

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Stöd för styrning och ledning

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

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

ISBN	978-91-7555-563-8
Artikelnummer	2021-4-7339
Omslagsfoto	Johnér/Linda Otterstedt
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , april 2021

Förord

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

Riktlinjerna ska stimulera användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder, och vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som politiker, tjänsteman eller verksamhetschef.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen i hälso- och sjukvården, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade hälsotillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. En utvärdering som bygger på indikatorerna publicerades 2019.

Riktlinjerna publicerades första gången 2010, och en stor revidering gjordes 2017. Under 2020 har Socialstyrelsen gjort en mindre översyn. Vi har bland annat lagt till en rekommendation om det antidepressiva läkemedlet esketamin och två rekommendationer om återfallsförebyggande behandling för barn och ungdomar med egentlig depression i remission. Vi har också avrått från att enbart använda föräldraintervjun Brief child and family phone interview (BCFPI) för att identifiera barn och ungdomar som behöver utredas vidare för misstänkt depression eller ångestsyndrom.

Projektledare för riktlinjerna på Socialstyrelsen har varit Stefan Brené och ansvarig enhetschef Mattias Fredricson. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnskap har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Om de nationella riktlinjerna	9
Om depression och ångestsyndrom	16
Centrala rekommendationer	19
Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom	19
Behandling vid egentlig depression hos vuxna	26
Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar	32
Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna	38
Behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar	45
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser	52
Sammanfattning av konsekvenserna	52
Utredning och omhändertagande	54
Behandling vid depression eller ångestsyndrom	57
Indikatorer för god vård och omsorg	63
Så tar vi fram indikatorerna	63
Indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom	64
Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik vård	67
Kompletterande kunskapsstöd	70
Projektorganisation	73
Referenser	80
Bilaga 1. Om hälsotillstånd och rekommenderade åtgärder	85
Bilaga 2. Lista över rekommendationer	92
Bilaga 3. Ändrade rekommendationer 2020	108
Bilaga 4. Bilagor som publiceras på webben	109

Sammanfattning

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid depression och ångestsyndrom, framför allt till dig som beslutar om utbud och resurser. Rekommendationerna gäller såväl barn och ungdomar som vuxna, och omfattar bland annat diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling.

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

I dag får nästan en tredjedel av befolkningen en depression någon gång i livet, och cirka en fjärdedel får ett ångestsyndrom. Depression och ångestsyndrom är allvarliga hälsotillstånd som ofta innebär ett svårt lidande. Även närståendes liv kan påverkas i hög utsträckning. Personer med depression eller ångestsyndrom som inte får rätt behandling i tid riskerar en försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom och återinsjuknande. Obehandlade tillstånd kan även öka risken för suicid. Därför är det viktigt att snabbt kunna bedöma hur allvarligt en persons tillstånd är, och erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede. För detta krävs ett effektivt omhändertagande och en hög tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Både depression och ångestsyndrom behandlas i huvudsak med olika former av psykologisk behandling och antidepressiva läkemedel. Tillgången till psykologisk behandling behöver dock öka. I princip bör alla med lindriga och medelsvåra depressioner och ångestsyndrom kunna erbjudas psykologisk behandling.

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

Vidare är det vanligt att personer med depression och ångestsyndrom har kroppsliga sjukdomar samtidigt. Det är viktigt att hälso- och sjukvården uppmärksammar och utreder detta i större utsträckning.

Syftet med dessa riktlinjer är att ge dig som är politiker, tjänsteman eller verksamhetschef vägledning för beslut på gruppnivå om vilken vård som ska finnas tillgänglig för personer med depression eller ångestsyndrom. Du kan bland annat använda riktlinjerna som underlag för resursfördelning utifrån öppna och systematiska prioriteringar. Sammanfattningsvis innebär riktlinjerna ökade kostnader för hälso- och sjukvården. På sikt förväntas dock de ökade kostnaderna minska, till följd av en bättre och mer effektiv vård. Tidig upptäckt och effektiv behandling i primärvården förväntas till exempel minska behovet av sluten vård. Dessutom är behandlingsåtgärderna vid

depression och ångestsyndrom med stor sannolikhet kostnadsbesparande ur ett samhällsperspektiv. Detta eftersom de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården endast utgör en mindre del av den totala kostnaden för samhället, till exempel i form av sjukskrivningar.

För att Socialstyrelsen ska kunna följa upp tillämpningen av riktlinjerna har vi tagit fram 36 indikatorer som speglar ett antal rekommendationer i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård. Till några av indikatorerna hör även målnivåer som anger hur stor andel av patientgruppen som bör komma i fråga för en åtgärd. Indikatorerna kan bland annat användas som underlag för verksamhetsuppföljning och utveckling, och är även utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella utvärderingar av följsamheten till nationella riktlinjer.

Om de nationella riktlinjerna

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder vid depression och ångestsyndrom. Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- en översiktlig beskrivning av depression och ångestsyndrom, och vårdens status och utveckling
- Socialstyrelsens centrala rekommendationer om depression och ångestsyndrom – de rekommendationer som har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation
- en analys av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser
- indikatorer för att följa upp resultaten och processerna i vården vid depression och ångestsyndrom
- en vägledning inför arbetet med att implementera rekommendationerna i hälso- och sjukvården, och prioritera för en jämlik vård
- en översikt av kunskapsstöd som kompletterar riktlinjerna.

Denna version ersätter riktlinjerna från 2017.

➔ **Läs mer:** *Stöd för styrning och ledning* är endast en del av de fullständiga riktlinjerna – en huvudrapport för dig som är beslutsfattare. På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande delar, bland annat en detaljerad översikt av rekommendationerna (*Tillstånds- och åtgärdslista*) och kunskapsunderlaget för samtliga 113 rekommendationer.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågor där behovet av vägledning är särskilt stort. I uppdraget ingår att ta fram rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar.

Riktlinjerna ska bidra till att resurserna i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller brukargrupp. Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och god vård och omsorg.

Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar i hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Där framgår det att prioriteringar i hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. En utgångspunkt är också de bärande principerna i socialtjänstlagen.

Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare

Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som tjänsteman, verksamhetschef eller politiker. Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor. Du kan till exempel använda dem som underlag för att

- fördela resurser
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

Rekommendationerna kan även ge dig som möter patienter vägledning i beslut om enskilda personer. Men utöver rekommendationerna måste du ta hänsyn till lagar och regler, individens särskilda förutsättningar och önskemål samt din egen professionella expertis.

➔ **Läs mer:** För dig som möter patienter finns också ett nationellt vård- och insatsprogram (VIP) för depression och ångestsyndrom. Det publicerades 2020 av den nationella programområdesstrukturen (NPO), insatsområde psykisk hälsa [1]. Vård- och insatsprogrammen för psykisk ohälsa ska öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ, tillsammans med insatser för att stödja implementering.

Avgränsning och uppdatering – mindre översyn 2020

Riktlinjerna tar upp åtgärder som kan vara särskilt viktiga för dig som beslutar om utbudet och resursfördelningen i hälso- och sjukvården. Det kan vara kontroversiella åtgärder, åtgärder där det finns praxisskillnader eller åtgärder inom områden som behöver kvalitetsutvecklas. Riktlinjerna är alltså inget vårdprogram, utan täcker enbart in ett urval av relevanta hälsotillstånd och åtgärder.

Detta innebär att riktlinjerna utelämnar mycket av det som är standardåtgärder i vården vid depression och ångestsyndrom. Områden där det finns föreskrifter eller andra typer av vägledningar från Socialstyrelsen eller andra myndigheter ingår inte heller i riktlinjerna. Ett exempel är frågor som berör vem som får göra vad i hälso- och sjukvården, där Socialstyrelsen i stället har tagit fram en webbplats som tydliggör dessa regler [2].

Socialstyrelsen uppdaterar också riktlinjerna regelbundet, för att säkerställa att de är aktuella och bygger på bästa tillgängliga kunskap. Denna version är uppdaterad utifrån en mindre översyn 2020. Vi har uppdaterat ett fåtal rekommendationer och lagt till 3 nya rekommendationer (se *Bilaga 3. Ändrade rekommendationer 2020*).

Den övergripande avgränsningen är dock densamma som 2010, när riktlinjerna publicerades första gången. Riktlinjerna inkluderar därmed enbart åtgärder i hälso- och sjukvården vid de definierade sjukdomstillstånden

egentlig depression och ångestsyndrom. Angränsande diagnoser, såsom anpassningsstörning och reaktion på svår stress, ingår inte.

Inför en större revidering av riktlinjerna 2017 gav Socialstyrelsen vidare en rad intressenter möjlighet att lämna synpunkter på riktlinjerna. Detta resulterade i att vissa åtgärder tillkom eller slogs samman. Vissa åtgärder ströks också, till exempel på grund av att de hanteras i andra riktlinjer. En del tidigare åtgärder är nu implementerade i hälso- och sjukvården, och ingår därför inte heller i de reviderade riktlinjerna. De nuvarande riktlinjerna tar till exempel inte upp åtgärder vid bipolär sjukdom.

Socialstyrelsen har inte skiljt ut gruppen äldre i riktlinjerna. En anledning är att det i många fall saknas studier med äldre som specifik grupp och att det vetenskapliga underlaget därmed är begränsat [3]. Vid behandling av äldre behöver hälso- och sjukvården dock generellt ta särskild hänsyn till äldres förutsättningar, exempelvis särskilda risker för biverkningar vid läkemedelsbehandling. Sådana frågor tas upp i andra vägledningar (se kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*).

Förmedlingssätt vid psykologisk behandling tas upp i begränsad omfattning i dessa riktlinjer. Psykologisk behandling kan till exempel erbjudas och förmedlas individuellt, i grupp, i par, i familj eller via internet. Socialstyrelsens rekommendationer om psykologisk behandling för vuxna gäller även när behandlingen förmedlas via internet. Rekommendationerna för barn och ungdomar inkluderar dock ännu inte internetförmedlad behandling.

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

➔ **Läs mer** om hur vi har avgränsat riktlinjerna i bilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Socialstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvården att erbjuda vissa åtgärder till patienter med vissa hälsotillstånd (se kapitlet *Centrala rekommendationer*).

Vi ger tre typer av rekommendationer: rekommendationer med prioritet 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra* (se tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården <i>bör, kan</i> eller <i>kan i undantagsfall</i> erbjuda, i prioritetsordning. Åtgärder med prioritet 1 är mest angelägna och åtgärder med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken, eller är inte kostnadseffektiva). Formuleringarna <i>bör, kan</i> och <i>kan i undantagsfall</i> används med viss flexibilitet. I riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom används <i>bör</i> för rekommendationer med prioritet 1–3, <i>kan</i> för 4–7 och <i>kan i undantagsfall</i> för 8–10.
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.
Icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården att sluta använda åtgärderna.

Effektiva åtgärder vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

För att kunna ge rekommendationer om vilka åtgärder som är mest angelägna, rangordnar Socialstyrelsen åtgärder för olika hälsotillstånd. Rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- hälsotillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

Hälsotillståndets svårighetsgrad avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom, funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. Åtgärdens effekt bedöms efter hur starkt vetenskapligt stöd som finns för effekten.

I vissa fall är det inte möjligt att uttala sig om en åtgärds effekt utifrån ett vetenskapligt underlag, på grund av att det vetenskapliga stödet saknas eller är otillräckligt. Då kan det i stället vara aktuellt att samla in bästa tillgängliga kunskap om en åtgärd i form av beprövad erfarenhet. För att göra det använder Socialstyrelsen ett systematiskt konsensusförfarande.

Prioriteringsarbetet utgår från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [4]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

➔ **Läs mer:** Metoden för rangordningsprocessen beskrivs i bilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs

Socialstyrelsen kan ge rekommendationen FoU (forskning och utveckling) om en åtgärd är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten, eller om en åtgärd har införts i vården trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten. När verksamheter utvärderar åtgärdens effekt kan hälso- och

sjukvården bygga ny kunskap. Kunskapen kan produceras eller utvecklas i form av

- en vetenskaplig rapport som är knuten till ett universitet eller en högskola
- en lokal utvärdering utifrån registerdata, om hur åtgärden används och vilka effekter den får för patienterna
- beprövad erfarenhet bland professioner.

Socialstyrelsen utvärderar vården

Socialstyrelsen rapporterar återkommande om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi utvärderar bland annat hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i verksamheterna. För detta tar vi fram indikatorer, det vill säga mått som ska spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård och omsorg.

Kunskapen från Socialstyrelsens utvärderingar används bland annat när vi uppdaterar de befintliga riktlinjerna. Utvärderingar kan till exempel visa att vården inte är jämnt fördelad eller ges med samma kvalitet utifrån olika socioekonomiska aspekter.

Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen samarbetat med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, patientorganisationer, specialistföreningar och andra intresseorganisationer och medicinskt sakkunniga.

Vi har också samarbetat med Läkemedelsverket, som uppdaterade sina behandlingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom 2017 [5]. Socialstyrelsens riktlinjer och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer kompletterar varandra. Riktlinjerna ger till exempel ofta rekommendationer om behandling utifrån en grupp läkemedel, till exempel antidepressiva läkemedel. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer kompletterar då Socialstyrelsens rekommendationer med att ge vägledning om olika preparatgrupper samt enskilda preparat.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer skiljer sig däremot åt när det gäller primära mottagare och syfte. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vänder sig till forskrivare snarare än till beslutsfattare, och är ett mer kliniskt tillämpligt kunskapsstöd.

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

Internationell jämförelse av riktlinjer

Efter publiceringen av remissversionen av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom 2016 pågick en debatt i svenska medier om innehållet i riktlinjerna. En del av debatten handlade om skillnader mellan Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och vissa andra länders motsvarande riktlinjer.

Socialstyrelsen lät därför genomföra en internationell jämförelse under våren 2017. Syftet var att jämföra ett antal länders riktlinjer och undersöka om skillnaderna var motiverade eller inte. Jämförelsen gällde specifikt psykologisk behandling, fysisk aktivitet samt kombinationsbehandling med psykologisk behandling och antidepressiva läkemedel vid depression [6]. De länder som förutom Sverige ingick i jämförelsen var Norge, Finland, Danmark, England, Skottland, Tyskland, Nederländerna och Kanada.

Olika syfte, mottagare och organisation

Sammantaget visar jämförelsen på skillnader mellan de olika ländernas riktlinjer för de aktuella åtgärderna. Socialstyrelsen bedömer att skillnaderna främst beror på olika nationella förutsättningar, till exempel ländernas olika typer av hälso- och sjukvårdssystem.

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

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

Liknande process men skillnader i metod

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

Metoderna för att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier skiljer sig dock i de olika ländernas riktlinjer. Socialstyrelsens riktlinjer och ytterligare ett par länders riktlinjer använder den internationellt vedertagna metoden GRADE [7]. De andra länderna i jämförelsen använder egenutvecklade modeller för evidensgradering.

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

Ytterligare en anledning till att länderna kan ha kommit till olika slutsatser på området är hur man valt att kategorisera allvarlighetsgraden av depression. Exempelvis har Socialstyrelsen valt att bedöma hälsotillstånden lindrig och

medelsvår egentlig depression tillsammans, medan andra länder skiljt på dessa hälsotillstånd.

Särskild modell för prioriteringar

Socialstyrelsen skiljer sig från andra länder i jämförelsen genom att använda en särskild modell för prioriteringar [8]. I denna modell tas de slutgiltiga rekommendationerna fram genom en sammanvägning av hälsotillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt och de sakkunnigas egna beprövade erfarenhet (se avsnittet *Rekommendationernas prioritet* ovan). Även detta kan påverka att Socialstyrelsens rekommendationer i vissa avseenden skiljer sig från andra länders.

Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att redovisa hur vårt arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. I vården vid depression och ångestsyndrom är det tydligt att hälsa, jämlikhet och andra samhällsliga mål hänger ihop och är beroende av varandra. Dessa riktlinjer bidrar till att genomföra främst mål 3 (hälsa och välbefinnande) i Agenda 2030, men även i vissa mål 5, 8 och 10.

➔ **Läs mer** om målen på regeringens webbplats [9].

Om depression och ångestsyndrom

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Risken att insjukna i en depression är cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män [10]. Uppskattningsvis drabbas cirka 25 procent av befolkningen av ett ångestsyndrom, och hos vuxna är det två till tre gånger så vanligt hos kvinnor som hos män. Bland barn före puberteten förekommer ångestsyndrom hos cirka 10 procent och är lika vanligt hos pojkar som hos flickor.

Många av de som drabbas av depression eller ångestsyndrom är i arbetsför ålder. Diagnoser inom depressions- och ångestområdet (inklusive anpassningsstörning och reaktion på svår stress) ligger bakom cirka 90 procent av alla sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa i Sverige [11].

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 som möjligt förhindra funktionsnedsättning, risk för långvarig sjukdom och återinsjuknande.

Vid både depression och ångestsyndrom finns ökad risk för suicidtankar och suicidförsök, vilket också kräver att vården under hela sjukdomsförloppet behöver vara lättillgänglig och ha hög kontinuitet. Personer med depression och ångestsyndrom har också större risk än den övriga befolkningen att drabbas av kroppsliga (somatiska) sjukdomar. Det är dessutom vanligare att personer med långvariga sjukdomar, exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdom eller stroke, drabbas av depression och ångestsyndrom [12].

Kriterier för att ställa diagnos

Både depressiva symtom och ångestsymtom förekommer vid depression och ångestsyndrom. För att kunna diagnostisera depression respektive ångestsyndrom finns speciella kriterier. Dessa kriterier anges i diagnossystemet ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems), en standard för klassificering av sjukdomar utgiven av Världshälsoorganisationen (WHO), respektive DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) [13]. I Sverige används främst ICD-10 vid diagnostik i hälso- och sjukvården, medan DSM-5 ofta används i forskning och i viss mån i psykiatrisk verksamhet.

ICD-10 definierar diagnosen depression som ett tillstånd som varat mer än två veckor och där nedstämdhet, nedsatt energi, förlust av intresse eller nöje av att göra aktiviteter som tidigare gett tillfredsställelse är viktiga symtom. Andra symtom kan vara förlust av självtillit, skam och skuld känslor, tankar

på döden eller suicid, svårighet att tänka eller obeslutsamhet, sömnsvårigheter och aptitförändring.

För att få diagnosen depression ska personen inte tidigare ha haft maniska symtom. En egentlig depression är benämningen på en depression som uppfyller diagnoskriterierna. För att ställa diagnosen lindrig egentlig depression krävs ett mindre antal symtom, för medelsvår och svår egentlig depression fler. I dessa riktlinjer motsvarar svår depression ett resultat på 35 poäng eller mer i självskattningsversionen av bedömningsinstrumentet MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale).

Det är viktigt att skilja på ångest som symtom och specifika, definierade ångestsyndrom. Ångestsyndrom innebär en återkommande svårhanterlig rädsla eller oro i vissa situationer eller i förhållande till vissa företeelser. Vid ångestsyndrom är ångesten svår och leder till inskränkningar i det dagliga livet, och ofta funktionsnedsättning. Olika ångestsyndrom definieras utifrån specifika diagnoskriterier i ICD-10.

Vården vid depression och ångestsyndrom – status och utveckling

Majoriteten av alla vuxna som drabbas av depressions- eller ångestsymtom söker vård i primärvården, och mer än 70 procent av alla patienter med depression eller ångestsyndrom får vård där [12]. Det är också i primärvården som cirka 65 procent av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut. Endast cirka 20 procent av patienterna remitteras vidare till specialiserad psykiatri. Barn och ungdomar och deras föräldrar vänder sig även ofta till elevhälsan, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som första instans.

