

Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom

Huvudrapport med förbättringsområden



2019

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019

Vård vid depression och ångestsyndrom

Huvudrapport med förbättringsområden

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 978-91-7555-495-2

Artikelnummer 2019-5-12

Foto Johner/Linda Otterstedt

Sättning Åtta.45 Tryckeri AB

Tryck Åtta.45 Tryckeri AB, maj 2019



Svanenmärkt trycksak, 3041 0001

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en utvärdering av vården för personer med depression eller ångestsyndrom. Utgångspunkten för utvärderingen har varit de centrala rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, från 2010 respektive 2017. Socialstyrelsen publicerade en liknande utvärdering 2013, där ett antal förbättringsområden för vården och omsorgen lyftes fram. I denna rapport följer vi även upp vad som har hänt inom dessa områden.

Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019 – Vård vid depression och ångestsyndrom. Underlagsrapport* innehåller samtliga resultat samt en utförlig beskrivning av metoden. Denna huvudrapport, som är en sammanfattning av ovanstående rapport, innehåller dessutom de förbättringsområden som Socialstyrelsen har identifierat.

Denna rapport vänder sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Den kan även vara till nytta för patient- och brukarföreningar samt berörda yrkesgrupper inom vården och socialtjänsten.

Projektledare för utvärderingen har varit Riitta Sorsa. Övriga projektmedarbetare som har bidragit till rapporten är Vera Gustafsson, Peter Salmi och Mikaela Svensson. Externa experter har varit Tobias Edbom, Kersti Ejeby, Lars von Knorring, Cecilia Svanborg och Irene Svenningsson.

Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bättre datakällor för att kunna följa upp området.....	9
Ny utvärdering inom några år	9
Inledning	10
Syfte och avgränsningar.....	10
Intressenter	11
Samverkan och kommunikation.....	12
Metod.....	12
Nationella målnivåer för vård vid depression och ångestsyndrom.....	13
Vad är depression och ångestsyndrom?	14
Depression	14
Ångestsyndrom	15
Den psykiska ohälsan hos unga ökar	19
Förbättringsområden för regionerna	28
Utveckla förebyggande och tidiga insatser	29
Öka tillgängligheten till första bedömning och behandling.....	35
Bättre struktur i samband med diagnostisering.....	43
Uppmärksamma den somatiska sjukligheten.....	49
Uppmärksamma och behandla beroendeproblematik	59
Ett mer aktivt suicidförebyggande arbete	63
Fortsätta utvecklingen av psykopedagogiska insatser	73
Öka tillgången till psykologisk behandling	77
Minska förskrivningen av bensodiazepiner	86
Öka stödet till närstående.....	90
Andra områden som ingår i utvärderingen	93

Referenser	95
Bilaga 1. Projektorganisation	97
Projektledning	97
Expertstöd	97
Övriga projektmedarbetare	97
Bilaga 2. Beskrivning av de rekommenderade psykologiska behandlingarna	99

Sammanfattning

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Mer än var tredje kvinna och nästan var fjärde man insjuknar någon gång i livet i en depression medan en fjärdedel av befolkningen någon gång drabbas av ett ångestsyndrom som är två till tre gånger så vanligt hos kvinnor jämfört med män.

Många personer som drabbas av depression eller ångestsyndrom, är i arbetsför ålder. Diagnoser inom depressions- och ångestområdet (inklusive anpassningssvårigheter och reaktion på svår stress) orsakar drygt 40 procent av alla sjukskrivningar.

Socialstyrelsen har genomfört en utvärdering av vården vid depression och ångestsyndrom med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna. Utvärderingen visar att antalet barn och ungdomar som vårdas inom psykiatri på grund av depression eller ångestsyndrom har ökat under de senaste tio åren. Som en konsekvens av detta har även förskrivningen av antidepressiva läkemedel gått upp, även om andelen barn och ungdomar som behandlas med läkemedel inte har förändrats. Den psykiska ohälsan är ofta långvarig, 30 procent av de unga som nydiagnostiserades med depression eller ångestsyndrom år 2008 var fortfarande i behov av psykiatrisk vård tio år senare. Mer än hälften av dem som påbörjade läkemedelsbehandling stod också kvar på behandlingen.

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

Detta förhållande innebär att den ökande psykiska ohälsan kommer att få konsekvenser även i framtiden, då fler personer kommer att vara i behov av vård och stå utanför arbetsmarknaden. För att bryta den negativa utvecklingen är det angeläget att samhället sätter in åtgärder på flera olika nivåer – både när det gäller att främja psykisk hälsa och att identifiera och tidigt diagnostisera depression och ångestsyndrom för att kunna erbjuda adekvat stöd och behandling i rätt tid.

Det behövs också en fortsatt utbyggnad av första linjens vård till barn och unga. I dagsläget ser både organisationen och uppdragen för första linjen väldigt olika ut, där de regioner som har byggt upp en väl fungerande struktur bör kunna fungera som en förebild för andra delar av landet.

I dagsläget är väntetiderna långa – både till första linjens vård och till barn- och ungdomspsykiatri. En förutsättning för att kunna möta de växande behoven är både en fortsatt utveckling av första linjen, en väl fungerande samverkan mellan första linjen och barn- och ungdomspsykiatri och att det finns personal med relevant kompetens. Framtida personalförsörjning är därför en central fråga.

Det finns även brister när det gäller vården till vuxna personer med depression och ångestsyndrom. En snabb och korrekt diagnostisering är en förutsättning för en god vård, så här behöver den diagnostiska processen förbättras. Till exempel behöver fler verksamheter använda strukturerade bedömningsinstrument, genomföra somatiska undersökningar samt uppmärksamma eventuell beroendeproblematik och genomföra suicidriskbedömning i samband med diagnostisering. Resultaten tyder också på att tillgången till psykologisk behandling är ojämnt fördelad över landet och på att behoven inte kan tillgodoses på alla håll.

Sammanfattningsvis har Socialstyrelsen identifierat följande 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.

Bättre datakällor för att kunna följa upp området

Utvärderingen visar att det saknas heltäckande data som beskriver centrala aspekter av vården, till exempel andelen som får tillgång till psykologisk behandling. Jämfört med många andra områden är dessutom möjligheterna till uppföljning ytterst begränsade. Socialstyrelsen menar att det är angeläget att förbättra möjligheterna till uppföljning genom att:

- fler verksamheter – både inom primärvård och specialiserad vård – ansluter sig till och registrerar i de kvalitetsregister som finns inom området, till exempel nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri (Q- bup) och nationellt kvalitetsregister för internetbaserad psykologisk behandling (SibeR)
- berörda verksamheter påbörjar arbetet med att dokumentera insatser från andra yrkeskategorier än läkare i Socialstyrelsens patientregister, så snart det finns praktiska förutsättningar att göra detta
- det sker en fortsatt utveckling av Socialstyrelsens register, till exempel genom att hälsodataregistren ges lagligt stöd att utökas till att även omfatta de insatser som ges inom primärvården
- regionerna förbättrar den egna verksamhetsuppföljningen.

Ny utvärdering inom några år

Inom några år planerar Socialstyrelsen att utvärdera vården för personer med depression och ångestsyndrom på nytt, för att se hur vården har utvecklats över tid. Förhoppningen är att datakällorna då har förbättrats, så att det är möjligt att göra en mer heltäckande utvärdering.

Inledning

Socialstyrelsen följer upp, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten använder begreppet god vård och omsorg för att beskriva de egenskaper som en god vård respektive socialtjänst ska innehålla. God vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg. Detta arbete innebär bland annat dels att ta fram nationella riktlinjer, indikatorer och målnivåer, dels att genomföra utvärderingar av vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper.

År 2013 publicerade Socialstyrelsen en utvärdering av vården och insatserna för personer med depression, ångestsyndrom eller schizofreni, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna inom området från 2010 [1]. I utvärderingen lyftes det fram ett antal förbättringsområden som landstingen och kommunerna uppmanades att arbeta vidare med. Dessa förbättringsområden, tillsammans med Socialstyrelsens reviderade riktlinjer från 2017 [2], utgör utgångspunkten för denna utvärdering. Eftersom utvärderingen 2013 omfattade flera patientgrupper och delvis hade ett annat angreppssätt än denna utvärdering är dock möjligheterna att göra jämförelser över tid relativt begränsade.

Syfte och avgränsningar

Utvärderingens syfte

Rapporten är en utvärdering av regionernas strukturer, processer och resultat för vård vid depression och ångestsyndrom. Syftet med rapporten är att öppet jämföra och utvärdera hälso- och sjukvården utifrån följande frågor:

- Bedrivs hälso- och sjukvården i enlighet med de nationella riktlinjerna?

- Har regionerna utvecklat vården inom de förbättringsområden som lyftes fram i utvärderingen 2013?
- Bedrivs vården vid depression och ångestsyndrom i enlighet med de sex kriterierna för en god vård och omsorg – det vill säga är vården kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig?

Utvärderingens avgränsningar

Utvärderingen omfattar i första hand de områden som ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom. Detta innebär att riktlinjernas avgränsningar även påverkar avgränsningarna av utvärderingen. Åtgärder vid bipolär sjukdom ingår inte i de nationella riktlinjerna och därmed inte heller i denna utvärdering.

Frågeställningar som ingår i andra nationella riktlinjer – till exempel för schizofreni [3] eller för missbruk [4] – ingår inte i riktlinjerna för depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen kommer att genomföra separata utvärderingar av följsamheten till dessa riktlinjer, vilket gör att dessa områden inte ingår i denna utvärdering.

Ohälsosamma levnadsvanor – exempelvis i form av otillräcklig fysisk aktivitet, rökning eller riskbruk av alkohol – är en viktig faktor vid såväl depression som ångestsyndrom. Rekommendationer för att stödja personer med ohälsosamma levnadsvanor finns i Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [5].

Inom Socialstyrelsen pågår även andra uppdrag inom psykiatriområdet. Exempelvis har Socialstyrelsen fått ett uppdrag av regeringen att ta fram en kartläggning angående faktorer bakom regionala skillnader i diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd samt se över behovet av nya kunskapsstöd [6]. Det pågår även ett uppdrag i syfte att kartlägga omhändertagandet vid samsjuklighet med psykisk ohälsa och beroendeproblematik, där det ingår att föreslå åtgärder vid sådan problematik [7].

Intressenter

Denna rapport riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom regioner respektive kommunerna. Den kan även vara till nytta för andra intressenter,

såsom patient- och brukarföreningar samt berörda yrkesgrupper inom vården och socialtjänsten. Ytterligare en avsikt är att rapporten ska vara ett stöd för den offentliga debatten om vården och omsorgen angående vården vid depression och ångestsyndrom.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en arbetsgrupp som består av utredare på Socialstyrelsen och externa experter. Arbetsgruppen har samverkat med ansvariga för Kvalitetsregistret ECT och kvalitetsregister för internet-baserad psykologisk behandling (SibeR).

Vi har gett information om utvärderingens upplägg och genomförande till företrädare för Uppdrag Psykisk Hälsa vid Sveriges kommuner och landsting (SKL) samt den nationella arbetsgruppen för depression och ångest. Vi har även informerat ett flertal professionsföreningar och patientföreningar.

Hela projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

Metod

Förutsättningar för uppföljning

Det är svårt att utvärdera vården och omsorgen för personer med depression och ångestsyndrom eftersom det saknas heltäckande kvalitetsregister eller andra datakällor på nationell nivå. I utvärderingen från 2013 lyftes behovet av att utveckla datakällorna fram som ett viktigt förbättringsområde. Socialstyrelsen betonade då att det behövdes en utveckling av registerdata, så att dessa beskriver innehållet och kvaliteten på de vårdinsatser som ges.

Trots att det har vidtagits flera åtgärder under det senaste decenniet för att öka tillgången till data, till exempel genom en nationell satsning på kvalitetsregister, saknas fortfarande heltäckande datakällor för att utvärdera vården. Detta gör att vi har använt oss av flera olika datakällor i utvärderingen, bland annat olika kvalitetsregister, Socialstyrelsens hälsodataregister samt olika enkätundersökningar.

Datakällor

I utvärderingen har Socialstyrelsen hämtat uppgifter från patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, som alla ad-

ministreras 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 rättspsykiatrin)
- enkät till regioner – uppgifter om aggregerade data från regionernas patientadministrativa system.

Nationella målnivåer för vård vid depression och ångestsyndrom

Socialstyrelsen har fastställt nationella målnivåer för vård vid depression och ångestsyndrom [8]. 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.

Vad är depression och ångestsyndrom?

Såväl vid ångestsyndrom som vid depression förekommer både ångestsymtom och depressiva symtom. För att kunna diagnostisera *depression* respektive *ångestsyndrom* finns därför speciella kriterier, vilka förtydligas i kommande avsnitt.

Depression definieras som ett tillstånd som varat i mer än två veckor, där framträdande symtom är nedstämdhet, nedsatt energi, förlust av intresse eller nöje av att göra aktiviteter som tidigare gett tillfredsställelse. Andra symtom som kan ingå är förlust av självtil- lit, skam och skuld känslor, tankar på döden eller suicid, svårighet att tänka eller obeslutsamhet, sömnsvårigheter och aptitförändring.

För att få diagnosen depression ska personen inte tidigare ha haft maniska symtom. Depressionsperioder ingår även i sjukdomsbilden vid bipolär sjukdom, men denna typ av depression innefattas inte här. *Egentlig depression* är den kliniska benämningen på en depres- sion som uppfyller diagnoskriterierna. För att ställa diagnosen *lindrig* egentlig depression krävs ett mindre antal symtom, medan det för *medelsvår* respektive *svår* egentlig depression krävs ett flertal sym- tom.

Det är här viktigt att skilja på ångest som ett *symtom* på något annat och på specifika, definierade *ångestsyndrom*. Ångestsyndrom innebär en återkommande svårhanterlig rädsla eller oro i vissa situa- tioner eller i förhållande till vissa företeelser. Vid ångestsyndrom är ångesten svår, vilket leder till inskränkningar i det dagliga livet och annan funktionsnedsättning.

Depression

Egentlig depression

De vanligaste symtomen vid egentlig depression är nedstämdhet, sömnstörning, aptitförändring, brist på energi, koncentrationssvårig- heter, pessimistiska tankar samt döds- eller suicidtankar. Hos barn och ungdomar med depression är det vanligt med nedstämdhet eller

irritabilitet och minskad lust och intresse för aktiviteter som normalt upplevs som lustfyllda.

Diagnosen egentlig depression sätts inte förrän tillståndet varat i minst två veckor. Många depressioner går över spontant, men de kan även vara långdragna och dessutom är det stor risk för återkommande depressioner.

Egentlig depression brukar delas in i tre nivåer: lindrig, medelsvår och svår. Respektive nivå specificeras nedan.

Lindrig egentlig depression

Vid en lindrig depression uppfyller personen diagnoskriterierna för egentlig depression, men symtomen är få och relativt milda och depressionen har oftast en liten påverkan på personens funktion i vardagslivet. Funktionen och livskvaliteten kan vara nedsatt, men personen klarar i allmänhet att utföra både 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, vilket medför att personen har stora svårigheter att klara vardagslivet – vilket i sin tur påverkar livskvaliteten i större utsträckning. En person med medelsvår depression som inte ges adekvat behandling löper risk att successivt försämras och därmed få ytterligare nedsättning av sin funktionsförmåga. 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 personen även ha psykotiska symtom, såsom vanföreställningar eller hallucinationer.

Ångestsyndrom

Ångestsyndrom är en grupp psykiska störningar med huvudsymtomet rädsla och ångest med en viss varaktighet och intensitet. Ångest är vanligtvis av både fysisk och psykisk karaktär och innebär en inten-

siv oro och känsla av olust eller osäkerhet kopplad till en förväntad fara eller olycka. 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 besvärerna 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 (PTSD).

Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

Personer med generaliserat ångestsyndrom (GAD) har mer eller mindre konstant oro och ångest inför flera olika situationer och aspekter i sitt liv – ofta gällande vardagliga situationer eller händelser – och har samtidigt svårt att kontrollera sin oro och ångslan. Besvärerna är ofta långvariga och orsakar svårigheter med att sköta arbete eller skola samt med att fungera socialt. Den svårhanterliga oron kan ge katastroftankar, som i sin tur leder till spänningar, sömnstörningar och fysiska smärtor, vilket både vården och den drabbade felaktigt kan tolka som kroppsliga sjukdomar i stället för symtom för GAD.

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

Tvångssyndrom (OCD)

Personer med tvångssyndrom eller OCD (från engelskans ”obsessive compulsive disorder”) störs av ofrivilliga tvångstankar, vilket ger upphov till ångest och obehagliga känslor. För att minska ångesten och de obehagliga känslorna utför den drabbade personen tvångshandlingar i form av ritualer för att hjälpa till att lindra obehaget.

Trots att personen förstår orimligheten i sina tankar och handlingar har de svårt att låta bli sina ritualer och hålla borta tankarna. På kort sikt kan tvångshandlingarna minska obehaget, men på lång sikt gör utförandet att tankarna återkommer allt oftare. Beteendet kan därmed leda till en ond, nedåtgående spiral som personen har svårt att bryta på egen hand. Detta leder ibland till att dessa personer utvecklar

långvariga och plågsamma symtom som ger kraftig inskränkning i det dagliga livet.

Barn och ungdomar med tvångssyndrom får ofta med sig föräldrarna i olika ritualer som ofta kräver långtgående anpassning till deras tvångshandlingar. Dessutom har barn med tvångssyndrom ofta flera samtida problem eller tillstånd som kan kräva egna åtgärder, till exempel inlärningsproblem eller samsjuklighet med neuropsykiatriska diagnoser som adhd, annat ångestsyndrom, Tourettes syndrom eller tics.

Paniksyndrom

Paniksyndrom innebär dels återkommande panikattacker, dels kontinuerlig oro för nya panikattacker. En panikattack är en avgränsad, hastigt påkommande attack av intensiv rädsla, skräck eller fruktan. Panikattacker tar sig uttryck i olika typer av symtom, såsom yrsel, hjärtklappning, obehagskänsla i bröstet, svimningsattacker eller svårigheter att andas.

Symtomen misstolkas ofta av den drabbade personen som en kroppslig sjukdom. En vanlig konsekvens av en panikattack är att personen börjar undvika vissa situationer eller platser på grund av rädsla att drabbas av panikattacker. Paniksyndrom kan dock förekomma såväl med som utan ett sådant undvikande beteende.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

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

Posttraumatiskt stressyndrom är kopplat till ett återupplevande av den traumatiska händelsen, ett undvikande av sådana situationer eller sinnesintryck som påminner om traumat samt av överspändhet eller lättskrämdhet. De negativa förändringarna i personens tankar och sinnesstämning leder i sin tur till en nedsatt funktionsförmåga med problem att klara exempelvis arbete, studier, relationer och vardagliga aktiviteter.

De flesta personer som varit med om traumatiska händelser har dock övergående symtom och utvecklar därmed inte posttraumatiskt stressyndrom. Det är ungefär 10 procent av personerna i en traumatiserad population som utvecklar posttraumatiskt stressyndrom.

Social fobi

Personer med social fobi känner ångest i sociala situationer eller 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 att prata inför eller äta tillsammans med andra kan upplevas som ångestframkallande och plågsamma. Genom att undvika andras uppmärksamhet kan personer med social fobi uppleva tillfällig lindring samtidigt som detta beteende bidrar till att vidmakthålla den sociala ångesten.

Barn och ungdomar med social fobi 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 kroppsliga symtom såsom magont eller huvudvärk utöver oron. Under separationen ter sig barnet ledset och håglöst. Separationsångest är den vanligaste orsaken till skolvägran.

