

Vård vid depression och ångestsyndrom 2019

Underlagsrapport

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

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

Artikelnummer 2019-5-13
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2019

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.

Resultaten i utvärderingen presenteras i två rapporter. Denna underlagsrapport innehåller samtliga resultat samt en utförligare beskrivning av metoden. Resultaten sammanfattas också i rapporten *Nationell utvärdering – vård vid depression och ångestsyndrom 2019. Huvudrapport med förbättringsområden*, som innehåller sammanfattning, bedömningar och 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. 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
Innehåll	5
Inledning.....	7
Beskrivning av uppdraget.....	7
Personer med depression och ångest i fokus	7
Syfte och avgränsningar	8
Resultat i två rapporter.....	9
Målgrupper.....	9
Samverkan och kommunikation	9
Rapportens disposition	9
Metod och definitioner	11
Förutsättningar för uppföljning.....	11
Datakällor.....	11
Övriga metodaspekter.....	15
Psykisk ohälsa och sjukdom	16
Hur skattar befolkningen sin hälsa?	16
Ingen ökning av antalet suicid	16
Högre dödlighet och mer somatisk vård.....	21
Tillgång till personal inom psykiatriområdet	28
Organisationen av vården till barn och ungdomar med depression och ångestsyndrom	30
Första linjen	32
Barn- och ungdomspsykiatri.....	34
Utredning av barn och ungdomar	38
Första linjen för barn och unga klarar inte vårdgarantin.....	38
Väntetider till barn- och ungdomspsykiatrisk vård	39
Diagnostik.....	42
Psykologisk behandling av barn och ungdomar	51
Psykopedagogisk insats	51
Psykologisk behandling av barn och ungdomar.....	54
Läkemedelsbehandling av barn och ungdomar	62
Förskrivning av antidepressiva läkemedel.....	62
Uppföljning av barn och ungdomar.....	70
Stöd till närstående till barn och ungdomar	73
Samverkan mellan aktörer som arbetar med barn och ungdomar.....	75
Organisationen av vården till vuxna med depression och ångestsyndrom	78

Primärvården - första linjen.....	78
Vuxenpsykiatri.....	79
Utredning av vuxna.....	83
Väntetider till vuxenpsykiatrisk vård.....	83
Diagnostik	85
Psykologisk behandling av vuxna	98
Tillgång till personal som arbetar med psykologisk behandling	98
Psykologisk behandling	99
Fysisk aktivitet	107
Läkemedelsbehandling av vuxna	110
Förskrivning av läkemedel inom primärvården och specialiserade psykiatri	110
Andra behandlingar vid svåra depressioner	119
Behandling med repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS)	119
Behandling med elektrokonvulsiv terapi (ECT).....	119
Uppföljning av vuxna.....	124
Öppenvård efter utskrivning vid depression eller ångestsyndrom.....	127
Stöd till närstående till vuxna	130
Samverkan mellan aktörer som arbetar med vuxna	133
Samverkan mellan primärvård och vuxenpsykiatri	133
Referenser	135
Bilaga 1 Projektorganisation.....	137
Projektledning	137
Expertstöd	137
Övriga projektmedarbetare	137

Inledning

Beskrivning av uppdraget

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 en god kvalitet i socialtjänsten 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 utifrån de nationella riktlinjerna.

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.

Personer med depression och ångest i fokus

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Risken att insjukna i en depression någon gång i livet är 36 procent för kvinnor och 23 procent för män [2]. En fjärdedel av befolkningen drabbas någon gång av ett ångestsyndrom, och bland vuxna är det två till tre gånger så vanligt hos kvinnor jämfört med män.

Många av de som drabbas av depression eller ångest är i arbetsför ålder. Diagnoser inom depressions- och ångestområdet (inklusive anpassningssvårigheter och reaktion på svår stress) ligger bakom cirka 90 procent av alla sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa i Sverige och orsakar drygt 40 procent av alla sjukskrivningar.

Både när det gäller depression och ångestsyndrom finns skiftande allvarlighetsgrader, men även vid mindre allvarlighetsgrad innebär tillståndet ofta att personen får försämrad livskvalitet och svårigheter att klara såväl vardag som arbetsliv.

Även närståendes liv kan påverkas i hög utsträckning. Det är därför viktigt med adekvat och tidig behandling för att så långt möjligt förhindra graden av

funktionsnedsättning, risk för långvarig sjukdom och återinsjuknande. Vid både depression och ångestsyndrom finns ökad risk för både suicidtankar och suicidförsök, vilket kräver att vården under hela sjukdomsförloppet behöver vara lättillgänglig och ha hög kontinuitet.

Vidare har personer med depression och ångestsyndrom också större risk än normalbefolkningen att drabbas av kroppsliga (somatiska) sjukdomar. Det är dessutom vanligare att personer med långvariga sjukdomar – såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdom eller stroke – drabbas av depression och ångest [2].

Syfte och avgränsningar

Rapportens 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 dock 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 därmed 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 behov av nya kunskapsstöd [6]. Det pågår även ett uppdrag i syfte att kartlägga omhändertagandet vid sam sjuklighet med psykisk ohälsa och beroendeproblematik, där det ingår att föreslå åtgärder vid sådan problematik[7].

Resultat i två rapporter

Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. Denna rapport innehåller samtliga resultat samt en utförligare beskrivning av metoden. Resultaten sammanfattas också i huvudrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*. Båda rapporterna går att beställa eller ladda ner på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

Målgrupper

Denna rapport riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom regionerna. 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 Kvalitetsregistret ECT och nationellt kvalitetsregister för internetbaserad psykologisk behandling (SibeR).

Information om utvärderingens upplägg och genomförande har getts till den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK), en grupp som består av huvudmannaföreträdare och representanter från myndigheter.

Vidare har utvärderingen presenterats för den nationella arbetsgruppen för depression och ångest.

Vi har även informerat ett flertal professionsföreningar och patientföreningar.

Med andra ord har ett stort antal personer, både inom och utanför Socialstyrelsen, på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten. Hela projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

Rapportens disposition

Efter denna inledning följer ett metodavsnitt som beskriver arbetet med att samla in uppgifter om regionernas insatser för vård vid depression och ångestsyndrom. Metodavsnittet beskriver även vilka datakällor och olika relevanta metodaspekter vi har använt samt de begrepp och definitioner som vi använder i rapporten.

Därpå följer avsnitten som beskriver de resultat som har framkommit i utvärderingen av vård vid depression och ångestsyndrom – först för barn och ungdomar och därefter för vuxna.

Denna rapport omfattar följande bilagor:

- **Bilaga 1** visar projektorganisationen.

- **Bilaga 2** innehåller indikatorbeskrivningar – detaljerad teknisk beskrivning av varje indikator som ingår i rapporten.
- **Bilaga 3** omfattar enkäter till primärvård, första linjen för barn och unga, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri samt till regionerna för en mängddatainsamling

Bilaga 1 finns i slutet av denna rapport, medan bilaga 2 och 3 finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

Metod och definitioner

Förutsättningar för uppföljning

Att utvärdera vården och omsorgen för personer med depression och ångestsyndrom är svårt, eftersom det saknas heltäckande kvalitetsregister eller andra datakällor på nationell nivå. I utvärderingen från 2013 lyftes behovet av att utveckla datakällorna som ett viktigt förbättringsområde. Socialstyrelsen betonade då att det behövdes en utveckling av registerdata, så att denna 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. Begränsningarna med respektive datakälla beskrivs i följande avsnitt.

Datakällor

Rapporteringen till Socialstyrelsens hälsodataregister är obligatorisk och lagreglerad medan rapporteringen till de nationella kvalitetsregistren är frivillig, regioner och kommuner väljer själva om de vill ansluta sig till registren, och dessutom kan patienterna själva avböja att deras uppgifter registreras.

Nationella kvalitetsregister

I utvärderingen har vi hämtat uppgifter från ECT samt i viss utsträckning från Q-bup och SibeR.

Kvalitetsregister ECT (ECT)

ECT är ett nationellt kvalitetsregister för uppföljning av behandling med elektrokonvulsiv terapi (förkortas ECT), vilket används vid svåra psykiska sjukdomar – framför allt vid svår depression. Kvalitetsregistret startades år 2008 och från och med 2012 är samtliga enheter i landet som ger ECT anslutna till registret.

Registret är anpassat för att följa upp de kliniska riktlinjer som Svenska psykiatriska föreningen presenterade 2014. Det som registreras är uppgifter om diagnoser, symtom, behandlingen, biverkningar och läkemedelsbehandling

Sedan 2018 samlar Kvalitetsregister ECT också in patientdata om behandlingsresultat vid repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS).

I denna utvärdering har vi hämtat uppgifter från år 2017 för att beskriva resultatet av ECT-behandling för patienter med svår depression. Täckningsgraden för Kvalitetsregister ECT har under 2017 beräknats till 90 procent genom sambearbetning med Socialstyrelsens patientregister. Täckningsgraden i de olika regionerna varierade mellan 84 och 100 procent.

Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri (Q-bup)

Q-bup samlar information om patientens tillstånd och väg genom vårdprocessen, de bedömningar som görs av vården och om de beslut som fattas vid olika tidpunkter. Q-bup bygger uteslutande på data som av vårdgivaren överförs till registret från journal- och patientadministrativa system.

Registret syftar till att bidra till bättre förutsättningar för systematisk verksamhetsutveckling, förbättrings arbete och egenkontroll inom barn- och ungdomspsykiatri.

Barn- och ungdomspsykiatrisk vård finns i samtliga regioner. Under 2017 rapporterade tre av dessa (Kalmar, Gävleborg och Stockholm) till Q-bup. För 2017 innebär detta att de anslutna verksamheterna ansvarar för barn- och ungdomspsykiatrisk vård till 29 procent av landets befolkning i åldersgruppen 0 till 17 år.

Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR)

Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR) syftar till att stöda införande och systematisk utvärdering av internetbaserad psykologisk behandling för att bidra till en mer jämlik och lättillgänglig evidensbaserad vård.

År 2017 var det tre enheter anslutna till SibeR; Internetpsykiatri på Psykiatri Sydväst (PSV) i Stockholm, psykiatri och primärvård Örebro samt psykiatri i Uppsala. Under detta år ökade täckningsgraden på de enheter som är med och datakvaliteten förbättrades påtagligt. Några viktiga kvalitetsindikatorer är andelen patienter som får påbörja behandling inom 30 dagar efter vårdbegäran för psykologisk behandling och andelen patienter som fått effekt av behandlingen med redovisning av påverkande faktorer.

Ett projekt för att öka anslutningen till SibeR ledde till att flera regioner uppgav avsikt att ansluta sig. Konkret inleddes anslutning av internetbehandling inom primärvården för unga och vuxna i Västra Götalandsregionen (VGR) samt av primärvården i Uppsala.

Socialstyrelsens individbaserade register

Socialstyrelsen ansvarar för hälsodataregister och socialtjänstregister för att kunna följa upp och analysera utvecklingen av såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten.

Patientregistret (PAR)

Patientregistret är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister, vilket innehåller uppgifter om individers vårdkontakter, diagnoser och åtgärder. Sedan år 2015 uppdateras patientregistret månadsvis, i stället för årligen.

Registret omfattar såväl offentliga som privata vårdgivare, både inom den öppna och slutna specialiserade vården. I dagsläget är det dock inte möjligt att använda patientregistret som en datakälla för att fullt ut följa upp den psykiatriska öppenvården eftersom de insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare inte har fått samlas in enligt gällande lagstiftning. Därmed kommer regeringens beslut om att Socialstyrelsen från januari 2017 även får samla in insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare sannolikt att göra det lättare att följa upp denna vård på några års sikt [8].

Patientregistret omfattar inte primärvården, då Socialstyrelsen saknar lagstöd för att samla in och behandla dessa uppgifter. Eftersom många personer med depression och ångestsyndrom utreds och behandlas just inom primärvården, kan registret i och med detta endast i begränsad omfattning användas för att beskriva de insatser som ges till dessa personer.

Läkemedelsregistret

Socialstyrelsens läkemedelsregister innehåller uppgifter om de läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som har hämtats ut mot recept eller motsvarande sedan år 1999. Registret uppdateras varje månad. Dock ingår inte läkemedel som ges i den slutna vården, som tas ur läkemedelsförråd eller som köps utan recept i läkemedelsregistret. Fram till i dag har registret inte innehållit information om orsaken till att läkemedlet skrivs ut, men inom några år kommer även ordinationsorsaken att dokumenteras i registret.

I denna utvärdering använder vi uppgifter från registret för att beskriva förskrivningen av antidepressiva läkemedel (SSRI och SNRI) samt bensodiazepiner.

Dödsorsaksregistret

Socialstyrelsens dödsorsaksregister omfattar samtliga avlidna som var folkbokförda i Sverige vid tiden för dödsfallet. Dödsorsaksregistret uppdateras årligen och innehåller uppgifter från 1961 och framåt. När analyserna i denna rapport genomfördes fanns uppgifter om dödsdatum för avlidna under år 2017.

Enkätundersökningar

För att få in uppgifter till utvärderingen har Socialstyrelsen skickat ut enkäter till följande fyra verksamhetsområden:

- verksamheter med ansvar för första linjens vård till barn och ungdomar
- barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter
- primärvårdsmottagningar
- vuxenpsykiatriska verksamheter

Vi vände oss dessutom till regioner centralt, för att få uppgifter om antal patienter som fått olika behandlingar.

Enkät till första linjen barn och unga

Regionerna definierar själva vilka av deras verksamheter som har ett första linjen-uppdrag inom respektive region. Med första linjen menas den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att ta emot barn, ungdomar och familjer som söker hjälp för att ett barn eller en ungdom mår psykiskt dåligt, oavsett orsak. Dessa kan till exempel vara en primärvårdsmottagning, BUP eller ungdomsmottagning.

Utifrån vad regionerna har uppgett, har Uppdrag Psykisk Hälsa vid Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sammanställt en lista på vilka verksamheter och enheter i respektive region som har ett första linjeuppdrag. Listan är förankrad vid Nätverket för styrning och ledning av psykiatri vid SKL. Vi har fått hjälp av kontaktpersoner inom regionerna med att komplettera listan med e-postadresser inför enkätutskicket.

Frågorna handlade huvudsakligen om rutiner och åtgärder till barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom.

Datinsamlingen genomfördes via en webbenkät som startade under april och pågick till juni 2018. Under insamlingsperioden skickades två påminnelser ut. Enkäten skickades till verksamhetschefer för enheter som har ansvar för första linjens uppdrag, totalt 177 mottagningar. Svarefrekvensen blev 54 procent.

(Notera att om en mottagning är första linje ingår den inte i undersökningen för BUP eller primärvårdsramen.)

Enkät till barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter

E-postlistan till verksamhetschefer inom BUP fick vi från Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. Frågorna i enkäten handlade huvudsakligen om rutiner och åtgärder till barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom.

Datinsamlingen genomfördes via en webbenkät som startade under april och pågick till juni 2018. Under insamlingsperioden skickades två påminnelser. Enkäten skickades till verksamhetschefer för barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, totalt 43 mottagningar. Svarefrekvensen blev 51 procent.

Enkät till primärvårdsmottagningar – vårdcentraler eller motsvarande

För att få en aktuell förteckning över alla primärvårdsmottagningar vände vi oss till vårdvalsenheter på alla regioner. För regioner med färre än tio kommuner genomfördes en totalundersökning, medan det för övriga regioner genomfördes en urvalsundersökning där urvalet består av ett stratifierat, obundet och slumpmässigt urval. Urvalet har sedan fördelats i 234 stratum efter kommun. Från varje stratum drogs en primärvårdsenhet samt för storstäderna, Göteborg, Malmö och Stockholm, drogs 20 primärvårdsenheter vardera.

Frågorna i enkäten handlade huvudsakligen om rutiner och åtgärder till vuxna med depression eller ångestsyndrom. Datinsamlingen genomfördes via en webbenkät som startade under april och pågick till juli 2018. Under insamlingsperioden skickades tre ordinarie påminnelser samt en extra påminnelse om förlängd insamlingsperiod ut. Det skickades även ut en påminnelse till de som påbörjat men ännu inte avslutat enkäten. Enkäten skickades till verksamhetschefer för ett urval om primärvårdsmottagningar, totalt 534 mottagningar. Svarefrekvensen blev 33 procent.

Enkät till vuxenpsykiatriska verksamheter (utom rättspsykiatri)

Regionernas kontaktpersoner hjälpte oss att sammanställa en lista över vuxenpsykiatriska verksamheter. Frågorna i enkäten handlade huvudsakligen om rutiner och åtgärder till vuxna med depression eller ångestsyndrom.

Datinsamlingen genomfördes via en webbenkät som startade under april och pågick till juni 2018. Under insamlingsperioden skickades två påminnelser. Enkäten skickades till verksamhetschefer för vuxenpsykiatri, totalt 83 verksamheter. Svarefrekvensen blev 57 procent.

Enkät till regioner

Som en komplettering till enkäterna till verksamhetscheferna vände vi oss även till regionerna och bad om att få vissa uppgifter för patienter med depression eller ångestsyndrom från deras patientadministrativa system.

Enkäten till regioner, vilken var adresserad till regiondirektör eller motsvarande, skickades ut i maj och insamlingsperioden pågick till september 2018. Även denna insamling genomfördes via en webbenkät.

Arton regioner har besvarat enkäten vad gäller uppgifter för barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri, medan tio regioner besvarat enkäten vad gäller uppgifter för primärvården. Uppgifterna omfattar verksamhetsåret 2017.

Övriga metodaspekter

I denna rapport presenteras resultaten utifrån organisatorisk nivå för riket samt för respektive region. När så är möjligt redovisas också resultaten uppdelade på personernas ålder, kön och utbildningsnivå. Syftet med att jämföra uppgifterna på dessa nivåer är att synliggöra eventuella ojämlikheter i vården för personer med depression och ångestsyndrom.

Redovisning för riket och regioner

Resultaten som beskriver regionernas verksamhet redovisas i de flesta fall på regionnivå.

Diagrammen visar en viss rangordning av regioner, där principen är att det bästa resultatet finns högst upp i diagrammet och det sämsta finns längst ner. Där det inte gått att värdera resultaten rangordnas de i stället utifrån principen ”högsta till lägsta värde”. Syftet med rangordningen är i första hand att synliggöra de variationer som finns i landet – inte att ställa olika regioner mot varandra.

Statistisk osäkerhet, konfidensintervall och antalet fall

Den statistiska osäkerheten – det vill säga risken att resultatet beror på slumpen – illustreras i de flesta fall genom ett så kallat konfidensintervall. Mindre regioner har jämförelsevis få fall inom olika kategorier, vilket ger en större osäkerhet i resultaten och därmed ett större konfidensintervall.

På grund av den högre statistiska osäkerheten återfinns små regioner oftare i toppen eller botten av diagrammen, medan det omvända gäller för de största regionerna och länen.

Jämförelser utifrån kön och ålder

När så är möjligt har resultaten jämförts utifrån ålder och kön. Resultaten redovisas dock endast köns- och/eller åldersuppdelade när det finns skillnader mellan könen respektive olika åldersgrupper. Om vi har gjort en köns- eller åldersanalys som inte visas i figurerna så står detta angivet.

Psykisk ohälsa och sjukdom

Hur skattar befolkningen sin hälsa?

Folkhälsomyndigheten gör årligen en nationell studie om befolkningens hälsa tillsammans med regioner. Syftet med studien är dels att visa hur befolkningen mår dels att följa eventuella förändringar i befolkningens hälsa över tid. Frågorna i den nationella folkhälsoenkäten som skickas ut handlar bland annat om mottagarens fysiska och psykiska hälsa, läkemedelskonsumtion, vårdkontakter och levnadsvanor.

Bilden av folkhälsans utveckling är i många avseenden positiv, men ett undantag är flera tecken på att psykisk ohälsa ökar. Besvär av ångslan, oro eller ångest påverkar människors välbefinnande negativt. Kvinnor upplever oro och ångest i större utsträckning än män, likaså yngre personer jämfört med äldre. Bland kvinnor i åldersgruppen 18 till 29 har andelen med besvär av oro och ångest ökat med en tredjedel mellan år 2010 och 2018 – från 46 till 65 procent – och bland män i samma åldersgrupp har andelen fördubblats, från 22 till 41 procent [9].

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 ökningen för 13-åringar från 15 till 28 procent och för 15-åringar från 20 till 30 procent under samma tidsperiod (1985-2018) [10].

Ingen ökning av antalet suicid

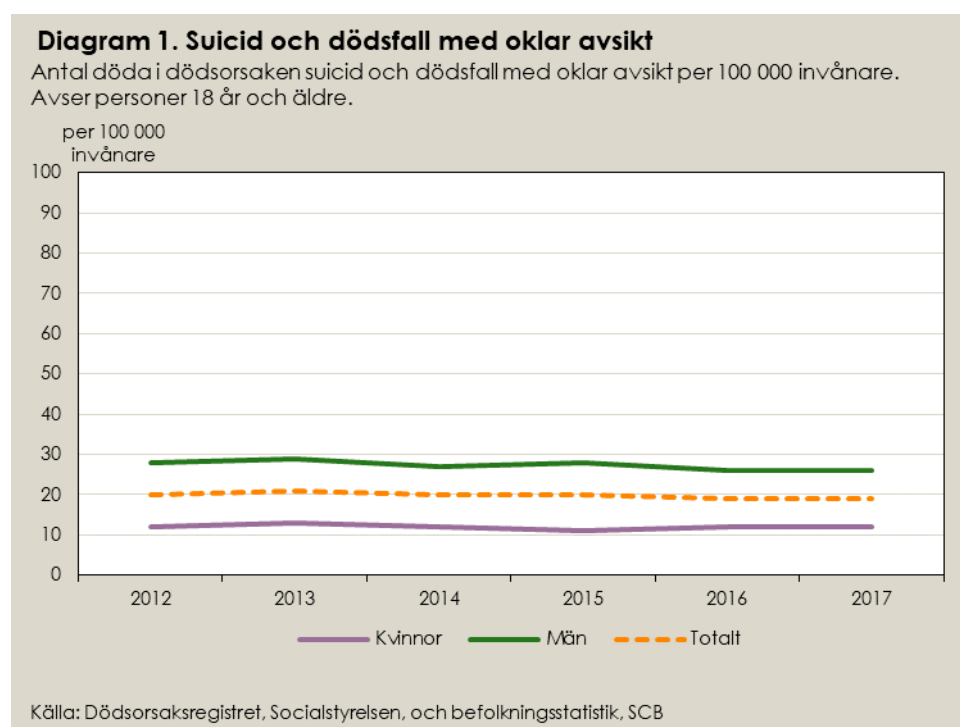
Vid både depression och ångestsyndrom finns ökad risk för såväl suicidtankar och suicidförsök som suicid. Suicidtankar och suicidförsök är vanligare bland yngre medan äldre har högst antal suicid.

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 suicidbeteende 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 (till exempel MS) och KOL.

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. Män dör dock fortfarande till följd av suicid i dubbelt så stor utsträckning som kvinnor.

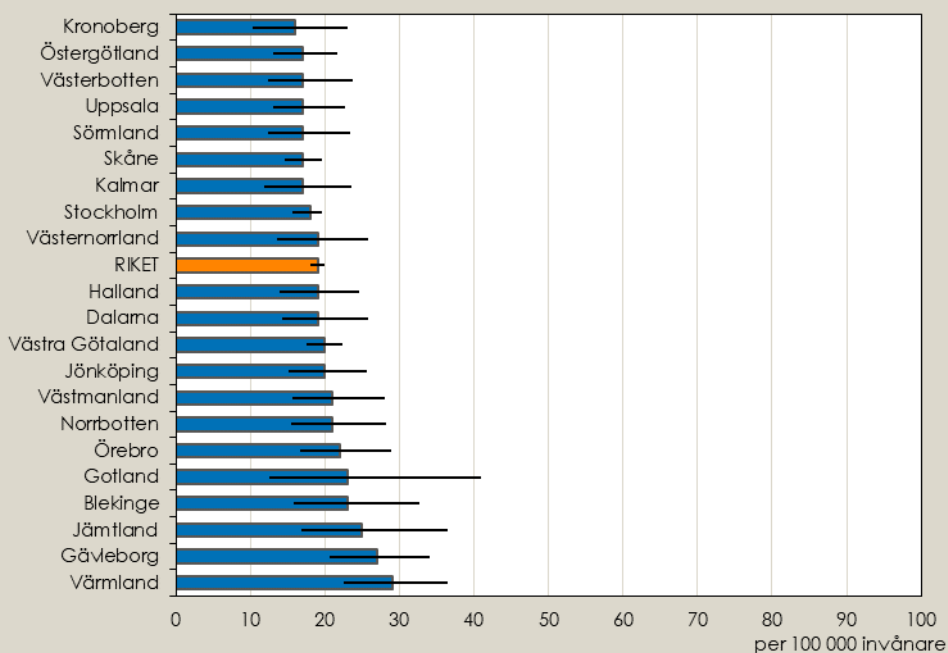
Under 2017 tog totalt 29 personer under 18 år sitt liv. Antalet suicid bland barn och ungdomar har sedan 2012 varierat mellan 20 och 29 suicid årligen, vilket är omkring ett suicidfall per 100 000 invånare i åldersgruppen – ett antal som alltså varit oförändrat sedan 2012.



I regioner varierar antalet suicid och dödsfall med oklar avsikt med att från 16 förekomster per 100 000 invånare i Kronoberg till närmare 30 i Värmland. Diagram 2 visar antalet förekomster per region.

Diagram 2. 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.

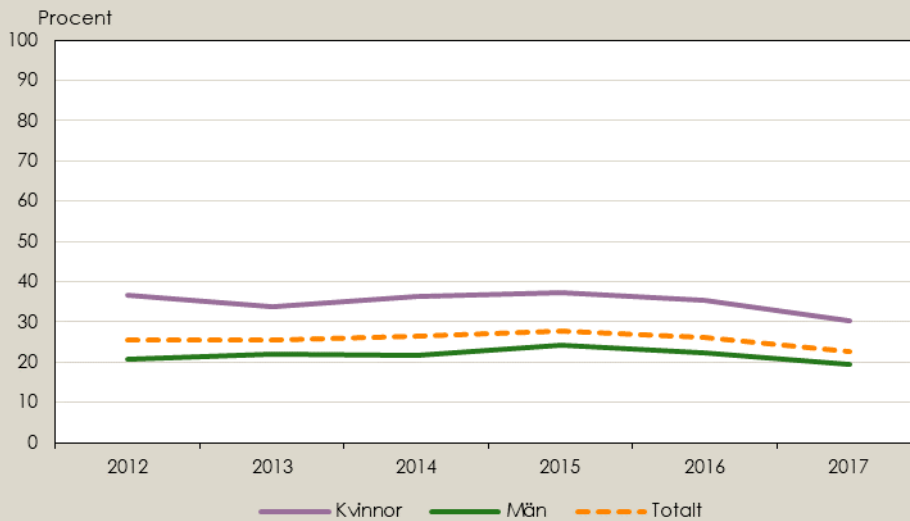


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, och befolkningsstatistik, SCB.

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 inom tolv månader innan fullbordat suicid har varit relativt konstant för båda könen mellan år 2012 och 2017 (se diagram 3).

Diagram 3. Kontakt med psykiatri innan suicid

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



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

År 2017 hade var fjärde person med depression eller ångestsyndrom haft kontakt med psykiatri inom tolv månader innan fullbordad suicid. Här är det stor variation mellan regionerna, men detta påverkas också av att det är relativt få personer i varje region som begår självmord. Av totalt 1 160 suicid bland personer med depression eller ångestsyndrom hade 120 personer haft kontakt med psykiatri inom tolv månader innan.

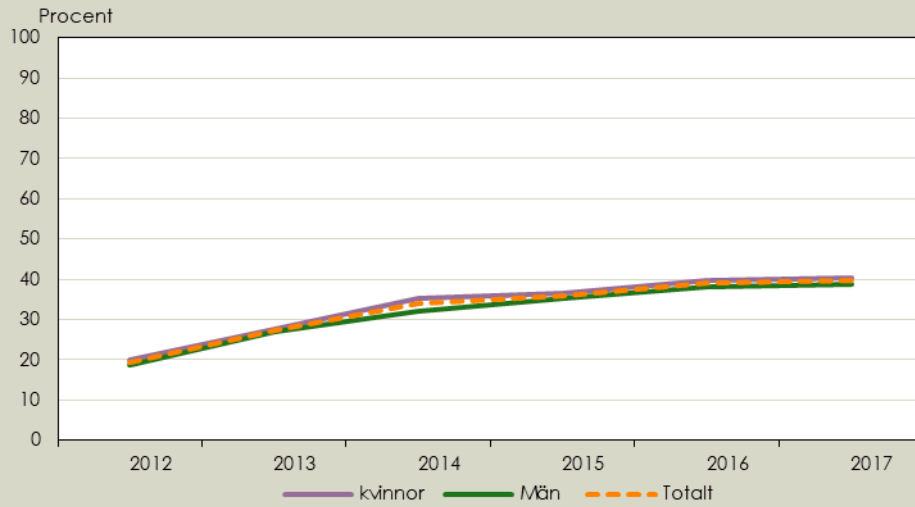
Fler suicidriskbedömningar efter självmordsförsök än tidigare

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 suicidrisk 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 4 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 åtgärds kod som gör det möjligt att följa upp via Socialstyrelsens patientregister.

Diagram 4. Suicidriskbedömning efter suicidförsök eller annan självillfogad skada

Andelen personer som fått en suicidriskbedömning av en läkare inom 7 dagar efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök.

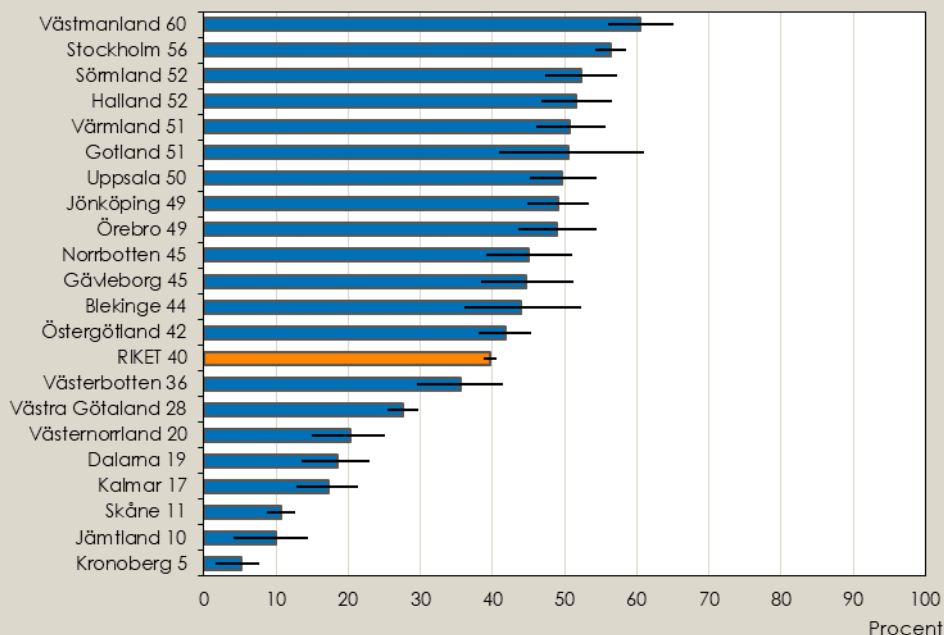


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

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

Diagram 5. Suicidriskbedömning efter suicidförsök eller annan självtillfogad skada

Andelen personer som fått en suicidriskbedömning av en läkare inom 7 dagar efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök, 2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Högre dödlighet och mer somatisk vård

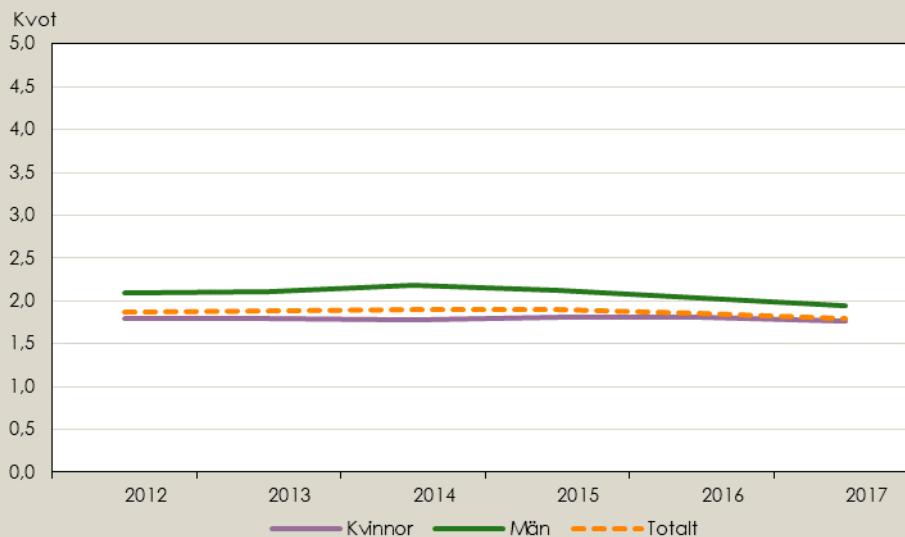
Överdödligheten vid obehandlad depression är mycket stor, men även hos personer som fått behandling för depression. Patienter inom psykiatri har högre dödlighet och därmed kortare livslängd jämfört med den övriga befolkningen. Detta beror både på en ökad somatisk sjuklighet och på ökad risk för suicid i denna grupp. Långtidsuppföljningar 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.[11]

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 har varit oförändrad de senaste fem åren, och förekomsten är något högre bland män än bland kvinnor (se diagram 6).

Diagram 6. 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. Åldersstandardiserade värden.



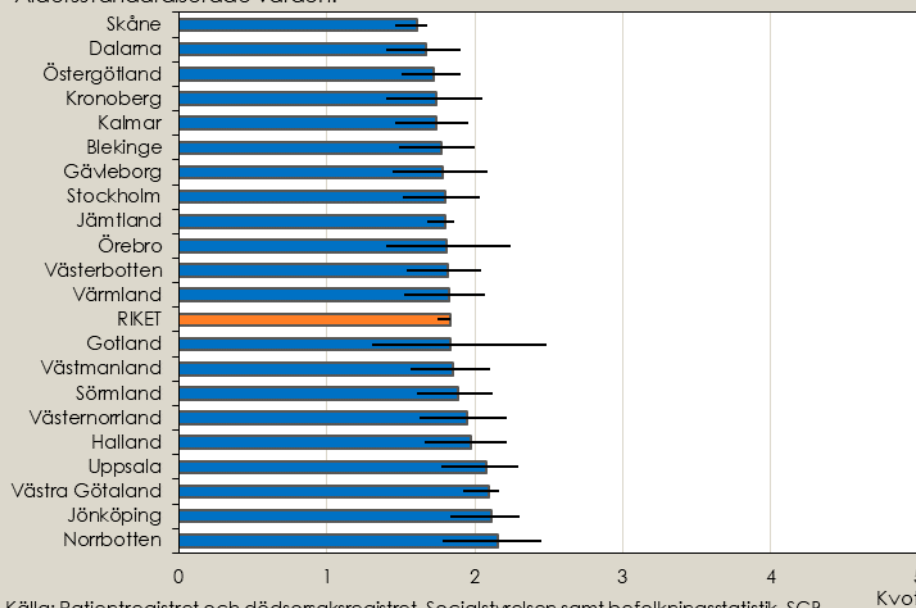
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen samt befolkningsstatistik, SCB.

Dödligheten bland personer som vårdats för depression och ångestsyndrom varierar mellan regionerna, från att vara 50 procent högre i Skåne till 100 procent högre i Norrbotten. Diagram 7 visar uppdelningen per region.

Diagram 7. 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.

Åldersstandardiserade värden.