Målet med all behandling vid depression och ångestsyndrom är att personen ska tillfriskna och återfå en god funktionsnivå. Det innebär inte bara frihet från symtom utan också återgång till exempelvis skola eller arbete samt återvunnen social funktion och livskvalitet. Ett annat viktigt mål är att minska risken för återinsjuknande. Ibland kan det vara aktuellt för hälso- och sjukvården att även involvera närstående och arbetsgivare eller skolan för att få en mer fullständig bild av patientens funktionsnivå eller nuvarande psykosociala situation. För att kunna identifiera, bedöma och ta ställning till patientens behov av vård utifrån det aktuella tillståndet är det även betydelsefullt att involvera olika professioner. Vidare behöver många patienter åtgärder som ligger utanför hälso- och sjukvårdens uppdrag, till exempel från socialtjänsten. Det kan gälla ekonomiskt bistånd, familjerådgivning eller alkoholrådgivning. Både patienter och vårdnadshavare kan behöva stöd för problem som har utlöst eller vidmakthåller en depression eller ett ångestsyndrom.

Socialstyrelsen utvärderade vården vid depression och ångestsyndrom 2019, utifrån indikatorer i de nationella riktlinjerna från 2017 [14]. Utvärderingen visar att allt fler får vård och behandling för depression och ångestsyndrom, framför allt barn och ungdomar. Trots det växer köerna. Också förskrivningen av antidepressiva läkemedel har ökat, även om andelen

som behandlas med läkemedel inte har förändrats. Det ökade vårdbehovet hos barn och ungdomar ställer stora krav på barn- och ungdomspsykiatri, men också på elevhälsan, ungdomsmottagningarna och andra delar av primärvården. Utvärderingen visar att det behövs en fortsatt utbyggnad av den så kallade första linjen, psykiatrisk primärvård som kan möta barn och ungdomar med symtom på psykisk sjukdom. Denna vård organiseras mycket olika i landet, och på många håll finns uppenbara brister. Det finns även brister och stora regionala skillnader i vården för vuxna. En snabb och korrekt diagnos är en förutsättning för en god vård, och den diagnostiska processen behöver förbättras [14].

Även enligt regeringen finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Regeringen har därför gett utredningen *God och nära vård* (SOU 2018:39) i uppdrag att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser i primärvården, vid lättare psykisk ohälsa. Syftet är bland annat att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Detta enligt ett tilläggsdirektiv till utredningen från 15 augusti 2019. Hela utredningen har i uppdrag att stödja utvecklingen av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård i primärvården. Utredningen *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (S 2019:05) har dessutom uppdraget att se över hur den nära vården kan erbjuda stöd för barn och unga som lider av psykisk ohälsa, och att föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas.

Vidare har Sveriges regioner sedan 2018 ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Det finns 26 nationella programområden (NPO) som leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. NPO psykisk hälsa är indelat i nationella arbetsgrupper för adhd, depression och ångestsyndrom, schizofreni och liknade tillstånd, självskadebeteende samt skadligt bruk och beroende. Dessa nationella arbetsgrupper sammanställer bland annat nationella vård- och insatsprogram, som bygger på nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar. Vård- och insatsprogrammen är dock utformade för att möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan personal och individer. Ett vård- och insatsprogram för depression och ångestsyndrom publicerades våren 2020 [15].

Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för dig som beslutar om utbud och resurser i hälso- och sjukvården. De centrala rekommendationerna gäller både barn och ungdomar (under 18 år) och vuxna. De omfattar följande områden:

- utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom
- behandling vid
 - egentlig depression hos vuxna
 - egentlig depression hos barn och ungdomar
 - ångestsyndrom hos vuxna
 - ångestsyndrom hos barn och ungdomar.

Observera: Rekommendationerna om läkemedelsbehandling är olika detaljerade. I vissa fall rekommenderar Socialstyrelsen ett specifikt läkemedel, i andra fall en eller flera grupper av läkemedel. Skillnaderna beror på läkemedlets effekt vid ett visst hälsotillstånd eller en viss åldersgrupp, vad läkemedlen är godkända för och andra faktorer.

➔ Läs mer:

- I bilaga 1 finns en beskrivning av de vanligaste hälsotillstånden och åtgärderna som rekommendationerna gäller.
- I bilaga 2 finns en fullständig lista över Socialstyrelsens rekommendationer om depression och ångestsyndrom – även de som inte är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.
- I bilaga 3 finns en historik över de senaste ändringarna i rekommendationerna.
- På Socialstyrelsens webbplats finns en mer detaljerad översikt av alla rekommendationer (*Tillstånds- och åtgärdslista*).

Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom

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

Många personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom söker vård i primärvården. Barn och ungdomar söker även vård inom exempelvis elevhälsan, psykiatriska mottagningar för barn och ungdomar eller barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Det är därmed viktigt att primärvården och andra verksamheter där personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom söker vård har möjlighet att bedöma och utreda dessa personer, att den vård som erbjuds är individanpassad och att det finns en hög tillgänglighet till vården.

Hög tillgänglighet innebär snabb tillgång till besök, telefontillgänglighet, öppethållande, bemanning och personal med kunskap om psykisk ohälsa. Ett sätt att säkerställa tillgängligheten och kontinuiteten är att erbjuda patienterna en vårdsamordnare, som ser till att omhändertagandet blir samordnat och strukturerat (se bilaga 1 för en beskrivning av denna åtgärd).

Personer med psykisk ohälsa har en ökad risk för sjukdom och död i kroppsliga sjukdomar jämfört med personer utan psykisk sjukdom [14]. Det är därför angeläget att hälso- och sjukvården även uppmärksammar och utreder olika kroppsliga symtom, för att kunna upptäcka och behandla eventuell kroppslig samsjuklighet.

Effektivt omhändertagande

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 1, 3 och 5)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda enbart föräldraversionen av Brief child and family phone interview (BCFPI) för att identifiera barn och ungdomar som behöver utredas vidare för misstänkt depression eller ångestsyndrom (*icke-göra*).

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

De flesta personer med depression eller ångestsyndrom söker vård i primärvården. Det är därför angeläget att primärvården har en hög tillgänglighet när det gäller att snabbt erbjuda en strukturerad första bedömning av såväl vuxna som barn och ungdomar med symtom på depression eller ångestsyndrom, för att därefter kunna erbjuda en adekvat behandling.

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

I både primärvården och den specialiserade psykiatrin behövs metoder för att identifiera symtom på depression och ångestsyndrom, som bör utredas vidare. En god kontinuitet i vårdkontakten och en aktiv uppföljning av förlopp och behandling ökar vidare följsamheten till behandlingen, och förbättrar prognosen över tid. En god kontinuitet behövs såväl inom en och samma vårdnivå som i överföringen från primärvården till den specialiserade vården, och från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin.

Motivering till rekommendationerna

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

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

Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda enbart föräldraversionen av Brief child and family phone interview (BCFPI) för att identifiera barn och ungdomar som behöver utredas vidare för misstänkt depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att BCFPI har låg sensitivitet för att identifiera depression och ångestsyndrom, vilket medför att användning av enbart föräldraversionen av BCFPI ger en uppenbar risk för att många barn och ungdomar med pågående depression eller ångestsyndrom inte identifieras.

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För effektivt omhändertagande vid depression och ångestsyndrom finns även rekommendationer om följande åtgärder:

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

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av åtgärden samordnat och strukturerat omhändertagande med vårdsamordnare.

Diagnostik vid misstänkt depression eller ångestsyndrom hos vuxna

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 2a och 2b)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda SCID-I eller MINI som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i den specialiserade vården till vuxna med misstänkt depression eller ångestsyndrom (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan

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

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

Det kliniska samtalet är en viktig utgångspunkt för den diagnostiska processen, men räcker inte alltid för att diagnostisera depression eller ångestsyndrom [16, 17]. I genomsnitt identifieras endast cirka hälften av dem med depression och ångestsyndrom (i primärvården och den öppna specialiserade vården). För att öka den diagnostiska tillförlitligheten behöver den kliniska bedömningen kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer.

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om de diagnostiska intervjuerna MINI (Mini international neuropsychiatric interview) och SCID-I (Clinical interview for DSM-IV axis I disorders, clinical version) som stöd i den diagnostiska processen.

MINI är en kortfattad strukturerad diagnostisk intervju som är utvecklad för att kunna kartlägga olika psykiska sjukdomar och kan användas som ett stöd i diagnostiseringen vid depression och ångestsyndrom.

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

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

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

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

Motivering till rekommendationerna

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

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

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För diagnostik vid misstänkt depression eller ångestsyndrom hos barn och ungdomar finns rekommendationer om följande åtgärder:

- K-SADS-PL eller MINI-KID som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i specialiserad vård (id-nr 2c)
- MINI-KID som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i primärvård (id-nr 2d)
- diagnostik i strukturerad form och immunologisk provtagning (id-nr 14).

Undersökning av samsjuklighet med kroppslig sjukdom

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 4)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

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

Samsjukligheten med olika kroppsliga sjukdomar ser olika ut för olika psykiatriska tillstånd. Personer med depression har ofta diabetes, hjärt-

kärlsjukdom eller någon neurologisk sjukdom [18, 19]. Personer med ångestsyndrom har oftare hjärtbesvär, mag- och tarmproblem och höga blodfetter jämfört med den övriga befolkningen [20, 21].

Hos barn och ungdomar med depression och ångestsyndrom är kroppslig samsjuklighet ofta mer förknippat med exempelvis huvudvärk, magont och trötthet [22].

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

Motivering till rekommendationen

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

Bedömning av suicidrisk hos ungdomar och vuxna

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

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

Hälso- och sjukvården kan

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

Hälso- och sjukvården bör inte

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

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

ångestsyndrom, både under den pågående utredningen och under behandlingen.

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

Som stöd för att kartlägga och bedöma risken för suicid eller suicidförsök finns särskilda bedömningsinstrument, såsom intervjuformulär och riskbedömningsskalor eller skattningsskalor. Exempel på sådana instrument är SUAS (Suicide assessment scale) och C-SSRS (Columbia suicide severity rating scale) samt frågor om suicid i instrumenten MADRS-S, BDI-II (Becks depression inventory), PHQ-9 (Patient health questionnaire -9) eller MINI).

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

Motivering till rekommendationerna

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

Hälso- och sjukvården kan bedöma suicidrisken med skattningsskalor som ett komplement till den kliniska bedömningen hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att trots att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för vissa instrument, och att vissa instrument har en visad låg tillförlitlighet (sensitivitet eller specificitet), kan de användas som komplement vid en klinisk suicidriskbedömning. Instrumenten med hög känslighet kan ha ett värde som pedagogiskt stöd för att efterfråga viktiga riskfaktorer för suicidhandlingar.

Hälso- och sjukvården bör inte bedöma suicidrisk med enbart skattningsskalor hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att flertalet instrument

brister i sin tillförlitlighet (låg sensitivitet eller specificitet) när det gäller att bedöma risken för framtida suicidförsök eller suicid.

Hälso- och sjukvården bör inte bedöma suicidrisk med skattningsinstrumentet Sad persons scale som komplement till klinisk bedömning hos vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom. Avgörande för rekommendationen är att skattningsinstrumentet Sad persons scale har en mycket låg sensitivitet, vilket betyder att det finns en stor risk att missa suicidbenägna personer.

Behandling vid egentlig depression hos vuxna

Egentlig depression är en mycket vanlig sjukdom – risken att insjukna i en depression är cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män [7].

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

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

Standardbehandling är psykologisk behandling eller behandling med antidepressiva läkemedel, oftast SSRI-preparat. Även SNRI-preparat och tricykliska antidepressiva läkemedel kan användas, men de ger ofta fler biverkningar. Vid svårare tillstånd är också elektrokonvulsiv behandling (ECT) standardbehandling.

Vidare har det länge varit möjligt att ge litiumbehandling som tillägg till antidepressiva läkemedel vid behandlingsresistent svår depression, men åtgärden under används fortfarande.

Ett nytt alternativ för personer med behandlingsresistent medelsvår till svår depression kan i undantagsfall vara det antidepressiva läkemedlet esketamin, som tillägg till andra antidepressiva läkemedel.

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

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av egentlig depression och de olika nivåerna.

Behandling vid lindrig till medelsvår egentlig depression

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 62, 68, 69, 70 och 73)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression (*prioritet 2*)
- erbjuda IPT till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression (*prioritet 3*)
- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan

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

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

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

Valet mellan KBT, IPT, korttids-PDT, fysisk aktivitet eller antidepressiv läkemedelsbehandling behöver anpassas till hur svår depressionen är och ske i samråd med patienten och närstående. Det är därför viktigt att kunna erbjuda flera olika alternativ i valet av psykologisk behandling.

➔ **Läs mer:**

- I bilaga 1 finns beskrivningar av lindrig och medelsvår egentlig depression samt behandlingsmetoder.
- I Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom finns mer specifik information om läkemedelsbehandling.

Motivering till rekommendationerna

Hälso- och sjukvården bör erbjuda KBT till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på andelen som svarar

på behandling (det vill säga respons) jämfört med antidepressiva läkemedel, och en måttlig effekt på depressionssymtom jämfört med placebo.

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

Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och på andelen som svarar på behandling (det vill säga respons). Åtgärden är dock förknippad med olika preparatberoende biverkningar, vilket har påverkat prioriteringen.

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

Hälso- och sjukvården kan erbjuda korttids-PDT till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression. Det vetenskapliga underlaget är begränsat, men det finns klinisk erfarenhet.

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid lindrig till medelsvår egentlig depression och dystymi hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

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

Behandling vid medelsvår till svår egentlig depression

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 78, 79, 80, 81 och 85)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda ECT till vuxna med svår egentlig depression (*prioritet 1*)
- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med svår egentlig depression (*prioritet 1*)
- erbjuda behandling med litium som tillägg till antidepressiva läkemedel till vuxna med behandlingsresistent svår egentlig depression (*prioritet 2*).
- erbjuda behandling med rTMS till vuxna med medelsvår till svår egentlig depression (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda behandling med esketamin som tillägg till andra antidepressiva läkemedel till vuxna med behandlingsresistent medelsvår till svår egentlig depression (*prioritet 10*).

Hos personer med medelsvår till svår egentlig depression är funktionsförmågan och livskvaliteten kraftigt nedsatt, vilket medför stora svårigheter att klara vardagslivet och de dagliga aktiviteterna.

Vid svår depression kan vissa personer även få psykotiska symtom. Personerna med psykotiska symtom utgör en liten men allvarligt sjuk grupp.

Medelsvår till svår depression kan behandlas med antidepressiva läkemedel, vilket också görs frekvent i dag. Läkemedelsbehandlingen, såsom valet av preparat, behöver anpassas till hur svår depressionen är. Biverkningarna skiljer sig mellan olika typer av antidepressiva läkemedel, vilket behöver beaktas vid valet av behandling.

Ytterligare ett behandlingsalternativ är ECT. Åtgärden är aktuell vid svår depression, både med och utan psykotiska symtom. Syftet med behandlingen är att snabbt minska symtomen och häva eller vända ett allvarligt tillstånd. De vanligaste biverkningarna vid ECT är huvudvärk och illamående. Kognitiva biverkningar i form av minnesstörningar är också vanliga, och i regel övergående efter en behandlingsserie. I vissa fall kan de vara ihållande en längre tid efteråt, och det kan inte uteslutas att de blir bestående i enstaka fall. Det är inte klarlagt om långvariga minnesstörningar vid ECT är en effekt av behandlingen eller av tillståndet i sig, eftersom svår depression kan påverka de kognitiva funktionerna negativt [23]. Det är därför viktigt att löpande och systematiskt följa upp biverkningar vid ECT, under behandlingstiden och sex månader efter avslutad behandling, i till exempel kvalitetsregistret ECT.

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

Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) är ett alternativ till behandling med antidepressiva läkemedel eller ECT för personer med medelsvår till svår depression. Behandling med rTMS innebär vanligtvis fler och tätare kontakter med vården än ECT. Behandlingen har dock utvecklats på senare tid (så kallad theta-burststimulering), och kan nu utföras på kortare tid än det traditionella protokollet.

Ytterligare ett alternativ för personer med behandlingsresistent depression är läkemedlet esketamin som tillägg till andra antidepressiva läkemedel. Behandlingen är aktuell när man har provat två olika klasser av antidepressiva läkemedel mot medelsvår eller svår depression, i adekvat dos under adekvat tid, och förvissat sig om att patienten verkligen tagit läkemedlen, men inte svarat på behandlingen. Hälso- och sjukvårdspersonal måste också övervaka patienterna vid varje behandlingstillfälle, på grund av risken för sedering, dissociation och förhöjt blodtryck [24]. Patienterna ska även övervakas beträffande utveckling av beteenden eller tillstånd som indikerar missbruk eller felanvändning, inklusive drogsökande beteende, för att motverka beroende och felanvändning [24]. Esketamin är ett rekvisitionsläkemedel, det vill säga det ges på sjukhus och i annan sluten och öppen vård, och upphandlas av regionerna.

➔ **Läs mer:**

- I bilaga 1 finns beskrivningar av medelsvår och svår egentlig depression samt behandlingsmetoder.
- I Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom finns mer specifik information om läkemedelsbehandling [5].

Motivering till rekommendationerna

Hälso- och sjukvården bör erbjuda ECT till vuxna med svår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt på depressionssymtom. Åtgärden har särskilt god effekt vid depression med psykotiska symtom.

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

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

Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med rTMS till vuxna med medelsvår till svår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) jämfört med skenbehandling. En stor andel svarar också på behandlingen (det vill säga responsen är hög). Högfrekvent stimulering har likvärdig effekt på respons eller remission jämfört med det snabbare theta-burststimuleringsprotokollet. Åtgärden ger dock troligen sämre effekt än ECT, men lindrigare biverkningar.

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda esketamin som tillägg till andra antidepressiva läkemedel till vuxna med behandlingsresistent medelsvår till svår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden troligen har en liten effekt på depressionens svårighetsgrad.

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid medelsvår till svår egentlig depression hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

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

Återfallsförebyggande behandling vid egentlig depression

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 86 och 88)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

Personer som haft en eller flera depressioner löper större risk att drabbas av nya depressioner än personer som tidigare inte haft någon depression. Återfallsförebyggande behandling kan minska risken för denna grupp att få nya depressioner. Det innebär att personer utan några aktuella depressionssymtom får behandling för att förebygga risken för återfall i depression.

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

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

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns beskrivningar av de olika behandlingsmetoderna.

Motivering till rekommendationerna

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

Hälso- och sjukvården bör erbjuda återfallsförebyggande behandling med KBT eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi till vuxna som efter recidiverande episoder av egentlig depression uppnått remission. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en måttlig effekt på minskat återfall i depression. Det vetenskapliga stödet för KBT och mindfulnessbaserad kognitiv terapi är svagare jämfört med behandling med antidepressiva läkemedel, vilket har påverkat prioriteringen.

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För återfallsförebyggande behandling vid egentlig depression hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

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

Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar

Depression hos ungdomar är ett vanligt tillstånd. Tillståndet är inte lika vanligt hos barn före puberteten, men kan ha en större ärftlig komponent och en sämre prognos. Depression hos barn och ungdomar kan leda till problem i skolan, hemma och med viktiga relationer. Funktionsförmågan påverkas i olika utsträckning beroende på hur svår depressionen är, det vill säga om den är lindrig, medelsvår eller svår. Tidig diagnostik och behandling kan minska risken för fortsatta problem med relationer, problem i skolan och arbetslivet, ihållande depression in i vuxenlivet, annan ohälsa, missbruk och suicid.