Den psykiska ohälsan hos unga ökar

Enligt Folkhälsomyndighetens undersökning ”Skolbarns hälsovanor” har självrapporterade psykosomatiska besvär såsom huvudvärk, nedstämdhet och sömnsvårigheter ökat bland 11-åringar mellan år 2013 och 2018. Bland flickor har andelen med flera psykosomatiska besvär ökat från 29 till 41 procent, medan motsvarande andel bland pojkar har ökat från 20 till 30 procent.

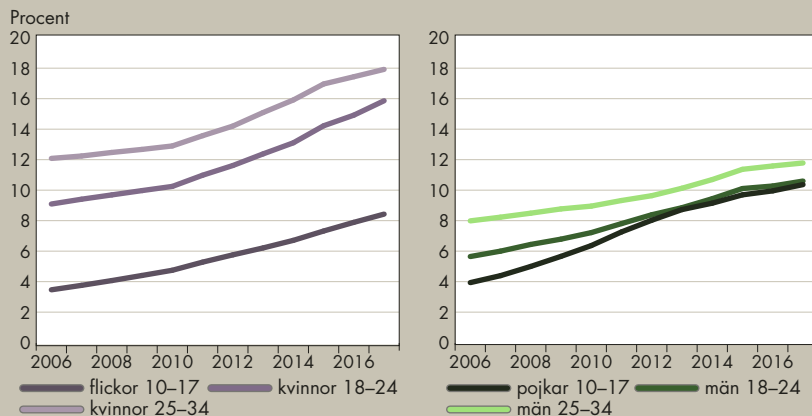
När det gäller 13-åringar och 15-åringar i Sverige har andelen med psykosomatiska besvär ökat kontinuerligt under de senaste decennierna och är i dagsläget hög. För flickor i 13-årsåldern har den andel som uppger att de har haft minst två psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan de senaste sex månaderna ökat från 25 till 50 procent från 1985 till 2018 och motsvarande andel för flickor i 15-årsåldern har ökat från 30 till 60 procent. För pojkar är motsvarande ökning för 13-åringar från 15 till 28 procent och för 15-åringar från 20 till 30 procent under samma tidsperiod [9].

Självrapporterade psykosomatiska besvär kan naturligtvis vara ett uttryck för ”normala” reaktioner på olika livshändelser, men kan också utgöra en indikation på allvarigare problem. Ökningen av den psykiska ohälsan i enkäterna visar sig även i en ökad konsumtion av psykiatrisk vård och läkemedelsförskrivning, vilket talar för att det är en verklig ökning.

Samtidigt som psykisk ohälsa varken minskar eller ökar bland vuxna eller äldre i befolkningen, så ökar den bland unga (se diagram 1 och 2). Det är inte kartlagt vad som ligger bakom ökningen. Däremot vet vi att det är ungdomar i alla grupper som omfattas av ökningen, oavsett psykosocial situation. Det här talar för att de bakomliggande orsakerna kan finnas i miljöer som är gemensamma för de flesta unga [10].

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.

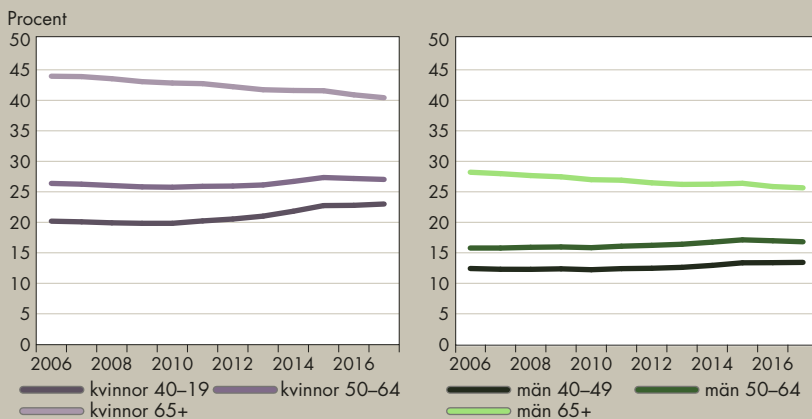


*Vissa personer kan ha vårdats på en psykiatrisk klinik utan att ha fått en diagnos - de har också inkluderats i resultatet.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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.



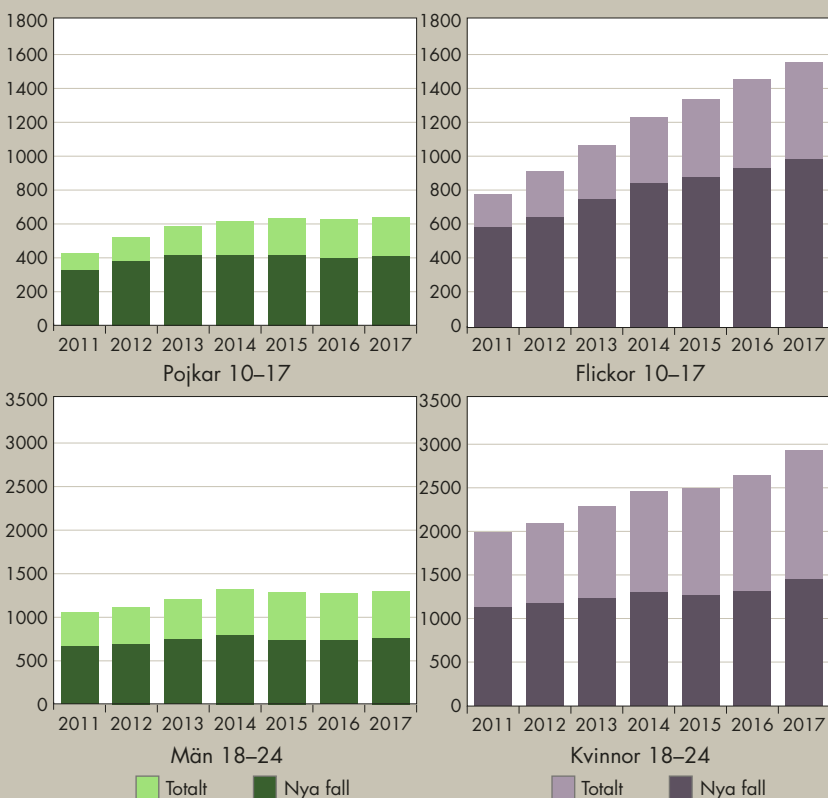
*Vissa personer kan ha vårdats på en psykiatrisk klinik utan att ha fått en diagnos - de har också inkluderats i resultatet.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det är särskilt diagnostiseringen av depressioner och ångestsjukdomar som ökar bland unga [10]. Diagram 3 visar som ett exempel utvecklingen av andelen nya och befintliga fall av diagnostiserade ångestsyndrom inom specialiserad öppenvård eller slutenvård. Mot bakgrund av att de nya fallen ökar, samtidigt som sjukdomsfallen ofta blir långvariga, är det troligt att ångestsyndrom bland unga kommer fortsätta öka den närmaste tiden. Ökningen är mest påfallande bland unga kvinnor – i synnerhet bland flickor mellan 10 och 17 år.

Diagram 3. Utvecklingen av ångestsyndrom

Andelen barn och unga vuxna som vårdats för olika ångestsyndrom (F40-F48 som huvuddiagnos) inom den specialiserade öppen- eller slutenvården, totalt och därav nya fall*, per 100 000 invånare.



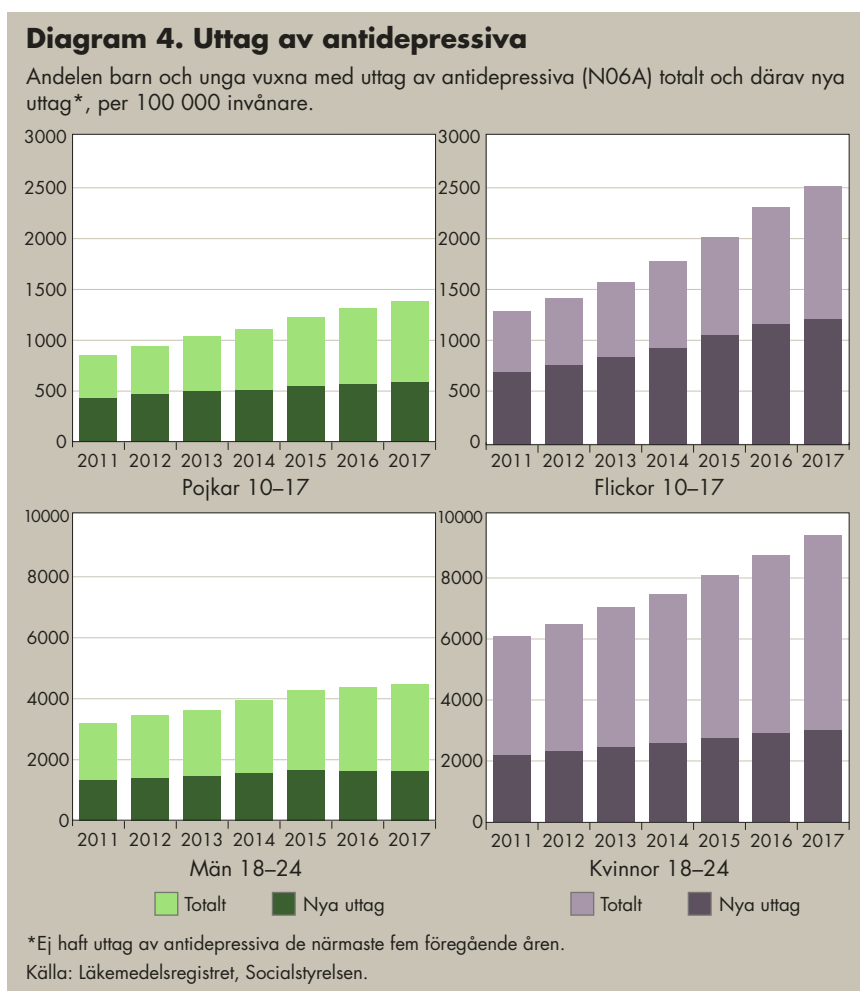
*Ej vårdats för ångestsyndrom de närmaste fem föregående åren.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Allt fler behandlas med antidepressiva läkemedel

Ökningen av psykisk ohälsa bland unga återspeglas även i användningen av psykofarmaka. Diagram 4 redovisar utvecklingen av uttag av antidepressiva läkemedel bland unga under perioden 2011 till 2017.

Eftersom andelen unga som påbörjar en läkemedelsbehandling efter diagnostisering av depressioner eller ångestsyndrom har varit oförändrad under denna tidsperiod, är ökningen av läkemedelsuttag en direkt konsekvens av att allt fler unga har diagnostiserats under tidsperioden [10]. Läkemedelsanvändningen skulle dock eventuellt kunna minska om ungdomar i högre utsträckning får tillgång till psykologisk behandling och den visar sig vara tillräcklig som enda behandling.



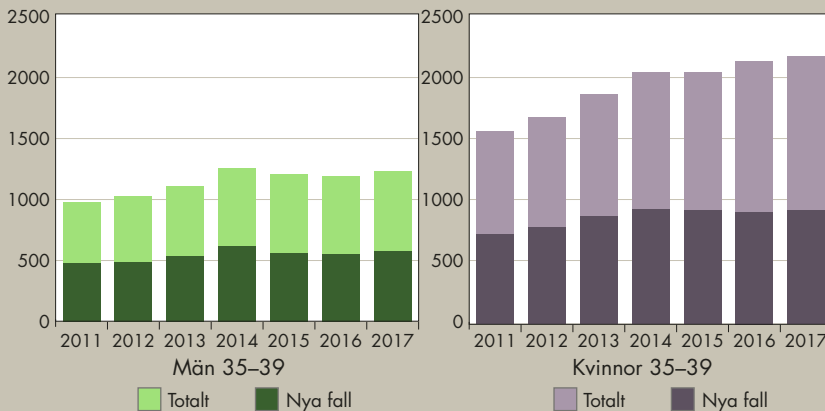
Psykisk ohälsa är ofta långvarig

I samband med att unga med psykisk ohälsa blir äldre kommer en ökad förekomst av psykisk ohälsa sannolikt även att omfatta äldre åldersgrupper i befolkningen. Som diagram 5 och 6 visar är en sådan utveckling redan en realitet.

Ökningen av ångestsyndrom eller uttag av antidepressiva som har skett bland personer i åldersgrupperna 35 till 39 år beror dock inte på att antalet nya fall har ökat. Mer troligt är att denna ökning beror på att yngre personer som tidigare har insjuknat eller påbörjat läkemedelsbehandling nu har blivit äldre.

Diagram 5. Utvecklingen av ångestsyndrom

Andelen vuxna som vårdats för olika ångestsyndrom (F40-F48 som huvuddiagnos) inom den specialiserade öppen- eller slutenvården, totalt och därav nya fall*, per 100 000 invånare.

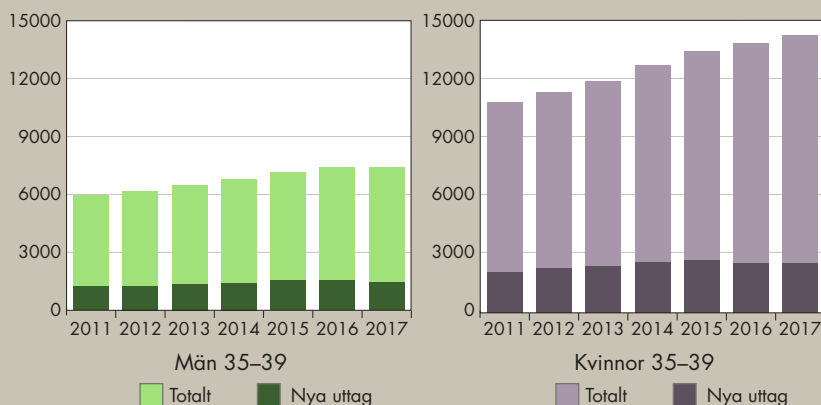


*Ej vårdats för ångestsyndrom de närmaste fem föregående åren.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

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.

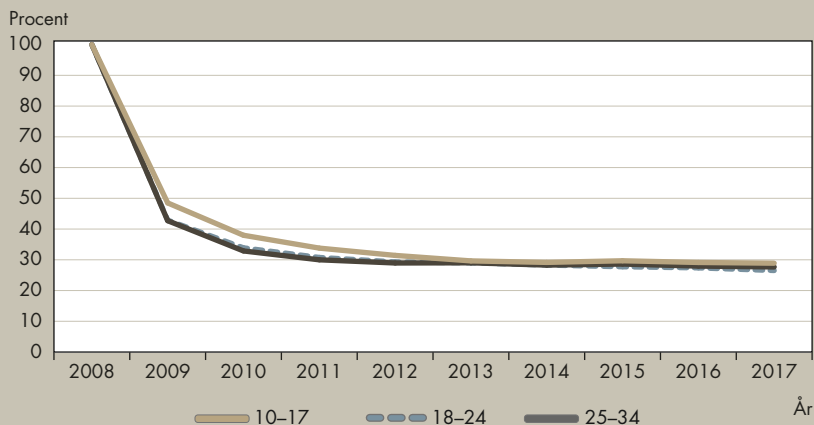
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Parallellt med ökningen av unga som vårdas och behandlas för psykisk sjukdom har även antalet unga som själva rapporterar psykiska besvär ökat. Självrapporterade besvär kan utgöra en indikation på allvarligare problem.

Det finns ett tydligt samband mellan unga som självrappporterar psykiska besvär och ett senare behov bland dessa av specialiserad psykiatrisk vård och läkemedelsbehandling [11]. Av de unga som diagnostiseras med depressioner eller ångestsyndrom blir många långvarigt sjuka. Diagram 7 visar att 30 procent av de unga som nydiagnostiserades med depression eller ångestsjukdom år 2008 fortfarande var i behov av specialiserad vård år 2017. Diagram 8 visar att omkring 50 till 65 procent av de som påbörjade läkemedelsbehandling år 2008 fortfarande använde psykofarmaka år 2017. Tidig psykisk ohälsa kan således ge långvariga konsekvenser gällande både fortsatt vård och läkemedelsbehandling.

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.

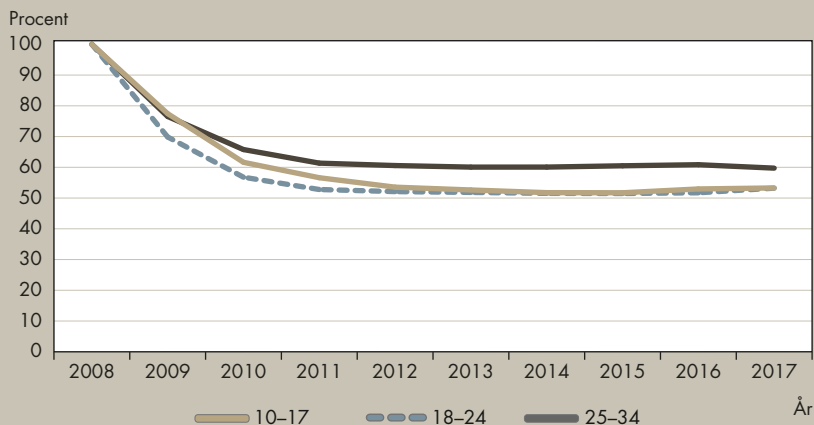


*Ej vårdats för depression eller ångest de närmaste två föregående åren.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 8. Psykofarmaka

Andelen med uttag av psykofarmaka bland personer som 2008 nydiagnostiserades* med depression eller ångest och som fick läkemedel, åren 2008–2017.



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

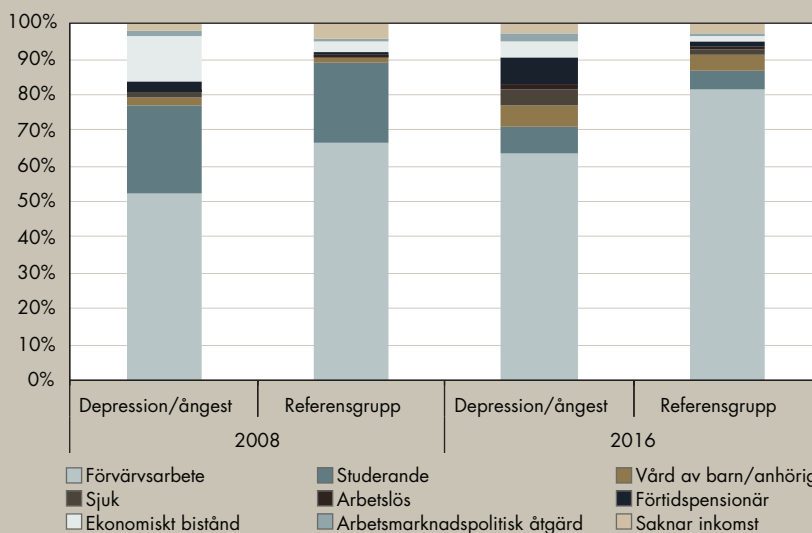
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Färre etablerar sig på arbetsmarknaden

Unga som tidigt diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom får svårare att etablera sig i arbets- och vuxenlivet än övriga unga. Diagram 9 visar att de unga i åldersgruppen 18 till 24 år som nydiagnostiserades med depression eller ångestsyndrom 2008, förvärvsarbetade i lägre utsträckning än övriga unga vid tillfället för insjuknandet och hade någon form av ekonomiskt bistånd i högre utsträckning än övriga unga. Dessutom visade uppföljningen efter åtta år att dessa unga hade sjuk- eller aktivitetsersättning eller sjukpenning i större utsträckning än andra.

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.

Ökat behov av tidiga insatser

Ökningen av psykisk ohälsa bland unga har flera konsekvenser. Den ställer krav på att hälso- och sjukvården kan möta behovet av ett ökande antal unga som behöver hjälp. Ökningen aktualiserar också behovet av att arbeta med tidiga insatser vid psykisk ohälsa, både inom elevhälsan och hälso- och sjukvården, för att förhindra allvarliga och långvariga sjukdomsfall. Unga med psykisk ohälsa har dessutom försämrade möjligheter att etablera sig i arbets- och vuxenlivet, med risk för ytterligare pålagring av svårigheter.

