

Nationell utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom

Riitta Sorsa



Ökat antal barn och ungdomar vårdas



Projektorganisation

Socialstyrelsen

Riitta Sorsa projektledare

Vera Gustafsson utredare

Mikaela Svensson utredare

Expertstöd

Tobias Edbom medicine doktor, BUP landstinget i Sörmland fram till 2018-12-31, därefter Socialstyrelsen

Kersti Ejeby medicine doktor, specialist i allmänmedicin, Gustavsbergs vårdcentral

Lars von Knorring registerhållare ECT-registret, professor emeritus, Institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Uppsala universitet

Irene Svenningsson medicine doktor, distriktssköterska, Västra Götalandsregionen

Cecilia Svanborg registerhållare SibeR, leg psykoterapeut, medicine doktor, överläkare Psykiatri Sydväst

Datakällor

I utvärderingen har Socialstyrelsen hämtat uppgifter från patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, som alla administreras av Socialstyrelsen.

Vi har också använt uppgifter från Kvalitetsregistret ECT, Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri (Q-bup) och Nationellt kvalitetsregister för internetbaserad psykologisk behandling (SibeR).

I utvärderingen har vi genomfört fem enkätundersökningar:

- enkät till första linjen för barn och unga
- enkät till barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter
- enkät till primärvårdsmottagningar – vårdcentraler eller motsvarande
- enkät till vuxenpsykiatriska verksamheter (utom rättspsykiatri)
- enkät till regioner – uppgifter om aggregerade data från regionernas patientadministrativa system.

Indikatorer

- Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom.
- Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i de nationella riktlinjerna samt olika aspekter av god och jämlik vård.
- En teknisk beskrivning av indikatorerna finns att hämta på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Nationella målnivåer för vård vid depression och ångestsyndrom

- Socialstyrelsen har fastställt nationella målnivåer för vård vid depression och ångestsyndrom.
- Syftet med målnivåer är att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att patienter får en god vård som är jämlik i hela landet. Målnivåerna anger hur stor andel av patientgruppen som bör få en viss behandling eller åtgärd.
- Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförfarande ingår.
- En beskrivning av målnivåerna finns att hämta på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Antalet barn och unga som vårdas inom psykiatrin har ökat under de senaste tio åren. Som en konsekvens av detta har även förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökat, även om andelen som behandlas med läkemedel inte har förändrats.

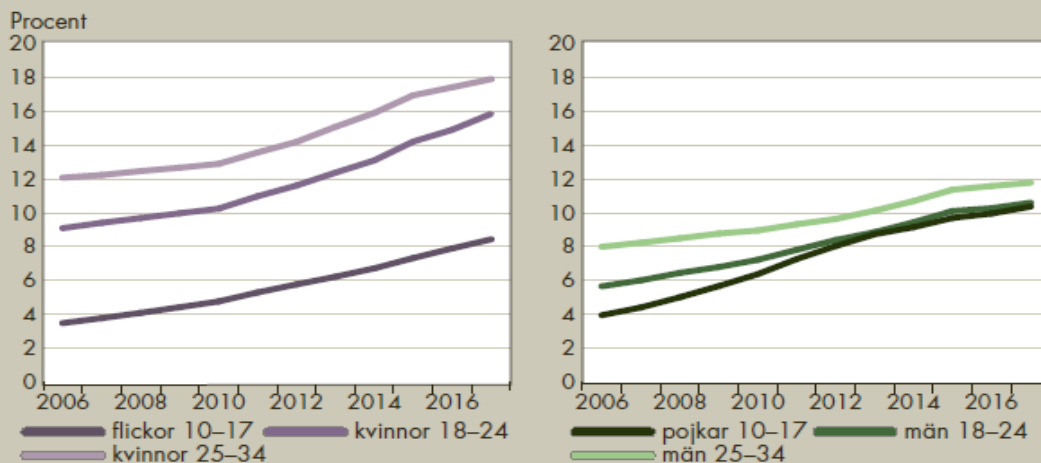
Den psykiska ohälsan tenderar att bli långvarig. 30 procent av de unga som nydiagnostiserades med depression eller ångestsyndrom år 2008 var fortfarande i behov av psykiatrisk vård tio år senare. Drygt hälften behandlades med läkemedel.

Resultaten visar dessutom att unga, som tidigt diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom, får svårare att etablera sig i arbets- och vuxenlivet. Tio år efter diagnos stod nästan var fjärde person utanför arbetsmarknaden eller var beroende av ekonomiskt bistånd.

Psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna

Diagram 1. Psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna

Andelen barn och unga vuxna med minst ett vårdtillfälle inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos*, eller haft minst ett läkemedelsuttag av psykofarmaka, åren 2006–2017.



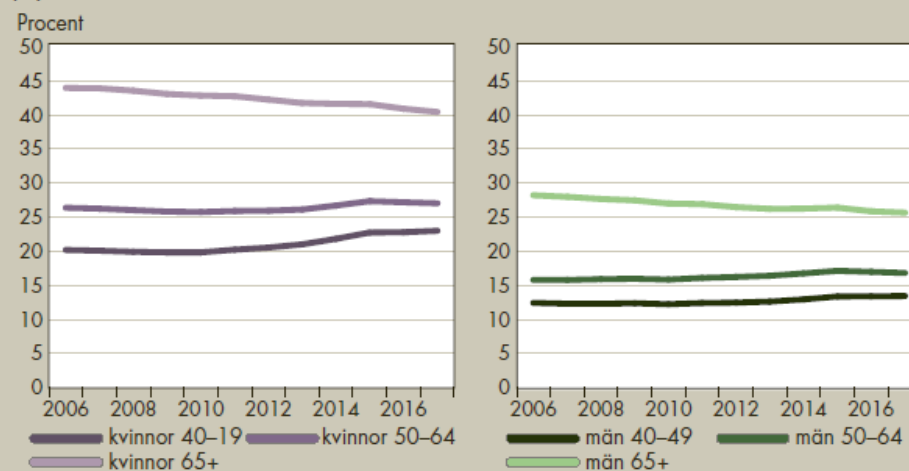
*Vissa personer kan ha vårdats på en psykiatrisk klinik utan att ha fått en diagnos - de har också inkluderats i resultatet.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Psykisk ohälsa bland vuxna och äldre

Diagram 2. Psykisk ohälsa bland vuxna och äldre

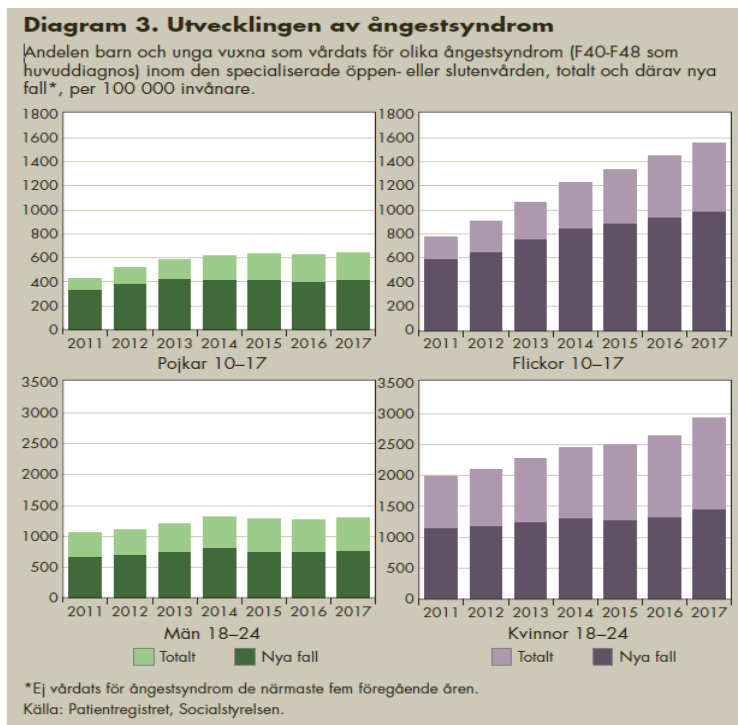
Andelen vuxna och äldre med minst ett vårdtillfälle inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos*, eller haft minst ett läkemedelsuttag av psykofarmaka, åren 2006–2017.



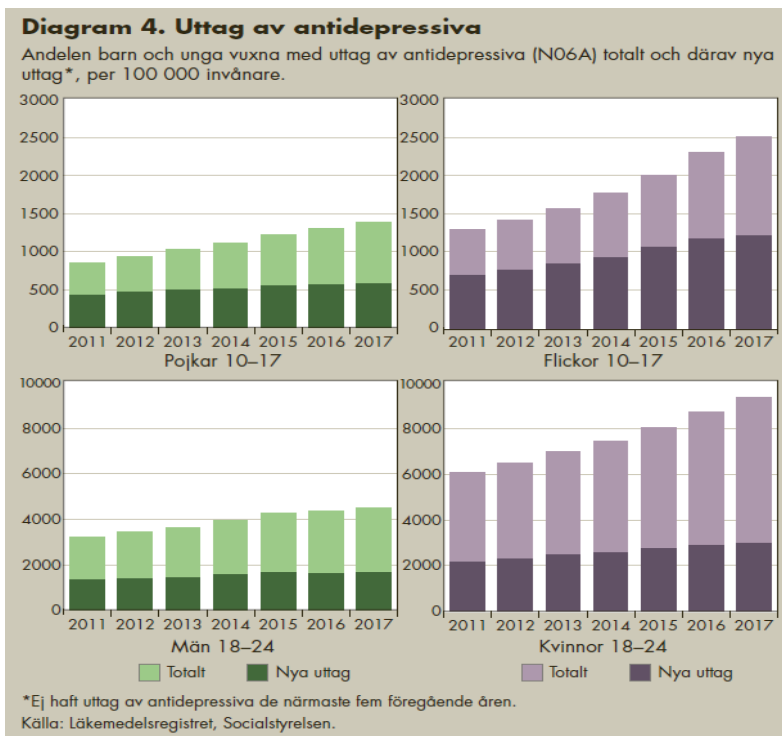
*Vissa personer kan ha vårdats på en psykiatrisk klinik utan att ha fått en diagnos – de har också inkluderats i resultatet.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