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

Fler dör i sjukdomar som borde vara möjliga att åtgärda

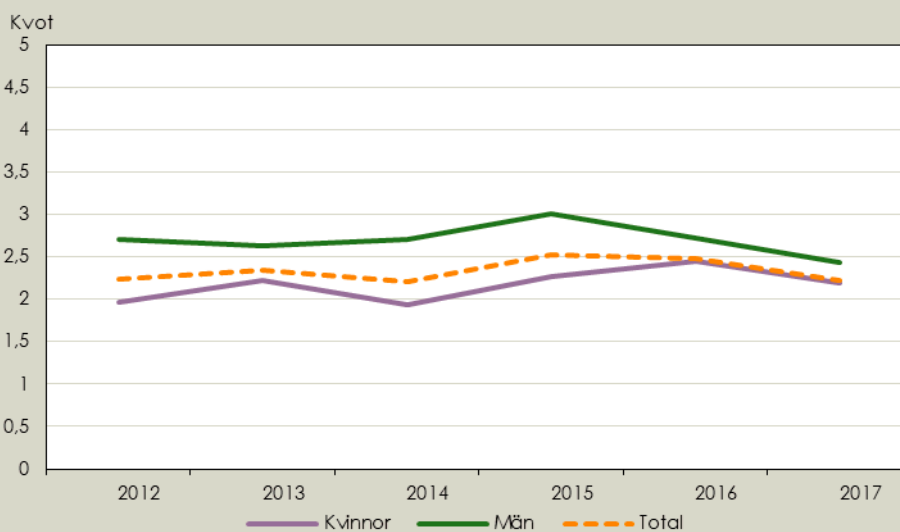
Indikatorn *Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet* beskriver dödligheten i diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka av hälso- och sjukvården genom olika medicinska insatser samt genom tidig upptäckt och behandling. Exempel på diagnoser som ingår i måttet är diabetes, stroke, blindtarmsinflammation, gallstenssjukdomar och livmoderhalscancer.

Den kroppsliga (somatiska) 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 8. 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

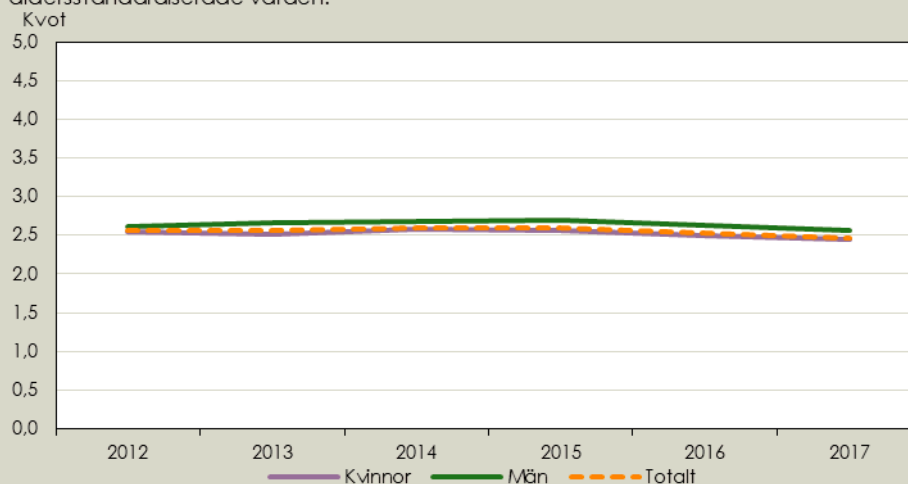
Indikatorn *Undvikbar somatisk slutenvård* belyser omhändertagandet vid vissa sjukdomstillstånd inom öppenvården, till exempel genom en välfungerande primärvård och sjukdomsförebyggande arbete. Onödiga inläggningar på sjukhus kan förhindras om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra 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. Analyserad data visar inga könsskillnader för denna indikator

År 2017 hade en procent av alla patienter med depression och ångestsyndrom minst ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle. Det 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 (se diagram 9).

Diagram 9. Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer behandlade för depression eller ångestsyndrom

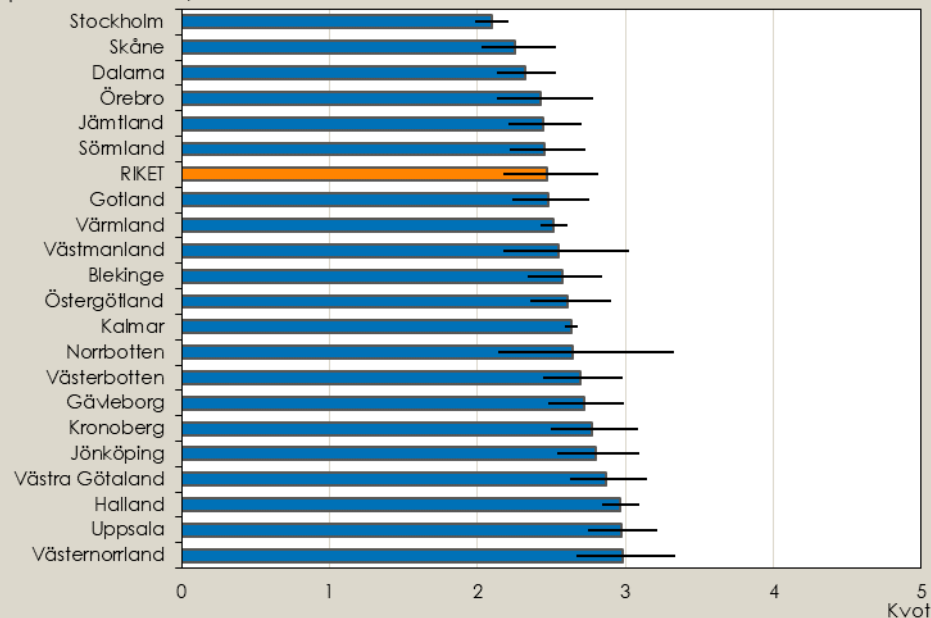
Relativ jämförelse av andelen personer med minst ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle bland personer som vårdats inom psykiatri för depression eller ångestsyndrom, jämfört med motsvarande andel i befolkningen. Avser personer 18-79 år, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen samt befolkningsstatistik, SCB.

Diagram 10. Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen för personer behandlade för depression eller ångestsyndrom

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



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.

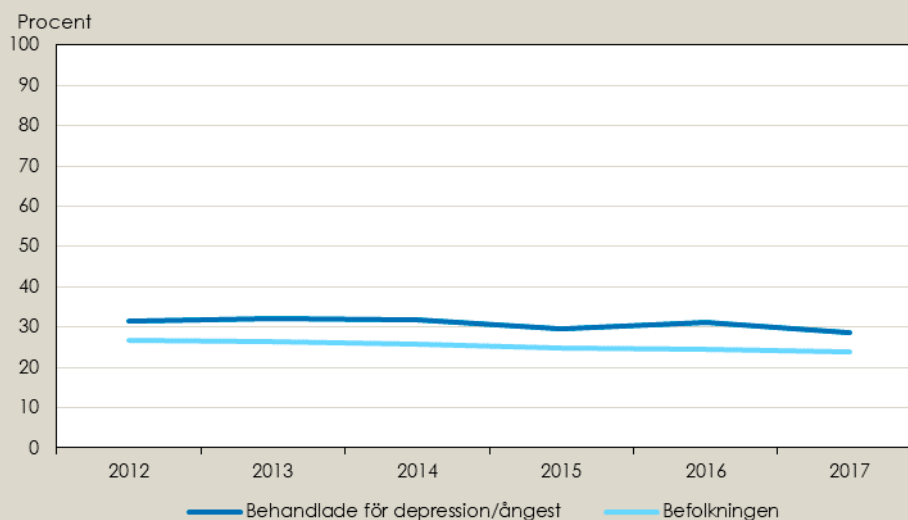
Indikator *Dödlighet efter hjärtinfarkt* används internationellt och speglar risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt. Indikatorn visar hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkten. Syftet med måttet är att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande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

I utvärderingen 2013 kunde Socialstyrelsen visa att patienter med psykiatriska diagnoser inte fick ballongvidgning av hjärtats kranskärl i samma omfattning som övriga patienter. Personer med psykiatriska diagnoser hade dessutom ökad risk att avlida inom sex månader efter en hjärtinfarkt. Personer med psykiatriska diagnoser hämtade även i lägre utsträckning än övriga ut läkemedel i sekundärpreventivt syfte. [1]

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. Analyserad data visar inga könsskillnader.

Diagram 11. 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 en 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. Generellt sett uppvisar patienter med stroke som samtidigt har psykiatriska diagnoser ett sämre resultat när det gäller återinskrivning, dödlighet och funktionsförmåga, jämfört med strokepatienter utan psykiatriska diagnoser.

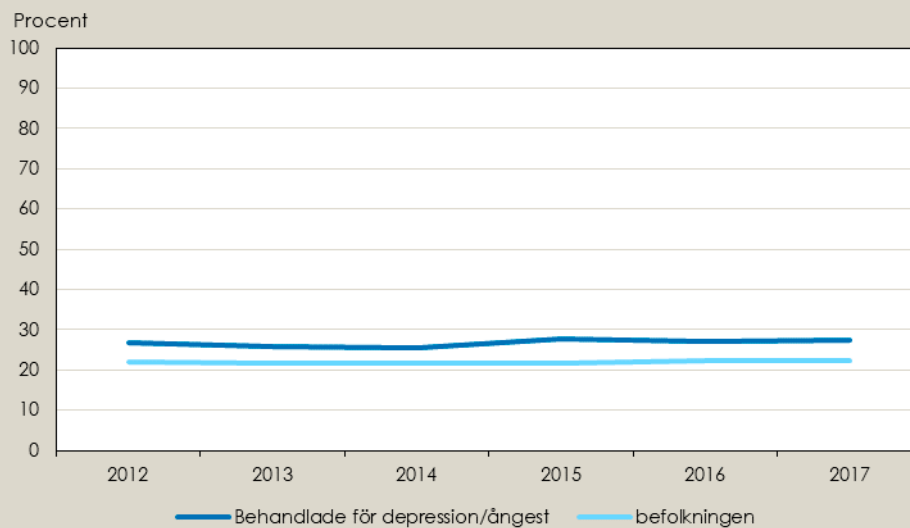
I utvärderingen 2013 visade Socialstyrelsen att patienter som hade psykiska sjukdomar inte får lika god somatisk vård för sina kroppsliga sjukdomar som övriga patienter. Personer med psykiatriska diagnoser som insjuknar i stroke har därför sämre förutsättningar än övriga patienter när det gäller hälsoutfall, tillgång till vårdtjänster och läkemedel. De löper också en förhöjd risk att dö inom sex månader efter stroke. Dessutom åtskiljer sig deras tillgång till läkemedel som sekundärprevention negativt jämfört med övriga patienter. [1]

Diagram 12 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 12. 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.



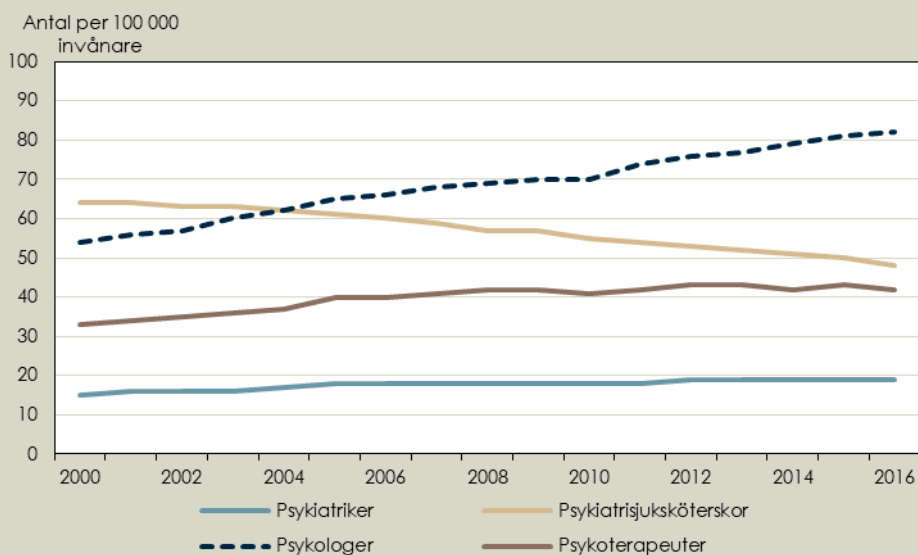
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Tillgång till personal inom psykiatriområdet

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 det senare är bristkompetenser i dagsläget.

Diagram 13. Tillgång till personal inom psykiatriområdet

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



Källa: Statistikdatabasen, Socialstyrelsen.

Som tabell 1 visar finns det skillnader i tillgången till personalgrupper mellan sjukvårdsregionerna. Stockholms sjukvårdsregion har nästan dubbelt så många psykiatriker som de övriga sjukvårdsregionerna. Samma sak gäller för psykologer och psykoterapeuter.

Tabell 1. Tillgång till personal

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

	Psykiatriker	Psykiatrisjuksköterskor	Psykologer	Psykoterapeuter
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 sjukvårdsregion	15	53	66	33
Norra sjukvårdsregionen	12	55	68	30

Källa: Statistikdatabasen, Socialstyrelsen.

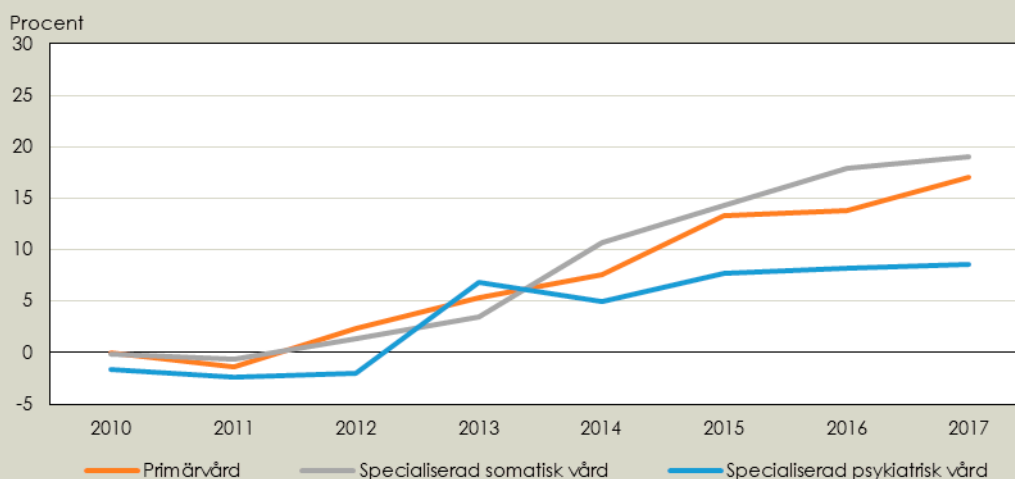
Kostnader för psykiatrisk vård

Nettokostnader för psykiatrisk vård har under de senaste åren 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, 14 400 kronor per invånare, och för primärvården 45,1 miljarder kronor, 4 400 kronor per invånare.

Diagram 14 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 14. Procentuell nettokostnadsutveckling

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



Källa: Statistikdatabasen, SCB.

Organisationen av vården till barn och ungdomar med depression och ångestsyndrom

Hälso- och sjukvården för barn och unga – det vill säga barn- och ungdomspsykiatri (BUP), barnhabilitering, barnhälsovård samt barn- och ungdomsmedicin – är en viktig aktör när det gäller insatser till barn och unga med depression och ångestsyndrom. Vilka av de specialiserade insatserna som ligger inom BUP:s respektive barn- och ungdomsmedicinens samt barnhabiliteringens ansvar varierar över landet.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gjorde 2017 en kartläggning av hur regionerna organiserat barn- och ungdomspsykiatri respektive första linjens insatser till barn och ungdomar [12]. Deras resultat sammanfattas i översikten nedan.

Översikt över barn- och ungdomspsykiatri och första linjen till barn och ungdomar, uppdelat efter landsting, år 2017.

Landsting	Öppen-vårdsenhet	Sluten-vårdsenhet	Har BUP ansvar för första linjens psykiatri?	Har annan verksamhet ansvar för första linjens psykiatri?	Fritext om första linjens psykiatri
Blekinge	Ja	Ja	Nej	Ja	Primärvården
Dalarna	Ja	Ja	Nej	Ja	Primärvården
Gotland	Ja	Nej	Ja	Ja	Utöver barn- och ungdomspsykiatri har också BVC ansvar för första linjen och då för de små barnen (0-5 år)
Gävleborg	Ja	Nej	Nej	Ja	Primärvården
Halland	Ja	Ja	Nej	Ja	Primärvården
Jämtland	Ja	Nej	Ja	Nej	BUP
Jönköping	Ja	Ja	Nej	Ja	Barn- och ungdomshälsa, elevhälsa samt ungdomsmottagning
Kalmar	Ja	Ja	Nej	Ja	Primärvården
Kronoberg	Ja	Ja	Nej	Ja	Barn- och ungdomshälsan
Norrbottnen	Ja	Ja	Nej	Ja	Primärvården
Skåne	Ja	Ja	Ja	Nej	BUP ansvarar för 6-18 år och det finns uppdrag
Stockholm	Ja	Ja	Nej	Ja	SLL har ett vårdvalssystem för första linjens psykiska ohälsa för barn och ungdomar. Primärvården och

Landsting	Öppen- vårdsen- het	Sluten- vårdsen- het	Har BUP ansvar för första linjens psykiatri?	Har an- nan verksam- het an- svar för första linjens psykiatri?	Fritext om första linjens psykiatri
					BUMM kan koppla sig till detta vårdval
Sörmland	Ja	Nej	Ja	Nej	BUP-kliniken i Sörmland ansvarar för första linjen
Uppsala	Ja	Ja	Nej	Ja	Primärvården, somatiken, barnspecialistmottagningen och samtalsmottagningar/ungdomsmottagningar
Värmland	Ja	-	Nej	Ja	Första linjen etablerad i hela länet sedan slutet av 2017. är organiserat under respektive geografisk verksamhetsområde innehållande både allmänmedicin och psykiatri
Västernorrland	Ja	Nej	Nej	Ja	Primärvården för lätt till medelsvår psykisk ohälsa
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Nej	Barn- och ungdomshälsan. Första linjens barn- och ungdomspsykiatri är en resurs för primärvården men ligger organisatoriskt under BUP. Fr o m 1 januari 2018 flyttas verksamheten till ut till primärvården
Västra Götaland	Ja	Ja	Nej	Ja	Västra Götalandsregionen ingår det i primärvårdens grunduppdrag att göra en första bedömning av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar vad gäller symptombild, svårighetsgrad och behov av insatser samt erbjuda nödvändig behandling på primärvårdsnivå. Från våren 2017 har regionen dessutom 6 st pilotenheter som enbart arbetar som första linjenheter och resursförstärkning har getts till enstaka vårdcentraler
Örebro	Ja	Ja	Nej	Ja	Primärvården
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja	Första linjen sorterar under BUP-kliniken med eget avtal

Källa: Psykiatri i siffror, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), 2018.

VÅRD VID DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM 2019
SOCIALSTYRELSEN

Första linjen

Andelen barn och unga som upplever lätt till medelsvår psykisk ohälsa har ökat. Eftersom det inom såväl specialistpsykiatri och primärvården saknas strukturer för att erbjuda stöd och vård till dessa patienter har de i vissa fall svårt att få hjälp. 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 generell nivå (de insatser som erbjuds alla barn och unga) och nivå 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.

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 lättare psykisk ohälsa. I vissa regioner är dock första linjens verksamheter organiserade under specialistvården.

Några exempel på organisation av första linjen

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.

I *Stockholm* omfattar tilläggsuppdraget barn och unga mellan 0 och 17 år som har symtom på psykisk ohälsa och som riskerar att drabbas av en psykisk sjukdom. Vårdgivaren ska bedöma patientens psykiska ohälsa och att en läkare genomför en somatisk undersökning vid behov. Utifrån bedömning och eventuell diagnos ska vårdgivaren tillhandahålla verk samma och strukturerade insatser, som antingen är evidensbaserade eller utgår från kunskapsbaserad praktik.

Huvudinriktningen i *Stockholm* 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. Vårdgivaren ska också följa de nationella riktlinjer och regionala vårdprogram samt de vägledningsdokument som finns på Vårdgivarguiden som är tillämpliga för uppdraget.

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

Västra Götalands elva vårdcentraler med tilläggsuppdrag erbjuder sina patienter planerad vård. I första hand ska barn, unga och deras närstående söka hjälp på listad vårdcentral och om insatserna på respektive vårdcentral inte räcker till finns möjligheten för vårdcentralen att samarbeta med de resursförstärkta vårdcentralerna kring planering och genomförande av behandlingsinsatser. Somatisk basutredning görs på listad vårdcentral. Det fria vårdalet innebär att också individen själv kan söka hjälp direkt på en vårdcentral med tilläggsuppdrag, om personen vill det.

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* inte är organiserad under primärvården utan ligger placerad på olika sätt inom den offentligt drivna specialistvården.

Socialstyrelsens kartläggning av första linjen

För att få en 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 uppdrag för första linjen. Den första frågan vi ställde var om mottagningen i fråga hade detta uppdrag. Var sjunde av de svarande uppgav att så inte var fallet så dessa respondenter ingår därför inte i redovisningen.

Det är stora variationer för hur första linjen-uppdraget är organiserat – såväl mellan regionerna som inom ett 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.

Här följer två exempel på kommentarer från vårdcentraler:

Primärvårdens samtalsmottagning finns som länsgemensam resurs.

Vi är en privat vårdgivare med flertalet barnpsykiologer som samarbetar med en vårdcentral.

Några exempel på kommentarer från övriga mottagningar:

Barn- och familjehälsa och 0-12 år och Ungdomsmottagning 13-17 år ingår i Första linjen.

Fristående enhet som tillhör Primärvården med uppdraget första linjen barn o unga, 2 team.

Första linjen som egen organisatorisk enhet, alltså inte kopplat till BUP eller vårdcentral även om vi är samlokaliserade.

Sjukstuga med första linjens uppdrag.

Tabell 2. Typ av verksamhet – första linjen

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	4
Ungdomsmottagning	4
Annan	16

Svarsfrekvens: 81 av 163 (37%) .

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

I stort sett samtliga mottagningar anger att både upptäckt och lättare rådgivning ingår i deras ansvar för första linjen. Även diagnostisering ingår i ansvaret för merparten av mottagningarna. För vårdcentraler och andra verksamheter med tilläggsuppdrag ingår även olika former av psykologiska behandlingar.

Enkätens svarsfrekvens är dock ganska låg, och det är tänkbart att resultatet är något bättre än verkligheten om det är ett selektivt urval av mottagningar med till exempel egna psykologer som har besvarat enkäten.

Tabell 3. Vad ingår i ansvaret – första linjen

Andelen mottagningar efter vad som ingår i mottagningens ansvar för första linjen, efter vilken typ av verksamhet de bedriver.

Ingår i ansvaret	Vårdcentral		
	Vårdcentral	Vårdcentral med tilläggsuppdrag	Övriga mottagningar
Upptäckt och lättare rådgivning	100	100	97
Diagnostisering	88	88	88
Manualbaserade psykologiska behandlingar	61	92	84
Andra psykologiska behandlingsinsatser	67	93	94
Annat	64	67	33

Svarsfrekvens: 80 av 163 (36%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

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. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är en specialistverksamhet inom sjukvården för just barn och ungdomar med psykisk ohälsa. I Sverige uppskattas att var tjugonde barn och ungdom mellan 0 och 17 år under ett års tid är patient inom barn- och ungdomspsykiatri, medan det är var tionde i åldersgruppen 10 till 17 år. [13]

BUP erbjuder olika former av behandling, såsom rådgivande samtal, familjeterapi, individuell terapi, olika gruppbehandlingar, medicinering och behandlingsformer där beteendeträning ingår. Verksamheten består av barn-

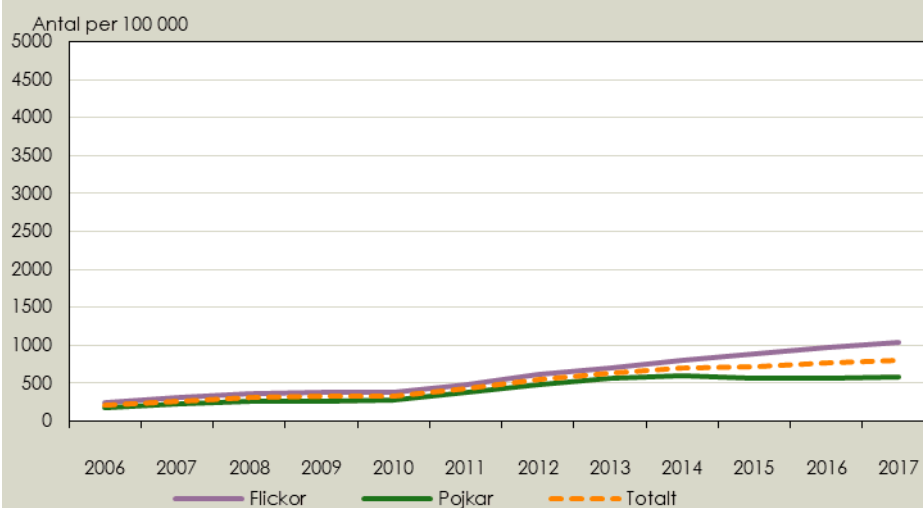
och ungdomspsykiatriska mottagningar, men i vissa regioner finns det också mellanvårdsmottagningar eller team som förstärker de lokala mottagningarna när mer intensiv behandling behövs. När barn och ungdomar behöver mer hjälp än så finns det i regel slutenvård.

Hur många får hjälp av barn- och ungdomspsykiatri?

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. Ökningen av antalet barn och ungdomar per 100 000 invånare som sedan 2006 diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom är i åldersgruppen 10 till 14 år femdubbel för flickor och tredubbel för pojkar (se diagram 15). I åldersgruppen 15 till 17 år handlar det om en tredubbling sedan 2006 (se diagram 16). En del av ökningen kan sannolikt förklaras av förbättrad diagnosregistrering hos läkare.

Diagram 15. Patienter 10-14 år med depression och ångestsyndrom

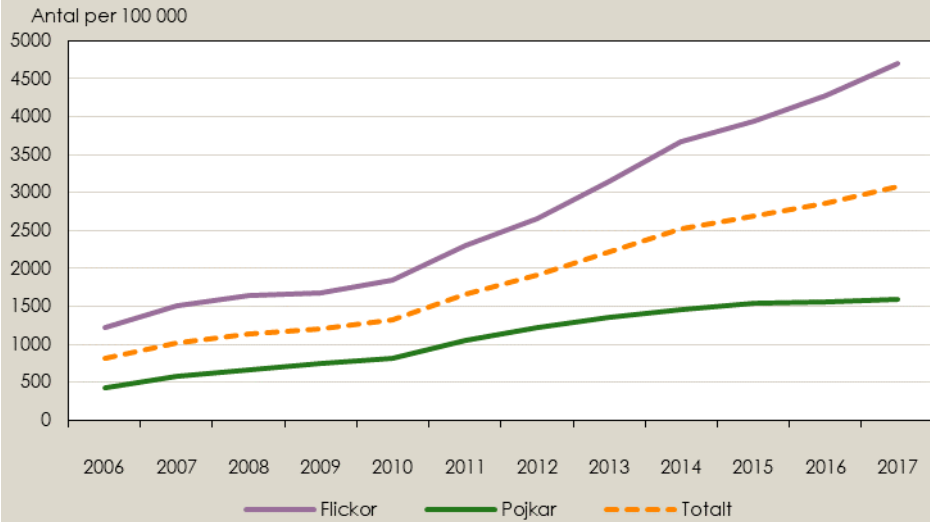
Antal patienter med depression och ångestsyndrom inom barn och ungdomspsykiatri per 100 000 invånare, fördelat på kön. Avser personer 10-14 år, 2006-2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 16. Patienter 15-17 år med depression och ångestsyndrom

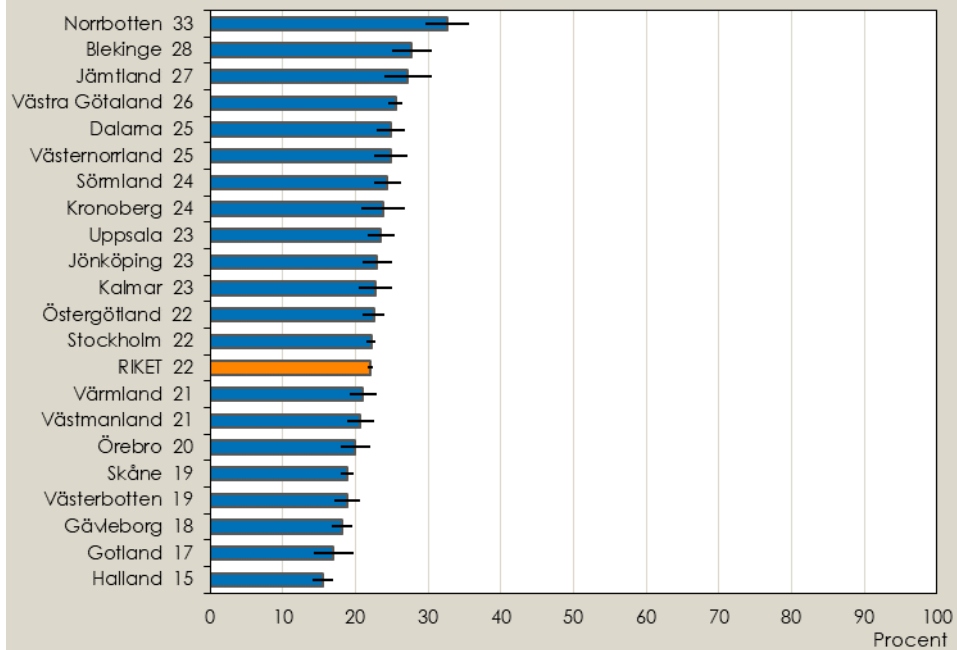
Antal patienter med depression och ångestsyndrom inom barn och ungdomspsykiatri per 100 000 invånare, fördelat på kön. Avser personer 15-17 år, 2006-2017.



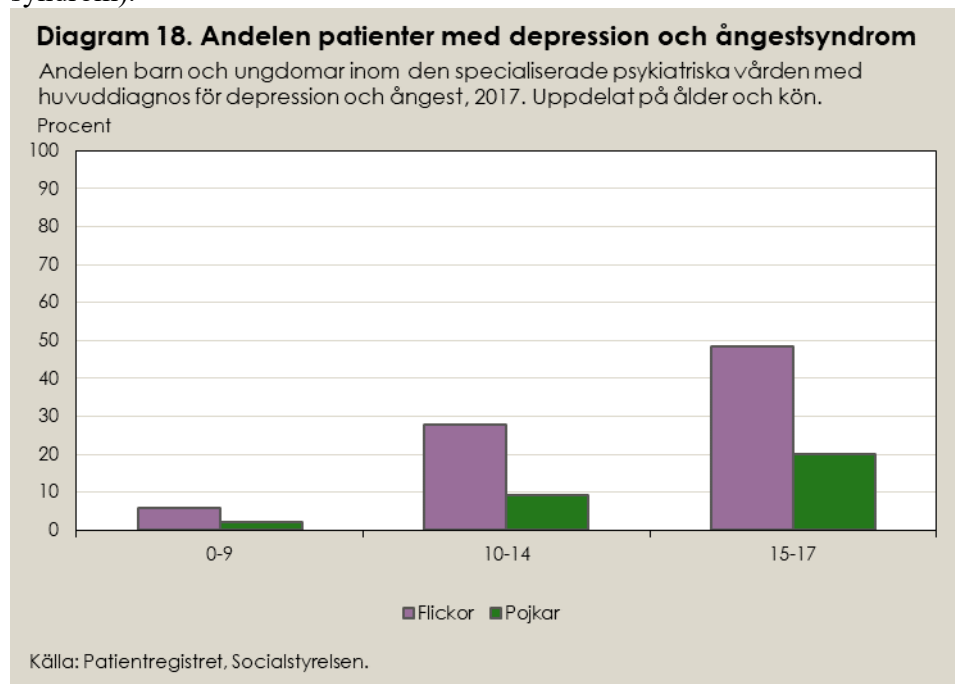
Var femte barn och ungdom som vårdas inom barn- och ungdomspsykiatri har diagnosen depression eller ångestsyndrom. Denna andel varierar dock mellan regioner, och är nästan dubbelt så hög i Norrbotten som i Halland, vilket diagram 17 visar.

Diagram 17. Andelen patienter med depression och ångestsyndrom

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



Som diagram 18 visar är det stor skillnad mellan könen vad gäller diagnoserna depression och ångestsyndrom. Det är mer än dubbelt så många flickor som pojkar som får dessa diagnoser, trots att det är något fler pojkar som vårdas inom barn- och ungdomspsykiatrin. Pojkar får i stället andra diagnoser, som till exempel attention deficit hyperactivity disorder (adhd) eller autismspektrumtillstånd (AST, inkluderar även det som tidigare kallades Aspergers syndrom).



Kvalitetsregistret Q-bup har uppgifter från tre regioner: Gävleborg, Kalmar och Stockholm. Enligt registret har var femte barn och ungdom inom barn- och ungdomspsykiatrin depression och lika många har ångestsyndrom. Merparten av dessa barn och ungdomar har dessutom samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser. [13]

Eftersom Socialstyrelsens patientregister enbart innehåller uppgifter om slutenvården och läkarbesök i den öppna psykiatriska vården saknas i dagsläget heltäckande nationella data om hur många barn och ungdomar som får insatser inom barn- och ungdomspsykiatrin. Därför vände vi oss i denna utvärdering till regionerna och frågade efter uppgifter om antalet barn och ungdomar som hade besökt barn- och ungdomspsykiatrin under år 2017 och hur många av dem som hade fått vissa åtgärder.

Enligt denna datainsamling har drygt var fjärde patient inom barn- och ungdomspsykiatrin diagnosen depression eller ångestsyndrom, vilket är något fler än Socialstyrelsens patientregister visar. Sannolikt beror denna skillnad på att det i regionernas patientadministrativa register även ingår patienter som enbart har träffat andra personalkategorier än läkare, och som har fått diagnosen då.

Utredning av barn och ungdomar

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. Hög tillgänglighet innebär bland annat snabb tillgång till besök, telefontillgänglighet, längre öppethållande samt bemanning och personal med kunskap om psykisk ohälsa. Detta är viktigt både för att kunna bedöma hur pass allvarligt en persons tillstånd är och för att erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede.

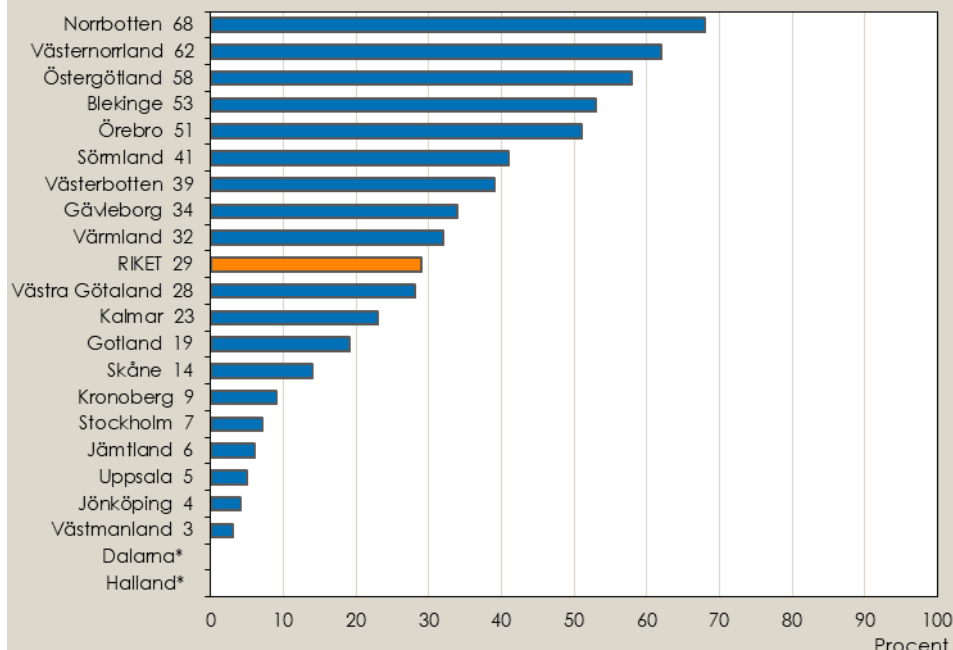
Första linjen för barn och unga klarar inte vårdgarantin

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 psykisk dåligt – oavsett vad problemen beror på. Endast knappt var tredje barn och ungdom fick komma till ett första besök inom Vårdgarantins tidsgräns 7 dagar. Var femte barn och ungdom fick vänta mer än 30 dagar på första besök.