En särskild konsekvens av den ökade psykiska ohälsan bland unga är att förekomsten av psykisk ohälsa ökar i den arbetsföra befolkningen – i samband med att allt fler unga med långvarig psykisk ohälsa blir äldre.

Förbättringsområden för regionerna

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen förbättringsområden riktade till regionerna. Förbättringsområdena gäller de områden där utvärderingen har visat att det finns stora regionala skillnader och där Socialstyrelsen bedömer att vården inte når upp till önskvärd kvalitet. I dessa fall behöver resultaten förbättras.

Tanken är att Socialstyrelsens bedömningar ska kunna stödja huvudmännen och verksamheterna i deras kvalitets- och förbättringsarbete. En fullständig beskrivning av samtliga resultat som ingår i utvärderingen, med tillhörande diagram, finns i underlagsrapporten Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019 – Vård vid depression och ångestsyndrom. Underlagsrapport.

I utvärderingen lyfts följande förbättringsområden fram:

- 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

Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid depression och ångestsyndrom genom att

- tillsammans med andra samhällsaktörer bidra i arbetet med att utveckla förebyggande och tidiga insatser, samt systematiskt utvärdera dessa
- fortsätta att utveckla första linjens vård till barn och ungdomar.

Det har skett en utveckling av första linjen...

Som vi beskrivit i tidigare kapitel har 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 möta dessa behov har många kommuner och regioner de senaste åren arbetat med att bygga upp en så kallad första linje, alltså en psykiatrisk primärvård för unga. Första linjen finns organisatoriskt mellan den generella nivån (de insatser som erbjuds alla barn och unga) och nivån för specialistinsatser, vilket gör att de kan erbjuda vård och stöd till barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Detta är således första linjen för barn och ungas psykiska hälsa.

Första linjen är den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att vara den instans som först tar emot barn och ungdomar – eller familjer som söker hjälp för att ett barn mår dåligt – oavsett om orsakerna till problemet är psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska.

... men organisationen ser olika ut i landet

Första linjen har organiserats på olika sätt i landet. Majoriteten av regionerna har placerat första linjen inom ramen för primärvården och då med vissa tilläggsuppdrag att hantera barn och unga med psykisk ohälsa. I andra regioner är dock första linjens verksamheter organiserade under specialistvården.

I *Stockholm* är vårdval för första linjens insatser till barn och unga

med psykisk ohälsa ett tilläggsuppdrag. De verksamheter som kan ansöka om uppdraget är Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård samt Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning i öppenvård. Tilläggsuppdraget gäller barn och unga mellan 0 och 17 år som har symtom på psykisk ohälsa och som riskerar att drabbas av en psykisk sjukdom. Huvudinriktningen är att insatserna ska ges som korta behandlingsinterventioner. Vårdgivaren ska systematiskt följa upp och utvärdera behandlingsinsatserna samt remittera patienten vidare till en annan vårdnivå om insatserna inte lett till önskat resultat.

I *Västra Götaland* ingår det i varje vårdcentral grunduppdrag att göra dels en första bedömning av psykisk ohälsa hos barn och unga gällande symtombild, svårighetsgrad och behov av insatser, och dels att erbjuda nödvändig behandling på primärvårdsnivå. Det finns dessutom elva vårdcentraler med tilläggsuppdrag som ger vård till barn och unga med psykisk ohälsa. Dessa vårdcentraler fungerar också som ett stöd för andra vårdcentraler i närområdet genom konsultation och handledning.

I *Sörmland* och *Skåne* är första linjens verksamheter organiserade under specialistvården. Här är första linjen en enhet inom BUP-kliniken som ansvarar för alla vårdnivåer. Det kan dock skilja sig i hur patienter kan röra sig mellan de olika vårdnivåerna – antingen fungerar de som separata ”stuprör”, eller mer utbyggt som en vårdkedja där patienterna kan vandra mellan kliniker beroende av hur problematiken utvecklas.

Första linjen i *Östergötland* är inte organiserad under primärvården, utan ligger placerad på olika sätt inom den offentligt drivna specialistvården.

För att få en tydligare bild av vilka insatser som ges inom första linjens vård till barn och ungdomar skickade Socialstyrelsen ut en enkät till alla verksamhetschefer för de mottagningar som enligt uppgifter har ansvar för första linjen.

Det är stora variationer för hur första linjen-uppdraget är organiserat – såväl mellan regioner som inom en och samma region. Av de mottagningar som besvarade enkäten är 60 procent vårdcentraler eller motsvarande, varav över hälften har ett tilläggsuppdrag för första linjen för barn och ungdomar.

I stort sett samtliga mottagningar anger att både upptäckt och lättare rådgivning ingår i deras ansvar för första linjen. Även diag-

nostisering ingår i ansvaret för merparten av mottagningarna. För vårdcentraler och andra verksamheter med tilläggsuppdrag ingår även olika former av psykologiska behandlingar.

Tabell 1. 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.

Trots en utbyggd första linje vårdas fler inom barn- och ungdomspsykiatri

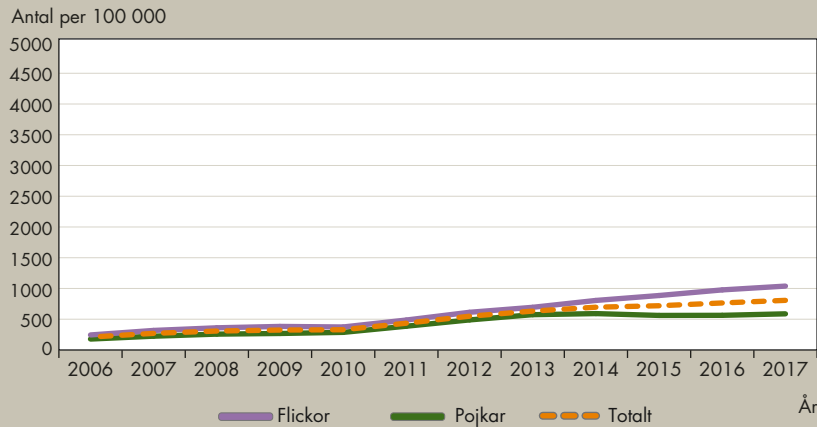
Barn och ungdomar med psykisk ohälsa som behöver mer omfattande insatser än de som ges inom första linjen kan få vård inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Sedan år 2006 har antalet barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom som får insatser från barn- och ungdomspsykiatri mer än tredubblats från 4 500 till 14 900 personer varje år.

Många av de som har diagnosen depression eller ångestsyndrom har samtidigt andra diagnoser. Det är till exempel relativt vanligt att barn och ungdomar som får en depressions- eller ångestdiagnos också har neuropsykiatrisk problematik – detta gäller ungefär var femte person.

Antalet barn och ungdomar som diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom i åldersgruppen 10 till 14 tredubblats för pojkar sedan år 2006. Bland flickor har antalet femdubblats (se diagram 10).

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.

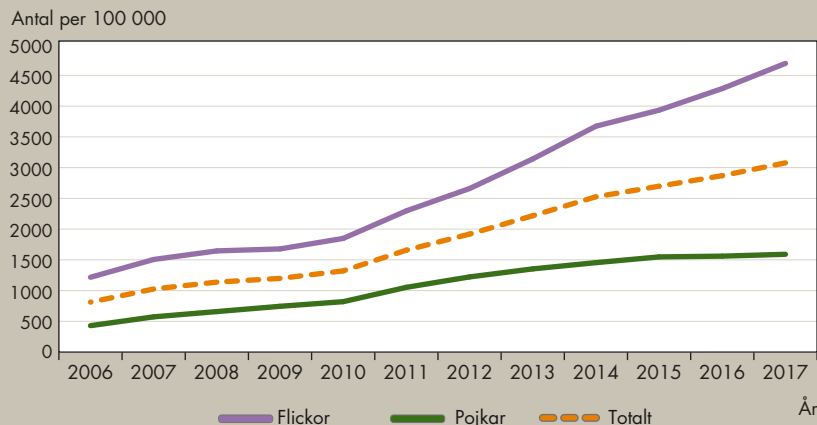


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I åldersgruppen 15 till 17 år handlar det om en tredubbling sedan 2006 (se diagram 11). Även i denna åldersgrupp är det mer än dubbelt så många flickor som pojkar som får en depressions- eller ångestdiagnos.

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.

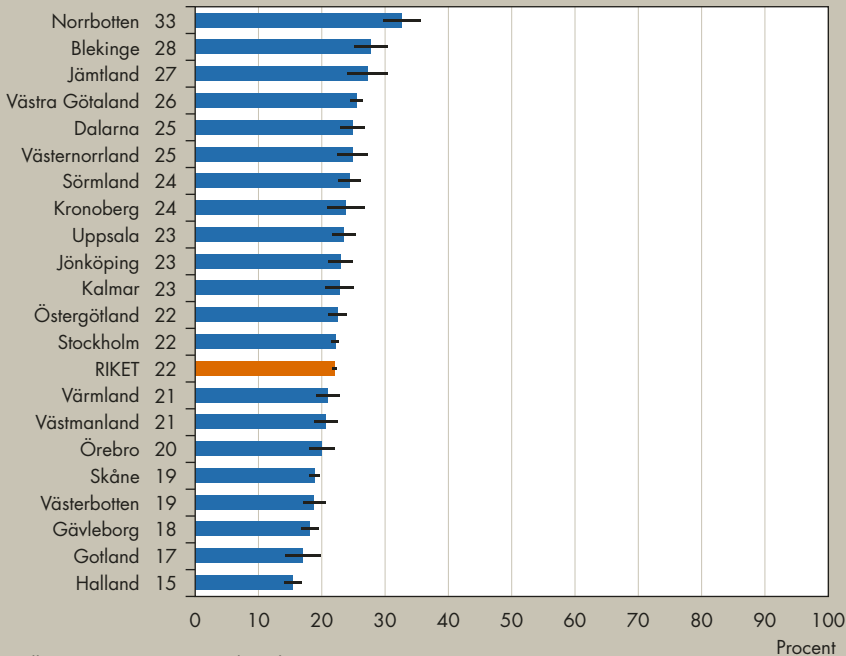


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Omkring 62 000 barn och ungdomar vårdas inom barn- och ungdomspsykiatrin och var femte av dessa har diagnosen depression eller ångestsyndrom. Denna andel varierar dock mellan regionerna och är nästan dubbelt så hög i Norrbotten som i Halland, vilket diagram 12 visar.

Diagram 12. Andelen patienter med depression och ångestsyndrom

Andelen barn och ungdomar inom den specialiserade psykiatriska vården med huvuddiagnos för depression eller ångestsyndrom, 2017. Avser barn och unga 0–17 år.



Bedömning av resultat

Både den psykiska ohälsan och antalet barn och ungdomar som vårdas inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården på grund av depression eller ångestsyndrom har ökat avsevärt det senaste decenniet. För att kunna möta de ökade behoven har regionerna arbetat med att bygga upp en första linjens vård; både för att kunna erbjuda insatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa eller lindrigare former av psykisk sjukdom och för att avlasta barn- och ungdomspsykiatrin.

Trots detta fortsätter den psykiska ohälsan att öka och dessutom blir antalet barn och ungdomar som får insatser via barn- och ungdomspsykiatri allt fler.

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 [12]. 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. I dagsläget ser organisationen och uppdragen väldigt olika ut, och regioner som har byggt upp en väl fungerande struktur bör kunna fungera som en förebild för andra delar av landet. Det är också angeläget att med fortsatt metodutveckling och forskning inom området, så att de behandlingsinsatser som ges till barn och unga med lindrigare former av depression och ångestsyndrom verkligen är evidensbaserade.

Öka tillgängligheten till första bedömning och behandling

Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid depression och ångestsyndrom genom att

- öka tillgängligheten till första bedömning och behandling
- utveckla metoder för att följa upp väntetiderna till vissa specifika behandlingsinsatser som har fått en hög prioritet i de nationella riktlinjerna, som till exempel olika former av psykologisk behandling
- utveckla möjligheten att följa upp specifika patientgrupper.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att 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.

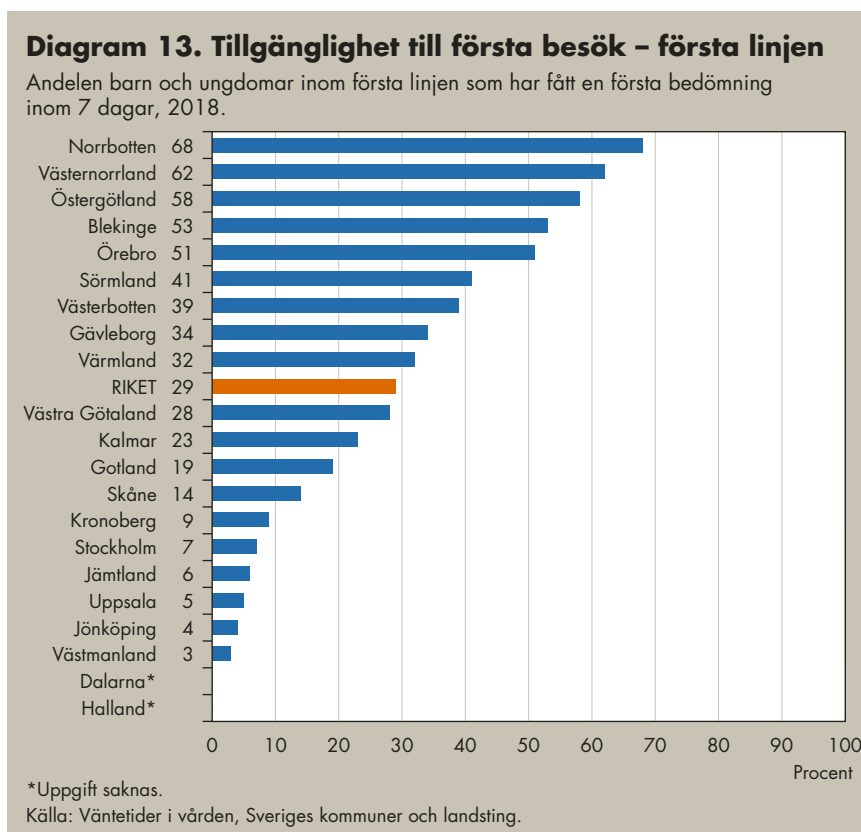
Den ökade psykiska ohälsan och det faktum att allt fler söker sig till barn- och ungdomspsykiatri innebär att väntetiderna har ökat under de senaste åren.

Första linjen för barn och unga klarar inte vårdgarantin

Första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa är nivån innan barn- och ungdomspsykiatri och består av verksamheter och funktioner som tar emot barn och unga som visar tidiga tecken på att må psykiskt dåligt – oavsett vad symtomen beror på. Uppgifter från 2018 visar att mindre än var tredje barn och ungdom fick komma till ett första besök inom vårdgarantins dåvarande tidsgräns, det vill säga sju dagar. Vart femte barn och ungdom fick vänta mer än 30 dagar på ett första besök.

Skillnaderna mellan regionerna är mycket stora. Detta kan påverkas av att inrapporteringen till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) av väntetiderna till första linjen-besök började först under 2018, vilket innebär att det kan finnas brister i rapporteringen och att

den kan se olika ut i olika regioner. Sannolikt finns det dock stora skillnader när det gäller i vilken utsträckning regionerna kan erbjuda insatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa eller lindrigare former av psykisk sjukdom.



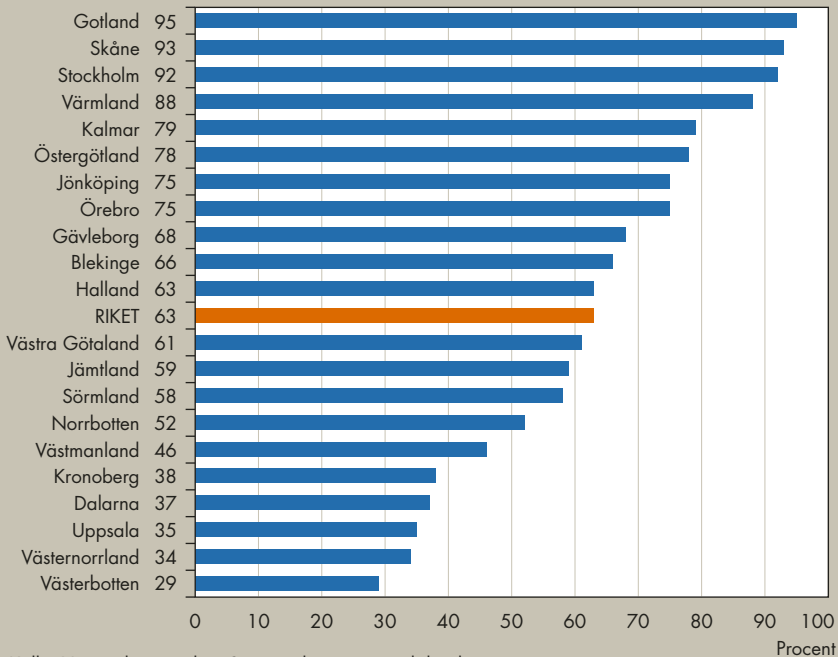
Väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri har ökat. Sedan 2007 har regeringen och SKL tagit fram särskilda överenskommelser om tillgänglighet till BUP. Enligt denna satsning är målet att minst 90 procent av alla barn och unga med psykisk ohälsa ska ha fått en första bedömning inom 30 dagar efter första kontakt.

Andelen barn och ungdomar med psykisk ohälsa som har fått en första bedömning inom 30 dagar har sjunkit från närmare 90 procent 2012 till 60 procent 2018. Antalet regioner som uppnått målet om minst 90 procents tillgänglighet har minskat från sexton till tre.

År 2018 nådde tre regioner målet att minst 90 procent av barn och unga med psykisk ohälsa ska ha fått en första bedömning inom 30 dagar. Resultaten varierar dock avsevärt mellan regioner, mellan 30 och 95 procent. I genomsnitt kommer därmed knappt två av tre barn och unga till första bedömning inom 30 dagar. Notera att uppgifterna gäller alla barn och ungdomar som har sökt till barn- och ungdomspsykiatri, alltså inte enbart de som får diagnosen depression eller ångestsyndrom.

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.



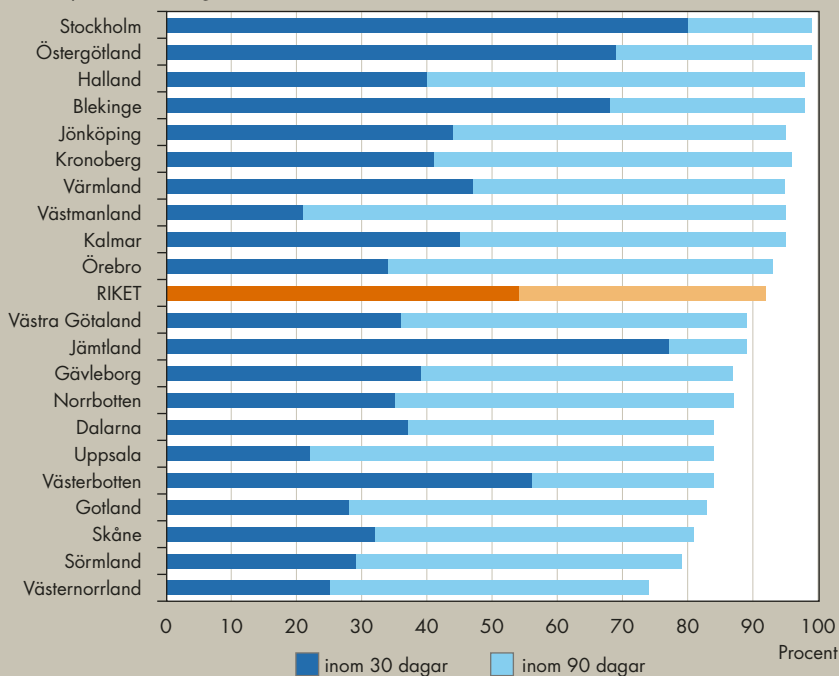
Långa väntetider även till vuxenpsykiatri

I majoriteten av landets regioner får nio av tio personer som söker sig till vuxenpsykiatri tid till ett första besök inom 90 dagar. Närmare hälften av personerna får en besökstid redan inom 30 dagar. Denna andel varierar från cirka 20 procent i Västmanland och Uppsala till cirka 80 procent i Jämtland och Stockholm (se diagram 15).