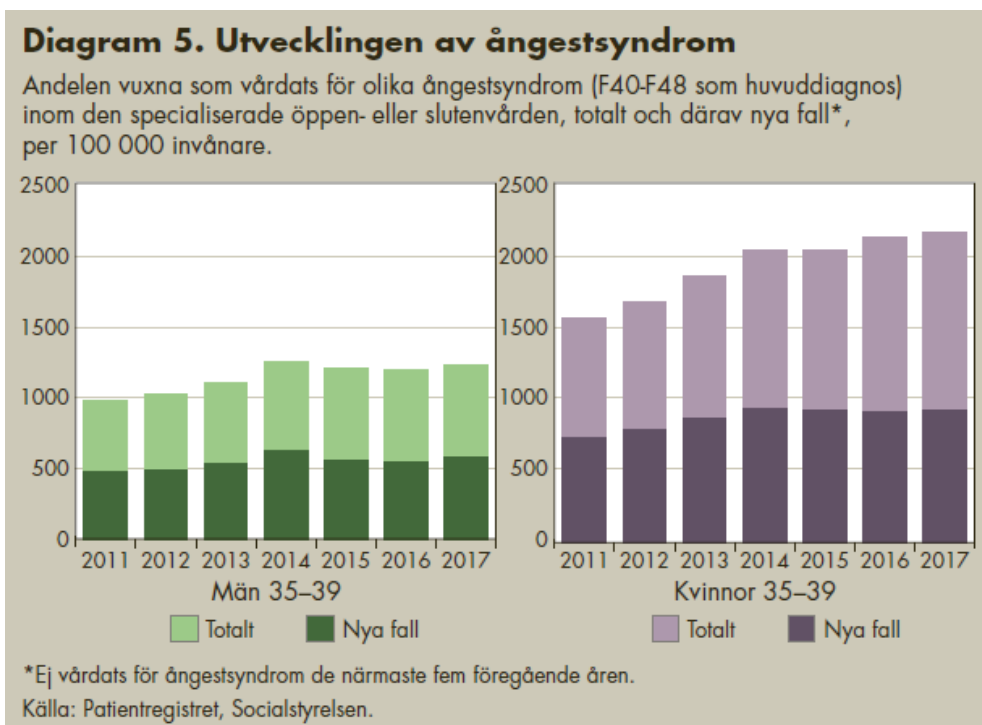
Utvecklingen av ångestsyndrom bland barn och unga vuxna



Uttag av antidepressiva bland barn och unga vuxna



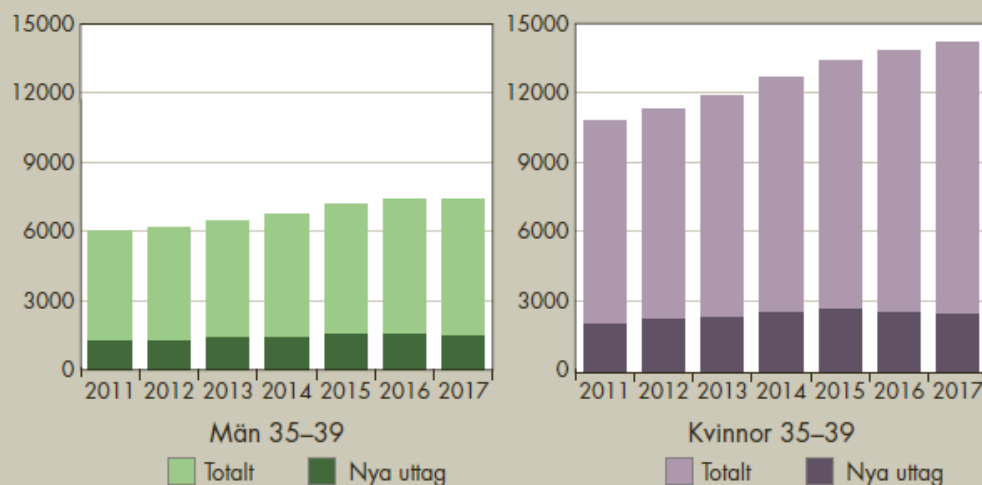
Utvecklingen av ångestsyndrom bland vuxna



Uttag av antidepressiva bland vuxna

Diagram 6. Uttag av antidepressiva

Andelen vuxna med uttag av antidepressiva (N06A) totalt och därav nya uttag*, per 100 000 invånare.



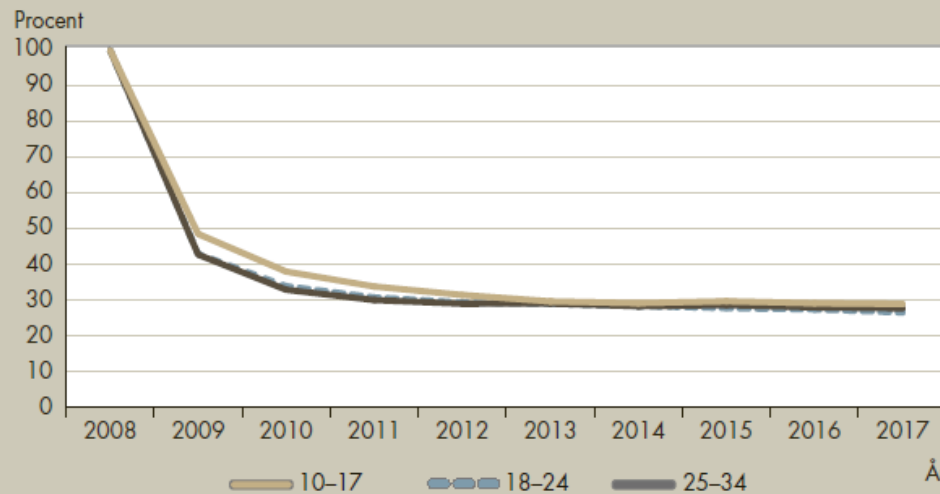
*Ej haft uttag av antidepressiva de närmaste fem föregående åren.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Behov av psykiatrisk vård efter diagnos

Diagram 7. Psykiatrisk vård

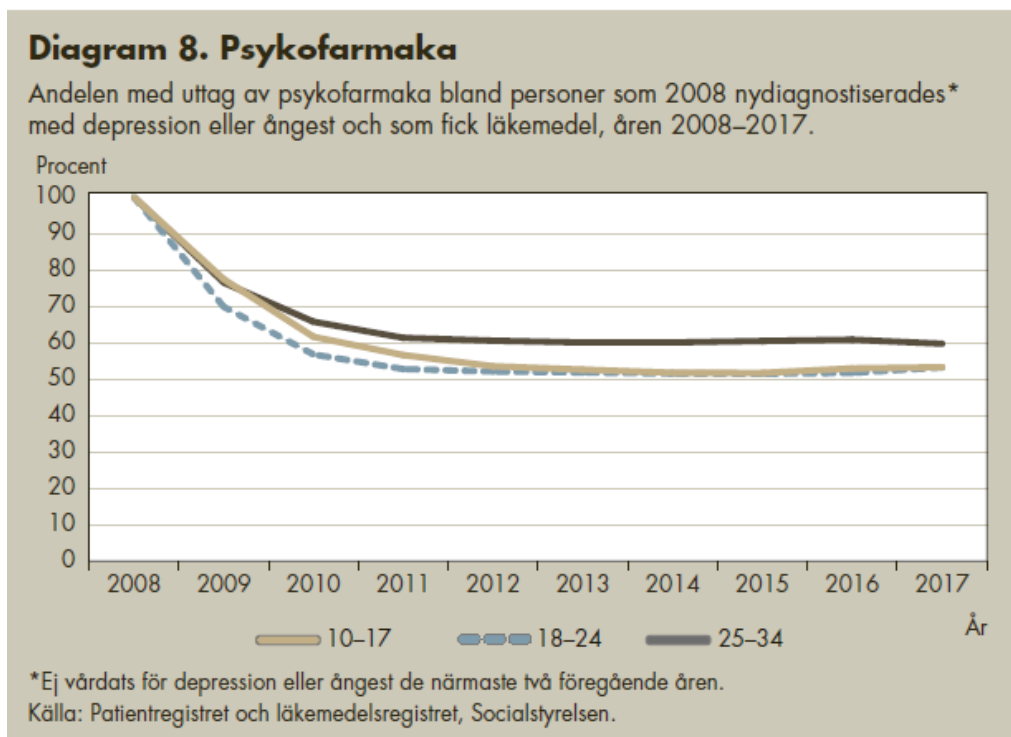
Andelen med psykiatrisk vård (vårdkontakt p.g.a. någon psykiatrisk diagnos) bland personer som 2008 nydiagnostiserades* med depression eller ångest, åren 2008–2017.



*Ej vårdats för depression eller ångest de närmaste två föregående åren.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

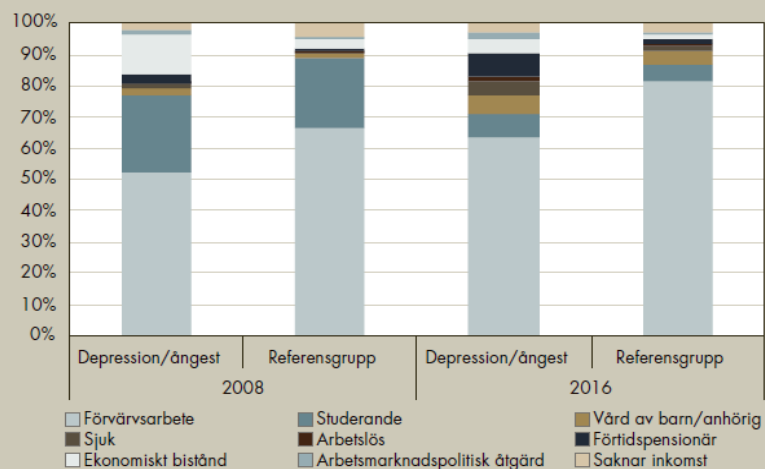
Behov av läkemedelsbehandling efter diagnos



Huvudsaklig inkomstkälla

Diagram 9. Huvudsaklig inkomstkälla för den totala inkomsten

Huvudsaklig inkomstkälla för den totala inkomsten bland personer 18–24 år med nydiagnostiserad* depression/ångest, vid insjuknandet (2008) samt 8 år senare (2016) jämfört med en referensgrupp**.



*Ej vårdats för depression/ångest eller haft uttag av psykofarmaka de närmaste två föregående åren.

**Personer i befolkningen som inte nydiagnostiserades 2008.

Källa: RAKS, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen.

