort någon ny värdering av kunskapsläget. I många fall är dessa åtgärder redan praxis i hälso- och sjukvården.

Inledning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder vid depression och ångestsyndrom. Rekommendationerna omfattar åtgärder inom 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*.

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.
- En diskussion om svåra överväganden och vikten att informera och göra patienten delaktig.

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 108 rekommendationer. De fullständiga riktlinjerna finns på www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

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 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 kostnadseffektivitetsprincipen. En utgångspunkt är också de bärande principerna i socialtjänstlagen (2001:453).

Användning och mottagare

Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor. Rekommendationerna vänder sig därför i första hand till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer. 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.

Nationella riktlinjer kan inte ensamt utgöra underlag för beslut som gäller enskilda patienter, även om de i form av bästa tillgängliga kunskap kan ge vägledning till hälso- och sjukvårdspersonal. Det eftersom rekommendationerna gäller på gruppnivå samt att hälso- och sjukvårdspersonal alltid behöver ta hänsyn till individens särskilda förutsättningar och önskemål.

Avgränsning

Avgränsningen utgår i huvudsak från hälso- och sjukvårdens aktuella behov av vägledning. Riktlinjerna omfattar därför främst kontroversiella områden och åtgärder samt åtgärder där det finns stora praxis-skillnader inom landet, eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort. Fokus är att vägleda riktlinjernas primära mottagare, det vill

säga beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, tjänstemän och verksamhetschefer.

Detta innebär att riktlinjerna inte är heltäckande samt utelämnar mycket av det som är standardåtgärder inom vården vid depression och ångestsyndrom. Områden där det finns föreskrifter eller andra typer av vägledning från Socialstyrelsen eller andra myndigheter ingår inte heller i riktlinjerna. Ett exempel är frågor som berör vem som får göra vad i hälso- och sjukvården, där Socialstyrelsen i stället har tagit fram en webbplats som tydliggör dessa regler [1].

Förutom nämnda kriterier har avgränsningen för denna revidering tagit utgångspunkt i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom från 2010. De övergripande avgränsningarna är därmed desamma som 2010 och riktlinjerna inkluderar därmed enbart åtgärder inom hälso- och sjukvården vid de definierade sjukdomstillstånden *egentlig depression* och ångestsyndrom. Angränsande diagnoser, så som anpassningsstörning och reaktion på svår stress, ingår därför inte i riktlinjerna. Inför revideringen har Socialstyrelsen också gett en rad intressenter möjlighet att lämna synpunkter på vilka frågeställningar som bör ingå i riktlinjerna.

Detta innebär att vissa frågeställningar har tillkommit eller slagits samman med andra. Vissa frågeställningar som togs upp i de tidigare riktlinjerna har också strukits, till exempel på grund av att frågan bedöms vara inaktuell eller tas upp i andra riktlinjer. En del åtgärder är exempelvis redan nu rutinåtgärder inom hälso- och sjukvården, och ingår därför inte heller i de reviderade riktlinjerna.

De reviderade riktlinjerna tar inte 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 [2]. Vid behandling av äldre behöver vården dock ta särskild hänsyn till äldres förutsättningar, exempelvis särskilda risker för biverkningar vid läkemedelsbehandling. Sådana frågor tas upp i andra vägledning- ar, se nedan under *Kompletterande kunskapsstöd*.

Förmedlingssätt vid psykologisk behandling tas upp i begränsad omfattning i dessa riktlinjer. 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 förmedlingssätten snabbt kan förändras, har Socialstyrelsen valt att i huvudsak ge rekommendationer som inte är begränsade till förmedlingssätt. Nya digitala förmedlingssätt för psykologisk behandling är än så länge främst anpassade till vuxna med depression och ångestsyndrom.

Socialstyrelsens metod för att ta fram bästa tillgängliga kunskaper sker via en systematisk litteratursökning efter i första hand väljorda systematiska översikter. Detta har bland annat inneburit att de varianter av psykologisk behandling som ingår i riktlinjerna i huvudsak är manualbaserade.

Uppdaterad metod

Sedan 2010 har Socialstyrelsen utvecklat metoden för att ta fram nationella riktlinjer. Den utvecklade metoden innebär bland annat ett mer standardiserat sätt att granska och bedöma det vetenskapliga underlaget. Detta innebär att en del av frågeställningarna som ingick i riktlinjerna från 2010 har granskats och evidensgraderats på nytt utifrån det internationellt vedertagna evidensgraderingssystemet GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) [3] och i vissa fall fått en förändrad prioritering. Evidensgraderingsmetoden GRADE används av Socialstyrelsen sedan år 2011 för samtliga nationella riktlinjer.

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 [4]. 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 är avsedda för hälso- och sjukvårdens verksamheter, medan Läkemedelsverkets rekommendationer är avsedda för patienter och vårdtagare.

mendationer 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 mer kliniskt tillämpbart kunskapsstöd.

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.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är via arbetsgruppen för depression och ångest inom programområde psykisk hälsa en central samarbetspartner för implementeringen av dessa riktlinjer. Deras uppdrag är i huvudsak att ta fram nationella kunskapsstöd och att konkretisera Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom samt att identifiera prioriterade områden som Socialstyrelsen i detta arbete inte täckt in.

Internationell jämförelse av riktlinjer

Efter publiceringen av remissversionen av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom 2016 har det pågått en debatt i svensk media som kretsat kring innehållet i dessa riktlinjer. En del av debatten har handlat om skillnader mellan Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och vissa andra länders motsvarande riktlinjer.

På uppdrag av Socialstyrelsen har därför en internationell jämförelse genomförts under våren 2017. Syftet har varit att jämföra ett antal länders riktlinjer samt undersöka om de skillnader som finns är motiverade eller inte. Jämförelsen gäller specifikt psykologisk behandling, fysisk aktivitet samt kombinationsbehandling med psykologisk behandling och antidepressiva läkemedel vid depression [5]. De länder som förutom Sverige ingår i jämförelsen är Norge, Finland, Danmark, England, Skottland, Tyskland, Nederländerna och Kanada.

Olika syfte, mottagare och organisation

Sammantaget visar jämförelsen på skillnader mellan de olika ländernas riktlinjer när det gäller de aktuella åtgärderna. Socialstyrelsens bedömning är att dessa skillnader främst beror på olika nationella förutsättningar, till exempel att dessa länder har olika typer av hälso- och sjukvårdssystem.

Skillnaderna beror troligtvis också på att de olika ländernas riktlinjer till viss del har olika syfte och mottagare, och anpassats därefter. Socialstyrelsens främsta mottagare av riktlinjerna är exempelvis beslutsfattare som arbetar med styrning och ledning inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Flertalet av de andra ländernas riktlinjer vänder sig däremot i första hand direkt till professionen och är tänkta att fungera som beslutsstöd i det enskilda patientmötet.

Olikheter i faktorer som dessa – det vill säga vad syftet och vem mottagaren är samt hur hälso- och sjukvården är organiserad i respektive land – försvårar också jämförelser som denna.

Liknande process men skillnader i metod

Processen för hur Socialstyrelsen samt de jämförda länderna utarbetar riktlinjer, exempelvis genom litteratursökning och samverkan med experter, ser dock i stort sett likadan ut. Andra likheter är att samtliga riktlinjer utgår från principerna för evidensbaserad praktik. Även syftet att öka användningen av evidensbaserade metoder i hälso- och sjukvården och utmönstra åtgärder med otillräcklig effekt och användbarhet är gemensamt.

Metoderna för att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier skiljer sig dock i de olika ländernas riktlinjer. Socialstyrelsens riktlinjer och ytterligare ett par länders riktlinjer använder sig av den internationellt vedertagna metoden GRADE [3]. De andra länderna i jämförelsen använder egenutvecklade modeller för evidensgradering.

Det är alltså sannolikt att de olika modellerna för evidensgradering också lett till skillnader i hur det vetenskapliga underlaget värderats.

Ytterligare en anledning till varför länderna kan ha kommit till olika slutsatser på området är hur man valt att kategorisera allvarlighetsgraden av depression. Exempelvis har Socialstyrelsen valt att bedöma tillstånden lindrig och medelsvår egentlig depression tillsammans medan andra länder skiljt på dessa tillstånd.

Särskild modell för prioriteringar

Socialstyrelsen skiljer sig från andra länder i jämförelsen genom att använda sig av en särskild modell för prioriteringar [6]. I denna modell tas de slutgiltiga rekommendationerna fram genom en sammanvägning av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt och de sakkunnigas egna beprövade erfarenhet. Även detta kan påverka att Socialstyrelsens rekommendationer i vissa avseenden skiljer sig från andra länders riktlinjer.

Läs mer om hur myndigheten arbetar med prioriteringar inom ramen för arbetet med att ta fram nationella riktlinjer i bilagan *Metodbeskrivning*.

Depression och ångestsyndrom

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Risken att insjukna i en depression är cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män [7]. Uppskattningsvis drabbas cirka 25 procent av befolkningen av ett ångestsyndrom, 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.

Många av de som drabbas av depression eller ångest är i arbetsför ålder. Diagnoser inom depressions- och ångestområdet (inklusive anpassningsstörning och reaktion på svår stress) ligger bakom cirka 90 procent av alla sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa i Sverige [8].

Både när det gäller depression och ångestsyndrom finns skiftande allvarlighetsgrader, men även vid mindre allvarlighetsgrad innebär tillståndet ofta att personen får försämrad livskvalitet och svårigheter att klara såväl vardags- som arbetsliv. Även närståendes liv kan påverkas i hög utsträckning. Det är därför viktigt med adekvat och tidig behandling för att så långt möjligt förhindra funktionsnedsättning, risk för långvarig sjukdom och återinsjuknande.

Vid både depression och ångestsyndrom finns ökad risk för suicidtankar och suicidförsök, 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 [9].

Se kapitlet *Delaktighet, information, jämlik vård och svåra överväganden* för mer information om viktiga förutsättningar i vården av personer med depression och ångestsyndrom.

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) [10]. 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 självtillit, skam och skuldkänslor, tankar på döden eller suicid, 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. I dessa riktlinjer motsvarar svår depression ett resultat på 35 poäng eller över i självskattningsversionen av bedömningsinstrumentet MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale).

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. Olika ångestsyndrom definieras utifrån specifika diagnoskriterier i ICD-10.

Hur vården vid depression och ångestsyndrom ser ut

Majoriteten av vuxna 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 [9]. Det är också inom primärvården som cirka 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 elevhälsan, 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.

Vuxna med depression och ångestsyndrom behandlas i huvudsak med antidepressiva läkemedel och olika former av psykoterapi. Vid lättare former av depression eller ångestsyndrom i primärvården kan behandlingen också utgöras av psykopedagogiskt samtal eller fysisk aktivitet. Andra behandlingsalternativ vid svårare tillstånd är repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) och elektrokonvulsiv behandling (ECT).

Målet med all behandling vid depression och ångestsyndrom är att personen ska tillfriskna och återfå en god funktionsnivå. Det innebär inte bara frihet från symtom utan också återgång till exempelvis 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 förmedlingsätten av KBT har blivit fler, vilket gjort det möjligt att nå patientgrupper som har långt till sjukhus eller begränsad tillgång till lokala terapeuter. Nya digitala förmedlingsätt för psykologisk behandling är än så länge främst anpassade till vuxna med depression och ångestsyndrom.