Väntetiderna gäller för alla patienter inom vuxenpsykiatri, alltså inte enbart personer med depression eller ångestsyndrom.

Diagram 15. Tillgänglighet till första besök – vuxenpsykiatri

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



Källa: Vården i siffror, Sveriges kommuner och landsting.

Svårt att följa upp tid till första behandlingsinsats

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 förutsättningar ser också olika ut för vårdgivarnas administrativa system att rapportera in data för jämförelser.

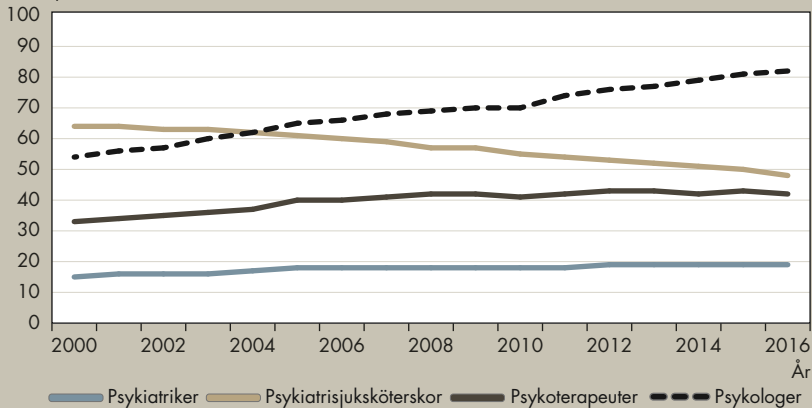
Personälökningen matchar inte behoven

Tillgången till psykologer och psykoterapeuter sysselsatta inom hälso- och sjukvården har ökat sedan år 2000. Antalet psykiatriker har varit relativt konstant medan antalet psykiatrisjuksköterskor har minskat, vilket gör att dessa är bristkompetenser i dagsläget.

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

Som tabell 2 visar finns det skillnader i tillgången till olika personalgrupper mellan sjukvårdsregionerna. Stockholms sjukvårdsregion har nästan dubbelt så många psykiatriker som de övriga sjukvårdsregionerna. Samma sak gäller för psykologer och psykoterapeuter.

Tabell 2. 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.

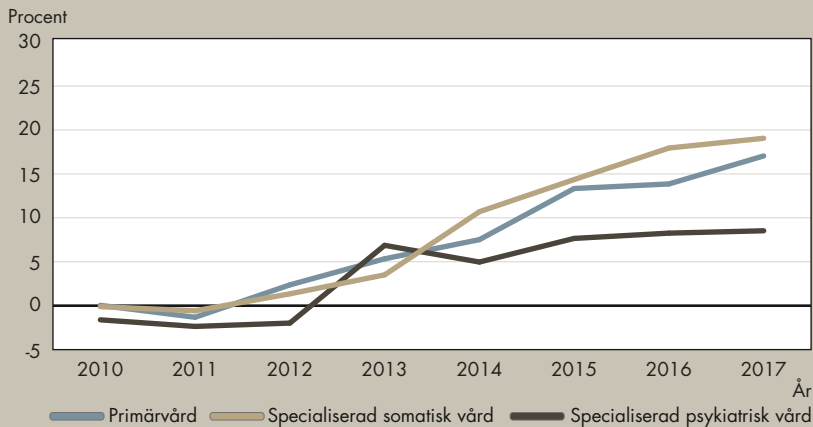
Kostnader för psykiatrisk vård

Under de senaste åren har nettokostnaderna för psykiatrisk vård inte ökat i lika stor utsträckning som kostnaderna för specialiserad somatisk vård. År 2017 var regionernas nettokostnader för specialiserad psykiatrisk vård, exklusive läkemedel, 22,4 miljarder kronor eller 2 200 kronor per invånare. Motsvarande kostnader för den specialiserade somatiska vården var 142 miljarder kronor eller 14 400 kronor per invånare, och för primärvården 45,1 miljarder kronor eller 4 400 kronor per invånare.

Diagram 17 visar nettokostnadsutvecklingen för den specialiserade psykiatriska vården jämfört med den specialiserade somatiska vården och primärvården. Sedan 2010 har nettokostnaderna för psykiatrin ökat med 8,3 procent, medan ökningen för den specialiserade somatiska vården har varit 19,1 procent.

Diagram 17. Procentuell nettokostnadsutveckling

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



Källa: Statistikdatabasen, SCB.

Bedömning av resultat

Data från barn- och ungdomspsykiatrin visar att det finns stora brister i tillgänglighet. Enligt en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) vittnar många regioner om att väntetiderna inom primärvården och BUP är särskilt långa, jämfört med andra delar av vården. Inom barn- och ungdomspsykiatrin anges den växande psykiska ohälsan bland barn och unga som anledning, vilken fortsätter att öka. Likaså uppger flertalet regioner svårigheter att rekrytera psykologer till BUP [13].

Syftet med att utveckla första linjens vård är bland annat att öka tillgängligheten till insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa eller lindrigare former av psykisk sjukdom. Utvecklingen av första linjen har skapat bättre förutsättningar för specialistvården att ta emot och behandla barn och ungdomar med allvarigare psykisk sjukdom, men däremot har det inte inneburit att väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatrin har minskat. Sannolikt beror det på att antalet som söker vård på grund av psykisk ohälsa eller sjukdom har ökat. Detta gäller inte minst barn och ungdomar med neuropsykiatrisk problematik, som utreds och behandlas i större utsträckning än tidigare.

Även inom vuxenpsykiatri är väntetiderna ofta långa, ibland upp till tre månader. Uppgifter från 2018 visar dock att var tionde person som söker sig till vuxenpsykiatri får vänta ännu längre än så på ett första besök. Det finns stora skillnader mellan regionerna – och i vissa delar av landet får var fjärde patient vänta mer än 90 dagar. Även här får många vänta alltför lång tid innan en behandling påbörjas, även om det saknas tillförlitliga data som visar tiden till behandlingsstart.

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att regionerna fortsätter arbeta med att samtliga patienter så snabbt som möjligt ska få en första bedömning och tid till första behandlingsinsats. Detta kan bland annat ske genom en fortsatt utbyggnad av första linjen.

Socialstyrelsen bedömer vidare att det behöver utvecklas metoder för att följa upp väntetiderna till vissa specifika behandlingsinsatser som har fått en hög prioritet i de nationella riktlinjerna, som till exempel kognitiv beteendeterapi. I nuläget saknas också möjlighet att följa upp specifika patientgrupper vilket vore önskvärt dels för att kunna jämföra väntetider mellan olika patientgrupper, dels för att säkerställa att alla patienter får adekvat behandling inom rimlig tid.

En förutsättning för att kunna möta den ökade efterfrågan är att det finns tillräckligt med personal med relevant kompetens. I dagsläget tycks det framförallt finnas en brist på psykiatriker och psykiatrisjuksköterskor, vilket är problematiskt med tanke på den ökade efterfrågan och de långa väntetiderna. Socialstyrelsens bedömning är att framtida personalförsörjning är en central fråga, men att det också är angeläget att erbjuda personalen kontinuerlig vidareutbildning – både för att öka kompetensen och för att kunna behålla den befintliga personalen.

Bättre struktur i samband med diagnostisering

Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid depression och ångestsyndrom genom att

- öka användningen av strukturerade bedömningsinstrument, som till exempel MINI och SCID-I
- uppmärksamma somatisk samsjuklighet och beroendeproblematik, för att förbättra kvaliteten på diagnostiken och därigenom kunna erbjuda mer relevanta och samordnade behandlingsinsatser
- i ännu större utsträckning genomföra strukturerade suicidriskbedömningar 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.

I genomsnitt identifieras endast cirka hälften av patienterna med depression och ångestsyndrom – både inom primärvård och öppen specialiserad vård [14, 15]. 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.

MINI är en kortfattad strukturerad diagnostisk intervju som är utvecklad för att enkelt och snabbt (på 20–30 minuter) kunna kartlägga en persons olika psykiska sjukdomar.

SCID-I är en mer omfattande 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 åtföljs av öppna frågor för att verifiera diagnoskriterierna.

Både 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, om den diagnostiska processen och om användandet av diagnostiska intervjuinstrument.

I de nationella riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen också att det bör erbjudas en somatisk anamnes och undersökning samt en strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik i samband med diagnostisering. En strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken har också högsta prioritet i de nationella riktlinjerna.

Alla vuxenverksamheter använder inte strukturerade intervjuer

Två tredjedelar av verksamheterna inom den specialiserade psykiatrin uppger att de har rutiner för hur de ska göra en strukturerad eller semistrukturerad intervju som komplement till klinisk bedömning. Det är vanligare att rutinen är skriftlig än att den är muntlig. Flera kommentarer handlar om att det pågår arbete med att standardisera vårdförlopp och att diagnostiska instrument ingår i detta arbete.

Närmare hälften av verksamheterna säger att de använder strukturerad intervju som komplement till klinisk bedömning vid diagnostisering för merparten av patienterna.

Det är ovanligare att strukturerade bedömningsinstrument används inom primärvården. Knappt en tredjedel av primärvårdsmottagningarna anger att de använder strukturerad eller semistrukturerad intervju som komplement till klinisk bedömning vid diagnostisering av misstänkt depression eller ångestsyndrom för minst hälften av patienterna. Var tionde mottagning svarar att de aldrig använder strukturerade intervjuer.

Resultaten som berör primärvården bör dock tolkas med stor försiktighet med anledning av den låga svarsfrekvensen.

Många barn och ungdomar bedöms inte heller med strukturerade intervjuer

Även inom barn- och ungdomspsykiatri kan man använda strukturerade bedömningsinstrument i samband med diagnostisering. De instrument som rekommenderas i de nationella riktlinjerna är K-SADS-PL och MINI-KID. När det gäller diagnostisering av barn och ungdomar finns det dock inte samma vetenskapliga stöd som när det gäller vuxna, vilket gör att åtgärden har en lägre prioritet i riktlinjerna.

Drygt var tredje barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet som besvarat vår enkät uppger att de använder en strukturerad eller semistrukturerad intervju vid diagnostisering av misstänkt depression eller ångestsyndrom för mer än hälften av sina patienter. Hälften av verksamheterna anger dock att de sällan eller aldrig använder sådana intervjuer vid diagnostisering.

Den somatiska hälsan beaktas inte i tillräcklig omfattning...

Vid depression och ångestsyndrom är det vanligt med samsjuklighet med andra psykiska eller kroppsliga sjukdomar. Dödligheten vid obehandlad depression är mycket stor, men även hos personer 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 en ökad risk för suicid i denna grupp.

Inom primärvården är det relativt vanligt att det finns rutiner för hur en somatisk undersökning och anamnes ska genomföras i samband med diagnostisering. I många fall är rutinerna enbart muntliga. Enkätresultaten tyder dock på att de flesta – fyra av fem patienter – genomgår en somatisk undersökning i samband med diagnostisering. Även inom specialistvården är det relativt vanligt att det finns rutiner för somatisk undersökning, men det är en mindre andel av patienterna som faktiskt genomgår en sådan undersökning.

Även när det gäller barn och ungdomar anger majoriteten av verksamheterna att det finns rutiner för somatisk anamnes och undersökning, men rutinerna är oftast enbart muntliga.

En utförligare beskrivning av hur verksamheterna arbetar med somatiska undersökningar ingår i avsnittet Uppmärksamma den somatiska sjukligheten.

... och inte heller eventuell 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. Därför är det viktigt att vid diagnostisering även kartlägga eventuell samsjuklighet som missbruk eller beroendetillstånd för att kunna erbjuda rätt behandling.

Resultaten från vår enkät visar att endast hälften av primärvårdsmottagningarna anger att majoriteten av de vuxna patienterna genomgår en strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik i samband med diagnostisering. Inom specialistvården tycks det vara något vanligare att en sådan bedömning sker.

När det gäller ungdomar i åldern 13 till 17 år är det ännu ovanligare att verksamheterna gör en strukturerad bedömning av beroendeproblematiken. Detta gäller både första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri.

En utförligare beskrivning av hur verksamheterna arbetar med bedömning av beroendeproblematik ingår i avsnittet Uppmärksamma och behandla beroendeproblematik.

Alla får inte en suicidriskbedömning

Vid såväl depression som ångestsyndrom ökar risken för suicidhandlingar och suicid. Om en person dessutom har gjort tidigare suicidförsök är risken kraftigt ökad. Det är därmed viktigt att hälso- och sjukvården bedömer suicidrisk vid vård av personer med depression och ångestsyndrom – både vid diagnostik 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. En strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk har högsta prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Majoriteten av primärvårdsmottagningarna och de vuxenpsykiatriska verksamheterna som har besvarat Socialstyrelsens enkät anger

att merparten av deras patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken. Det samma gäller för första linjens vård respektive barn- och ungdomspsykiatri. Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister respektive regionernas patientadministrativa system visar dock att suicidriskbedömningar inte genomförs – eller åtminstone inte dokumenteras – i tillräcklig utsträckning.

En utförligare beskrivning av hur verksamheterna arbetar med suicidriskbedömningar ingår i avsnittet Mer aktivt suicidförebyggande arbete.

Bedömning av resultat

Det kliniska samtalet är en viktig utgångspunkt för den diagnostiska processen, men räcker inte alltid för att diagnostisera depression eller ångestsyndrom. Ett sätt att öka den diagnostiska tillförlitligheten är, som tidigare nämnts, att använda strukturerade eller semistrukturerade intervjuer.

Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som innebär att mer än 80 procent av patienterna som diagnostiseras inom den specialiserade vården bör få en strukturerad klinisk bedömning. I dagsläget saknas tillförlitliga uppgifter på individnivå som beskriver hur stor andel av patienterna som får en sådan bedömning. Resultaten från Socialstyrelsens enkät till vården, tillsammans med data från regionernas patientadministrativa system, tyder dock på att andelen patienter som i dagsläget får en strukturerad bedömning är alltför liten.

De nationella riktlinjerna lyfter även fram behovet och vikten av en somatisk anamnes och undersökning i samband med diagnostiseringen vilket – tillsammans med en relevant utredning – används dels för att utesluta andra sjukdomar, dels för att uppmärksamma somatisk sjuklighet. Även om fler verksamheter har rutiner för hur en somatisk undersökning ska genomföras i dag jämfört med 2012 när en liknande kartläggning gjordes, är det fortfarande en tredjedel av verksamheterna som saknar rutiner för detta.

De flesta personer med depression eller ångestsyndrom bör dessutom genomgå en strukturerad bedömning av beroendeproblematik som en del av diagnostiseringen, men resultaten visar att detta inte alltid sker. Utöver detta bör de flesta personer med depression eller

ångestsyndrom även genomgå en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken i samband med diagnostiseringen.

Sammanfattningsvis anser Socialstyrelsen att verksamheterna behöver förbättra arbetet med diagnostisering, till exempel genom att i större utsträckning använda strukturerade intervjuer som ett komplement till klinisk bedömning, genomföra relevanta somatiska undersökningar samt att uppmärksamma eventuell beroendeproblematik.

Uppmärksamma den somatiska sjukligheten

Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid depression och ångestsyndrom genom att

- uppmärksamma den somatiska sjukligheten i samband med diagnostisering
- genomföra regelbundna somatiska undersökningar av personer med långvariga depressioner och ångestsyndrom, för att i större utsträckning förebygga, upptäcka och behandla kroppsliga sjukdomar
- verksamheter som arbetar med somatiska sjukdomar i större utsträckning uppmärksammar symtom på depression och ångestsyndrom
- arbeta med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

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. Den nationella utvärderingen 2013 visade dock att personer med psykisk sjukdom ofta får en bristfällig behandling om de har samtidigt kroppsliga sjukdomar, vilket gör att de riskerar att få en sämre hälsa och att dö i förtid. Resultaten i denna utvärdering tyder på att verksamheterna har blivit bättre på att uppmärksamma den somatiska sjukligheten, men att området fortfarande behöver förbättras.

Högre dödlighet och mer somatisk vård

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. Lång-

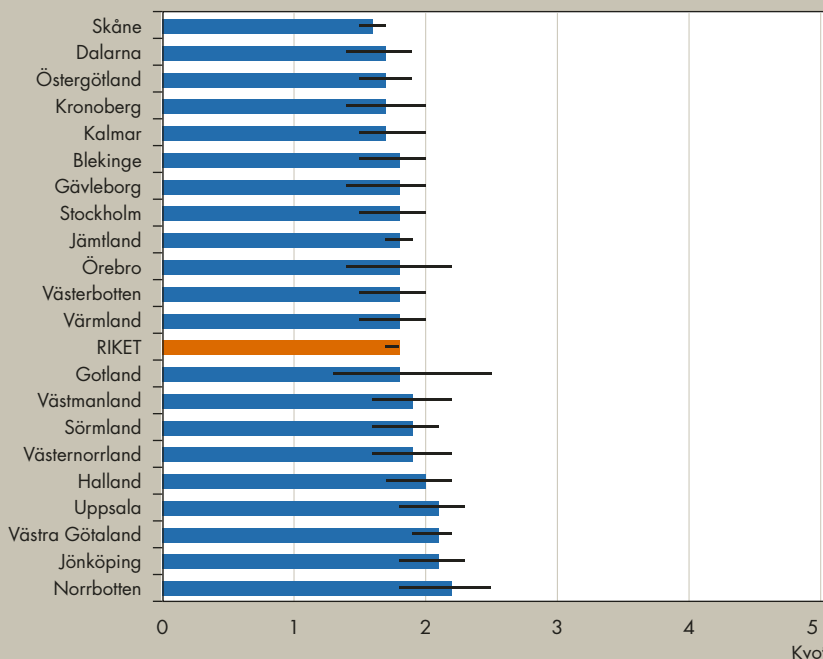
tidsuppföljningar av de patienter som behandlats för depression visar att cirka 15 procent så småningom avlider till följd av suicid. Därför är det viktigt att vårdpersonal är uppmärksam på återfall och arbetar aktivt med att få patienter att själva identifiera tidiga tecken på ett återinsjuknande så att de kan söka hjälp i tid [1].

Dödligheten bland personer som vårdats för depression och ångestsyndrom är 70 procent högre jämfört med övriga befolkningen. Detta ligger i paritet med andra patientgrupper med kroniska sjukdomar som huvudsakligen tas hand om inom primärvården, som till exempel personer med astma och diabetes.

Dödligheten bland personer som vårdats för depression och ångestsyndrom varierar mellan regioner, från att vara 50 procent högre i Skåne till 100 procent högre i Norrbotten. Diagram 18 visar uppdelningen per region.

