

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Metodbeskrivning

Bilaga

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

Förord

Detta dokument är en bilaga och ingår i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Dokumentet ger dels en generell beskrivning av Socialstyrelsens metod för att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården, dels en beskrivning av vad som har varit specifikt i arbetet med riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Förutom denna bilaga består riktlinjerna även av dokumentet *Stöd för styrning och ledning* samt ett antal bilagor med bland annat kunskapsunderlag, indikatorer och en tillstånds- och åtgärdslista.

Erik Åhlin
tf. Enhetschef
Nationella riktlinjer 2

Innehåll

Förord.....	3
Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer	5
Varför vi tar fram nationella riktlinjer.....	5
Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde.....	6
Hur vi bedömer tillståndets svårighetsgrad.....	7
Hur vi tar fram kunskapsunderlag	8
Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder.....	13
Hur vi tar fram nationella indikatorer.....	15
Hur vi arbetar med stöd för styrning och ledning.....	16
Hur vi för en diskussion om riktlinjerna.....	17
Referenser	19
Bilaga 1. Kostnader för åtgärder vid egentlig depression	20

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer

Varför vi tar fram nationella riktlinjer

Socialstyrelsens mål med de nationella riktlinjerna är en god vård och omsorg på lika villkor. Riktlinjernas syfte är också att bidra till att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp för att på så sätt höja kvaliteten i hälso- och sjukvården. De nationella riktlinjerna ska även bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut.

Nationella riktlinjer fokuserar på åtgärder där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäkert, eller där det finns omotiverade praxisskillnader. Ett annat skäl till att ta fram nationella riktlinjer är att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik.

Nationella riktlinjer täcker därmed inte in alla frågeställningar inom ett område. En nationell riktlinje ger rekommendationer om åtgärder på grupp-nivå. Riktlinjerna innehåller däremot inte rekommendationer om hur hälso- och sjukvården ska organisera sig. Riktlinjerna kan dock vara ett stöd när exempelvis landstingen skapar vårdprogram eller när kommuner och landsting tar fram gemensamma planer inom ett riktlinjeområde.

Beslut om vilka riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram fattas av myndigheten. I enstaka fall ger regeringen uppdrag till myndigheten att ta fram nationella riktlinjer för ett visst område.

Varför vi tagit fram riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att se till att nationella riktlinjer är uppdaterade och aktuella. Dessa riktlinjer är en revidering av de tidigare nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Sedan dess har det tillkommit ny kunskap och nya frågeställningar inom området. Socialstyrelsens metod för att ta fram nationella riktlinjer har också utvecklats.

Dessutom pekade Socialstyrelsens nationella utvärdering av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni 2013 [1] på ett antal förbättringsområden för hälso- och sjukvården, såsom åtgärder för att minska dödligheten i kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa, rutiner för tidig upptäckt och behandling av kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa, rutiner för suicidriskbedömningar, öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling, rutiner för tidig upptäckt och diagnostik av psykisk ohälsa, öka tillgången till psykiatrisk specialistvård och öka uppföljningen av behandling.

Dessutom uppmärksammades att personer med psykisk ohälsa riskerar att inte få fullgod behandling av samtidiga kroppsliga sjukdomar, och riskerar därmed en sämre hälsa och en förkortad livslängd. Personer med psykiatrisk diagnos har en högre andel undvikbara somatiska vårdtillfällen jämfört med personer utan en sådan diagnos.

Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde

I inledningsfasen av arbetet med en riktlinje skapas en lista med tillstånd och åtgärder, så kallade tillstånds- och åtgärdspar. Med tillstånd menar vi ett hälsotillstånd som en person kan ha i form av en sjukdom, ett sjukdomsliknande tillstånd, en funktionsnedsättning eller en levnadsvana. Ett tillstånd kan också vara risk för en sjukdom, eller en särskild förutsättning som kan ha betydelse för vissa risker och sjukdomar. Ett tillstånd kan även vara avsaknaden av en riskfaktor eller sjukdom.

Till varje tillstånd kopplar vi en åtgärd som är möjlig att utföra. Med åtgärder menar vi allt från en behandling eller insats till förebyggande, diagnostiska och uppföljande åtgärder. Exempel på åtgärder är läkemedelsbehandling av olika slag, defibrillator (vid hjärtstopp), fluorlackning (vid risk för karies), dagverksamhet (vid demenssjukdom), kognitiv beteendeterapi (vid ångestsyndrom) och kvalificerat rådgivande samtal (för att uppnå rökstopp).