Vid vård av personer med depression eller ångestsyndrom är det särskilt viktigt med kontinuitet och tillgänglighet, vilket är grundförutsättningar för en individuellt anpassad och god vård genom hela sjukdomsförloppet. 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 tillgodose 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 är det även av betydelse att involvera olika professioner. Ett vanligt arbetssätt för att kunna ta tillvara olika kompetenser vid vården av personer med depression eller ångestsyndrom är att samla dessa i ett multiprofessionellt team.

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).

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 vinnns 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* [9]. Utvärderingen visar att personer med psykisk ohälsa riskerar att inte få fullgod behandling av samtida 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 suicidriskbedömningar
- öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling
- ta fram rutiner för tidig upptäckt och diagnostik av psykisk ohälsa
- öka uppföljningen av behandling

En ny utvärdering av landstingens följsamhet till nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom kommer att genomföras år 2018.

Kompletterande kunskapsstöd

Barn och ungdomar

Ett samlat kunskapsstöd inom hälsa, vård och omsorg för området barn och unga finns på webbplatsen kunskapsguiden.se/barn-och-unga. Det finns bland annat information om aktuella kurser och utbildningar för vårdpersonal samt stöd för de som arbetar med ensamkommande barn från andra länder.

Svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri (SFBUP) har tagit fram kliniska riktlinjer för barn och ungdomar med depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom (OCD). Dessa finns tillgängliga på www.sfbup.se/vardprogram.

Flera sjukdomar samtidigt

Att en person har flera sjukdomar samtidigt (samsjuklighet) är vanligt förekommande vid depression och ångestsyndrom, precis som vid andra sjukdomar som behandlas inom hälso- och sjukvården. Det är till exempel vanligt med neuropsykiatriska tillstånd, andra psykiatriska funktionsnedsättningar, smärtproblematik samt missbruk hos personer med depression eller ångestsyndrom. Dessutom är prognosen för kroppsliga sjukdomar ofta sämre om personen har en samtidig depression.

Stöd i form av nationella riktlinjer för vård vid några av de samtidiga tillstånd som personer med depression eller ångestsyndrom kan vara drabbade av finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Ett exempel är *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [11] som innehåller specifika rekommendationer om behandling av missbruks- och beroendeproblematik hos personer med depression eller ångestsyndrom.

Förebyggande vård

Ohälsosamma levnadsvanor, exempelvis i form av otillräcklig fysisk aktivitet, rökning eller riskbruk av alkohol, är en viktig faktor vid

både depression och ångestsyndrom. Rekommendationer för att stödja personer med ohälsosamma levnadsvanor finns i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [12].

Läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer [4] 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* [13] finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/publikationer2016.

Patientsäkerhet

Socialstyrelsen har tagit fram en webbsida för hur de som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador [14]. Här finns exempelvis samlad kunskap om suicidprevention och andra förebyggande åtgärder i vården vid depression och ångestsyndrom.

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 Social-

styrelsens 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 rapporten *Behandling av depression hos äldre* från statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) 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 problemlösnings-terapi ha effekt [2]. 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 [15]. 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 [16].

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 [15].

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 [17].

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 myndigheten 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 [6]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

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 suicidrisk.

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 [9]. 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 risk för suicid.

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 såväl vuxna som barn och ungdomar med symtom på 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 tillstånden 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 förlopp och behandling 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*).

Övriga rekommendationer inom området

För utredning och omhändertagande vid depression och ångestsyndrom finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- samordnat och strukturerat omhändertagande med vårdsamordnare (rad 8)
- identifiera depression med EPDS (rad 15:1a)
- förebyggande psykosocial eller psykologisk behandling (rad 15:2)
- förstärkta och individualiserade hembesök (rad 15:3).
- screening för depression eller ångestsyndrom (rad 16)

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 symtomvässigt 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 [18, 19]. 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 (Mini International Neuropsychiatric Interview) och SCID-I (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 kunna kartlägga olika psykiska sjukdomar och kan användas som ett stöd i diagnostiseringen vid depression och ångestsyndrom.

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. Det är också av stort värde att den kliniska bedömningen och MINI eller SCID-I görs av samma bedömare.

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 3*).

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*).

Övriga rekommendationer inom området

För diagnostik vid misstänkt depression eller ångestsyndrom hos barn och ungdomar finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- K-SADS-PL eller MINI-KID som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i specialiserad vård (rad 2c)

- MINI-KID som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i primärvård (rad 2d)
- diagnostik i strukturerad form och immunologisk provtagning (rad 14).

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 och ungdomar med depression och ångestsyndrom är kroppslig samsjuklighet ofta mer förknippat med exempelvis huvudvärk, magont och trötthet.

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 suicidrisk hos ungdomar och vuxna

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

Risken för suicidhandlingar eller suicid är ökad vid depression och ångestsyndrom. Om en person har gjort ett tidigare suicidförsök eller exempelvis visar tecken på instabilitet, tilltagande hopplöshet eller suicidtankar är risken kraftigt ökad. Det är därmed viktigt att hälso- och sjukvården bedömer suicidrisk vid vård av personer med depression och ångestsyndrom, både under den pågående utredningen och under behandlingen.

Grunden för suicidriskbedömningen är en klinisk bedömning av patienten. Den kliniska bedömningen utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid, såsom tidigare suicidförsök och psykiatrisk diagnos inklusive substansmissbruk. I kartläggningen ingår också att identifiera om personen har eller har haft suicidtankar, suicidplaner, självskadebeteende eller andra tecken på instabilitet. Dessutom ingår det att kartlägga personens livssituation, funktionsnivå och sociala nätverk. En klinisk bedömning av suicidrisk förutsätter god samtalsfärdighet, kunskap om och erfarenhet av att göra en klinisk suicidriskbedömning. Det ingår även att upprätta en säkerhetsplan.

Som stöd för att kartlägga och bedöma risken för suicid eller suicidförsök finns särskilda bedömningsinstrument, såsom intervjuformulär och riskbedömningsskalor eller skattningsskalor. Exempel på sådana instrument är SUAS (Suicide Assessment Scale) och C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale) samt frågor om suicid i instrumenten MADRS-S, BDI-II (Becks depression Inventory), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire -9) eller MINI).

Det saknas vetenskapligt stöd för att något av instrumenten har tillräcklig tillförlitlighet för att förutsäga framtida suicid eller suicidförsök. Det är heller inte fastställt om den kliniska bedömningen av risken för suicid förbättras när bedömningsinstrument används som komplement. Det kan också finnas en risk för att bedömningen av suicidrisken i alltför hög utsträckning utgår från den information som samlas in med hjälp av instrumentet. Bedömningsinstrument med tillräcklig hög känslighet (sensitivitet) kan dock, om det används korrekt, vara ett stöd för oerfaren eller ny hälso- och sjukvårdspersonal och användas som hjälpmedel för att kartlägga viktiga riskfaktorer för suicid.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att suicidrisken behöver omprövas kontinuerligt hos denna grupp. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården bedöma suicidrisken med skattningsinstrument 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 suicidriskbedömning. Instrumenten med hög känslighet kan ha ett värde som pedagogiskt stöd för att efterfråga viktiga riskfaktorer för suicidhandlingar.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte bedöma suicidrisk 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 suicidförsök eller suicid.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte bedöma suicidrisk 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 suicidbenägna personer.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården kan

- bedöma suicidrisken 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 suicidrisken med enbart instrument hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom (*icke-göra*)
- bedöma suicidrisken 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 – risken att insjukna i en depression är cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män [7].

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 suicidtankar. Förutom detta kännetecknas depression också av att vara episodisk och att den depressiva episoden varar i

minst två veckor, samt att den är ofta 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 ECT.

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

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: 62, 68, 69, 70 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 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 suicidhandlingar.

Psykologiska behandlingar vid lindrig och medelsvår egentlig depression som ingår i dessa riktlinjer är KBT, IPT och korttids-PDT. Alternativ till psykologisk behandling är fysisk aktivitet eller behandling med antidepressiva läkemedel.

Valet mellan KBT, IPT, korttids-PDT, fysisk aktivitet eller antidepressiv läkemedelsbehandling behöver anpassas till hur svår depressionen är och ske i samråd med patient och närstående. Det är därför viktigt att kunna erbjuda flera olika alternativ i valet av psykologisk behandling. Se kapitlet *Delaktighet, information, jämlik vård och svåra överväganden* för mer information om viktiga förutsättningar för ett gott behandlingsresultat. För mer specifik information om läkemedelsbehandling vid depression, se Läkemedelsverkets behand-

lingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångs- syndrom.

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.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda fysisk aktivitet till vuxna personer med lindrig till medelsvår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt på depressionssymtom jämfört med placebo. Det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är dock begränsat. Åtgärden har ofta även positiva effekter för den kroppsliga hälsan. Rekommendationen gäller framförallt ledarledd fysisk aktivitet.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda korttids-PDT till vuxna personer med lindrig till medelsvår egentlig depression. Det vetenskapliga underlaget är begränsat men det finns klinisk erfarenhet.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression (*prioritet 2*)
- 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*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda fysisk aktivitet till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression (*prioritet 6*)
- erbjuda korttids-PDT till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression (*prioritet 7*)

Övriga rekommendationer inom området

För behandling vid lindrig till medelsvår depression samt dystymi hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- basal kroppskännedom som tillägg till annan behandling (rad 13).
- mindfulnessbaserad kognitiv terapi (rad 64)
- antidepressiva läkemedel vid dystymi (rad 65)
- antidepressiva läkemedel och KBT eller IPT som kombinationsbehandling vid dystymi (rad 67)
- antidepressiva läkemedel och KBT, IPT eller korttids-PDT som kombinationsbehandling (rad 76)
- ljusterapi med vitt morgonljus (rad 77a och 77b)

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 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 [13].

Det är därför viktigt att följa upp biverkningar vid ECT löpande och systematiskt under behandlingstiden, och sex 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.

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. Behandling med rTMS innebär vanligtvis flera och mer täta kontakter med vården i jämförelse med ECT.

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 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 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 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*).

Övriga rekommendationer inom området

För behandling vid medelsvår till svår egentlig depression hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- aripiprazol, olanzapin, quetiapin eller risperidon som tillägg till antidepressiva läkemedel (rad 82)
- tricykliska antidepressiva läkemedel som infusionsbehandling (rad 83)
- antidepressiva läkemedel och KBT, IPT eller korttids-PDT som kombinationsbehandling (rad 84).

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 depressionssymtom 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*).

Övriga rekommendationer inom området

För återfallsförebyggande behandling vid egentlig depression hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- tidigt återinsatt läkemedelsbehandling (rad 59)
- återfallsförebyggande ECT behandling (rad 89)
- återfallsförebyggande behandling med litium (rad 90).

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 suicid. 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 psykopedago-

gisk 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 ECT användas. Behandlingen är etablerad och har använts länge i Sverige, men endast i liten utsträckning till ungdomar under 18 år. Enligt det nationella kvalitetsregistret för ECT behandlades sammanlagt färre än tio personer under 18 års ålder med ECT år 2016, varav ingen var yngre än 15 år [20].

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 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 har huvudsakligen fokus på tre moment:

- Psykopedagogik som leder till att familjen själv kan bidra till självläkande processer genom att öka förståelsen för hur depression bibehålls och förstärks i vardagen och hur det kan brytas.
- Identifiera faktorer i vardagen och negativa erfarenheter när det gäller aktiviteter och rutiner i skola och familj som leder till ökad stress och i förlängningen nedstämdhet.