Skillnaderna mellan regioner är mycket stora, men beror sannolikt också på att väntetider till första linjen-besök började rapporteras till Sveriges Kommuner och Landsting först under 2018.

Diagram 19. Tillgänglighet till första besök - första linjen

Andelen barn och ungdomar inom första linjen som har fått en första bedömning inom 7 dagar, 2018. Procent.



* Uppgift saknas

Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting.

Väntetider till barn- och ungdomspsykiatrisk vård

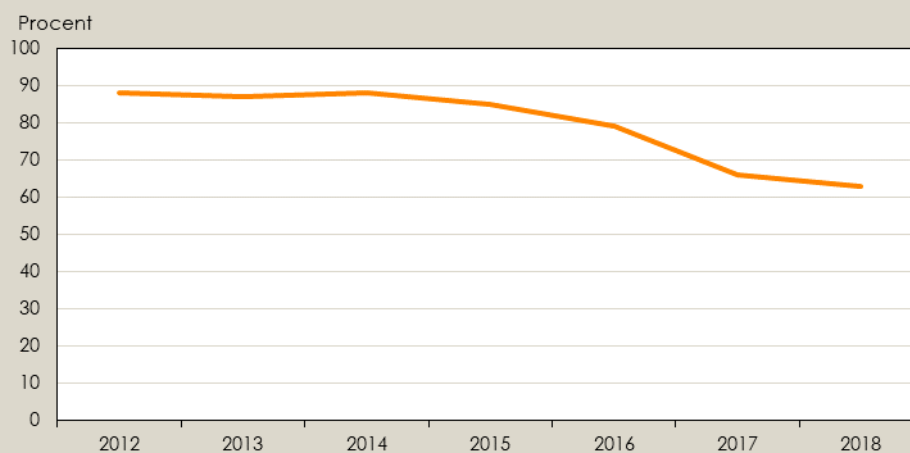
Sedan 2007 har regeringen och SKL tagit fram särskilda överenskommelser om tillgänglighet till BUP. Enligt denna satsning på tillgänglighet är målet att minst 90 procent av alla barn och unga med psykisk ohälsa ska ha fått en första bedömning inom 30 dagar efter första kontakt.

Väntetiderna till barn-och ungdomspsykiatrin har ökat

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. Notera att uppgifterna gäller alla barn och ungdomar som har sökt till barn- och ungdomspsykiatrin, alltså inte enbart de som får diagnosen depression eller ångestsyndrom.

Diagram 20. Väntetid till första besök - BUP

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

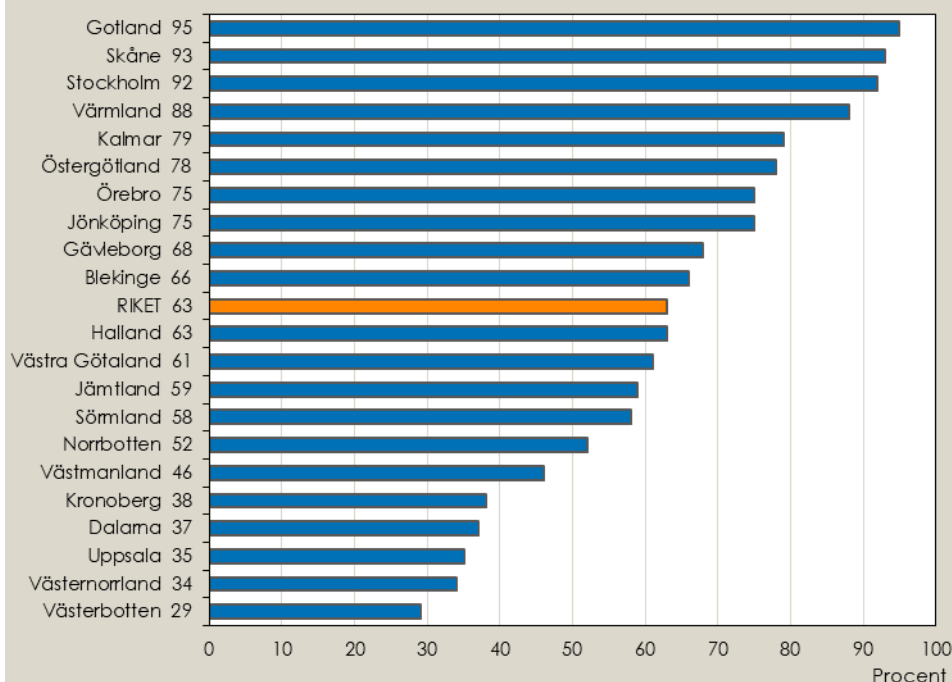


Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting.

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 regionerna, från 30 till 95 procent. I genomsnitt kommer därmed knappt två av tre barn och unga till första bedömning inom 30 dagar.

Diagram 21. Tillgänglighet till första besök - BUP

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



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting.

Tid till första behandlingsinsats eller fördjupad utredningsstart

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 när 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 samt olika förutsättningar för vårdgivarnas administrativa system att rapportera in data för jämförelser.

Bedömning av resultat

Data från barn- och ungdomspsykiatri visar att det finns stora brister i tillgänglighet. Enligt en rapport från SKL pekar många regioner på att väntetiderna inom primärvården och BUP är särskilt långa, jämfört med andra delar av vården. Inom barn- och ungdomspsykiatri 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 [14].

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 allvarligare psykisk sjukdom, men däremot har det inte inneburit att väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri 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.

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att regionerna fortsätter arbeta med att alla barn och ungdomar snabbt ska få en första bedömning och likaså få tid till en första behandlingsinsats så snabbt som möjligt. 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 (KBT). I nuläget saknas även 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.

Diagnostik

Depression är ett genomgripande sjukdomstillstånd som redan i unga år kan ge lidande och nedsatt funktion. Enskilda symtom vid depression är vanligt förekommande i normalbefolkningen, varvid det kan vara svårt att avgöra huruvida dessa symtom är normala för personens ålder och situation eller om det handlar om ett tillstånd som kräver behandling.

I förskole- och skolåldern förekommer depression hos en till två procent och är lika vanligt hos pojkar och flickor. Symtomet irritation kan vara tydligare än nedstämdhet, men symtom så som magont och huvudvärk är också vanligt. Suicidala handlingar (suicidtankar och suicidförsök) är inte ovanliga i denna grupp, men leder sällan till suicid. Från sju års ålder kan barn på ett reliabelt sätt skatta sina egna symtom på depression.

Efter puberteten ökar förekomsten av depression till fem till åtta procent med övervikt på tre till fyra gånger hos flickor, vilket är samma som i den vuxna populationen. Bland ungdomar är några vanliga symtom på depression exempelvis nedstämdhet, ständig trötthet samt svårigheter att vara glad i situationer som vanligtvis ger personen glädje. Sömnproblem är också vanligt, främst problem med insomning men ibland förekommer även ett ökat sömnbehov.

Även svårigheter med koncentration och minne är vanligt förekommande hos barn och unga, vilket leder till försämrade skolresultat. Livet känns ibland inte värt att leva, varvid tankar på självmord och på att skada sig själv kan dyka upp. Depressioner är därmed både allvarliga och livshotande tillstånd. Det kan finnas en akut risk för självmord.

En enskild episod av depression går oftast över av sig själv, men kan även pågå under månader till år. Dessutom är risken för återinsjuknande stor: tre av fyra unga som sökt vård för depression återinsjuknar inom fem år. Utöver detta får många lägre utbildningsnivå än befolkningen i övrigt, samt sämre

funktionsförmåga i kommande arbete, föräldraskap och relationer. Riskfaktorer för återinsjuknande är svår depression, suicidförsök, drogmissbruk, konflikter i familjen, skolproblem och ärftlighet för depression. [15]

Ångestsyndrom utgör den vanligaste – och ofta tidigaste debuterande orsaken – till psykiatrisk ohälsa. Drygt 15 till 20 procent av alla barn beräknas ha uppfyllt kriterierna för ett ångestsyndrom eller tvångssyndrom enligt kriterierna i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) under sina första 18 år. Ångestsyndrom och tvångssyndrom leder ibland till allvarlig nedsättning av psykosocial funktion. Det är därför av stor betydelse att barn med ångestsyndrom och tvångssyndrom både upptäcks tidigt och erbjuds adekvata behandlingsinsatser. [16]

Det kliniska samtalet är en viktig utgångspunkt för den diagnostiska processen, men räcker dock inte alltid för att diagnostisera depression eller ångestsyndrom. För att öka den diagnostiska tillförlitligheten behöver den kliniska bedömningen kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer. I genomsnitt identifieras i dagsläget (inom primärvård och öppen specialiserad vård) endast cirka hälften av alla personer med depression och ångestsyndrom [17,18].

Få använder strukturerade diagnostiska intervjuer

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 antingen sällan eller aldrig använder strukturerad eller semistrukturerad intervju vid diagnostisering, trots att det som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Undersökning av samsjuklighet

Barn och ungdomar med psykisk ohälsa har ofta kroppsliga (somatiska) symptom 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 även uppmärksammar och utreder även dessa symptom.

Stor variation av undersökning av samsjuklighet i första linjen

Hälften av alla mottagningar som har uppdrag för första linjen uppger 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 många fall saknas dock skriftliga rutiner, utan rutinerna är enbart muntliga.

Hälften av vårdcentralerna, utan eller med tilläggsuppdrag för första linjen, svarar att minst hälften av patienterna med depression och ångestsyndrom får en somatisk undersökning vid diagnostisering. Däremot är det ovanligare att andra verksamheter som har ansvar för första linjen genomför sådana under-

sökningar. Av de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, ungdomsmottagningar och andra verksamheter som besvarat enkäten uppger var femte att mer än hälften av patienterna får en somatisk undersökning.

Enligt kommentarerna på denna fråga varierar såväl ansvarsfördelningen i vad som ingår i första linjen-uppdraget som arbetssättet för hur man remitterar, både mellan olika typer av verksamheter och mellan regioner. Även verksamheter som har rutiner för somatiska undersökningar uppger att det finns brister. Några kommentarer:

På vår BUMM (barn- och ungdomsmedicinsk mottagning) arbetar psykolog nära våra barnläkare och det är enkelt att boka en tid till en barnläkare. Vi borde dock ha en fastare rutin kring detta. Vi behöver helt enkelt en nedskriven rutin. (Övrig mottagning)

Somatisk bedömning/undersökning ska vara genomförd på den vårdcentral som hänvisar ungdomen till oss utifrån att vi inte har medicinsk personal på vår mottagning. (Vårdcentral med tilläggsuppdrag)

Det är i grunden ett krav att patienten ska vara somatiskt bedömd innan hänvisning till oss, När läkaren/sjuksköterskan bedömt att det är nödvändigt innebär detta också provtagning etc. (Vårdcentral med tilläggsuppdrag)

Utförs på Hälsocentral. Det är patient/vårdnadshavares eget ansvar att få den utförd. (Övrig mottagning)

Vi behöver samverka med primärvården vid behov av läkarbedömning. Vi har psykologer, sjuksköterskor, psykoterapeuter, kuratorer och barnmorskor som arbetar på Ungdomshälsan och på barnhälsan har vi psykologer och kuratorer som arbetar. (Övrig mottagning)

Tabell 4. Somatisk undersökning i samband med diagnostisering – första linjen

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

Typ av verksamhet	Mer än 75 procent av patienterna	50-75 procent av patienterna	25-49 procent av patienterna	Mindre än 25 procent av patienterna	Ingen patient
Vårdcentral	29	35	12	24	0
Vårdcentral med tilläggsuppdrag	25	25	25	25	0
Övriga mottagningar	13	6	19	52	10

Svarsfrekvens: 76 av 163 (47%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Undersökning av samsjuklighet inom barn- och ungdomspsykiatri

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. På fyra mottagningar av tio får minst hälften av patienterna en somatisk undersökning. Några har även kommenterat att en somatisk undersökning redan ska vara gjord på vårdcentralen.

Bedömning av beroendeproblematik

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

Vidare finns studier som visar att obehandlad beroendeproblematik kan påverka behandlingsresultatet på ett negativt sätt. Vid en somatisk anamnes är det därför viktigt att även kartlägga eventuell samsjuklighet, såsom missbruk eller beroende, för att kunna erbjuda rätt behandling.

Bedömning av beroendeproblematik i första linjen

Enligt vår enkät till mottagningar med uppdrag för första linjen är det en stor variation mellan mottagningarna gällande bedömning av beroendeproblematik. Det är 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. Några kommentarer gällande bedömning av beroendeproblematiken:

Enbart de som har haft insatser via socialtjänsten innan. Misstänker vi drogproblematik hänvisar vi patienten just till socialen. då socialtjänsten är en av de aktörer som vi delar första-linjeuppdraget för psykisk ohälsa hos unga med. (Vårdcentral med tilläggsuppdrag)

Svårt att veta. Vår KBT terapeut gör en bedömning enligt AUDIT och DUDIT. Vet ej hur det ser ut på läkarsidan. (Vårdcentral)

I bedömningssamtalet lyfts alltid frågan om alkohol och droger men ingen strukturerad bedömning görs för ungdomar 13-17år. (Vårdcentral med tilläggsuppdrag)

Tabell 5. Bedömning av eventuell beroendeproblematik – första linjen

Andelen mottagningar i första linjen efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik.

Typ av verksamhet	Mer än 75 procent av patienterna	50-75 procent av patienterna	25-49 procent av patienterna	Mindre än 25 procent av patienterna	Ingen patient
Vårdcentral	10	15	20	35	20
Vårdcentral med Tilläggsuppdrag	37	15	4	37	7
Övriga mottagningar	10	10	13	61	6

Svarsfrekvens: 78 av 163 (48%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Det är få regioner som kan lämna uppgifter om åtgärden från sina patientadministrativa system som gäller primärvården. Bland dem som kunde lämna uppgifter 2018 var det mindre än en procent av barnen och ungdomarna i åldersgruppen 6 till 17 år som hade fått en strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik. Att andelen är så liten beror sannolikt på bristande dokumentation av åtgärden. I flera regioner använder inte primärvården några åtgärds-koder överhuvudtaget.

Bedömning av beroendeproblematik inom barn- och ungdomspsykiatrin

Var femte mottagning uppger att mer än hälften av ungdomarna i åldersgruppen 13 till 17 år genomgår en strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik. Några kommentarer kring detta:

Gjorts vid behov, men efter nu infört MINI så blir det mer strukturerat utfört.

Vi har utbildat all personal i missbruksfrågor, rutin där vi ska använda Audit Dudit.

I den första bedömning som i stort sätt alla nya patienter genomgår använder vi CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends och Trouble) från ca 13 år.

Vi frågade också regionerna centralt om de kunde hämta denna information från sina patientadministrativa system. Åtta regioner kunde redovisa några resultat, men enligt dessa får endast två procent av alla barn och ungdomar en strukturerad bedömning av beroendeproblematik. Förmodligen beror detta till en stor del på att dessa åtgärder inte dokumenteras.

Bedömning av suicidrisk

Risken för suicidhandlingar eller suicid är hög vid depression och ångestsyndrom. Risken är dessutom kraftigt ökad om en person har gjort ett tidigare suicidförsök eller exempelvis visar tecken på instabilitet eller tilltagande

känsla av hopplöshet. Det är därmed viktigt att hälso- och sjukvården bedömer suicidrisken 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 tidigare suicidförsök. I kartläggningen ingår också att identifiera om personen har suicidtankar eller suicidplaner.

Bedömning av suicidrisk i första linjen

Vårdcentraler med tilläggsuppdrag för första linjen anger i högre grad än andra verksamheter att patienterna genomgår en strukturerad bedömning av suicidrisken.

Tabell 6. Bedömning av suicidrisk – första linjen

Andelen mottagningar i första linjen efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad bedömning av suicidrisk.

Typ av verksamhet	Mer än 75 procent av patienterna	50-75 procent av patienterna	25-49 procent av patienterna	Mindre än 25 procent av patienterna	Ingen patient
Vårdcentral	37	37	16	5	5
Vårdcentral med tilläggsuppdrag	68	29	4	0	0
Övriga mottagningar	56	16	16	13	0

Svarsfrekvens: 79 av 163 (48%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Elva regioner kunde lämna uppgifter om sina genomförda suicidriskbedömningar. I merparten av regionerna var det mindre än en procent av alla barn och ungdomar mellan 6 och 17 år med depression eller ångestsyndrom som hade fått en dokumenterad åtgärd, och medelvärdet för dessa elva regioner var fyra procent. Flera regioner kommenterar svårigheten att ta fram dessa uppgifter, varav en skriver så här:

Primärvården använde sig inte av aktuella KVÅ-koder under 2017. Åtgärderna finns endast att hitta som fritext under sökord och är svåra att få utdata på.

Bedömning av suicidrisk inom barn- och ungdomspsykiatri

De allra flesta verksamheter – närmare nio av tio – uppger att mer än 75 procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad bedömning av suicidrisk.

Enligt uppgifter från regionernas patientadministrativa system har cirka 20 procent av barn och ungdomar fått en strukturerad suicidriskbedömning. Detta är alltså betydligt färre än vad enkäten till barn- och ungdomsmottagningarna visar, vilket kan tyda på att verksamheterna inte dokumenterar åtgärden.

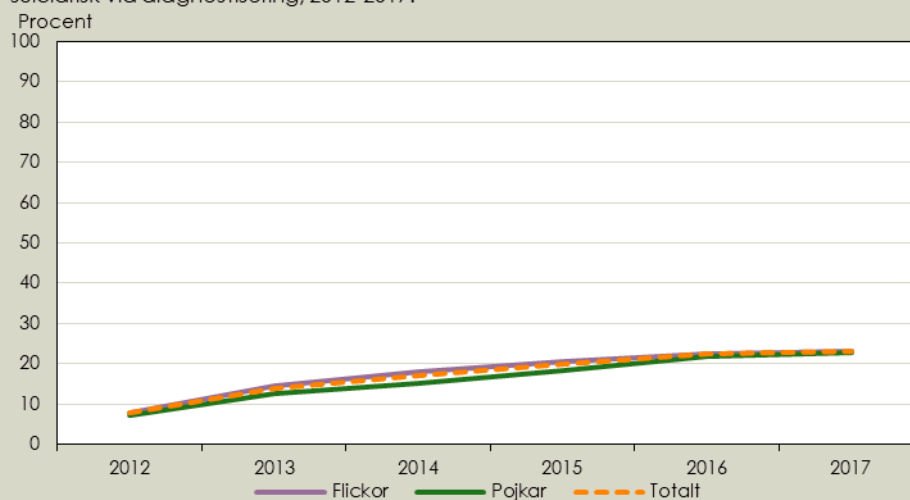
Kvalitetsregistret Q-bup, som har uppgifter från Kalmar, Gävleborg och Stockholm, redovisar att endast fem procent av alla barn och ungdomar som

var aktuella inom barn- och ungdomspsykiatri under 2017 hade minst en strukturerad suicidriskbedömning under året.[13]

Data från Socialstyrelsens patientregister visar dock att andelen ungdomar 13 till 17 år med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning i samband med diagnostisering nästan har tredubblats mellan 2012 och 2017. Sannolikt påverkas dock ökningen av att åtgärden dokumenteras i större utsträckning än tidigare. Förkomsten av denna åtgärd skiljer sig inte åt mellan flickor och pojkar, utan båda könen får den i samma utsträckning.

Diagram 22. Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk

Andelen ungdomar 13-17 år med nydiagnostiserad* depression eller ångestsyndrom som har genomgått en dokumenterad strukturerad och allsidig bedömningsprocess av suicidrisk vid diagnostisering, 2012-2017.



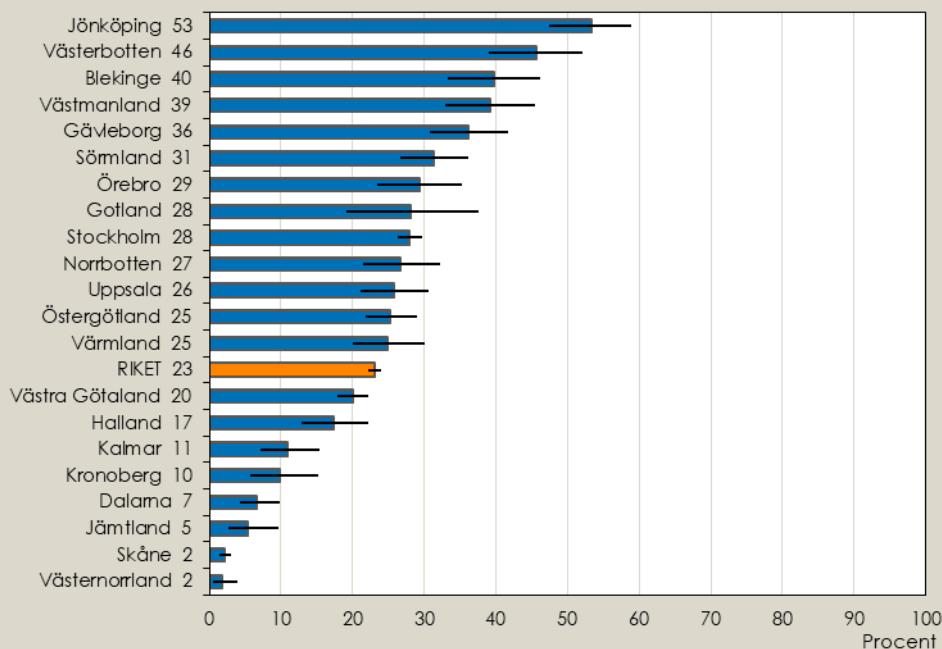
*Nydiagnostiserad innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression eller ångestsyndrom det närmast föregående året.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 23 visar hur stor andel ungdomar 13 till 17 år med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning inom en månad efter diagnos, vilket också har dokumenterats. Närmare var fjärde patient har fått en suicidriskbedömning inom denna tidsram. Skillnaden mellan regioner 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.

Diagram 23. Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk

Andelen ungdomar 13-17 år med nydiagnostiserad* depression eller ångestsyndrom som har genomgått en dokumenterad strukturerad och allsidig bedömningsprocess av suicidrisk vid diagnostisering, 2017.



*Nydiagnostiserad innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatrien på grund av depression eller ångestsyndrom det närmast föregående året.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Den kliniska intervjun är en viktig utgångspunkt för den diagnostiska processen, men räcker inte alltid för att diagnostisera depression eller ångestsyndrom. Anamnesen är det allra viktigaste för att förstå barnets svårigheter och symtom. Därför är det grundläggande att familjen får tid att ge en fri beskrivning av hur symtomen ser ut, vad de önskar för hjälp samt att läkaren komplettera deras beskrivning med mer detaljerade frågor.

Ett sätt att öka den diagnostiska tillförlitligheten är att använda antingen strukturerade eller semistrukturerade intervjuer som ett tillägg till den kliniska intervjun. Utvärderingens resultat visar dock att endast var tredje barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet använder sådana instrument rutinemässigt. Enkätresultaten visar också att många verksamheter saknar rutiner för hur en somatisk undersökning ska genomföras i samband med diagnostisering, vilket innebär att många barn och ungdomar inte får en sådan undersökning.

Det finns också brister när det gäller verksamheternas benägenhet att uppmärksamma eventuell beroendeproblematik hos ungdomar, trots att Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som innebär att mer än 80 procent av ungdomarna som diagnostiseras bör genomgå en bedömning av beroendeproblematik. Enkätresultaten tyder alltså på att det är en betydligt mindre andel som i dag får genomgå en sådan bedömning.

Grunden för en suicidriskbedömning är en klinisk bedömning av patienten, som innebär och utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid, såsom psykiatrisk diagnos, missbruk och tidigare suicidförsök. I kartläggningen ingår också att identifiera om personen har suicidtankar eller suicidplaner. I princip alla ungdomar med depression eller ångestsyndrom bör också genomgå en strukturerad 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 många verksamheter rutinmässigt genomför suicidriskbedömningar gäller detta inte alla, framför allt inte inom första linjen.

Sammantaget anser Socialstyrelsen att verksamheterna behöver förbättra arbetet med diagnostisering, till exempel genom att i större utsträckning använda strukturerade intervjuer som ett tillägg till den kliniska intervjun, genomföra relevanta somatiska undersökningar och uppmärksamma eventuell beroendeproblematik. Våra resultat tyder också på att alla verksamheter inte arbetar aktivt med en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk, vilket naturligtvis är ytterst angeläget.

Psykologisk behandling av barn och ungdomar

Psykopedagogiska insatser

Depressiva och ångestrelaterade symtom, som 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.

Förekomsten av psykopedagogiska insatser i första linjen

De flesta vårdcentraler med tilläggsuppdrag för första linjen – och likaså andra verksamheter med tilläggsuppdrag för första linjen – uppger att över hälften av patienterna som första åtgärd efter diagnostisering får en psykopedagogisk insats med fokus på depression respektive på ångestsyndrom. Några kommentarer om psykopedagogiska insatser:

Ej aktuellt för primärvården. (Vårdcentral)

Vet ej. Ja om de går via vår KBT terapeut. För övrigt remitterar vi vidare till barn-och ungdomsmottagning. (Vårdcentral)

Från 2018 med ökade resurser i form av tilläggsuppdraget görs detta rutinmässigt, tidigare har vi remitterat patienter till psykolog på BUM eller

till BUP, vet ej hur arbetet där är upplagt. (Vårdcentral med tilläggsuppdrag)

Tabell 7. Psykopedagogiska insatser – första linjen

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

Typ av verksamhet	Mer än 75 procent av patienterna	50-75 procent av patienterna	25-49 procent av patienterna	Mindre än 25 procent av patienterna	Ingen patient
Vårdcentral	33	11	22	11	22
Vårdcentral med tilläggsuppdrag	50	43	4	0	4
Övriga mottagningar	69	13	13	3	3

Svarsfrekvens: 78 av 163 (48%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Sammanställningen från regionernas patientadministrativa system visar att endast fyra procent av de unga i åldersgruppen 6 till 17 år får psykopedagogiska insatser inom primärvården, som också är dokumenterad. Kommentarna på detta område handlade om svårigheten att få fram uppgifterna, som i detta exempel:

Begreppet psykopedagogisk behandling används inte i Region Västmanlands primärvård samt att KVÅ-koden inte används. Inget verktyg finns att få fram denna statistik.

Psykopedagogiska insatser inom barn- och ungdomspsykiatri

Nära hälften av mottagningarna svarar att mer än 75 procent av patienterna får psykopedagogiska insatser med fokus på depression och ångest, som första åtgärd efter diagnostisering.

Tabell 8. Psykopedagogiska insatser inom barn- och ungdomspsykiatri

Andelen mottagningar inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får psykopedagogiska insatser med fokus på depression och ångest, som första åtgärd efter diagnostisering.

Andelen patienter som fått psykopedagogiska insatser	Andelen mottagningar
Mer än 75 procent av patienterna	47
50-75 procent av patienterna	26
25-49 procent av patienterna	21
Mindre än 25 procent av patienterna	5

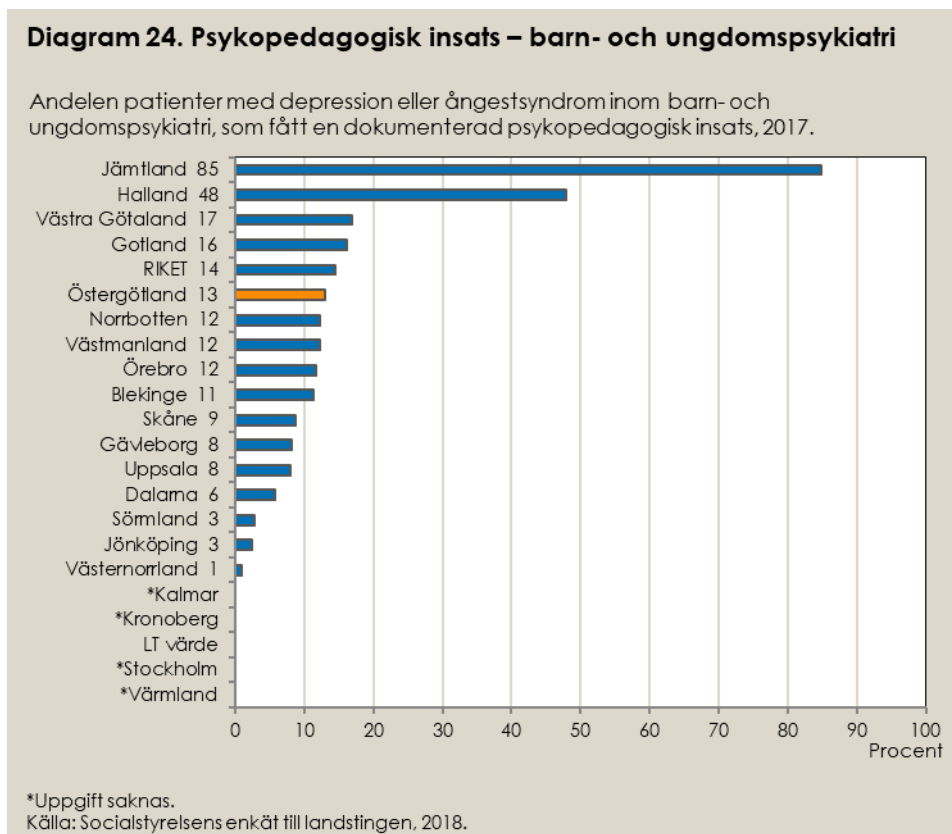
Svarsfrekvens: 19 av 43 (44%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP, 2018.

Enligt uppgifter från regionernas patientadministrativa system får var tionde barn och ungdom med depression eller ångestsyndrom psykopedagogiska insatser. 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.

Kvalitetsregistret Q-bup, som samlar in uppgifter från Kalmar, Gävleborg och Stockholm, redovisar att mellan 13 och 15 procent av barn och ungdomar får behandling med psykoedukation, vilket är en annan benämning för psykopedagogisk insats.

De data som finns att tillgå tyder på att det inte finns några skillnader gällande förekomsten av psykopedagogisk insats bland flickor och pojkar.



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 behandling.

Resultaten från enkäterna indikerar att det redan är många patienter som får psykopedagogiska insatser som första åtgärd, men det gäller inte alla patienter – i synnerhet inte på vårdcentraler utan tilläggsuppdrag. Psykopedagogisk behandling 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.

Psykologisk behandling av barn och ungdomar

I de nationella riktlinjerna rekommenderas olika psykologiska behandlingar. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en strukturerad form av psykoterapi som fokuserar på att hjälpa barnet och ungdomen att förändra eller hitta alternativa sätt att tänka och handla i olika situationer. Detta sker genom att lära den unga 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). I behandlingen bör familjen involveras för att kunna uppnå bästa möjliga effekt.

En hög andel av ungdomar som diagnostiserats med specifika ångestsyndrom bör erbjudas KBT. För unga med tvångssyndrom (OCD), posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), social fobi, separationsångest (motsvarar paniksyndrom hos vuxna) och generaliserat ångestsyndrom innebär KBT en effektiv behandling för tillstånd som kan leda till livslång invaliditet om de inte behandlas. Obehandlad depression riskerar på sikt att påverka utvecklingen i studier och relationsförmåga. Specifika fobier har inte lika hög påverkan på funktion som ovan nämnda tillstånd, men kan ändå medföra avsevärt lidande och är därmed effektiva att behandla med KBT.

Psykologisk behandling i första linjen – KBT

I stort sett alla vårdcentraler med tilläggsuppdrag för första linjen och andra verksamheter med tilläggsuppdrag svarar att de kan erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT) för barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Över hälften av mottagningarna anger att det handlar om manualbaserad KBT.

Var tredje vårdcentral kan erbjuda manualbaserad KBT och lika många svarar att de inte alls kan erbjuda KBT till barn och ungdomar. Av enkätsvaren framgår dock inte huruvida dessa vårdcentraler har möjlighet att hänvisa patienter till en annan verksamhet för KBT-behandling.

Tabell 7. Tillgång till psykologisk behandling med KBT – första linjen

Andelen mottagningar i första linjen efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom kan erbjudas psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT).

Typ av verksamhet	Ja, manualbaserad	Ja, men inte manualbaserad	Ja, men vet inte om den är manualbaserad eller inte	Nej
Vårdcentral	38	19	10	33
Vårdcentral med tilläggsuppdrag	54	25	18	4
Övriga mottagningar	69	16	16	0

Svarsfrekvens: 81 av 163 (37%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Psykologisk behandling i första linjen – IPT

Det är relativt få mottagningar som kan erbjuda interpersonell beteendeterapi för barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom, och behandlingen är sällan manualbaserad. Två tredjedelar av mottagningarna kan inte erbjuda sina patienter psykologisk behandling med IPT.

Tabell 8. Tillgång till psykologisk behandling med IPT – första linjen

Andelen mottagningar i första linjen efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom kan erbjudas psykologisk behandling med interpersonell psykoterapi (IPT).

Typ av verksamhet	Ja, manualbaserad	Ja, men inte manualbaserad	Ja, men vet inte om den är manualbaserad eller inte	Nej
Vårdcentral	0	10	15	75
Vårdcentral med tilläggsuppdrag	16	16	16	52
Övriga mottagningar	7	7	15	70

Svarsfrekvens: 72 av 163 (45%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Psykologisk behandling i första linjen – korttids-PDT

En tredjedel av vårdcentralerna, både med och utan tilläggsuppdrag för första linjen, anger att de kan erbjuda psykologisk behandling med psykodynamisk korttidsterapi för barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Av andra verksamheter med tilläggsuppdrag svarar nästan dubbelt så många att de kan erbjuda korttids-PDT.

Tabell 9. Tillgång till psykologisk behandling med korttids-PDT – första linjen

Andelen mottagningar i första linjen efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom kan erbjudas psykologisk behandling med psykodynamisk korttidsterapi (PDT).

Typ av verksamhet	Ja, manualbaserad	Ja, men inte manualbaserad	Ja, men vet inte om den är manualbaserad eller inte	Nej
Vårdcentral	5	14	14	67
Vårdcentral med tilläggsuppdrag	16	12	8	64
Övriga mottagningar	19	26	15	41

Svarsfrekvens: 73 av 163 (45%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Andra psykologiska behandlingar i första linjen

Närmare hälften av vårdcentraler med tilläggsuppdrag för första linjen uppger att de kan erbjuda andra psykologiska behandlingar för barn och ungdomar.

mar med depression eller ångestsyndrom. Andra verksamheter med tilläggsuppdrag kan erbjuda andra psykologiska behandlingar i något högre grad, 60 procent uppger att de kan detta.

Däremot är det mer ovanligt att vårdcentraler utan tilläggsuppdrag kan erbjuda andra psykologiska behandlingar för barn och ungdomar. Några exempel på kommentarer om andra psykologiska behandlingar:

Familjebehandling (ibland med inslag av Marte Meo-metodik) med fokus på samspelet mellan barn och föräldrar, i de fall där vi bedömt att det är brister i samspelet som orsakar depressiva symtom och/eller ångest hos barnet. (Vårdcentral)

Prolonged Exposure (för trauma), insatser från mentaliseringsbaserad psykodynamisk terapi och dialektisk beteendeterapi. Schematerapi. Relationell. Barnfokuserad problemlösning (Ross Greene). (Vårdcentral med tilläggsuppdrag)

Affektfokuserad terapi. Det är inte möjligt att genomföra detta manualbaserat i första linjen då det kräver mycket tätare uppföljning och längre behandlingstider (10-14 sessioner) är vad det forskas på, vi ger i snitt 3-5 sessioner under max 6 månader. Vi arbetar mycket med psykopedagogiska samtal också med föräldrar för att vidmakthålla det positiva. Krävs mer hållande/tätare kontakt under längre tid så är det specialist-BUPs uppdrag. (Vårdcentral med tilläggsuppdrag)

Samtliga är utbildade inom KBT. Teknikerna är inte alltid givna utifrån manual. FACT används t ex. (Övrig mottagning)

Tabell 10. Tillgång till annan psykologisk behandling – första linjen

Andelen mottagningar i första linjen efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom kan erbjudas annan psykologisk behandling.