Förbättringsområden för regionerna

- Utveckla förebyggande och tidiga insatser
- Öka tillgängligheten till första bedömning och behandling
- Bättre struktur i samband med diagnostisering
- Uppmärksamma den somatiska sjukligheten
- Uppmärksamma och behandla beroendeproblematik
- Ett mer aktivt suicidförebyggande arbete
- Fortsätta utvecklingen av psykopedagogiska insatser
- Öka tillgången till psykologisk behandling
- Minska förskrivningen av bensodiazepiner
- Öka stödet till närstående

Utveckla förebyggande och tidiga insatser



Utveckla förebyggande och tidiga insatser

- Den självrapporterade psykiska ohälsan ökat under 2000-talet. Resultaten från Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister visar också att antalet barn och ungdomar som behandlas inom psykiatri respektive med antidepressiva läkemedel har ökat och fortsätter att öka.
- För att bryta den negativa utvecklingen behövs insatser för att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och stärka det suicidpreventiva arbetet från aktörer på alla samhällsnivåer. Skolan (inklusive elevhälsovården), mödra- och barnhälsovården och ungdomsmottagningarna är viktiga aktörer i detta arbete.
- Det behövs också en fortsatt utbyggnad av första linjens vård till barn och unga.

Typ av verksamhet – första linjen barn och ungdomar

Andelen mottagningar efter vilken typ av verksamhet de bedriver.

Mottagning	Andel
Vårdcentral eller motsvarande	26
Vårdcentral eller motsvarande med tilläggsuppdrag för första linjen	35
Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning med tilläggsuppdrag för första linjen	16
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning med uppdrag för första linjen (utan läkarkompetens)	4
Ungdomsmottagning	4
Annan	16

Svarsfrekvens: 81 av 163 (37%)

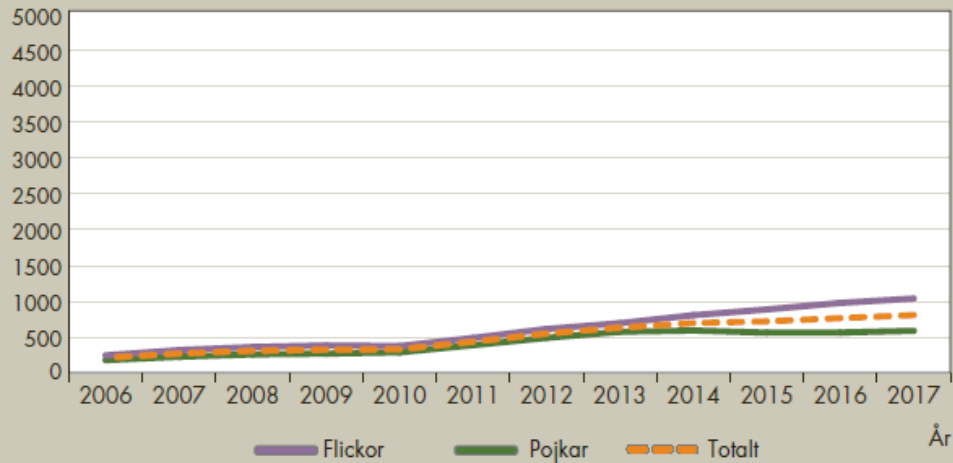
Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Patienter 10-14 år med depression och ångestsyndrom inom BUP

Diagram 10. Patienter 10-14 år med depression och ångestsyndrom

Antal patienter med depression och ångestsyndrom inom barn och ungdomspsykiatri per 100 000 invånare, fördelat på kön. Avser personer 10-14 år, 2006-2017.

Antal per 100 000



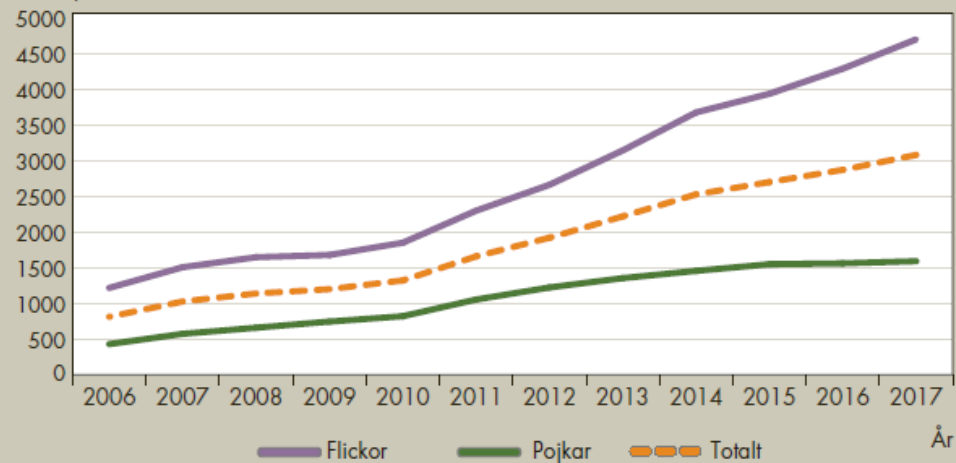
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patienter 15-17 år med depression och ångestsyndrom inom BUP

Diagram 11. Patienter 15-17 år med depression och ångestsyndrom

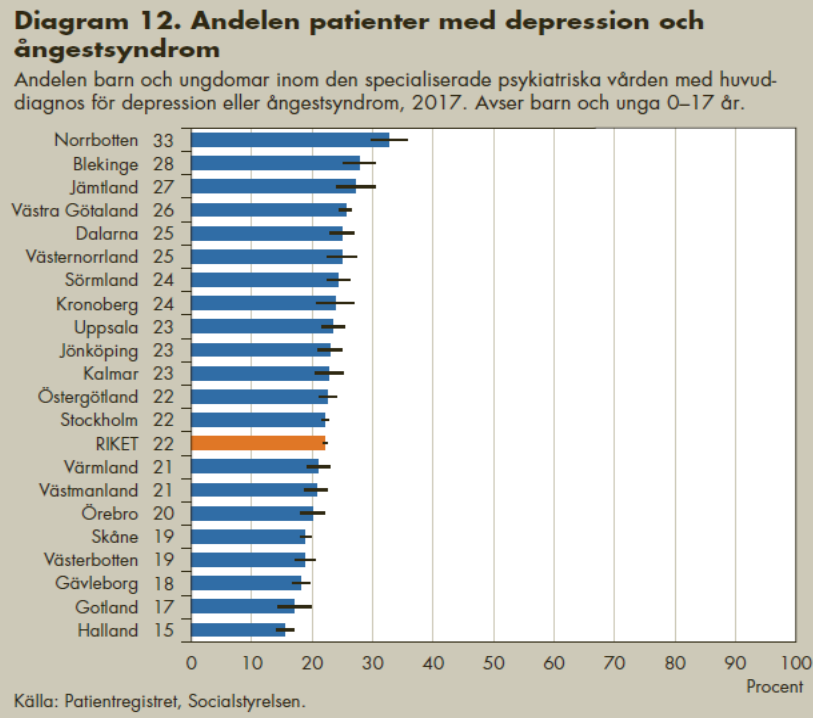
Antal patienter med depression och ångestsyndrom inom barn och ungdomspsykiatri per 100 000 invånare, fördelat på kön. Avser personer 15-17 år, 2006-2017.

Antal per 100 000



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen barn och unga med depression eller ångestsyndrom inom BUP



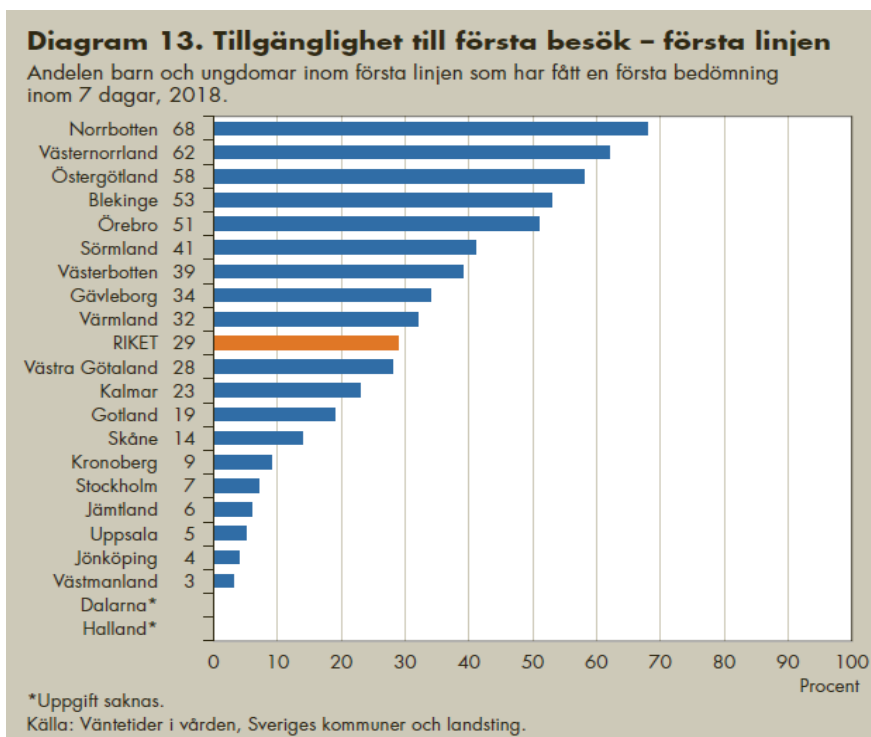
Öka tillgängligheten till första bedömning
och behandling



Öka tillgängligheten till första bedömning och behandling

- Hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med depression eller ångestsyndrom en hög tillgänglighet till en primär bedömning av deras vårdbehov. Detta är viktigt både för att kunna bedöma hur pass allvarligt en persons tillstånd är och för att kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede.
- Den ökade psykiska ohälsan och det faktum att allt fler söker sig till barn- och ungdomspsykiatri innebär att väntetiderna har ökat under de senaste åren. Väntetiderna är långa även till vuxenpsykiatri.
- Tiden till att patienten får behandling är lika viktig som tiden innan det första besöket. Det finns stöd för att psykologisk behandling fungerar bättre när patienten får sin första besökstid i närhet till tidpunkten för vårdkontakt, än att patienten har stått på väntelista ett längre tag. I dagsläget saknas jämförbara data för att mäta tiden från första besök till behandlingsstart då det saknas nationella definitioner avseende begreppet behandlingsstart.