Samsjuklighet med andra psykiska eller fysiska sjukdomar förekommer, och behöver därför också ingå i en utredning av depression.

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

Hos ungdomar efter pubertetsdebut som har svåra symtom eller då tillståndet är behandlingsrefraktärt kan ibland även ECT användas. Behandlingen är etablerad och har använts länge i Sverige, men endast i liten utsträckning till ungdomar under 18 år. Enligt det nationella kvalitetsregistret ECT behandlades sammanlagt färre än tio personer under 18 års ålder med ECT 2016, varav ingen var yngre än 15 år [23].

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av egentlig depression och de olika nivåerna.

Psykopedagogisk behandling vid depression hos barn och ungdomar

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 17)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

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

Psykopedagogisk behandling med fokus på depression är en miljöbaserad behandling, det vill säga inriktad på både barnet eller ungdomen och föräldrarna. Behandlingen har huvudsakligen fokus på tre moment:

- Erbjud psykopedagogik som leder till att familjen själv kan bidra till självläkande processer genom att öka förståelsen för hur depression bibehålls och förstärks i vardagen och hur den kan brytas.

- Identifiera faktorer i vardagen och negativa erfarenheter när det gäller aktiviteter och rutiner i skolan och familjen som leder till ökad stress och i förlängningen nedstämdhet.
- Mobilisera familjen till förändring av de problem och svårigheter som identifierats och etablera goda rutiner för sömn, vardagsaktiviteter och skola, samt hjälpa föräldrarna att minska bråk och krav på ungdomen i hemmet.

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

För många barn och ungdomar kan det vara tillräckligt med psykopedagogisk behandling med inriktning på depressionen. För barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen inom 4–8 veckor kan den kombineras eller ersättas med annan sjukdomsspecifik behandling.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av psykopedagogisk behandling.

Motivering till rekommendationen

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

Behandling vid lindrig till svår egentlig depression hos barn och ungdomar

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

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

Hälso- och sjukvården kan

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

För många barn och ungdomar kan det vara tillräckligt med psykopedagogisk behandling med inriktning på depression. Dock är det även vanligt att

depressionen kräver ytterligare behandling, exempelvis i form av psykologisk behandling.

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

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

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns beskrivningar av lindring, medelsvår och svår egentlig depression samt behandlingsmetoder.

Motivering till rekommendationerna

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

Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI-preparatet fluoxetin) vid medelsvår till svår depression hos barn och ungdomar. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en måttlig effekt på andelen som svarar på behandling (det vill säga respons) och depressionssymtomen. Läkemedelsbehandling innebär dock en risk för biverkningar.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda IPT till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt på depressionssymtom på kort sikt. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt på depressionssymtom på längre sikt, vilket har påverkat prioriteringen.

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid lindrig till svår egentlig depression hos barn och ungdomar finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- mindfulnessbaserad stressreduktion som tillägg till annan behandling (id-nr 18)
- korttids-PDT (id-nr 21)

- systemisk familjeterapi (id-nr 22)
- anknytningsbaserad familjeterapi (id-nr 23)
- antidepressiva läkemedel (SSRI- eller SNRI-preparat) (id-nr 24)
- antidepressiva läkemedel (SSRI-preparaten sertralin eller escitalopram) (id-nr 27b)
- paroxetin (id-nr 27c)
- antidepressiva läkemedel (mestadels SSRI-preparat) och KBT som kombinationsbehandling (id-nr 29)
- KBT som tillägg till antidepressiva läkemedel (id-nr 30).

Behandling med ECT vid svår egentlig depression hos ungdomar

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 31)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

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

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

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

ECT är dock förknippat med vissa biverkningar, såsom huvudvärk och illamående. Åtgärden kan även medföra kognitiva biverkningar i form av minnesstörningar, som i regel är snabbt övergående. I vissa fall kan de vara ihållande en längre tid efteråt, och det kan inte uteslutas att de blir bestående i enstaka fall. Det är inte klarlagt om långvariga minnesstörningar vid ECT är en effekt av behandlingen eller av tillståndet i sig, eftersom svår depression kan påverka de kognitiva funktionerna negativt [23]. Det är därför viktigt att löpande och systematiskt följa upp biverkningar vid ECT, under

behandlingstiden och sex månader efter avslutad behandling, i till exempel kvalitetsregistret ECT.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av svår depression och ECT.

Motivering till rekommendationen

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

Återfallsförebyggande behandling för barn och ungdomar med egentlig depression i remission

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 28a och b)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression i remission (*prioritet 5*)
- erbjuda återfallsförebyggande behandling med KBT som tillägg till antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression i remission (*prioritet 5*).

En period med egentlig depression ska ha varat i minst två veckor, och varar vanligen i knappt ett år. Många har sjukdomen under flera år, och många får återfall efter att de återhämtat sig. Därför kan återfallsförebyggande behandling vanligen vara aktuellt för barn och ungdomar som har uppnått remission efter en depressiv episod.

Remission efter en depressiv episod hos barn och ungdomar kan definieras på olika sätt:

- Sjukdomens svårighetsgrad har minskat (inga eller lätta till lindriga symtom, enligt klinikerns bedömning).
- Symtomen har minskat till en kliniskt relevant nivå, enligt en lämplig symtomskala.
- Klinikern bedömer att patienten har blivit mycket bättre i sin sjukdom.

För att förebygga återfall kan patienten behandlas med antidepressiva läkemedel, även upp till cirka ett år efter att hen uppnått remission, eventuellt med KBT som tillägg. KBT inkluderar då precis som i akutstadiet

psykoedukation, kognitiv restrukturering, aktivering och problemlösning, men även familjeinsatser och specifika återfallsförebyggande åtgärder.

Motivering till rekommendationerna

Hälso- och sjukvården kan erbjuda återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression i remission. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en möjlig måttlig effekt på återfall jämfört med placebo.

Hälso- och sjukvården kan erbjuda återfallsförebyggande behandling med KBT som tillägg till antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression i remission. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en möjlig måttlig effekt på risken för återfall. Skillnaden i risk för återfall mellan kombinationsbehandling och enbart antidepressiva läkemedel är betydande och av klinisk relevans och signifikans.

Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna

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

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

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

Behandling vid generaliserat ångestsyndrom

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 95 och 98)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

Hälso- och sjukvården kan

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

Besvären vid generaliserat ångestsyndrom är ofta långvariga och kan orsaka svårigheter med att sköta arbetet och fungera socialt. Den svårhanterliga oron kan leda till spänningar, sömnstörningar och smärtor, som ofta misstolkas som kroppslig sjukdom. Personer med generaliserat ångestsyndrom känner sig ofta missförstådda av hälso- och sjukvården.

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

Standardbehandling vid generaliserat ångestsyndrom är antidepressiva läkemedel, oftast SSRI-preparat. Även SNRI-preparat och tricykliska antidepressiva läkemedel kan användas, men de ger ofta fler biverkningar. Esketamin används däremot inte. Ett alternativ eller komplement till läkemedelsbehandling är psykologisk behandling med KBT.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av generaliserat ångestsyndrom och behandlingsmetoder.

Motivering till rekommendationerna

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

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

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid generaliserat ångestsyndrom hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

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

Behandling vid paniksyndrom

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 105 och 108)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

Hälso- och sjukvården kan

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

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

Standardbehandling vid paniksyndrom är KBT. Ett alternativ eller komplement till KBT är läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel, oftast SSRI-preparat. Även SNRI-preparat och tricykliska antidepressiva läkemedel kan användas, men de ger ofta fler biverkningar. Esketamin används däremot inte.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av paniksyndrom och behandlingsmetoder.

Motivering till rekommendationerna

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

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

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid paniksyndrom hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

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

Behandling vid tvångssyndrom

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 122 och 125)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

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

En vanlig behandlingsmetod vid tvångssyndrom är KBT med exponering och responsprevention. Exponering innebär att man utsätter sig för det som är svårt och obehagligt. Målet är att kunna stå ut med tvångstankarna utan att utföra sina tvångshandlingar, så kallad responsprevention. Ett alternativ till psykologisk behandling är behandling med antidepressiva läkemedel, oftast SSRI-preparat. Även SNRI-preparat och tricykliska antidepressiva läkemedel kan användas, men de ger ofta fler biverkningar. Esketamin används däremot inte. Minskade tvångssymtom hos vuxna leder till förbättrad funktion i arbetet och på fritiden.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av tvångssyndrom och behandlingsmetoder.

Motivering till rekommendationerna

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

Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med tvångssyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor till

mycket stor effekt på andelen som svarar på behandling (det vill säga respons). Behandlingen medför dock risk för biverkningar.

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid tvångssyndrom hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

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

Behandling vid social fobi

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 114 och 118)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT till vuxna med social fobi (prioritet 3).

Hälso- och sjukvården kan

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

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

En vanlig behandlingsmetod vid social fobi är KBT. För motiverade personer med social fobi finns särskild anledning att överväga internetförmiddlad KBT med behandlarstöd. Ett alternativ till psykologisk behandling är antidepressiva läkemedel, oftast SSRI-preparat. Även SNRI-preparat och tricykliska antidepressiva läkemedel kan användas, men de ger ofta fler biverkningar. Esketamin används däremot inte.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av social fobi och behandlingsmetoder.

Motivering till rekommendationerna

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

Hälso- och sjukvården kan erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med social fobi. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt

på diagnosfrihet (det vill säga remission). Behandlingen medför dock risk för biverkningar.

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid social fobi och specifik fobi hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

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

Behandling vid posttraumatiskt stressyndrom

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

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

Hälso- och sjukvården kan

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

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

I dag behandlas posttraumatiskt stressyndrom ofta med traumafokuserad KBT med exponering. En annan psykologisk behandling som har utvecklats för att behandla posttraumatiskt stressyndrom är EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing). Ytterligare ett behandlingsalternativ är antidepressiva läkemedel, oftast SSRI-preparat. Även SNRI-preparat och tricykliska antidepressiva läkemedel kan användas, men de ger ofta fler biverkningar. Esketamin används däremot inte.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av posttraumatiskt stressyndrom och behandlingsmetoder.

Motivering till rekommendationerna

Hälso- och sjukvården bör erbjuda traumafokuserad KBT med exponering till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och symtom på posttraumatiskt stressyndrom.

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

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

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid posttraumatiskt stressyndrom hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- basal kroppskännedom som tillägg till annan behandling (id-nr 13)
- förebyggande krisbearbetning (debriefing) (id-nr 128)
- korttids-PDT (id-nr 132)
- antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) och KBT som kombinationsbehandling (id-nr 134)
- IPT (id-nr 135).

Behandling med lugnande läkemedel vid ångestsyndrom

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

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör inte

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

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

och beroende. Vidare medför utsättningen av läkemedlen risk för abstinenssymtom.

För långvariga ångestsyndrom som generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi, akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom är behandling med bensodiazepiner därför inte motiverad. Vid dessa tillstånd finns annan effektiv behandling, såsom psykologisk behandling eller behandling med antidepressiva läkemedel.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av de olika ångestsyndromen och behandlingsmetoder.

Motivering till rekommendationen

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

Behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar

Barn och ungdomar med ångestsyndrom har en överdriven oro och uttalad rädsla som påverkar vardagslivet och funktionen.

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

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

Psykopedagogisk behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar

(*Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 32*)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

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

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

Psykopedagogisk behandling i form av samtal med fokus på ångestsyndrom är en familjebaserad behandling riktad till både barnet eller ungdomen och föräldrarna. Behandlingen har huvudsakligen fokus på tre moment:

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

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

För många barn och ungdomar kan det vara tillräckligt med psykopedagogiska samtal med inriktning på ångestsyndrom. För barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen inom fyra veckor kan det dock vara aktuellt att kombinera eller ersätta åtgärden med någon annan sjukdoms-specifik behandling.

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av de olika ångestsyndromen och psykopedagogisk behandling.

Motivering till rekommendationen

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

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

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

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

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

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

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

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

➔ **Läs mer:**

- I bilaga 1 finns en beskrivning av generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi samt behandlingsmetoder.
- I Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom finns mer specifik information om läkemedelsbehandling [5].

Motivering till rekommendationerna

Hälso- och sjukvården bör erbjuda kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel (SSRI-preparatet sertralin) och KBT till barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest eller social fobi. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och på andelen som svarar på behandling (det vill säga respons), jämfört med placebo. Åtgärden har dessutom en tilläggseffekt jämfört med enbart sertralin eller KBT, i form av en måttlig effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission). Åtgärden är framför allt ett alternativ vid allvarigare ångesttillstånd.

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

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

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, specifik fobi och PANS/PANDAS (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections) hos barn och ungdomar finns även rekommendationer om följande åtgärder:

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

Behandling vid tvångssyndrom hos barn och ungdomar

(Id-nr i tillstånds- och åtgärdslistan: 48 och 50)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT med exponering och responsprevention till barn och ungdomar med tvångssyndrom (*prioritet 1*)

Hälso- och sjukvården kan

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

Barn och ungdomar som drabbas av tvångssyndrom hämmas i sin utveckling. De får också en försämrad livskvalitet och psykosocial funktion, vilket kan innebära att de isolerar sig från olika sociala sammanhang. Detta gör att deras vardag blir alltmer ansträngande, vilket i sin tur kan medföra koncentrations-svårigheter, sömnstörningar och trötthet. Även föräldrar och syskon är ofta påverkade av och involverade i barnets ritualer. Ett tvångssyndrom som förblir obehandlat kan få stora konsekvenser under lång tid för den drabbade.

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

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

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

Läkemedelsverkets godkännande inkluderar endast vissa SSRI-preparat vid behandling av barn och ungdomar med tvångssyndrom. Läkemedels-behandling utanför godkänd indikation medför ett större ansvar för förskrivande läkare samt för hälso- och sjukvården när det gäller att följa upp behandlingen av barn och ungdomar.

➔ **Läs mer:**

- I bilaga 1 finns en beskrivning av tvångssyndrom och behandlingsmetoder.

- I LäkeMedelsverkets behandlingsrekommendationer vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom finns mer specifik information om läkeMedelsbehandling.

Motivering till rekommendationerna

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

Hälso- och sjukvården kan erbjuda behandling med antidepressiva läkeMedel (SSRI-preparat) till barn och ungdomar med medelsvårt till svårt tvångssyndrom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig effekt på andelen som svarar på behandling (respons) och tvångssymtom.

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid tvångssyndrom hos barn och ungdomar finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- korttids-PDT (id-nr 49)
- antidepressiva läkeMedel (SSRI-preparat) och KBT med exponering och responsprevention som kombinationsbehandling (id-nr 52)
- risperidon eller aripiprazol som tillägg till antidepressiva läkeMedel (SSRI-preparat) (id-nr 53).

Behandling vid posttraumatiskt stressyndrom hos barn och ungdomar

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

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

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

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

Hälso- och sjukvården bör inte

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

Obehandlat posttraumatiskt stressyndrom kan leda till livslånga svårigheter med ökad risk för suicidförsök, depression, missbruk och behov av sjukvård.

Det är därför viktigt att identifiera och diagnostisera personer med posttraumatiskt stressyndrom för att kunna välja rätt behandling. Barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom kan till exempel finnas bland asylsökande flyktingar och andra migranter som upplevt krig, våld och övergrepp.

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

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

➔ **Läs mer:** I bilaga 1 finns en beskrivning av posttraumatiskt stressyndrom och behandlingsmetoder.

Motivering till rekommendationerna

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

Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt samt att alternativ behandling finns.

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

Övriga rekommendationer inom området

Socialstyrelsen ger fler rekommendationer än de som är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För behandling vid posttraumatiskt stressyndrom och akut stressyndrom hos barn och ungdomar finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- korttids-PDT (id-nr 40)
- EMDR (id-nr 41)
- betablockare eller alfa-adrenerga agonister (id-nr 47).

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Vid den större revideringen 2017, analyserade Socialstyrelsen hur de nationella riktlinjernas rekommendationer skulle påverka organisation, personalresurser, andra resurser och kostnader för hälso- och sjukvården. Analysen utgick från hur verksamheten bedrevs generellt på nationell nivå, och från data som fanns tillgängliga då. Vid den mindre översynen 2020, har Socialstyrelsen utvidgat analysen till att även omfatta de nya rekommendationerna om

- återfallsförebyggande behandling med KBT som tillägg till antidepressiva läkemedel för barn och ungdomar
- behandling med det antidepressiva läkemedlet esketamin, och de alternativa eller jämförbara åtgärderna ECT, rTMS och litium.

Avsikten med analysen av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser är att ge stöd och underlag till dig som beslutsfattare, i arbetet med att analysera verksamheten och planera eventuella förändringar som behövs utifrån riktlinjerna.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelningen, så att hälso- och sjukvården

- fördelar förhållandevis mer resurser till högt prioriterade åtgärder än till åtgärder med låg prioritet
- utmönstrar åtgärder som fått rekommendationen *icke-göra*
- inte använder åtgärder som fått rekommendationen *FoU* som rutin, eftersom kunskapsläget är ofullständigt.

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

Nedan presenteras först en sammanfattning av rekommendationernas bedömda konsekvenser. Därefter presenteras mer utförliga beräkningar för respektive central rekommendation i riktlinjerna, det vill säga för de rekommendationer som kan förväntas påverka hälso- och sjukvården mest.

Sammanfattning av konsekvenserna

Socialstyrelsen har beräknat kostnader i hälso- och sjukvården för behandlingsåtgärder som ingår i rekommendationerna. Det är schablonkostnader som har skattats utifrån data i olika rapporter,

publikationer, prislister samt personlig kommunikation med sjukhusekonomer.

Socialstyrelsen bedömer att samtliga åtgärder vid lindrig till medelsvår depression har behandlingskostnader som understiger 17 000 kronor per patient under ett år, vilket motsvarar en behandlingsomgång. Socialstyrelsen har också beräknat schablonkostnader för åtgärder som används vid medelsvår till svår egentlig depression, och då inkluderat en behandlingsomgång och uppföljande läkemedelsbehandling. Kostnaderna för detta ligger mellan omkring 20 000 kronor och strax över 200 000 kronor per patient och år.

Socialstyrelsens nationella utvärdering 2019 pekade på att det saknas heltäckande data för att beskriva tillgången till de aktuella åtgärderna, och en enkätstudie visade på långa väntetider till både den så kallade första linjen (psykiatrisk primärvård för barn och ungdomar) och till barn- och vuxenpsykiatri [14].

Utvärderingen visade också att tillgången till åtgärderna varierar mellan sjukvårdsregionerna. Därmed beror både behovet av resurstillskott och de organisatoriska konsekvenserna för en region på regionens möjligheter att erbjuda behandling vid depression och ångestsyndrom.

➔ **Läs mer:** I bilagan *Hälsoekonomiskt underlag* finns specificerade kostnader för olika åtgärder – se www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Ekonomiska konsekvenser

De ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna innebär generellt sett ökade kostnader för hälso- och sjukvården på kort sikt, på grund av att fler får rätt behandling och väntetider kortas. Kostnaderna väntas ligga kvar på den nya nivån, vid oförändrad förekomst av depression och ångestsyndrom.

Sammantaget är de ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna en omfördelning av resurser, där resurser som satsas tidigt i vårdkedjan gör det möjligt att undvika lika stora eller större kostnader längre fram. Tidig upptäckt och effektiv behandling i primärvården förväntas till exempel minska behovet av slutenvård. Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt.