Typ av verksamhet	Ja, manualbaserad	Ja, men inte manualbaserad	Ja, men vet inte om den är manualbaserad eller inte	Nej
Vårdcentral	0	6	24	71
Vårdcentral med tilläggsuppdrag	20	10	15	55
Övriga mottagningar	30	20	10	40

Svarsfrekvens: 57 av 163 (35%).

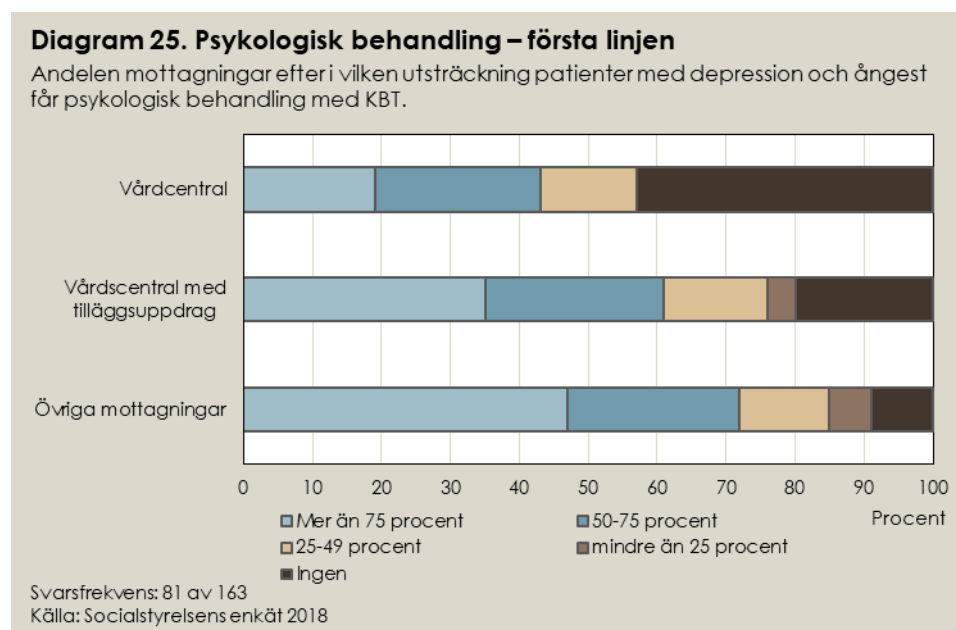
Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Enligt vår enkät till verksamhetscheferna ger drygt 40 procent av vårdcentraler utan tilläggsuppdrag psykologisk behandling med KBT till över hälften av barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. På vårdcentraler med tilläggsuppdrag för första linjen är denna andel 60 procent, medan andelen är närmare 80 procent bland ungdomsmottagningar, BUP med första lin-

jen-uppdrag, barnmedicinmottagningar med tilläggsuppdrag och andra mottagningar. Däremot är andra psykologiska behandlingar ovanliga, såsom interpersonell psykoterapi och psykodynamisk korttidsterapi.

Resultaten ska dock tolkas med försiktighet på grund av variationen i organisationen av första linjen, 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 viktigt att ha i åtanke att endast hälften av mottagningarna har besvarat enkäten – och att dessa sannolikt utgör ett selektivt urval – vilket gör att resultaten kan vara mer positiva än bland de mottagningar som inte har besvarat enkäten.



Enligt uppgifter från regionernas patientadministrativa system får drygt var fjärde barn och ungdom i åldersgruppen 6 till 17 år med depression eller ångestsyndrom psykologisk behandling med KBT. Flickor får KBT i något högre grad än pojkar.

Däremot har få regioner dokumenterat åtgärden interpersonell psykoterapi (IPT), varvid det enligt statistiken endast är en procent av alla barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom som har fått denna behandling.

Uppgifterna för andelen barn och ungdomar som har fått någon form av psykologisk behandling är i stort sett samma som för behandling med KBT, utom för Västra Götaland där andelen för psykologisk behandling är betydligt högre än för KBT (42 jämfört med 33 procent).

Kommentarerna handlar även här om brister i dokumentationen av åtgärderna:

Stora svårigheter att få ut adekvat statistik dels p.g.a. hälsoval, olika kodning/diagnossättning, koppling variabler. Statistik som måste tolkas med

extrem försiktighet. Inom familjehälsan har registrering av psykologisk behandling ej angetts med KVÅ i den utsträckning som behandling ges.

KVÅ-koder används inte för detta i primärvården. Det går inte att på något annat sätt plocka fram siffror för de som fått angivna psykologiska behandling då det inte registreras på något särskilt sätt mer än som eventuellt fritext i journalen.

Det saknas information för primärvården, det är under utveckling i Region Halland att införa strukturerad diagnos- och åtgärdsregistrering.

Under 2017 infördes pilotprojekt med 1:a linjen för barn och ungdomars psykiska hälsa i primärvården på. Detta har och kommer sannolikt att påverka statistiken för ångest och depression inom primärvården.



Psykologisk behandling inom barn- och ungdomspsykiatri

Enligt svaren i enkätundersökningen kan samtliga barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT). Behandlingen är ofta manualbaserad.

Tre av fyra verksamheter kan även erbjuda interpersonell psykoterapi, psykodynamisk korttidsterapi samt andra psykologiska behandlingar. Exempel som ges på andra psykologiska behandlingar är olika former av familjeterapi, Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EDMR) och bildterapi, vilket dock har lägre prioritet i de nationella riktlinjerna.

Tabell 11. Tillgång till psykologisk behandling inom barn- och ungdomspsykiatri

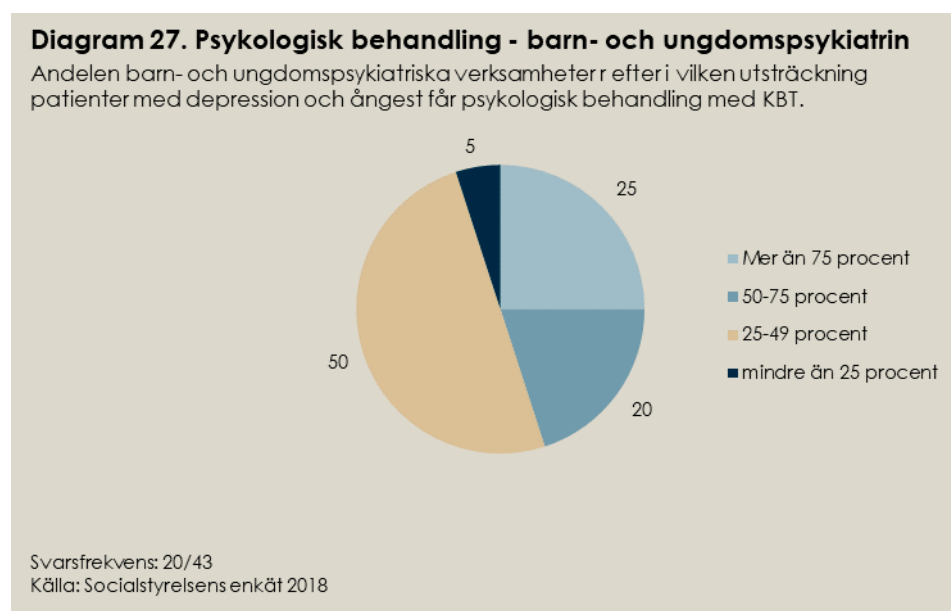
Andelen verksamheter inom BUP som kan erbjuda olika former av psykologisk behandling.

Psykologisk behandling	Ja, manualbaserad	Ja, inte manualbaserad	Ja, men vet inte om manualbaserad eller inte	Nej
Kognitiv beteendeterapi	65	10	25	0
Interpersonell psykoterapi	40	5	30	25
Psykdynamisk korttidsterapi	20	30	20	30
Annan psykologisk behandling	31	38	6	25

Svarsfrekvens: 20 av 43 (47%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP, 2018.

Närmare hälften av barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter uppger att mer än hälften av patienterna får psykologisk behandling med KBT. Däremot får ingen eller mindre än var fjärde patient interpersonell psykoterapi (IPT) och psykdynamisk korttidsterapi inom de allra flesta verksamheter. Var femte verksamhet ger andra psykologiska behandlingar till mer än hälften av sina patienter.



Kvalitetsregistret Q-bup hämtar både data från vårddokumentation och från patientadministrativa system. Q-bup beskriver i sin årsredovisning att en konsekvens av detta blir betydande osäkerheter kring datakvaliteten. Men ett av syftena med registret är att bidra till att kvaliteten på registrerade uppgifter ökar över tid genom att tydliggöra brister, vilket sker genom att de använder och sammanställer rutinmässigt registrerade och dokumenterade uppgifter från vården.

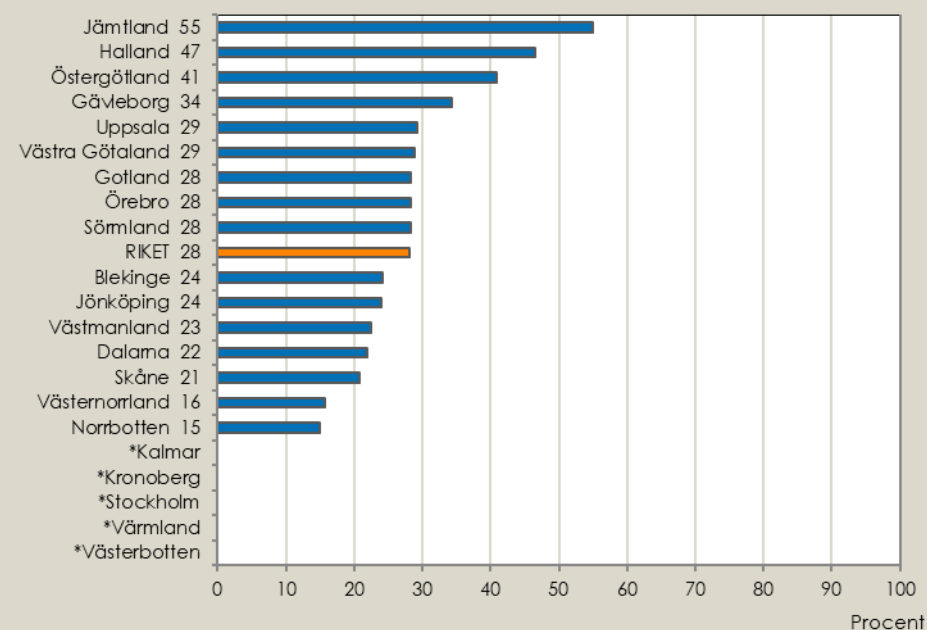
Q-bup konstaterar att det med största sannolikhet finns en betydande underrapportering av bland annat behandlingsåtgärder och samverkan som behöver åtgärdas med bättre dokumentationsrutiner och -struktur [13]. Än så länge deltar Kalmar, Gävleborg och Stockholm i kvalitetsregistret. I dessa tre regioner får var femte patient med depression eller ångesttillstånd behandling med kognitiv beteendeterapi, medan var tredje patient med OCD (tvångssyndrom) behandlas med KBT.

Dessa uppgifter stämmer väl överens med de uppgifter från regionernas patientadministrativa system som vi har fått. Resultaten därifrån visar också att var fjärde patient med depression eller ångestsyndrom inom barn- och ungdomspsykiatri får psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi. Denna andel varierar dock kraftigt mellan regioner, från 15 procent i Norrbotten till 55 procent i Jämtland. Denna skillnad påverkas sannolikt också av olika rutiner för att dokumentera åtgärden i journalen.

Omkring 30 procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom får någon psykologisk behandling – flickor i större utsträckning än pojkar. Även enligt Q-bup är det runt 30 procent av patienterna som får någon psykologisk behandling.

Diagram 28. Kognitiv beteendeterapi – barn- och ungdomspsykiatri

Andelen patienter med depression eller ångestsyndrom inom barn- och ungdomspsykiatri, som fått dokumenterad behandling med kognitiv beteendeterapi, 2017.



*Uppgift saknas.

Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen, 2018.

Bedömning av resultat

Psykologisk behandling med KBT eller IPT bör enligt de nationella riktlinjerna ofta vara ett förstahandsval vid depression med tanke på eventuella biverkningar med läkemedelsbehandling. Likaså bör en hög andel av patienterna med specifika ångestsyndrom få KBT. Samsjuklighet mellan flera

ångestsyndrom och depression är ytterst vanligt – och KBT kan ha effekt på samtliga tillstånd.

Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som innebär att minst 60 procent av ungdomar med depression bör få psykologisk behandling med KBT eller IPT. Målnivån för psykologisk behandling med KBT för ungdomar med ångestsyndrom är fastställd till 70 procent. Målnivån är högre 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 än 60–70 procent beror på att det för en del ungdomar kan räcka med psykopedagogiska insatser för att minska depressions- respektive ångestsymtomen.

Bristen på tillförlitliga data gör att det är svårt att bedöma hur stor andel av barn och ungdomar som får tillgång till psykologisk behandling. Av enkäten till första linjen framgår att majoriteten av mottagningarna kan erbjuda psykologisk behandling med KBT och i viss utsträckning även IPT, PDT och andra psykologiska behandlingar.

Enligt enkäten är det ungefär hälften av barnen och ungdomarna som behandlas vid dessa mottagningar som får psykologisk behandling med KBT. Enkätresultaten är dock svårtolkade, bland annat beroende på att uppdraget för och organisationen av första linjen ser så olika ut.

Även inom barn- och ungdomspsykiatri anger de verksamheter som har besvarat enkäten att knappt hälften av patienterna får psykologisk behandling med KBT eller annan psykologisk behandling.

Uppgifter från regionernas patientadministrativa system respektive kvalitetsregistret Q-bup visar dock att endast knappt var tredje patient får psykologisk behandling med KBT. Att andelen är mindre skulle delvis kunna bero på att alla psykologiska behandlingar inte dokumenteras i regionernas journalsystem eller inte går att hämta ut på grund av att de dokumenteras i löpande text. Det kan också vara så att andelen barn och ungdomar som får psykologisk behandling är alltför liten.

Sammanfattningsvis är det svårt att värdera tillgången till psykologisk behandling eftersom det saknas nationell statistik. 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 dattainsamling för primärvården, eftersom majoriteten av barn och ungdomar 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 kanske inte kan tillgodoses på alla håll. De flesta regioner bedömer också själva att det finns brist på psykologer samt att antalet psykologer behöver öka framöver.

Läkemedelsbehandling av barn och ungdomar

För barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression kan enligt riktlinjerna behandling med antidepressiva läkemedel vara aktuellt. Ju svårare depression, desto starkare är indikationen för läkemedelsbehandling och därmed är det desto viktigare att överväga läkemedelsbehandling i ett tidigt skede. Vid behandling med antidepressiva läkemedel av barn och ungdomar behöver hälso- och sjukvården särskilt noggrant följa läkemedlets effekt och biverkningar samt eventuell ökning av suicidtankar hos den unge.

Samtidig påbörjad behandling med psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi och det antidepressiva läkemedlet Sertralin har god effekt på både ångestsymtom vid generaliserad ångest och på social fobi eller separationsångest hos barn och ungdomar.

Vid medelsvårt till svårt tvångssyndrom är behandling med antidepressiva läkemedel ett alternativ, vilket också kan kombineras med psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT). Det finns dock särskilda svårigheter och risker med att behandla barn och ungdomar med antidepressiva läkemedel. Bland annat finns risk för aktivering, det vill säga att det sker en allmän ökning av olika typer av tvångsbeteenden samt ökad ångest och suicidtankar.

Läkemedelsverkets godkännande av Sertralin och övriga SSRI- och SNRI-preparat inkluderar inte behandling av barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi. Detta medför ett större ansvar för såväl förskrivande läkare som för hälso- och sjukvården när det gäller att följa upp barn och ungdomar som behandlas med dessa läkemedel.

Förskrivning av antidepressiva läkemedel

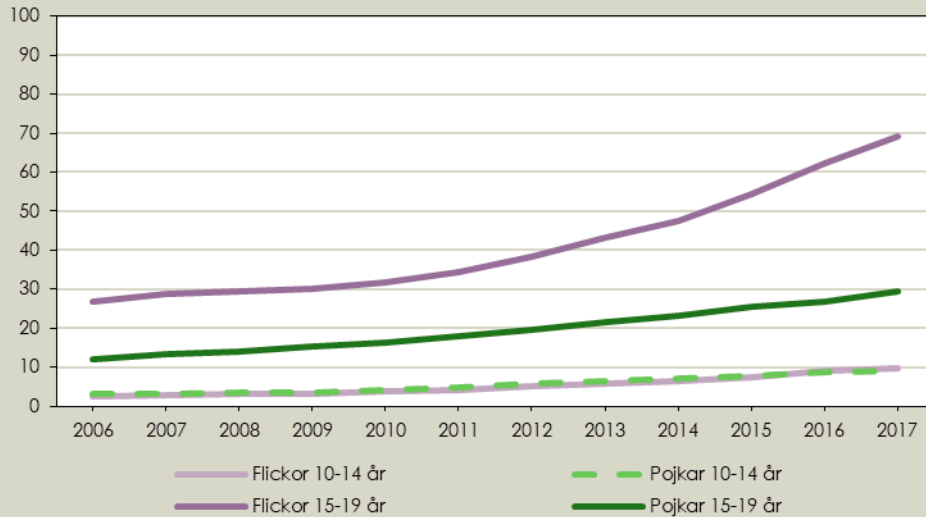
Sedan år 2006 har förskrivningen av antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar i åldersgruppen 10 till 19 år mer än fördubblats. Ökningen har varit störst för tonårsflickor mellan 15 och 19 år, där flickornas användning av antidepressiva läkemedel är mer än dubbelt så stor som pojkarnas. Däremot är det ingen könsskillnad i den yngre åldersgruppen 10 till 14 år. Diagram 28 och 29 sammanfattar resultatet.

Ökningen av förskrivningen av antidepressiva läkemedel motsvarar ökningen av antalet barn och ungdomar som diagnostiseras med depression och/eller ångestsyndrom (se diagram 15 och 16 i avsnittet ”Barn- och ungdomspsykiatri”). Merparten av förskrivningen av antidepressiva läkemedel för både flickor och pojkar sker inom barn- och ungdomspsykiatri.

Diagram 28. Antidepressiva läkemedel

Antal barn och ungdomar som hämtat ut antidepressiva läkemedel per 1000 invånare, efter ålder och kön.

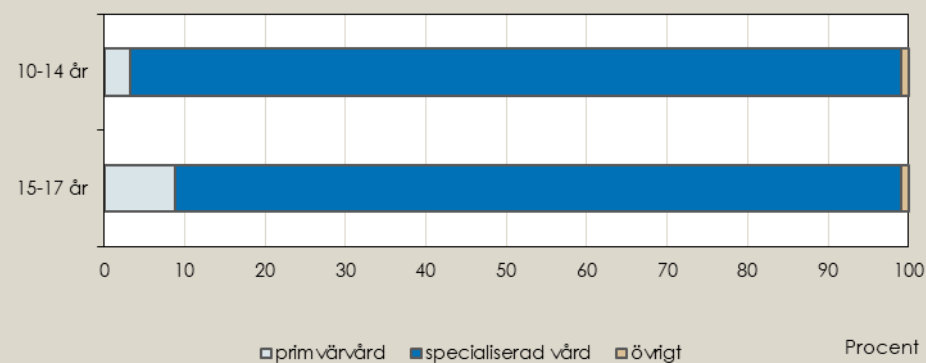
Antal barn och ungdomar per 1000 invånare



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Diagram 29. Antidepressiva läkemedel per vårdnivå

Andelen antidepressiva läkemedel uppdelat på vårdnivå, 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Läkemedelsbehandling i första linjen

Majoriteten av vårdcentralerna – både med och utan tilläggsuppdrag för första linjen – anger att endast en liten andel av barnen och ungdomarna får läkemedelsbehandling. Av kommentarerna framgår att flera av de ungdomsmottagningar och BUP som har ansvar för första linjen (vilket för BUP:s del betyder att de inte har någon läkare) inte alls förskriver läkemedel, utan i stället remitterar patienterna vidare till barn- och ungdomspsykiatri om det bedöms finnas behov av läkemedelsbehandling. I Stockholm och Västra Götaland förskriver inte heller första linjen läkemedel.

Tabell 12. Läkemedelsbehandling – första linjen

Andelen mottagningar i första linjen efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får läkemedelsbehandling.

Typ av verksamhet	50-75 procent av patienterna	25-49 procent av patienterna	Mindre än 25 procent av patienterna	Ingen patient
Vårdcentral	0	0	88	13
Vårdcentral med tilläggsupdrag	0	8	64	28
Övriga mottagningar	3	3	43	50

Svarsfrekvens: 71 av 163 (44%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Enligt regionernas patientadministrativa system får var femte barn och ungdom i åldern 6 och 17 som behandlas för depression eller ångestsyndrom inom primärvården läkemedelsbehandling med antidepressiva, vilket överensstämmer med resultaten från Socialstyrelsens enkätundersökning. Det finns inga skillnader i förskrivningen till flickor respektive pojkar.

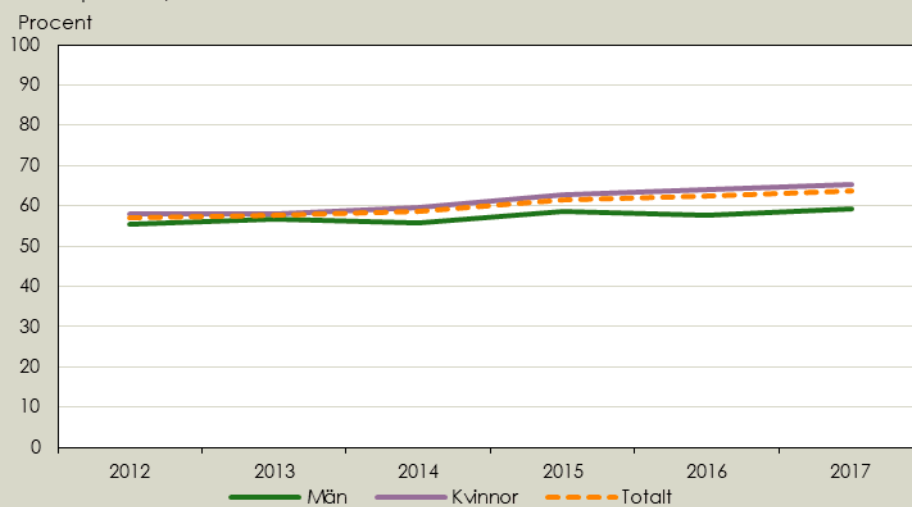
Läkemedelsbehandling inom barn- och ungdomspsykiatri

Omkring 60 procent av ungdomar i åldersgruppen 13 till 17 år med depression inom barn- och ungdomspsykiatri behandlas med antidepressiva läkemedel. Uppgifter från Socialstyrelsens register visar att andelen har ökat något sedan år 2012. Flickor får behandling med antidepressiva läkemedel i något större utsträckning än pojkar, och sedan 2012 har skillnaden mellan könen ökat något. Diagram 30 sammanfattar resultatet både totalt och per kön.

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorn *Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid svår egentlig depression* som beskriver andelen ungdomar i åldersgruppen 13 till 17 år inom barn- och ungdomspsykiatri som har fått läkemedelsbehandling vid svår egentlig depression. Ungefär tio procent av alla ungdomar med depression i denna åldersgrupp har diagnosen svår depression. Av dessa får något högre andel, 70 procent läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel.

Diagram 30 Läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel vid depression

Andelen ungdomar 13 -17 år med depression som har fått läkemedelsbehandling med antidepressiva, 2012-2017.



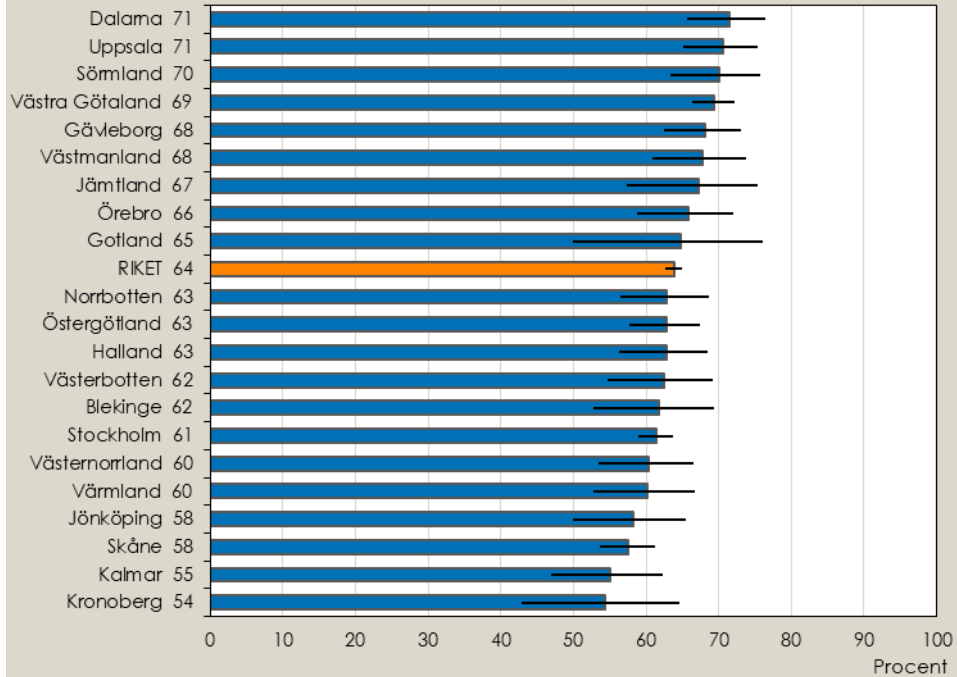
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Andelen ungdomar med depression som behandlas med antidepressiva läkemedel varierar mellan regionerna – från drygt hälften av ungdomarna till omkring 70 procent. För ungdomar med svår depression varierar läkemedelsbehandlingen mer, från hälften av ungdomarna i vissa regioner till i stort sett samtliga ungdomar i andra. Diagram 31 sammanfattar resultatet per region.

Redovisningen gäller dock endast ungdomar som har haft ett läkarbesök, och de som endast har träffat psykolog, psykoterapeut eller annan yrkesgrupp ingår inte i redovisningen. Detta medför att andelen ungdomar som behandlas med antidepressiva vid depression är en överskattning.

Diagram 31. Läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel vid depression

Andelen ungdomar 13 -17 år med depression som har fått läkemedelsbehandling med antidepressiva, 2017.

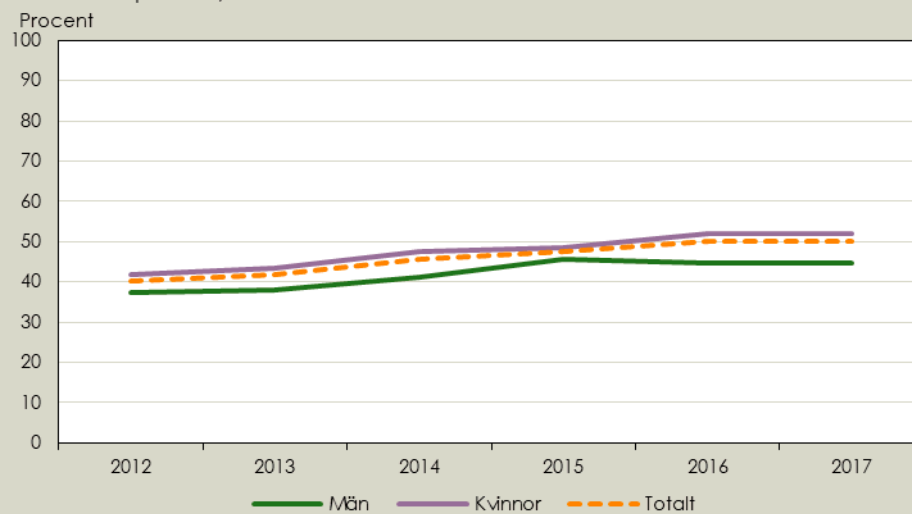


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Läkemedelsbehandling med antidepressiva har även ökat något bland de ungdomar med ångestsyndrom som behandlas inom barn- och ungdomspsykiatri (se diagram 32). Här finns dock inga signifikanta skillnader mellan könen.

Diagram 32. Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid ångestsyndrom

Andelen ungdomar 13 - 17 år med ångestsyndrom som har fått läkemedelsbehandling med antidepressiva, 2012-2017.

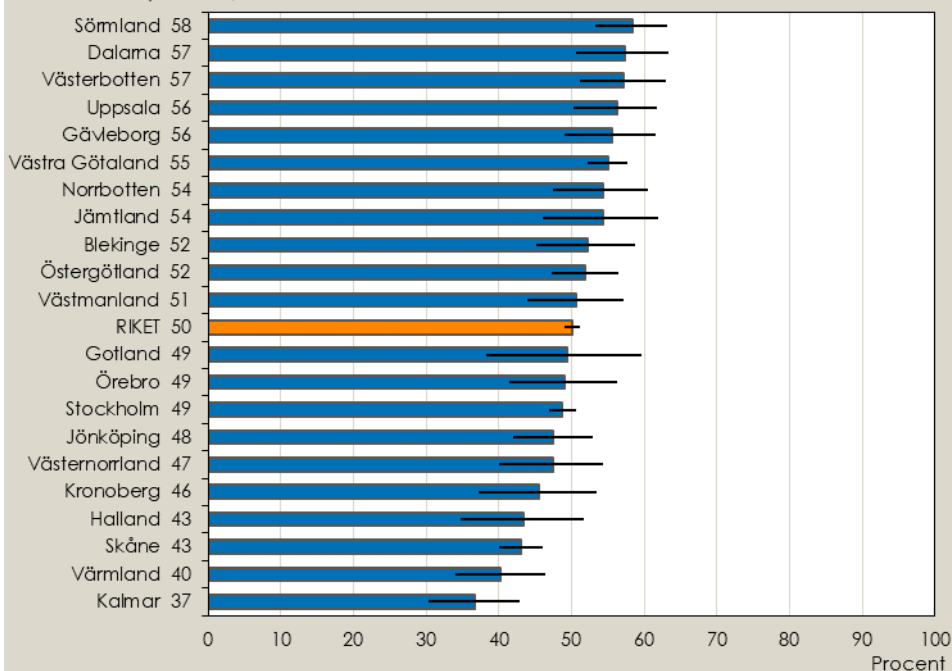


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Drygt hälften av ungdomarna med ångestsyndrom i åldersgruppen 13 till 17 år får läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel. Uppgifterna gäller dock endast de ungdomar som har haft ett läkarbesök. Därmed ingår inte de unga som endast har träffat psykolog, psykoterapeut eller annan yrkesgrupp i denna redovisning, vilket medför att andelen ungdomar som behandlas med antidepressiva vid ångestsyndrom är en överskattning (se diagram 33).

Diagram 33. Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid ångestsyndrom

Andelen ungdomar 13-17 år med ångestsyndrom som har fått läkemedelsbehandling med antidepressiva, 2017.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att barn och ungdomar med ångestsyndrom bör få en kombinationsbehandling med SSRI-preparat och kognitiv beteendeterapi. Vi kan i dagsläget inte följa upp kombinationsbehandling på grund av avsaknad av data.

Bedömning av resultat

I takt med att den psykiska ohälsan ökar bland barn och ungdomar, så ökar också förskrivningen av antidepressiva läkemedel till denna grupp. I och med att andelen som behandlas med läkemedel efter diagnos har varit konstant över tid, är ökningen sannolikt en konsekvens av att allt fler unga diagnostiseras med depression och ångestsyndrom.

Det tycks alltså som att den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel de senaste åren inte beror på en förändrad behandlingspraxis, utan snarare på den ökade diagnostiseringen av unga med psykisk ohälsa. Det är därför mycket angeläget att utveckla förebyggande och tidiga insatser som kan bidra till att minska den psykiska ohälsan bland barn och ungdomar, vilket bland annat kan ske genom en fortsatt utbyggnad av de insatser som sker inom första linjens vård till denna målgrupp.

Det finns stora praxisskillnader när det gäller antalet eller andelen barn och ungdomar som behandlas med antidepressiva läkemedel. Skillnaderna mellan regionerna kan sannolikt till viss del förklaras av att verksamheternas uppdrag och patientgrupper ser olika ut. I vissa regioner har man byggt upp en relativt väl fungerande första linje, vilket innebär att det framförallt är barn

och ungdomar med en svår problematik som behandlas inom barn- och ungdomspsykiatri. Andelen som behandlas med antidepressiva läkemedel kan således förväntas vara högre i dessa regioner.

Det kan också vara så att olika behandlingstraditioner och tillgången till psykologisk respektive till medicinsk kompetens påverkar hur stor andel unga som behandlas med läkemedel. Socialstyrelsen bedömer därför att regionerna skulle behöva analysera huruvida användningen av läkemedel sker i överensstämmelse med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Detta gäller särskilt de regioner som förskriver läkemedel i mindre respektive större utsträckning än det nationella genomsnittet.

Behandling med ECT vid svår depression hos ungdomar

Hos ungdomar som har svåra depressionsymtom efter pubertetsdebut kan enligt de nationella riktlinjerna ibland även ECT användas. Det finns klinisk erfarenhet av att ECT ger god effekt hos ungdomar. Åtgärden kan vara livräddande och ger snabbare effekt på depressionsymtom jämfört med antidepressiva läkemedel.

ECT-behandling är väl etablerad och har använts länge i Sverige, men dock endast i liten utsträckning till ungdomar under 18 år. Enligt Kvalitetsregistret för ECT behandlades totalt tolv personer under 18 års ålder med ECT år 2017.

Bedömning av resultat

Behandling med ECT berör endast ett fåtal unga personer, vilket innebär att behandlingen inte kan utföras inom alla psykiatriska verksamheter. Det är också viktigt att personalen har särskild kompetens att utföra behandlingen. Behovet av ECT varierar under året och kan uppstå akut, vilket gör att det är ytterst angeläget att det finns tydliga rutiner – både för vem ska utföra behandlingen och hur behandlingen ska gå till.

Uppföljning av barn och ungdomar

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

Uppföljning av behandling i första linjen

Enligt enkäten till verksamhetscheferna har omkring två av tre vårdcentraler och andra verksamheter med tilläggsuppdrag rutiner för hur de ska följa upp barn och ungdomar som behandlas för depression och ångestsyndrom. Det motsatta gäller för vårdcentraler utan tilläggsuppdrag, där två av tre mottagningar saknar sådana rutiner. Hälften av rutinerna är dock endast muntliga.

De allra flesta mottagningar anger att en genomgång av effekterna av behandlingsinsatserna alltid ingår i uppföljningen. På merparten av mottagningarna innefattar uppföljningen även genomgång av eventuella biverkningar, bedömning av beroendeproblematik samt suicidriskbedömning. Genomgång av läkemedel och somatisk undersökning är betydligt vanligare på vårdcentraler än inom de övriga verksamheterna.

Exempel på kommentarer till frågan om uppföljning till behandling:

Vi ger ingen medicinsk behandling på mottagningen och följer därför inte upp det. Den medicinska delen följs upp av de som satt in medicinen, företrädesvis läkare på VC. (Vårdcentral med tilläggsuppdrag)

Vid läkemedelsbehandling överförs patienten till specialist BUP. Vi behandlar endast lindrig depression. (Övrig mottagning)

Gör uppföljning undre behandlingens gång men inte efter avslutad kontakt. (Övrig mottagning)

Två tredjedelar av mottagningarna följer upp barnen och ungdomarna som behandlas mot depression och ångestsyndrom en gång i kvartalet eller mer. Var tionde mottagning har svarat att uppföljningen sker mer sällan än en gång per år, med förklaringen att de följer upp några månader efter avslutad behandling och att det därefter är patienten själv som får ta kontakt vid behov.

Tabell 13. Uppföljning av behandling – första linjen

Andelen mottagningar inom första linjen efter vad som ingår i uppföljningen av barn och ungdomar som behandlas för depression eller ångestsyndrom.