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

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



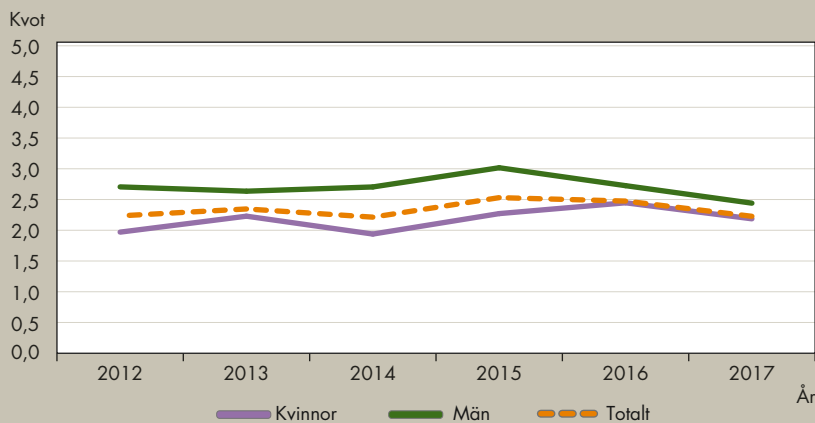
Vanligt att dö i sjukdomar som borde vara möjliga att påverka

Den kroppsliga hälsan och behovet av kroppslig vård åsidosätts ofta hos människor med psykiska problem. Den kroppsliga hälsan hos personer med psykiatriska diagnoser kräver därmed större uppmärksamhet av hälso- och sjukvårdens beslutsfattare, verksamhetschefer och personal.

Trots att det skett förbättringar inom hälso- och sjukvården – och trots de suicidpreventiva åtgärder som finns tillgängliga – så har män och kvinnor med psykiatriska diagnoser kortare livslängd än den övriga befolkningen. Dödligheten i diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka av hälso- och sjukvården är i dagsläget dubbelt så hög bland personer som har vårdats inom psykiatrin för depression eller ångestsyndrom som i övriga befolkningen.

Diagram 19. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Relativ jämförelse av andelen avlidna i åtgärdbara dödsorsaker bland personer som vårdats inom psykiatrin för depression eller ångestsyndrom, jämfört med motsvarande andel i befolkningen. Avser personer 18–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Fler med depression eller ångestsyndrom läggs in inom somatisk slutenvård

Indikatorn *Undvikbar somatisk slutenvård* belyser omhändertagandet vid vissa sjukdomstillstånd inom öppenvården, till exempel genom

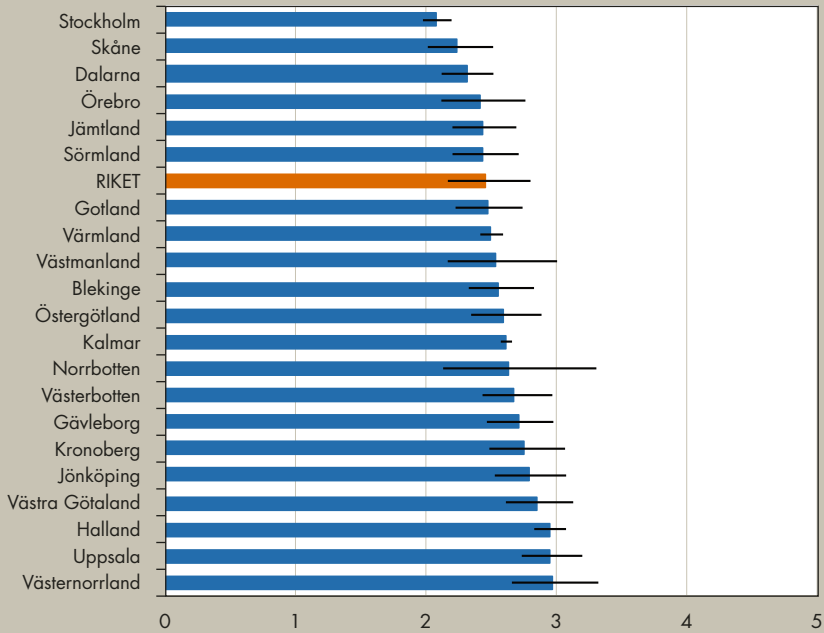
en välfungerande primärvård och sjukdomsförebyggande arbete. Onödiga inläggningar på sjukhus kan förhindras om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den somatiska öppenvården.

Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är mer än dubbelt så vanligt bland personer som har vårdats för depression eller ångestsyndrom jämfört med befolkningen i stort och denna andel har varit oförändrad de senaste åren. Vidare är det än högre förekomst av livsstilsriskfaktorer i denna patientgrupp, vilket också kan ses som ett resultat av att den somatiska sjukdomen upptäcks senare och därmed har högre grad av samsjuklighet.

År 2017 hade en procent av alla patienter med depression och ångestsyndrom minst ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle. I diagram 20 jämförs undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer som vårdats inom psykiatrin för depression eller ångestsyndrom med befolkningen i stort. Den relativa förekomsten varierar stort mellan regionerna. Analyserade data visar inga könsskillnader för denna indikator.

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 psykiatrin för depression eller ångestsyndrom, jämfört med motsvarande andel i hela befolkningen, 2017. Avser personer 18–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen samt befolkningsstatistik, SCB.

Högre dödlighet efter hjärtinfarkt

Personer med psykiatriska diagnoser är en utsatt grupp när det gäller somatisk hälsa, eftersom det medför en ökad risk för att utveckla kardiovaskulär sjukdom och även ökad risk för tidig död.

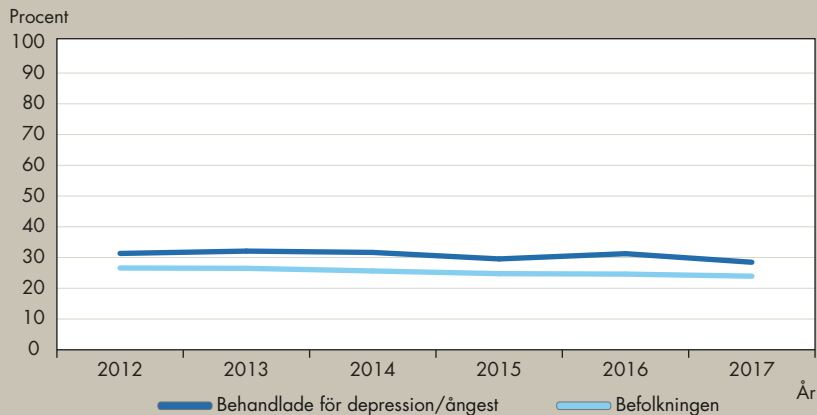
Indikatorn *Dödlighet efter hjärtinfarkt* speglar risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt. Indikatorn visar hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkten. Syftet med måttet är att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården, genom det akuta omhändertagandet samt i den efterföljande vården.

För personer som har behandlats för depression eller ångestsyndrom inom fem år innan de fick hjärtinfarkt är risken att avlida inom 28 dagar efter infarkten 20 procent högre än för befolkningen i stort

och har varit oförändrat under flera år. Analyserade data visar inga könsskillnader (se diagram 21).

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

Stroke är en av våra stora folksjukdomar och innebär svåra följder för många av dem som insjuknar. Sjukdomen, som antingen beror på blodpropp eller på blödning i hjärnan, bedöms vara den vanligaste orsaken till neurologiska funktionsnedsättningar hos vuxna. Vidare är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige, efter hjärtinfarkt och cancer.

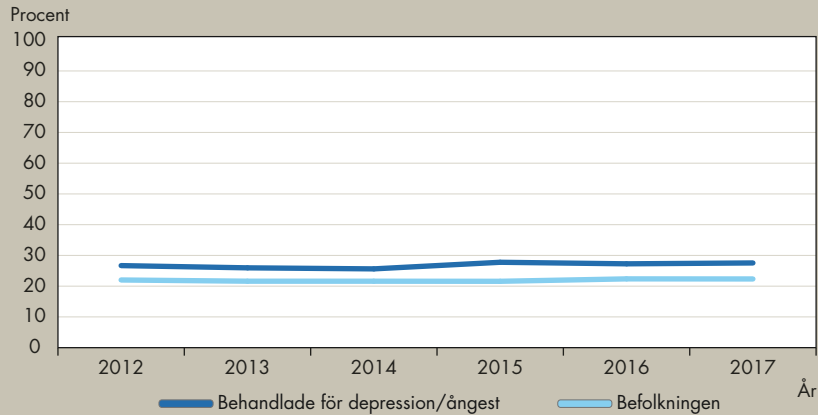
Jämfört med många andra medicinska diagnoser medför stroke därmed både en högre dödlighet, fler återinskrivningar och högre kostnader för vården. Patienter med depression har utöver detta en ökad överdödlighet och högre grad av återinskrivningar före strokeinsjuknandet. Samma sak gäller de patienter som utvecklar en depression under konvalescensperioden efter sin stroke.

Diagram 22 visar den förhöjda risken för personer som vårdats för depression eller ångestsyndrom inom fem år innan förstagsstroke, där risken att dö inom 28 dagar efter stroke är ungefär 20 procent högre än för befolkningen i stort. Samma sak gäller dödligheten efter

90 dagar. Data visar inga skillnader i dödligheten mellan kvinnor och män.

Diagram 22. Dödlighet efter stroke inom 28 dagar

Andelen döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke 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

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 samsjuklighet med somatisk sjukdom hos denna grupp. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör hälso- och sjukvården därmed erbjuda personer med depression eller ångestsyndrom en somatisk anamnes och undersökning samt en relevant utredning utifrån eventuellt ytterligare behov av vård.

Resultaten från enkäten till primärvårdsmottagningar visar att sju av tio mottagningar som besvarat enkäten har en rutin för hur en somatisk anamnes och undersökning ska genomföras i samband med diagnostisering av personer med depression eller ångestsyndrom. Knappt hälften av rutinerna är skriftliga. Några av de mottagningar som angivit att de saknar rutiner hänvisar till regionens övergripande rutiner eller vårdprogram.

När Socialstyrelsen undersökte förhållandena i primärvården år 2012 uppgav drygt 40 procent av vårdcentralerna att de utförde kroppsliga provtagningar och undersökningar av personer som besöker vårdcentralen med depression och ångestsjukdom [1].

I den senaste enkätundersökningen anger de flesta mottagningarna – 80 procent – att majoriteten av patienterna med depression eller ångestsyndrom har genomgått en somatisk undersökning, vilket alltså är en fördubbling sedan 2012.

I stort sett alla mottagningar har med undersökning av thyroideastatus (mätning av sköldkörtelfunktion) i den somatiska undersökning som görs i samband med diagnostiseringen. Blodtryck, blodsocker och blodfetter är andra undersökningar som förekommer ofta. Andra undersökningar som anges är blodstatus och mätning av vitamin B12. Resultaten bör dock tolkas med stor försiktighet med anledning av den låga svarsfrekvensen. Enligt enkäten till vårdcentralerna år 2012 var blodsockerkontroll den vanligaste undersökningen det året [1].

Tabell 3. 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.

Drygt 70 procent av de vuxenpsykiatriska verksamheterna som besvarat enkäten anger att de har en – i regel skriftlig – rutin för hur en somatisk anamnes och undersökning ska genomföras i samband med diagnostisering av personer med depression eller ångestsyndrom.

Vidare uppger hälften av verksamheterna att merparten av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått en somatisk

undersökning inom den egna verksamheten. Av kommentarerna framgår dock att många patienter har remitterats från en vårdcentral där de redan har genomgått en somatisk undersökning.

De flesta verksamheter inom specialiserad psykiatri undersöker blodtryck och thyroideastatus (sköldkörtelfunktion) och majoriteten inkluderar även kontroll av blodsocker och vikt i den somatiska undersökningen. Exempel på andra undersökningar är mätning av vitamin B12, folsyra, blodstatus och D-vitamin.

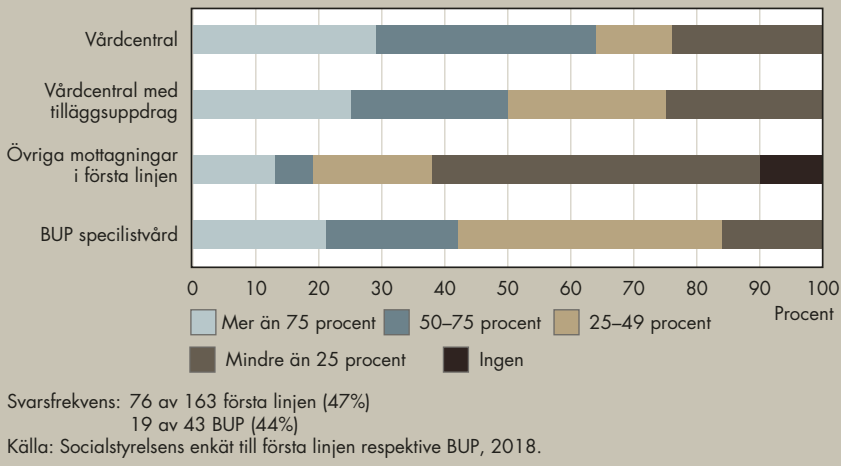
Somatisk sjuklighet hos barn uppmärksammas inte alltid

Barn och ungdomar med psykisk ohälsa har ofta kroppsliga symtom såsom huvudvärk, magont och trötthet. För att kunna diagnostisera och behandla eventuell samtidig kroppslig sjukdom hos barn och ungdomar med psykisk ohälsa är det därför viktigt att hälso- och sjukvården uppmärksammar och utreder även dessa symtom.

I enkäten till första linjen uppger hälften av mottagningarna att de har en rutin för hur en somatisk anamnes och undersökning ska genomföras i samband med diagnostisering av barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Rutinerna är dock oftast muntliga. Dessutom ser uppdragen olika ut, vilket leder till att andelen barn och ungdomar som uppges få en somatisk undersökning varierar mellan olika typer av verksamheter (se diagram 23). Tre av fyra BUP-mottagningar svarar att de har en rutin för hur en somatisk anamnes och undersökning ska genomföras i samband med diagnostisering av barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. I hälften av fallen är dock rutinerna endast muntliga. Fyra mottagningar av tio uppger att minst hälften av patienterna får en somatisk undersökning. Några har även kommenterat att en somatisk undersökning redan ska vara gjord på vårdcentralen.

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.



Bedömning av resultat

Uppgifter från Socialstyrelsens register bekräftar tidigare studier som visar att personer med depression och ångestsyndrom har en högre dödlighet jämfört med den övriga befolkningen samt i högre utsträckning dör i sjukdomar som borde vara möjliga att påverka.

Resultaten från enkäterna tyder på att verksamheterna har blivit bättre på att uppmärksamma somatisk sjuklighet i samband med diagnostisering, men fortfarande återstår mycket att göra. Socialstyrelsen menar därför att verksamheterna bör fortsätta att utveckla arbetssätt för att identifiera somatisk sjuklighet – både i samband med diagnostisering och kontinuerligt under sjukdomsförloppet. Här är det viktigt att det finns en väl fungerande samverkan mellan psykiatri, primärvården och andra delar av den somatiska sjukvården.

Socialstyrelsen bedömer vidare att det är viktigt att utveckla arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser till personer med depression och ångestsyndrom, utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Uppmärksamma och behandla beroendeproblematik

Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid depression och ångestsyndrom genom att

- utveckla rutiner för att uppmärksamma beroendeproblematik – både i samband med diagnostiseringen och kontinuerligt under behandlingen.

Samsjuklighet med missbruk är vanligt

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.

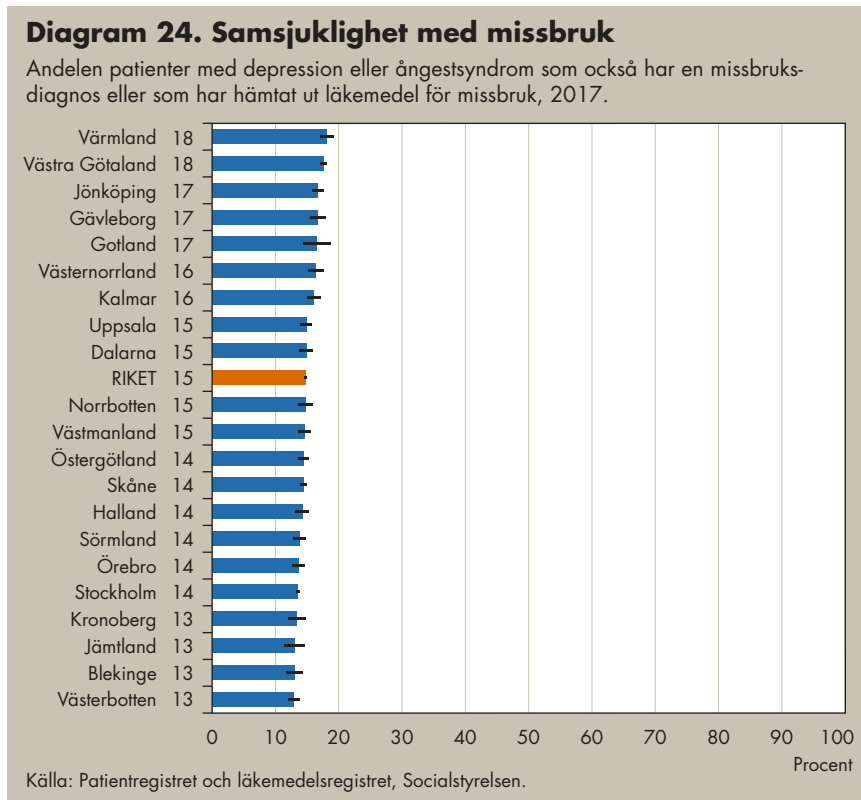
Vid somatisk anamnes är det viktigt att även kartlägga eventuell samsjuklighet som missbruk eller beroendetillstånd för att kunna erbjuda rätt behandling. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende rekommenderas vidare att såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten bör erbjuda integrerad behandlingsmetod till personer med missbruk eller beroende av alkohol och/eller narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom. Integrerad behandlingsmetod fokuserar på både det psykiska tillståndet och på missbruket eller beroendet inom ramen för en psykologisk och psykosocial behandlingsmodell.

Var sjunde patient som har vårdats inom den specialiserade psykiatriska vården med depression eller ångestsyndrom har samtidigt en missbruksdiagnos eller har hämtat ut läkemedel för missbruksbehandling (se diagram 24).

Många personer med depression och ångestsyndrom har sannolikt missbruksproblematik utan att detta leder till en missbruksdiagnos eller läkemedelsbehandling. Detta innebär att andelen personer som har sådana problem sannolikt är betydligt större än vad som framgår av diagrammet.

Gällande missbruk är skillnaden mellan könen stor, det är nästan

dubbelt så många män som kvinnor som har denna form av samsjuklighet (20 procent av männen respektive 12 procent av kvinnorna).



Många verksamheter bedömer inte beroendeproblematik

Resultaten från vår enkät till primärvårdsmottagningar visar att det varierar i vilken utsträckning de arbetar med bedömning av beroendeproblematik. Endast hälften av mottagningarna uppger att merparten av patienterna med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad bedömning av en eventuell beroendeproblematik. Resultaten bör dock tolkas med försiktighet med anledning av den låga svarsfrekvensen.

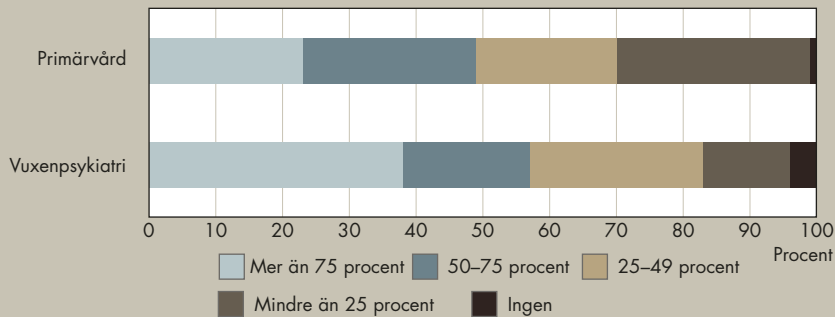
Det är något vanligare att den specialiserade psykiatrin genomför en strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik: nästan 60 procent av verksamheterna anger att majoriteten av deras patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en sådan bedömning.