Socialstyrelsens analys visar också att de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården endast utgör en mindre del av den totala kostnaden för samhället (12–35 procent). I stället utgör de indirekta kostnaderna till följd av sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning den stora delen, enligt flera studier från Sverige [25-27]. Studierna beräknar dessa kostnader till någonstans mellan 65 000 och 160 000 kronor per person och år.

Statistik som gäller förstämningssyndrom (dit bland annat depression räknas) visar att andelen som diagnostiseras med detta tillstånd mer än tredubblats under det senaste decenniet [28]. Ungdomar i åldern 15–19 år står för en stor andel av ökningen, men utvecklingen ses även i åldersgruppen 10–14 år. Detta innebär att hälso- och sjukvården har ett snabbt växande behov av förstärkta resurser, inte minst då den ökande andelen ungdomar

med förstämningssyndrom kan innebära stora ekonomiska konsekvenser på längre sikt, utöver lidande.

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

Organisatoriska konsekvenser

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

Socialstyrelsens utvärdering från 2019 visade på betydande skillnader mellan regionernas tillgång till psykiatriker, psykologer och psykoterapeuter. Storstadsregionerna och särskilt Stockholm hade genomgående högre tillgång per 100 000 invånare än övriga landet. Samtidigt tycktes det inte finnas ett entydigt samband mellan tillgång till personal, väntetider och hur stor andel av de vårdsökande som får behandling inom 30 dagar respektive 90 dagar. Därmed är det viktigt för hälso- och sjukvården att granska tillgången till personal som är involverade i behandlingen av personer med depression och ångestsyndrom. Det är också viktigt att hälso- och sjukvården går igenom hur de befintliga resurserna används, och säkerställer att personer med depression och ångestsyndrom får tillgång till högt prioriterade åtgärder.

Utredning och omhändertagande

Effektivt omhändertagande

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

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

Socialstyrelsen publicerade 2016 en sammanställning av landstingens och regionernas arbete för en mer lättillgänglig vård [29]. Av sammanställningen framgick att de regionala handlingsplaner som tagits fram i detta arbete sällan inkluderade mätbara mål och därför var svåra att följa upp. Vidare bedrevs arbetet oftast inom befintliga strukturer och hade inte resulterat i nya lösningar och arbetssätt i någon större omfattning.

Den utmaning som oftast beskrevs i handlingsplanerna rörde långa väntetider. Många landsting och regioner pekade speciellt på väntetider i primärvården och BUP. I primärvården bidrog en situation med för få specialister i allmänmedicin till bristande tillgänglighet och kontinuitet. I barn- och ungdomspsykiatrin angavs den växande psykiska ohälsan bland barn och ungdomar som anledning [30].

Sedan 2007 har regeringen och SKR träffat särskilda överenskommelser om tillgänglighet till BUP [31]. Enligt en särskild satsning på tillgänglighet är målet att minst 90 procent av alla barn och ungdomar med psykisk ohälsa ska ha fått en första bedömning inom 30 dagar [32]. Enligt mätningarna för det första kvartalet 2016 nådde dock endast sju landsting och regioner upp till målen, och för samtliga landsting och regioner varierade måluppfyllelsen mellan 26 och 96 procent. I SKR:s kartläggning inom psykisk hälsa uppgav flertalet landsting och regioner svårigheter att rekrytera psykologer till BUP [33].

Kontinuitet i vården (i form av planerad förnyad kontakt) ökar följsamheten till och effekten av behandling vid depression eller ångestsyndrom. Aktiv uppföljning och kontinuitet kräver dock resurser av hälso- och sjukvården. Det förutsätter också organisatoriska strukturer som möjliggör att kontinuiteten kan upprätthållas, till exempel mellan olika vårdnivåer. När initiala förändrings- och utvecklingsinsatser för att förbättra uppföljningen och kontinuiteten i vården vid depression och ångestsyndrom är genomförda kan det dock antas att kostnaderna planar ut. I remissvaren från regionerna på remissversionen av de nationella riktlinjerna 2016 påtalades dock att de i tidigare satsningar inom till exempel diabetesvården erfarit att ökad tillgänglighet kan medföra ökat vårdbehov, varvid en förväntad utplaning uteblir.

I Socialstyrelsens nulägesrapport från 2009 konstaterades att för cirka 10 procent av dem som insjuknat i depression upphörde kontakten med hälso- och sjukvården efter tre månader [34]. Enligt nationell statistik för primärvårdsbesök [35] och registerdata för diagnoserna depression eller ångestsyndrom [34] gäller detta cirka 16 500 patienter per år. Den årliga kostnaden för ytterligare ett respektive två läkarbesök under det första året skulle vara cirka 36–72 miljoner kronor enligt prislistan för Södra sjukvårdsregionen 2016 [36], under förutsättning att detta skulle rymmas inom befintlig organisation.

Undersökning av samsjuklighet med kroppslig sjukdom

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

Syftet med den somatiska anamnesen är att ta reda på om patienten med depression eller ångestsyndrom har någon kroppslig sjukdom samt att bedöma det aktuella hälsoläget. Åtgärden kan minska risken för till exempel hjärt-kärlsjukdomar, övervikt och diabetes. Det har även visats att åtgärden i över 80 procent av fallen räcker som underlag för att ställa diagnos, som senare kan bekräftas med uppföljande undersökning [37].

En somatisk anamnes omfattar i stort sett den undersökning och provtagning som ingår i en så kallad hälsokontroll på en vårdcentral. Tidsåtgången för en hälsokontroll är enligt Västra Götalandsregionen

sammanlagt 1 timme och 45 minuter, varav 45 minuter är tid hos sjuksköterska för frågor och eventuell provtagning, och 1 timme är läkartid vid inledande och uppföljande möte [38].

Om den somatiska anamnesen sker i den psykiatriska vården krävs kompetens att tolka och hantera resultaten. Inom den allmänmedicinska specialiteten kan det i stället behövas utökad kunskap om undersökning av barn med depression eller ångestsyndrom. En sådan bred kompetenssatsning kan dock vara svår att genomföra. Det kan vara mer effektivt att utnyttja befintlig kompetens genom utökad samverkan. Det senare alternativet fick stöd i sjukvårdsregionernas remissvar på riktlinjerna från 2016, men de påtalade även att ett ökat antal läkarkontakter sannolikt skulle kräva mer resurser.

Kostnaden för en hälsokontroll på vårdcentral är cirka 1 600–2 000 kronor, vilket då omfattar personaltid och prover [38–40]. Detta kan alltså beräknas utgöra kostnaden för en somatisk anamnes per patient om den genomförs i primärvården och ryms inom befintlig organisation.

Patienter med depression och ångestsyndrom har större risk att drabbas av olika kroppsliga sjukdomar, och prognosen är ofta sämre än för befolkningen i övrigt. År 2013 hade 2 613 per 100 000 patienter som vårdats inom psykiatri haft ett undvikbart vårdtillfälle. Motsvarande siffra i befolkningen som helhet var 420 per 100 000 invånare för samma diagnoser, enligt en rapport 2014 [41].

Diagnostik

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om MINI eller SCID-I som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik av depression och ångestsyndrom, på kort sikt kommer att öka hälso- och sjukvårdens kostnader. På längre sikt förväntas dock hälso- och sjukvårdens kostnader minska i och med att fler personer får en korrekt diagnos och kan få adekvat behandling i tid. Enligt en stor systematisk översikt från 2012 fick endast cirka hälften av patienterna med depression rätt diagnos hos distriktsläkare [16]. Detta bekräftas av kartläggningar i primärvården, enligt remissvar från regionerna på riktlinjerna från 2016.

Socialstyrelsen bedömer att användningen av intervjuformulär (som MINI och SCID-I) medför att en del av de kostnader som är förknippade med depression och ångestsyndrom kan undvikas för en andel patienter, genom korrekt diagnos och efterföljande behandling. De direkta kostnaderna för hälso- sjukvården när det gäller depression har i två svenska studier beräknats till i genomsnitt cirka 32 000 kronor per år och patient (2015 års värde). Den totala årliga samhällskostnaden uppgår i samma studier till i medel cirka 156 000 kronor per år och patient [26, 42].

En strukturerad intervju med MINI tar cirka 30 minuter [43], medan den semistrukturerade intervjun med SCID tar cirka 60 minuter [16]. Kostnaderna för utbildning i att använda instrumenten är svåra att bedöma, då det är svårt att uppskatta hur stor andel personal som behöver utbildas. Utifrån antagandet att kostnaden för utbildningsinsatsen är försumbar över tid (eftersom den då fördelas på ett stort antal patienter), kan kostnaden för intervjuerna i stället utgå från kostnaden för ett läkarbesök. Socialstyrelsen

har då utgått från en kostnad på 1 500 kronor för ett läkarbesök i primärvården [36] och en behandlingskostnad på 17 000 kronor vid diagnostiserad depression (den högsta kostnaden i skattningarna för behandling av depression, se bilagan *Metodbeskrivning*). För att åtgärden (det vill säga en klinisk bedömning kompletterad med en strukturerad eller semistrukturerad intervju) ska bekosta sig själv krävs det då att hälso- och sjukvården kan fånga upp och framgångsrikt behandla ytterligare 1 av 10 patienter.

Dessa beräkningar gäller primärvården. I specialistvården är kostnaden per vårdkontakt högre [41], vilket medför att det även blir dyrare att genomföra intervjuerna. Andelen patienter som får diagnosen depression eller ångestsyndrom är dock högre i specialistvården och därmed rimligen även den andel patienter som kan bli korrekt diagnostiserade genom strukturerade intervjuer.

Flera sjukvårdsregioner påtalade i sina remissvar på remissversionen av riktlinjerna från 2016 att diagnostik med MINI och SCID kommer att kräva mer resurser för att täcka utbildningsinsatserna, men även för den extra tid och administration som intervjuerna kommer att innebära. Dessutom påtalas en risk för överdiagnostisering, vilket tillsammans med den ökade resursåtgången kan göra verksamheter ineffektiva och försämra tillgängligheten. För att komma till rätta med det är det exempelvis viktigt att se till att personalen får adekvat utbildning och att både MINI och SCID alltid är ett komplement till den kliniska bedömningen.

Kostnaderna för ångestsyndrom är ungefär desamma som för depression [25]. Dock saknas studier för den diagnostiska tillförlitligheten av MINI och SCID-I vid ångestsyndrom.

Behandling vid depression eller ångestsyndrom

Psykopedagogisk behandling

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

Kostnaden för psykopedagogisk behandling skiljer sig inte från andra psykologiska behandlingar [44], och beräknas alltså inte överstiga 17 000 kronor per behandlingsomgång (se bedömning av kostnader i avsnittet *Ekonomiska konsekvenser* i detta kapitel). Åtgärden kräver utbildning av personal, vilket medför kostnader för utbildning. Psykopedagogisk behandling kan dock ges av flera personalkategorier och kräver inte en behörighetsgivande längre utbildning.

Läkemedelsstudier av barn och ungdomar med depression och ångestsyndrom visar att det finns en stor placeboeffekt hos denna grupp, som

i genomsnitt uppgår till cirka 50 procent vid depression och cirka 30–40 procent vid olika ångestsyndrom [45]. Placeboeffekten tror man kan grunda sig i den psykoterapeutiska effekt som kontakten med behandlaren innebär.

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

Psykologisk behandling med KBT

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om psykologisk behandling med KBT kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning, eftersom den kommer att innebära ökade kostnader på kort sikt. På längre sikt förväntas dock kostnaderna plana ut på en fortsatt hög nivå.

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

Mellan 2009 och 2012 genomförde staten en speciell satsning för att nå upp till målen om evidensbaserad psykologisk behandling [46].

Socialstyrelsen fördelade i denna satsning närmare 60 miljoner kronor till landstingen och regionerna. Många av landstingens och regionernas egna kostnader för att genomföra utbildningssatsningen översteg dock statsbidraget (totalt cirka 11 miljoner kronor utöver statsbidraget).

Cirka 170 psykoterapeuter utbildades, helt eller delvis med finansiering från satsningen, och cirka 55 personer fick handledarutbildning. Främst vidareutbildades psykologer (47 procent), därefter socionomer (31 procent), sjuksköterskor (14 procent) och läkare (3 procent). Främst stärktes kompetensen i vuxenpsykiatri (56 procent) och BUP (24 procent), medan 13 procent av kompetenshöjningen skedde i primärvården.

I Socialstyrelsens kontakt med landstingen och regionerna efter satsningen framkom att behovet av psykoterapeuter fortfarande var stort och bedömdes bestå under en längre tid [46]. Det angavs bland annat bero på kommande pensionsavgångar. I Socialstyrelsens slutrapport uppskattades tillgången till psykologisk behandling vara god eller relativt god i drygt hälften av landstingen och regionerna. I resten av landstingen och regionerna bestod dock bristen på psykoterapeuter, främst i primärvården.

Från psykologiska institutioner rapporteras att efterfrågan på KBT-utbildning tog fart för cirka 10–15 år sedan. På senare år har det dock vid sidan av statens särskilda satsning på KBT skett en utplaning. 2017 var utbildningsinriktningarna mot KBT och korttids-PDT lika stora vid till exempel Lunds och Stockholms universitets psykologiska institutioner.

Med en ökad efterfrågan på KBT-behandling, som ett resultat av riktlinjernas rekommendationer samt förväntade pensionsavgångar och

ökande psykisk ohälsa, kommer sannolikt tillgången på kompetens inom KBT att vara fortsatt otillräcklig.

Flera sjukvårdsregioner konstaterade i sina remissvar på remissversionen av riktlinjerna från 2016 att de hade svårt med kompetensförsörjningen när det gällde psykoterapeuter med kompetens inom KBT. Det fanns även en osäkerhet kring vilken kompetensnivå som är relevant, men även erfarenheter av att satsningar på snabbutbildning av olika yrkesgrupper inte alltid fallit väl ut.

Psykologförbundet uppgav 2017 att antalet examinerade psykologer mer än fördubblats det senaste decenniet, och att antalet specialistbehöriga psykologer är stort. Att sjukvårdsregionerna anser att det finns svårigheter med att rekrytera KBT-terapeuter med rätt kompetensnivå kan därmed vara kopplat till andra faktorer än brist på utbildad personal. Bland annat framgick det av remissvaren att vissa av de regionala skillnaderna kan bero på att kompetens koncentreras till exempelvis större städer eller orter. Utöver ekonomiska resurser för kompetensförstärkning krävs därmed även strategier och styrmedel för att effektivt utnyttja den kompetens som finns.

Återfallsförebyggande behandling med KBT

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om återfallsförebyggande behandling med KBT som tillägg till antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression i remission kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resurser, eftersom fler barn och ungdomar behöver få tillgång till denna åtgärd. Hälso- och sjukvården behöver säkerställa att det finns personal med kompetens för att ge KBT, och tillföra resurser eller på annat sätt organisera vården så att fler barn och ungdomar får åtgärden.

Socialstyrelsens projektledningsgrupp för dessa nationella riktlinjer bedömer att omkring 7 000 personer i åldern 15–18 år behandlas för depression i hälso- och sjukvården varje år i Sverige. Om hälften av dem uppnår remission, är omkring 3 500 ungdomar aktuella för åtgärden per år. En enkel skattning av vad det innebär i effektiv arbetstid, inklusive uppföljning och dokumentation, kan utgå från följande: En behandlingsserie med KBT innehåller mellan 10 och 20 samtalstillfällen, och ett tillfälle tar ungefär en timmes ren samtalstid i anspråk. För varje person som behandlas krävs också tid för inläsning och dokumentation, och ibland krävs föräldrakontakter för informationsutbyte. Om genomsnittspersonen har 15 samtalstillfällen blir det totalt 105 000 timmar per år. Detta motsvarar totalt knappt 60 tjänster i effektiv arbetstid, om personalen har 45 veckor i tjänst per år.

Tillgången till psykologer som ger KBT har visserligen ökat i landet, men det finns stora regionala skillnader. Dessutom är många av psykologerna privatpraktiserande och inriktade mot andra målgrupper än barn och ungdomar. Många ungdomar får därför vänta på KBT, vilket kan vara negativt för tillfrisknandet. KBT-verksamheten byggs nu ut i både primärvården för barn och ungdomar och barn- och ungdomspsykiatrin. Hälso- och sjukvården behöver därför säkerställa att regionen har tillräckligt

med personal och budget för att kunna erbjuda barn och ungdomar återfallsförebyggande behandling med KBT.

Elektrokonvulsiv behandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om elektrokonvulsiv behandling (ECT) för vuxna med svår egentlig depression kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning. Detta eftersom användningen är begränsad i dag, och det finns skillnader mellan regionerna.

Enligt kvalitetsregistret ECT [47] fick omkring 3 600 personer ECT i Sverige 2019. Omkring 2 900 av dem (80 procent) behandlades för depression, och över 70 procent hade svår depression. Det var vanligast att inleda ECT i slutenvården. En registerstudie av personer med behandlingsresistent depression (Treatment resistant depression in Stockholm, TRIST) pekar på att färre än 5 procent av dessa behandlades med ECT 2017 [48, 49]. Enligt både kvalitetsregistret och TRIST-studien är användningen av ECT därmed begränsad i dag. Data från kvalitetsregistret och Socialstyrelsens utvärdering från 2019 [14] pekar också på skillnader mellan regionerna.

Socialstyrelsen har beräknat kostnaden för en behandlingsserie med ECT och efterföljande behandling med litium till cirka 69 000 kronor under ett år. Beräkningen utgick från kostnader för att ge ECT i öppenvården. Kostnadsberäkningen och dess källor specificeras i det hälsoekonomiska underlaget för åtgärden (se webbilagan *Hälsoekonomiskt underlag*).

Den sammanlagda kostnaden för ECT-behandling av omkring 2 900 personer 2019 motsvarar utifrån dessa uppgifter knappt 200 miljoner kronor per år. I denna analys har Socialstyrelsen antagit att användningen av ECT ökar med 50 procent. I så fall skulle totalt cirka 4 300 personer få ECT, till en total kostnad på omkring 300 miljoner kronor per år.

Litium som tillägg till antidepressiva läkemedel

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om litium som tillägg till antidepressiva läkemedel kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation. Detta eftersom användningen är begränsad i dag, och en ökad förskrivning medför behov av initial undersökning, besök i samband med insättning och kontinuerlig uppföljning.

Socialstyrelsen har beräknat kostnaden för ett års behandling med litium som tillägg till ett antidepressivt läkemedel vid behandlingsresistent svår egentlig depression, inklusive insatser vid insättning, till 36 000 kronor (se webbilagan *Hälsoekonomiskt underlag*).

Enligt TRIST-studien användes 19 olika behandlingar för personer med behandlingsresistent depression 2010–2018 [48]. Litium användes i liten utsträckning: i cirka 5 procent av fallen. Studien beräknade också att 15 000 personer i Stockholm hade behandlingsresistent depression. Det skulle motsvara 65 000 personer i hela landet.

I denna analys har Socialstyrelsen antagit att förskrivningen av litium ökar med 50 procent. I så fall skulle antalet behandlade personer öka från omkring 3 200 till knappt 4 900. Hälso- och sjukvårdens kostnader för

läkemedelsbehandlingen, inklusive insättning och uppföljning, skulle då öka från 117 miljoner kronor till 175 miljoner kronor.

Repetitiv transkraniell magnetstimulering

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) till vuxna med medelsvår till svår egentlig depression kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning. I ett första steg innebär det kostnader för personal och utbildning, för att utnyttja befintliga rTMS-apparater mer. I ett andra steg kan det tillkomma kostnader för ytterligare investeringar i rTMS-apparater och utveckling av verksamheten.