Undersökning	Vårdcentral	Vårdcentral med tilläggsuppdrag	Övriga mottagningar
Genomgång av effekter av behandlingsinsatser	89	96	93
Genomgång av eventuella biverkningar av behandlingsinsatser	78	74	76
Genomgång av samtliga läkemedel	78	76	35
Somatisk undersökning	76	41	19
Bedömning av beroendeproblematik	82	77	66
Strukturerad suicidriskbedömning	88	93	80

Svarsfrekvens: 75 av 163 (46%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Uppföljning av behandling inom barn- och ungdomspsykiatri

De flesta – nio av tio verksamheter – har rutiner för hur de ska följa upp barn och ungdomar som behandlas mot depression och ångestsyndrom. Rutinen är i huvudsak skriftlig.

Samtliga verksamheter som besvarat enkäten anger att de följer upp effekter av behandlingsinsatser och eventuella biverkningar. I de allra flesta verksamheterna ingår även genomgång av samtliga läkemedel och strukturerad suicidriskbedömning i uppföljningen.

Vidare anger tre av fyra verksamheter anger att de följer upp barn och ungdomar som behandlas mot depression och ångestsyndrom en gång i kvartalet eller oftare, och resten av verksamheterna svarar minst varje halvår.

Tabell 14. Uppföljning av behandling – barn- och ungdomspsykiatri

Andelen verksamheter inom barn- och ungdomspsykiatri efter vad som ingår i uppföljningen av barn och ungdomar som behandlas för depression eller ångestsyndrom.

Undersökning	Andelen mottagningar
Genomgång av effekter av behandlingsinsatser	100
Genomgång av eventuella biverkningar av behandlingsinsatser	100
Genomgång av samtliga läkemedel	95
Somatisk undersökning	70
Bedömning av beroendeproblematik	65
Strukturerad suicidriskbedömning	95

Svarsfrekvens: 20 av 43 (47%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP, 2018.

Bedömning av resultat

En aktiv uppföljning av vårdförlopp och behandling ökar följsamheten till behandlingen och förbättrar prognosen över tid. Enligt våra enkäter tycks

uppföljningen fungera relativt väl – både inom första linjen-vården och inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Resultaten är därmed positiva, men eftersom de är baserade på enkätundersökningar med ett relativt stort bortfall bör resultaten tolkas med försiktighet. Det är tänkbart att uppföljningen fungerar bättre hos de verksamheter som har besvarat enkäten än i verksamheter som inte har besvarat enkäten.

Stöd till närstående till barn och ungdomar

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.

Stöd till närstående i första linjen

Det är stor variation i tillgången till rutiner för att stödja närstående till barn och ungdomar som behandlas för depression eller ångestsyndrom. Merparten av vårdcentraler utan tilläggsuppdrag saknar sådana rutiner medan barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar med uppdrag för första linjen, ungdomsmottagningar och andra verksamheter med uppdrag för första linjen svarar att de har rutiner för stöd till närstående. Av kommentarerna framgår att detta stöd i regel handlar om att stödja föräldrarna – som ofta deltar i behandlingen.

Tabell 15. Stöd till närstående – första linjen

Andelen mottagningar i första linjen efter huruvida de har rutin för att stödja närstående till barn och ungdomar 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

Svarsfrekvens: 80 av 163 (37%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Stöd till närstående inom barn- och ungdomspsykiatri

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. Dock har bara hälften av verksamheterna en skriftlig rutin. Kommentarna handlar om nära samarbete med föräldrarna kring barn och ungdomar.

Bedömning av resultat

Resultaten visar många verksamheter i dagsläget saknar rutiner för att stödja närstående. Om det finns rutiner är dessa endast muntliga i de flesta fall.

Bristen på rutiner är särskilt stor inom primärvården. Socialstyrelsen anser att alla verksamheter borde ha rutiner för hur stödet till närstående till barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom ska gå till – både för föräldrar och för eventuella syskon.

Samverkan mellan aktörer som arbetar med barn och ungdomar

En god kontinuitet behövs såväl inom en och samma vårdnivå som i överföringen från primärvård till specialiserad vård, eller från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri. En välfungerande samverkan och samordning mellan olika vårdnivåer är viktig för att kunna ge en god vård vid depression och ångestsyndrom.

Samverkan – första linjen

Vårdcentraler utan tilläggsuppdrag har i något lägre utsträckning rutiner för samverkan med elevhälsan än de övriga verksamheterna. Exempel på kommentarer angående elevhälsan:

Vårt uppdrag innebär att vi ansvarar för ett stort antal kommuner och sammanlagt väldigt många elevhälsoteam. När det är befogat för barnets vård kontaktar vår personal elevhälsan för aktuell skola och inleder samarbete/samverkan utifrån barnets behov. (Vårdcentral)

Gällande elevhälsan har vi ett upprättat dokument som vi skickat till dem gällande vad som krävs för att vi ska acceptera remiss från elevhälsans medicinska team, (somatisk bedömning samt ställningstagande till om BUH (barn- och ungdomshabilitering) är rätt instans). (Vårdcentral med tilläggsuppdrag)

Inom Ungdomshälsan som är en samverkansorganisation mellan Regionen och kommunen arbetar medarbetare som har sin grundanställning inom elevhälsan för att underlätta samverkan. (Övrig mottagning)

Tabell 16. Samverkan med elevhälsan – första linjen

Andelen mottagningar i första linjen efter huruvida de har rutin för att samverka med elevhälsan.

Typ av verksamhet	Ja, skriftlig	Ja, muntlig	Nej
Vårdcentral	20	45	35
Vårdcentral med tilläggsuppdrag	54	21	25
Övriga mottagningar	41	34	25

Svarsfrekvens: 80 av 163 (37%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Rutin för samverkan med BUP är något vanligare förekommande bland mottagningar i första linjen än att ha en samverkansrutin med elevhälsan. Några exempel på kommentarer angående samverkan med BUP:

Vi har videokonferenser med BUP där man kan ta upp ärenden. Ibland svårt att remittera patienter till dem. (Vårdcentral)

Som vårddvalsBUMM (barn- och ungdomsmedicinsk mottagning) har vi allt för många samarbetspartners. Närliggande BUP är dessutom omöjliga att boka möte med. (Övrig mottagning)

Återigen - inte ett bestämt tillvägagångssätt men vi samverkar och remitterar, tar initiativ till exempelvis SIP-möten (SIP=samordnad individuell plan). Vi tar emot patienter från hela Stockholms län vilket gör det svårt att ha speciella rutiner då vi har kontakt med många olika BUP/Socialtjänstkontor/Skolor. (Övrig mottagning)

Tabell 17. Samverkan med BUP – första linjen

Andelen mottagningar i första linjen efter huruvida de har rutin för att samverka med BUP.

Typ av verksamhet	Ja, skriftlig	Ja, muntlig	Nej
Vårdcentral	45	35	20
Vårdcentral med tilläggsuppdrag	71	18	11
Övriga mottagningar	59	25	16

Svarsfrekvens: 80 av 163 (36%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till första linjen, 2018.

Den mest frekventa samverkansformen – både vid kontakterna med elevhälsan och med BUP – är att man konsulterar varandra vid behov. Hälften av mottagningarna har dessutom gemensamma möten regelbundet, medan regelbundna gemensamma utbildningar med BUP förekommer på var tionde mottagning.

Samverkan – barn och ungdomspsykiatri

Fyra av fem barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter har en rutin för samverkan med elevhälsan. Rutinen är huvudsakligen skriftlig. Alla verksamheter svarar att man konsulterar varandra vid behov och merparten har även gemensamma möten regelbundet. Var tredje verksamhet anger andra samarbetsformer. I stort sett samtliga verksamheter har en – i de flesta fall skriftlig – överenskommelse med vuxenpsykiatri om hur en övergång från BUP till vuxenpsykiatri ska ske. Några exempel på sådana:

I samband med upprättande av samverkansavtal och organisationsförändringar har primärvård och BUP haft öppen föreläsning. Viss samverkan sker men ser olika ut beroende på hur kommunerna har bemannat sin elevhälsa. De privata skolorna har vi svårt att ha sammanhållen dialog med.

BUS-möten regelbundet. Möte med skolläkare respektive skolpsykologer. Alltid skriftlig info till skolan.

Bedömning av resultat

Resultaten från enkätundersökningen visar att en tredjedel av mottagningarna inom första linjen saknar rutiner för samverkan med elevhälsan samt att de rutiner som finns är oftast muntliga. Svårigheterna med att få till ett funge-

rande samarbete beror till stor del på att det är många olika aktörer som berörs. En komplex organisation försvårar samarbetet mellan första linjen och elevhälsan. I dessa fall kan dock en skriftlig rutin vara till stor hjälp.

Organisationen av vården till vuxna med depression och ångestsyndrom

Vårdcentralen utgör första linjens vård för personer som har psykiska besvär, men många som mår psykiskt dåligt vänder sig också till en vårdcentral även om de söker primärt för fysiska besvär. Studier visar att nästan 80 procent av personerna med depression eller ångestsyndrom presenterar sina problem som kroppsliga vid ett vårdmöte [19].

Personer med allvarigare psykiska sjukdomar behandlas inom den vuxen-psykiatriska verksamheten.

Primärvården - första linjen

Den största andelen av vuxna som drabbas av nedstämdhet och depression, eller oro och ångest både söker och får sin behandling inom primärvården. Cirka 25–30 procent av alla som söker vård på vårdcentral har i olika studier uppskattats ha ett psykiskt lidande. Därmed önskar patienter som söker hjälp i primärvården i många fall få hjälp med psykisk ohälsa – och en genomgång i Stockholms läns dataregister visar att 20 procent av primärvårdens patienter har fått någon åtgärd av primärvården vad gäller psykisk ohälsa [20, 21, 22].

Vidare uppger patienter inom primärvården ofta att de har besvär med sömn, oro och/eller nedstämdhet. En del av dessa patienter uppfyller kriterierna för psykiatriska diagnoser, till exempel för depression eller för en ångestdiagnos, och ska därmed erbjudas evidensbaserad behandling – men det är långt ifrån alla som blir erbjudna en sådan behandling.

En stor del av de patienter som söker för psykisk ohälsa har dock inte en psykiatrisk diagnos, utan har exempelvis oro eller sömnsvårigheter som en normal reaktion på svåra livshändelser. Typiska exempel på sådana livshändelser är krisreaktioner efter en separation, hög belastning på arbetet i kombination med sjuka barn eller ekonomiska svårigheter. I dessa fall saknas ofta interventioner med starkt vetenskapligt stöd och sannolikt är längre behandlingsinsatser omotiverade.

Mot bakgrund av denna stora variation i symtombild och svårighetsgrad hos primärvårdens patienter är det av stor vikt att primärvårdens personal har adekvat kompetens. En sådan kompetens inkluderar bland annat:

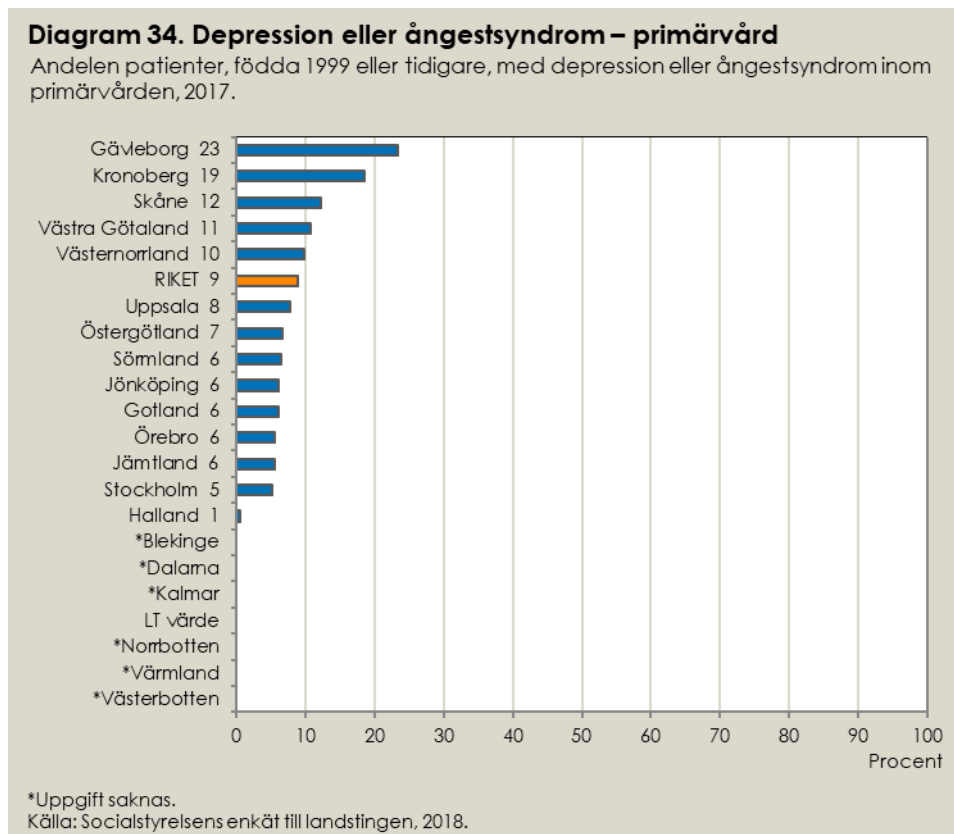
- att effektivt och korrekt kunna bedöma psykisk ohälsa och ställa psykiatrisk diagnos när sådan föreligger
- att kunna avgöra när evidensbaserad behandling är motiverad samt att kunna erbjuda sådan behandling
- att kunna avgöra när symtom är normala reaktioner på stressande livshändelser
- att kunna friskförklara patienter och normalisera symtom, samt

- att kunna erbjuda begränsade psykopedagogiska insatser vid besvär som inte är så uttalade att de kan uppfattas som sjukdom i klinisk bemärkelse.

Primärvårdens organisation kan se olika ut i olika delar av landet, men även inom ett och samma region. Ofta har en vårdcentral eller motsvarande tillgång till egen psykologisk kompetens, men ibland har man valt att samla denna kompetens vid särskilda enheter.

Enligt uppgifter från regionernas patientadministrativa system har ungefär var tionde vuxen patient inom primärvården depression eller ångestsyndrom. Det är stor skillnad mellan könen: nästan dubbelt så många kvinnor som män har någon av dessa diagnoser (11 respektive 6 procent).

Dessa uppgifter stämmer överens med resultaten i en studie i Stockholm, där data från Stockholms läns landstings VAL-databaser visar att 7 procent av personerna som besökt husläkare år 2011 fick en psykiatrisk diagnos [23]. Det är dock sannolikt att den låga andelen patienter med depression- och ångestdiagnos beror på att diagnostiken är otillräcklig, vilket utskrivningen av antidepressiva mediciner också tyder på.



Vuxenpsykiatri

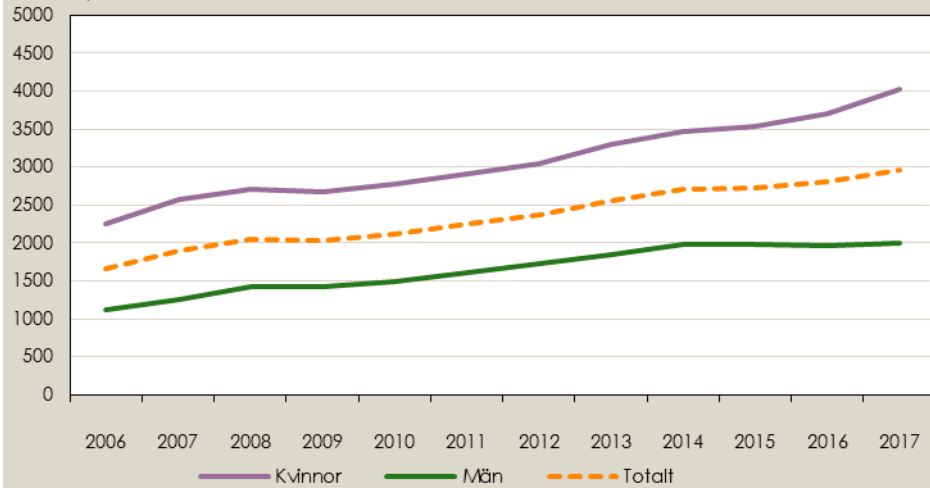
Den specialiserade psykiatriska öppen- och slutenvården behandlar personer med allvarligare psykisk ohälsa. Sedan år 2006 har antalet patienter inom vuxenpsykiatri med diagnosen depression eller ångestsyndrom per 100 000 invånare fördubblats i åldersgruppen 18 till 24 år. I åldersgruppen 25 till

64 år är motsvarande ökning cirka 25 procent, men det har inte skett någon förändring i den äldsta åldersgruppen (65 år eller äldre).

Diagram 35. Patienter 18-24 år med depression och ångestsyndrom

Antal patienter med depression och ångestsyndrom inom den specialiserade psykiatriska vården, per 100 000 invånare, fördelat på kön. Avser personer 18-24 år, 2006-2017.

Antal per 100 000

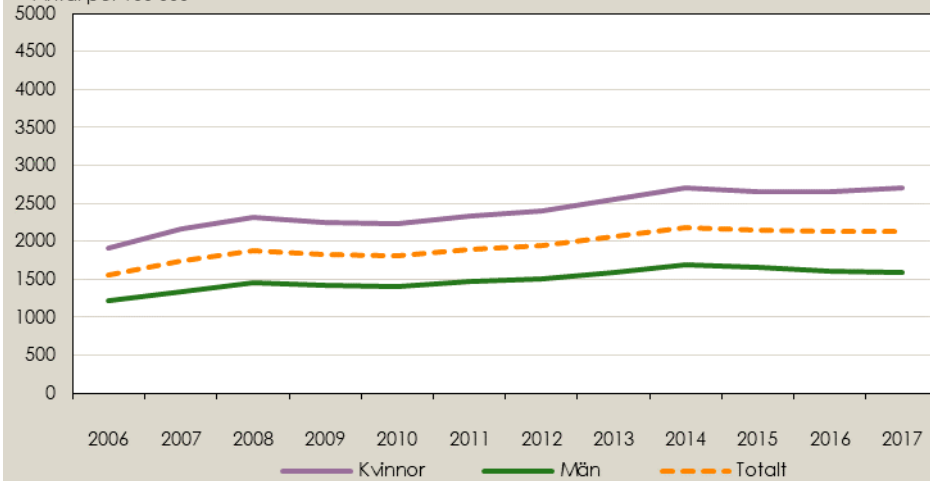


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 36. Patienter 25-64 år med depression och ångestsyndrom

Antal patienter med depression och ångestsyndrom inom den specialiserade psykiatriska vården, per 100 000 invånare, fördelat på kön. Avser personer 25-65 år, 2006-2017.

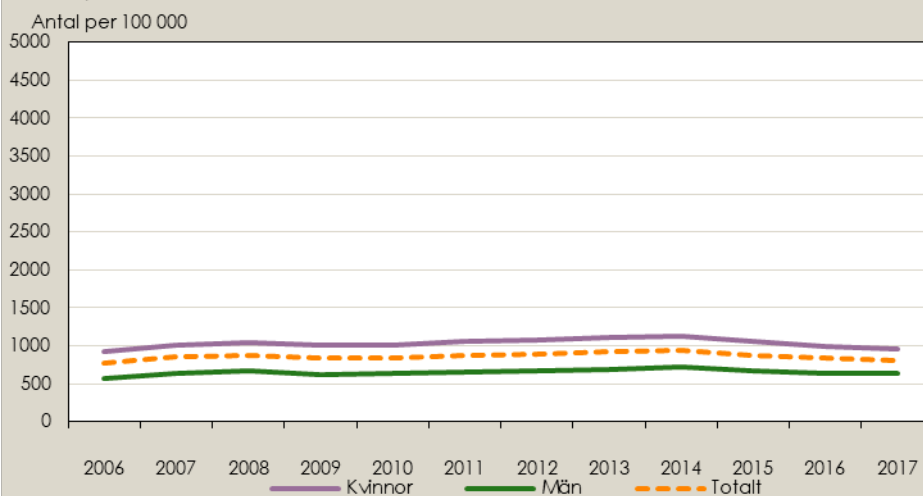
Antal per 100 000



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 37. Patienter 65 år och med depression och ångest

Antal patienter med depression och ångestsyndrom inom den specialiserade psykiatriska vården, per 100 000 invånare, fördelat på kön. Avser personer 65 år och äldre, 2006-2017.



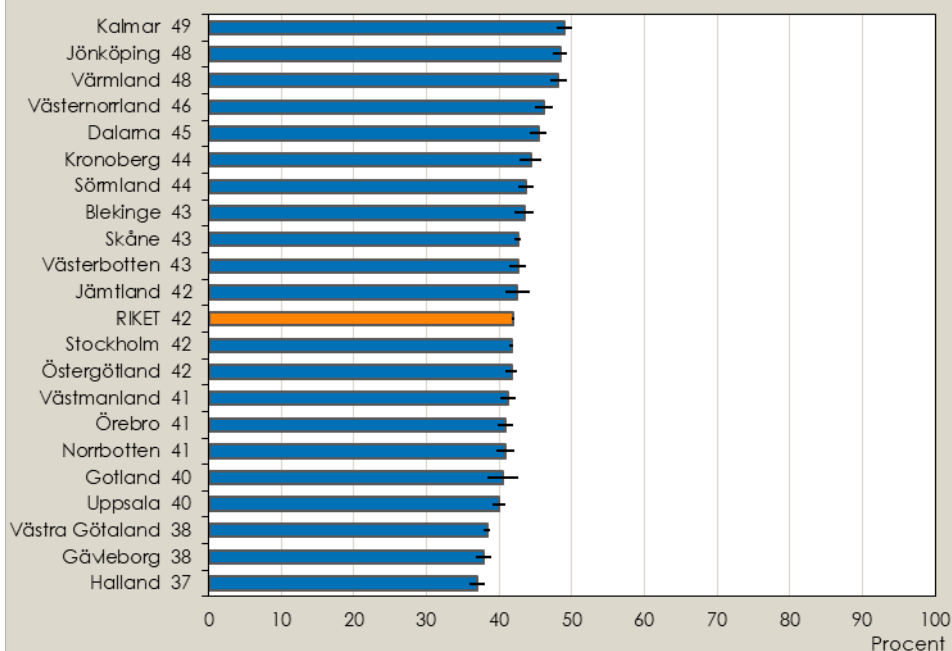
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Under 2017 vårdades 470 000 personer inom vuxenpsykiatri varav 60 000 vårdades inom slutenvården. Inom öppenvården vårdades 63 000 personer för depression och 100 000 för ångestsyndrom under 2017, vilket betyder att dessa patientgrupper utgör omkring 40 procent av alla patienter som vårdas inom psykiatri. Inom båda dessa patientgrupper var kvinnor överrepresenterade.

Andelen patienter som har diagnosen depression eller ångestsyndrom varierar mellan regionerna – från 35 procent i Halland till nästan 50 procent i Kalmar, Jönköping och Värmland (se diagram 38).

Diagram 38. Andelen patienter med depression och ångestsyndrom

Andelen patienter inom den specialiserade psykiatriska vården med huvuddiagnos för depression eller ångestsyndrom, 2017. Avser personer 18 år och äldre.

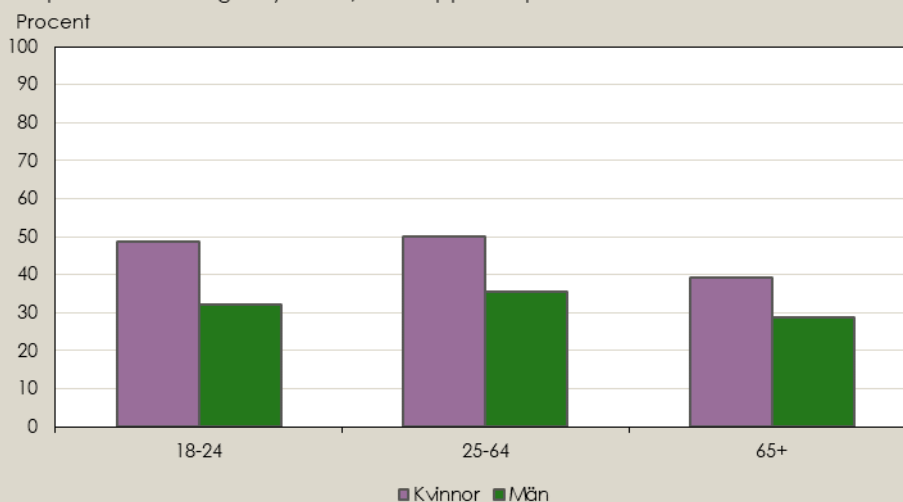


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen personer som har diagnosen depression eller ångestsyndrom skiljer sig åt mellan könen: hälften av kvinnorna och en tredjedel av männen har någon av dessa två diagnoser (se diagram 39).

Diagram 39. Andelen patienter med depression och ångestsyndrom

Andelen personer inom den specialiserade psykiatriska vården med huvuddiagnos för depression eller ångestsyndrom, 2017. Uppdelat på ålder och kön.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Utredning av vuxna

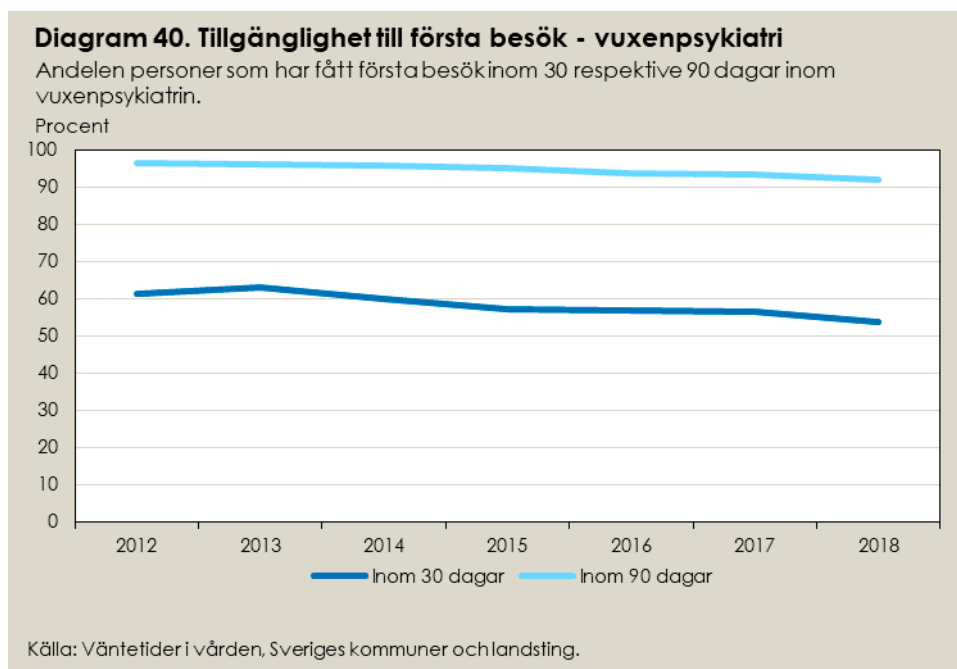
Väntetider till vuxenpsykiatrisk vård

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör hälso- och sjukvården erbjuda hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehoven hos personer med symtom på depression eller ångestsyndrom. Detta är viktigt dels för att kunna bedöma hur allvarligt en persons tillstånd är, dels för att erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede.

Hälso- och sjukvården bör också erbjuda en aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom – även till personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom.

Tid till första besök

Vårdgarantin för ett första besök inom den specialiserade vården är tre månader, men andelen patienter som får komma till ett första besök inom denna tid har minskat något de senaste åren (se diagram 40).

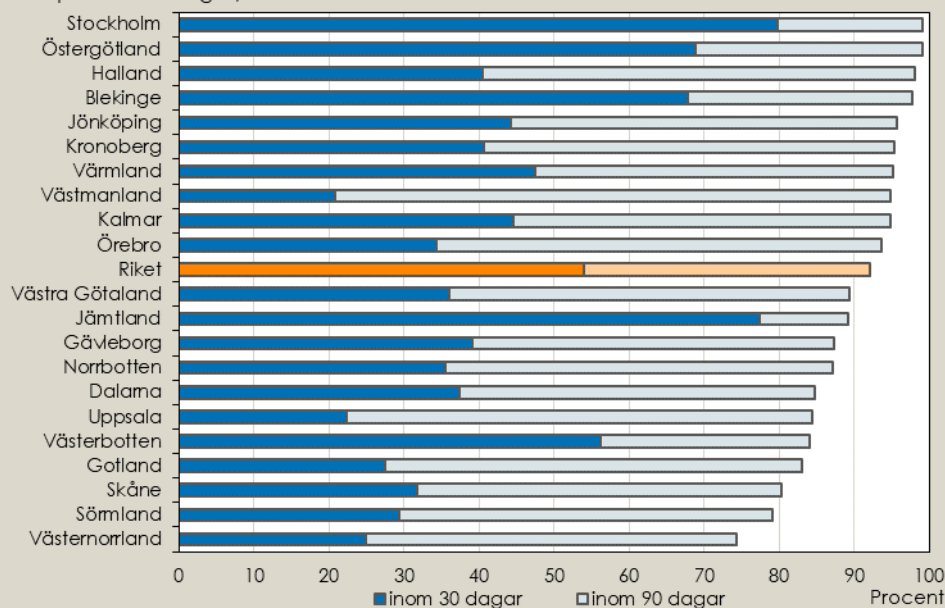


I majoriteten av regionerna får nio av tio personer som söker sig till vuxenpsykiatri tid till ett första besök inom 90 dagar. Närmare hälften av personerna får en besökstid redan inom 30 dagar. Denna andel varierar från cirka 20 procent i Västmanland och Uppsala till cirka 80 procent i Jämtland och Stockholm (se diagram 41).

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

Diagram 41. 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.

Tid till behandlingsstart

Tiden till att patienten får behandling är lika viktig som tiden till första besök. Det finns stöd för att psykologisk behandling fungerar bättre om patienten får påbörja sin behandling i närhet till vårdsökande än efter att ha stått på väntelista ett längre tag.

I dagsläget saknas jämförbara data för att beskriva tiden från första besök till behandlingsstart. Ibland kan det vara svårt att definiera just behandlingsstart, eftersom vissa insatser kan starta redan vid det första besöket. För andra åtgärder, som till exempel kognitiv beteendeterapi, skulle det dock vara önskvärt – och sannolikt även möjligt – att komma fram till en gemensam nationell definition av begreppet behandlingsstart.

Bedömning av resultat

Att behöva vänta upp till tre månader för att få en första bedömning är alltför lång tid. 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 här stora skillnader mellan regionerna – och i vissa delar av landet får var fjärde patient vänta mer än 90 dagar.

Många får dessutom vänta alltför lång tid innan en behandling påbörjas, även om det saknas tillförlitliga data som visar tiden till behandlingsstart. Socialstyrelsen menar därför 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.

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.

Diagnostik

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 [17, 18]. Det kliniska samtalet är en viktig utgångspunkt för den diagnostiska processen, men det räcker inte alltid för att diagnostisera depression eller ångestsyndrom. För att öka den diagnostiska tillförlitligheten behöver den kliniska bedömningen kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer.

Användning av strukturerad intervju – MINI och

SCID-I

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 även av mer 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.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör hälso- och sjukvården erbjuda SCID-I eller MINI som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i den specialiserade vården till vuxna personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom. Även rekommendationen att använda MINI inom primärvården har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Användning av strukturerad intervju inom primärvården

Knappt en tredjedel av mottagningarna inom primärvården anger att de använder strukturerad eller semistrukturerad intervju (till exempel MINI eller

SCID-I) 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 bör dock tolkas med stor försiktighet med anledning av den låga svarsfrekvensen.

Enligt regionernas patientadministrativa system har ytterst få patienter fått en strukturerad diagnostisk intervju som komplement till klinisk bedömning – resultatet från regioner visar att mindre än en procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom har fått en sådan åtgärd. Sannolikt är det dock fler patienter än så som får åtgärden men utan att det dokumenteras.

Användning av strukturerad intervju inom den specialiserade vården

Två tredjedelar av verksamheterna inom den specialiserade vården uppger att de har rutiner för hur de ska göra en strukturerad eller semistrukturerad intervju (till exempel MINI eller SCID-I) 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.

Enligt regionernas patientadministrativa system får emellertid endast sex procent av patienterna inom den specialiserade öppenvården en strukturerad intervju vid diagnostisering. En delförklaring till de låga talen är förmodligen att berörd personal inte dokumenterar åtgärden i patienternas journaler, alternativt enbart dokumenterar i löpande text. Dessa uppgifter överensstämmer dock väl med de data som finns tillgängliga i Socialstyrelsens patientregister.

Undersökning av samsjuklighet

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

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.

Undersökning av samsjuklighet i primärvården

Sju av tio mottagningar inom primärvården 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 till vårdprogram.

När Socialstyrelsen undersökte förhållandena i primärvården 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 ångest-syndrom har genomgått en somatisk undersökning, vilket är en fördubbling sedan 2012. Ibland kan detta variera på grund av vilken personalkategori patienten först träffar, vilket framgår av denna kommentar:

Kan inte svara på detta. Många ringer direkt till samtalsterapeuten och får ett besök. Då görs ingen somatisk undersökning. Söker de rådgivande sköterska och eller får tid till doktorn görs i princip alltid somatisk undersökning med laboratorieprover.

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 år 2018.

Enligt enkäten till vårdcentralerna år 2012 var blodsockerkontroll den vanligaste undersökningen det året [1].

Tabell 18. 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 (sköldkörtelfunktion)	98	-
Annan	61	-

Svarsfrekvens år 2018: 147 av 534 (28%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018 respektive 2012.

Undersökning av samsjuklighet inom den specialiserade vården

Drygt 70 procent av de psykiatriska verksamheter 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.

Tabell 19 Somatisk undersökning – specialiserad psykiatri

Andelen verksamheter inom den specialiserade vården där följande ingår i den somatiska undersökningen som görs i samband med diagnostisering.

Undersökning	Andelen verksamheter
Viktkontroll	63
Blodtryck	91
Blodsocker	67
Blodfetter	36
EKG	17
Thyroideastatus (sköldkörtelfunktion)	84
Annan	65

Svarsfrekvens: 44 av 83 (53%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri, 2018.

Bedömning av beroendeproblematik

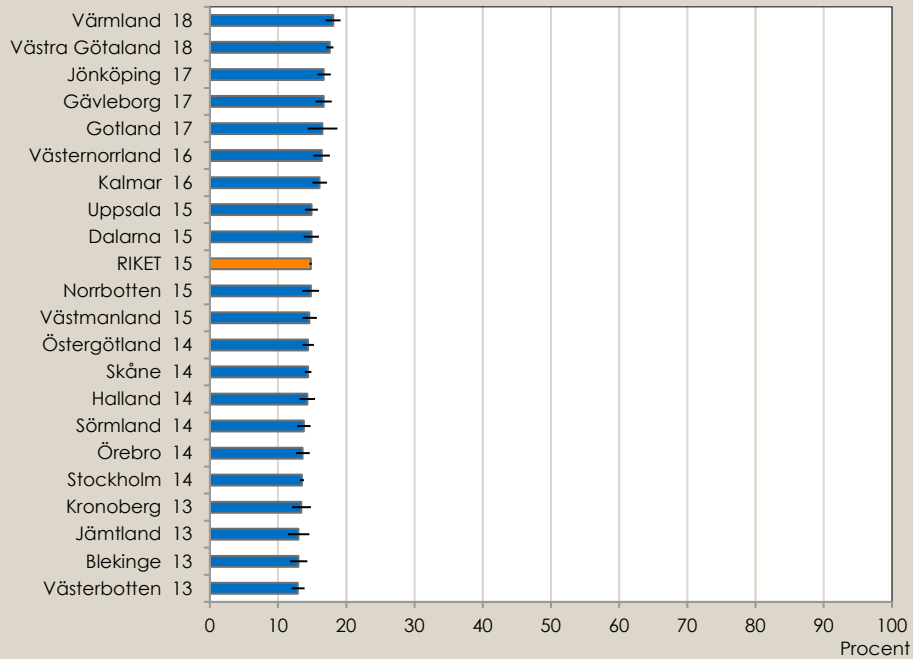
Som tidigare nämnts är det vanligt med samsjuklighet med andra psykiska eller kroppsliga sjukdomar samt att depressions- och ångestsymtom förekommer vid missbruk av alkohol och narkotika. Dessutom finns studier som visar att obehandlad beroendeproblematik kan påverka behandlingsresultat vid depression 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 42). Vidare är skillnaden stor mellan könen: nästan dubbelt så många män som kvinnor har denna form av samsjuklighet (20 respektive 12 procent), vilket framgår i diagram 43.