Eftersom nationella riktlinjer fokuserar på de frågor inom ett område där det finns behov av vägledning kan det finnas många tillstånds- och åtgärdspar som vi inte tar med i listan.

Hur vi avgränsat riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom

Inför revideringen av riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom gav Socialstyrelsen en rad intressenter möjlighet att lämna synpunkter på vilka frågeställningar som borde ingå i riktlinjerna. Intressenterna representerade relevanta myndigheter, hälso- och sjukvården och patient- och anhörigföreningar. Socialstyrelsen samlade in synpunkterna dels genom en hearing den 9 april 2014, dels genom skriftliga synpunkter mellan 25 mars och 25 april 2014.

Denna revidering har också tagit utgångspunkt i de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom från 2010. De övergripande avgränsningarna är därmed desamma som 2010 och riktlinjerna inkluderar därmed enbart åtgärder inom hälso- och sjukvården vid de definierade sjukdomstillstånden *egentlig depression* och *ångestsyndrom*. Angränsande diagnoser, så som anpassningsstörning och reaktion på svår stress, ingår därför inte i riktlinjerna. De reviderade riktlinjerna har också ett tydligare styr- och ledningsperspektiv, vilket har påverkat urvalet av frågeställningar. Fokus har varit på att vägleda riktlinjernas primära mottagare, det vill säga beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, tjänstemän och verksamhetschefer.

De reviderade riktlinjerna tar inte heller upp åtgärder vid bipolär sjukdom, vilket är en ny avgränsning jämfört med riktlinjerna från 2010.

Socialstyrelsen har inte skiljt ut gruppen äldre i riktlinjerna. En anledning är att det i många fall saknas studier med äldre som specifik grupp och att det vetenskapliga underlaget därmed är begränsat [2]. Vid behandling av äldre behöver man dock ta särskild hänsyn till äldres förutsättningar, exempelvis särskilda risker för biverkningar vid läkemedelsbehandling. Sådana frågor tas upp i andra vägledningar [3, 4].

Förmedlingssätt vid psykologisk behandling tas upp i begränsad omfattning i dessa riktlinjer. Psykologisk behandling kan till exempel erbjudas och förmedlas individuellt, i grupp, i par, i familj eller via internet. Eftersom utvecklingen inom framför allt e-hälsa är snabb och det är sannolikt att de digitala förmedlingssätten snabbt kan förändras, har Socialstyrelsen valt att i huvudsak ge rekommendationer som inte är begränsade till förmedlingssätt.

Socialstyrelsens metod för att ta fram bästa tillgängliga kunskap sker via 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.

Hur vi bedömer tillståndets svårighetsgrad

För varje tillstånd i riktlinjerna görs en bedömning av tillståndets svårighetsgrad. Svårighetsgraden avgörs utifrån aktuellt hälsotillstånd och risken för framtida ohälsa.

Bedömningsarbetet utgår från en matris för att, på ett överskådligt sätt, kunna väga samman varje tillståndets påverkan på livskvalitet och livslängd. I matrisen beaktas symtom (fysiska eller psykiska) och funktionsnedsättningar, samt de praktiska och sociala konsekvenser som funktionsnedsättningarna medför. Även frekvensen med vilken tillståndet gör sig påmint beaktas. Matrisen tar också hänsyn till tillståndets varaktighet, risken för framtida livskvalitetspåverkan vid utebliven åtgärd och risken för förtida död.

Den sammanvägda svårighetsgraden av de olika dimensionerna bedöms sedan enligt en fyrgradig skala:

- mycket stor svårighetsgrad
- stor svårighetsgrad
- måttlig svårighetsgrad
- liten svårighetsgrad

I graderingen eftersträvas ett absolut tankesätt relaterat till ohälsa i stort, snarare än endast relativt till andra tillstånd inom det egna området. Mycket stor svårighetsgrad står med andra ord för betydande eller långvariga inskränkningar av hälsan eller stor risk för förtida död alternativt betydande nedsättning av livskvaliteten.

Hur vi bedömt tillståndets svårighetsgrad i riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom

Bedömningen av svårighetsgrad för de olika tillstånden i riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom har utgått från ovan beskriven matris där alla dimensioner har haft betydelse för den sammanvägda svårighetsgraden.