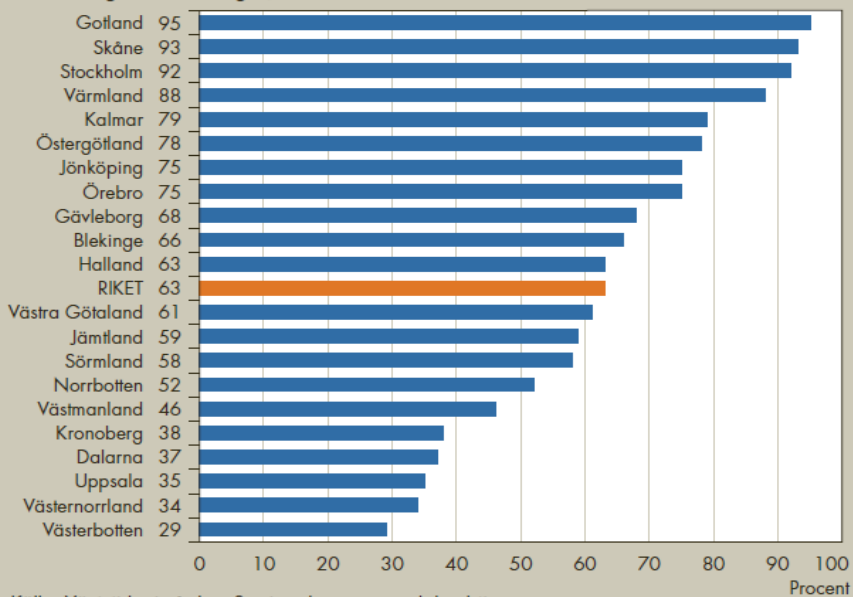
Första linjen för barn och unga klarar inte vårdgarantin



Väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri har ökat

Diagram 14. Tillgänglighet till första besök – BUP

Andelen barn och ungdomar inom i barn- och ungdomspsykiatri som har fått en första bedömning inom 30 dagar, 2018.

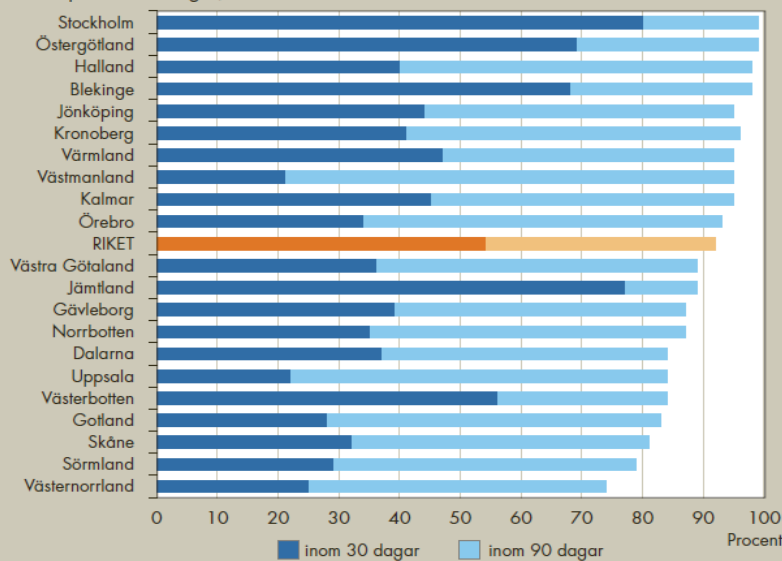


Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting.

Långa väntetider även till vuxenpsykiatri

**Diagram 15. Tillgänglighet till första besök
- vuxenpsykiatri**

Andelen personer inom vuxenpsykiatri som har fått en första bedömning inom 30 respektive 90 dagar, 2018.



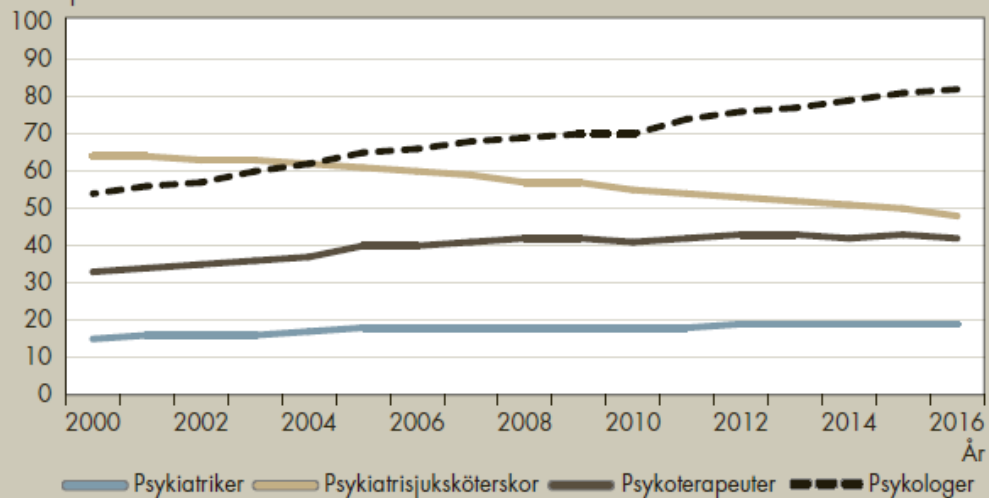
Källa: Värden i siffror, Sveriges kommuner och landsting.

Personalökningen matchar inte behoven

Diagram 16. Tillgång till personal inom psykiatriområdet

Antal psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Statistikdatabasen, Socialstyrelsen.

Personaltillgången varierar i regionerna

Tillgång till personal

Antal psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare år 2016, uppdelat efter sjukvårdsregion.

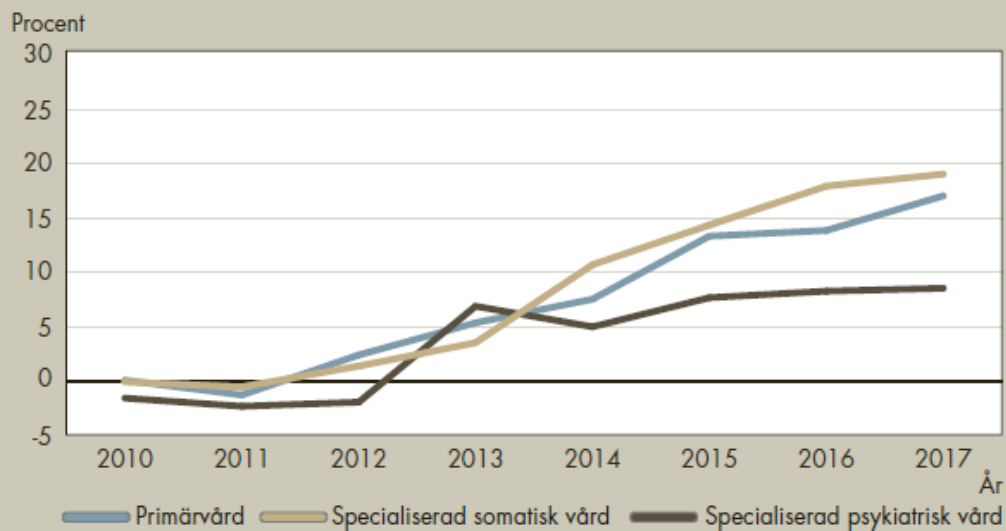
	Psykiatriker	Psykiatrisjuk-sköterskor	Psykologer	Psyko-terapeuter
Riket	19	48	82	42
Stockholms sjukvårdsregion	30	38	111	64
Sydöstra sjukvårdsregionen	13	40	57	30
Södra sjukvårdsregionen	17	53	74	33
Västra sjukvårdsregionen	21	51	92	44
Uppsala/Örebro sjukvårds-region	15	53	66	33
Norra sjukvårdsregionen	12	55	68	30

Källa: Statistikdatabasen, Socialstyrelsen.

Kostnader för psykiatrisk vård

Diagram 17. Procentuell nettokostnadsutveckling

Procentuell nettokostnadsutveckling exklusive läkemedelskostnader i fasta priser för specialiserad psykiatrisk respektive somatisk vård samt primärvård 2010–2017.



Källa: Statistikdatabasen, SCB.

Bättre struktur i samband med diagnostisering



Bättre struktur i samband med diagnostisering

- Många psykiska sjukdomar och syndrom kan i ett första skede likna varandra symtomässigt, vilket kan göra det 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 det räcker inte alltid för att diagnostisera depression eller ångestsyndrom. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att den kliniska bedömningen kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer, såsom MINI och SCID-I, för att därigenom öka den diagnostiska tillförlitligheten.
- Likaså är det viktigt att genomföra relevanta somatiska undersökningar samt att uppmärksamma eventuell beroendeproblematik.

Uppmärksamma den somatiska sjukligheten



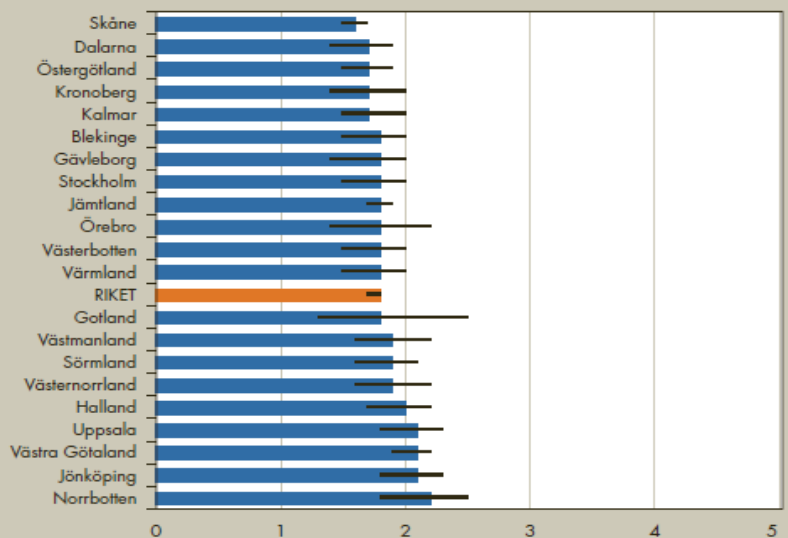
Uppmärksamma den somatiska sjukligheten

- Samsjuklighet med kroppslig sjukdom är vanligt hos personer med depression och ångestsyndrom. För att öka möjligheterna att identifiera, följa upp och behandla eventuell samtidig somatisk sjuklighet är det viktigt att hälso- och sjukvården uppmärksammar och utreder detta, vilket är en central rekommendation i de nationella riktlinjerna.
- Överdödligheten vid obehandlad depression är mycket stor, men samma gäller patientgruppen som fått behandling för depression. Patienter inom psykiatri har högre dödlighet och därmed kortare livslängd jämfört med den övriga befolkningen. Detta beror både på en ökad somatisk sjuklighet och på ökad risk för suicid i denna grupp.