Diagram 42. Samsjuklighet med missbruk

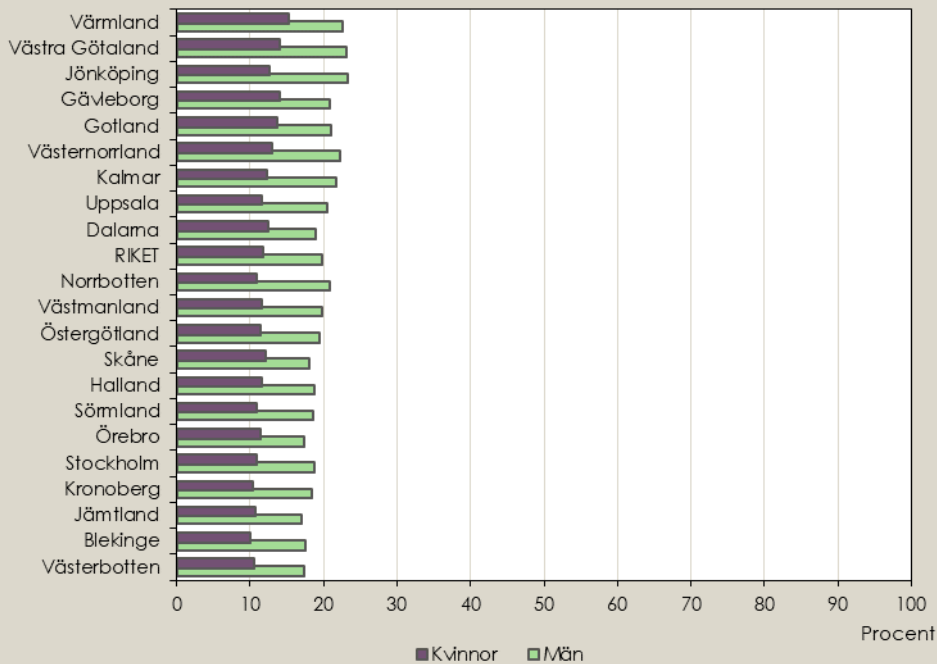
Andelen patienter med depression eller ångestsyndrom som också har en missbruksdiagnos eller som har hämtat ut läkemedel för missbruk, 2017.



Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 43. Samsjuklighet med missbruk – kvinnor respektive män

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



Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av beroendeproblematik inom primärvården
Enligt vår enkät till primärvården är det en stor variation mellan mottagningarna vad gäller bedömning av beroendeproblematik. Det är endast hälften av mottagningarna som uppger att merparten av patienterna med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad bedömning av en eventuell beroendeproblematik.

Resultaten bör dock tolkas med stor försiktighet med anledning av den låga svarsfrekvensen. Dessutom dokumenteras bedömning av beroendeproblematik i mycket begränsad utsträckning – uppgifter från regionernas patientadministrativa system visar att endast en procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom har fått en sådan åtgärd dokumenterad.

Tabell 20. Bedömning av beroendeproblematik - primärvård

Andelen primärvårdsmottagningar efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad bedömning av en eventuell beroendeproblematik.

Andelen patienter som genomgår bedömning	Andelen mottagningar
Mer än 75 procent av patienterna	23
50-75 procent av patienterna	26
25-49 procent av patienterna	21
Mindre än 25 procent av patienterna	29
Ingen patient	1

Svarsfrekvens: 152 av 534 (28%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

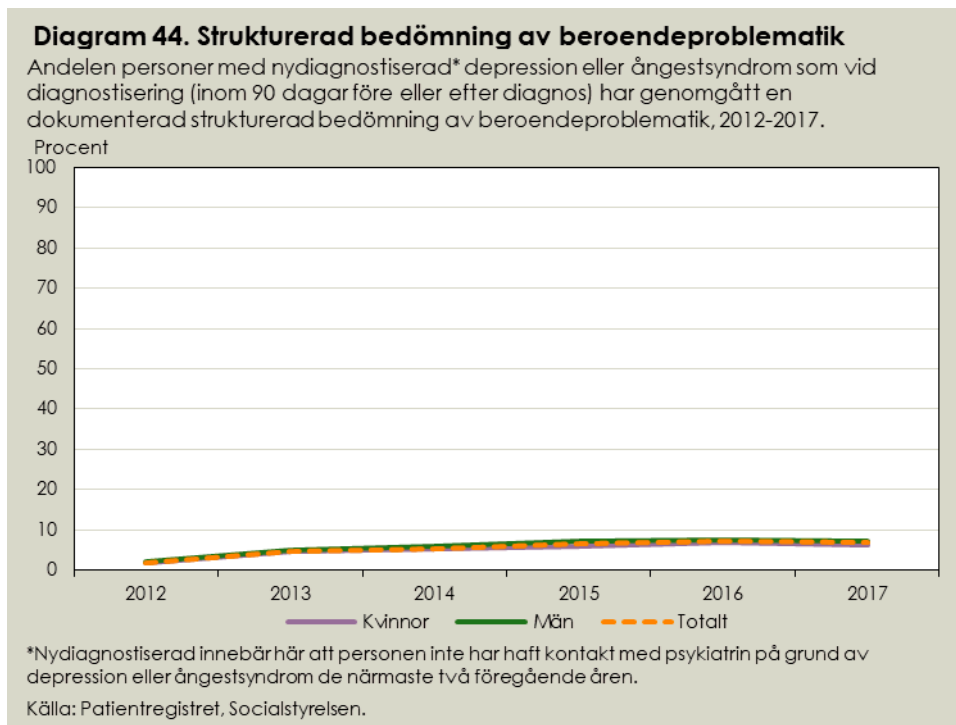
Bedömning av beroendeproblematik inom specialiserad psykiatri

Enkätresultaten tyder på att det är något vanligare att den specialiserade psykiatrin genomför en strukturerad bedömning av eventuell beroendeproblematik, där närmare 60 procent av verksamheterna anger att majoriteten av deras patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en sådan bedömning.

Det tycks dock finnas skillnader mellan regionerna. Verksamheter i vissa regioner anger 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. Sammanställningen av uppgifter från regionernas patientadministrativa system visar däremot att det är knappt var tionde patient med depression eller ångestsyndrom inom psykiatrisk öppenvård som får en sådan bedömning. Även här beror de låga talen sannolikt delvis på bristande rutiner för dokumentation – framför allt för att verksamheterna inte använder åtgärds-koder.

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator *Strukturerad bedömning av beroendeproblematik* som visar andelen nydiagnostiserade patienter med depression eller ångestsyndrom som har fått strukturerad bedömning av beroendeproblematiken. Enligt uppgifter från Socialstyrelsens patientregister ökade denna andel från två procent 2012 till sju procent 2017, vilket stämmer väl överens med regionernas egna uppgifter. Data tyder inte på att det finns några skillnader mellan könen.

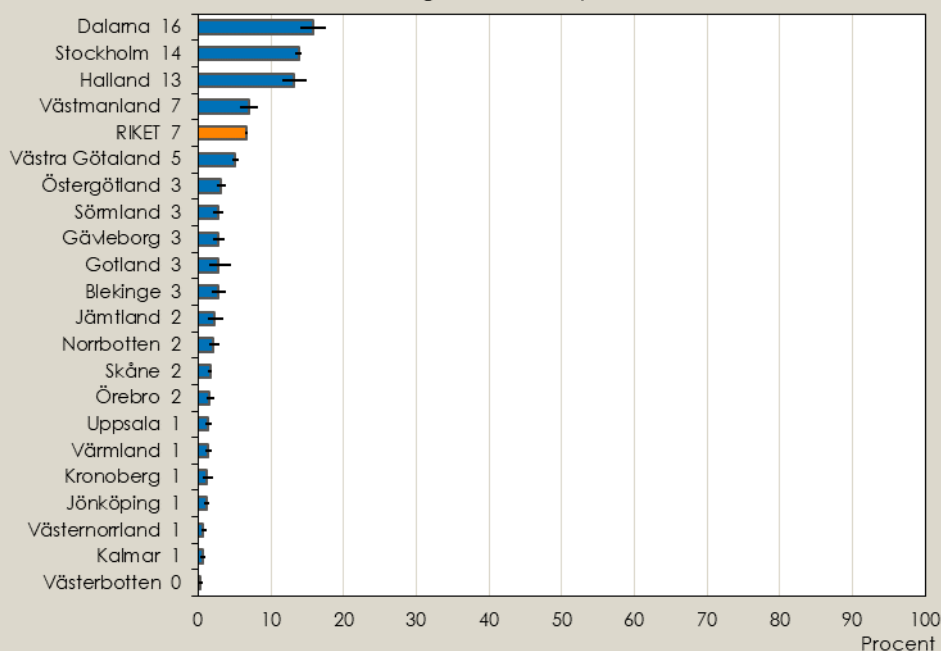
Sannolikt är åtgärden mer förekommande än vad som framgår av diagram 44, vilket antingen beror på att åtgärden inte alltid dokumenteras eller på att den genomförs av andra professioner än läkare och därför finns inte med i Socialstyrelsens patientregister.



Det finns stora skillnader mellan regionerna när det gäller andelen patienter som genomgår en strukturerad bedömning av beroendeproblematiken. Huruvida detta beror på att åtgärden faktiskt ges i olika omfattning, eller på att benägenheten för att dokumentera åtgärden ser olika ut är svårt att bedöma.

Diagram 45. Strukturerad bedömning av beroendeproblematik

Andelen personer med nydiagnostiserad* depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering (inom 90 dagar före eller efter diagnos) har genomgått en dokumenterad strukturerad bedömning av beroendeproblematik, 2017.



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

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen).

Bedömning av suicidrisk

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 hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Bedömning av suicidrisk inom primärvården

Majoriteten av primärvårdsmottagningarna som besvarat Socialstyrelsens enkät anger att mer än 75 procent av deras patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken (se tabell 21). Resultaten bör dock tolkas med stor försiktighet med anledning av den låga svarsfrekvensen.

Tabell 21. Bedömning av suicidrisk inom primärvården

Andel mottagningar inom primärvården efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk.

Andelen patienter som genomgår suicidriskbedömning	Andelen mottagningar
Mer än 75 procent av patienterna	63
50-75 procent av patienterna	21
25-49 procent av patienterna	10
Mindre än 25 procent av patienterna	5
Ingen patient	1

Svarsfrekvens: 149 av 534 (28%).

I Socialstyrelsens enkät till vårdcentraler 2012 frågade vi om man hade rutiner för bedömning av självmordsrisker. Då var det 10 procent av primärvårdsenheterna som hade strukturerade mallar för självmordsriskbedömning, medan 60 procent hade vårdprogram för självmordsriskbedömningar. Det var därmed 30 procent av enheterna som uppgav att de saknar rutiner för strukturerade självmordsriskbedömningar [1].

Troligen föreligger även en bristande dokumentation av denna åtgärd, då resultaten från regionernas patientadministrativa system visar att endast tre procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom har fått en strukturerad suicidriskbedömning.

Bedömning av suicidrisk inom specialiserad psykiatri

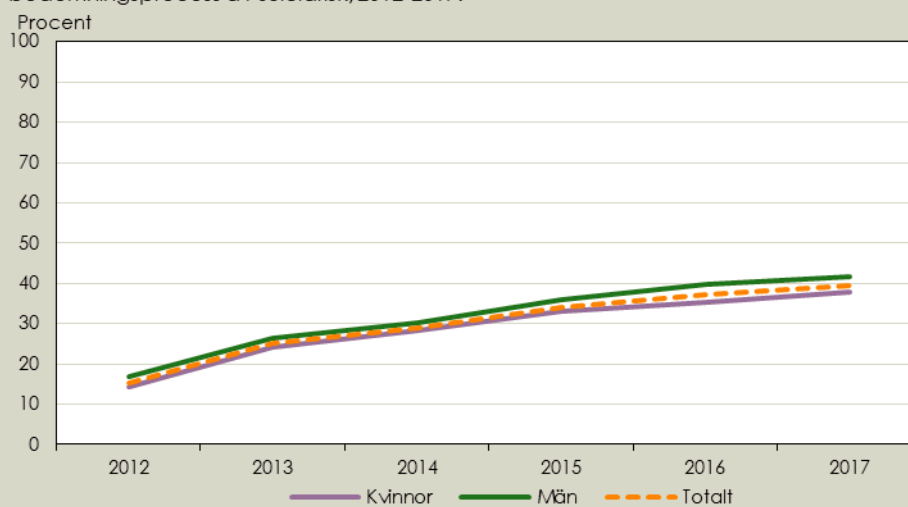
Närmare nio av tio verksamheter uppger att minst 75 procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad allsidig bedömning av suicidrisken. Kvinnor och män får åtgärden i samma utsträckning. Av kommentarerna framgår att vissa verksamheter har infört rutiner som till exempel innebär att suicidriskbedömning sker vid förhöjd risk, vid nybedömningar och vid inskrivning i slutenvården.

Resultaten från regionernas egna patientadministrativa system visar att närmare hälften av patienterna med depression och ångestsyndrom inom psykiatrisk öppenvård får en strukturerad bedömning av suicidrisken. Variationen mellan regionerna är stor – från 13 till 100 procent – och beror sannolikt även här på att de har olika rutiner för att dokumentera åtgärder. Vuxenpsykiatri i Västerbotten uppger att alla patienter bedöms enligt Socialstyrelsens riktlinjer 2010 samt att suicidriskbedömningen är ett obligatoriskt sökord i journalsystemet.

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorn *Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk* som visar andelen nydiagnostiserade patienter med depression eller ångestsyndrom som får strukturerad bedömning av suicidrisken. Denna andel har enligt Socialstyrelsens patientregister mer än fördubblats sedan 2012. En delförklaring till detta kan vara att det implementerats bättre rutiner för dokumentation.

Diagram 46. Strukturerad bedömning av suicidrisk

Andelen personer med nydiagnostiserad* depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering (inom 30 dagar efter diagnos) har genomgått strukturerad och allsidig bedömningsprocess av suicidrisk, 2012-2017.



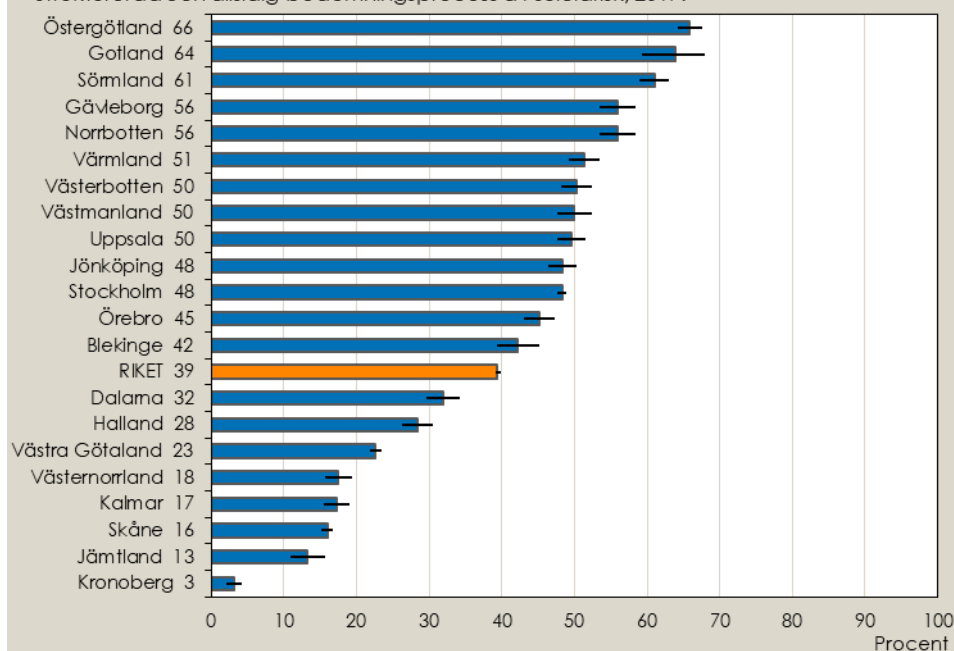
*Nydiagnostiserad innebär att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression eller ångestsyndrom de närmaste två föregående åren.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

År 2017 fick cirka 40 procent av patienterna med nydiagnostiserad depression respektive ångestsyndrom en strukturerad bedömning av suicidrisk vid diagnostisering. Denna andel varierar stort mellan regionernas, men det är oklart huruvida detta huvudsakligen beror på faktiska skillnader eller på olikheter i dokumentationen.

Diagram 47. Strukturerad bedömning av suicidrisk

Andelen personer med nydiagnostiserad* depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering (inom 30 dagar efter diagnos) har genomgått dokumenterad strukturerad och allsidig bedömningsprocess av suicidrisk, 2017.



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

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Det kliniska samtalet är en viktig utgångspunkt för den diagnostiska processen, men räcker inte alltid för att kunna diagnostisera depression eller ångestsyndrom. Ett sätt att öka den diagnostiska tillförlitligheten är 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 sin bedömning kompletterad med en strukturerad intervju. 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. Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som innebär att mer än 80 procent av patienterna som diagnostiseras även 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 än så som i dagsläget får genomgå en sådan bedömning.

Utöver detta bör enligt riktlinjen de flesta personer med depression eller ångestsyndrom även 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.

Sammanfattningsvis anser Socialstyrelsen att verksamheterna behöver förbättra arbetet med diagnostisering, till exempel genom att i större utsträckning använda strukturerade bedömningsinstrument, genomföra relevanta somatiska undersökningar, samt uppmärksamma eventuell beroendeproblematik. Våra resultat tyder också på att alla verksamheter inte arbetar aktivt med en strukturerad bedömningsprocess vad gäller suicidrisk, vilket naturligtvis är ytterst angeläget.

Vårdsamordnare

Vid vård av personer med depression eller ångestsyndrom är det särskilt viktigt med kontinuitet och tillgänglighet i vården, 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, exempelvis en distriktssköterska, som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med dessa patienter. En vårdsamordnare kan även vara delaktig i att utveckla organisationen av vården för patienter med psykisk ohälsa på vårdcentralen och kring att samverka både internt och externt.

En del vårdcentraler i landet har redan infört vårdsamordnare för personer med psykisk ohälsa, med goda resultat. I Västra Götalandsregionen (VGR) har man exempelvis genomfört studier kring vårdsamordnare för patienter med psykisk ohälsa. Modellen innebär att vårdsamordnaren gör en vårdplan tillsammans med patienten och sedan har regelbunden telefonkontakt under cirka 3 månader för att ge information och stöd till egenvård.

Resultatet från VGR:s studier visar att införandet av vårdsamordnare som tillägg till sedvanlig vård under sex månaders tid signifikant förbättrar tillfrisknandet för patienter med depression – både gällande depressionssymptom, livskvalitet och återgång i arbete. Patienterna var mycket nöjda med vården och även vårdsamordnarna upplevde funktionen som meningsfull och menar att den bidrog till att ge tillgänglighet och kontinuitet till patientgruppen [26, 27, 28, 29].

Färre än var femte primärvårdsmottagning som besvarat enkäten anger att majoriteten av deras patienter har en vårdsamordnare. Flera mottagningar anger att det är den rehabiliteringsansvariga personalen som har denna funktion, som i dessa kommentarer:

De som är sjukskrivna har en rehabsamordnare. Övriga håller respektive behandlare som också är behjälplig att ordna läkartid vid behov

Vi har en rehab-koordinator som kopplas in vid långtidssjukskrivning.

Vi har en god läkarbemanning och alla patienter sköts av PAL (patientansvarig läkare).

Relativt ny tjänst under intensiv utveckling.

Däremot uppger drygt var tredje primärvårdsmottagning som besvarat enkäten att ingen av deras patienter med depression eller ångestsyndrom har en vårdsamordnare. Resultaten bör dock tolkas med stor försiktighet med anledning av den låga svarsfrekvensen.

Tabell 22. Vårdsamordnare - primärvård

Andelen mottagningar inom primärvården efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom har en vårdsamordnare.

Andelen patienter med vårdsamordnare	Andelen mottagningar
Mer än 75 procent av patienterna	10
50-75 procent av patienterna	6
25-49 procent av patienterna	12
Mindre än 25 procent av patienterna	37
Ingen patient	35

Svarsfrekvens: 142 av 534 (27%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

Bedömning av resultat

Erfarenheter från andra sjukdomsområden visar att det är positivt att det finns en person som har ett specifikt uppdrag att arbeta med en viss patientgrupp och med att samordna den enskildes insatser – både för behandlingsresultaten och för patientens upplevelse av vården. Ett exempel är de diabetessjuksköterskor som i dag finns på de flesta primärvårdsmottagningar. Inom psykiatriområdet är detta system inte lika väl utbyggt, även om en sådan utveckling är på gång på flera håll i landet.

Personer med depression eller ångestsyndrom har ofta omfattande och långvariga vårdbehov – och därmed stora behov av kontinuitet. Socialstyrelsen bedömer därför att det skulle vara önskvärt att fler personer i denna patientgrupp fick tillgång till en vårdsamordnare.

Psykologisk behandling av vuxna

Tillgång till personal som arbetar med psykologisk behandling

Tillgång till psykologisk kompetens inom primärvården

Enligt enkäten till mottagningar inom primärvården har majoriteten av dessa egna personalresurser för psykologisk behandling i form av psykologer och annan personal med grundläggande psykoterapiutbildning. Det framgår dock av kommentarerna till frågan att även andra personalkategorier – såsom kuratorer, socionomer och psykiatrisjuksköterskor – ger viss typ av psykologisk behandling.

Tabell 23 Egna personalresurser för psykologisk behandling - primärvård

Andelen mottagningar inom primärvården som har egna personalresurser för psykologisk behandling.

Personalkategori	Andelen mottagningar
Psykologer	71
Psykoterapeuter	54
Annan personal med grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1)	70

Svarsfrekvens: 175 av 534 (33%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

Alla behandlande terapeuter med enbart grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1) bör få regelbunden handledning. På två av tre mottagningar får dessa terapeuter handledning minst en gång i månaden och resten minst varje kvartal. Ungefär en fjärdedel av mottagningarna uppger att de inte har några behandlande terapeuter med enbart steg 1-utbildning.

Tillgång till psykologisk kompetens inom specialiserad psykiatri

I enkäten till specialiserad psykiatrisk vård ställdes inga frågor om tillgången till psykologisk kompetens, eftersom detta är grundkompetenser i dessa verksamheter, utan enbart frågan om handledning.

Enligt enkäten får närmare 90 procent av de behandlande terapeuter som har enbart grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1) regelbunden handledning minst en gång i månaden och resten minst varje kvartal. Några enstaka verksamheter uppger att de inte har några behandlande terapeuter med enbart steg 1-utbildning

Psykologisk behandling

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

Vanliga behandlingar vid lindrig och medelsvår egentlig depression är psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT) eller psykodynamisk korttidsterapi (PDT). Ett alternativ till psykologisk behandling är behandling med antidepressiva läkemedel. Valet mellan KBT, IPT, PDT och antidepressiv läkemedelsbehandling behöver anpassas till hur svår depressionen är och dessutom ske i samråd med patienten och närstående. I de nationella riktlinjerna har man prioriterat psykologisk behandling med KBT före IPT och PDT.

Personer som lider av ångestsyndrom har en nedsatt livskvalitet och besvären kan ofta vara långvariga och hindrande. Det finns dock effektiva behandlingar mot alla typer av ångestsyndrom. Utan en adekvat behandling finns det risk för en successiv försämring med ytterligare funktionsnedsättning, längre varaktighet samt tillkomst av sekundära psykiatriska och kroppsliga komplikationer.

Svåra ångesttillstånd kan även leda till suicid om personen inte får adekvat behandling. Samsjuklighet med andra psykiska besvär är också vanligt, till exempel med depression, missbruk eller andra ångestsyndrom. För de flesta specifika ångestsyndrom är KBT standardbehandling.

Psykologisk behandling inom primärvården

I enkäten till primärvården anger de allra flesta mottagningarna att de kan erbjuda kognitiv beteendeterapi till personer med depression eller ångestsyndrom. I huvudsak är terapin som erbjuds manualbaserad. Närmare hälften av mottagningarna kan erbjuda interpersonell psykoterapi och psykodynamisk korttidsterapi, men även andra psykologiska behandlingar. Andra psykologiska behandlingar som nämns är till exempel ACT (Acceptance and Commitment Therapy), mindfulness och samtalsstöd.

Tabell 24. Tillgång till psykologisk behandling – primärvård

Andelen mottagningar inom primärvården som kan erbjuda olika former av psykologisk behandling.

Psykologisk behandling	Ja, manualbaserad	Ja, inte manualbaserad	Ja, men vet inte om manualbaserad eller inte	Nej
Kognitiv beteendeterapi	57	13	26	5
Interpersonell psykoterapi	15	10	23	52
Psykodynamisk korttidsterapi	17	15	23	46
Annan psykologisk behandling	22	10	20	48

Svarsfrekvens: 151 av 534 (28%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

Andelen primärvårdsmottagningar som kan erbjuda psykologisk behandling har ökat från 2012. När Socialstyrelsen ställde motsvarande fråga år 2012 uppgav 83 procent av mottagningarna att de kunde erbjuda kognitiv beteendeterapi, 23 procent kunde erbjuda psykodynamisk psykoterapi och lika många erbjöd beteendeterapi, tre procent erbjöd interpersonell psykoterapi och nio procent erbjöd annan eller andra psykologiska behandlingar [1].

Två tredjedelar av mottagningarna som har besvarat enkäten 2018 uppger att mer än hälften av deras patienter med depression eller ångestsyndrom har fått kognitiv beteendeterapi.

Resultaten bör dock tolkas med stor försiktighet med anledning av den låga svarsfrekvensen. Svaren bygger dessutom på ett stratifierat urval av primärvårdsmottagningar – endast en per kommun och ett utökad urval i Göteborg, Malmö och Stockholm. Detta tillsammans med den låga svarsfrekvensen resulterar att det är cirka 10 procent av alla landets primärvårdsmottagningar som har besvarat frågorna.

Tabell 25 Kognitiv beteendeterapi inom primärvården

Andelen mottagningar inom primärvården efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom har fått kognitiv beteendeterapi (KBT). Omfattar endast mottagningar som kan erbjuda respektive psykologisk behandling.

Andelen patienter som fått KBT	Andelen mottagningar
Mer än 75 procent av patienterna	28
50-75 procent av patienterna	36
25-49 procent av patienterna	21
Mindre än 25 procent av patienterna	15

Svarsfrekvens: 131 av 534 (25%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

Det tycks vara relativt ovanligt att primärvården erbjuder andra former av psykologisk behandling än KBT. Majoriteten av mottagningarna som även kan erbjuda andra psykologiska behandlingar uppger att det är mindre än 25 procent av deras patienter som får dessa behandlingar.

Tabell 26. Andra psykologiska behandlingar inom primärvården

Andelen mottagningar inom primärvården efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom har fått andra psykologiska behandlingar. Omfattar endast mottagningar som kan erbjuda respektive psykologisk behandling.

Psykologisk behandling	Mer än 75 procent av patienterna	50-75 procent av patienterna	25-49 procent av patienterna	Mindre än 25 procent av patienterna	Ingen patient
Interpersonell psykoterapi	0	14	22	55	10
Psykdynamisk korttidsterapi	2	17	16	51	14
Annan psykologisk behandling	8	14	22	51	4

Svarsfrekvens: 51 av 534 (10%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

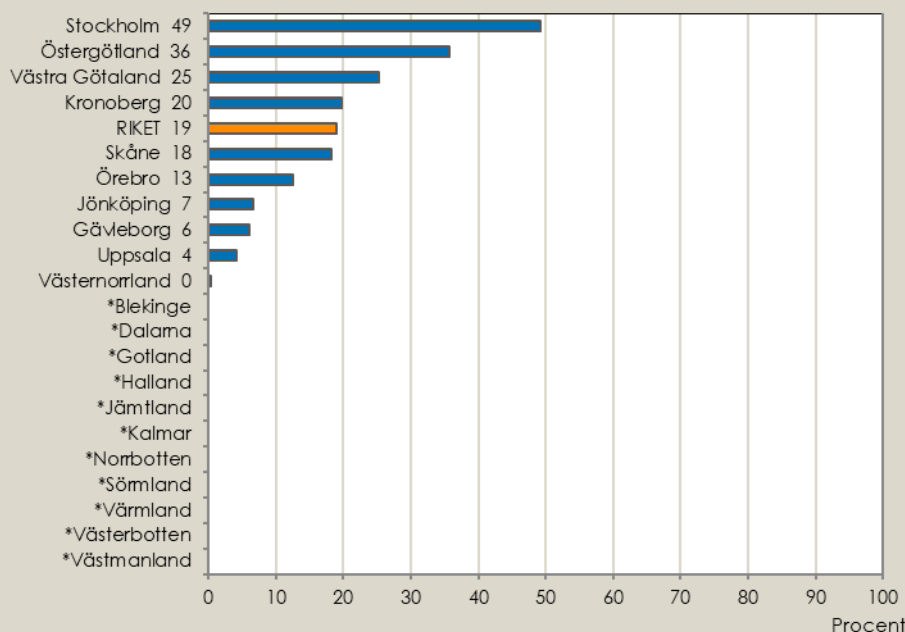
Omkring 70 procent av mottagningarna anger att majoriteten av deras patienter med depression eller ångestsyndrom har fått någon av de psykologiska behandlingarna KBT, IPT eller korttids-PDT. Endast några enstaka mottagningar svarar att det är mindre än 25 procent av patienterna som har fått någon av dessa behandlingar.

I enkäten 2012 ställdes frågan om primärvårdsenhetens bedömning av huruvida tillgången till psykologisk behandling motsvarar patienternas behov. Drygt hälften av vårdcentralerna bedömde då att tillgången till psykologisk behandling motsvarade patienternas behov, medan knappt hälften upp gav att den antingen var i allt för liten omfattning eller inte alls motsvarade patienternas behov. [1]

Uppgifter från regionernas patientadministrativa system visar att var femte patient med depression eller ångestsyndrom får psykologisk behandling med KBT. Skillnaderna mellan regionerna är stora och varierar från ett fåtal patienter i Västernorrland till hälften av patienterna i Stockholm. Sannolikt beror denna spridning till stor del på skillnader i dokumentationen av åtgärder, men även på skillnader i tillgång till personal som kan erbjuda psykologisk behandling.

Diagram 48. Kognitiv beteendeterapi – primärvård

Andelen patienter, födda 1999 eller tidigare, med depression eller ångestsyndrom inom primärvården, som fått dokumenterad psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi, 2017.



*Uppgift saknas.

Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen, 2018.

Enligt samma insamling av uppgifter från regionerna får en procent av patienterna psykologisk behandling med IPT och tre procent med PDT. Psykologisk behandling med KBT är den absolut vanligaste formen av psykologisk behandling: fyra av fem patienter som får en psykologisk behandling får just KBT. Kvinnor får psykologisk behandling i något högre grad än män. Detta gäller alla former av psykologisk behandling.

Uppgifter saknas dock – eller är bristfälliga – från flera regioner, vilket talar för behovet av att förbättra rutinerna för uppföljning av psykologisk behandling. Regionerna rekommenderas att införa strukturerad journalföring med specifika åtgärds-koder för de psykologiska behandlingar man ger.

Psykologisk behandling inom specialiserad psykiatri

I stort sett alla psykiatriska verksamheter uppger att de kan erbjuda kognitiv beteendeterapi till personer med depression eller ångestsyndrom. Närmare två tredjedelar svarar att den terapi som erbjuds är manualbaserad.

Drygt 70 procent av verksamheterna kan erbjuda psykodynamisk korttids-terapi och mer än hälften interpersonell psykoterapi och även andra psykologiska behandlingar (se tabell 27). Exempel på andra psykologiska behandlingar är ACT (Acceptance and Commitment Therapy), systemisk terapi och EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Tabell 27. Tillgång till psykologisk behandling inom specialiserad psykiatri

Andelen verksamheter inom specialiserad psykiatri som kan erbjuda olika former av psykologisk behandling.

Psykologisk behandling	Ja, manualbaserad	Ja, inte manualbaserad	Ja, men vet inte om manualbaserad eller inte	Nej
Kognitiv beteendeterapi	62	20	13	4
Interpersonell psykoterapi	24	10	22	44
Psykodynamisk korttidsterapi	34	18	20	27
Annan psykologisk behandling	38	8	14	41

Svarsfrekvens: 46 av 83 (55%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri, 2018.

En tredjedel av verksamheterna som har besvarat enkäten uppger att mer än hälften av patienterna med depression eller ångestsyndrom har fått kognitiv beteendeterapi (se tabell 28).

Tabell 28. Kognitiv beteendeterapi inom specialiserad psykiatri

Andelen verksamheter inom specialiserad psykiatri efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom har fått kognitiv beteendeterapi. Omfattar endast mottagningar som kan erbjuda respektive psykologisk behandling

Andelen patienter som får KBT	Andelen verksamheter
Mer än 75 procent av patienterna	12
50-75 procent av patienterna	19
25-49 procent av patienterna	50
Mindre än 25 procent patienterna	19

Svarsfrekvens: 42 av 83 (51%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri, 2018.

Merparten av verksamheterna uppger att mindre än en fjärdedel av deras patienter får interpersonell psykoterapi eller psykodynamisk korttidsterapi. Däremot svarar hälften av verksamheterna att patienterna får andra psykologiska behandlingar (se tabell 29).

Tabell 29 Andra psykologiska behandling inom specialiserad psykiatri

Andelen verksamheter inom specialiserad psykiatri efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom har fått andra psykologiska behandlingar. Omfattar endast mottagningar som kan erbjuda respektive psykologisk behandling.

Psykologisk behandling	Mer än 75 procent av patienterna	50-75 procent av patienterna	25-49 procent av patienterna	Mindre än 25 procent av patienterna
Interpersonell psykoterapi (IPT)	0	0	9	91
Psykodynamisk korttidsterapi (PDT)	3	0	23	74
Annan psykologisk behandling	0	24	29	48

Svarsfrekvens: 31 av 83 (37%).

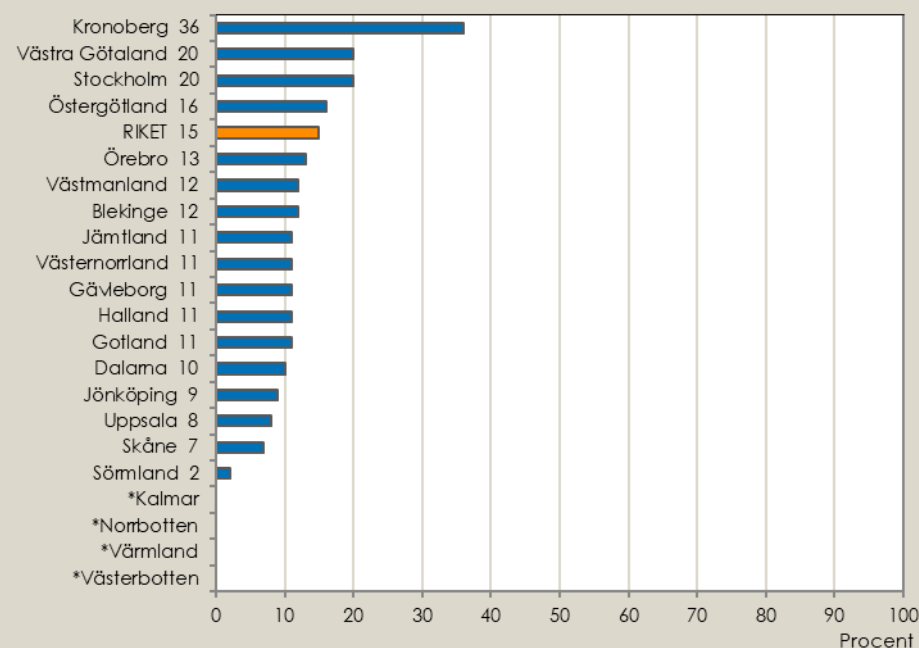
Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri, 2018.