- Mobilisera familjen till förändring av de problem och svårigheter som identifierats och etablera goda rutiner för sömn, vardagsaktiviteter och skola samt hjälpa föräldrarna att minska bråk och krav på ungdomen i hemmet.

Arbetet sker strukturerat och problemlösande där föräldrarna utgör ett viktigt stöd. Målet är att barnet eller ungdomen ökar sin aktivitetsnivå, och får ett stödande familje- och skolklimat och goda rutiner för mat och sömn.

För många barn och ungdomar kan det vara tillräckligt med psykopedagogisk behandling med inriktning på depressionen som enda behandling. För barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen inom 4–8 veckor kan den kombineras eller ersättas med annan sjukdomsspecifik 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 hos framför allt 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. Dock 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 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 suicidtankar. 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 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 stor effekt på depressionssymtom på kort sikt. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt på depressionssymtom på längre sikt, 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*).

Övriga rekommendationer inom området

För behandling av lindrig till svår egentlig depression hos barn och ungdomar finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- mindfulnessbaserad stressreduktion som tillägg till annan behandling (rad 18)
- korttids-PDT (rad 21)
- systemisk familjeterapi (rad 22)
- anknytningsbaserad familjeterapi (rad 23)
- antidepressiva läkemedel (rad 24)
- sertralin eller escitalopram (rad 27b)
- paroxetin (rad 27c)

- antidepressiva läkemedel och KBT som kombinationsbehandling (rad 29)
- KBT som tillägg till antidepressiva läkemedel (rad 30).

Behandling med ECT vid svår egentlig depression hos ungdomar

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 31)

Svår egentlig depression hos ungdomar innebär en uttalad 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 suicidtankar och det finns även en ökad risk för suicid.

Vid svår egentlig depression hos ungdomar (efter pubertetsdebut) med svåra symtom, såsom psykotiska symtom eller katatoni, kan 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 [13].

Det är därför viktigt att följa upp biverkningar vid ECT löpande och systematiskt under behandlingstiden, och sex 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 anti-depressiv läkemedelsbehandling.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda 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, tvångssyndrom, 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.

Utän en adekvat behandling finns det dock risk för en successiv försämring med ytterligare funktionsnedsättning, längre varaktighet, tillkomst av sekundära psykiatriska och kroppsliga komplikationer och suicidtankar. Svåra ångesttillstånd kan även leda till suicid 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*).

Övriga rekommendationer inom området

För behandling av generaliserat ångestsyndrom hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- basal kroppskänedom som tillägg till annan behandling (rad 13)
- mindfulnessbaserad stressreduktion eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (rad 94)
- korttids-PDT (rad 97)
- hydroxizin (rad 100)
- pregabalin (rad 101).

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 5*).

Övriga rekommendationer inom området

För behandling av paniksyndrom hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- basal kroppskännedom som tillägg till annan behandling (rad 13)
- panikfokuserad korttids-PDT (rad 107)
- antidepressiva läkemedel och KBT som kombinationsbehandling (rad 110).

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 tvångssyndrom. 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*).

Övriga rekommendationer inom området

För behandling av tvångssyndrom hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- basal kroppskännedom som tillägg till annan behandling (rad 13)
- antipsykotiskt läkemedel som tillägg till antidepressiva läkemedel (rad 126)
- antidepressiva läkemedel och KBT eller beteendeterapi som kombinationsbehandling (rad 127).

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 3*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med social fobi (*prioritet 5*).

Övriga rekommendationer inom området

För behandling av social fobi och specifik fobi hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- basal kroppskännedom som tillägg till annan behandling (rad 13)
- mindfulnessbaserad stressreduktion eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (rad 113)
- korttids-PDT med fokus på social fobi (rad 116)
- IPT (rad 117)
- antidepressiva läkemedel och KBT som kombinationsbehandling (rad 119)
- KBT med exponering (rad 121).

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 suicidförsök, 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 traumafokuserad KBT med exponering. 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 traumafokuserad KBT med exponering 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 traumafokuserad KBT med exponering. 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 traumafokuserad KBT med exponering till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (*prioritet 5*)
- erbjuda behandling med EMDR till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (*prioritet 7*).

Övriga rekommendationer inom området

För behandling vid posttraumatiskt stressyndrom hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- basal kroppskänedom som tillägg till annan behandling (rad 13)
- förebyggande krisbearbetning (debriefing) (rad 128)
- korttids-PDT (rad 132)
- SSRI-preparat och KBT som kombinationsbehandling SSRI-preparat och KBT som kombinationsbehandling (rad 134)
- IPT (rad 135).

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, social fobi, akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom 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, akut stressyndrom eller posttraumatiskt 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 och posttraumatiskt 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 bensodiazepiner till vuxna med generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi, akut stressyndrom eller posttraumatiskt 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 undvikande beteende eller säkerhetsbeteende som uppstår. Genom noggrann kartläggning går det att skilja de olika ångesttillstånden 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 föräldrarna. Behandlingen har huvudsakligen fokus på tre moment:

- Psykopedagogik som leder till att familjen själv kan bidra till självläkande processer genom att öka förståelsen för hur ångesten bibehålls och förstärks i vardagen och hur det kan motverkas.
- Identifiera stressande och ångestskapande moment i skola, bland kamrater, i familjen och i omgivningen.
- Mobilisera familjen till förändring av de problem och svårigheter som identifierats och etablera goda rutiner för sömn, vardagsaktiviteter och skola.

Arbetet behöver ske strukturerat och problemlösande där föräldrarna utgör ett viktigt stöd. Målet är att barnet ska våga utmana sig i små steg utan att ta till säkerhetsbeteenden. Det är också viktigt med en kontakt med skolan samt en aktiv uppföljning av förändringsarbetets karaktär och resultat.

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 inom fyra veckor kan det dock vara aktuellt att kombinera eller ersätta åtgärden med någon annan sjukdomsspecifik 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 rekomen-

dationen 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 suicidtankar.

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 tilläggs effekt jämfört med enbart sertralin eller KBT, i form av en måttlig effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission). Åtgärden är framförallt ett alternativ vid allvarigare ångesttillstånd.

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*).

Övriga rekommendationer inom området

För behandling av generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, specifik fobi och PANS/PANDAS (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections) hos barn och ungdomar finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- mindfulnessbaserad stressreduktion som tillägg till annan behandling (rad 33)
- korttids-PDT (rad 35)
- KBT med exponering (rad 38)
- antibiotika (rad 54)
- intravenös immunoglobulin eller plasmaferes (rad 55)
- antibiotika som förebyggande behandling (rad 56).

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 livskvalitet och psykosocial funktion, vilket kan innebära 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 tvångssyndrom hos 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 suicidtankar.

Enligt Läkemedelsverkets rekommendationer kan behandling med antidepressiva läkemedel övervägas i särskilda fall vid tvångssyndrom hos barn, i syfte att lindra kraftig ångest och stärka förutsättningarna för KBT. Det gäller då barn som genomgått psykopedagogisk behandling och KBT med exponering och responsprevention, eller barn som inte kan medverka i eller inte svarat på KBT.

Läkemedelsverkets godkännande inkluderar endast vissa SSRI-preparat vid behandling av barn och ungdomar med tvångssyndrom. Läkemedelsbehandling utanför godkänd indikation medför ett större ansvar för forskrivande 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 kan 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*)

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda behandling med SSRI-preparat till barn och ungdomar med medelsvårt till svårt tvångssyndrom (*prioritet 4*).

Övriga rekommendationer på området

För behandling av tvångssyndrom hos barn och ungdomar finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- korttids-PDT (rad 49)
- SSRI-preparat och KBT med exponering och responsprevention som kombinationsbehandling (rad 52)
- risperidon eller aripiprazol som tillägg till SSRI – preparat (rad 53)

Behandling av posttraumatiskt stressyndrom hos barn och ungdomar

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

Obehandlat posttraumatiskt stressyndrom kan leda till livslånga svårigheter med ökad risk för suicidförsök, 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 traumafo- kuserad KBT med exponering. 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 posttraumatiskt stressyndrom behandlas med alfa-adrenerga agonister i syfte att dämpa den adrenerga hyper- aktiviteten 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 biverk- ningar 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 traumafokuserad KBT med exponering till barn och ungdo- mar med posttraumatiskt stressyndrom. Avgörande för rekommenda- tionen 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 stres- syndrom. 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 otill- räckligt 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 traumafokuserad KBT med exponering 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*).

Övriga rekommendationer på området

För behandling av posttraumatiskt stressyndrom och akut stressyndrom hos barn och ungdomar finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- korttids-PDT (rad 40)
- eye movement desensitization and reprocessing (rad 41)
- betablockare eller alfa-adrenerga agonister (rad 47).

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 i riktlinjerna 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 har kompletterats efter att de regionala seminarierna genomförts under våren 2017. 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 prislistor.

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/nationella-riktlinjer). 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 sex månader till 0,16 vid lindrig, 0,22 vid medelsvår samt 0,35 vid svår depression [21]. 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. Socialstyrelsen 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 (12–35 procent) del av den totala kostnaden för samhället. 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 [22–24]. Detta innebär att ur ett samhällsperspektiv är behandlingsåtgärder vid lindrig till medelsvår depression inte bara kostnadseffektiva, utan med stor sannolikhet även kostnadsbesparande.

Statistik som gäller förstämningssyndrom (dit bland annat depression räknas) visar att andelen som diagnostiseras med detta tillstånd mer än tredubblats under det senaste decenniet [25]. En stor andel av ökningen utgörs av ungdomar 15–19 år, men utvecklingen ses även i åldersgruppen 10–14 år. Detta innebär att hälso- och sjukvården har ett snabbt växande behov av förstärkta resurser, inte minst då den ökande andelen ungdomar med förstämningssyndrom utöver lidande kan innebära stora ekonomiska konsekvenser på längre sikt.

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 rekommendationer

Hänvisning 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 vårdpersonal inom primärvård samt rekrytering inom barn- och ungdomspsykiatri behövs.
Aktiv uppföljning / högre kontinuitet	Rad 5	Viss. Struktur och resurser för uppföljning och högre kontinuitet 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 om fortbildning av befintlig personal.
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 med KBT	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 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 (hög kontinuitet).

Socialstyrelsen har i en nyligen publicerad rapport sammanställt landstingens och regionernas arbete för en mer lättillgänglig vård [26]. 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 BUP. I primärvården bidrar en situation med för få specialister inom allmänmedicin till bristande tillgänglighet och kontinuitet. Inom barn- och ungdomspsykiatri anges den växande psykiska ohälsan bland barn och unga som anledning, vilken fortsätter att öka [27].

Sedan 2007 har regeringen och SKL träffat särskilda överenskommelser om tillgänglighet till BUP [28]. 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 [29]. Enligt mätningarna för det första kvartalet 2016 når dock endast sju landsting upp till målen och för samtliga landsting varierar måluppfyllelsen mellan 26 och 96 procent [30]. I SKL:s nyligen publicerade kartläggning inom psykisk hälsa uppger flertalet landsting och regioner svårigheter att rekrytera psykologer till BUP [31].