Högre dödlighet och mer somatisk vård

Diagram 18. Dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrin för depression eller ångestsyndrom

Relativ jämförelse av andelen avlidna bland personer som vårdats inom psykiatrin för depression eller ångestsyndrom, jämfört med andelen avlidna i hela befolkningen, 2017. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

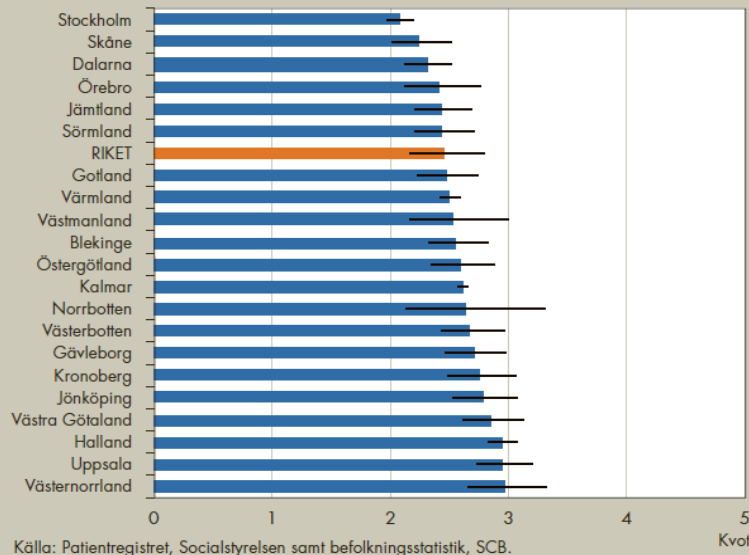


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen samt befolkningsstatistik, SCB.

Fler med depression eller ångestsyndrom läggs in inom somatisk slutenvård

Diagram 20. Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer behandlade för depression eller ångestsyndrom

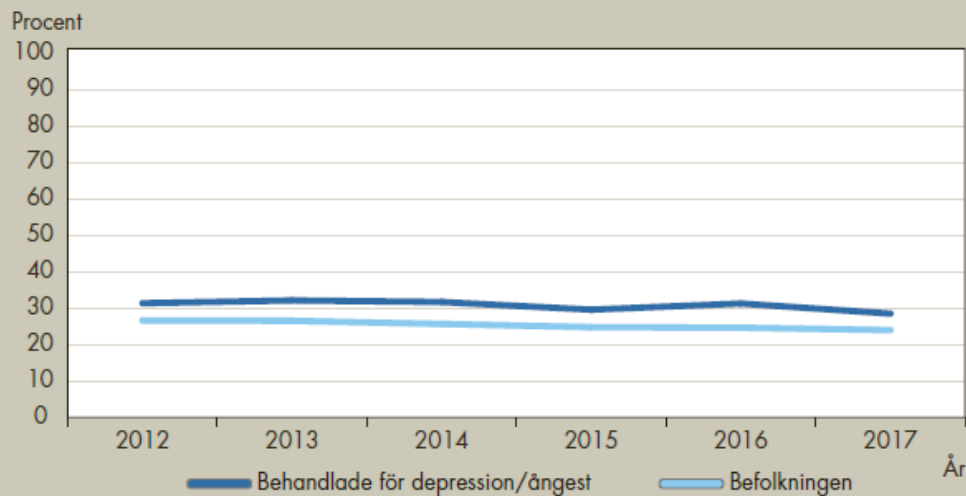
Relativ jämförelse av andelen personer med minst ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle bland personer som vårdats inom psykiatri för depression eller ångestsyndrom, jämfört med motsvarande andel i hela befolkningen, 2017. Avser personer 18–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Högre dödlighet efter hjärtinfarkt

Diagram 21. Dödlighet efter hjärtinfarkt

Andelen döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt i befolkningen samt personer behandlade för depression och ångest inom 5 år före hjärtinfarkten. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

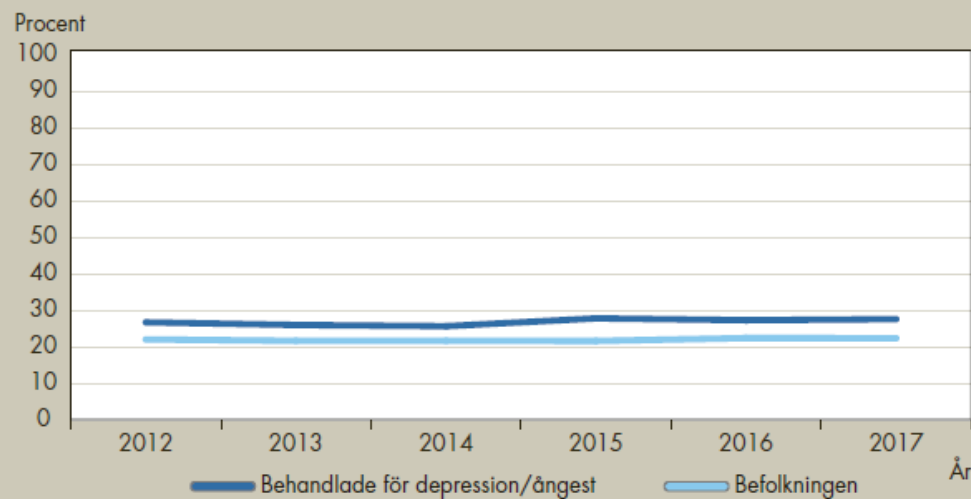


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Högre dödlighet även efter stroke

Diagram 22. Dödlighet efter stroke inom 28 dagar

Andelen döda inom 28 dagar efter förstagsstroke i befolkningen samt personer behandlade för depression och ångest inom 5 år före. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Verksamheterna har blivit bättre på att uppmärksamma somatisk sjuklighet

Somatisk undersökning – primärvård

Andelen mottagningar inom primärvården där följande ingår i den somatiska undersökningen som görs i samband med diagnostisering 2018 jämfört med vad vårdcentralerna uppgav 2012.

Undersökning	Andelen mottagningar 2018	Andelen mottagningar 2012
Viktkontroll	63	26
Blodtryck	87	22
Blodsocker	80	39
Blodfetter	81	13
EKG	40	-
Thyroideastatus	98	-
Annan	61	-

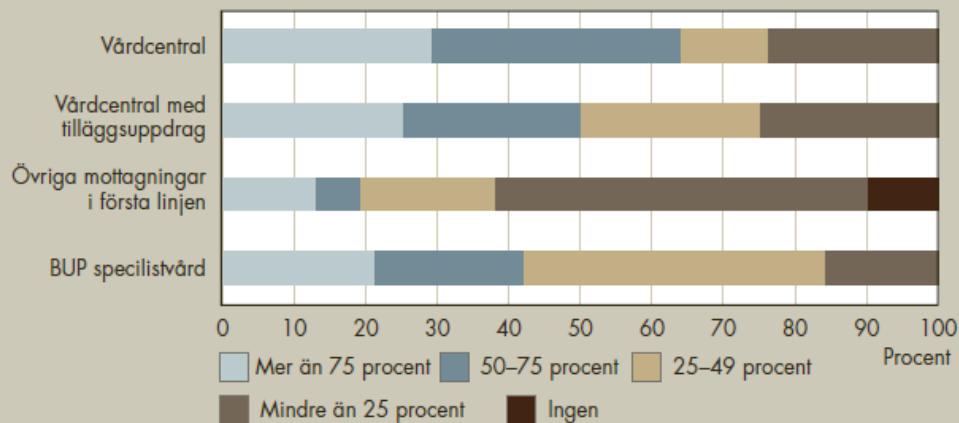
Svarsfrekvens 2018: 147 av 534 (28%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018 respektive 2012.

Somatisk sjuklighet hos barn uppmärksammas inte alltid

Diagram 23. Somatisk undersökning i samband med diagnostisering – barn och ungdomar

Andelen mottagningar i första linjen respektive BUP efter i vilken utsträckning barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom genomgår en somatisk undersökning i samband med diagnostisering. Undersökningen kan ske utanför den egna verksamheten.



Svarsfrekvens: 76 av 163 första linjen (47%)
19 av 43 BUP (44%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen respektive BUP, 2018.

Uppmärksamma och behandla beroendeproblematik



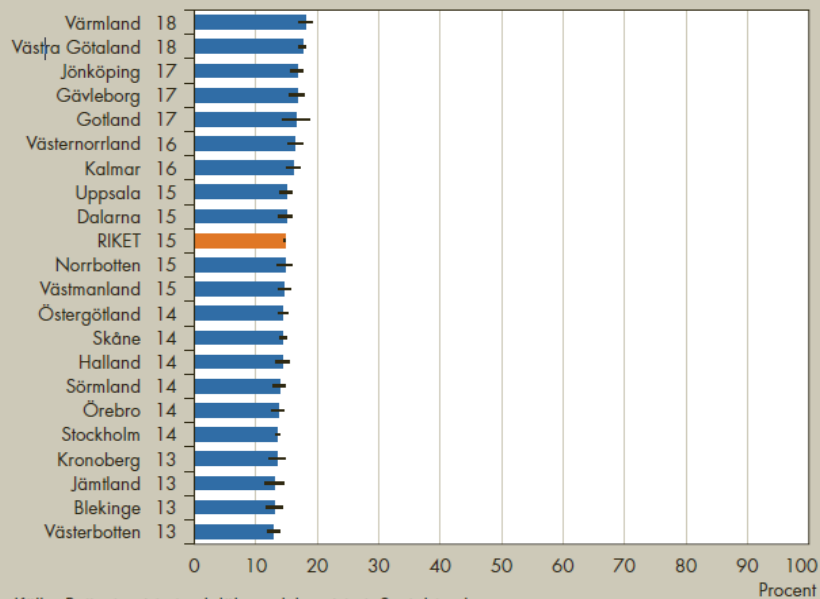
Uppmärksamma och behandla beroendeproblematik

- Det är vanligt med samsjuklighet med andra psykiska eller kroppsliga sjukdomar samt att depressions- och ångestsymtom förekommer vid missbruk av alkohol och narkotika. Dessutom finns studier som visar att obehandlad beroendeproblematik kan påverka behandlingsresultat vid depression och ångestsyndrom på ett negativt sätt.
- Vid somatisk anamnes är det viktigt att även kartlägga eventuell samsjuklighet som missbruk eller beroendetilstånd för att kunna erbjuda rätt behandling.