Det finns dock skillnader mellan regionerna. Verksamheter i vissa regioner anger att det är mindre än 25 procent av patienterna som får en strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik, medan en sådan bedömning ingår rutinmässigt i andra regioner.

Uppgifter från regionernas patientadministrativa system visar dock att det är ovanligt att verksamheterna dokumenterar bedömning av beroendeproblematik. Endast en procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom inom primärvården har fått en sådan åtgärd dokumenterad. Inom de vuxenpsykiatriska verksamheterna är motsvarande andel mindre än tio procent.

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

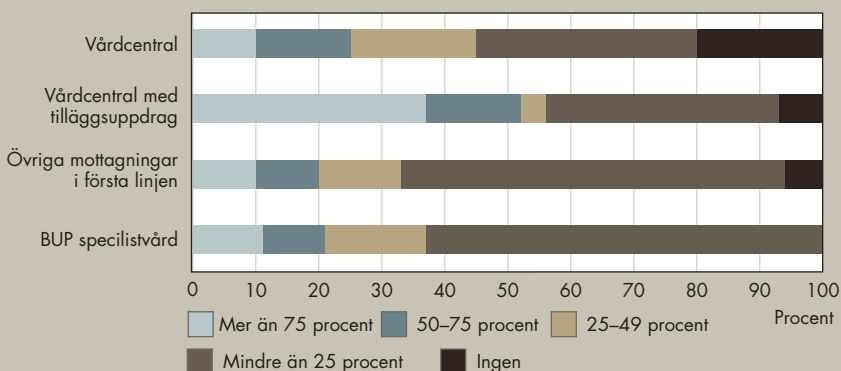
Verksamheter som arbetar med barn och ungdomar genomför sällan en strukturerad bedömning av beroendeproblematiken. Enligt vår enkät till mottagningar med uppdrag för första linjens insatser är det också en stor variation mellan mottagningarna gällande bedömning av beroendeproblematik. Det är exempelvis vanligare att vårdcentraler med tilläggsuppdrag för första linjen genomför en strukturerad bedömning av beroendeproblematiken – hälften av dessa mottagningar svarar att över hälften av patienterna med depression eller ångestsyndrom genomgår en sådan bedömning (se diagram 26).

Inte heller inom barn- och ungdomspsykiatri tycks man arbeta systematiskt med bedömning av eventuell beroendeproblematik. Bara var femte mottagning uppger att mer än hälften av ungdomarna i åldersgruppen 13 till 17 år genomgår en strukturerad bedömning av beroendeproblematiken.

Uppgifter från regionernas patientadministrativa system visar att det är mycket ovanligt att bedömning av beroendeproblematik dokumenteras – mindre än två procent av patienterna inom både första linjen och barn- och ungdomspsykiatri har fått en sådan åtgärd dokumenterad.

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.

Bedömning av resultat

Trots att många personer med depression och ångestsyndrom har en samtidig beroendeproblematik visar resultaten att få verksamheter arbetar på ett systematiskt sätt för att identifiera detta. De flesta personer med depression eller ångestsyndrom bör genomgå en strukturerad bedömning av beroendeproblematik som en del av diagnostiseringen.

Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som innebär att mer än 80 procent av ungdomar respektive vuxna som diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom bör genomgå en bedömning av

eventuell beroendeproblematik. Både resultaten från Socialstyrelsens enkäter, hälsodataregister och insamlade uppgifter från regioner tyder dock på att det är en betydligt mindre andel av patienterna som i dagsläget får genomgå en sådan bedömning.

Socialstyrelsen bedömer att verksamheter som vårdar personer med depression och ångestsyndrom borde utveckla rutiner för att försäkra sig om att en strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik genomförs och att de som behöver behandlingsinsatser också får detta.

Ett mer aktivt suicidförebyggande arbete

Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid depression och ångestsyndrom genom att

- utveckla rutiner för suicidriskbedömningar, för att säkerställa att alla patienter med depression och ångestsyndrom genomgår en sådan bedömning
- förbättra dokumentationen så att det går att följa upp andelen patienter som genomgår en strukturerad suicidriskbedömning.

Ingen ökning av antalet suicid

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 vanligare med suicid bland män än bland kvinnor, vilket gäller i ännu högre grad hos äldre. Depression och social isolering har visat starkast samband med suicidalt beteende hos äldre, men även alkoholmissbruk och ångesttillstånd medför en ökad risk för suicid. Man har även sett en ökad risk för suicid vid flera allvarliga sjukdomar – såsom cancer, neurologiska sjukdomar och KOL [16].

Suicidtankar är vanligare hos unga – framför allt unga kvinnor – samt hos personer som är arbetslösa. Vidare är suicidtankar vanligare bland ekonomiskt utsatta personer samt bland personer som är sjukskrivna, arbetslösa och studerande jämfört med de som är yrkesverksamma.

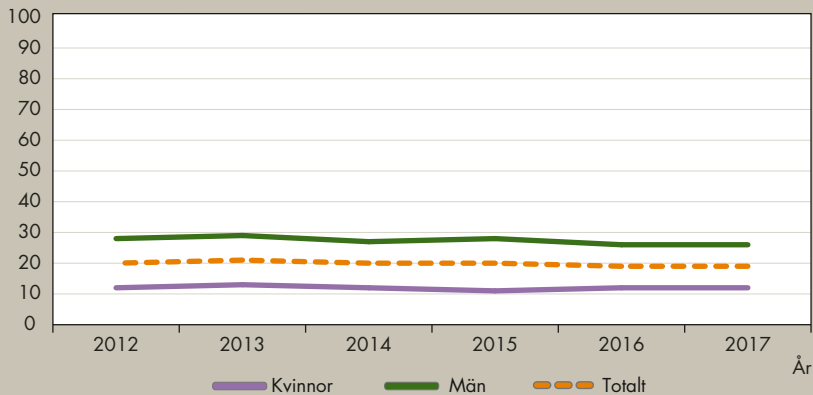
Antalet suicid per 100 000 invånare har varit oförändrat sedan 2001 för kvinnor och män under 65 år. För äldre män har antalet suicid per 100 000 invånare sjunkit från 38 till 25 suicid under perioden 2010 till 2016. Antalet män som dör till följd av suicid är emellertid fortfarande dubbelt så många som antalet kvinnor.

Under 2017 avled totalt 29 personer under 18 år till följd av suicid. Antalet suicid bland barn och ungdomar har sedan 2012 varierat mellan 20 och 29 suicid årligen, vilket är omkring ett suicidfall per 100 000 invånare i åldersgruppen – ett antal som alltså varit oförändrat sedan 2012.

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

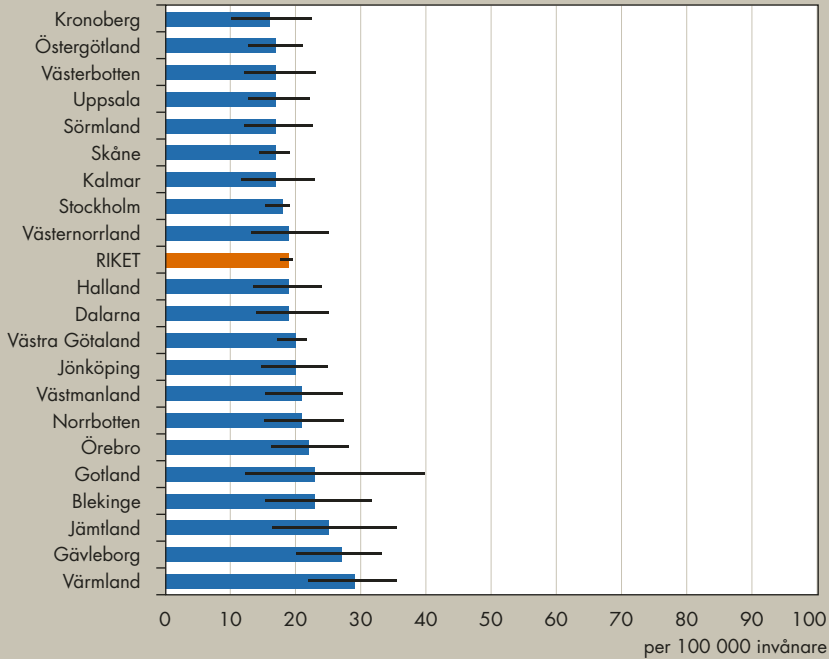


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, och befolkningsstatistik, SCB

I regionerna varierar antalet suicid och dödsfall med oklar avsikt från 16 förekomster per 100 000 invånare i Kronoberg till närmare 30 i Värmland. Diagram 28 visar antalet förekomster per region.

Diagram 28. 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, 2017.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, och befolkningsstatistik, SCB.

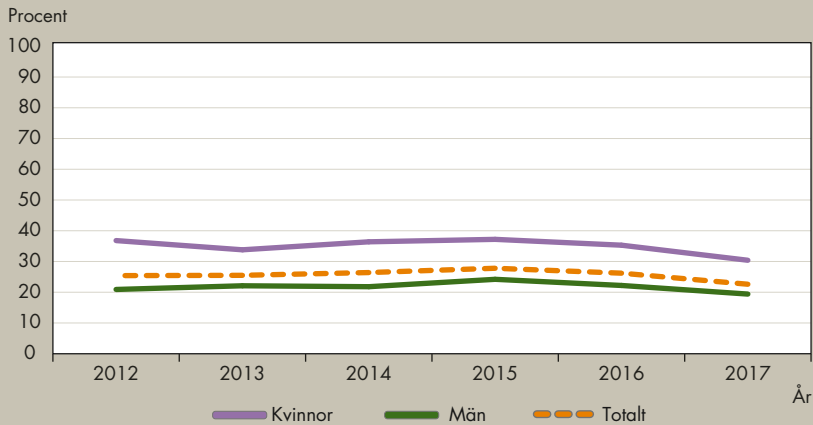
Majoriteten har inte haft kontakt med psykiatri

År 2017 hade var fjärde person med depression eller ångestsyndrom haft kontakt med psykiatri inom tolv månader innan fullbordat suicid. Det är stor variation mellan regionerna, men resultatet påverkas också av att det är relativt få personer inom varje region som avlider till följd av suicid. Av totalt 1 160 suicid bland personer med depression eller ångestsyndrom hade 120 personer haft kontakt med psykiatri inom tolv månader innan.

Kvinnor med depression eller ångestsyndrom som avlider till följd av suicid har kontakt med psykiatri i högre grad än män med samma diagnos. Andelen personer med depression eller ångestsyndrom som haft kontakt med psykiatri innan fullbordat suicid har varit relativt konstant för båda könen mellan år 2012 och 2017 (se diagram 29).

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.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Fler suicidriskbedömningar efter suicidförsök än tidigare

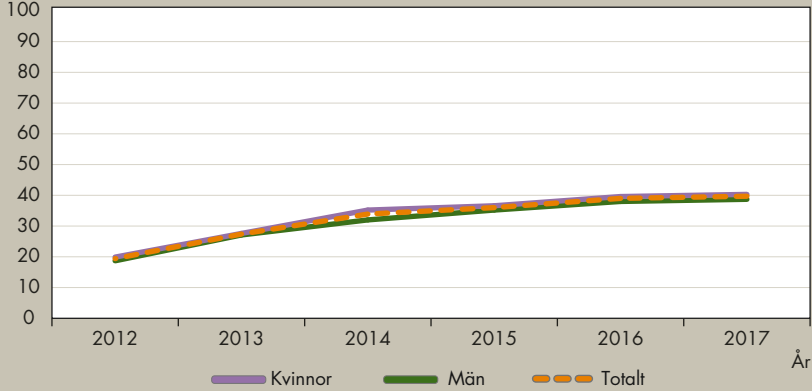
När en person har gjort ett suicidförsök eller tillfogat en självskada är risken för suicid kraftigt ökad, varvid vikten av en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken är uppenbar. Enligt Socialstyrelsens patientregister får fyra av tio patienter en suicidriskbedömning av en läkare inom sju dagar efter ett vårdtillfälle till följd av suicidförsök eller annan tillfogad självskada. Därmed har denna andel fördubblats sedan 2012, vilket diagram 30 visar.

En delförklaring till ökningen av antalet suicidriskbedömningar kan vara att verksamheterna har börjat dokumentera åtgärden i högre grad än tidigare. Sannolikt är det dock fortfarande många suicidriskbedömningar som inte dokumenteras med en åtgärdskod som gör det möjligt att följa upp via Socialstyrelsens patientregister.

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

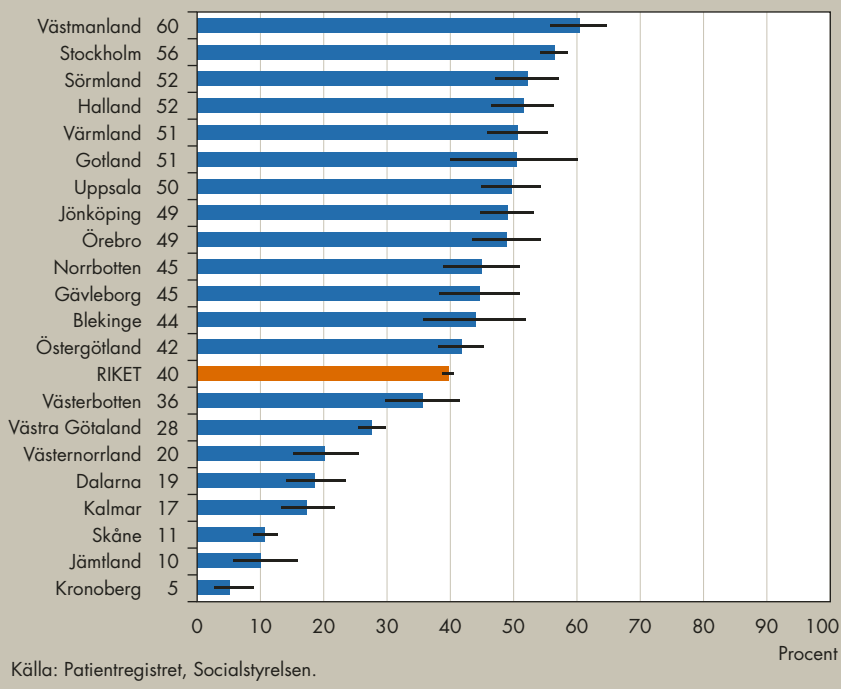


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Gällande suicidriskbedömning efter suicidförsök är det stor skillnad mellan regionerna – andelen varierar mellan 5 procent i Kronoberg och 60 procent i Västmanland (se diagram 31). Sannolikt påverkas detta resultat av olikheter i regionernas dokumentationsrutiner. Skillnader i tillgången till läkare i de olika regionerna kan också påverka resultaten.

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



Verksamheterna säger att de genomför suicidriskbedömningar vid diagnostisering...

Det är viktigt att hälso- och sjukvården bedömer suicidrisk vid vård av personer med depression och ångestsyndrom i samband med diagnostiseringen. Resultaten från Socialstyrelsens enkät till primärvården visar att de flesta mottagningar anger att mer än 75 procent av deras patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken i samband med diagnostisering. Resultaten bör dock tolkas med försiktighet på grund av den låga svarsfrekvensen.

De vuxenpsykiatriska verksamheterna uppger i ännu större utsträckning att patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en suicidriskbedömning, då nio av tio verksamheter anger detta.

... men de data som finns bekräftar inte den bilden

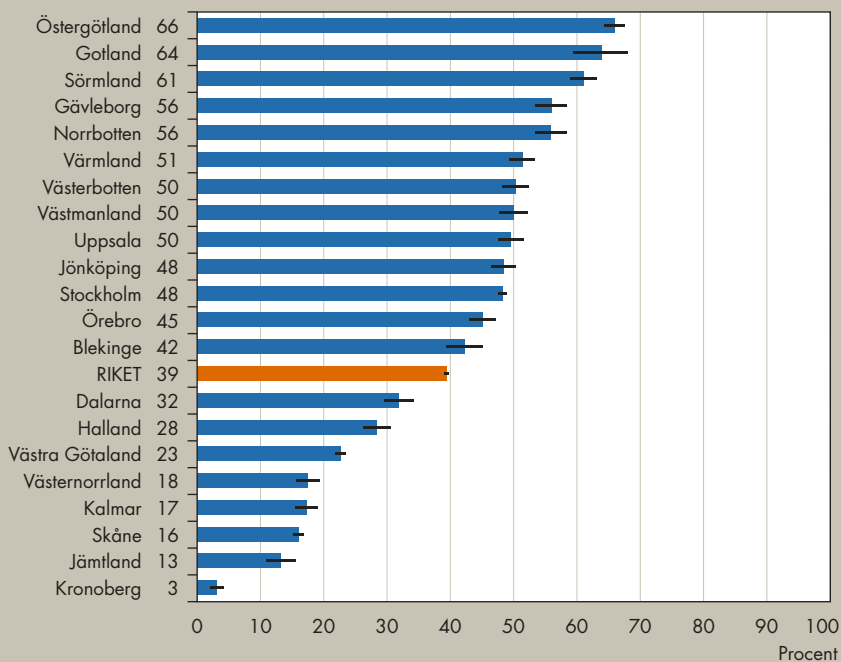
Resultaten från regionernas egna patientadministrativa system bekräftar dock inte den bild som ges via enkätsvaren. I stället framgår att endast tre procent av primärvårdens patienter med depression eller ångestsyndrom har fått en strukturerad suicidriskbedömning som har dokumenterats i det patientadministrativa systemet. En förklaring till de låga siffrorna kan dock vara bristande dokumentation av åtgärden.

Inom de vuxenpsykiatriska verksamheterna – där personer med allvarigare former av depression och ångestsyndrom vårdas – är andelen som får en suicidriskbedömning högre. Nästan hälften av patienterna inom vuxenpsykiatri har fått en strukturerad bedömning av suicidrisken. Variationen mellan regionerna är stor – mellan 13 och 100 procent – vilket sannolikt även här beror på att de har olika rutiner för att dokumentera åtgärder.

Även uppgifter från Socialstyrelsens patientregister – som dock endast omfattar suicidriskbedömningar genomförda av läkare – tyder på att suicidriskbedömningar antingen inte dokumenteras eller utförs i tillräcklig utsträckning. År 2017 fick cirka 40 procent av patienterna inom psykiatri med nydiagnostiserad depression respektive ångestsyndrom en strukturerad bedömning av suicidrisk vid diagnostisering. Andelen varierar stort mellan regioner, men det är oklart huruvida detta huvudsakligen beror på faktiska skillnader eller på olikheter i dokumentationen.

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 psykiatrin på grund av depression eller ångestsyndrom de närmaste två föregående åren.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Brister i suicidriskbedömning även för barn och ungdomar

Även verksamheter som arbetar med barn och ungdomar anger att majoriteten genomgår en strukturerad bedömning av suicidrisken. Vid verksamheter som har ansvar för första linjens insatser anger flertalet att mer än hälften får genomgå en strukturerad suicidriskbedömning. Inom barn- och ungdomspsykiatrin uppger de allra flesta verksamheter – närmare nio av tio – att mer än 75 procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad bedömning av suicidrisken.

På samma sätt som när det gäller vuxna så överensstämmer inte uppgifterna från regionernas patientadministrativa system respektive patientregistret med den bild som verksamheterna förmedlar via sina

enkätsvar. Enligt uppgifter från regionernas patientadministrativa system har cirka 20 procent av barn och ungdomar som behandlas inom barn- och ungdomspsykiatri med depression eller ångestsyndrom fått en strukturerad suicidriskbedömning.