Kontinuitet i vården (i form av planerad förnyad kontakt) ökar följsamheten till och effekten av behandling vid depression eller ångest-

syndrom. Aktiv uppföljning och kontinuitet kräver dock 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 det dock antas att kostnaderna planar ut. I remissvaren från regionerna påtalas dock att de i tidigare satsningar inom till exempel diabetesvården erfarit att ökad tillgänglighet kan medföra ökat vårdbehov, varvid en förväntad utplaning då uteblir.

I Socialstyrelsens nulägesrapport från år 2009 konstateras att för cirka 10 procent av de som insjuknat i depression upphörde kontakten med sjukvården efter tre månader [32]. Enligt nationell statistik för primärvårdsbesök [33] och registerdata för diagnoserna depression eller ångestsyndrom [32] 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 [34], 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 hjärt- och kärlsjukdomar, 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 [35].

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 [36].

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. Det senare alternativet får stöd i sjukvårdsregionernas remissvar, men de påtalar även att ett ökat antal läkarkontakter sannolikt kommer kräva mer resurser.

Kostnaden för en hälsokontroll på vårdcentral är cirka 1 600–2 000 kronor, vilket då omfattar personaltid och prover [36-38]. 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 psykiatri haft ett undvikbart vårdtillfälle. Motsvarande siffra i befolkningen som helhet var 420 per 100 000 invånare för samma diagnoser [39].

Diagnostik

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om 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 [18]. Detta bekräftas av kartläggningar genomförda i primärvården enligt remissvar från regionerna.

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 [23, 24].

En strukturerad intervju med MINI tar cirka 30 minuter att genomföra [40] medan den semistrukturerade intervjun med SCID tar cirka 60 minuter [18]. Kostnaderna för utbildning i att använda instrumenten är svåra att bedöma då det är svårt att uppskatta hur stor andel personal som behöver utbildas. Utifrån antagandet att kostnaden för utbildningsinsatsen är försumbar över tid (eftersom den då fördelas på ett stort antal patienter), kan kostnaden för intervjuerna i stället utgå från kostnaden för ett läkarbesök. Socialstyrelsen har i sin bedömning då utgått från en kostnad på 1 500 kronor för ett läkarbesök inom primärvården [34] samt en behandlingskostnad på 17 000 kronor vid diagnostiserad depression (den högsta kostnaden i skattningarna för behandling av depression, se bilagan *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 per vårdkontakt högre [41], vilket medför att det även blir dyrare 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.

Flera sjukvårdsregioner påtalar i sina remissvar att diagnostik med MINI och SCID kommer kräva mer resurser både för att täcka utbildningsinsatserna men även för den extra tid och administration intervjuerna kommer att innebära. Dessutom påtalas en risk för överdiagnostisering, vilket tillsammans med den ökade resursåtgången kan göra verksamheter ineffektiva och försämra tillgängligheten. För att komma till rätta med det är det exempelvis viktigt att se till att personalen får adekvat utbildning och att både MINI och SCID alltid är ett komplement till den kliniska bedömningen.

Kostnaderna för ångestsyndrom är ungefär desamma som för depression [22]. 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 skiljer sig inte från andra psykologiska behandlingar [42], och beräknas alltså 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 [43]. 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 [44]. 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 BUP (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 [44]. 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 korttids-PDT lika

stora vid till exempel Lunds och Stockholms universitets psykologiska institutioner.

Med en ökad efterfrågan på KBT-behandling, som ett resultat av riktlinjernas rekommendationer samt förväntade pensionsavgångar och ökande psykisk ohälsa, så kommer sannolikt tillgången på kompetens inom KBT vara fortsatt otillräcklig.

Flera sjukvårdsregioner konstaterar i sina remissvar på aktuella riktlinjer att de har svårt med kompetensförsörjningen när det gäller psykoterapeuter med kompetens inom KBT. Det finns även en osäkerhet kring vilken kompetensnivå som är relevant men även erfarenheter av att satsningar på snabbutbildning av olika yrkesgrupper inte alltid fallit väl ut.

Psykologförbundet uppger att antalet examinerade psykologer mer än fördubblats det senaste decenniet samt att antalet specialistbehöriga psykologer är stort. Varför sjukvårdsregionerna anser att det finns svårigheter med att rekrytera KBT-terapeuter med rätt kompetensnivå kan därmed vara kopplade till andra faktorer än brist på utbildad personal. Bland annat framgår det av remissvaren att vissa av de regionala skillnaderna kan bero på att kompetens koncentreras till exempelvis större städer eller orter. Utöver ekonomiska resurser för kompetensförstärkning krävs därmed även strategier och styrmedel för att effektivt utnyttja den kompetens som finns.

Repetitiv transkraniell magnetstimulering

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om 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 [45].

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.

Remissvaren från regionerna bekräftar att rTMS erbjuds i en mycket begränsad omfattning i dag. I remissvaren påtalas även att ett införande av rTMS i primärvården skulle vara kostsamt samt begränsas av tillgången på utbildad personal.

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 menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig [46].

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 [47]. 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, som 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 indikatorer för *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*.

Indikatorerna är fördelade på depression och ångestsyndrom hos barn och ungdomar (12 indikatorer) och depression och ångestsyndrom hos vuxna (18 indikatorer) samt sju 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 har fått samlas in enligt gällande lagstiftning. Regeringens beslut om att Socialstyrelsen från januari 2017 får samla in insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare [48] kommer sannolikt på några års sikt att göra det lättare att följa upp flera av indikatorerna.

Socialstyrelsen har fokuserat på indikatorer som ska spegla de viktigaste aspekterna av god vård och rekommendationerna i riktlinjerna.

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.

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 [49]. Målnivåerna publiceras i samband med den slutliga versionen av riktlinjerna.

Utvärdering

En utvärdering av landstingens följsamhet till nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom kommer att genomföras år 2018.

Redovisning av indikatorer

Indikatorbilagan kan laddas ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjer. Indikatorerna publiceras också i sökbart, digitalt format.

Indikatorerna redovisas i enlighet med exemplet nedan.

Tabell 4. Exempel på indikator

V 1.7 Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk	
Mått	Andel personer med nydiagnostiserade depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått strukturerad och allsidig bedömning av suicidrisk som komplement till klinisk bedömning, procent.
Syfte	Suicid är vanligt vid depression och ångestsyndrom. Åtgärden ökar förutsättningarna för korrekt fortsatt handläggning och är en viktig del i säkerhetsplaneringen. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 1, rad 10D i tillstånds- och åtgärdslistan). Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målvärde	Nationell målnivå ≥ 90 procent.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns för specialiserad psykiatrisk vård, kontinuerlig insamling.

Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått strukturerad och allsidig bedömning av suicidrisk som komplement till klinisk bedömning.						
	<i>Nämnare:</i> Totalt antal personer 18 år och äldre med depression eller ångestsyndrom som diagnostiserats under mätperioden.						
	<table border="1"> <tr> <th>Diagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> <tr> <td>Depression</td> <td>F32-F34,</td> </tr> <tr> <td>Ångestsyndrom</td> <td>F40-F45</td> </tr> </table>	Diagnos	ICD 10	Depression	F32-F34,	Ångestsyndrom	F40-F45
Diagnos	ICD 10						
Depression	F32-F34,						
Ångestsyndrom	F40-F45						
	<table border="1"> <tr> <th>Vårdåtgärd</th> <th>KVÅ</th> </tr> <tr> <td>Strukturerad suicidriskbedömning</td> <td>AU118</td> </tr> </table>	Vårdåtgärd	KVÅ	Strukturerad suicidriskbedömning	AU118		
Vårdåtgärd	KVÅ						
Strukturerad suicidriskbedömning	AU118						
	<p>Nydiagnostiserade innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri de senaste två åren innan statistikåret.</p> <p>Vid diagnostisering innebär här inom 30 dagar efter diagnos.</p> <p>Indikatorn redovisas per kalenderår.</p> <p>Patientregistret vid Socialstyrelsen.</p>						
Datakällor							
Felkällor	Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården. Bristande registrering av vårdåtgärder samt bristande enhetlighet i användning av åtgärdskod.						
Redovisningsnivå	Riket, landsting, vårdform.						
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	Målnivå
Indikator Ö1	Suicid och dödsfall med oklar avsikt	-
Indikator Ö2	Suicid 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	-

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator Ö5	Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen vid depression eller ångestsyndrom	-
Indikator Ö6	Suicidriskbedömning efter suicidförsök eller annan självtillfogad skada	-
Indikator Ö7	Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för depression eller ångestsyndrom	-

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

Nummer	Namn	Målnivå
Utredning		
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	≥ 80 procent
Indikator B1.5	Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk	≥ 90 procent
Behandling		
Indikator B2.1	Psykopedagogisk behandling med fokus på depression eller ångestsyndrom	≥ 80 procent
Indikator B2.2	Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid egentlig depression	≥ 60 procent
Indikator B2.3	Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom	≥ 70 procent
Indikator B2.4	Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid svår egentlig depression	-
Indikator B2.5	Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid ångestsyndrom	-
Indikator B2.6	Kombinationsbehandling med KBT och SSRI vid ångestsyndrom	-
Indikator B2.7	Behandling med ECT vid svår egentlig depression	-

*Utvecklingsindikator

Tabell 7. Indikatorer för depression och ångestsyndrom hos vuxna

Nummer	Namn	Målnivå
Utredning		
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	Diagnostisering med klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju	≥ 80 procent
Indikator V1.5*	Somatisk undersökning vid diagnostisering	-
Indikator V1.6	Strukturerad bedömning av beroendeproblematik	≥ 80 procent
Indikator V1.7	Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk	≥ 90 procent
Behandling		
Indikator V2.1	Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT vid depression	≥ 60 procent
Indikator V2.2	Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom	≥ 70 procent
Indikator V2.3	Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid egentlig depression	-
Indikator V2.4	Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom	≤ 10 procent
Indikator V2.5	Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling	-
Indikator V2.6	Fysisk aktivitet vid egentlig depression	-
Indikator V2.7	Behandling med ECT vid svår egentlig depression	≥ 40 procent
Indikator V2.8	Behandling med rTMS vid egentlig depression	-
Indikator V2.9	Psykologisk behandling med KBT , IPT eller PDT eller läkemedelsbehandling med antidepressiva vid depression	-
Indikator V2.10	Psykologisk behandling med KBT eller läkemedelsbehandling med antidepressiva vid ångestsyndrom	-

*Utvecklingsindikator

Delaktighet, information, jämlik vård och svåra överväganden

Fokus för de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom är att förbättra kvaliteten i vården, använda resurserna inom vården mer effektivt och göra vården mer jämlik. Nationella riktlinjer vänder sig i första hand till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och kan inte ensamt utgöra underlag för beslut som gäller enskilda patienter. När de nationella riktlinjernas rekommendationer används som grund för lokala vårdprogram och specifika behandlingsriktlinjer behöver dessa alltid anpassas till individens särskilda förutsättningar, erfarenheter och önskemål. En individanpassad vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet, och att individen ska ges möjlighet att vara delaktig [7].

Enligt 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821) och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienter involveras i att utforma och genomföra behandlingen kan också bidra till en säkrare vård, öka följsamheten till behandlingen och förbättra resultatet. Det är även viktigt att beakta aspekter såsom jämlik vård och etik för att nå en god hälso- och sjukvård.