Samsjuklighet med missbruk är vanligt

Diagram 24. Samsjuklighet med missbruk

Andelen patienter med depression eller ångestsyndrom som också har en missbruksdiagnos eller som har hämtat ut läkemedel för missbruk, 2017.

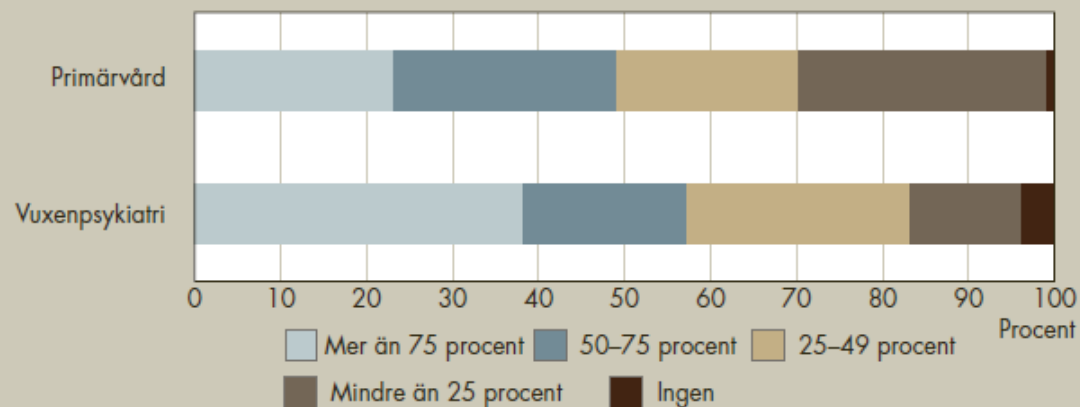


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Många verksamheter bedömer inte beroendeproblematik

Diagram 25. Bedömning av beroendeproblematik - vuxna

Andelen primärvårdsmottagningar respektive verksamheter inom specialiserad psykiatri efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad bedömning av en eventuell beroendeproblematik.



Svarsfrekvens: 152 av 534 primärvårdsmottagningar (28%)

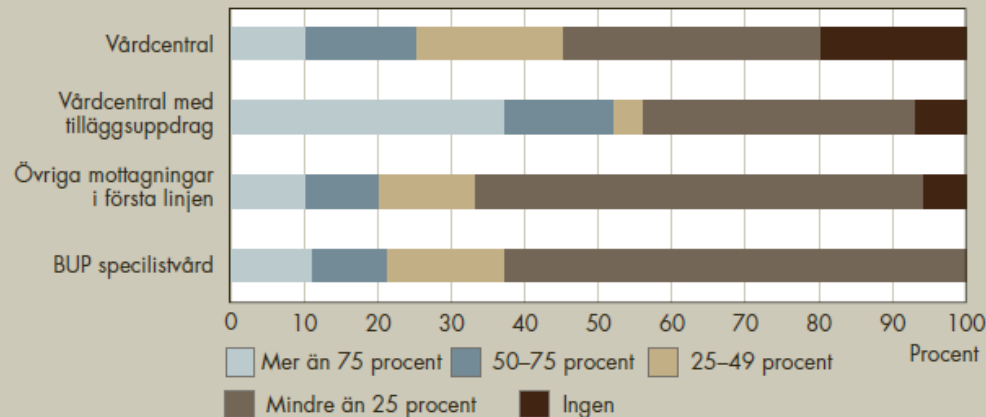
47 av 83 verksamheter inom specialiserad psykiatri (57%)

Källa: Socialstyrelsens enkät primärvårdsmottagningar respektive vuxenpsykiatri, 2018.

Verksamheter som arbetar med ungdomar tar inte heller upp beroendeproblematik

Diagram 26. Bedömning av beroendeproblematik - ungdomar

Andelen mottagningar i första linjen respektive BUP efter i vilken utsträckning ungdomar i åldern 13–17 år med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik.



Svarsfrekvens: 78 av 163 första linjen (48%)
19 av 43 BUP (44%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen respektive BUP, 2018.

Ett mer aktivt suicidförebyggande arbete



Ett mer aktivt suicid-förebyggande arbete

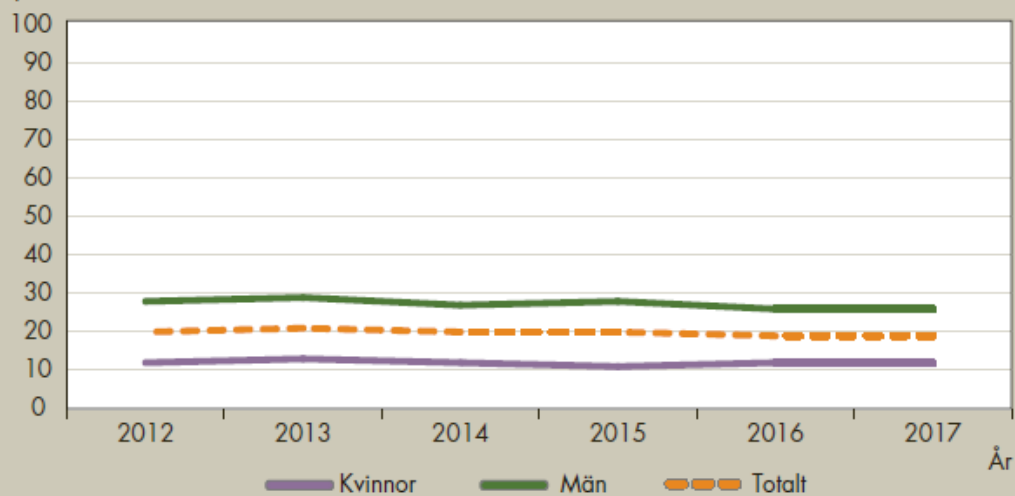
- Vid både depression och ångestsyndrom finns det en ökad risk för såväl suicidtankar och suicidförsök som för suicid. Suicidtankar och suicidförsök är vanligare bland yngre personer medan äldre har högst antal suicid.
- Det är viktigt att hälso- och sjukvården bedömer suicidrisk vid vård av personer med depression och ångestsyndrom i samband med diagnostiseringen och under pågående behandling.
- Grunden för suicidriskbedömningen är en klinisk bedömning av patienten. Den kliniska bedömningen utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid, såsom psykiatrisk diagnos, missbruk och/eller tidigare suicidförsök. I kartläggningen ingår också att identifiera om personen har suicidtankar eller suicidplaner.

Ingen ökning av antalet suicid

Diagram 27. Suicid och dödsfall med oklar avsikt

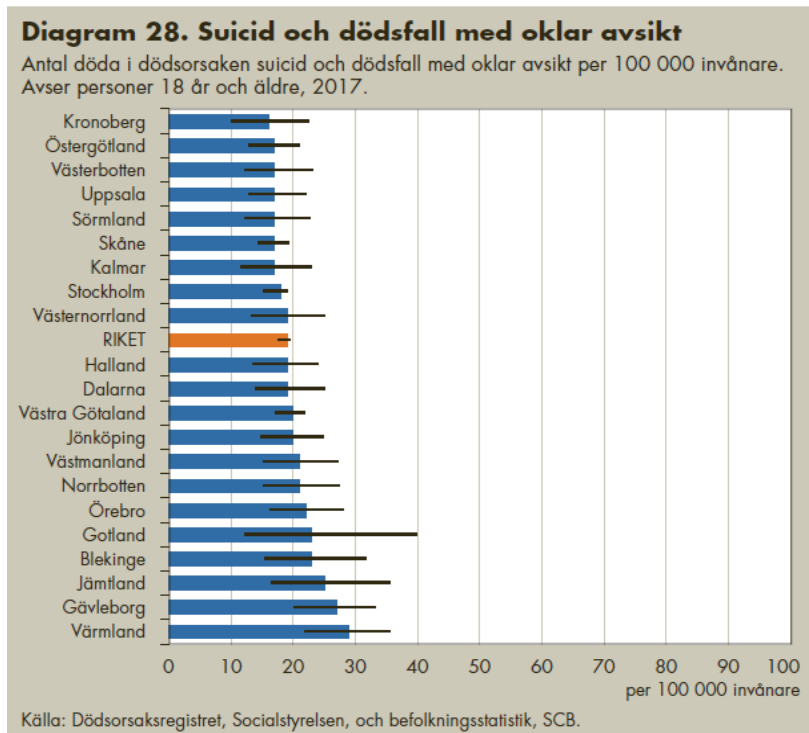
Antal döda i dödsorsaken suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Avser personer 18 år och äldre.

per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, och befolkningsstatistik, SCB

Döda i suicid efter region

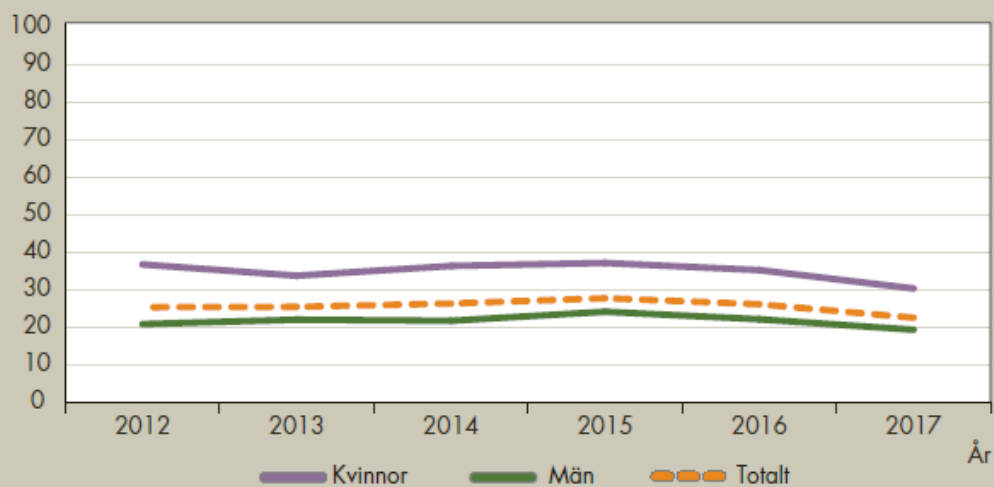


Majoriteten har inte haft kontakt med psykiatri

Diagram 29. Kontakt med psykiatri innan suicid

Andelen personer med depression eller ångestsyndrom som har haft kontakt med psykiatri inom 12 månader innan fullbordat suicid. Avser personer 18 år och äldre.