Användningen av rTMS har ökat de senaste åren. Kvalitetsregistret rTMS registrerade 235 personer, oberoende av indikation, med rTMS-behandling vid 11 olika sjukhus 2019. Majoriteten (76 procent) av personerna som fick rTMS behandlades för depression, de flesta för medelsvår till svår depression [47]. Motsvarade uppgifter för 2018 var 56 behandlade personer vid fem olika sjukhus. Rapporteringen till kvalitetsregistret är dock under uppbyggnad, och enligt en verksamhetsenkät fick totalt 363 personer rTMS 2019 [47].

Åtgärden rTMS har utöver löpande kostnader relativt höga investeringskostnader för teknisk utrustning och service. Utnyttjandegraden har därför stor betydelse för behandlingskosten per person. Socialstyrelsen har utgått från att varje behandlingsserie omfattar 20 behandlingar under cirka en månads tid. Inklusiv uppföljande läkemedelsbehandling med litium beräknar Socialstyrelsen att kostnaden är 109 000 kronor per person, utifrån nuvarande genomsnittliga utnyttjandegrad. Inköp av apparat och serviceavtal står för två tredjedelar av denna kostnad. Dagens utnyttjandegrad motsvarar knappt två personer per dag och apparat i hela landet, även om rapportering från enskilda regioner pekar på betydligt högre utnyttjande på vissa sjukhus (se webbilagan *Hälsoekonomiskt underlag*).

Den totala kostnaden var nära 19 miljoner kronor för de omkring 180 personer som fick rTMS-behandling för depression 2019. Med högre utnyttjandegrad per rTMS-apparat sjunker kostnaden per person. Exempelvis sjunker kostnaden till 74 000 kronor per person om fyra personer behandlas per dag och apparat, och till 34 000 kronor per person om åtta personer behandlas per dag och apparat.

Socialstyrelsen utgår från att användningen av rTMS kan upp till femfaldigas per år jämfört med den senaste helårsredovisningen från kvalitetsregistret rTMS, eftersom verksamheten fortfarande är under uppbyggnad på flera håll. Om 900 i stället för 180 personer får rTMS-behandling för depression, ökar den totala kostnaden för rTMS från 19 miljoner kronor till omkring 31 miljoner kronor. En ökad användning av rTMS innebär också att mer personaltid behövs, vilket skulle kunna vara en begränsande faktor för fler rTMS-behandlingar.

Esketamin som tillägg till andra antidepressiva läkemedel

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om behandling med esketamin som tillägg till andra antidepressiva läkemedel kommer att ha begränsad påverkan på hälso-och sjukvårdens resursfördelning på kort sikt. Detta eftersom läkemedlet prioriteras lågt och efter andra behandlingar för personer med medelsvår till svår egentlig depression. Det är osäkert hur många som är aktuella för esketaminbehandling på kort sikt, så länge de andra åtgärderna har betydligt lägre kostnader och effektskillnaderna är begränsade.

Socialstyrelsen har utgått från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets analys av kostnaderna för behandling med esketamin [49]. Det hälsoekonomiska underlaget för åtgärden redogör för hur TLV:s kostnader utvidgades till att fånga ett års tidshorisont [49] (se webbilagan *Hälsoekonomiskt underlag*).

Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen rapporterar återkommande om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Vi utvärderar bland annat hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i verksamheterna.

Utvärderingarna utgår från indikatorer som tas fram i riktlinjearbetet, men belyser också andra aspekter.

I det här kapitlet redovisar vi indikatorerna för vård vid depression och ångestsyndrom, som är tänkta att spegla ett urval av rekommendationerna i riktlinjerna och olika aspekter av god vård. Målet är också att du ska kunna använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet
- följa upp och jämföra hälso- och sjukvårdens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller internationellt
- initiera förbättringar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

➔ **Läs mer:** I webbilagan *Indikatorer* finns en mer utförlig redovisning av indikatorerna – se www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [37]. En indikator för god vård och omsorg ska

- baseras på vetenskap
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka.

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor
- gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården och omsorgen.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta nationella jämförelser.

Indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom

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

Som datakälla för indikatorerna anges i de flesta fall Socialstyrelsens patientregister. I dagsläget är det dock inte möjligt att använda patientregistret som en datakälla för att fullt ut följa upp indikatorerna. Detta beror på att insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare och uppgifter om primärvården inte har fått samlas in enligt gällande lagstiftning. Regeringens beslut om att Socialstyrelsen från januari 2017 får samla in insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare [50] kommer sannolikt på några års sikt att göra det lättare att följa upp flera av indikatorerna.

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

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

Målnivåer för indikatorerna

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram målnivåer för indikatorerna i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåer kan användas som en utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som en hjälp i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.

Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförfarande ingår [51]. Målnivåerna publicerades 2017.

Utvärdering

En utvärdering av regionernas följsamhet till nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom publicerades 2019.

Förteckning över indikatorerna

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

Tabell 5. Övergripande indikatorer för vård vid depression och ångestsyndrom

Nummer	Namn
Indikator Ö1	Suicid och dödsfall med oklar avsikt
Indikator Ö2	Suicid och psykisk sjukdom
Indikator Ö3	Dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård för depression eller ångestsyndrom
Indikator Ö4	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet vid depression eller ångestsyndrom
Indikator Ö5	Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen vid depression eller ångestsyndrom
Indikator Ö6	Suicidriskbedömning efter suicidförsök eller annan självtillfogad skada
Indikator Ö7	Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för depression eller ångestsyndrom

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

Nummer	Namn
Utredning	
Indikator B1.1	Tillgänglighet till primär bedömning av vårdbehov
Indikator B1.2	Tillgänglighet till uppföljning med förnyad kontakt
Indikator B1.3*	Somatisk undersökning vid diagnostisering
Indikator B1.4	Strukturerad bedömning av beroendeproblematik
Indikator B1.5	Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk
Behandling	
Indikator B2.1	Psykopedagogisk behandling med fokus på depression eller ångestsyndrom
Indikator B2.2	Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid egentlig depression
Indikator B2.3	Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom
Indikator B2.4	Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid svår egentlig depression
Indikator B2.5	Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid ångestsyndrom
Indikator B2.6	Kombinationsbehandling med KBT och SSRI vid ångestsyndrom
Indikator B2.7	Behandling med ECT vid svår egentlig depression

Tabell 7. Indikatorer för depression och ångestsyndrom hos vuxna

Nummer	Namn
Utredning	
Indikator V1.1*	Identifiering av depression med EPDS
Indikator V1.2*	Tillgänglighet till primär bedömning av vårdbehov
Indikator V1.3*	Tillgänglighet till uppföljning med förnyad kontakt
Indikator V1.4	Diagnostisering med klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju
Indikator V1.5*	Somatisk undersökning vid diagnostisering
Indikator V1.6	Strukturerad bedömning av beroendeproblematik
Indikator V1.7	Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk
Behandling	
Indikator V2.1	Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT vid depression
Indikator V2.2	Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom
Indikator V2.3	Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid egentlig depression
Indikator V2.4	Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom
Indikator V2.5	Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling
Indikator V2.6	Fysisk aktivitet vid egentlig depression
Indikator V2.7	Behandling med ECT vid svår egentlig depression
Indikator V2.8	Behandling med rTMS vid egentlig depression

Nummer	Namn
Indikator V2.9	Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT eller läkemedelsbehandling med antidepressiva vid egentlig depression
Indikator V2.10	Psykologisk behandling med KBT eller läkemedelsbehandling med antidepressiva vid ångestsyndrom

Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik vård

Det är aldrig enkelt att prioritera mellan åtgärder och patientgrupper i hälso- och sjukvården. I det här kapitlet får du som beslutsfattare vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i en verksamhet – det vill säga arbetet med att införa nya behandlingar och metoder, och få dem att användas varaktigt på rätt sätt.

Att implementera effektivt

Det har tidigare uppfattats som mycket svårt för beslutsfattare att införa nya metoder, och få personalen att använda dem. Forskningen visar dock att implementering kan ske planerat och framgångsrikt [52]. Här följer några viktiga steg i processen.

➔ **Läs mer** i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [52].

Utgå från verksamhetens behov

Analysera din verksamhet kritiskt, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi i dag? Vilka åtgärder erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vad vet vi om effekten av de åtgärder vi erbjuder i dag? Finns det åtgärder som behöver ersättas av andra, med bättre effekt?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vad vill vi förebygga? Exempel: Att patientgrupper får fel diagnos, felbehandlas eller inte får den vård som behövs.
- Vad lägger personalen mest tid på?

Sätt upp tydliga och mätbara mål. Målen ska leda till att patienterna med störst behov får företräde till vården, och till att vården blir så effektiv som möjligt.

Arbetet kan till exempel leda till att ni i verksamheten

- tar fram beslutsstöd för hur personalen ska prioritera mellan åtgärder och patientgrupper i det dagliga arbetet
- kvalitetssäkrar verksamhetens utbud
- inför nya åtgärder eller behovsgrupper
- omfördelar resurser
- ransonerar vissa åtgärder, på grund av brist på resurser.

Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan med att arbeta på nya sätt och vill ta till sig förändringen. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva

- diskutera med personalen vilka principer som gäller för prioritering, så att alla utgår från samma grund (se avsnittet *Etiska principer för prioritering*)
- argumentera för vad som är viktigast utifrån de etiska principerna
- förtydliga hur principerna är till hjälp för personalen – ”Om alla hjälps åt att prioritera ner lindrigare hälsotillstånd, eller hänvisa till en annan vårdnivå, så blir arbetet lättare.”

Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda.

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter.

Få de nya metoderna att användas

Personal kan känna sig obekvämt och osäker på en ny metod, och anpassa den i stället för att använda den som det är tänkt. För att förebygga detta kan du erbjuda personalen löpande handledning i den nya metoden, inom ramen för den ordinarie verksamheten.

Håll liv i de nya metoderna

Man kan säga att en ny metod är implementerad när mer än hälften av personalen använder den. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår.

Exempel på risker och svåra frågor

Här följer några exempel på risker och svåra frågor i arbetet med att prioritera och implementera de nationella riktlinjerna.

Svårt att prioritera mellan riktlinjer

Socialstyrelsens olika nationella riktlinjer publiceras vid olika tidpunkter, och kan vara svåra att värdera mot varandra. Det är därför riskabelt att tänka: ”Vi implementerar alla åtgärder med prioritet 1–3 från alla riktlinjer.” I stället behöver du analysera vilka patientgrupper som ligger längst från det önskade läget i din verksamhet, och fördela mer resurser till dem.

Vissa sjukdomar har lägre status än andra – till exempel depression

Som beslutsfattare behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras.

Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter [53, 54]. Ordningarna påverkar det informella prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården. Neurokirurgi och hjärtmedicin har till exempel hög status, medan äldreomsorg och psykiatri har låg. Statusen blir högre när sjukdomen är akut, har en dramatisk eller högteknologisk behandling och drabbar eller behandlas av män.

Du som ska implementera dessa nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom, bör tänka på att dessa sjukdomar ligger lågt i den hierarki som forskningen har synliggjort. Följden är att det finns mindre forskning på området än på andra områden, vilket också gör det svårare att avgöra hur åtgärderna ska prioriteras. I relation till hur många som drabbas av depression och ångestsyndrom är vården också underfinansierad.

Svårt att värdera risker mot manifest sjukdom

Rekommendationer om förebyggande åtgärder och till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för rekommendationer som gäller redan sjukdomsdrabbade personer. Samtidigt finns det mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser, så det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och då prioritera dem högt.

Enligt de etiska principerna för prioritering nedan ses risk för sjukdom som mindre allvarligt än manifest sjukdom. Åtgärder som riktar sig till risktillstånd har därmed oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än åtgärder för att behandla själva sjukdomen. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga.

Etiska principer för prioritering

Ditt praktiska implementeringsarbete behöver ytterst utgå från en etisk plattform, som har beslutats av riksdagen (prop. 1996/97:60). Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [8]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från, när vi ger rekommendationer med olika prioritet – och när vi väljer vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Vården ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, religion med mera.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** De som behöver vården mest ska få företräde – patienterna med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Det ska finnas en rimlig relation mellan kostnaden och effekten av en behandling. Om till exempel två behandlingar ger samma effekt så bör man välja den som kostar mindre.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). De ska bland annat bidra till en jämlik vård.

Hälsan och vården i Sverige är dock ännu inte jämlik [55]. Det finns flera skillnader mellan olika grupper i dödlighet, vård och behandling [56]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett verktyg för att minska sådana skillnader.

Kompletterande kunskapsstöd

Du som planerar och beslutar om vården vid depression och ångestsyndrom behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna ska få den vård de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidiga sjukdomar. I det här kapitlet hänvisar vi till sådant material.

Kunskapsstöd och riktlinjer om barn och ungdomar

Socialstyrelsen har tagit fram ett samlat kunskapsstöd om hälsa, vård och omsorg för området barn och unga. Där finns bland annat information om aktuella kurser och utbildningar för vårdpersonal, och stöd för dig som arbetar med ensamkommande barn från andra länder.

→ **Läs mer** på webbplatsen kunskapsguiden.se/barn-och-unga.

Svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri (SFBUP) har tagit fram kliniska riktlinjer för barn och unga med depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom (OCD).

→ **Läs mer** på www.sfbup.se/vardprogram.

Riktlinjer vid flera sjukdomar samtidigt

Personer med depression eller ångestsyndrom har ofta flera sjukdomar samtidigt. Det är till exempel vanligt med neuropsykiatriska och andra psykiatriska funktionsnedsättningar, smärtproblematik och beroende av alkohol eller andra droger. Dessutom är prognosen för kroppsliga sjukdomar ofta sämre om personen har en samtidig depression. Detta kan komplicera utredningen, behandlingen och rehabiliteringen. Olika vårdområden kan behöva samverka, och använda gemensamma kompetenser och resurser.

→ **Läs mer:** Det finns nationella riktlinjer för vård vid några av de tillstånd som personer med depression eller ångestsyndrom kan vara drabbade av på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Ett exempel är *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [57] som innehåller specifika rekommendationer om behandling av missbruks- och beroendeproblematik hos personer med depression eller ångestsyndrom.

Riktlinjer för att förebygga sjukdomar

Ohälsosamma levnadsvanor är en viktig faktor vid både depression och ångestsyndrom. Det kan till exempel handla om otillräcklig fysisk aktivitet, rökning eller riskbruk av alkohol. De verksamheter som möter patienterna

kan därför behöva stödja dem att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen ger rekommendationer om metoder för detta.

→ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [58].

Rekommendationer om läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom

Läkemedelsverket ger vägledning för dig som är förskrivande läkare om läkemedelsbehandling vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom. Rekommendationerna gäller barn och ungdomar, vuxna och äldre, personer som är gravida eller ammar och personer med substansmissbruk.

→ **Läs mer** i Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer [5].

Metodstöd

Socialstyrelsen har tagit fram ett utbildnings- och informationsmaterial om att använda den strukturerade intervjun MINI i primärvården.

→ **Läs mer:** Materialet *M.I.N.I. – Stöd för diagnostik av psykisk ohälsa inom primärvården* finns på webbplatsen kunskapsguiden.se.

Socialstyrelsen har också tagit fram en rapport om hur hälso- och sjukvården kan arbeta för att minska de negativa effekterna av minnesstörningar efter ECT.

→ **Läs mer:** Rapporten *Minnesstörningar hos patienter som behandlats med ECT – Om information och delaktighet för patienter och närstående* [23] finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/publikationer2016.

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns till exempel samlad kunskap om suicidprevention och andra förebyggande åtgärder i vården vid depression och ångestsyndrom. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, www.patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Kunskapsstöd för vård av äldre

Äldre personer riskerar att inte få vård och stöd efter behov. En persons ålder ska dock inte avgöra om hen bör få en behandling eller inte. Riktlinjernas

rekommendationer behöver i stället anpassas till de äldres särskilda förutsättningar, till exempel eventuell svår samsjuklighet och skörhet. Du som planerar vården vid depression och ångestsyndrom behöver alltså veta vilka behov som äldre med dessa sjukdomar kan ha, och vilka vårdresurser som behöver finnas för dem.

I rapporten *Behandling av depression hos äldre* från statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) från år 2015 utvärderas läkemedelsbehandling, psykologisk behandling och ett antal andra metoder. Rapporten visar att när det gäller depression hos äldre kan psykologisk behandling i form av så kallad problemlösningsterapi ha effekt [3]. Den visar också att antidepressiva läkemedel inom gruppen SSRI-preparat har sämre effekt hos äldre än hos den övriga befolkningen. Antidepressiva läkemedel kan öka risken för exempelvis fallskador, mag-tarmblödning och hjärtpåverkan, och har associerats med överdödlighet hos äldre [59]. För behandling av ångestsyndrom är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för behandling med SSRI-preparat av äldre.

→ **Läs mer:**

- Vägledning om hur du kan anpassa nationella riktlinjer för äldre finns i bilagan *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.
- Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* är ett stöd för att ge äldre en säker läkemedelsbehandling [60].
- Socialstyrelsens rapport *Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre* uppmärksammar de risker en hög förskrivning av antidepressiva läkemedel till äldre kan medföra [59].
- Läkemedelsverkets rekommendationer om läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom omfattar också specifik vägledning om förskrivning till äldre.
- Svenska psykiatriska föreningens kliniska riktlinjer för äldrepsykiatri omfattar både utredning och behandling, och tar bland annat upp vanlig samsjuklighet [61].