Information ger förutsättningar för delaktighet

Personer med depression och ångestsyndrom behöver information för att kunna vara delaktiga i sin behandling. Enligt 3 kap. 1 § patientlagen ska varje patient få individuellt anpassad information om bland annat sitt hälsotillstånd, de metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds och sina möjligheter att välja vårdgivare samt information om vårdgarantin. För att ge personen bästa möjliga förutsättningar att välja behandling behöver informationen anpassas till hans eller hennes ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § patientlagen).

Hos personer med depression och ångestsyndrom som har samsjuklighet med annan psykisk sjukdom, kroppslig sjukdom eller missbruk ställs extra stora krav på individuell anpassning och kommunikativ kompetens hos personalen. Vårdgivaren behöver vara lyhörd och ta hänsyn till personens hela sjukdomsbild och vårdbehov.

Det är angeläget att vårdgivaren utgår från individens psykiska och sociala situation och gör patienten delaktig i behandlingen. Det är också viktigt att behandlingen utgår från ett salutogent förhållningssätt, vilket innebär att man stödjer individens egna resurser. Dessutom kan personer med depression eller ångestsyndrom behöva stöd i att stärka sin egen upplevelse av att ha kontroll i sitt liv och hantera känslor av meningslöshet och att utveckla strategier för att hantera sjukdomen och dess konsekvenser.

Behandlingsalternativen utvecklas och blir fler i vården av depression och ångestsyndrom. Detta förutsätter att hälso- och sjukvården ger patienten tid att tänka igenom sina val. Många kan vilja diskutera de olika alternativen med någon närstående. Det kan därför vara bra att även närstående medverkar och tar del av viktig information. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 5§ patientlagen).

Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* [50] beskriver lagstiftningen och andra regelverk som gäller patientens ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. Handboken vänder sig till vårdgivare, verksamhetschefer och personal inom hälso- och sjukvården. Handboken går att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

I Socialstyrelsens guide *Min guide till säker vård* [51] finns konkreta råd till patienter om hur de kan bli delaktiga i sin egen vård och behandling, och därmed medverka till en säkrare vård. Guiden går att ladda ner eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Förutom delaktighet på individnivå är det även viktigt med delaktighet på verksamhets- och systemnivå, för att främja en god kvalitet i vården. För patienter med depression och ångestsyndrom är det vanligt med en långvarig kontakt med vården. De får med tiden därmed en omfattande erfarenhet och kunskap om vården vid depression och

ångestsyndrom. Sådan information kan vara användbar i hälso- och sjukvårdens arbete med att till exempel förbättra bemötandet eller vårdens organisation när det gäller de specifika åtgärder som erbjuds.

När det gäller barn och unga med depression eller ångestsyndrom är det särskilt viktigt att beakta vårdnadshavarnas delaktighet och ansvar i planeringen av vården, för att öka förutsättningarna för att behandlingen fullföljs.

Vid behov av insatser från socialtjänsten är det också viktigt att detta uppmärksammas genom en samordnad vårdplanering och upprättande av en samordnad individuell plan (SIP). En SIP ska, enligt 2 kap. 7 § SoL, och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, upprättas tillsammans av hälso- och sjukvården och socialtjänsten när en person är i behov av både vård- och omsorgsinsatser, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

Jämlik vård och bemötande

Jämlik vård är en av sex dimensioner som definierats av Socialstyrelsen som viktiga förutsättningar för att nå en god hälso- och sjukvård. I 2 § HSL, slås det fast att vården ska erbjudas på lika villkor och att de som har störst behov ska ha företräde. Ett mål med Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer är att minska de skillnader i hälsa, vård och omsorg som fortfarande finns i Sverige i dag [7, 52].

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling sker och erbjuds på lika villkor till alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning [53]. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör hälso- och sjukvården prioritera dem som har störst behov. Målet är att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården bör dessutom vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.

Både depression och ångestsyndrom är exempel på sjukdomar som ofta får svåra kroppsliga, sociala och ekonomiska konsekvenser för de personer som drabbas. Det är därmed viktigt att de framsteg som görs inom vården för personer med depression och ångestsyndrom används och fördelas på ett jämlikt sätt.

Jämlik vård är också kopplad till de tre principer för prioritering som ingår i den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar*

inom hälso- och sjukvården: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. En huvudinriktning för en jämlik vård är att alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att de tre principerna för prioritering upprätthålls. Hälso- och sjukvårdens personal har ett särskilt ansvar för att upprätthålla *människovärdesprincipen*. Det innebär att den enskilde bemöts och vårdas med respekt och omtanke.

Tre nivåer för bemötandet som behöver beaktas är systemnivå (lagstiftning och regler), verksamhetsnivå (rutiner och traditioner) och individnivå (mötet mellan personal och patienter eller klienter). Hur bemötandet upplevs påverkas bland annat av personalens kunskap, attityder och beteende [54]. För att vården ska ge goda resultat bör den vård sökande uppleva bemötandet som respektfullt, kompetent och empatiskt.

Personalens yrkeskunskap och kompetens omfattar även empatisk förmåga och förmåga att pedagogiskt förklara tillstånd, möjliga orsaker till dessa och vilka insatser som vården kan erbjuda. För psykologisk behandling har terapeutens kompetens, samarbetet mellan terapeut och patient och följsamheten till specifika metoder en stor betydelse för resultatet av behandlingen [55].

Utbildning av personalen kan förbättra kommunikationen och bemötandet. Socialstyrelsens utbildningsmaterial *Att mötas i hälso- och sjukvård* [56] är till för att stödja personal i hälso- och sjukvården att reflektera över och arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård.

Något som också kan bidra till att skapa förtroende och ett gott samarbete mellan personal och patient är kontinuitet. Enligt 29 a § HSL ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten (se även 6 kap. 1 och 2 § patientlagen). Dessa skyldigheter aktualiseras ofta i vården av patienter med depression och ångestsyndrom.

Svåra överväganden

Depression och ångestsyndrom är allvarliga tillstånd och innebär ofta ett svårt lidande för personer som drabbats. Det ställs därför höga

krav på omhändertagandet av dessa patienter. Val av åtgärder kräver ofta många överväganden. I dessa situationer kan patientens autonomi vara hotad. För att stödja patienten att vara delaktig och påverka sin situation är det därför viktigt att hälso- och sjukvården ger individuellt anpassad information om sjukdomen och aktuella behandlingsalternativ.

Autonomin måste även alltid balanseras gentemot andra etiska principer, till exempel principen att inte skada.

Nedan ges exempel på vägval och svåra situationer som kan uppstå i vården med personer med depression eller ångestsyndrom:

Exempel 1

En person med en medelsvår egentlig depression får information om att både psykologisk behandling och behandling med antidepressiva läkemedel är effektiva alternativ vid detta sjukdomstillstånd. Eftersom båda behandlingarna överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet, och kostnaderna dessutom bedöms vara rimliga i förhållande till personens sjukdom och förväntat resultat, så är det individen som avgör valet av behandling i enlighet med 7 kap. 1 § patientlagen. Om personen till exempel önskar psykologisk behandling, ska denna behandling ges oavsett om kompetensen finns tillgänglig inom den berörda verksamheten eller måste sökas inom en annan enhet.

Exempel 2

En person med posttraumatiskt stressyndrom får information om att psykologisk behandling rekommenderas vid detta tillstånd. Personen önskar emellertid att få en specifik läkemedelsbehandling, till exempel med bensodiazepiner. Det saknas dock vetenskapligt stöd för att denna åtgärd har effekt vid detta sjukdomstillstånd. Bensodiazepiner ger också biverkningar som toleransutveckling och risk för beroende.

Hälso- och sjukvården kan i detta fall inte tillmötesgå personens önskemål eftersom behandlingen inte har vetenskapligt stöd. I denna situation är det viktigt att behandlaren sakligt informerar om det aktuella kunskapsläget och varför det inte är möjligt att gå patienten till mötes, samt för en dialog med patienten om de behandlingsalternativ som står till buds.

Exempel 3

En ung patient med generaliserat ångestsyndrom och dennas vårdnadshavare får information om att behandling med antidepressiva läkemedel i kombination med psykologisk behandling rekommenderas vid detta tillstånd. Patienten själv är motiverad till aktuell behandling, men en av de två vårdnadshavarna motsätter sig föreslagen åtgärd och samtycker inte heller till att någon av behandlingsformerna sätts in separat.

Ett första steg för hälso- och sjukvårdspersonalen är då att föra en dialog med både patient och vårdnadshavare och sakligt redogöra för möjliga konsekvenser av att behandlingen uteblir. Om båda vårdnadshavarna ändå inte ger sitt samtycke, men vårdpersonalen bedömer att åtgärden är nödvändig för att patienten inte ska fara illa och patienten inte själv kan ge samtycke till åtgärden, så är det möjligt för hälso- och sjukvården att ta frågan vidare till socialnämnden. Socialnämndens uppdrag är då att i första hand få vårdnadshavarna att enas i frågan. Om vårdnadshavarna fortfarande inte kan enas har socialnämnden möjlighet att utreda och besluta om en viss åtgärd får ges utan den andra vårdnadshavarens samtycke, enligt 6 kap. 13 a § föräldrabalken.

Barn kan, beroende på deras mognadsgrad och utveckling, fatta egna beslut i vissa vårdfrågor. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska göra en bedömning av om barnet kan anses ha uppnått den mognad som krävs för att han eller hon ska kunna ta ställning till en vårdåtgärd. De barn som har tillräcklig mognad för att tillgodogöra sig den behövliga informationen och överblicka konsekvenserna av sitt beslut i en viss vårdfråga bör ges möjlighet att ge sitt samtycke till en vårdåtgärd (4 kap. 3 § patientlagen, proposition 2013/14:106 Patientlag s. 66–67). Vägledning i mognadsbedömningen ges i Socialstyrelsen kunskapsstöd *Bedöma barns mognad för delaktighet* [57].