Procent



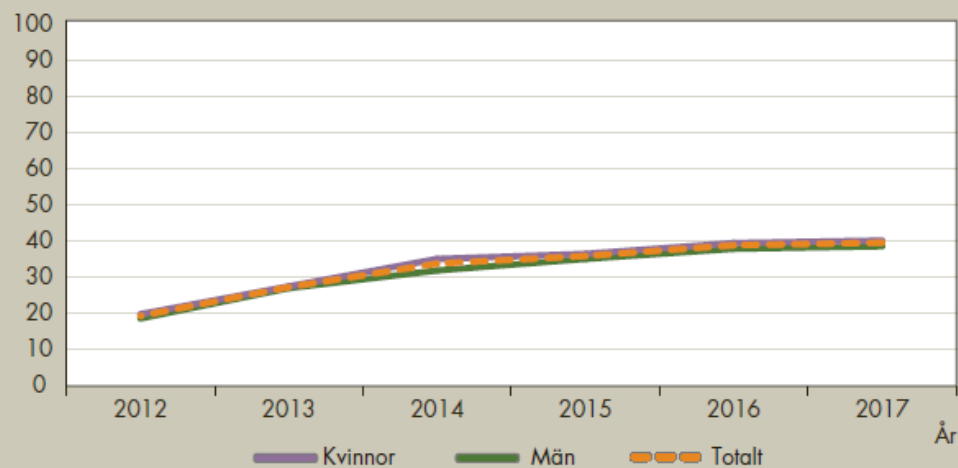
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Fler suicidriskbedömningar efter suicidförsök än tidigare

Diagram 30. Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk efter suicidförsök eller annan självtillfogad skada

Andelen personer som fått en suicidriskbedömning av en läkare inom 7 dagar efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök. Avser personer 18 år och äldre.

Procent

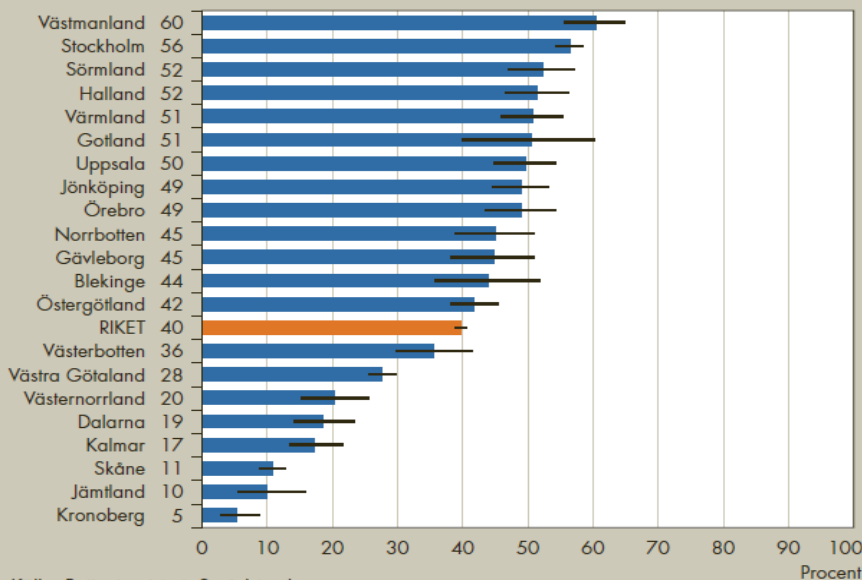


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Suicidriskbedömning efter suicidförsök

Diagram 31. Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk efter suicidförsök eller annan självvillfogad skada

Andelen personer som fått en suicidriskbedömning av en läkare inom 7 dagar efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök, 2017. Avser personer 18 år och äldre.

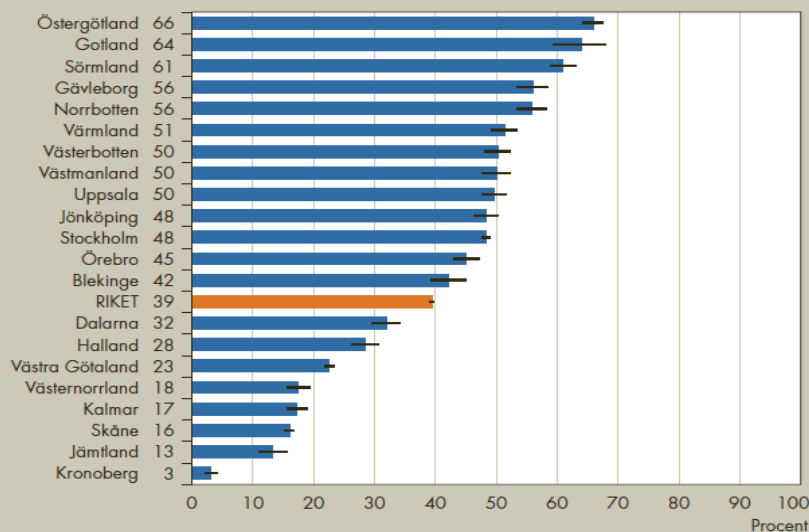


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Suicidriskbedömning vid diagnostisering

Diagram 32. Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk

Andelen personer med nydiagnostiserad* depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering (inom 30 dagar efter diagnos) har genomgått dokumenterad strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk, 2017. Avser personer 18 år och äldre.



*Nydiagnostiserad innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression eller ångestsyndrom de närmaste två föregående åren.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Fortsätta utvecklingen av psykopedagogiska insatser



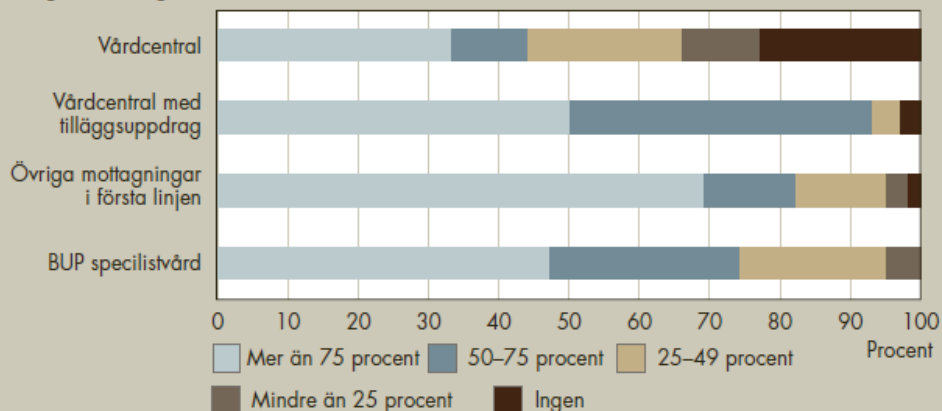
Fortsätta utvecklingen av psykopedagogiska insatser

- Depressiva och ångestrelaterade symtom – såsom nedstämdhet, irritabilitet, minskad lust, minskat intresse och nedsatt ork – kan leda till att barnet eller ungdomen drar sig tillbaka och minskar sin aktivitetsnivå. Många barn och ungdomar med depression har även sömnproblem eller minskad aptit, vilket i sin tur påverkar orken negativt. Detta kan leda till att den unga tappar rutiner för mat, sömn och fysisk aktivitet.
- I de nationella riktlinjerna rekommenderas att barn och ungdomar bör erbjudas psykopedagogiska insatser med fokus på depression eller ångestsyndrom som första åtgärd. Dessa är inriktade på både barnet eller ungdomen och dennes närstående. Insatsen är ett första steg i en behandlingstrappa och innebär att vården målmedvetet arbetar med att öka förståelsen för hur depressiva och ångestrelaterade symtom uppstår och förstärks samt hur dessa påverkar vardagen och familjen.

De flesta verksamheter erbjuder psykopedagogiska insatser

Diagram 33. Psykopedagogiska insatser – barn och ungdomar

Andelen mottagningar inom första linjen respektive BUP efter i vilken utsträckning barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom får en psykopedagogiska insatser med fokus på depression respektive ångestsyndrom, som första åtgärd efter diagnostisering.



Svarsfrekvens: 78 av 163 första linjen (48%)
19 av 43 BUP (44%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen respektive BUP, 2018.

Öka tillgången till psykologisk behandling



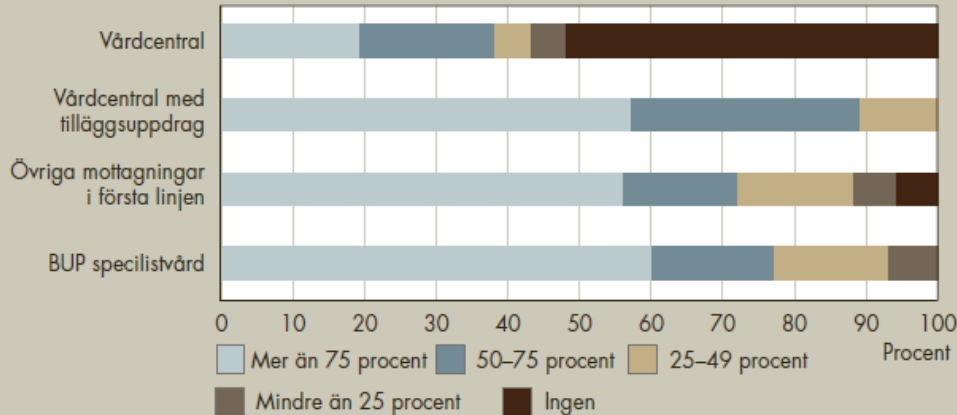
Öka tillgången till psykologisk behandling

- I de nationella riktlinjerna rekommenderas olika psykologiska behandlingar. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en strukturerad form av psykoterapi som fokuserar på att hjälpa personen att förändra eller hitta alternativa sätt att tänka och handla i olika situationer. Detta sker genom att lära personen att känna igen och hantera sina känslor.
- För personer med depression behöver valet mellan KBT, IPT, PDT och antidepressiv läkemedelsbehandling anpassas till hur svår depressionen är och ske i samråd med patienten och närstående. I de nationella riktlinjerna har man prioriterat psykologisk behandling med KBT före IPT och PDT. För de flesta specifika ångestsyndrom är KBT standardbehandling.

Verksamheterna anger att många barn och ungdomar får psykologisk behandling

Diagram 34. Psykologisk behandling – barn och ungdomar

Andelen mottagningar i första linjen respektive BUP efter i vilken utsträckning barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom får psykologisk behandling med KBT, IPT eller korttids-PDT.