Även data från Socialstyrelsens patientregister visar att mindre än var fjärde ungdom i åldersgruppen 13 till 17 år med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning inom en månad efter diagnos. Skillnaden mellan regionerna är stor och varierar från några enstaka procent till drygt hälften av patienterna. Även här beror skillnaden sannolikt delvis på att verksamheterna dokumenterar åtgärden i olika grad.

Bedömning av resultat

Vid både depression och ångestsyndrom finns det en ökad risk för såväl suicidtankar och suicidförsök som suicid, vilket också kräver att vården under hela sjukdomsförloppet behöver vara lättillgänglig och ha hög kontinuitet.

Om en person har gjort ett tidigare suicidförsök eller exempelvis visar tecken på instabilitet, tilltagande hopplöshet eller suicidtankar är suicidrisken 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.

De flesta personer med depression eller ångestsyndrom bör genomgå en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk i samband med diagnostiseringen. Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som innebär att mer än 90 procent av patienterna som diagnostiseras bör genomgå en sådan bedömning. Även om resultaten från enkäterna tyder på att det är många verksamheter som rutinmässigt genomför suicidriskbedömningar så gäller detta inte alla – framför allt inte inom primärvården.

De insamlade uppgifterna från regioner och data från patientregistret visar att det finns stora skillnader mellan regionerna. Det finns dock skäl att tro att skillnaderna snarare beror på olika benägenhet att dokumentera åtgärden än faktiska skillnader. Socialstyrelsen menar att det är angeläget att förbättra dokumentationen så att det går att följa upp andelen patienter som genomgår en strukturerad suicidriskbedömning.

År 2008 antog den dåvarande regeringen en övergripande nollvision mot suicid. Trots detta har antalet fullbordade suicid inte minskat. Våra resultat i denna undersökning tyder på att alla verksamheter inte arbetar aktivt med att göra strukturerade bedömningar av suicidrisken, vilket naturligtvis är ytterst angeläget. Socialstyrelsen framhåller därför vikten av att alla verksamheter som arbetar med behandling av personer med depression och ångestsyndrom utvecklar rutiner för suicidriskbedömningar, för att därigenom minska antalet suicid.

För att uppnå nollvisionen krävs det dessutom ett suicidpreventivt arbete som omfattar många samhällsaktörer, som till exempel mödra- och barnhälsovården, företagshälsovården, elevhälsan och socialtjänsten.

Fortsätta utvecklingen av psykopedagogiska insatser

Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid depression och ångestsyndrom genom att

- fortsätta att implementera och utvärdera psykopedagogiska insatser för barn och ungdomar
- systematiskt följa upp huruvida psykopedagogiska insatser är tillräckliga för den enskilde personen, eller om det finns behov av ytterligare behandlingsinsatser.

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.

Symtom som koncentrationsproblem, sömnproblem och nedsatt ork leder dessutom till sämre skolfunktion, varvid en del unga väljer att stanna hemma från skolan. Detta kan i sin tur skapa fler konflikter med föräldrarna. Relationerna hemma kan försämrats ytterligare av att barnet eller ungdomen är lättretlig och slutar att delta i familjeaktiviteter.

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

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

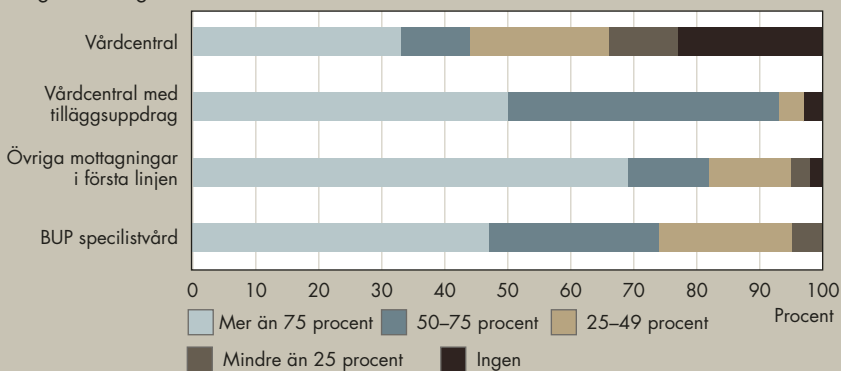
De flesta verksamheter erbjuder psykopedagogiska insatser

De flesta vårdcentraler med tilläggsuppdrag för första linjens vård uppger i sina enkätsvar att över hälften av barnen och ungdomarna får en psykopedagogisk insats med fokus på depression respektive på ångestsyndrom som första åtgärd efter diagnostisering. Detsamma gäller andra verksamheter med ansvar för första linjen, förutom vårdcentraler.

Likaså svarar nästan hälften av de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna att mer än 75 procent av barnen och ungdomarna får 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.

Det saknas data om hur många som får insatser

Sammanställningen från regionernas patientadministrativa system visar dock en annan bild än den som ges via enkätsvaren. Endast fyra procent av unga i åldersgruppen 6 till 17 år får psykopedagogisk insats inom primärvården som också är dokumenterad.

Enligt samma källa får vart tionde barn och ungdom som får åtgärder via barn- och ungdomspsykiatrien psykopedagogisk insats. Det är dock stora skillnader mellan regioner och det är svårt att veta i vilken mån siffrorna speglar faktiska förhållanden eller om resultatet främst beror på att dessa åtgärder inte dokumenteras i patienternas journaler.

Uppgifter från kvalitetsregistret Q-bup visar på likartade resultat. Mellan 13 och 15 procent av barn och ungdomar som vårdas inom barn- och ungdomspsykiatrien får behandling med psykoedukation, vilket är en annan benämning för psykopedagogisk insats. Dessa resultat är dock endast baserade på uppgifter från Kalmar, Gävleborg och Stockholm [17].

Det tycks inte finnas några skillnader mellan flickor och pojkar när det gäller hur stor andel som får psykopedagogiska insatser.

Bedömning av resultat

Psykopedagogiska insatser kan både ge en minskning av och öka förståelsen för depression och ångestsyndrom samt ge stöd och hopp. Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som innebär att mer än 80 procent av de barn och ungdomar som diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom bör genomgå en sådan insats.

Resultaten från enkäterna indikerar att det redan är många barn och ungdomar som får psykopedagogisk insats som första åtgärd, men det gäller inte alla – i synnerhet inte på vårdcentraler utan tilläggsuppdrag. Uppgifter från regionernas patientadministrativa system ger en mindre positiv bild.

Psykopedagogiska insatser är dock relativt nytt och är i dagsläget inte fullt utbyggt, vilket förmodligen medför att det kommer att ta tid innan regionerna uppnår målnivån. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att alla verksamheter kan erbjuda psykopedagogisk insats som första behandling efter diagnostisering.

Eftersom de psykopedagogiska insatserna kan se olika ut samt inte är tillräckliga för alla barn och ungdomar är det angeläget att kontinuerligt följa upp insatserna eller om det finns behov av ytterligare

behandlingsinsatser. Vidare är det angeläget att utveckla och utvärdera de psykopedagogiska metoderna som används vid depression och ångestsyndrom.

Öka tillgången till psykologisk behandling

Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid depression och ångestsyndrom genom att

- öka tillgången till psykologisk behandling
- utveckla bättre rutiner för psykologisk behandling, bland annat genom att i större utsträckning använda manualbaserade behandlingar och kontinuerligt utvärdera behandlingseffekter
- förbättra dokumentationen så att det bättre går att följa upp andelen patienter som får tillgång 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.

KBT har främst effekt vid lindrig till medelsvår egentlig depression, men två behandlingsalternativ är interpersonell psykoterapi (IPT) samt korttidsbehandling med psykodynamisk terapi (korttids-PDT). När det gäller barn och ungdomar bör familjen involveras för att kunna uppnå bästa möjliga effekt.

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.

Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som innebär att minst 60 procent av ungdomar och vuxna med depression ska få psykologisk behandling. Motsvarande målnivå när det gäller ångestsyndrom är fastställd till 70 procent. Målnivån är högre för ångestsyndrom än vid depression på grund av bättre vetenskapligt stöd för behandlingarna, mindre återfallsrisk och för att det finns etablerade manualer. Att målnivåerna inte är högre beror på att det kan finnas andra alternativa behandlingsinsatser, till exempel läkemedelsbehandling eller psykopedagogiska insatser.

Verksamheterna anger att många barn och ungdomar får psykologisk behandling

De allra flesta verksamheter som har ansvar för första linjens insatser till barn och ungdomar, och som har besvarat Socialstyrelsens enkät, kan erbjuda psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi. Däremot är andra psykologiska behandlingar ovanliga, såsom interpersonell psykoterapi och psykodynamisk korttidsterapi.

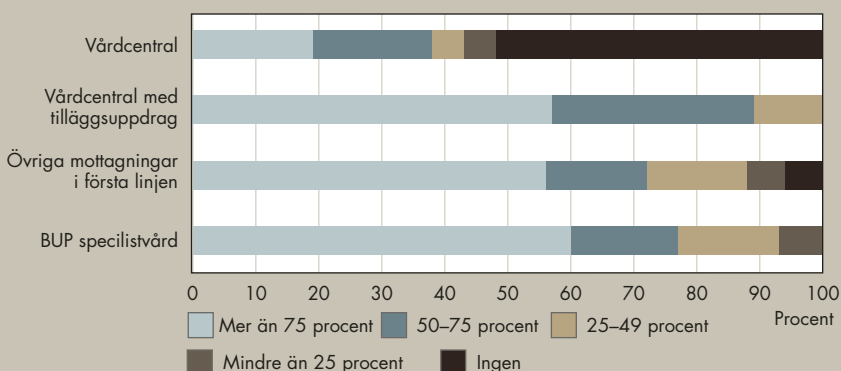
Hur stor andel av barnen och ungdomarna med depression och ångestsyndrom som får psykologisk behandling varierar dock mellan olika verksamheter, bland annat beroende på hur första linjen är organiserad.

Även inom barn- och ungdomspsykiatri är det vanligt att barn och ungdomar behandlas med kognitiv beteendeterapi. Däremot anger de flesta verksamheter att ingen eller mindre än var fjärde patient får interpersonell psykoterapi (IPT) och psykodynamisk korttidsterapi.

I diagram 33 beskrivs verksamheternas bedömning av hur stor andel av barn och ungdomar med depression och ångestsyndrom som behandlas med någon av de rekommenderade psykologiska behandlingarna (KBT, IPT eller korttids-PDT) inom första linjen respektive barn- och ungdomspsykiatri.

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.

Resultaten när det gäller första linjen bör dock tolkas med försiktighet på grund av variationen i organisationen, där uppdragen både är otydliga och ser olika ut. Vissa verksamheter som besvarat enkäten har endast i uppdrag att *upptäcka* psykisk ohälsa, så om det finns behov av psykologisk behandling remitteras barnet eller ungdomen vidare till en annan verksamhet. Detta gör att det inte alltid framgår om psykologisk behandling har erbjudits utanför den egna verksamheten.

Det är också viktigt att ha i åtanke att endast hälften av mottagningarna med ansvar för första linjen har besvarat enkäten – och att dessa sannolikt utgör ett selektivt urval – vilket gör att resultaten kan vara mer positiva än bland mottagningar som inte besvarat enkäten.

Det saknas tillförlitliga registerdata om psykologisk behandling till barn och ungdomar

Uppgifter från regionernas patientadministrativa system visar att var femte barn och ungdom som behandlas inom primärvården med depression eller ångestsyndrom får psykologisk behandling med KBT. Det är dock endast tio regioner som har kunnat lämna uppgifter. Det är stora skillnader mellan regioner och varierar från ett fåtal patienter i vissa regioner till hälften av patienterna i andra regioner. Spridningen beror sannolikt både på att tillgången till psykologisk behandling varierar och på att rutinerna för att dokumentera åtgärden ser olika ut.

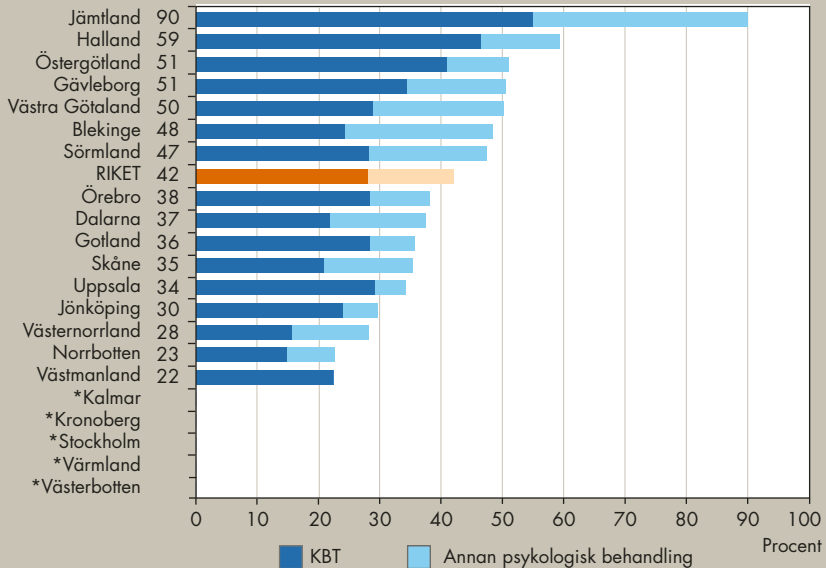
Inom primärvården är det ett fåtal barn och ungdomar, tre procent, som får någon annan psykologisk behandling än KBT baserat på de begränsade data som vi har tillgång till. Även inom barn- och ungdomspsykiatri är andelen som får psykologisk behandling lägre än vad enkätdata visar. Enligt uppgifter från regionerna patientadministrativa system behandlas drygt var fjärde patient med depression eller ångestsyndrom med KBT. Denna andel varierar dock kraftigt mellan regioner, från 15 till 55 procent. Skillnaden påverkas sannolikt också av olika rutiner för att dokumentera åtgärden i journalen.

En relativt stor andel av patienterna inom barn- och ungdomspsykiatri behandlas dock med andra psykologiska behandlingsmetoder. Nästan 15 procent får någon annan psykologisk behandling än KBT.

Det är något vanligare att flickor får psykologisk behandling jämfört med pojkar – 46 respektive 34 procent.

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.

Resultaten stämmer väl överens med data från kvalitetsregistret Q-bup som hämtar uppgifter både från vårddokumentation och från patientadministrativa system. Q-bup beskriver själva att en konsekvens av detta blir betydande osäkerheter kring datakvaliteten, men att ett av syftena med registret är att bidra till att öka kvaliteten på registrerade uppgifter genom att redovisa befintliga data och därigenom tydliggöra brister [17].

I dagsläget deltar endast Kalmar, Gävleborg och Stockholm i Q-bup. I dessa tre regioner får var femte patient med depression eller ångestillstånd behandling med KBT, medan var tredje patient med OCD (tvångssyndrom) behandlas med KBT.

Hälften av de vuxna patienterna uppges få psykologisk behandling

De allra flesta primärvårdsmottagningar (95 procent) som har besvarat enkäten anger att de kan erbjuda behandling med KBT. Nästan

hälften av mottagningarna kan dessutom erbjuda interpersonell terapi och psykodynamisk korttidsterapi, men även andra psykologiska behandlingar. Den vanligaste psykologiska behandlingen är dock KBT. Även de mottagningar som kan erbjuda andra psykologiska behandlingar uppger att det endast är en liten andel av patienterna som får dessa behandlingar

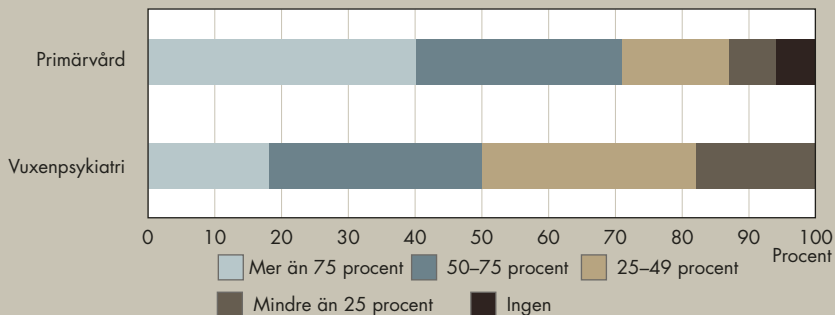
I stort sett alla vuxenpsykiatriska verksamheter (96 procent) som har besvarat enkäten uppger att de kan erbjuda KBT till personer med depression eller ångestsyndrom. Sju av tio mottagningar kan också erbjuda psykodynamisk korttidsterapi, och mer än hälften interpersonell psykoterapi och även andra psykologiska behandlingar.

Merparten av verksamheterna som kan erbjuda sina patienter IPT eller korttids-PDT uppger dock att det är mindre än en fjärdedel av patienterna med depression och ångest som får respektive behandling. Däremot svarar hälften av verksamheterna att patienterna får andra psykologiska behandlingar. Det är dock inte alltid så att de behandlingar som ges är manualbaserade, vilket rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

I diagram 36 beskrivs verksamheternas bedömning av hur stor andel av vuxna patienter med depression och ångestsyndrom som har behandlats med KBT, IPT eller korttids-PDT de senaste två åren.

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.

Som framgår av diagrammet är det en större andel av patienterna inom primärvården som har behandlats med de rekommenderade psykologiska behandlingarna under denna tidsperiod. Det kan bero på att patientunderlaget varierar mellan verksamheterna. Personer som vårdas inom psykiatrin har till exempel ofta en mer långvarig sjukdom vilket innebär att de kan ha fått kognitiv beteendeterapi tidigare, men inte under den aktuella tidsperioden.

Det bör också beaktas att svarsfrekvensen för primärvården är låg och dessutom är det sannolikt ett selektivt urval av mottagningar – med relativt god tillgång till psykologisk kompetens – som besvarat enkäten.

Även registerdata om vuxna ger en annan bild

Uppgifter från regionernas patientadministrativa system visar att var femte patient med depression eller ångestsyndrom som behandlas inom primärvården får psykologisk behandling med KBT. Det är dock endast tio regioner som har kunnat lämna uppgifter. Skillnaderna mellan regionerna är stora och varierar från ett fåtal patienter i vissa regioner till hälften av patienterna i andra regioner. Sannolikt beror denna spridning till stor del på skillnader i dokumentationen av åtgärder.

Behandling med KBT är den absolut vanligaste formen av psykologisk behandling som ges inom primärvården, mer än fyra av fem patienter som får psykologisk behandling får KBT, medan en procent av patienterna behandlas med IPT och tre procent behandlas med korttids-PDT.

Även inom den psykiatriska öppenvården skiljer sig registerdata från de uppgifter som verksamheterna har lämnat i enkäten. Enligt registerdata får var sjätte patient med depression eller ångestsyndrom psykologisk behandling med KBT.

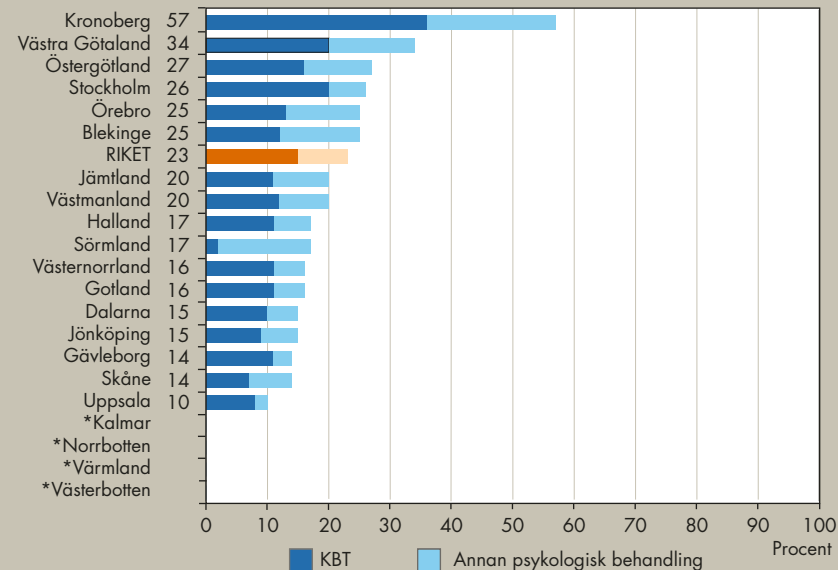
Även inom vuxenpsykiatrin tycks KBT vara den mest använda psykologiska behandlingen, medan en procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom får behandling med interpersonell beteendeterapi och fyra procent får behandling med korttids-PDT.