Projektorganisation

Projektledning

Gerhard Andersson	områdesansvarig psykologisk behandling (t.o.m. maj 2015) professor, legitimerad psykolog, legitimerad psyko­terapeut, Linköpings universitet och Karolinska Institutet
Anders Berg	projektledare (fr.o.m. mars 2017)
Cecilia Björkelund	områdesansvarig primärvård, professor i allmänmedicin, Göteborgs universitet, specialistläkare i allmänmedicin, Närhälsan, Västra sjukvårdsregionen
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 specialist i psykiatri, Socialstyrelsen (t.o.m januari 2015)
Lena Hansson	delprojektledare vetenskapligt underlag, Socialstyrelsen (fr.o.m. juni 2015)
Tord Ivarsson	områdesansvarig barn och ungdomar, docent, barn- och ungdomspsykiatri, Göteborgs universitet, Forsker I, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør)
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, Stockholms sjukvårdsregion
Melinda Mild	delprojektledare vetenskapligt underlag, Socialstyrelsen (januari 2015–september 2017)
Anna Nyberg	projektledare, Socialstyrelsen (t.o.m. mars 2014)
Lise-Lotte Risö Bergerlind	prioriteringsordförande, psykiater, legitimerad psykoterapeut, chef Regionalt kunskapsstöd för psykisk hälsa i Västra Götaland
Karin Rydin	delprojektledare vetenskapligt underlag, Socialstyrelsen (t.o.m. maj 2015)
Ingela Skärsäter	områdesansvarig hälsa och vård, professor, legitimerad sjuksköterska, områdesansvarig omvårdnad och vårdvetenskap, Högskolan i Halmstad
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-Örebro sjukvårdsregion

Filip Arnberg	docent i klinisk psykologi, Uppsala universitet, psykolog, Akademiska sjukhuset
Eva Arvidsson	medicine doktor, specialist i allmänmedicin, Futurum, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
Johannes Björkstrand	legitimerad psykolog, Uppsala universitet
Robert Bodén	docent i psykiatri, Uppsala universitet, överläkare, Akademiska sjukhuset
Benjamin Bohman	medicine doktor, legitimerad psykolog, Kompetenscentrum för psykoterapi, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska Institutet/, Stockholms sjukvårdsregion
Stephan Ehlers	specialist i barn- och ungdomspsykiatri, medicine doktor, BUP Sahlgrenska universitetssjukhuset
Pia Enebrink	docent, sektionen för psykologi, Karolinska Institutet
Fredrik Falkenström	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, filosofie doktor, lektor Linköpings universitet
Maria Enggren Zavisic	socialpolitisk strateg
Jonas Engman	adjunkt och doktorand i klinisk psykologi, legitimerad psykolog, Uppsala universitet
Andreas Frick	filosofie doktor, legitimerad psykolog, Uppsala universitet
Catharina Gåfväls	docent, socionom/kurator, Karolinska Institutet
Lena Hedlund	legitimerad fysioterapeut, filosofie doktor, specialist psykiatri och psykosomatik, Södra sjukvårdsregionen
Fredrik Hieronymus	doktorand, Sahlgrenska Akademien

Håkan Jarbin	överläkare, medicine doktor, BUP Halland
Mats Johnson	medicine doktor, Göteborgs universitet, överläkare, BNK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Najah Khalifa	överläkare, medicine doktor, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet
Marie Kivi	legitimerad psykolog, filosofie doktor, forskare vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet
Peter Lilliengren	filosofie doktor, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Stockholms universitet
Annika Lindgren	filosofie doktor, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Karolinska Institutet
Johan Lundberg	docent, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, specialist i psykiatri, överläkare, sektionschef, Sektionen för affektiva sjukdomar, Norra Stockholms psykiatri, SLSO, Stockholms sjukvårdsregion
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, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Linköpings universitet

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, specialistläkare i allmänmedicin, distriktsläkare vid Södra Torgets Vårdcentral, Borås
Ingela Skärsäter	professor, legitimerad sjuksköterska, specialist i psykiatrisk omvårdnad, Högskolan i Halmstad
Cecilia Svanborg	registerhållare SibeR, leg psykoterapeut, medicine doktor, överläkare psykiatri, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
Mikael Tiger	medicine doktor, Karolinska Institutet, överläkare, Psykiatri Nordväst, Stockholms sjukvårdsregion
Lena Wallin	specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri, Västra sjukvårdsregionen
Sarah Vigerland	medicine doktor, Karolinska Institutet, legitimerad psykolog, Barn- och ungdomspsykiatrin, Stockholms sjukvårdsregion
Catharina Winge Westholm	överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, Västra sjukvårdsregionen
Sandra af Winklerfelt	specialist i allmänmedicin, verksamhetschef Liljeholmens vårdcentral, Stockholm, doktorand, sektionen för allmänmedicin, Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, 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, Göteborgs Universitet, specialist i psykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Ullvi Båve	medicine doktor och psykiater, Norra Stockholms psykiatri , Stockholms sjukvårdsregion
Malin Bäck	doktorand, Linköpings universitet, auktoriserad socionom, legitimerad psykoterapeut, handledare i IPT, Sydöstra sjukvårdsregionen
Maria Carlsson	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi, NU-sjukvården, BUP-verksamheten , Västra sjukvårdsregionen
Louise Danielsson	medicine doktor, legitimerad sjukgymnast, Närhälsan Gibraltar Rehabmottagning och Göteborgs universitet
Kersti Ejeby	verksamhetschef, medicine doktor, specialist i allmänmedicin, Gustavsbergs vårdcentral
Monica Engman	legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen i psykiatrisk vård, Norra sjukvårds- regionen
Anna-Karin Fahlén	distriktsläkare, Norra sjukvårdsregionen

Alexandra Grankvist	arbetsterapeut, Affektiva mottagningen, Vuxenpsykiatri Norra sjukvårdsregionen
Lena Hedlund	legitimerad fysioterapeut, filosofie doktor, specialist psykiatri och psykosomatik, Södra sjukvårdsregionen
Karin Melin	doktorand, Göteborgs universitet, legitimerad sjuksköterska, specialist i psykiatrisk vård, sektionsledare, BUP Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Stefan Hugestrand	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Västra sjukvårdsregionen
Ingvar Karlsson	docent, Sahlgrenska Akademin Göteborg, överläkare, Tina-mottagningen, Kungsporten
Anders Klingström	socionom, legitimerad psykoterapeut, handledare, Stockholms sjukvårdsregion
Bjarne Nilsson Olinder	verksamhetschef, BUP, överläkare, Sydöstra sjukvårdsregionen
Göran Nyberg	psykiater, överläkare, Psykiatriska kliniken Skellefteå lasarett
Adriana Ramirez	överläkare, medicine doktor, Akademiska sjukhuset
Anna Santesson	specialist i barn- och ungdomspsykiatri, överläkare, BUP Halland
Diana Segerstedt	legitimerad psykoterapeut, Norra sjukvårdsregionen
Pirjo Stråte	vice ordförande, Riksförbundet SPES
Jan Svedlund	professor i psykiatri, legitimerad psykoterapeut, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Irene Svenningsson	medicine doktor, distriktssköterska, vårdcentralschef, Närhälsan Färgelanda vårdcentral

Ulf Svensson	medicinsk rådgivare, allmänläkare, Regionalt kunskapsstöd för psykisk hälsa, Västra sjukvårdsregionen
Jimmie Trevett	förbundsordförande, Riksförbundet för social och mental hälsa
Lena Widing	distriktssköterska, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala
Ulrika Ökvist Dahlberg	legitimerad psykolog, Vuxenpsykiatri Piteå älvåldals sjukhus

Arbetet med indikatorer

Malin André	docent, specialist i allmänmedicin, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Tobias Edbom	medicine doktor, BUP, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
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

Natalia Berg	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Linn Cederström	redaktör, Socialstyrelsen
Maria Ennefors	kommunikatör, Socialstyrelsen (t.o.m. september 2016)
Sofie Hellgren	redaktör, Socialstyrelsen (t.o.m. april 2016)
Ann Kristine Jonsson	informationsspecialist, Socialstyrelsen (t.o.m juni 2015)
Ulf Jonsson	utredare, Socialstyrelsen
Caroline Mandoki	administratör, Socialstyrelsen
Elin Sohlberg	utredare, Socialstyrelsen
Alexander Sjöblom	administratör, Socialstyrelsen
Katrin Tonnes	kommunikatör, Socialstyrelsen (fr.o.m. oktober 2016)
Karin Wallis	delprojektledare digitalisering, informationsstruktur och fackspråk, Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	enhetschef (t.o.m september 2017), Socialstyrelsen
Sofia von Malortie	utredare, Socialstyrelsen
Erik Åhlin	tf enhetschef (fr.o.m. augusti 2017), Socialstyrelsen

Referenser

1. Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Hämtad 2017-09-29 från <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/>.
2. Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2015. Rapport 233.
3. 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>.
4. Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. Information från Läkemedelsverket 6 :2016.
5. Riktlinjer för egentlig depression. En internationell utblick. Sirona - Health solutions; 2017.
6. 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.
7. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport 2016-3-16.
8. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år. Stockholm: Försäkringskassan; 2014. Socialförsäkringsrapport 2014:4.
9. Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-6-27.
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5®). 5 uppl. American Psychiatric Association; 2013.
11. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

12. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
13. Minnesstörningar hos patienter som behandlats med ECT. Om information och delaktighet för patienter och närstående. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport 2016-5-29.
14. Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet. Hämtad 2017-09-29 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>.
15. Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre. Fokus på antidepressiva läkemedel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport 2016-6-60.
16. Indikatorer för god läkemedelsterapi. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Rapport 2010-6-29.
17. Äldre psykiatri. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen; 2013.
18. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2012. Rapport 212.
19. 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.
20. Kvalitetsregister ECT. Årsrapport 2016. Örebro: Kvalitetsregister ECT; 2016.
21. 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.
22. Ekman, M, Granstrom, O, Omerov, S, Jacob, J, Landen, M. Kostnader för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och ångest. Rätt behandling kan få stora positiva samhällsekonomiska effekter. *Lakartidningen*. 2014; 111(34-35):1362-4.
23. 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.

24. 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.
25. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens statistikdatabas-diagnoser i öppen vård.
26. En mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner. Delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport 2016-3-22.
27. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-5-43.
28. Vårdgaranti och kömiljard. Uppföljning 2009–2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. Rapport 2012-5-16.
29. 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.
30. 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/>.
31. Kartläggning 2016 - Barn och ungdomspsykiatri. Uppdrag psykisk ohälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
32. Vård av patienter med depression och ångest. En nulägesrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Rapport 2009-9-9.
33. Sveriges kommuner och landsting. Väntetider i vården. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.vantetider.se/>.
34. 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>.

35. 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.
36. Västra Götalandsregionen. Hälsoundersökning på vårdcentral. 2011-03-23.
37. Landstinget Sörmland. Hälsokontroller. 2014. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.landstingetsormland.se/Halsa-vard/Vardcentraler/Katrineholm/Var-varldcentral/Halsokontroller/>.
38. Västra Götalandsregionen. Tranemo vårdcentral. Hälsoundersökning. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.narhalsan.se/sv/startside/sok-mottagning/Tranemo/Vardcentralen-Tranemo1/Halsoundersokning/>.
39. Öppna jämförelser 2014. Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting. Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Rapport 2014-12-5.
40. Pettersson A. Use of a structured interview to support diagnosis of depression and anxiety disorders in primary care. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet; 2017.
41. Sveriges Kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling; 2012.
42. Goodyer, IM, Reynolds, S, Barrett, B, Byford, S, Dubicka, B, Hill, J, et al. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(2):109-19.
43. 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.
44. Stöd för utveckling av psykoterapeutisk kompetens. Slutrapport om statsbidrag till landstingen 2009–2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-3-3.

45. 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.
46. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
47. Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen ; 2017.
48. Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Hämtad 2107-09-28 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2001707-om-patientregister-hos_sfs-2001-707.
49. Vård vid depression och ångestsyndrom. Målnivåer för indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Rapport 2017-12-1.
50. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Rapport 2015-4-10.
51. Socialstyrelsen. Min guide till säker vård. Hämtad 2017-09-29 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19816/2015-6-3.pdf>.
52. Öppna jämförelser – jämlik vård 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-12-28.
53. Nationella indikatorer för God vård. Hälso och sjukvårdsövergripande indikatorer. Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Rapport 2009-11-5.
54. Lindqvists nia - nio vägar att utveckla bemötandet (SOU 1999:21) 97-100. Socialdepartementet; 1999.
55. Barber, JP. Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychother Res*. 2009; 19(1):1-12.
56. Att mötas i hälso- och sjukvård. Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Rapport 2015-1-5.
57. Bedöma barns mognad för delaktighet. Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Rapport 2015-12-22.

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 suicidtankar. 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 vanföreställningar 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 försämrats och få ytterligare nedsättning av funktionsförmågan. Risken för suicidhandlingar 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. I dessa riktlinjer motsvarar svår depression ett resultat på 35 poäng eller över i självskattningsversionen av MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale).