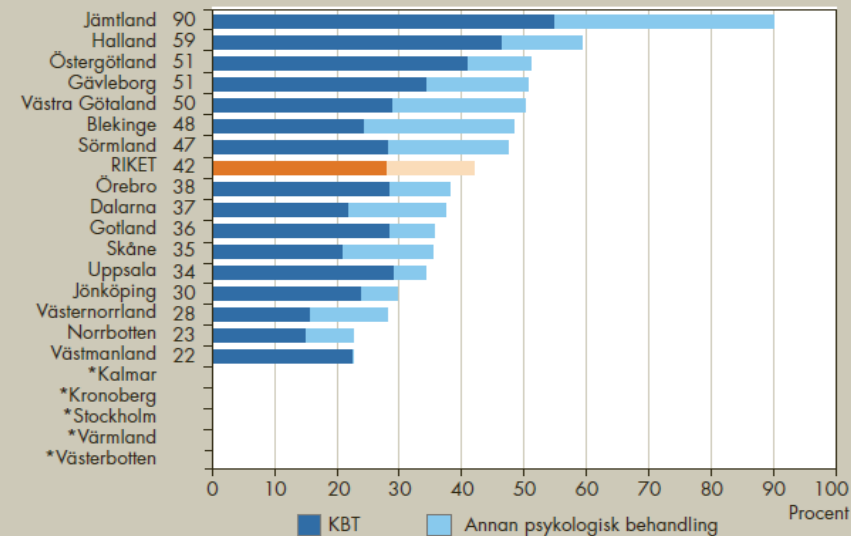
Svarsfrekvens: 81 av 163 första linjen (50%)
20 av 43 BUP (47%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen respektive BUP, 2018.

Psykologisk behandling till barn och ungdomar enl registerdata

Diagram 35. Någon psykologisk behandling – barn- och ungdomspsykiatri

Andelen patienter med depression eller ångestsyndrom inom barn- och ungdomspsykiatri, som fått KBT eller annan dokumenterad psykologisk behandling, 2017.



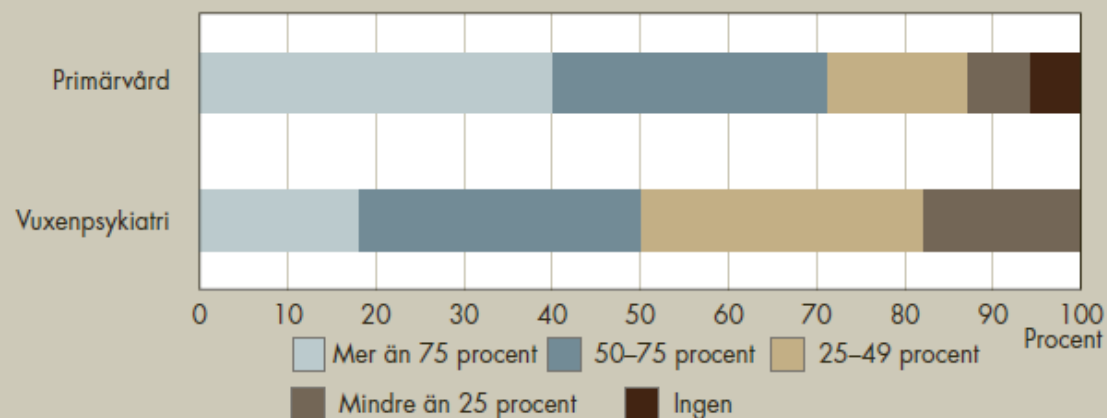
*Uppgift saknas.

Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen, 2018.

Hälften av de vuxna patienterna uppges få psykologisk behandling

Diagram 36. Psykologisk behandling - vuxna

Andelen mottagningar inom primärvård respektive specialiserad psykiatri efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom har fått KBT, IPT eller korttids-PDT.

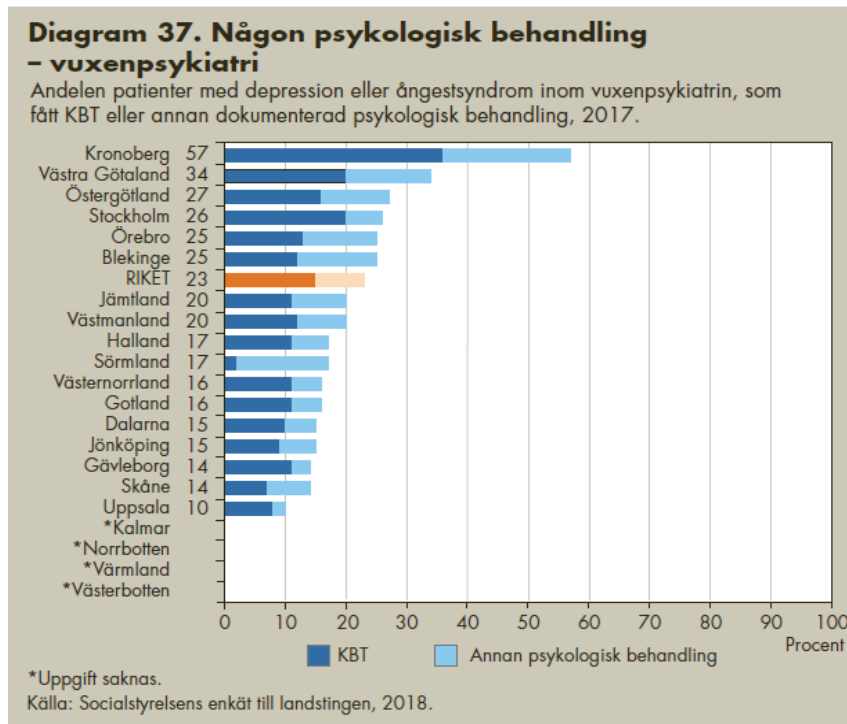


Svarsfrekvens: 131 av 534 primärvårdsmottagningar (25%)

42 av 83 verksamheter inom specialiserad psykiatri (51%)

Källa: Socialstyrelsens enkät primärvårdsmottagningar respektive vuxenpsykiatri, 2018.

Även registerdata om vuxna ger en annan bild



Minska förskrivningen av bensodiazepiner



Minska förskrivningen av bensodiazepiner

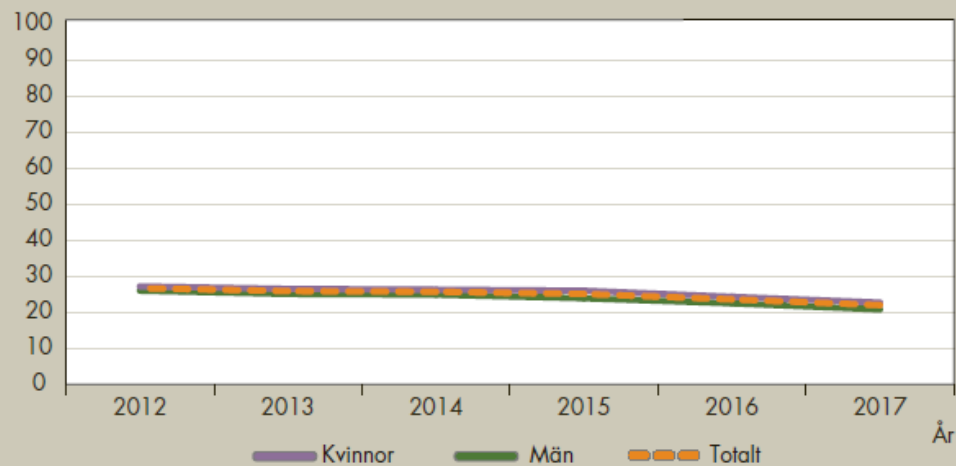
- För att dämpa symtom av stark oro eller ångest är det vanligt att behandla med läkemedel som har en lugnande effekt, såsom bensodiazepiner. Tillfällig behandling med bensodiazepiner har ofta god effekt på dessa symtom, men samtidigt finns det vid längre tids behandling risk för betydande biverkningar i form av tolerans och beroende.
- Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården inte erbjuda behandling med bensodiazepiner till personer med ångestsyndrom. Det finns andra effektiva behandlingar som bör övervägas i stället, såsom psykologisk behandling eller behandling med antidepressiva läkemedel.

Färre behandlas med bensodiazepiner

Diagram 38. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

Andelen personer med ångestsyndrom som fått läkemedelsbehandling (minst två uttag) med bensodiazepiner, 2012–2017. Avser personer 18 år och äldre.

Procent

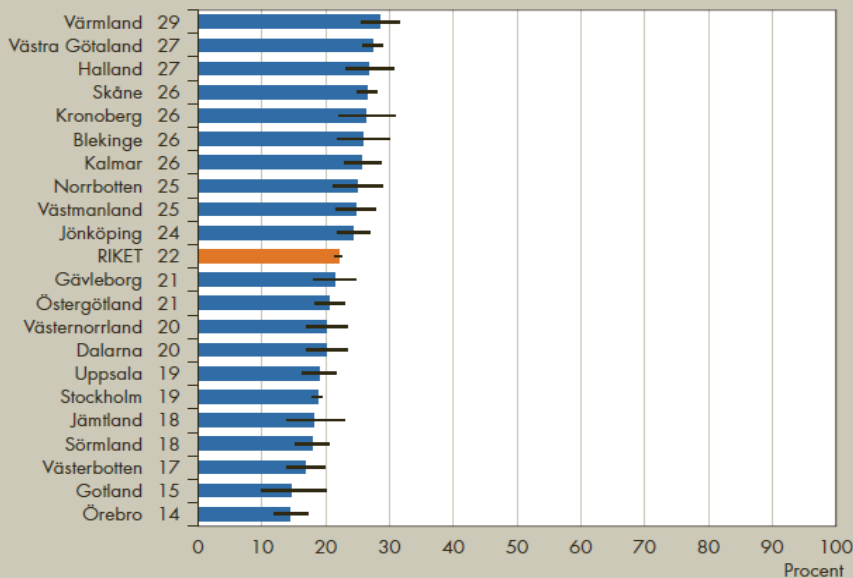


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Stora skillnader mellan regioner

Diagram 39. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

Andelen personer med ångestsyndrom som fått läkemedelsbehandling (minst två uttag) med bensodiazepiner, 2017. Avser personer 18 år och äldre.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Andra områden som ingår i utvärderingen

- **Vårdsamordnare**
- **Läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom**
- **Behandling med ECT**
- **Fysisk aktivitet**
- **Uppföljning av behandlingen**
- **Öppenvård efter utskrivning**
- **Samverkan**

På Socialstyrelsens webbsida kan du läsa mer samt beställa och ladda ner samtliga dokument som hör till utvärderingen:

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2019/2019-5-12/>

**Mer information finns på:
www.socialstyrelsen.se**