Hälften av verksamheterna anger att minst 50 procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom har fått någon av de psykologiska behandlingarna KBT, IPT eller korttids-PDT.

Enligt regionernas patientadministrativa system får var sjätte patient med depression eller ångestsyndrom inom psykiatrisk öppenvård psykologisk behandling med KBT. Kvinnor får KBT i något högre grad än män. Skillnaderna mellan regionerna är stora, men sannolikt beror detta både på att tillgången till psykologisk behandling varierar och att rutinerna för att dokumentera åtgärden ser olika ut.

Diagram 49. Kognitiv beteendeterapi – vuxenpsykiatri

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



*Uppgift saknas.

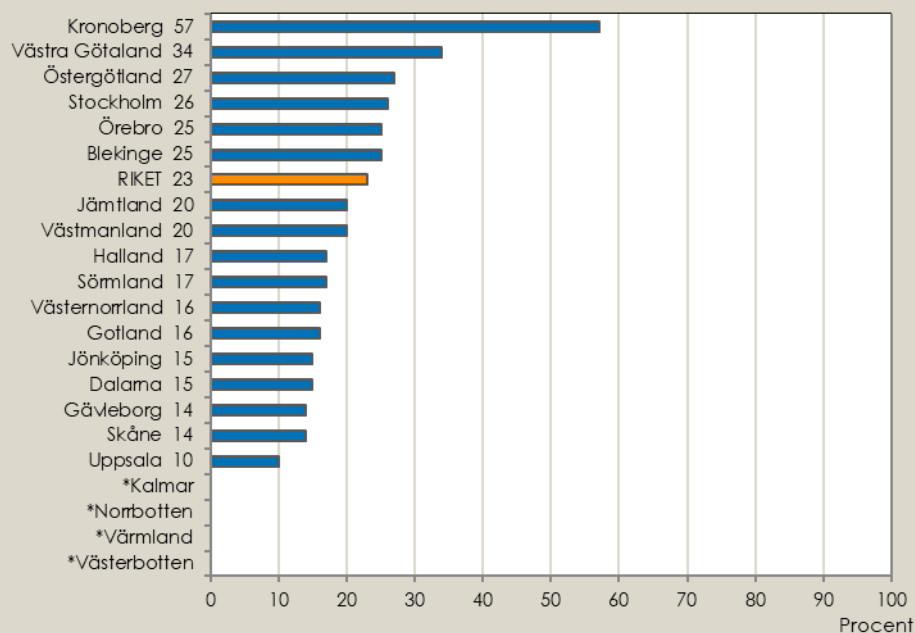
Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen, 2018.

En procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom får behandling med interpersonell beteendeterapi, medan fyra procent får behandling med psykodynamisk korttidsterapi.

Närmare var fjärde patient med depression eller ångestsyndrom får någon typ av psykologisk behandling – kvinnor i något större utsträckning än män. Andelen patienter som får någon typ av psykologisk behandling varierar mycket mellan regionerna; från 10 procent i Uppsala till nästan 60 procent i Kronoberg. Som tidigare påpekats kan skillnaderna mellan regionerna bero på skillnader i tillgång till personal och olika rutiner för dokumentation.

Diagram 50. Någon psykologisk behandling – vuxenpsykiatri

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



*Uppgift saknas.

Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen, 2018.

Sammanfattningsvis anger majoriteten av verksamheterna att de kan erbjuda psykologisk behandling – men kunskapen om hur stor andel av deras patienter som i praktiken får en psykologisk behandling är låg. Detta är problematiskt, eftersom psykologisk behandling är en högt prioriterad åtgärd vid både depression och ångestsyndrom.

Rutinerna och dokumentationen för psykologisk behandling behöver klart förbättras. Det gäller även sådant som att ledningen för verksamheter bör säkerställa att det finns tillgång till manualer för de behandlingsmodeller som har evidens. Det räcker inte med att notera att personal har utbildning i exempelvis KBT, utan man bör se till att manualerna är tillgängliga eftersom behandlingseffekterna är kopplade till visst innehåll. Vidare bör det finnas utvärdering av behandlingseffekter så att korrigeringar kan ske vid behov.

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 [30].

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, vilket överensstämmer med effekterna vid sedvanlig KBT [31, 32].

Bedömning av resultat

Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT bör enligt riktlinjerna vara ett förstahandsval för patienter med lindrig eller medelsvår depression med tanke på eventuella biverkningar med läkemedelsbehandling. Likaså bör en hög andel av patienterna med specifika ångestsyndrom få KBT. Samsjuklighet mellan ett flertal ångestsyndrom och depression är ytterst vanligt, där KBT kan ha effekt på samtliga tillstånd. Vissa patienter kan dock ha svårt att tillgodogöra sig KBT och dessa kan dra nytta av läkemedelsbehandling eller alternativa psykologiska behandlingsmetoder.

Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå som innebär att minst 60 procent av patienterna med lindrig eller medelsvår depression ska få psykologisk behandling med KBT, IPT eller korttids-PDT. Målnivån för motsvarande psykologisk behandling för patienter med ångestsyndrom är fastställd till minst 70 procent. Målnivån är högre än vid depression på grund av att det finns bättre vetenskapligt stöd för behandlingarna, mindre återfallsrisk och för att det finns etablerade manualer.

Det saknas tillförlitliga data som beskriver hur stor andel av patienterna som får psykologisk behandling. Av enkäten till primärvården framgår att majoriteten av mottagningarna inom första linjen kan erbjuda psykologisk behandling med KBT och i viss utsträckning även IPT, korttids-PDT och andra psykologiska behandlingar.

Resultaten visar vidare att två tredjedelar av patienterna med depression eller ångestsyndrom inom primärvården får psykologisk behandling med KBT. Sannolikt är dock detta en överskattning. Ett rimligt antagande är att enkäten framför allt har besvarats av mottagningar som har tillgång till psykologer, och som därför arbetar i hög grad med psykologiska behandlingar. Detta innebär att resultaten i så fall inte är representativa för primärvården som helhet. Denna tolkning förstärks av uppgifter från regionernas patientadministrativa system, som visar att endast var femte patient får en psykologisk behandling.

Enligt enkäten till de vuxenpsykiatriska verksamheterna får hälften av patienterna psykologisk behandling, varav flertalet får KBT. Uppgifter från regionernas patientadministrativa system visar dock att det bara är var sjätte patient som får någon form av psykologisk behandling.

Sammanfattningsvis är det svårt att värdera tillgången till psykologisk behandling eftersom det saknas nationell data. För närvarande pågår det ett arbete med att utveckla Socialstyrelsens patientregister så att det även omfattar andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatri. Detta utvecklingsarbete är

ytterst angeläget, så det skulle vara önskvärt att få till stånd motsvarande dattainsamling för primärvården eftersom majoriteten av patienterna med depression och ångestsyndrom behandlas där.

De begränsade data som finns tyder dock på att behovet av psykologisk behandling inte kan tillgodoses i dagsläget och på att det är stora regionala skillnader. De flesta regioner bedömer själva att det råder brist på psykologer och att antalet psykologer därmed behöver öka framöver.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan bidra till att öka dels kondition, dels styrka. Oftast innebär all rörelseträning en kombination av båda. Nyare studier om vilken biologisk effekt fysisk aktivitet kan ha vid depression visar på fördelar med att kombinera konditions- och muskelstärkande träning. Även psykologiska förklaringsmekanismer i form av beteendeaktivering, social gemenskap och förbättrad tilltro till den egna förmågan kan förklara den fysiska aktivitetens antidepressiva effekt. Studierna handlar om ledarledd träning.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer kan hälso- och sjukvården erbjuda fysisk aktivitet till vuxna personer med lindrig till medelsvår egentlig depression. Även ohälsosamma levnadsvanor, exempelvis i form av otillräcklig fysisk aktivitet, rökning eller riskbruk av alkohol, är en viktig faktor vid både depression och ångestsyndrom. Vid otillräcklig fysisk aktivitet rekommenderar Socialstyrelsen rådgivande samtal. Rådgivande samtal om otillräcklig fysisk aktivitet innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten som syftar till att stödja en beteendeförändring för att öka den fysiska aktiviteten och minska stillasittande.

Primärvårdens stöd till fysisk aktivitet

Omkring 70 procent av de mottagningar som besvarat enkäten anger att minst hälften av deras patienter med depression och ångestsyndrom har fått rådgivande samtal om fysisk aktivitet. Endast var tionde mottagning uppger att mindre än 25 procent av patienterna har fått sådan rådgivning.

Det tycks vara mindre vanligt att primärvården erbjuder ledarledd fysisk aktivitet. Var tionde mottagning svarar att minst hälften av patienterna har fått ledarledd fysisk aktivitet och på tre av fyra mottagningar har mindre än 25 procent av patienterna fått det.

Flera mottagningar hänvisar patienter till träning utanför mottagningen: *Använder FAR (Fysisk Aktivitet på Recept). Samarbete med Friskis & Svettis.*

Samtliga patienter som går i behandling erbjuds gratis gymkort under 3 mån.

Tabell 30. Fysisk aktivitet inom primärvården

Andelen mottagningar inom primärvården efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom har fått rådgivande samtal respektive ledarledd fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet	Mer än 75 procent av patienterna	50-75 procent av patienterna	25-49 procent av patienterna	Mindre än 25 procent av patienterna	Ingen patient
Rådgivande samtal om fysisk aktivitet	46	25	18	11	1
Ledarledd fysisk aktivitet	5	6	17	48	25

Svarsfrekvens: 139 av 534 (26%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

Specialiserade psykiatrins stöd till fysisk aktivitet

Hälften av verksamheterna som har besvarat enkäten anger att minst hälften av patienterna med depression och ångestsyndrom får rådgivande samtal om fysisk aktivitet. Var femte uppger att patienterna sällan får sådan rådgivning.

Det är relativt ovanligt att verksamheterna erbjuder ledarledd fysisk aktivitet. Vid 40 procent av verksamheterna har ingen patient med depression eller ångestsyndrom fått ledarledd träning.

Tabell 31. Fysisk aktivitet inom specialiserad psykiatri

Andelen verksamheter inom specialiserad psykiatri efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom har fått rådgivande samtal respektive ledarledd fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet	Mer än 75 procent av patienterna	50-75 procent av patienterna	25-49 procent av patienterna	Mindre än 25 procent av patienterna	Ingen patient
Rådgivande samtal om fysisk aktivitet	20	26	35	20	0
Ledarledd fysisk aktivitet	0	0	9	52	39

Svarsfrekvens: 46 av 83 (55%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri, 2018.

Bedömning av resultat

För personer med lindrig eller medelsvår depression kan fysisk aktivitet ibland utgöra ett alternativ till psykologisk behandling eller antidepressiva läkemedel. Detta gäller framförallt de patienter som behandlas inom primärvården. Det vetenskapliga underlaget för att fysisk aktivitet ger jämförbara effekter är begränsat. Stöd till fysisk aktivitet bedöms dock kunna ha positiva effekter för både den psykiska och kroppsliga hälsan.

Resultaten visar att en stor andel av primärvårdsmottagningarna arbetar systematiskt med rådgivning om fysisk aktivitet, vilket är positivt. Många erbjuder också ledarledd fysisk aktivitet, men det skulle vara önskvärt att patienter vid fler primärvårdsmottagningar hade möjlighet att få tillgång till denna insats vid behov.

Även inom vuxenpsykiatri är det en fördel om ledarledd fysisk aktivitet ingår i behandlingsutbudet, trots att många personer som behandlas där har en komplicerad problematik vilket gör att det också krävs andra behandlingsinsatser.

Läkemedelsbehandling av vuxna

Majoriteten av vuxna personer som drabbas av depressions- eller ångestsymtom söker vård inom primärvården och mer än 70 procent av alla patienter med depression eller ångestsyndrom får vård inom primärvården. Det är inom primärvården som cirka 65 procent av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut.

Läkemedelsbehandling vid depression

Vid lindrig och medelsvår egentlig depression är behandling med antidepressiva läkemedel enligt riktlinjerna ett alternativ till psykologiska behandlingar med KBT, IPT och manualiserad korttids-PDT. Valet mellan olika psykologiska behandlingar eller antidepressiv läkemedelsbehandling behöver anpassas till depressionens svårighetsgrad och dessutom ske i samråd med patienten och dess närstående.

Medelsvår till svår depression kan behandlas med antidepressiva läkemedel, vilket också används frekvent i dag. Läkemedelsbehandlingen – till exempel valet av preparat och dess dosering – behöver som sagt anpassas till depressionens svårighetsgrad.

Behandling med antidepressiva läkemedel påverkar signalsubstanser i hjärnan. Den exakta verkningsmekanismen är fortfarande oklar, men genom att reglera signalsubstanserna förbättras depressionen. Det finns flera olika typer av antidepressiva läkemedel som har effekt på depressionsymtom på olika sätt, bland annat:

- selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI-preparat)
- selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI-preparat)
- tricykliska antidepressiva (TCA).

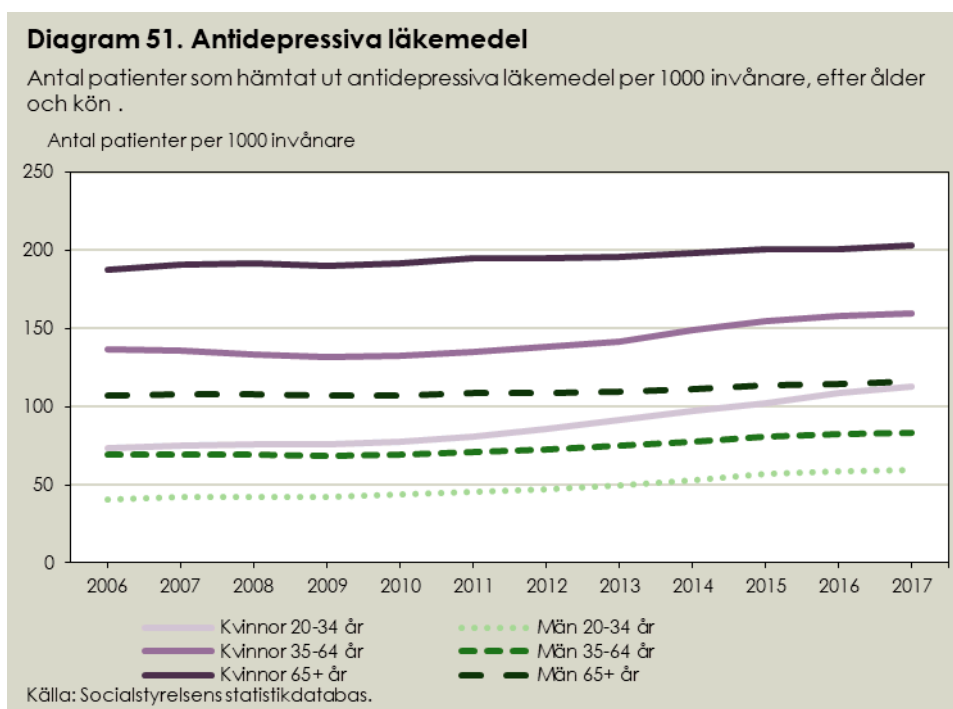
Läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom

Standardbehandling vid generaliserat ångestsyndrom är antidepressiva läkemedel. Ett alternativ eller komplement till läkemedelsbehandling är psykologisk behandling med KBT. Behandling med antidepressiva läkemedel eller med olika former av kognitiv beteendeterapi kan även användas vid andra ångestsyndrom.

Förskrivning av läkemedel inom primärvården och specialiserade psykiatri

Sedan år 2006 har förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökat med 20 procent för personer 20 år eller äldre. Ökningen har varit störst för kvinnor i åldersgrupperna 20 till 34 respektive 35 till 64 år (se diagram 51). Kvinnors användning av antidepressiva läkemedel är dubbelt så stor som mäns i

alla åldersgrupper. Detta förklaras framför allt av att depressioner och ångestsyndrom är betydligt vanligare hos kvinnor än hos män.



Data från läkemedelsregistret visar också att det har skett en ökning av andelen antidepressiva läkemedel som förskrivs inom primärvården, framförallt när det gäller yngre personer (se diagram 52).



Förskrivning av antidepressiva läkemedel inom primärvården ökar i takt med patienternas ålder, vilket diagram 53 redovisar. I den yngsta åldersgruppen

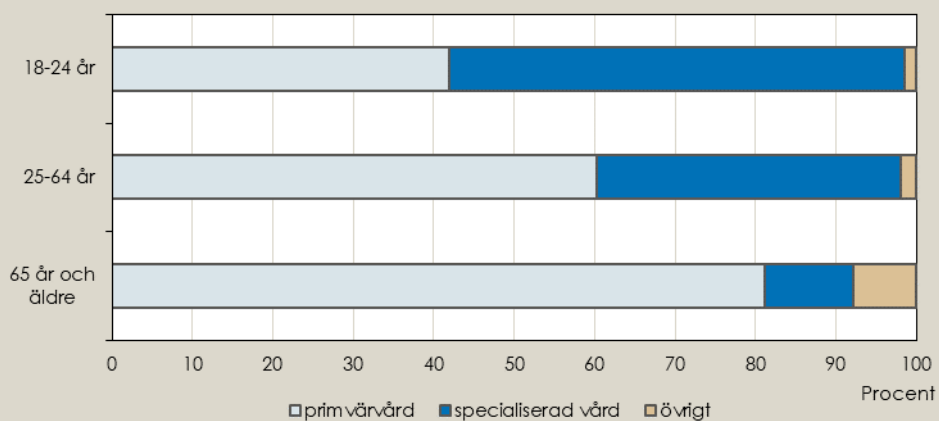
18 till 24 år sker 60 procent av förskrivningen inom den specialiserade psykiatriska vården och skillnaden mellan könen är liten.

I åldersgruppen 25 till 64 år är det tvärtom – här sker 60 procent av förskrivningen inom primärvården. I denna åldersgrupp är det även skillnad i förskrivningsmönstret mellan könen: för kvinnor sker förskrivning av antidepressiva läkemedel till 60 procent i primärvården och 40 procent i den specialiserade psykiatrin, medan motsvarande andelar för männen är 55 respektive 45 procent.

För åldersgruppen 65 år och äldre sker förskrivning av antidepressiva i ännu högre grad inom primärvården – där nio av tio uthämtade läkemedel har förskrivits. I denna åldersgrupp får män i högre grad än kvinnor antidepressiva läkemedel förskrivna inom specialiserad psykiatri: 15 procent för män respektive 10 procent för kvinnor.

Diagram 53. Antidepressiva läkemedel per vårdnivå

Andelen antidepressiva läkemedel uppdelat på vårdnivå, 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Förskrivning av läkemedel inom primärvården

På majoriteten av mottagningarna inom primärvården har över hälften av patienterna fått läkemedelsbehandling enligt vår enkät till verksamhetschefer (se tabell 32).

Nio regioner kunde lämna uppgifter om hur stor andel patienter med depression eller ångestsyndrom som får behandling med antidepressiva läkemedel inom primärvården. Enligt regionernas patientadministrativa system får i genomsnitt hälften av patienterna antidepressiva läkemedel, men andelen varierar från 10 till 70 procent. Sannolikt beror den stora variationen mellan regioner på skillnader i dokumentationen samt på hur lätt eller svårt det är att hämta ut data från olika register.

Tabell 32. Läkemedelsbehandling inom primärvård

Andelen mottagningar inom primärvården efter i vilken utsträckning personer med depression eller ångestsyndrom har fått läkemedelsbehandling.

Andelen patienter	Andelen mottagningar
Mer än 75 procent av patienterna	29
50-75 procent av patienterna	52
25-49 procent av patienterna	19
Mindre än 25 procent av patienterna	1

Svarsfrekvens: 137 av 534 (26%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

Förskrivning av läkemedel inom specialiserad psykiatri

Inom den specialiserade psykiatrin är det vanligt att patienter får läkemedelsbehandling: större delen av verksamheterna uppger att minst 75 procent av patienterna har fått det (se tabell 33). Detta resultat stämmer väl överens med uppgifter från Socialstyrelsens hälsodataregister (se diagram 54). Andelen patienter som behandlas med antidepressiva läkemedel vid depression inom den specialiserade vården har varit oförändrad sedan 2012.

Tabell 33. Läkemedelsbehandling inom specialiserad psykiatri

Andelen verksamheter inom specialiserad psykiatri efter i vilken utsträckning personer med depression eller ångestsyndrom har fått läkemedelsbehandling.

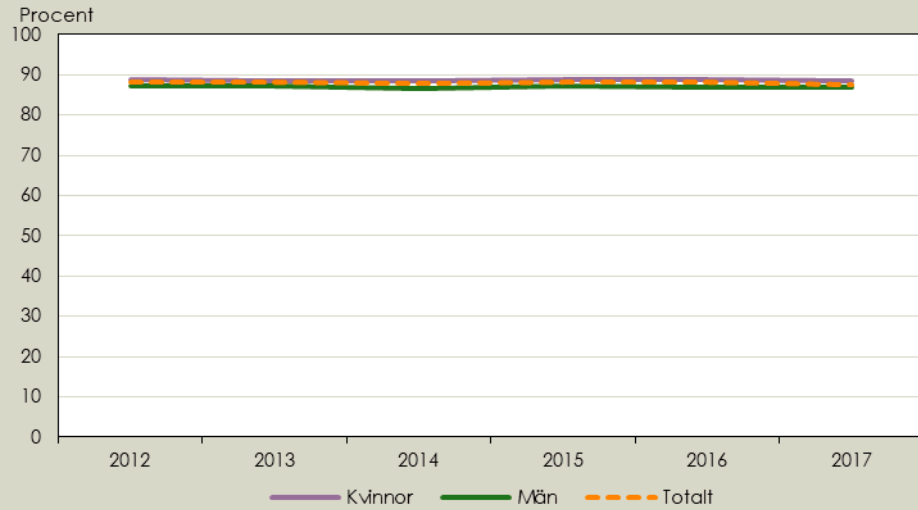
Andelen patienter	Andelen verksamheter
Mer än 75 procent av patienterna	86
50-75 procent av patienterna	11
25-49 procent av patienterna	2
Mindre än 25 procent av patienterna	0

Svarsfrekvens: 44 av 83 (53%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatrin, 2018.

Diagram 54. Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid egentlig depression

Andelen personer egentlig depression, oavsett svårighetsgrad, som fått läkemedelsbehandling med antidepressiva, 2012-2017.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

De allra flesta patienter – nio av tio som har träffat en läkare – får behandling med antidepressiva läkemedel. Detta gäller i alla regioner.

Diagram 55. Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid egentlig depression

Andelen personer med egentlig depression, oavsett svårighetsgrad, som fått läkemedelsbehandling med antidepressiva, 2017.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Behandling med 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.

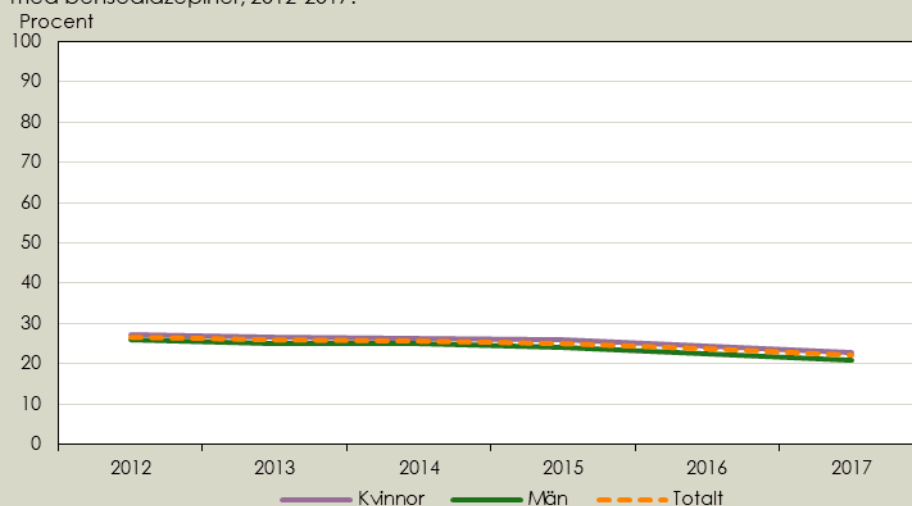
Användningen av lugnande medel, speciellt regelbunden medicinering under längre tid, bör vara låg hos patienter med ångestsyndrom. Bensodiazepiner ger betydande problem i form av biverkningar, beroende eller förvärrade symtom efter en tids behandling. Det finns andra effektiva behandlingar som bör övervägas 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. Enligt riktlinjerna är det viktigt att behandlingstiden är så kort som möjligt och att behandlingen kontinuerligt följs upp med en förnyad bedömning av nytta och risk.

Läkemedelsbehandling 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 patienter med ångestsyndrom som är 65 år eller äldre har denna behandling. Däremot finns inga skillnader i användningen mellan kvinnor och män.

Diagram 56. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

Andelen personer med ångestsyndrom som fått läkemedelsbehandling (minst två uttag) med bensodiazepiner, 2012-2017.

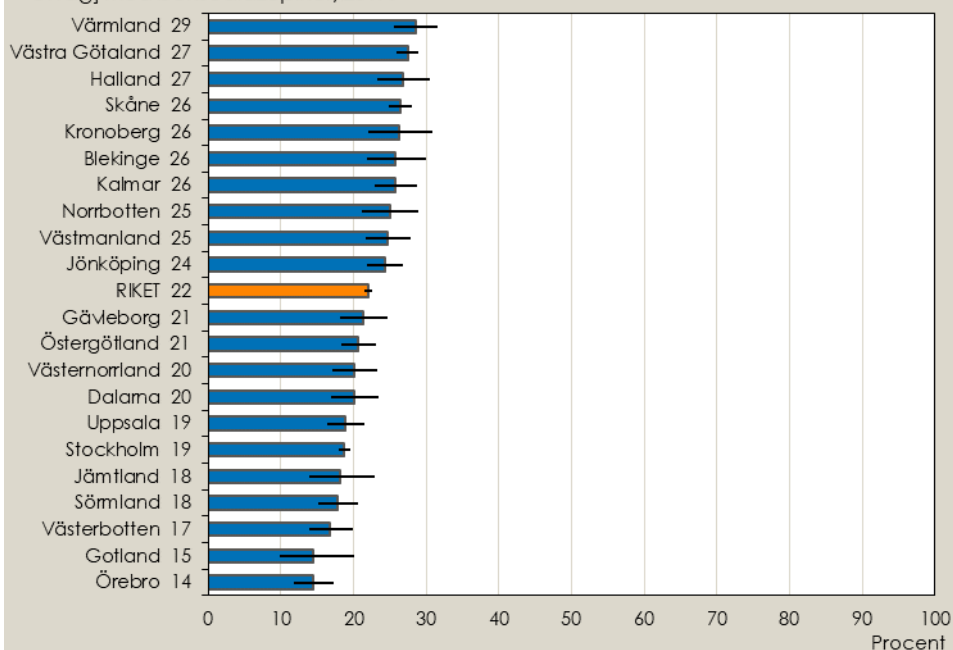


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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 57 får dock fortfarande drygt 20 procent av dessa patienter läkemedelsbehandling med bensodiazepiner. Andelen varierar mellan regioner från 14 till 29 procent för patienter som behandlas inom specialiserad psykiatrisk vård.

Diagram 57. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

Andelen personer med ångestsyndrom som fått läkemedelsbehandling (minst två uttag] med bensodiazepiner, 2017.



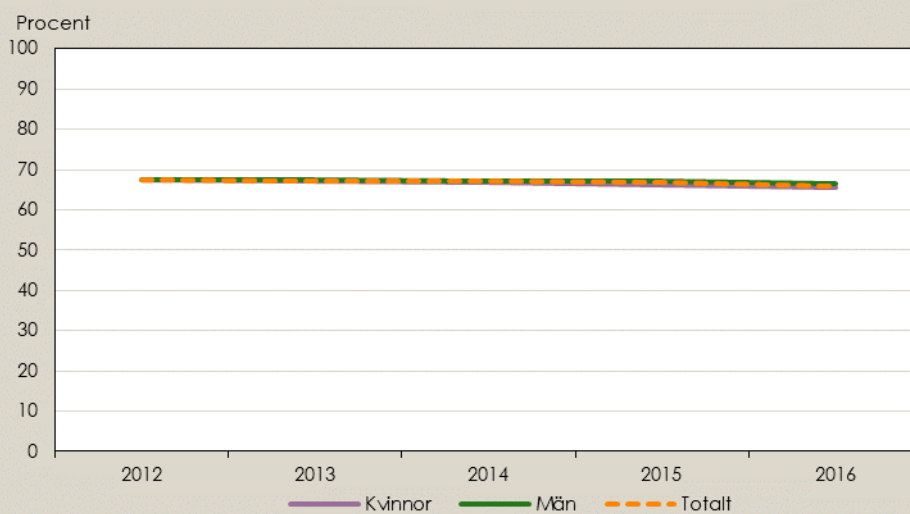
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen).

Följsamhet till läkemedelsbehandling

Det är angeläget att patienter med depression och ångestsyndrom följer den läkemedelsbehandling som de har ordinerats, eftersom risken för återfall annars är betydande. Diagram 58 visar patienternas följsamhet till läkemedelsbehandling med antidepressiva både inom primärvården och den specialiserade psykiatriska vården. Två tredjedelar av patienterna har hämtat ut läkemedlet minst två gånger under en sexmånadersperiod. Denna andel har varit oförändrad under många år. Data visar inga skillnader mellan könen. Patienter inom primärvården och den specialiserade psykiatriska vården hämtar ut sina antidepressiva läkemedel i samma utsträckning.

Diagram 58. Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling

Andelen personer som har fått nyinsatt läkemedelsbehandling med antidepressiva och som har hämtat ut läkemedel minst två gånger under sex månader, 2012-2016.



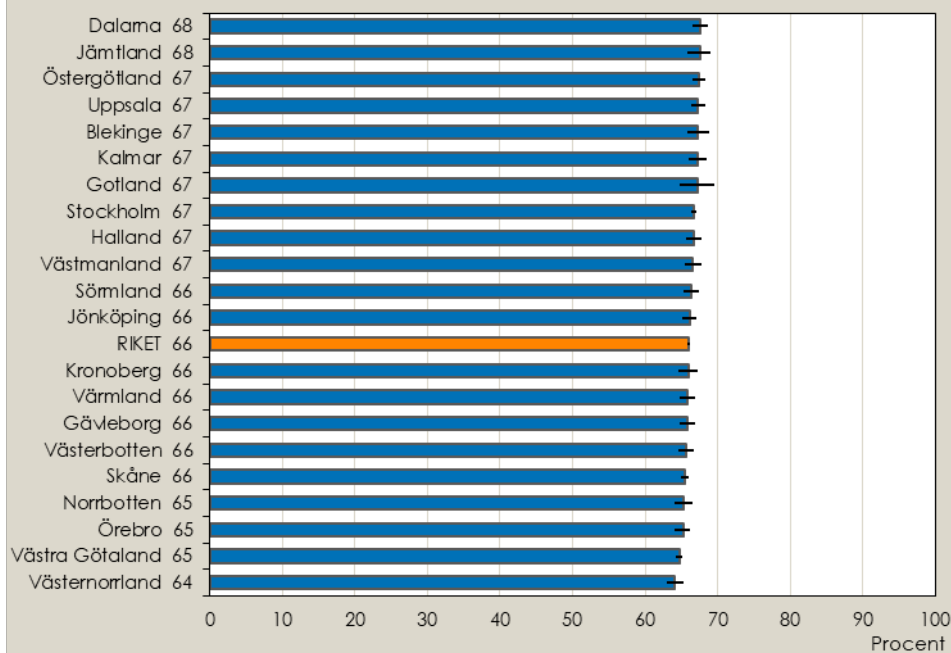
*Nyinsatt innebär här att personen inte har hämtat ut antidepressiv medicin under de senaste 12 månaderna.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Vi finner heller inga signifikanta skillnader i följsamheten till läkemedelsbehandling mellan regionerna (se diagram 59).

Diagram 59. Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling

Andelen personer som har fått nyinsatt* läkemedelsbehandling med antidepressiva och som har hämtat ut läkemedel minst två gånger under sex månader, 2016.



*Nyinsatt innebär här att personen inte har hämtat ut antidepressiv medicin under de senaste 12 månaderna.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Förskrivningen av bensodiazepiner 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 måste ibland få ta 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 det är angeläget att hälso- och sjukvården arbetar vidare med att minska användningen av bensodiazepiner för längre tidsbehandling. Detta gäller särskilt de regioner som har en hög förskrivning jämfört med det nationella genomsnittet.

Andra behandlingar vid svåra depressioner

Behandling med repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS)

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

Majoriteten av regionerna uppger att inga av deras patienter får behandling med rTMS. I Jönköping, Östergötland, Stockholm och Västerbotten svarar mellan en och två verksamheter inom specialiserad psykiatri att mindre än 25 procent av deras patienter har behandlats med rTMS. Av kommentarerna framgår dock att ytterligare några regioner kommer att börja erbjuda behandling med rTMS inom en snar framtid.

Under 2017 fick sammanlagt 188 personer behandling med rTMS på sex olika sjukhus. Som jämförelse behandlades omkring 4 000 patienter med ECT samma år [32].

Behandling med elektrokonvulsiv terapi (ECT)

Vid svår depression kan det vara aktuellt med elektrokonvulsiv behandling (ECT). Syftet med behandlingen är att snabbt minska symtom samt häva eller vända ett allvarligt tillstånd. De vanligaste biverkningarna vid ECT är huvudvärk och illamående. Kognitiva biverkningar i form av minnesstörningar är också vanliga, men är i regel övergående efter en behandlingsserie. Det är därför viktigt att följa upp biverkningar vid ECT både löpande och systematiskt under behandlingstiden och dessutom sex månader efter avslutad behandling. Resultaten vid sexmånadersuppföljningen registreras numer i Kvalitetsregistret ECT.

I enkäten till den specialiserade psykiatrin anger tre av fyra regioner att det är en mindre del av deras patienter, under 25 procent, som får behandling med ECT – men detta svar omfattar alla patienter med depression och ångestsyndrom, inte enbart patienter med svår depression.

Hur stor andel av patienterna som bör behandlas med ECT varierar beroende på patientsammansättningen. I patientgruppen som både har svår depression och psykotiska symtom bör i princip alla patienter få ECT-behandling. Däremot behöver inte alla patienter som vårdas inneliggande för

svår depression få denna behandling, utan ibland kan läkemedelsbehandling vara tillräckligt.

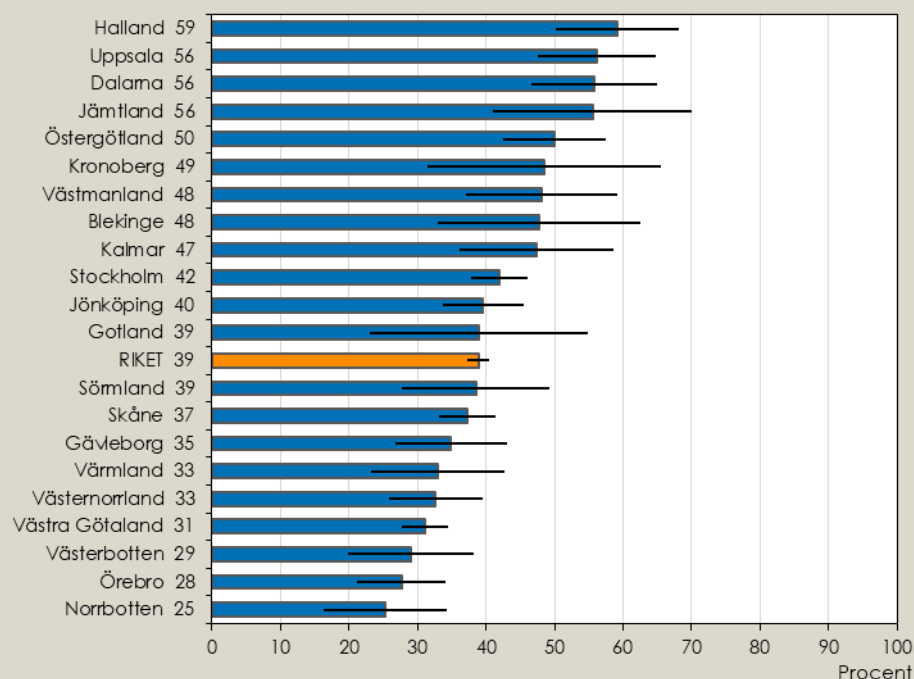
Olika patientgrupper svarar dessutom olika bra på ECT-behandling, bland annat beroende på ålder där generellt äldre personer svarar bättre på ECT än vad yngre personer gör. Vidare kan det finnas somatiska skäl som gör det olämpligt med ECT-behandling, till exempel om en patient inte har fysiska förutsättningar att klara en narkos. Det finns också personer som erbjuds behandlingen, men som tackar nej.