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 krampanfäll. 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 ECT 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.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet definieras som all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen utöver den energi vi förbrukar vid vila. Fysisk aktivitet kan bidra till att öka dels kondition, dels styrka. Oftast innebär all rörelseträning en kombination av båda. Nyare studier om vilken biologisk effekt fysisk aktivitet kan ha vid depression visar på fördelar med att kombinera konditions- och muskelstärkande träning. Även psykologiska förklaringsmekanismer i form av beteendeaktivering, social gemenskap och förbättrad tilltro till egen förmåga (self-efficacy) kan förklara den fysiska aktivitetens antidepressiva effekt (FYSS, 2017, <http://www.fyss.se>). De studier som finns med i kunskapsunderlaget stödjer sig i huvudsak på ledarledd träning.

Interpersonell psykoterapi

Interpersonell psykoterapi (IPT) är en behandlingsmetod som baseras på empirisk forskning om psykisk ohälsa, anknytning och sociala relationer. IPT bygger bland annat på forskning om sambandet mellan depression och det sociala sammanhang en individ befinner sig i. Stress, konflikter och förluster leder till depression och omvänt gör depression det svårare att behålla och utveckla goda relationer. Genom att aktivt arbeta med att förbättra relationer eller sörja förluster kommer individen vidare i livet och depressionen hävs. Behandlingen består vanligtvis av 12–16 samtal. De studier som finns med i kunskapsunderlaget stödjer sig i huvudsak på en manualbaserad interpersonell terapi.

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. De studier som finns med i kunskapsunderlaget stödjer sig i huvudsak på en manualbaserad kognitiv beteendeterapi.

Traumafokuserad KBT med exponering

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. De studier som finns med i kunskapsunderlaget stödjer sig i huvudsak på en manualbaserad traumafokuserad KBT med exponering.

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. De studier som finns med i kunskapsunderlaget stödjer sig i huvudsak på en manualbaserad mindfulness-baserad kognitiv terapi.

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. De studier som finns med i kunskapsunderlaget stödjer sig i huvudsak på en manualbaserad kognitiv beteendeterapi med exponering och responsprevention.

Psykodynamisk psykoterapi (korttidsbehandling)

Korttidsbehandling med psykodynamisk terapi (korttids-PDT) fokuserar på affekter och patientens känslouttryck i terapin. Man arbetar bland annat med så kallat motstånd, tolkar mönster i patientens agerande, lyfter fram det som händer i terapirelationen och ger utrymme för patientens önskningar, drömmar och fantasier. I PDT läggs stor vikt vid relationen som utvecklas mellan terapeut och klient, och hur klientens problematik manifesterar sig i den relationen. Korttidsterapi innebär att terapeuten och patienten träffas en till två gånger i veckan med totalt 10–30 möten. De studier som finns med i kunskapsunderlaget stödjer sig i huvudsak på en manualbaserad korttidsbehandling med psykodynamisk terapi.

Psykopedagogisk behandling

Psykopedagogisk behandling är en form av familjebaserade samtal där pedagogiska metoder används för undervisning och rådgivning. Åtgärden syftar till att öka familjens (barns, syskons och föräldrars) kunskap om olika symtom eller funktionsnedsättningar 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. Behandlingen ska föregås av en noggrann kartläggning av den unges livssituation, symtom och funktion, och ska sedan följas upp regelbundet.

Personalen behöver ha kunskap om aktuellt sjukdomstillstånd, utbildning i hur behandlingen ska bedrivas och ha tillgång till handledning i metoden.

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 108 rekommendationer, vilka presenteras nedan. De omfattar bland annat diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling och gäller såväl barn och ungdomar som vuxna.

En mer 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	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
Utredning och omhändertagande			
1	Vårdsökande med symtom på depression eller ångestsyndrom, barn, ungdomar och vuxna <i>Hög tillgänglighet till primär bedömning av vårdbehov</i>	1	Åtgärden ger goda förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.
2a	Misstänkt depression eller ångestsyndrom, vuxna <i>MINI som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i primärvård</i>	4	Åtgärden ökar förutsättningen för att en korrekt diagnos ställs. MINI fungerar väl som komplement till en noggrann klinisk bedömning vid diagnostik av depression och ångestsyndrom. Det är av stort värde att den kliniska bedömningen och MINI görs av samma bedömare. Kommentar: MINI kan även ge viktig information om eventuell samsjuklighet, som missbruk eller beroende.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
2b	Misstänkt depression eller ångestsyndrom, vuxna <i>SCID-I eller MINI som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i specialiserad vård</i>	3	Åtgärden ökar förutsättningen för att en korrekt diagnos ställs. MINI och SCID-I fungerar väl som komplement till en noggrann klinisk bedömning vid diagnostik av depression och ångestsyndrom. Det är av stort värde att den kliniska bedömningen och MINI eller SCID-I görs av samma bedömare. Kommentar: MINI och SCID-I kan även ge viktig information om eventuell samsjuklighet, som missbruk eller beroende.
2c	Misstänkt depression eller ångestsyndrom, barn och ungdomar <i>K-SADS-PL eller MINI-KID som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i specialiserad vård</i>	5	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden bedöms bidra till ett strukturerat arbetsätt i den diagnostiska processen. Det är av stort värde att den kliniska bedömningen och K-SADS-PL eller MINI-KID görs av samma bedömare.
2d	Misstänkt depression eller ångestsyndrom, barn och ungdomar <i>MINI-KID som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i primärvård</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det saknas klinisk erfarenhet av åtgärden i primärvården.
4	Depression eller ångestsyndrom, barn, ungdomar och vuxna <i>Somatisk anamnes och somatisk undersökning samt relevant utredning utifrån anamnesen och undersökningen</i>	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.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
5	Misstänkt depression, depression, misstänkt ångestsyndrom eller ångestsyndrom, barn, ungdomar och vuxna <i>Aktiv uppföljning med planerad förnyad kontakt (kontinuitet)</i>	1	Åtgärden ger goda förutsättningar för att fånga upp allvarigare tillstånd och för att en effektiv behandling ges under hela sjukdomsförloppet
8	Depression eller ångestsyndrom, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Samordnat och strukturerat omhändertagande med vårdssamordnare</i>	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	Depression eller ångestsyndrom, ungdomar och vuxna <i>Bedömning av suicidrisk med enbart instrument</i>	Icke-göra	Det finns ett begränsat till starkt vetenskapligt underlag för att flertalet instrument brister i sin tillförlitlighet (låg sensitivitet eller specificitet).
10b	Depression eller ångestsyndrom, ungdomar och vuxna <i>Bedömning av suicidrisk med instrument som komplement till klinisk bedömning</i>	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 suicidbenägna personer.
10c	Depression eller ångestsyndrom, ungdomar och vuxna <i>Bedömning av suicidrisk med instrumentet SAD PERSONS Scale som komplement till klinisk bedömning</i>	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 suicidbenägna personer.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
10d	Depression eller ångestsyndrom, ungdomar och vuxna <i>Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk</i>	1	Suicid är vanligt vid depression och ångestsyndrom. Åtgärden ökar förutsättningarna för korrekt fortsatt handläggning och är en viktig del i säkerhetsplaneringen. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Suicidrisken behöver kontinuerligt omprövas och det är viktigt med kunskap om den suicidala processen.
13	Depression eller ångestsyndrom, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Basal kroppskännedom som tillägg till annan behandling</i>	7	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger en liten effekt på kroppsrelaterade besvär och på depressionssymtom. Åtgärden kan vara värdefull för personer med mycket kroppsliga besvär.
14	Misstänkt PANS/PANDAS, barn och ungdomar <i>Diagnostik i strukturerad form och immunologisk provtagning</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.
15:1a	Nyförlösta personer, ungdomar och vuxna <i>Identifiera depression med EPDS</i>	3	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 eller identifieras med depression trots att de inte har det. EPDS är en effektiv åtgärd när den ingår som en del i ett systematiskt omhändertagande. Det finns klinisk erfarenhet av att åtgärden fungerar väl. 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.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
15:2	Blivande och nyblivna föräldrar med risk att utveckla depression, ungdomar och vuxna <i>Förebyggande psyko-social eller psykologisk behandling</i>	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	Nyblivna föräldrar med risk att utveckla depression, ungdomar och vuxna <i>Förstärkta och individualiserade hembesök</i>	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	Vårdsökande utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom, barn, ungdomar och vuxna <i>Screening för depression eller ångestsyndrom</i>	Ickegöra	Det vetenskapliga underlaget är starkt för att åtgärden inte ger någon effekt på symtombörda av depression. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt på ångestsyndrom är otillräckligt, men det bedöms som troligt att resultatet är detsamma som för depression.
Depression hos barn och ungdomar			
17	Depression, barn och ungdomar <i>Psykopedagogisk behandling med fokus på depression</i>	2	Tillståndet har en liten till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden minskar depressionssymtom. Åtgärdens effekt bör utvärderas efter 4–8 veckor och för barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen kan åtgärden kombineras eller ersättas med annan behandling.
18	Egentlig depression, lindrig, barn och ungdomar <i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) som tillägg till annan behandling</i>	10	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det finns god klinisk erfarenhet av åtgärden.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
19	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	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 suicidrisk. Kommentar: Åtgärden innefattar inte internefförmedlad eller datorbaserad KBT.
20	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Interpersonell psykoterapi (IPT)</i>	5	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på depressionssymtom. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av IPT på depressionssymtom på längre sikt.
21	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT)</i>	10	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det finns andra alternativa åtgärder som visar mer robusta effekter.
22	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Systemisk familjeterapi</i>	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	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och studier pågår.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
24	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, långvarig, barn och ungdomar <i>Antidepressiva läkemedel</i>	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	Egentlig depression, medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>Fluoxetin</i>	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	Egentlig depression, medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>Sertralin eller escitalopram</i>	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	Egentlig depression, medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>Paroxetin</i>	Icke-göra	Åtgärden ger ingen effekt på depressionssymtom och ökar sannolikt suicidrisken. Det finns andra alternativa åtgärder som har effekt.
29	Egentlig depression, medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) som kombinationsbehandling</i>	10	På kort sikt ger åtgärden bättre effekt än KBT, men på längre sikt ger åtgärden ingen ytterligare effekt jämfört med enbart antidepressiva läkemedel eller KBT. Kommentar: Åtgärden innefattar inte internetfördälad eller datorbaserad KBT.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
30	Egentlig depression, medelsvår till svår, behandlingsresistenta, ungdomar <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) som tillägg till antidepressiva läkemedel</i>	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. Åtgärden innefattar inte internetförmädd eller datorbaserad KBT.
31	Egentlig depression, svår, med psykotiska symtom, katatoni eller behandlingsresistenta, ungdomar efter pubertetsdebut <i>Elektrokonvulsiv behandling (ECT)</i>	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 snabbar effekt på depressionssymtom jämfört med antidepressiva läkemedel.
Ångestsyndrom hos barn och ungdomar			
32	Ångestsyndrom, barn och ungdomar <i>Psykopedagogisk behandling med fokus på ångest</i>	3	Tillståndet har en liten till stor svårighetsgrad. Åtgärden minskar ångestsymtom. Åtgärdens effekt bör utvärderas efter 4 veckor och 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	Ångestsyndrom, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) som tillägg till annan behandling</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
34	Generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, barn och ungdomar <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	3	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och ångestsymtom. Kommentar: Åtgärden innefattar inte internetförmedlad eller datorbaserad KBT.
35	Generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, barn och ungdomar <i>Psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.
36	Generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, barn och ungdomar <i>SSRI- eller SNRI-preparat</i>	3	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på andel som svarar på behandling (respons) och måttlig effekt på ångestsymtom. 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	Generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, barn och ungdomar <i>Sertralin och kognitiv beteendeterapi (KBT) som kombinationsbehandling</i>	2	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden är framförallt ett alternativ vid allvarigare ångestillstånd. 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. Åtgärden innefattar inte internetförmedlad eller datorbaserad KBT.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
38	Specifik fobi, barn och ungdomar <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering</i>	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. Kommentar: Åtgärden innefattar inte internetföremedlad eller datorbaserad KBT.
39	Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar <i>Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering</i>	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. Åtgärden innefattar inte internetföremedlad eller datorbaserad KBT.
40	Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar <i>Psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT)</i>	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	Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar <i>Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)</i>	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	Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar <i>SSRI-preparat</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.
44	Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar <i>Alfa-adrenerga agonister</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det finns risk för allvarliga biverkningar, såsom blodtryckssänkning, viktökning och förändrad hjärtrytm.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
47	Akut stressyndrom, barn och ungdomar <i>Betablockare eller alfa-adrenerga agonister</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det finns risk för allvarliga biverkningar, såsom blodtryckssänkning, viktökning och förändrad hjärtrytm.
48	Tvångssyndrom (OCD), barn och ungdomar <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering och responsprevention (ERP)</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger mycket stor effekt på tvångssymtom. Kommentar: Obehandlat tvångssyndrom kan få stora konsekvenser på lång sikt. Åtgärden innefattar inte internetförmedlad eller datorbaserad KBT.
49	Tvångssyndrom (OCD), barn och ungdomar <i>Psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT)</i>	Icke-göra	Det saknas studier om effekten av åtgärden på tvångssyndrom. Det finns alternativa åtgärder som har effekt.
50	Tvångssyndrom (OCD), medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>SSRI-preparat</i>	4	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	Tvångssyndrom (OCD), medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>SSRI-preparat och kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering och responsprevention (ERP) som kombinationsbehandling</i>	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. Åtgärden innefattar inte internetförmedlad eller datorbaserad KBT.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
53	Tvångssyndrom (OCD), svår, barn och ungdomar <i>Risperidon eller aripiprazol som tillägg till SSRI -preparat</i>	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	PANS/PANDAS, akut, barn och ungdomar <i>Antibiotika</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och studier pågår.
55	PANS/PANDAS, svår, barn och ungdomar <i>Intravenös immunoglobulin eller plasmaferes</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.
56	PANS/PANDAS, barn och ungdomar <i>Antibiotika som förebyggande behandling</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.