Projektorganisation

Projektledning

Gerhard Andersson	områdesansvarig psykologisk behandling (t.o.m. maj 2015), professor, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Linköpings universitet och Karolinska Institutet
Anders Berg	projektledare (mars 2017–maj 2019)
Cecilia Björkelund	områdesansvarig primärvård, senior professor i allmänmedicin, Göteborgs universitet, specialist i allmänmedicin, Närhälsan, Västra Götalandsregionen
Stefan Brené	projektledare (fr.o.m. juni 2019)
Mats Fredrikson	områdesansvarig psykologisk behandling (fr.o.m. maj 2015), senior professor i klinisk psykologi, Uppsala universitet, forskare, Karolinska Institutet (t.o.m. december 2017)
Mårten Gerle	adjungerad medicinskt sakkunnig, specialist i psykiatri, Socialstyrelsen (t.o.m. januari 2015)
Lena Hansson	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (juni 2015–december 2017)
Tord Ivarsson	områdesansvarig barn och ungdomar, docent i barn- och ungdomspsykiatri, Göteborgs universitet, RKB, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norge
Håkan Jarbin	adjungerad områdesansvarig barn och ungdomar (t.o.m. december 2017), överläkare, medicine doktor, BUP Halland
Lars von Knorring	medicinskt sakkunnig, professor emeritus, Institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Uppsala universitet
Rebecka Lantto Graham	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (fr.o.m. juni 2019)
Julia Leonova Edlund	projektledare, Socialstyrelsen (april 2014–oktober 2015)
Johan Lundberg	områdesansvarig läkemedelsbehandling, docent, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, specialist i psykiatri, överläkare, sektionschef, Sektionen för affektiva sjukdomar, Norra Stockholms psykiatri, Stockholms sjukvårdsregion
Tobias Lundgren	områdesansvarig psykologisk behandling, vuxna (fr.o.m. januari 2020), docent, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, sektionschef vårdutveckling, Centrum för psykiatrforskning, Stockholms sjukvårdsregion, Karolinska Institutet

Melinda Mild	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (januari 2015–september 2017)
Anna Nyberg	projektledare, Socialstyrelsen (t.o.m. mars 2014)
Fredrik Odhammar	områdesansvarig psykologisk behandling, barn och ungdomar (fr.o.m. januari 2020), legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, filosofie doktor, Ericastiftelsen
Lise-Lotte Risö Bergerlind	prioriteringsordförande, psykiater, legitimerad psykoterapeut, chef Regionalt kunskapsstöd för psykisk hälsa i Västra Götaland
Karin Rydén	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (t.o.m. maj 2015)
Ingela Skärsäter	områdesansvarig hälsa och vård, professor, legitimerad sjuksköterska, områdesansvarig omvårdnad och vårdvetenskap, Högskolan i Halmstad
Anna Westlind Johnsson	projektledare, Socialstyrelsen (november 2015–december 2016)

Arbetet med kunskapsunderlaget

Erik Andersson	medicine doktor, legitimerad psykolog, Karolinska Institutet
Malin André	docent, specialist i allmänmedicin, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Filip Arnberg	docent i klinisk psykologi, Uppsala universitet, psykolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Eva Arvidsson	medicine doktor, specialist i allmänmedicin, Futurum, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
Johannes Björkstrand	legitimerad psykolog, Uppsala universitet
Robert Bodén	docent i psykiatri, Uppsala universitet, överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Benjamin Bohman	medicine doktor, legitimerad psykolog, Kompetenscentrum för psykoterapi, Centrum för psykiatrforskning, Karolinska Institutet, Stockholms sjukvårdsregion
Matti Cervin	medicine doktor, legitimerad psykolog, medicinska fakulteten, Lunds universitet
Stephan Ehlers	specialist i barn- och ungdomspsykiatri, medicine doktor, BUP Sahlgrenska universitetssjukhuset
Pia Enebrink	docent, sektionen för psykologi, Karolinska Institutet
Fredrik Falkenström	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, filosofie doktor, lektor, Linköpings universitet
Maria Enggren Zavisic	socialpolitisk strateg
Jonas Engman	adjunkt och doktorand i klinisk psykologi, legitimerad psykolog, Uppsala universitet

Andreas Frick	filosofie doktor, legitimerad psykolog, Uppsala universitet
Catharina Gåfväls	docent, socionom, kurator, Karolinska Institutet
Lena Hedlund	legitimerad fysioterapeut, filosofie doktor, specialist i psykiatri och psykosomatik, Södra sjukvårdsregionen
Fredrik Hieronymus	doktorand, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
Håkan Jarbin	överläkare, medicine doktor, BUP Halland
Mats Johnson	medicine doktor, Göteborgs universitet, överläkare, BNK, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Najah Khalifa	överläkare, medicine doktor, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet
Marie Kivi	legitimerad psykolog, filosofie doktor, forskare vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet
Peter Lillengren	filosofie doktor, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Stockholms universitet
Annika Lindgren	filosofie doktor, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Karolinska Institutet
Johan Lundberg	docent, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, specialist i psykiatri, överläkare, sektionschef, Sektionen för affektiva sjukdomar, Norra Stockholms psykiatri, SLSO, Stockholms sjukvårdsregion
Johanna Motilla Hoppe	doktorand, Uppsala universitet, legitimerad psykolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Anna Nager	specialist i allmänmedicin, medicine doktor, sektionen för allmänmedicin, Karolinska Institutet
Axel Nordenskjöld	medicine doktor, Örebro universitet, överläkare, Universitetssjukhuset Örebro
Björn Philips	biträdande professor i psykologi, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Linköpings universitet
Aivar Päären	Överläkare, BUP enhet för psykos och bipolär sjukdom, Södersjukhuset, Stockholm
Carl Sellgren	medicine doktor, filosofie doktor, Broad Institute of MIT and Harvard, Massachusetts General Hospital, USA, specialist i psykiatri
Gudmundur Skarphedinsson	filosofie doktor, forskare, Center for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway, Oslo, Norge
Ingmarie Skoglund	medicine doktor, specialist i allmänmedicin, distriktsläkare vid Södra torgets vårdcentral, Borås
Ingela Skärsäter	professor, legitimerad sjuksköterska, specialist i psykiatrisk omvårdnad, Högskolan i Halmstad

Cecilia Svanborg	registerhållare SibeR, legitimerad psykoterapeut, medicine doktor, överläkare psykiatri, Karolinska universitetssjukhuset
Mikael Tiger	medicine doktor, Karolinska Institutet, överläkare, Psykiatri Nordväst, Stockholms sjukvårdsregion
Lena Wallin	specialist i barn- och ungdomspsykiatri, Västra sjukvårdsregionen
Sarah Vigerland	medicine doktor, Karolinska Institutet, legitimerad psykolog, Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms sjukvårdsregion
Catharina Winge Westholm	överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, Västra sjukvårdsregionen
Sandra af Winklerfelt	specialist i allmänmedicin, verksamhetschef Liljeholmens vårdcentral, Stockholm, doktorand, sektionen för allmänmedicin, Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet
Hans Ågren	professor emeritus, Göteborgs universitet

Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget

Ingela Björholt	områdesansvarig hälsoekonomi, verkställande direktör, Nordic Health Economics AB, Göteborg
Katarina Steen Carlsson	docent i hälsoekonomi, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Annabelle Forsmark	senior scientist, Nordic Health Economics AB, Göteborg
Sofia Löfvendahl	medicine doktor i folkhälsa, inriktning hälsoekonomi, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Prioriteringsarbetet

Harald Aiff	medicine doktor, överläkare, psykiater, Kunskapsstöd för psykisk hälsa, Västra Götalandsregionen och psykiatri i Halland
Agneta Lindegård Andersson	docent, Göteborgs universitet, legitimerad fysioterapeut, Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen (fr.o.m. januari 2020)
Ullvi Båve	medicine doktor, överläkare i psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Malin Bäck	doktorand, Linköpings universitet, auktoriserad socionom, legitimerad psykoterapeut, handledare i IPT, Sydöstra sjukvårdsregionen (f.o.m. december 2017)
Maria Carlsson	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi, NU-sjukvården, BUP-verksamheten, Västra sjukvårdsregionen

Louise Danielsson	medicine doktor, legitimerad sjukgymnast, Närhälsan Gibraltar Rehamottagning och Göteborgs universitet (t.o.m. december 2017)
Kersti Ejeby	verksamhetschef, medicine doktor, specialist i allmänmedicin, Gustavsbergs vårdcentral (t.o.m. december 2017)
Monica Engman	legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen i psykiatrisk vård, Norra sjukvårdsregionen (t.o.m. december 2017)
Anna-Karin Fahlén	distriktsläkare, Norra sjukvårdsregionen
Alexandra Grankvist	arbetsterapeut, Affektiva mottagningen, Vuxenpsykiatri Norra sjukvårdsregionen (t.o.m. december 2017)
Ingrid Gustafsson	allmänläkare, AKO, Region Skåne (t.o.m. december 2017)
Anne-Li Hallin	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, filosofie doktor, BUP Lund (fr.o.m. januari 2020)
Lena Hedlund	legitimerad fysioterapeut, filosofie doktor, specialist i psykiatri och psykosomatik, Södra sjukvårdsregionen (t.o.m. december 2017)
Karin Melin	medicine doktor, adjungerad lektor, legitimerad sjuksköterska, översjuksköterska, specialist i psykiatrisk vård, BUP Sahlgrenska universitetssjukhuset
Christina Bergmark Hall	legitimerad psykolog, specialistpsykolog psykologisk behandling, legitimerad psykoterapeut, Skånes universitetssjukhus (fr.o.m. januari 2020)
Mårten Hammarlund	doktorand, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Ericastiftelsen (fr.o.m. januari 2020)
Agneta Hamilton	allmänläkare, överläkare, verksamhetschef, vårdcentralen Kusten i Ytterby, Kungälv (fr.o.m. januari 2020)
Stefan Hugestrand	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Västra sjukvårdsregionen (t.o.m. december 2017)
Ingvar Karlsson	docent, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, överläkare
Anders Klingström	socionom, legitimerad psykoterapeut, handledare, Stockholms sjukvårdsregion (t.o.m. december 2017)
Niclas Kullgard	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Linköpings universitet (fr.o.m. januari 2020)
Anna-Maria Lundberg	patientrepresentant, nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)(fr.o.m. januari 2020)
Bjarne Olinder	psykiater, överläkare, centrumchef, Psykiatricentrum Region Östergötland
Cecilia Pehrsson	arbetsterapeut, områdeschef Närhälsan Rehab, Västra Götalandsregionen (fr.o.m. januari 2020)

Annalena Pejok	legitimerad psykolog, Byske hälsocentral, Region Västerbotten (fr.o.m. januari 2020)
Göran Nyberg	psykiater, överläkare, Psykiatriska kliniken, Skellefteå lasarett
Adriana Ramirez	överläkare, medicine doktor, Akademiska sjukhuset, psykiatri, sektionen för affektiva sjukdomar, Uppsala
Anna Santesson	överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, BUP Halland, doktorand, Lunds universitet
Diana Segerstedt	legitimerad psykoterapeut, representant för Psykoterapeutföreningen inom Akademikerförbundet SSR
Pirjo Stråte	vice ordförande, Riksförbundet SPES
Jan Svedlund	professor i psykiatri, legitimerad psykoterapeut, överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset (t.o.m. december 2017)
Irene Svenningsson	medicine doktor, distriktssköterska, FoU primärvård, Västra Götalandsregionen
Ulf Svensson	medicinsk rådgivare, specialist i allmänmedicin, Regionalt kunskapsstöd för psykisk hälsa, Västra sjukvårdsregionen
Joakim Sverenius	legitimerad psykolog (fr.o.m. januari 2020)
Jimmie Trevett	förbundsordförande, Riksförbundet för social och mental hälsa (t.o.m. december 2017)
Lena Widing	distriktssköterska, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala (t.o.m. december 2017)
Ulrika Ökvist Dahlberg	legitimerad psykolog, Vuxenpsykiatrin Piteå äldvåld sjukhus

Arbetet med indikatorer

Malin André	docent, specialist i allmänmedicin, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Tobias Edbom	medicine doktor, BUP, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Mikael Havasi	statistiker, Socialstyrelsen
Lars von Knorring	registerhållare ECT-registret (t.o.m. februari 2017), professor emeritus, Institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Uppsala universitet
Agneta Schröder	docent, legitimerad sjuksköterska, Region Örebro län, professor NTNU, Norge
Riitta Sorsa	projektledare, Socialstyrelsen
Cecilia Svanborg	registerhållare SibeR, legitimerad psykoterapeut, medicine doktor, överläkare psykiatri, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
Anne Tiainen	utredare, Socialstyrelsen

Andra medverkande

Natalia Berg	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Linn Cederström	redaktör, Socialstyrelsen (t.o.m. december 2017)
Maria Ennefors	kommunikatör, Socialstyrelsen (t.o.m. september 2016)
Mattias Fredricson	Enhetschef, Socialstyrelsen (fr.o.m. januari 2018)
Sofie Hellgren	redaktör, Socialstyrelsen (t.o.m. april 2016)
Ann Kristine Jonsson	informationsspecialist, Socialstyrelsen (t.o.m. juni 2015)
Ulf Jonsson	utredare, Socialstyrelsen
Caroline Mandoki	administratör, Socialstyrelsen
Elin Sohlberg	utredare, Socialstyrelsen
Alexander Sjöblom	administratör, Socialstyrelsen
Sofie Sundholm	redaktör, Socialstyrelsen (fr.o.m. juni 2020)
Katrin Tonnes	kommunikatör, Socialstyrelsen (fr.o.m. oktober 2016)
Karin Wallis	delprojektledare digitalisering, informationsstruktur och fackspråk, Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	enhetschef, Socialstyrelsen (t.o.m. september 2017)
Sofia von Malortie	utredare, Socialstyrelsen
Erik Åhlin	t.f. enhetschef, Socialstyrelsen (augusti 2017– december 2017)

Referenser

1. Depression och ångestsyndrom. Nationella vård och insatsprogram 2020. Hämtad 2020 från:
2. Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? 2020. Hämtad 2020 2020-09-02 från:
<https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/>
3. Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2015. Rapport 233.
4. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård : ett verktyg för rangordning. Linköping: Prioriteringscentrum; 2017.
5. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. Information från läkemedelsverket. Information från läkemedelsverket. 2016; 6.
6. solutions, S-H. Riktlinjer för egentlig depression. En internationell utblick. 2017.
7. Roback, K, Carlsson, P. Evidensgraderingssystemet GRADE [Elektronisk resurs] Ett sätt att granska vetenskaplig kunskap om metoder och arbetssätt i hälso- och sjukvården. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2009.
8. Broqvist, M, Sandman, L, Widenlou Nordmark, A, Edin, U. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård [Elektronisk resurs] ett verktyg för rangordning. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2017.
9. Regeringskansliet. Handlingsplan Agenda 2030. 2018. Hämtad 2018 från:
10. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst : lägesrapport 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
11. Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år. Socialförsäkringsrapport. 2014; 4.
12. Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-6-27.
13. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013.
14. Vård vid depression och ångestsyndrom : huvudrapport med förbättringsområden : nationella riktlinjer - utvärdering 2019. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
15. insatsprogram, Nvo. Depression och ångestsyndrom. 2020. Hämtad från: <https://www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/>
16. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2012. Rapport 212.
17. 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.
18. Gavard, JA, Lustman, PJ, Clouse, RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*. 1993; 16(8):1167-78.

19. Wulsin, LR, Singal, BM. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med.* 2003; 65(2):201-10.
20. Haug, TT, Mykletun, A, Dahl, AA. Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population? *Scand J Gastroenterol.* 2002; 37(3):294-8.
21. Marciniak, M, Lage, MJ, Landbloom, RP, Dunayevich, E, Bowman, L. Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. *Depress Anxiety.* 2004; 19(2):112-20.
22. Ginsburg, GS, Riddle, MA, Davies, M. Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 45(10):1179-87.
23. Minnesstörningar hos patienter som behandlats med ECT : om information och delaktighet för patienter och närstående. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
24. Läkemedelsverket. FASS. 2020. Hämtad 2020-09-08 från: <https://www.fass.se/LIF/startpage;jsessionid=FcVt6cvmbK3mf7nvusUhr5NSmu3HLITLLzWHZ8iFRG39MWihkVAK!-84307947?userType=0>
25. Ekman, M, Granstrom, O, Omerov, S, Jacob, J, Landen, M. Kostnader för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och ångest. Rätt behandlingar kan få stora positiva samhällsekonomiska effekter. *Lakartidningen.* 2014; 111(34-35):1362-4.
26. von Knorring, L, Akerblad, AC, Bengtsson, F, Carlsson, A, Ekselius, L. Cost of depression: effect of adherence and treatment response. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists.* 2006; 21(6):349-54.
27. Sobocki, P, Ekman, M, Agren, H, Krakau, I, Runeson, B, Martensson, B, et al. Resource use and costs associated with patients treated for depression in primary care. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care.* 2007; 8(1):67-76.
28. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens statistikdatabas-diagnoser i öppen vård.
29. En mer tillgänglig och patientcenterad vård. Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner. Delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport 2016-3-22.
30. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-5-43.
31. Vårdgaranti och kömiljard. Uppföljning 2009–2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. Rapport 2012-5-16.
32. Överenskommelse mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa. Redovisning av 2015 års bedömning av grundkrav och prestationsmål. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Rapport 2015-12-17.
33. Sveriges kommuner och landsting. Väntetider i vården. Barn och unga med psykisk ohälsa. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/BUPdetalj/>.
34. Vård av patienter med depression och ångest. En nulägesrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Rapport 2009-9-9.
35. Sveriges kommuner och landsting. Väntetider i vården. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.vantetider.se/>.
36. Södra Regionvårdsnämnden. Regionala priser och ersättningar för Södra Sjukvårdsregionen 2016. Hela prislistan 2016. . Hämtad från: Hämtad 2016-05-27 från <http://www.skane.se>

37. Hampton, JR, Harrison, MJ, Mitchell, JR, Prichard, JS, Seymour, C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British medical journal*. 1975; 2(5969):486-9.
38. Västra Götalandsregionen. Hälsoundersökning på vårdcentral. 2011-03-23.
39. Landstinget Sörmland. Hälsokontroller. 2014. Hämtad 2016-05-27 från [http://www.landstingetsormland.se/Halsa-
vard/Vardcentraler/Katrineholm/Var-vardcentral/Halsokontroller/](http://www.landstingetsormland.se/Halsa-vard/Vardcentraler/Katrineholm/Var-vardcentral/Halsokontroller/). Hämtad från: Hämtad 2016-05-27 från [http://www.landstingetsormland.se/Halsa-
vard/Vardcentraler/Katrineholm/Var-vardcentral/Halsokontroller/](http://www.landstingetsormland.se/Halsa-
vard/Vardcentraler/Katrineholm/Var-vardcentral/Halsokontroller/)
40. Västra Götalandsregionen. Tranemo vårdcentral. Hälsoundersökning. Hämtad 2016-05-27 från [http://www.narhalsan.se/sv/startside/sok-
mottagning/Tranemo/Vardcentralen-Tranemo1/Halsoundersokning/](http://www.narhalsan.se/sv/startside/sok-mottagning/Tranemo/Vardcentralen-Tranemo1/Halsoundersokning/).
41. Öppna jämförelser 2014. Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting. Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Rapport 2014-12-5.
42. Sobocki, P, Ekman, M, Agren, H, Krakau, I, Runeson, B, Martensson, B, et al. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2007; 10(2):153-60.
43. A, P. Use of a structured interview to support diagnosis of depression and anxiety disorders in primary care. Stockholm: Karolinska Institutet; 2017.
44. Goodyer, IM, Reynolds, S, Barrett, B, Byford, S, Dubicka, B, Hill, J, et al. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(2):109-19.
45. Cohen, D, Deniau, E, Maturana, A, Tanguy, ML, Bodeau, N, Labelle, R, et al. Are child and adolescent responses to placebo higher in major depression than in anxiety disorders? A systematic review of placebo-controlled trials. *PloS one*. 2008; 3(7):e2632.
46. Socialstyrelsen. Stöd för utveckling av psykoterapeutisk kompetens. Slutrapport om statsbidrag till landstingen 2009–2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-3-3. 2013.
47. ECT, K. 2020. Hämtad från: <https://ect.registercentrum.se/>
48. Johan, L. Treatment Resistant Depression In Stockholm (TRIST): disease burden estimations, treatment trajectories and healthcare consumption from a longitudinal population-based cohort. European College of Neuropsychopharmacology; 2019.
49. läkemedelsförmånsverket, T-T-o. Hälsoekonomisk bedömning av Spravato (esketamin) Nässpray 2020:
50. Riksdagen. Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. 2017. Hämtad 2017-09-28 från: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-
forfattningssamling/forordning-2001707-om-patientregister-hos_sfs-
2001-707](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2001707-om-patientregister-hos_sfs-2001-707)

51. Vård vid depression och ångestsyndrom. Målnivåer för indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017 Rapport 2017-12-1.
52. Om implementering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
53. Nguyen, KH, Gordon, LG. Cost-Effectiveness of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation versus Antidepressant Therapy for Treatment-Resistant Depression. Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 2015; 18(5):597-604.
54. Socialstyrelsen. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt. 2013.
55. Socialstyrelsen. Sex frågor om vården Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Öppna jämförelser. 2020.
56. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020 [Elektronisk resurs]. 2020.
57. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende : stöd för styrning och ledning : 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
58. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
59. Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre. Fokus på antidepressiva läkemedel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport 2016-6-60.
60. Indikatorer för god läkemedelsterapi. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Rapport 2010-6-29.
61. Äldre psykiatri. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen; 2013.
62. Fyss. FYSS – EVIDENSBASERAD KUNSKAPSBAS. 2017. Hämtad från: <http://www.fyss.se/>

Bilaga 1. Om hälsotillstånd och rekommenderade åtgärder

Här beskriver vi de vanligaste hälsotillstånden och åtgärderna som rekommendationerna i dessa riktlinjer gäller.