Resultaten från samkörningen mellan Kvalitetsregistret ECT och Socialstyrelsens data visar att cirka 40 procent av patienter som vårdas inom slutenvård psykiatrisk vård för svår depression får behandling med ECT. Under 2017 behandlades 209 personer i åldersgruppen 18 till 24 år med ECT, vilket motsvarar 5 procent av alla behandlingar med ECT det året. Fler kvinnor än män fick denna behandling samma år (133 kvinnor respektive 76 män).

Det är en stor variation mellan regioner i vilken utsträckning patienter med svår depression får behandling med ECT. I Halland, Uppsala och Dalarna är andelen patienter som får denna behandling dubbelt så stor som i Norrbotten och Örebro (se diagram 60).

Diagram 60. ECT-behandling vid svår depression

Andelen som fått ECT-behandling 2017 av patienter 18 år och äldre slutenvårdade för svår depression samma år, 2017.



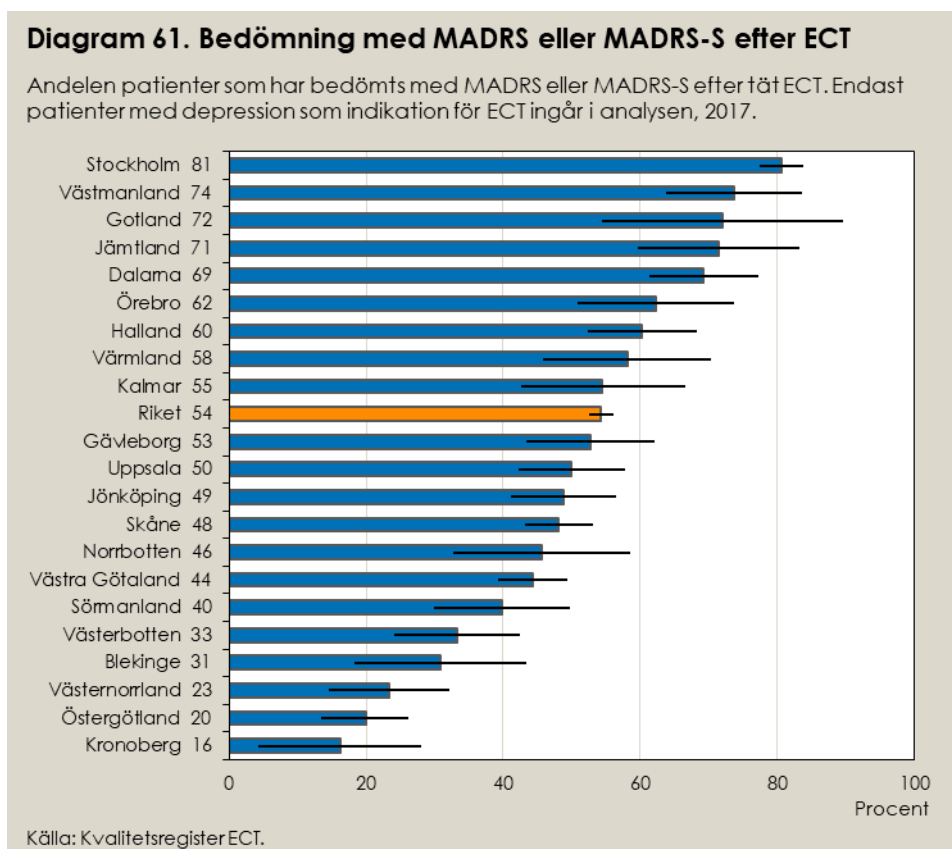
Källa: Kvalitetsregister ECT och patientregistret (Socialstyrelsen).

Depressionsskattning inom en vecka efter ECT

Målet med depressionsbehandling är att patienten ska bli symptomfri och återfå sin funktionsförmåga. Kvarvarande symptom är en riskfaktor för snabbt återinsjuknande. Därför är det väsentligt att undersöka och dokumentera

eventuella kvarvarande symtom inom en vecka efter behandlingsserierna med ECT för depression. För detta ändamål finns flera symtomskattningsskalar, till exempel Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) som är den mest använda symtomskattningsskalan för depression i Sverige. Den finns även i en variant för självskattning (MADRS-S).

Diagram 61 sammanfattar i vilken mån patienternas symtom utvärderats med MADRS eller MADRS-S – och visar att drygt hälften av patienterna får sina symtom utvärderade med dessa instrument. Variationen mellan regioner är dock mycket stor.

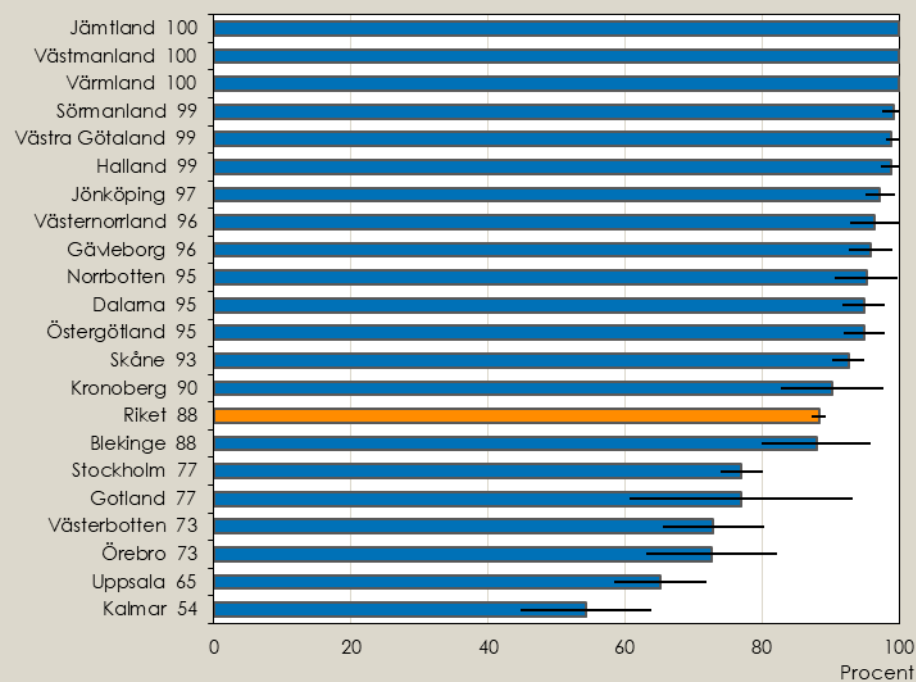


Skattning av klinisk förbättring efter ECT

Även om symtomfrihet är det primära målet med ECT-behandling, så är symtomlindring ett viktigt första steg. Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) är ett skattningsskala där personalen anger förändringen i den bedömda sammantagna psykiska hälsan hos en patient. De allra flesta regioner (nio av tio) bedömer systematiskt patienternas förbättring efter ECT med detta skattningsskala (se diagram 62).

Diagram 62. Uppföljning med CGI-I efter ECT

Andelen täta serier där patienten följs upp med Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I), 2017.



Källa: Kvalitetsregister ECT.

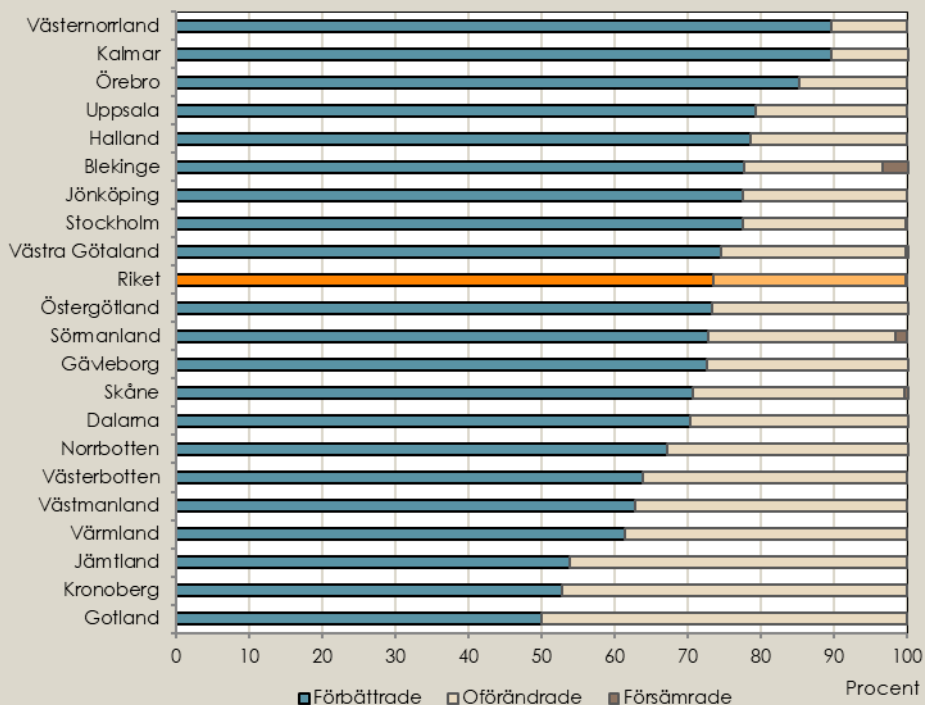
Diagram 63 visar den kliniska förändringen hos en patient efter ECT enligt skattningsskalan i CGI-I. Merparten av patienterna (drygt 70 procent) bedömdes som mycket förbättrade efter behandlingen, medan övriga patienter i stort sett bedömdes som oförändrade.

Den patientgrupp där störst andel upplever klinisk förbättring är äldre personer, där nästan 60 procent av patienterna når symtomfrihet genom ECT-behandling. För patienter under 40 år är motsvarande siffra drygt 20 procent.

Några faktorer som kan ha betydelse för resultatet av en ECT-behandling är patientsammansättning, samtidig läkemedelsbehandling, behandlingsteknik samt behandlingstid [33].

Diagram 63. Klinisk förändring enligt CGI-I efter ECT

Klinisk förändring enligt CGI-I efter tät ECT. De registrerade svaren har delats in i tre grupper: Förbättrad = mycket till väldigt mycket förbättrad. Oförändrad = oförändrad, minimalt förbättrad eller minimalt försämrade. Försämrade = mycket till väldigt mycket försämrade, 2017.



Källa: Kvalitetsregister ECT.

Bedömning av resultat

Socialstyrelsen har utifrån rekommendationer i riktlinjerna fastställt en målnivå som innebär att minst 40 procent av patienterna som vårdas inom slutenvård psykiatrisk vård för svår egentlig depression bör behandlas med ECT. Resultaten visar att två tredjedelar av regionerna antingen redan har uppnått målnivån eller är mycket nära att göra det.

Det finns dock även regioner där en mindre andel av slutenvårdspatienterna med svår depression behandlas med ECT. Socialstyrelsen bedömer därför att regioner behöver se över huruvida patienternas behov av åtgärden tillgodoses i dagsläget.

Det finns även stora variationer mellan regionerna när det gäller hur stor andel av patienterna som genomgår en utvärdering av sina kvarvarande symptom en vecka efter ECT-behandling – antingen med hjälp av skattningsskalen MADRS eller med självskattningsskalen MADRS-S. Däremot tycks de flesta verksamheter följa upp patienternas kliniska förändring med skattningsskalen i skattningsskalen CGI-I.

Socialstyrelsen menar att en systematisk uppföljning av denna patientgrupp är ytterst angelägen och därmed bör de verksamheter som saknar uppföljningsrutiner utveckla detta.

Uppföljning av vuxna

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

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

Uppföljning av behandling inom primärvården

Enligt enkäten till primärvården har tre av fyra mottagningar rutiner för hur de ska följa upp personer med depression och ångestsyndrom. Det är dock dubbelt så vanligt att rutinerna endast är muntliga än att de är skriftliga. Av kommentarerna på frågan framgår att rutiner kan tillämpas på olika sätt:

Varierande. Patienter med kontakt i psykosociala teamet har relativt tät kontakt. Ansvaret till kontakt läggs oftast på patienten.

Samtliga patienter bokas för uppföljning hos psykolog efter 1 respektive 3 månader.

Sker med de patienter som har vårdsamordnarkontakt.

Samtliga mottagningar inom primärvården anger att genomgång av effekterna av behandlingsinsatserna alltid ingår i uppföljningen och att denna – i de allra flesta fall – även inkluderar genomgång av eventuella biverkningar och av samtliga läkemedel samt bedömning av eventuell beroendeproblematik. Exempel på kommentarer till frågan om uppföljning:

Somatisk undersökning, bedömning suicid och beroendeproblematik sker efter individuell bedömning men inte som ett MÅSTE. Läkartider skulle inte finnas för alltför tidskrävande uppföljningar, sköterskebesök som alternativ har vi inte heller resurs för. Ofta ske uppföljningen i telefon. Vi har 2 AKS (avancerade kliniska sköterskor) som är tänkt att ta över uppföljningar.

Somatisk undersökning görs om läkemedel är insatta. Psykolog kontrollerar OM behov av läkarkontakt finns.

Tabell 34. Uppföljning av behandling – primärvård

Andelen mottagningar inom primärvården efter vad som ingår i uppföljningen av personer som behandlas för depression eller ångestsyndrom.

Undersökning	Andelen mottagningar
Genomgång av effekter av behandlingsinsatser	100
Genomgång av eventuella biverkningar av behandlingsinsatser	97
Genomgång av samtliga läkemedel	96
Somatisk undersökning	68
Bedömning av beroendeproblematik	94
Strukturerad suicidriskbedömning	88

Svarsfrekvens: 105 av 534 (20%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

Hälften av mottagningarna inom primärvården uppger att de har följt upp personer som behandlas för depression eller ångestsyndrom minst varje kvartal. Var tionde mottagning följer dock upp dessa patienter mer sällan än en gång per år. Hur ofta man följer upp beror ju också på i vilken fas i behandlingen personer befinner sig:

Oftare i början och mer glest vid välfungerande behandling.

Patienten följs upp några månader efter avslutad behandling. Om behov föreligger, ej därefter. Alternativt när ev läkemedel måste förnyas.

Väldigt individuellt - uppföljning bestäms för varje individ. Det kan vara 1 gång per månad eller 1 gång per år: spannet är stort.

Tabell 35. Uppföljning av behandling – primärvård

Andelen mottagningar inom primärvården efter i vilken utsträckning man har följt upp personer som har behandlats för depression eller ångestsyndrom.

Periodicitet för uppföljning	Andelen mottagningar
En gång i kvartalet eller mer	49
Minst en gång i halvåret men inte så ofta som varje kvartal	21
Minst en gång om året men inte så ofta som varje halvår	18
Mer sällan än varje år	11

Svarsfrekvens: 132 av 534 (25%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

Uppföljning av behandling inom specialiserad psykiatri

Närmare fyra av fem verksamheter har rutiner för hur de ska följa upp patienter som behandlas mot depression och ångestsyndrom. Rutinerna är i de flesta fall skriftliga.

I stort sett alla verksamheter inom specialiserad psykiatri anger att en genomgång av behandlingsinsatsernas effekter alltid ingår i uppföljningen. I de allra flesta fall ingår även en genomgång av eventuella biverkningar och samtliga läkemedel samt suicidriskbedömning. Däremot anger endast var tredje verksamhet att en somatisk undersökning ingår i uppföljningen. Några kommentarer på frågan:

Hos läkare ingår dessa, men vid uppföljning via andra professioner uteblir läkemedelsuppföljning och effektbedömningar.

Ibland görs somatisk undersökning vid uppföljning. Det är läkare som bedömer och avgör behovet.

Tabell 36. Uppföljning av behandling – specialiserad psykiatrisk vård

Andelen verksamheter inom specialiserad psykiatri efter vad som ingår i uppföljningen av personer som behandlas för depression eller ångestsyndrom.

Undersökning	Andelen verksamheter
Genomgång av effekter av behandlingsinsatser	98
Genomgång av eventuella biverkningar av behandlingsinsatser	95
Genomgång av samtliga läkemedel	93
Somatisk undersökning	36
Bedömning av beroendeproblematik	84
Strukturerad suicidriskbedömning	98

Svarsfrekvens: 45 av 83 (54%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri, 2018.

Drygt hälften av verksamheterna svarar att de har följt upp behandlingen av patienterna med depression och ångestsyndrom en gång i kvartalet eller oftare, och i stort sett följer resterande verksamheter upp sina patienter minst en gång per år. Uppföljningens frekvens kan även bero på att patienterna befinner sig i olika faser i sin behandling, vilket framgår av dessa exempel:

Detta är beroende på var patienten är i sin rehabilitering. Initialt oftast tätare. När stabilt upp till en gång per år.

Nuvarande ramar och resurser begränsar. Läkare bedömer och prioriterar hur ofta uppföljning ska göras. Innebär att vissa patienter följs upp tätare, men minimum är en gång per år.

De som har pågående behandling i form av samtalskontakt följs upp oftare - de som har en fungerande läkemedelsbehandling följs upp mer sällan. Vi bör återföra fler till primärvården för uppföljning av läkemedel

Tabell 37. Uppföljning av behandling – specialiserad psykiatrisk vård

Andelen verksamheter inom specialiserad psykiatri efter i vilken utsträckning man har följt upp personer som har behandlats för depression eller ångestsyndrom.

Periodicitet för uppföljning	Andelen verksamheter
En gång i kvartalet eller mer	55
Minst en gång i halvåret men inte så ofta som varje kvartal	20
Minst en gång om året men inte så ofta som varje halvår	20
Mer sällan än varje år	5

Svarsfrekvens: 44 av 83 (53%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri, 2018.

Öppenvård efter utskrivning vid depression eller ångestsyndrom

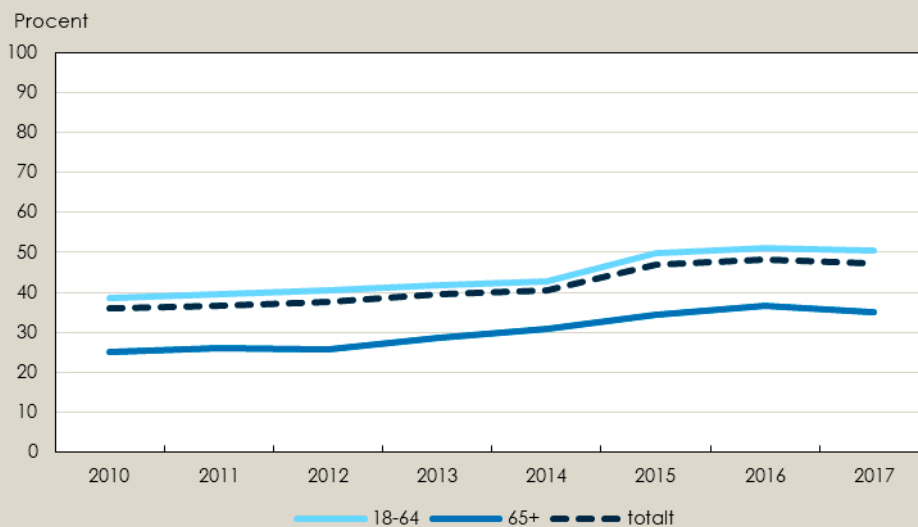
Öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård kan minska risken för återinsjuknande och återinskrivning. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården därför erbjuda en aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom.

Mellan 2012 och 2017 ökade andelen patienter som träffar en läkare inom öppenvården inom 30 dagar efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård: från 35 till närmare 50 procent. Som diagram 64 visar får personer som är 65 år eller äldre i något lägre grad läkartid inom 30 dagar än personer som är under 65 år. Däremot är det ingen skillnad mellan kvinnor och män.

Som vi påpekat tidigare har Socialstyrelsens patientregister endast uppgifter om läkarbesök inom den specialiserade öppenvården. Vi vet därmed inte i vilken utsträckning dessa patienter har träffat andra yrkeskategorier än läkare eller har skrivits ut till primärvården.

Diagram 64. Läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning för depression och ångest

Andelen patienter med depression och ångest som varit på ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård inom 30 dagar efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård.

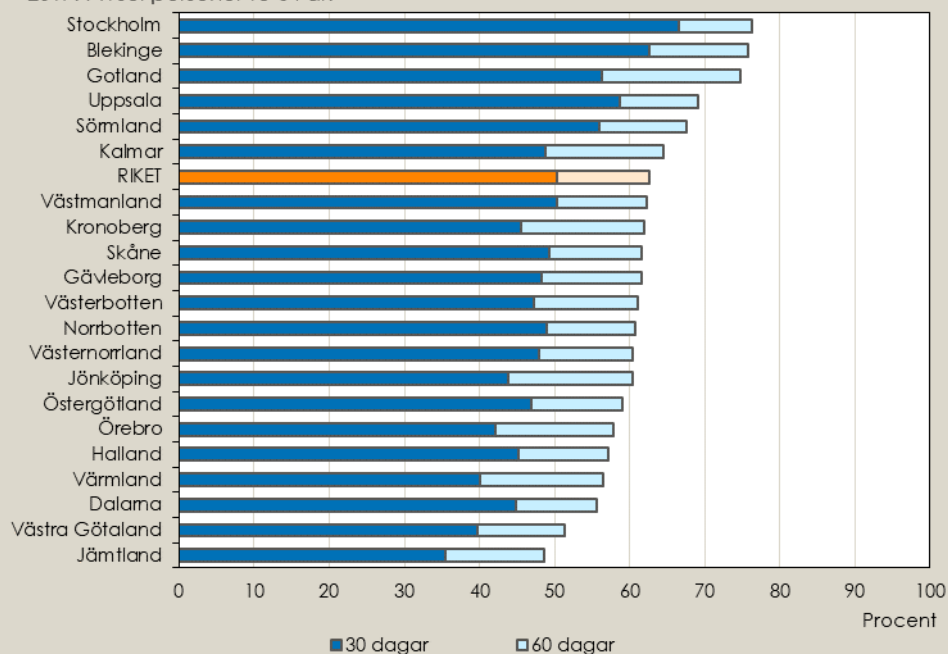


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Hälften av patienterna i åldersgruppen 18 till 64 år får läkarkontakt i öppenvården inom 30 dagar efter utskrivning för depression eller ångestsyndrom, medan ytterligare 10 procent får en sådan kontakt inom 60 dagar. Variationen mellan regionerna är dock ganska stor och varierar från 35 till 65 procent av patienter som får läkartid inom 30 dagar (se diagram 65).

Diagram 65. Läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning för depression och ångest

Andelen patienter med depression och ångest som varit på ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård inom 30 respektive 60 dagar efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård, 2017. Avser personer 18-64 år.

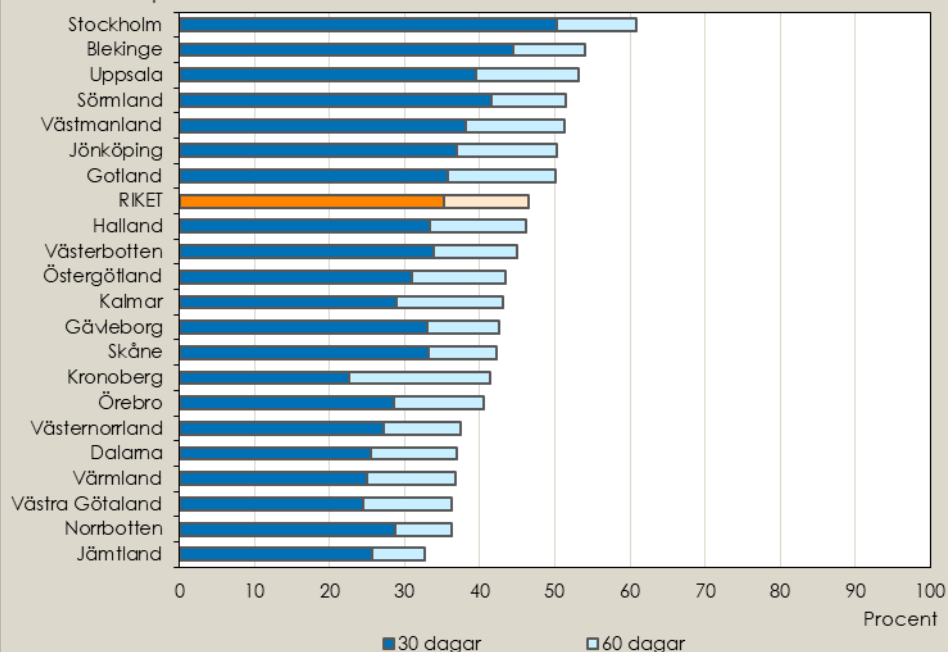


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Mönstret för patienter som är 65 år eller äldre ser likadant ut som för de yngre, men andelen patienter som får läkarkontakt i öppenvården är ännu lägre: 35 procent får träffa läkare inom 30 dagar, medan ytterligare 11 procent får en sådan kontakt inom 60 dagar. Även här är det stor variation mellan regionerna: i Kronoberg får 22 procent av patienterna träffa läkare inom 30 dagar, medan det är dubbelt så många i Stockholm.

Diagram 66. Läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning för depression och ångest

Andelen patienter med depression och ångest som varit på ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård inom 30 respektive 60 dagar efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård, 2017. Avser personer 65 år och äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultaten

För att säkerställa en god vård över tid är det viktigt med kontinuitet i vården under hela sjukdomsförloppet. God kontinuitet och en aktiv uppföljning av behandling är en förutsättning för ett effektivt omhändertagande av personer med depression och ångestsyndrom. God kontinuitet minskar även stressen och skapar trygghet i kontakten med vården – både för patienten och för dennes närstående – vilket i sin tur kan öka följsamheten till behandlingen.

Enligt våra enkäter fungerar uppföljningen väl, såväl inom primärvården som inom den specialiserade psykiatriska vården för vuxna. Resultaten är därmed positiva – men det inte går att utesluta att de svarande utgör ett selektivt urval, eftersom resultaten baseras på enkätundersökningar med låg svarsfrekvens från både primärvården och från verksamheterna inom vuxenpsykiatri. Detta gör att resultaten kan vara mer gynnsamma än bland icke-svarande verksamheter.

Slutligen varierar det stort mellan regioner huruvida patienten träffar en läkare inom öppenvården efter utskrivning, vilket bland annat kan bero på olika rutiner för återbesök eller på att patienten träffar någon annan personalgrupp än läkare, alternativt träffar en läkare inom primärvården. Dock är det viktigt att vården säkerställer att alla patienter får en planerad förnyad kontakt med läkare efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård.

Stöd till närstående till vuxna

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

Stöd till närstående inom primärvården

Var femte mottagning uppger att de har en rutin för hur de ska stödja vuxna närstående till personer med depression eller ångestsyndrom, men dessa rutiner är oftast muntliga. Flera mottagningar är medvetna om bristen på rutiner:

Här kan vi helt klart bli bättre. Vi har utvecklat en informationsskrift om vem man kan vända sig till vid behov av stöd.

Trettio procent av mottagningarna inom primärvården har en rutin för hur de ska stödja minderåriga barn till personer med depression eller ångestsyndrom. Denna rutin är dock ofta muntlig. Mottagningarna efterfrågar själva denna typ av rutiner:

Medvetenhet om denna fråga finns och frågan om hur barnen har det ställs, vilket stöd de har etc. Frågan ställs av psykoterapeut men även av läkare.

Drygt fyra mottagningar av fem hänvisar minderåriga barn till annan verksamhet som ger stöd. Var tredje mottagning har informationsmaterial eller erbjuder individuellt samtalsstöd. Av kommentarerna framgår att hänvisning till socialtjänsten är vanligast.

Tabell 38. Stöd till minderåriga barn - primärvård

Andelen mottagningar inom primärvården efter vilket stöd de erbjuder för minderåriga barn till personer med depression eller ångestsyndrom.

Form av stöd	Andelen mottagningar
Informationsmaterial	33
Barnombud	25
Gruppverksamhet	6
Individuellt samtalsstöd	30
Hänvisar till annan verksamhet som ger stöd	84
Annan insats	19

Svarsfrekvens: 139 av 534 (26%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

Stöd till närstående inom specialiserad psykiatri

Drygt hälften av de psykiatriska verksamheterna uppger att de har en – oftast skriftlig – rutin för hur de ska stödja vuxna närstående till personer med depression eller ångestsyndrom. Några exempel på kommentarer gällande stöd till närstående:

Rutin finns om information till närstående - inbjudan till nätverksträff men patientens medgivande krävs vid vård enligt HSL.

Ingår i bipolärskolan, dock ingen rutin för övriga - anhöriga är dock välkommen att närvara vid besök och då kan stöd ges samt vid slutenvårdstillfällena.

Nio av tio verksamheter har en rutin för hur de ska stödja minderåriga barn till personer med depression eller ångestsyndrom. I allra flesta fall är denna rutin skriftlig. Flera har lämnat kommentarer på frågan till exempel:

Vi har Beardsley och föra barn på tal och vi har barnombudsman på kliniken som säkrar barnperspektivet.

Journalstrukturen stödjer detta att barn till patient uppmärksammas (sökord obligat), underlag vid behandlingskonferens mm. Etablerade interventioner "Föra barnen på tal", Beardsleys" Handbok i slutenvård, struktur/rutin för orosanmälan.

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. Av kommentarerna framgår att olika typer av familjeinterventioner är vanliga, liksom nämns kontakter med kommunen.

Tabell 39. Stöd till minderåriga barn – specialiserad psykiatri

Andelen verksamheter inom specialiserad psykiatri efter vilket stöd de erbjuder för minderåriga barn till personer med depression eller ångestsyndrom.

Form av stöd	Andelen verksamheter
Informationsmaterial	82
Barnombud	86
Gruppverksamhet	17
Individuellt samtalsstöd	51
Hänvisar till annan verksamhet som ger stöd	93
Annan insats	32

Svarsfrekvens: 45 av 83 (54%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri, 2018.

Bedömning av resultat

Depression och ångestsyndrom är allvarliga tillstånd och innebär ofta ett svårt lidande för personer som har drabbats. Även närståendes liv kan påverkas i hög utsträckning. Därför är det ytterst angeläget att närstående har möjlighet att få stöd.

Primärvårdsmottagningar saknar i stor utsträckning rutiner för hur de ska stödja både vuxna närstående som barn till personer med depression eller

ångestsyndrom. Även inom den specialiserade psykiatriska vården saknar hälften av verksamheterna rutiner för stöd till vuxna närstående, däremot har nästan samtliga verksamheter rutiner vad gäller stöd till minderåriga barn.

Socialstyrelsen anser att alla verksamheter enligt gällande riktlinjer borde ha rutiner för hur stöd till närstående och till minderåriga barn till personer med depression och ångestsyndrom ska gå till.

Samverkan mellan aktörer som arbetar med vuxna

Samverkan mellan primärvård och vuxenpsykiatri

De allra flesta mottagningar inom primärvården har en rutin för samverkan med vuxenpsykiatri. På merparten av mottagningarna är rutinen skriftlig. Enligt kommentarerna handlar det mest om remisser, som i dessa exempel:

Genom att skicka remisser.

Det fungerar dåligt då väntetiderna till psykiatri i nuläget är minst 8 månader och många remisser avvisas.

Den mest förekommande formen av samverkan består av konsultationer vid behov. En tredjedel av mottagningarna har också gemensamma möten med vuxenpsykiatri. Exempel på andra samarbetsformer är gemensamma möten vid SIP och att cheferna träffar varandra.

Tabell 40. Samverkan med vuxenpsykiatri – primärvård

Andelen mottagningar inom primärvården efter samverkansformer med vuxenpsykiatri.

Form för samverkan	Andelen mottagningar
Regelbundna gemensamma utbildningar	14
Regelbundna gemensamma handledningar	7
Regelbundna gemensamma möten	36
Konsulterar varandra vid behov	91
På annat sätt	28

Svarsfrekvens: 144 av 534 (27%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsmottagningar, 2018.

Inom specialiserad psykiatri svarar nio verksamheter av tio att de har rutin för samverkan med primärvården. Rutinen är huvudsakligen skriftlig.

I stort sett alla verksamheter uppger att de samverkar genom konsultationer vid behov. Närmare två tredjedelar av verksamheterna har dessutom gemensamma möten med primärvården. Det gavs många exempel på andra samarbetsformer, här är några exempel:

Sitter i samma ledningsgrupp.

Samverkansforum, remissamverkan, utbildningssatsningar, suicidnätverk. Samverkan kring vissa frågor eller arbetsområden som sömn och stress.

Psykiatrisjuksköterskor finns på varje hälsocentral inom VLL. Privata hälsocentraler saknar.

Tabell 41. Samverkan med primärvården – specialiserad psykiatri

Andelen verksamheter inom specialiserad psykiatri efter samverkansformer med primärvården.

Form för samverkan	Andelen verksamheter
Regelbundna gemensamma utbildningar	26
Regelbundna gemensamma handledningar	7
Regelbundna gemensamma möten	62
Konsulterar varandra vid behov	98
På annat sätt	40

Svarsfrekvens: 46 av 83 (55%).

Källa: Socialstyrelsens enkät till vuxenpsykiatri, 2018.

Bedömning av resultat

Resultaten från enkätundersökningen visar att de allra flesta mottagningar inom primärvården har en rutin för samverkan med vuxenpsykiatri. Likaså har de flesta verksamheter inom vuxenpsykiatri rutiner för samverkan med primärvården.

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 schizofreni-liknande 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. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2001707-om-patientregister-hos_sfs-2001-707.
9. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten>.
10. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/skolbarns-halsovanor>.
11. Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.
12. Psykiatri i siffror. Barn- och ungdomspsykiatri. Kartläggning 2017. Sveriges Kommuner och Landsting 2018.
13. Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri – Årsrapport 2017. Stockholm 2018.
14. Uppdrag psykisk ohälsa, SKL 2017
15. Riktlinje depression 2014. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri.
16. Riktlinje ångest- och tvångssyndrom 2017. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri.
17. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisklitteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2012. Rapport 212.
18. 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.
19. Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering 2015.

20. Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp med psykisk ohälsa, Nina Åsbring, Läkartidningen 2014.
21. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. *BMJ* 2005; 330:802-3.
22. Nordström A, Bodlund O. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems, *Nord J Psychiatry* 2008; 62: 250-5.
23. Christina Dalman, Läkartidningen 41/2014.
24. Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatri. Kartläggning 2017. Sveriges Kommuner och Landsting 2018.
25. Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård. Nationella planeringsstödet 2018, Socialstyrelsen 2018.
26. Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, Udo C, Petersson E-L, Ariai N, Nejati S, Wessman C, Wikberg C, André M, Wallin L, Westman J. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Family Practice*. 2018;19:28 DOI 10.1186/s12875-018-0711-z.
27. Svenningsson I, Udo C, Westman J, Nejati S, Hange D, Björkelund C, Petersson E-L. Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences. *Scand J Prim Health Care* 2018; 2018 Oct 12:1-8. doi: 10.1080/02813432.2018.1529018.
28. Holst A, Ginter A, Björkelund C, et al. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study. *BMJ Open* 2018;8:e024741. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024741.
29. Udo C, Svenningsson I, Björkelund C, Hange D, Jerlock M, Petersson E-L. An interview study of the care manager function—Opening the door to continuity of care for patients with depression in primary care. *Accepted Wilay Nursing open*. 2019
30. SibeR. Årsrapport 2017. SLSO, 2018. Hämtad 2019-01-24 från <https://siber.registercentrum.se/statistik>.
31. SBU. Internetförmädd psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom. sbu alert-rapport nr 2013-02 • 2013-08-28. www.sbu.se/alert.
32. 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.
33. Kvalitetsregister ECT. Årsrapport 2017. Hämtad 2019-01-24 från <https://ect.registercentrum.se>.

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