Skillnaderna mellan regionerna är dock stora, men sannolikt beror detta – liksom tidigare – till stor del på skillnader i dokumentationen av åtgärder.

Kvinnor får psykologisk behandling i något högre grad än män. Detta gäller alla former av psykologisk behandling.

Diagram 37. Någon psykologisk behandling – vuxenpsykiatri

Andelen patienter med depression eller ångestsyndrom inom vuxenpsykiatri, som fått KBT eller annan dokumenterad psykologisk behandling, 2017.



*Uppgift saknas.

Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen, 2018.

Psykologisk behandling via internet

De senaste tjugo åren har internetförmedlade behandlingar utvecklats i Sverige i syfte att öka tillgängligheten till evidensbaserad psykologisk behandling. Internetbehandling innebär att patienter och terapeuter kan arbeta med behandlingen mer flexibelt, på de tider som passar dem bäst [18].

Internetförmedlad KBT kan dokumenteras i kvalitetsregistret SibeR. Tillgängligheten till internetbehandling i de tre landsting som rapporterade till SibeR (Stockholm, Örebro och Uppsala) 2017 var relativt god: nästan nio av tio patienter fick bedömning inom 30 dagar varav åtta av tio även fick behandlingsstart inom samma tidsperiod. Öppen redovisning av utfallet för SibeRs indikatorer i anslutna regioner lanseras på hemsidan online våren 2019.

Behandlingsprogram för internetbehandling innefattar vanligen ett fast antal förbestämda behandlingsavsnitt (moduler), men det kan även finnas valbara moduler som behandlaren tilldelar patienten efter

behov. Sju av tio patienter med depression påbörjade mer än hälften av modulerna år 2017.

Drygt hälften av patienterna med depression fick en klinisk förbättring av internetbehandling år 2017, vilket överensstämmer med effekterna vid sedvanlig KBT [19, 20].

Bedömning av resultat

Resultaten från enkäterna – både vad gäller barn och ungdomar och vuxna – visar att nästan alla verksamheter kan erbjuda psykologisk behandling. Majoriteten av verksamheterna som arbetar med vuxna uppger att mer än hälften av patienterna med depression och ångestsyndrom har fått psykologisk behandling. Verksamheter som arbetar med barn och ungdomar uppger i ännu större utsträckning att sådan behandling ges.

Uppgifter från regionernas patientadministrativa system visar dock att det är en betydligt lägre andel av patienterna som får psykologisk behandling. Sannolikt är det många psykologiska behandlingar som inte dokumenteras med en åtgärdskod, vilket åtminstone delvis kan förklara skillnaden mellan enkät- och registerdata.

Socialstyrelsen menar att det är angeläget att förbättra dokumentationen så att det bättre går att följa upp andelen patienter som får KBT eller andra psykologiska behandlingar, eftersom psykologisk behandling är en central del av vården till personer med depression och ångestsyndrom.

För närvarande pågår det ett arbete med att utveckla Socialstyrelsens patientregister för att det även ska omfatta andra yrkeskategorier än läkare. Detta utvecklingsarbete är ytterst angeläget och det skulle också vara önskvärt att få till stånd motsvarande datainsamling för primärvården, eftersom majoriteten av patienterna med depression och ångestsyndrom behandlas där.

De begränsade data som finns tyder dock på att tillgången till psykologisk behandling är ojämnt fördelad över landet och att behoven inte kan tillgodoses på alla håll. Tillgången till psykologer och psykoterapeuter varierar mellan olika delar av landet; i vissa regioner är antalet anställda dubbelt så stort i förhållande till befolkningens mängden.

I samband med remissförfarandet av de nationella riktlinjerna har många regioner framfört att de upplever att det finns en brist på psykologer samt att antalet psykologer behöver öka framöver. Detta

gäller även regioner som har en relativt god tillgång till psykologisk kompetens, som till exempel Stockholm. Bristen på psykologisk kompetens bedöms gälla alla verksamheter som arbetar med personer med depression och ångestsyndrom, från första linjen till den specialiserade psykiatrin.

Socialstyrelsen anser att framtida personalförsörjning bör betraktas som en central fråga, men att det också är angeläget att erbjuda personalen kontinuerlig vidareutbildning – både för att öka kompetensen och för att kunna behålla den befintliga personalen.

Minska förskrivningen av bensodiazepiner

Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid depression och ångestsyndrom genom att

- minska förskrivningen av bensodiazepiner vid ångestsyndrom.

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. Vidare medför utsättningen av läkemedlen risk för abstinenssymtom.

Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården inte erbjuda behandling med bensodiazepiner till personer med ångestsyndrom, särskilt inte sådan som pågår under en längre tid. Bensodiazepiner ger betydande problem i form av biverkningar, beroende eller förvärrade symtom efter en tids behandling. Det finns andra effektiva behandlingar som bör övervägas i stället, såsom psykologisk behandling eller behandling med antidepressiva läkemedel.

Det finns emellertid personer som har behandlats lång tid med bensodiazepiner och där det är svårt att sätta ut medicinen. Även vid svåra fall av ångestsyndrom – där väl genomförd sedvanlig behandling inte gett tillräcklig lindring – kan dock bensodiazepiner, både som huvudsaklig eller enskild behandling, ibland ändå vara motiverad. Det är då viktigt att behandlingstiden är så kort som möjligt och att behandlingen kontinuerligt följs upp med en förnyad bedömning av nytta och risk.

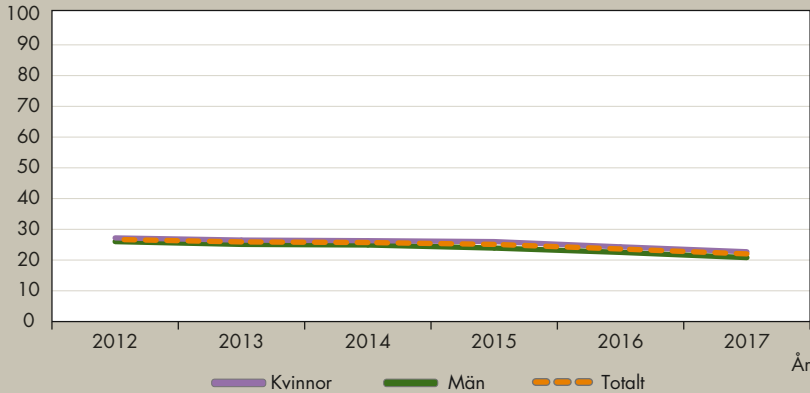
Färre behandlas, men stora skillnader mellan regioner

Andelen personer med ångestsyndrom som behandlas med bensodiazepiner har minskat med nästan en tredjedel mellan 2012 och 2017. Patientens ålder har stor betydelse för huruvida man behandlas med bensodiazepiner, drygt hälften av alla patienter med ångestsyndrom som är 65 år eller äldre har denna behandling. Däremot finns inga skillnader i användningen mellan kvinnor och män (se diagram 38).

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

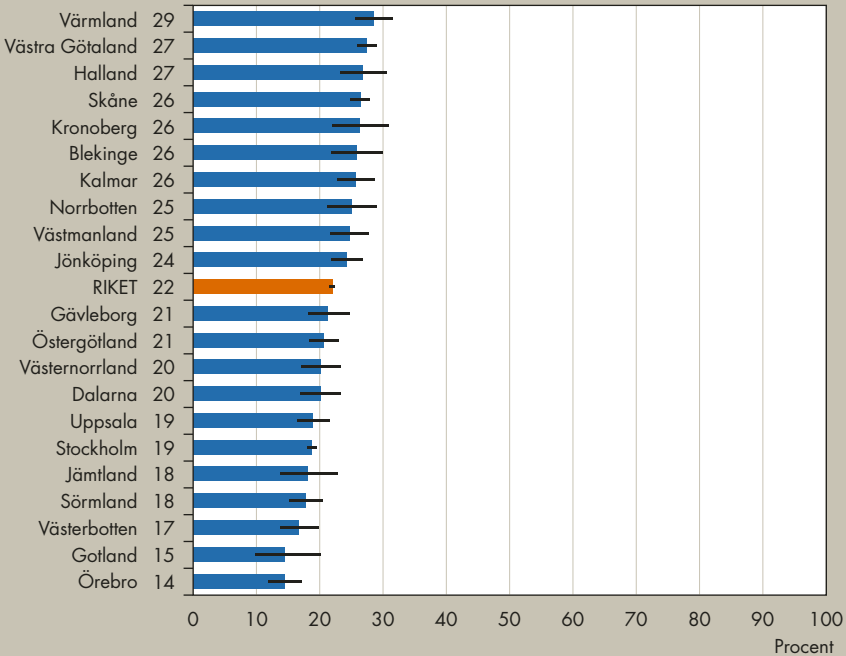


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som anger att andelen patienter med ångestsyndrom som behandlas med bensodiazepiner ska vara mindre än 10 procent. Enligt diagram 39 får dock fortfarande drygt 20 procent av dessa patienter läkemedelsbehandling med bensodiazepiner. Andelen varierar mellan regioner – från 13 till 34 procent för patienter som behandlas inom specialiserad psykiatrisk vård.

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.

Bedömning av resultat

Förskrivningen av bensodiazepiner till personer med ångestsyndrom har minskat under de senaste fem åren, vilket är en positiv utveckling. Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som innebär att andelen av patienterna med ångestsyndrom som får läkemedelsbehandling med bensodiazepiner bör understiga 10 procent. Trots den positiva utvecklingen är andelen som behandlas med dessa läkemedel i dagsläget nästan dubbelt så stor.

Att sätta ut dessa läkemedel efter lång behandling är svårt och tar ibland tid. Det är dock angeläget att inte påbörja nya behandlingar till personer som inte har använt bensodiazepiner tidigare.

Det finns också stora skillnader i landet när det gäller förskrivningen. Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården bör arbeta vidare med att minska användningen av bensodiazepiner för längre tids behandling. Detta gäller särskilt de regioner som har en hög förskrivning jämfört med det nationella genomsnittet.

Öka stödet till närstående

Socialstyrelsen bedömer att regionerna kan förbättra vården vid depression och ångestsyndrom genom att

- utveckla skriftliga rutiner för att stödja närstående, för att därigenom öka andelen som får ta del av stödinsatser.

Depression och ångestsyndrom är allvarliga tillstånd som ofta innebär ett svårt lidande för de personer som drabbas – men även närståendes liv kan påverkas i hög utsträckning. Därför är det ytterst angeläget att närstående har möjlighet att få stöd. Framför allt i fråga om yngre barn och ungdomar deltar i regel föräldrarna i behandlingen, men de kan ändå behöva egna stödinsatser. Det är också mycket viktigt att syskon får adekvat hjälp och stöd.

Även närstående till vuxna med depression och ångestsyndrom har ofta behov av stöd. Detta gäller inte minst stöd till minderåriga barn.

I de nationella riktlinjerna lyfts behoven hos närstående fram, men det saknas rekommendationer om specifika åtgärder.

Det saknas rutiner för att stödja närstående till barn och ungdomar...

Det är stor variation i tillgången till rutiner för att stödja närstående till barn och ungdomar som behandlas för depression eller ångestsyndrom. Enkätsvaren visar att merparten av vårdcentralerna utan tilläggsuppdrag för första linjen helt och hållet saknar rutiner för stöd till närstående. Det är betydligt vanligare att andra verksamheter med ansvar för första linjen har rutiner, men i de flesta fall är rutinerna enbart muntliga. Närståendestödet handlar i regel om att stötta föräldrarna – som ofta deltar i behandlingen.

Inom barn- och ungdomspsykiatri har närmare nio av tio verksamheter en rutin för att stödja närstående till barn och ungdomar som behandlas för depression eller ångestsyndrom. Det är dock bara hälften av verksamheterna som en skriftlig rutin.

Tabell 4. Stöd till närstående – barn och ungdomar

Andelen mottagningar i första linjen efter huruvida de har rutin för att stödja närstående till barn och ungdomar respektive BUP vuxna som behandlas för depression eller ångestsyndrom.

Typ av verksamhet	Ja, skriftlig	Ja, muntlig	Nej
Vårdcentral	10	19	71
Vårdcentral med tilläggsuppdrag	19	33	48
Övriga mottagningar	3	63	34
BUP specialistvård	40	45	15

Svarsfrekvens första linjen: 80 av 163, BUP: 20 av 43.

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen respektive barn- och ungdomspsykiatri 2018.

... och rutiner saknas även för att stödja närstående till vuxna

Inom primärvården uppger var femte mottagning att de har en rutin för hur de ska stödja vuxna närstående till personer med depression eller ångestsyndrom. Oftast är rutinerna enbart muntliga.

Det är något vanligare att det finns rutiner för hur mottagningarna ska stödja minderåriga barn, trettio procent av mottagningarna har sådana rutiner, men återigen är de flesta muntliga. Många mottagningar är medvetna om bristen på rutiner och framhåller att stöd till närstående är ett område där de skulle kunna bli bättre.

De flesta mottagningar – fyra av fem – hänvisar minderåriga barn till annan verksamhet som ger stöd, i de flesta fall barn- och ungdomspsykiatri eller socialtjänsten. Det förekommer också att mottagningarna har informationsmaterial eller erbjuder individuellt samtalsstöd.

Det är vanligare att de vuxenpsykiatriska verksamheterna har rutiner för hur de ska stödja vuxna närstående till personer med depression eller ångestsyndrom. Trots detta är det nästan hälften av verksamheterna som saknar rutiner. Inom vuxenpsykiatri är det vanligare att rutinerna är skriftliga, jämfört med inom primärvården.

Å andra sidan har nio av tio vuxenpsykiatriska verksamheter en rutin för hur de ska stödja minderåriga barn till personer med depression eller ångestsyndrom. I de allra flesta fall är denna rutin skriftlig.

Den vanligaste formen av stöd är att hänvisa minderåriga barn till annan verksamhet som ger stöd. Merparten av verksamheterna har barnombud och informationsmaterial och hälften erbjuder även individuellt samtalsstöd.

Bedömning av resultat

Nästan alla vuxenpsykiatriska verksamheter har en rutin för hur de ska stödja minderåriga barn till personer med depression eller ångestsyndrom, vilket är positivt. Resultaten visar dock att många verksamheter i dagsläget saknar rutiner för att stödja närstående, och om det finns rutiner är dessa ofta muntliga. Bristen på rutiner är särskilt stor inom primärvården.

Socialstyrelsen bedömer att alla verksamheter borde ha rutiner för hur stödet till närstående till personer med depression och ångestsyndrom ska gå till. Även om det i undantagsfall kan fungera väl med muntliga rutiner – kanske framförallt inom mindre verksamheter där det också finns en god personkänedom – är det oftast en fördel om det finns skriftliga rutiner.

Andra områden som ingår i utvärderingen

I den här rapporten lyfter Socialstyrelsen fram de förbättringsområden som har identifierats i utvärderingen. Utvärderingen omfattar även andra områden som prioriterats högt i de nationella riktlinjerna, läkemedelsbehandling och strukturella förutsättningar för vården vid depression och ångestsyndrom. En fullständig beskrivning av samtliga resultat som ingår i utvärderingen, med tillhörande diagram, finns i underlagsrapporten Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019 – Vård vid depression och ångestsyndrom. Underlagsrapport. Dessa områden är:

- **Vårdsamordnare.** 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 särskild vårdsamordnare.
- **Läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom.** Beskriver läkemedelsanvändningen hos barn och ungdomar respektive vuxna. Det kan ge en uppfattning om hur vanligt det är med läkemedelsbehandlad depression och ångestsyndrom och förskrivning inom primärvården och specialiserad psykiatri.
- **Behandling med ECT.** Vid svår depression hos vuxna kan det vara aktuellt med elektrokonvulsiv behandling (ECT). Syftet med behandlingen är att snabbt minska symtom samt häva eller vända ett allvarligt tillstånd.
- **Fysisk aktivitet.** 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 den egna förmågan kan förklara den fysiska aktivitetens antidepressiva effekt.

- **Uppföljning av behandlingen.** Sjukdomsförloppet vid depression och ångestsyndrom är ofta växlande med risk för återfall och nya depressionsepisoder. En god kontinuitet i vårdkontakten och en aktiv uppföljning av förlopp och behandling ökar följsamheten till behandlingen och förbättrar prognosen över tid.
- **Öppenvård efter utskrivning.** Öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård kan minska risken för återinsjuknande och återinskrivning.
- **Samverkan.** Beskriver samverkan mellan olika vårdaktörer.

Referenser

1. Nationell utvärdering – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2013.
2. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2017.
3. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.
4. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2019.
5. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.
6. 13026/2018 Regeringsuppdrag – Uppdrag att kartlägga och analysera regionala skillnader vid diagnostisering och läkemedelsbehandling av neuropsykiatriska tillstånd bland barn.
7. 26178/2018 Regeringsuppdrag – Uppdrag att kartlägga samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.
8. Nationella målnivåer vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen; 2017.
9. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/skolbarns-halsovanor>.
10. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Socialstyrelsen; 2017.
11. Psykisk ohälsa bland unga. Socialstyrelsen; 2013.
12. Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2018. Folkhälsomyndigheten 2019.
13. Uppdrag Psykisk Ohälsa, SKL 2017
14. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU; 2012. Rapport 212.

15. 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.
16. Psyisk ohälsa hos äldre. ÖJ hösten 2018. Socialstyrelsen.
17. Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri – Årsrapport 2017. Stockholm 2018.
18. SibeR. Årsrapport 2017. SLSO, 2018. Hämtad 2019-01-24 från <https://siber.registercentrum.se/statistik>.
19. SBU. Internetförmädd psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom. sbu alert-rapport nr 2013-02 • 2013-08-28. www.sbu.se/alert.
20. Carlbring, P, Andersson, G, Cuijpers, P, Riper, H, Hedman-Lagerlöf, E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 2018;47:1:1-18.

Bilaga 1. Projektorganisation

Projektledning

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

Övriga projektmedarbetare

Peter Salmi	utredare inom psykiatri
Carolin Holm	utredare, enkätstöd

My Raquette	statistiker, enkäter
Åsa Söderlund	utredare, diagramproduktion
Tiina Laukkanen	produktionsledare
Harriet Wennberg	kommunikatör

Bilaga 2. Beskrivning av de rekommenderade psykologiska behandlingarna

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 bedrivs aktivt, målmedvetet och med ett avgränsat tidsperspektiv. Vanligen omfattar de evidensbaserade programmen 10-20 behandlingstillfällen.

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.

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.

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.

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019 – Vård vid depression och ångestsyndrom syftar till att utvärdera den svenska vården, utifrån de nationella riktlinjerna inom området. Rapporten sammanfattar de viktigaste resultaten i utvärderingen och ger rekommendationer till hälso- och sjukvården om prioriterade förbättringsområden.

Rapporten riktar sig till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården, men kan även vara till nytta för berörda personalgrupper samt patientföreningar.

På Socialstyrelsens webbplats finns dessutom en underlagsrapport, som innehåller en utförligare beskrivning av samtliga resultat.

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019
Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom
– Huvudrapport med förbättringsområden (artikelnr 2019-5-12)
kan beställas från Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se