Beskrivning av hälsotillstånd

Depression

Egentlig depression

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

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

Diagnosen egentlig depression sätts inte förrän tillståndet varat i minst två veckor. De flesta depressioner går över spontant, men de kan vara långdragna, och risken för återkommande depressioner är stor.

Egentlig depression brukar delas in i lindrig, medelsvår och svår egentlig depression. Om vanföreställningar eller hallucinationer förekommer betecknas den egentliga depressionen som psykotisk.

Lindrig egentlig depression

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

Medelsvår egentlig depression

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

Svår egentlig depression

Vid svår egentlig depression finns en tydligt uttalad symtombild med flertalet diagnoskriterier för egentlig depression uppfyllda. Personens funktionsförmåga och livskvalitet är kraftigt nedsatt – i vissa fall obefintlig – vilket medför mycket stora svårigheter att klara vardagslivet och dagliga aktiviteter. Vid svår depression kan man även få psykotiska symtom. I dessa riktlinjer motsvarar svår depression ett resultat på 35 poäng eller mer i självskattningsversionen av MADRS (Montgomery Åsberg depression rating scale).

Ångestsyndrom

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

Ångestsyndrom kan förekomma i olika allvarlighetsgrader.

Akut stressyndrom

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

Generaliserat ångestsyndrom

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

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

Tvångssyndrom

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

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

Paniksyndrom

Paniksyndrom innebär återkommande panikattacker och kontinuerlig oro för nya attacker. En panikattack är en avgränsad, hastigt påkommande attack av intensiv rädsla, skräck eller fruktan. Panikattacker tar sig uttryck i olika typer av symtom som yrsel, hjärtklappning, obehagskänsla i bröstet, svimningsattacker eller svårigheter att andas, och tolkas ofta av den drabbade personen som en kroppslig sjukdom.

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

Posttraumatiskt stressyndrom

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

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

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

Social fobi

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

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

Separationsångest

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

Separationsångest är den vanligaste orsaken till skolvägran.

Beskrivning av åtgärder

Antidepressiv läkemedelsbehandling

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

Behandling med antidepressiva läkemedel kan medföra biverkningar, som skiljer sig mellan de olika läkemedlen. SSRI-preparat ger oftast mindre biverkningar än SNRI-preparat och tricykliska antidepressiva läkemedel. Barn och ungdomar kan få biverkningar som skiljer sig från vuxnas (till exempel överaktivitet eller amotivation, det vill säga bristande motivation att exempelvis delta i sociala sammanhang eller andra aktiviteter). Esketamin ska tas under övervakning, på grund av risk för sedering, missbruk och felanvändning [24].

Elektrokonvulsiv behandling

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) innebär att med hjälp av elektrisk ström framkalla ett kortvarigt och kontrollerat epileptiskt krampanfall.

Behandlingen ges alltid under narkos och upprepas oftast tre gånger per vecka under ett par veckors tid. Syftet är att snabbt minska symtomen och häva eller vända ett allvarligt tillstånd.

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

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

EMDR

EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) är en behandling som har utvecklats för att behandla posttraumatiskt stressyndrom.

Behandlingen innebär en tvåsidig stimulering av hjärnhalvorna genom ögonrörelser. Syftet är att skapa ett avslappnat tillstånd och på så sätt skapa förutsättningar för nya tankar och perspektiv, som ska underlätta bearbetningen av traumatiska minnen, och därmed mildra de psykologiska konsekvenserna av dessa minnen. Ögonrörelsernas betydelse för verkningsmekanismen är oklar.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet definieras som all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen utöver den energi vi förbrukar vid vila. Fysisk aktivitet kan bidra till att öka dels kondition, dels styrka. Oftast innebär all rörelseträning en kombination av båda. Nyare studier om vilken biologisk effekt fysisk

aktivitet kan ha vid depression visar på fördelar med att kombinera konditionsträning och muskelstärkande träning. Även psykologiska förklaringsmekanismer i form av beteendeaktivering, social gemenskap och förbättrad tilltro till egen förmåga (self-efficacy) kan förklara den fysiska aktivitetens antidepressiva effekt [62]. De studier som finns med i kunskapsunderlaget stödjer sig i huvudsak på ledarledd träning.

Interpersonell psykoterapi

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

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

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

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

För barn och ungdomar kompletteras behandlingen vanligtvis med föräldrakontakter med inriktning på informationsutbyte, eller med behandling inriktad på föräldrarnas omvårdnad och ibland behandling inriktad på att trygga barnet. De studier som finns med i kunskapsunderlaget stödjer sig i huvudsak på en manualbaserad KBT.

Traumafokuserad KBT med exponering

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

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

Mindfulnessbaserad kognitiv terapi

Mindfulnessbaserad kognitiv terapi är ett specifikt utformat KBT-program med fokus på meditation. Metoden lägger stor vikt vid övningar i mindfulness, i syfte att öka förmågan att uppmärksamma tankar, känslor och kroppsliga upplevelser med en icke-värderande attityd. De studier som finns med i kunskapsunderlaget stödjer sig i huvudsak på en manualbaserad mindfulness-baserad kognitiv terapi.

KBT med exponering och responsprevention

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

Psykodynamisk psykoterapi (korttids-PDT)

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

Psykopedagogisk behandling

Psykopedagogisk behandling är en form av familjebaserade samtal, där pedagogiska metoder används för undervisning och rådgivning. Åtgärden syftar till att öka familjens (barns, syskons och föräldrars) kunskap om olika symtom eller funktionsnedsättningar samt utveckla deras färdigheter i att hantera sin livssituation.

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

Behandlingen behöver vara strukturerad och ske med tillräcklig regelbundenhet för att nå bästa effekt. Behandlingen ska föregås av en noggrann kartläggning av den ungas livssituation, symtom och funktion, och sedan följas upp regelbundet.

Personalen behöver ha kunskap om det aktuella sjukdomstillståndet, utbildning i hur behandlingen ska bedrivas och tillgång till handledning i metoden.

Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS)

Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) innebär att en elektromagnetisk spole alstrar ett magnetiskt fält över skalpen, vilket skapar en ström i de hjärnceller som befinner sig nära spolen. Detta leder till att hjärncellerna aktiveras eller hämmas i vänster respektive höger frontallob. Under behandlingarna är personen vaken. Behandlingen tar ungefär en timme att genomföra och ges oftast dagligen under fyra veckor, sammanlagt vid 20 tillfällen.

En ny utveckling av rTMS-fältet är införandet av så kallad theta-burststimulering (iTBS), som innebär att mycket högfrekventa stimuleringar (50 Hz) grupperas i korta stimuleringsskuror med tre pulser som kommer i 5 Hz. iTBS-protokoll omfattar normalt lika många sessioner som tidigare (cirka 20), men varje session genomförs på kortare tid jämfört med det traditionella protokollet.

rTMS har mestadels milda biverkningar, exempelvis lokal skalpsmärta vid behandlingen och övergående huvudvärk. Yrsel och svimning förekommer, men är betydligt ovanligare. Den allvarligaste biverkningen är epileptiskt krampanfall, som är mycket ovanligt.

Samordnat och strukturerat omhändertagande med vårdsamordnare

Samordnat och strukturerat omhändertagande med vårdsamordnare är en komplex åtgärd med flera moment. Syftet är att säkerställa en god kontinuitet och tillgänglighet i vården för personer med depression och ångestsyndrom. Patienten får tillgång till en vårdsamordnare, oftast en sjuksköterska, utöver tillgången till allmänläkaren som har vårdansvaret.

Åtgärden inleds med ett personcentrerat besök där vårdsamordnaren och patienten kommer överens om en strukturerad vårdplan. Vårdplanen kan inkludera omvårdnad, psykosocial behandling, läkemedelsbehandling och psykoterapi. Vårdsamordnaren följer därefter upp behandlingen genom schemalagda telefon- eller videosamtal med patienten, och återkopplar regelbundet till den ansvariga läkaren och vårdteamet. Inledningsvis sker uppföljningen varje vecka.

Den engelska termen för samordnat och strukturerat omhändertagande är *collaborative care*, och vårdsamordnare benämns *care manager*.

Bilaga 2. Lista över rekommendationer

De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom innehåller 113 rekommendationer, som presenteras i tabellen nedan. Rekommendationerna gäller både barn och vuxna, och omfattar följande områden:

- diagnostik
- utredning och omhändertagande
- behandling.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
Utredning och omhändertagande			
1	Vårdsökande med symtom på depression eller ångestsyndrom, barn, ungdomar och vuxna <i>Hög tillgänglighet till primär bedömning av vårdbehov</i>	1	Åtgärden ger goda förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.
2a	Misstänkt depression eller ångestsyndrom, vuxna <i>MINI som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i primärvård</i>	4	Åtgärden ökar förutsättningen för att en korrekt diagnos ställs. MINI fungerar väl som komplement till en noggrann klinisk bedömning vid diagnostik av depression och ångestsyndrom. Det är av stort värde att den kliniska bedömningen och MINI görs av samma bedömare. Kommentar: MINI kan även ge viktig information om eventuell samsjuklighet, som missbruk eller beroende.
2b	Misstänkt depression eller ångestsyndrom, vuxna <i>SCID-I eller MINI som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i specialiserad vård</i>	3	Åtgärden ökar förutsättningen för att en korrekt diagnos ställs. MINI och SCID-I fungerar väl som komplement till en noggrann klinisk bedömning vid diagnostik av depression och ångestsyndrom. Det är av stort värde att den kliniska bedömningen och MINI eller SCID-I görs av samma bedömare. Kommentar: MINI och SCID-I kan även ge viktig information om eventuell samsjuklighet, som missbruk eller beroende.

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
2c	<p>Misstänkt depression eller ångestsyndrom, barn och ungdomar</p> <p><i>K-SADS-PL eller MINI-KID som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i specialiserad vård</i></p>	5	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden bedöms bidra till ett strukturerat arbetssätt i den diagnostiska processen. Det är av stort värde att den kliniska bedömningen och K-SADS-PL eller MINI-KID görs av samma bedömare.</p>
2d	<p>Misstänkt depression eller ångestsyndrom, barn och ungdomar</p> <p><i>MINI-KID som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i primärvård</i></p>	FoU	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, och det saknas klinisk erfarenhet av åtgärden i primärvården.</p>
3	<p>Misstänkt depression eller ångestsyndrom, barn och ungdomar</p> <p>Enbart föräldraversjonen av Brief child and family phone interview (BCFPI) för att identifiera barn och ungdomar som behöver utredas vidare</p>	Icke-göra	<p>Föräldraversjonen av BCFPI har låg sensitivitet för att identifiera depression och ångestsyndrom, vilket medför att användning av enbart föräldraversjonen av BCFPI ger en uppenbar risk för att många barn och ungdomar med pågående depression eller ångestsyndrom inte identifieras.</p>
4	<p>Depression eller ångestsyndrom, barn, ungdomar och vuxna</p> <p><i>Somatisk anamnes och somatisk undersökning samt relevant utredning utifrån anamnesen och undersökningen</i></p>	1	<p>Somatisk samsjuklighet är vanligt vid egentlig depression och ångestsyndrom, och bidrar till förtida död. Åtgärden ökar förutsättningarna för att identifiera, följa upp och optimalt behandla somatisk sjukdom.</p> <p>Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.</p>
5	<p>Misstänkt depression, depression, misstänkt ångestsyndrom eller ångestsyndrom, barn, ungdomar och vuxna</p> <p><i>Aktiv uppföljning med planerad förnyad kontakt (kontinuitet)</i></p>	1	<p>Åtgärden ger goda förutsättningar för att fånga upp allvarligare tillstånd och för att en effektiv behandling ges under hela sjukdomsförloppet.</p>
8	<p>Depression eller ångestsyndrom, lindrig till medelsvår, vuxna</p> <p><i>Samordnat och strukturerat omhändertagande med vårdsamordnare</i></p>	4	<p>Åtgärden ger förutsättningar för att adekvat behandling ges, och ger liten till måttlig effekt på depressions- och ångestsymtom.</p>
10a	<p>Depression eller ångestsyndrom, ungdomar och vuxna</p> <p><i>Bedömning av suicidrisk med enbart instrument</i></p>	Icke-göra	<p>Det finns ett begränsat till starkt vetenskapligt underlag för att flertalet instrument brister i sin tillförlitlighet (låg sensitivitet eller specificitet).</p>

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
10b	<p>Depression eller ångestsyndrom, ungdomar och vuxna</p> <p><i>Bedömning av suicidrisk med instrument som komplement till klinisk bedömning</i></p>	6	<p>Trots att vissa instrument har otillräckligt vetenskapligt underlag eller visad låg tillförlitlighet (sensitivitet eller specificitet) kan de användas som komplement vid en klinisk suicidbedömning. Instrumenten kan ha ett värde som pedagogiskt stöd för att efterfråga viktiga riskfaktorer för suicidbenägna personer.</p>
10c	<p>Depression eller ångestsyndrom, ungdomar och vuxna</p> <p><i>Bedömning av suicidrisk med instrumentet Sad persons scale som komplement till klinisk bedömning</i></p>	Icke-göra	<p>Instrumentet Sad persons scale ska inte användas som komplement till klinisk bedömning, eftersom instrumentet har mycket låg sensitivitet, vilket innebär att risken är hög att missa suicidbenägna personer.</p>
10d	<p>Depression eller ångestsyndrom, ungdomar och vuxna</p> <p><i>Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk</i></p>	1	<p>Suicid är vanligt vid depression och ångestsyndrom. Åtgärden ökar förutsättningarna för korrekt fortsatt handläggning och är en viktig del i säkerhetsplaneringen.</p> <p>Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Suicidrisken behöver kontinuerligt omprövas, och det är viktigt med kunskap om den suicidala processen.</p>
13	<p>Depression eller ångestsyndrom, lindrig till medelsvår, vuxna</p> <p><i>Basal kroppskännedom som tillägg till annan behandling</i></p>	7	<p>Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger en liten effekt på kroppsrelaterade besvär och på depressionssymtom. Åtgärden kan vara värdefull för personer med mycket kroppsliga besvär.</p>
14	<p>Misstänkt PANS/PANDAS, barn och ungdomar</p> <p><i>Diagnostik i strukturerad form och immunologisk provtagning</i></p>	FoU	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.</p>
15:1a	<p>Nyförlostade personer, ungdomar och vuxna</p> <p><i>Identifiera depression med EPDS</i></p>	3	<p>Det är av särskild vikt att identifiera post partum-depression hos nyförlostade personer, eftersom en depression riskerar att även påverka barnet och anhöriga. EPDS sensitivitet är något låg, vilket innebär att många nyförlostade personer med depression inte upptäcks. EPDS är en effektiv åtgärd när den ingår som en del i ett systematiskt omhändertagande. Det finns klinisk erfarenhet av att åtgärden fungerar väl.</p> <p>Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av EPDS hos partner till nyförlostade personer, men de bör också uppmärksammas för sin risk att utveckla depression.</p>

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
15:2	Blivande och nyblivna föräldrar med risk att utveckla depression, ungdomar och vuxna <i>Förebyggande psykosocial eller psykologisk behandling</i>	4	Åtgärden ger en måttligt minskad risk för depression hos blivande eller nyblivna mödrar. Ett familjeperspektiv är centralt och klinisk erfarenhet talar för att åtgärden har effekt även på partnern.
15:3	Nyblivna föräldrar med risk att utveckla depression, ungdomar och vuxna <i>Förstärkta och individualiserade hembesök</i>	6	Åtgärden ger en måttligt till stor minskad risk för depression. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Åtgärden ger även möjlighet att uppmärksamma riskfaktorer hos familjen.
16	Vårdsökande utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom, barn, ungdomar och vuxna <i>Screening för depression eller ångestsyndrom</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är starkt för att åtgärden inte ger någon effekt på symtombörda av depression. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt på ångestsyndrom är otillräckligt, men det bedöms som troligt att resultatet är detsamma som för depression.

Depression hos barn och ungdomar

17	Depression, barn och ungdomar <i>Psykopedagogisk behandling med fokus på depression</i>	2	Tillståndet har en liten till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden minskar depressionssymtom. Åtgärdens effekt bör utvärderas efter 4-8 veckor, och för barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen kan åtgärden kombineras eller ersättas med annan behandling.
18	Egentlig depression, lindrig, barn och ungdomar <i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) som tillägg till annan behandling</i>	10	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det finns god klinisk erfarenhet av åtgärden.
19	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	2	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på diagnosfrihet (remission) och depressionssymtom. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt. I jämförelse med antidepressiva läkemedel ger KBT en minskad risk för biverkningar och minskad suicidrisk. Kommentar: Åtgärden innefattar inte internetförmedlad eller datorbaserad KBT.
20	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Interpersonell psykoterapi (IPT)</i>	5	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på depressionssymtom. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av IPT på depressionssymtom på längre sikt.

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
21	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT)</i>	10	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det finns andra alternativa åtgärder som visar mer robusta effekter.
22	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Systemisk familjeterapi</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är ofillräckligt för att uttala sig om åtgärdens effekt på depression, trots att metoden har använts under lång tid. Kommentar: Systemisk familjeterapi kan dock ges som tillägg till behandling specifikt riktad mot depression.
23	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar <i>Anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är ofillräckligt och studier pågår.
24	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, långvarig, barn och ungdomar <i>Antidepressiva läkemedel</i>	9	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och åtgärden ger liten effekt på andel som svarar på behandling (respons) och depressionssymtom. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.
27a	Egentlig depression, medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>Fluoxetin</i>	2	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons) och depressionssymtom. Läkemedelsbehandling innebär en risk för biverkningar.
27b	Egentlig depression, medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>Sertralin eller escitalopram</i>	5	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger liten effekt på andel som svarar på behandling (respons) och depressionssymtom. Det finns en alternativ åtgärd med bättre effekt (fluoxetin). Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.
27c	Egentlig depression, medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>Paroxetin</i>	Icke-göra	Åtgärden ger ingen effekt på depressionssymtom och ökar sannolikt suicidrisken. Det finns andra alternativa åtgärder som har effekt.
28a	Egentlig medelsvår till svår depression i remission, barn och ungdomar Återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel	5	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en möjlig måttlig effekt på återfall jämfört med placebo.