Egentlig depression hos vuxna

59	Recidiverande egentlig depression, tidigare god effekt av läkemedelsbehandling, vuxna <i>Tidigt återinsatt läkemedelsbehandling</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger måttlig effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons).
62	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Fysisk aktivitet</i>	6	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på depressionsymtom jämfört med placebo. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Åtgärden har också positiv effekt på somatisk ohälsa. Rekommendationen gäller framförallt ledarledd fysisk aktivitet.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
64	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och studier pågår.
65	Dystymi, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	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	Dystymi, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell terapi (IPT) som kombinationsbehandling</i>	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	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons) jämfört med antidepressiva läkemedel på lång sikt. Dessutom ger åtgärden en måttlig effekt på depressionssymtom jämfört med placebo och sedvanlig behandling.
69	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Interpersonell psykoterapi (IPT)</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på depressionssymtom jämfört med sedvanlig behandling.
70	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Psykdynamisk korttids-terapi (korttids-PDT)</i>	7	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden jämfört med placebo, sedvanlig behandling eller antidepressiva läkemedel. Det vetenskapliga underlaget är också begränsat för att bedöma om åtgärden ger en liknande effekt som stödterapi eller kognitiv beteendeterapi (KBT).
73	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	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.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
76	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT) eller psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT) som kombinationsbehandling</i>	7	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden är framförallt ett alternativ vid medelsvår egentlig depression och ger liten till måttlig effekt på andelen som svarar på behandling (respons) och på depressionssymtom jämfört med enbart antidepressiva läkemedel. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt jämfört med enbart psykologisk behandling.
77a	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, årstidsrelaterad, vuxna <i>Ljusterapi med vitt morgonljus</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Det finns andra effektiva behandlingsmetoder.
77b	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Ljusterapi med vitt morgonljus</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Det finns andra effektiva behandlingsmetoder.
78	Egentlig depression, medelsvår till svår, vuxna <i>Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS)</i>	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	Egentlig depression, svår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	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	Egentlig depression, svår, behandlingsresistent, vuxna <i>Litium som tillägg till antidepressiva läkemedel</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt på andel som svarar på behandling (respons) och har dessutom antisuicidal effekt. Kommentar: Behandlingen kräver regelbunden provtagning och det finns risk för biverkningar.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
82	Egentlig depression, svår, behandlingsresistent, vuxna <i>Aripiprazol, olanzapin, quetiapin eller risperidon som tillägg till antidepressiva läkemedel</i>	7	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en måttlig till stor effekt på andelen som svarar på behandling (respons), men har biverkningar, såsom viktuppgång, metabola syndrom och trötthet. Kommentar: Åtgärden kan vara ett alternativ till personer som inte tolererar litium eller som har psykotiska symtom.
83	Egentlig depression, svår, vuxna <i>Tricykliska antidepressiva läkemedel som infusionsbehandling</i>	9	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger inte bättre effekt än per oral TCA. Det vetenskapliga underlaget är begränsat.
84	Egentlig depression, svår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT) eller psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT) som kombinationsbehandling</i>	10	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det finns andra åtgärder med visad effekt.
85	Egentlig depression, svår, vuxna <i>Elektrokonvulsiv behandling (ECT)</i>	1	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på depressionssymtom. Kommentar: Åtgärden har särskilt god effekt vid psykotisk depression.
86	Recidiverande egentlig depression i remission, vuxna <i>Återfallsförebyggande behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT)</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på återfall i depression. Det vetenskapliga underlaget är begränsat.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
88	Recidiverande egentlig depression i remission, vuxna <i>Återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på återfall i depression. Det vetenskapliga underlaget är starkt.
89	Recidiverande egentlig depression i remission, vuxna <i>Återfallsförebyggande elektrokonvulsiv behandling (ECT)</i>	8	Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger en liten till stor effekt på återfall i depression. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Det finns god klinisk erfarenhet av ECT som återfallsförebyggande behandling.
90	Recidiverande egentlig depression i remission, vuxna <i>Återfallsförebyggande behandling med litium</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger en stor effekt på återfall i depression och suicidrisk. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Behandlingen kräver regelbunden provtagning och det finns risk för biverkningar.
Ångestsyndrom hos vuxna			
94	Generaliserat ångestsyndrom, vuxna <i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.
95	Generaliserat ångestsyndrom, vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	5	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på ångestsymtom. Det vetenskapliga underlaget är begränsat.
97	Generaliserat ångestsyndrom, vuxna <i>Psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det saknas klinisk erfarenhet av åtgärden.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
98	Generaliserat ångest-syndrom, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	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	Generaliserat ångest-syndrom, vuxna <i>Bensodiazepiner</i>	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	Generaliserat ångest-syndrom, vuxna <i>Hydroxizin</i>	9	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt på andelen som svarar på behandling (respons). Hydroxizin har dock biverkningar såsom trötthet och risk för förändrad hjärtrytm. Åtgärden bör endast användas vid behov och under en begränsad tid. Det finns andra effektiva åtgärder för tillståndet.
101	Generaliserat ångest-syndrom, vuxna <i>Pregabalin</i>	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	Paniksyndrom, vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	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), såväl på kort som på lång sikt.
107	Paniksyndrom, vuxna <i>Panikfokuserad psykodynamisk korttidsterapi (PFPP)</i>	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	Paniksyndrom, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	5	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig till stor effekt på paniksymtom jämfört med placebo och ingen skillnad i effekt jämfört med KBT. Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar, och TCA i högre doser kan ge allvarligare biverkningar än SSRI.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
109	Paniksyndrom, vuxna <i>Bensodiazepiner</i>	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	Paniksyndrom, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) som kombinationsbehandling</i>	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.
113	Social fobi, vuxna <i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det pågår studier.
114	Social fobi, vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	3	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger mycket stor effekt på andelen som svarar på behandling (respons). Kommentar: För personer med social fobi finns särskild anledning att överväga internerförmiddlad KBT, med behandlarstöd, för motiverade personer.
116	Social fobi, vuxna <i>Psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT) med fokus på social fobi</i>	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	Social fobi, vuxna <i>Interpersonell psykoterapi (IPT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.
118	Social fobi, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	5	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger liten till måttlig effekt på symtom. Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar.
119	Social fobi, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) som kombinationsbehandling</i>	10	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger ingen tilläggs effekt till monoterapi av antidepressiva läkemedel eller KBT. Det vetenskapliga underlaget är begränsat.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
120	Social fobi, vuxna <i>Bensodiazepiner</i>	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	Specifik fobi, vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering</i>	5	Tillståndet har en liten till måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger liten till måttlig effekt på symtom som undvikande beteende. Kommentar: Tillståndet kan vara mycket funktionsnedsättande för enstaka individer.
122	Tvångssyndrom (OCD), vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering och responsprevention (ERP)</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på tvångssymtom.
125	Tvångssyndrom (OCD), vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor till mycket stor effekt på andel som svarar på behandling (respons). Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar.
126	Tvångssyndrom (OCD), svår, behandlingsresistent, vuxna <i>Antipsykotiskt läkemedel som tillägg till antidepressiva läkemedel</i>	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	Tvångssyndrom (OCD), medelsvår till svår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) eller beteendeterapi (BT) som kombinationsbehandling</i>	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	Risk för posttraumatiskt stressyndrom efter traumatisk händelse, vuxna <i>Förebyggande krisbearbetning (debriefing)</i>	Icke-göra	Åtgärden minskar inte risken för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
129	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)</i>	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	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering</i>	3	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på diagnosfrihet (remission) och PTSD-symtom.
132	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det saknas klinisk erfarenhet av åtgärden.
133	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	5	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger liten effekt på PTSD-symtom.
134	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>SSRI-preparat och kognitiv beteendeterapi (KBT) som kombinationsbehandling</i>	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.
135	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Interpersonell psykoterapi (IPT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.
137	Akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Bensodiazepiner</i>	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
- En internationell utblick

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

I dessa riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om åtgärder för vård vid depression och ångestsyndrom. De omfattar bland annat diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling och gäller såväl barn och ungdomar som vuxna. Riktlinjerna vänder sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer.

Riktlinjerna innehåller också bedömningar av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av några av rekommendationerna samt indikatorer för uppföljning.

Riktlinjerna finns tillgängliga på www.socialstyrelsen.se.

Nationella riktlinjer 2017

Vård vid depression och ångestsyndrom

– Stöd för styrning och ledning

(artikelnr 2017-12-4) kan beställas från

Socialstyrelsens publikationsservice

www.socialstyrelsen.se/publikationer

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från

www.socialstyrelsen.se