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
28b	<p>Egentlig medelsvår till svår depression i remission, barn och ungdomar</p> <p>Återfallsförebyggande behandling med kognitiv beteendeterapi som tillägg till antidepressiva läkemedel</p>	5	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en möjlig måttlig effekt på risken för återfall. Skillnaden i risk för återfall mellan kombinationsbehandling och enbart antidepressiva läkemedel är betydande och av klinisk relevans och signifikans.</p>
29	<p>Egentlig depression, medelsvår till svår, barn och ungdomar</p> <p><i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) som kombinationsbehandling</i></p>	10	<p>På kort sikt ger åtgärden bättre effekt än KBT, men på längre sikt ger åtgärden ingen ytterligare effekt jämfört med enbart antidepressiva läkemedel eller KBT.</p> <p>Kommentar: Åtgärden innefattar inte internetföremalad eller datorbaserad KBT.</p>
30	<p>Egentlig depression, medelsvår till svår, behandlingsresistent, ungdomar</p> <p><i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) som tillägg till antidepressiva läkemedel</i></p>	6	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och det vetenskapliga underlaget är begränsat för en måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons).</p> <p>Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. Åtgärden innefattar inte internetföremalad eller datorbaserad KBT.</p>
31	<p>Egentlig depression, svår, med psykotiska symtom, katatoni eller behandlingsresistent, ungdomar efter pubertetsdebut</p> <p><i>Elektrokonvulsiv behandling (ECT)</i></p>	1	<p>Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för ungdomar, men åtgärden ger måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (remission) och depressionssymtom hos vuxna. Det finns klinisk erfarenhet av att ECT även ger effekt hos ungdomar. Åtgärden kan vara livräddande och ger snabbare effekt på depressionssymtom jämfört med antidepressiva läkemedel.</p>

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
Ångestsyndrom hos barn och ungdomar			
32	<p>Ångestsyndrom, barn och ungdomar</p> <p><i>Psykopedagogisk behandling med fokus på ångest</i></p>	3	<p>Tillståndet har en liten till stor svårighetsgrad. Åtgärden minskar ångestsymtom. Åtgärdens effekt bör utvärderas efter 4 veckor, och för barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen kan åtgärden kombineras eller ersättas med annan behandling.</p> <p>Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.</p>
33	<p>Ångestsyndrom, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar</p> <p><i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) som tillägg till annan behandling</i></p>	FoU	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.</p>
34	<p>Generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, barn och ungdomar</p> <p><i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i></p>	3	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och ångestsymtom.</p> <p>Kommentar: Åtgärden innefattar inte internetförmedlad eller datorbaserad KBT.</p>
35	<p>Generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, barn och ungdomar</p> <p><i>Psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT)</i></p>	FoU	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.</p>
36	<p>Generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, barn och ungdomar</p> <p><i>SSRI- eller SNRI-preparat</i></p>	3	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på andel som svarar på behandling (respons) och måttlig effekt på ångestsymtom. Det finns troligen en ökad risk för aktivering.</p> <p>Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.</p>

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
37	<p>Generaliserat ångest-syndrom, separations-ångest, social fobi, barn och ungdomar</p> <p><i>Sertralin och kognitiv beteendeterapi (KBT) som kombinationsbehandling</i></p>	2	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden är framför allt ett alternativ vid allvarigare ångest-tillstånd. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons) jämfört med placebo. Kombinations-behandlingen ger dessutom en måttlig effekt på diagnosfrihet jämfört med enbart sertralin eller KBT. En tilläggs-effekt av kombinationsbehandling är visad.</p> <p>Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. Åtgärden innefattar inte internetföremalad eller datorbaserad KBT.</p>
38	<p>Specifik fobi, barn och ungdomar</p> <p><i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering</i></p>	3	<p>Tillståndet har en liten till måttlig svårighetsgrad, men kan obehandlat innebära en försämrad psykosocial utveckling. Åtgärden ger måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (remission) och symtom på specifik fobi. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden innefattar inte internetföremalad eller datorbaserad KBT.</p>
39	<p>Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar</p> <p><i>Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering</i></p>	2	<p>Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger en liten till måttlig effekt på diagnosfrihet (remission), symtom på PTSD och funktionsförmåga.</p> <p>Kommentar: Andelen barn och ungdomar med tillståndet förväntas öka och vården bedöms underdimensionerad. Åtgärden innefattar inte internetföremalad eller datorbaserad KBT.</p>
40	<p>Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar</p> <p><i>Psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT)</i></p>	10	<p>Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det finns klinisk erfarenhet av att åtgärden har positiv effekt på symtom på PTSD. Det finns andra effektiva åtgärder.</p>
41	<p>Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar</p> <p><i>Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)</i></p>	10	<p>Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det finns klinisk erfarenhet av att åtgärden har positiv effekt på symtom på PTSD. Det finns andra effektiva åtgärder.</p>
42	<p>Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar</p> <p><i>SSRI-preparat</i></p>	FoU	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.</p>

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
44	Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar <i>Alfa-adrenerga agonister</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det finns risk för allvarliga biverkningar, såsom blodtryckssänkning, viktökning och förändrad hjärtrytm.
47	Akut stressyndrom, barn och ungdomar <i>Betablockare eller alfa-adrenerga agonister</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det finns risk för allvarliga biverkningar, såsom blodtryckssänkning, viktökning och förändrad hjärtrytm.
48	Tvångssyndrom (OCD), barn och ungdomar <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering och responsprevention (ERP)</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger mycket stor effekt på tvångssymtom. Kommentar: Obehandlat tvångssyndrom kan få stora konsekvenser på lång sikt. Åtgärden innefattar inte internetförmedlad eller datorbaserad KBT.
49	Tvångssyndrom (OCD), barn och ungdomar <i>Psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT)</i>	Icke-göra	Det saknas studier om effekten av åtgärden på tvångssyndrom. Det finns alternativa åtgärder som har effekt.
50	Tvångssyndrom (OCD), medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>SSRI-preparat</i>	4	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons) och tvångssymtom. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.
52	Tvångssyndrom (OCD), medelsvår till svår, barn och ungdomar <i>SSRI-preparat och kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering och responsprevention (ERP) som kombinationsbehandling</i>	5	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på tvångssymtom jämfört med enbart läkemedel, men verkar inte ge bättre effekt än kognitiv beteendeterapi. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. Åtgärden innefattar inte internetförmedlad eller datorbaserad KBT.
53	Tvångssyndrom (OCD), svår, barn och ungdomar <i>Risperidon eller aripiprazol som tillägg till SSRI-preparat</i>	10	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Åtgärden bör endast ges när andra behandlingar inte gett effekt. Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.
54	PANS/PANDAS, akut, barn och ungdomar <i>Antibiotika</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och studier pågår.

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
55	PANS/PANDAS, svår, barn och ungdomar <i>Intravenös immunoglobulin eller plasmaferes</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.
56	PANS/PANDAS, barn och ungdomar <i>Antibiotika som förebyggande behandling</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.

Egentlig depression hos vuxna

59	Recidiverande egentlig depression, tidigare god effekt av läkemedelsbehandling, vuxna <i>Tidigt återinsatt läkemedelsbehandling</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger måttlig effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons).
62	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Fysisk aktivitet</i>	6	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på depressionssymtom jämfört med placebo. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Åtgärden har också positiv effekt på somatisk ohälsa. Rekommendationen gäller framför allt ledarledd fysisk aktivitet.
64	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och studier pågår.
65	Dystymi, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	3	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons), men kan ge preparatberoende biverkningar.
67	Dystymi, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell terapi (IPT) som kombinationsbehandling</i>	10	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger ingen till liten tilläggs effekt av IPT till antidepressiva läkemedel. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för antidepressiva läkemedel och KBT som kombinationsbehandling.
68	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons) jämfört med antidepressiva läkemedel på lång sikt. Dessutom ger åtgärden en måttlig effekt på depressionssymtom jämfört med placebo och sedvanlig behandling.
69	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Interpersonell psykoterapi (IPT)</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på depressionssymtom jämfört med sedvanlig behandling.

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
70	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT)</i>	7	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden jämfört med placebo, sedvanlig behandling eller antidepressiva läkemedel. Det vetenskapliga underlaget är också begränsat för att bedöma om åtgärden ger en liknande effekt som stödterapi eller kognitiv beteendeterapi (KBT).
73	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons) jämfört med placebo, men ger preparatberoende biverkningar.
76	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT) eller psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT) som kombinationsbehandling</i>	7	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden är framför allt ett alternativ vid medelsvår egentlig depression och ger liten till måttlig effekt på andelen som svarar på behandling (respons) och på depressionssymtom jämfört med enbart antidepressiva läkemedel. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt jämfört med enbart psykologisk behandling.
77a	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, årstidsrelaterad, vuxna <i>Ljusterapi med vitt morgonljus</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Det finns andra effektiva behandlingsmetoder.
77b	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna <i>Ljusterapi med vitt morgonljus</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Det finns andra effektiva behandlingsmetoder.
78	Egentlig depression, medelsvår till svår, vuxna <i>Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS)</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andelen som svarar på behandling (respons) jämfört med skenbehandling. Högrekvent stimulering har likvärdig effekt på respons eller remission jämfört med det snabbare tetaurstimuleringsprotokollet. Åtgärden ger troligen sämre effekt än ECT och har lindrigare biverkningar.
79	Egentlig depression, medelsvår till svår, behandlingsresistent, vuxna <i>Esketamin som tillägg till antidepressiva läkemedel</i>	10	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden troligen har en liten effekt på depressionens svårighetsgrad.
80	Egentlig depression, svår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	1	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons). Det vetenskapliga underlaget är starkt.

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
81	Egentlig depression, svår, behandlingsresistent, vuxna <i>Litium som tillägg till antidepressiva läkemedel</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt på andel som svarar på behandling (respons) och har dessutom antisuicidal effekt. Kommentar: Behandlingen kräver regelbunden provtagning och det finns risk för biverkningar.
82	Egentlig depression, svår, behandlingsresistent, vuxna <i>Aripiprazol, olanzapin, quetiapin eller risperidon som tillägg till antidepressiva läkemedel</i>	7	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en måttlig till stor effekt på andelen som svarar på behandling (respons), men har biverkningar, såsom viktuppgång, metabola syndrom och trötthet. Kommentar: Åtgärden kan vara ett alternativ till personer som inte tolererar litium eller som har psykotiska symtom.
83	Egentlig depression, svår, vuxna <i>Tricykliska antidepressiva läkemedel som infusionsbehandling</i>	9	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger inte bättre effekt än peroral TCA. Det vetenskapliga underlaget är begränsat.
84	Egentlig depression, svår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT) eller psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT) som kombinationsbehandling</i>	10	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det finns andra åtgärder med visad effekt.
85	Egentlig depression, svår, vuxna <i>Elektrokonvulsiv behandling (ECT)</i>	1	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på depressionssymtom. Kommentar: Åtgärden har särskilt god effekt vid psykotisk depression.
86	Recidiverande egentlig depression i remission, vuxna <i>Återfallsförebyggande behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT)</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på återfall i depression. Det vetenskapliga underlaget är begränsat.
88	Recidiverande egentlig depression i remission, vuxna <i>Återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på återfall i depression. Det vetenskapliga underlaget är starkt.

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
89	<p>Recidiverande egentlig depression i remission, vuxna</p> <p><i>Återfallsförebyggande elektrokonvulsiv behandling (ECT)</i></p>	8	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger en liten till stor effekt på återfall i depression. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Det finns god klinisk erfarenhet av ECT som återfallsförebyggande behandling.</p>
90	<p>Recidiverande egentlig depression i remission, vuxna</p> <p><i>Återfallsförebyggande behandling med litium</i></p>	3	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger en stor effekt på återfall i depression och suicidrisk. Det vetenskapliga underlaget är begränsat.</p> <p>Kommentar: Behandlingen kräver regelbunden provtagning och det finns risk för biverkningar.</p>

Ångestsyndrom hos vuxna

94	<p>Generaliserat ångestsyndrom, vuxna</p> <p><i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT)</i></p>	FoU	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.</p>
95	<p>Generaliserat ångestsyndrom, vuxna</p> <p><i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i></p>	5	<p>Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på ångestsymtom. Det vetenskapliga underlaget är begränsat.</p>
97	<p>Generaliserat ångestsyndrom, vuxna</p> <p><i>Psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT)</i></p>	FoU	<p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det saknas klinisk erfarenhet av åtgärden.</p>
98	<p>Generaliserat ångestsyndrom, vuxna</p> <p><i>Antidepressiva läkemedel</i></p>	3	<p>Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig till stor effekt på diagnosfrihet (remission) och andel som svarar på behandling (respons). Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar.</p>
99	<p>Generaliserat ångestsyndrom, vuxna</p> <p><i>Bensodiazepiner</i></p>	Icke-göra	<p>Balansen mellan åtgärdens positiva effekt på tillståndet och biverkningar är ogynnsam. Bensodiazepiner är beroendeframkallande och det finns risk för toleransutveckling. Annan effektiv behandling finns.</p>
100	<p>Generaliserat ångestsyndrom, vuxna</p> <p><i>Hydroxizin</i></p>	9	<p>Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt på andelen som svarar på behandling (respons). Hydroxizin har dock biverkningar, såsom trötthet och risk för förändrad hjärtrytm. Åtgärden bör endast användas vid behov och under en begränsad tid. Det finns andra effektiva åtgärder för tillståndet.</p>
101	<p>Generaliserat ångestsyndrom, vuxna</p> <p><i>Pregabalin</i></p>	10	<p>Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och åtgärden ger liten effekt på symtom. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt. Pregabalin har biverkningar, såsom yrsel och dimsyn, och det finns risk för toleransutveckling. Det finns andra effektiva åtgärder för tillståndet.</p>

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
105	Paniksyndrom, vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	3	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons) och liten till måttlig effekt på diagnosfrihet (remission), såväl på kort som på lång sikt.
107	Paniksyndrom, vuxna <i>Panikfokuserad psykodynamisk korttidsterapi (PFPP)</i>	10	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på andel som svarar på behandling (respons). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt till begränsat.
108	Paniksyndrom, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	5	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig till stor effekt på paniksymtom jämfört med placebo och ingen skillnad i effekt jämfört med KBT. Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar, och TCA i högre doser kan ge allvarigare biverkningar än SSRI.
109	Paniksyndrom, vuxna <i>Bensodiazepiner</i>	Icke-göra	Balansen mellan åtgärdens positiva effekt på tillståndet och biverkningar är ogynnsam. Bensodiazepiner är beroendeframkallande, och det finns risk för toleransutveckling. Annan effektiv behandling finns.
110	Paniksyndrom, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) som kombinationsbehandling</i>	9	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger liten till måttlig, men övergående, effekt på andel som svarar på behandling (respons) respektive diagnosfrihet (remission). Det vetenskapliga underlaget är starkt.
113	Social fobi, vuxna <i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det pågår studier.
114	Social fobi, vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	3	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger mycket stor effekt på andelen som svarar på behandling (respons). Kommentar: För personer med social fobi finns särskild anledning att överväga internetförmedlad KBT, med behandlarstöd, för motiverade personer.
116	Social fobi, vuxna <i>Psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT) med fokus på social fobi</i>	10	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden verkar ge lägre effekt än kognitiv beteendeterapi. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt till begränsat. Det finns andra effektiva åtgärder.
117	Social fobi, vuxna <i>Interpersonell psykoterapi (IPT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
118	Social fobi, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	5	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger liten till måttlig effekt på symtom. Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar.
119	Social fobi, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) som kombinationsbehandling</i>	10	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger ingen tilläggseffekt till monoterapi av antidepressiva läkemedel eller KBT. Det vetenskapliga underlaget är begränsat.
120	Social fobi, vuxna <i>Bensodiazepiner</i>	Icke-göra	Balansen mellan åtgärdens positiva effekt på tillståndet och biverkningar är ogynnsam. Bensodiazepiner är beroendeframkallande, och det finns risk för toleransutveckling. Annan effektiv behandling finns.
121	Specifik fobi, vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering</i>	5	Tillståndet har en liten till måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger liten till måttlig effekt på symtom som undvikande beteende. Kommentar: Tillståndet kan vara mycket funktionsnedsättande för enstaka individer.
122	Tvångssyndrom (OCD), vuxna <i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering och responsprevention (ERP)</i>	1	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor effekt på tvångssymtom.
125	Tvångssyndrom (OCD), vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger stor till mycket stor effekt på andel som svarar på behandling (respons). Läkemedelsbehandling kan ge biverkningar.
126	Tvångssyndrom (OCD), svår, behandlingsresistent, vuxna <i>Antipsykotiskt läkemedel som tillägg till antidepressiva läkemedel</i>	3	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger en stor tilläggseffekt på andel som svarar på behandling (respons). Förutom preparatberoende biverkningar av antidepressiva läkemedel ger anti-psykotiska läkemedel ytterligare biverkningar, som ökad trötthet och aptit. Risken för avbrytande av behandling är stor.
127	Tvångssyndrom (OCD), medelsvår till svår, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) eller beteendeterapi (BT) som kombinationsbehandling</i>	8	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på tvångssymtom jämfört med enbart läkemedel. Det vetenskapliga underlaget är begränsat.
128	Risk för posttraumatiskt stressyndrom efter traumatisk händelse, vuxna <i>Förebyggande krisbearbetning (debriefing)</i>	Icke-göra	Åtgärden minskar inte risken för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom.

Id	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
129	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)</i>	7	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden har inte visat sig ge bättre effekt än KBT med exponering. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt till begränsat. Det finns dock god klinisk erfarenhet av åtgärden.
130	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering</i>	3	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger måttlig effekt på diagnosfrihet (remission) och PTSD-symtom.
132	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Psykodynamisk korttids-terapi (korttids-PDT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det saknas klinisk erfarenhet av åtgärden.
133	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Antidepressiva läkemedel</i>	5	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger liten effekt på PTSD-symtom.
134	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>SSRI-preparat och kognitiv beteendeterapi (KBT) som kombinationsbehandling</i>	10	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det finns klinisk erfarenhet av att åtgärden ökar förutsättningen för att tillgodogöra sig kognitiv beteendeterapi (KBT). Det finns andra effektiva åtgärder.
135	Posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Interpersonell psykoterapi (IPT)</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och det förväntas studier.
137	Akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom, vuxna <i>Bensodiazepiner</i>	Icke-göra	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Bensodiazepiner är beroendeframkallande och det finns risk för toleransutveckling. Annan effektiv behandling finns.

Bilaga 3. Ändrade rekommendationer 2020

I tabellen visas de väsentliga ändringar som Socialstyrelsen har gjort i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom 2020 – efter den större revideringen 2017.

Område	Ändring
Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom	En ny rekommendation och ett nytt kunskapsunderlag har lagts till om användning av enbart föräldraversionen av Brief child and family phone interview (BCFPI) för att identifiera barn och ungdomar med misstänkt depression eller ångestsyndrom som behöver utredas vidare (prioritet icke-göra, id-nr 3).
Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom	Kunskapsunderlaget har uppdaterats för rekommendationen <i>Samordnat och strukturerat omhändertagande med vårdsamordnare</i> till vuxna med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom, och rekommendationen har fått en ny prioritet (prioritet 4, id-nr 8).
Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar	En ny rekommendation och ett nytt kunskapsunderlag har lagts till om återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression i remission (prioritet 5, id-nr 28a).
Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar	En ny rekommendation och ett nytt kunskapsunderlag har lagts till om återfallsförebyggande behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) som tillägg till antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression i remission (prioritet 5, id-nr 28b).
Behandling av egentlig depression hos vuxna	Kunskapsunderlaget för rekommendationen repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) till vuxna med medelsvår till svår depression har uppdaterats, och rekommendationen har fått en ny prioritet (prioritet 3, id-nr 78).
Behandling vid egentlig depression hos vuxna	En ny rekommendation och ett nytt kunskapsunderlag har lagts till för esketamin som tillägg till antidepressiva läkemedel till vuxna med behandlingsresistent medelsvår till svår egentlig depression (prioritet 10 id-nr 79).

Bilaga 4. Bilagor som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Tillstånds- och åtgärdslista (fullständig)
- Kunskapsunderlag
- Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer
- Hälsoekonomiskt underlag
- Indikatorer
- Metodbeskrivning
- En internationell utblick.

Samtliga bilagor finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.