Svårighetsgraden vid misstänkt depression och ångestsyndrom har angetts som ett intervall mellan liten till mycket stor. I det efterföljande prioriteringsarbetet har det sedan varierat vilken svårighetsgrad som fått mest tyngd. I prioriteringen av diagnostiska eller utredande åtgärder har i princip inte så stor vikt lagts vid svårighetsgraden. Snarare har grundtanken varit att rangordna den diagnostiska åtgärd som ger bäst effekt på samma nivå som den högst rangordnade behandlingen för det tillstånd som diagnostiken är avsedd att upptäcka. Som exempel så har det svåraste tillståndet legat som grund för prioriteringen av åtgärden ”Hög tillgänglighet till primär bedömning av vårdbehov”, medan det för åtgärderna SCID och MINI i specialistvård och MINI i primärvård snarare har varit det mest frekventa tillståndets svårighetsgrad.

Projektledningens experter på området har utfört bedömningarna med visst stöd från Prioriteringscentrum.

Hur vi tar fram kunskapsunderlag

Hur vi tar fram vetenskapligt underlag om effekter

Socialstyrelsen anlitar vetenskapligt välmeriterade experter inom aktuellt riktlinjeområde för att granska vetenskapliga studier för våra tillstånds- och åtgärdspar. Med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister gör experterna en systematisk litteratursökning efter i första hand välgjorda systematiska översikter. I andra hand söker experterna efter enskilda studier av god kvalitet.

De effekter av en åtgärd som vi avser att utvärdera ska i första hand vara individnära. Exempel på sådana mått är förbättrad överlevnad, livskvalitet och förbättrad funktionsförmåga. Beroende på det område som riktlinjerna gäller kan det dock finnas olika typer av effektmått som är viktiga att utvärdera.

De systematiska översikternas och de enskilda studiernas kvalitet granskas sedan med hjälp av särskilda mallar. Utifrån underlaget ska experterna kunna bedöma vilken effekt åtgärderna har på tillståndet och hur stark evidensen, eller den vetenskapliga grunden, är för effekten. Vi formulerar slutsatser om åtgärdens effekt på tillståndet samt anger med vilken evidensstyrka vi drar denna slutsats, exempelvis måttligt starkt vetenskapligt underlag (se tabell 1a). I det här skedet summerar vi alltså det rådande kunskapsläget men ger inte några rekommendationer.

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier använder vi *The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) [5], som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyragradig skala – starkt, måttligt starkt, begränsat och otillräckligt vetenskapligt underlag.

Tabell 1b beskriver översiktligt de aspekter som ingår i en bedömning av effektmåttets evidensstyrka för en aktuell åtgärd vid ett specifikt tillstånd.

Tabell 1a. Olika nivåer av evidens

Evidensstyrkan för det vetenskapliga underlaget bedöms utifrån hur tillförlitligt det vetenskapliga underlaget är

Evidensstyrka	Förklaring
Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕)	Innebär en stark tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.
Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○)	Innebär viss osäkerhet, men den beräknade effekten ligger sannolikt nära den verkliga effekten.
Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○)	Innebär en begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.
Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)	Innebär ytterst begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten. Vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller studier av likartad kvalitet är varandra motsägande.

Tabell 1b. Evidensgradering av studier enligt GRADE

Graderingen utgår bland annat från studiedesign, studiekvalitet, överförbarhet och studieresultatens säkerhet

Evidensstyrka	Studiedesign	Sänker graderingen	Höjer graderingen för observationsstudier
Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕)	Randomiserade kontrollerade studier (utgår från ⊕⊕⊕⊕)	Bristar i studiernas tillförlitlighet (högst -2)	Stor effekt och inga sannolika förväxlingsfaktorer (confounders) (högst +2)
Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○)		Bristande överensstämmelse mellan studierna (högst -2)	Tydligt dosrespons samband (högst +1)
Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○)	Observationsstudier (utgår från ⊕⊕○○)	Bristande överförbarhet (högst -2)	Förväxlingsfaktorer (confounders) som inte kontrollerats för borde ha bidragit till större effekt om de tagits med i analysen (hög sannolikhet för att effektestimatet är en underskattning av den sanna effekten) (högst +1)
Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)		Bristande precision (högst -2)	-
		Hög sannolikhet för publikationsbias (högst -1)	

Hur vi tagit fram vetenskapligt underlag i riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom

Cirka 30 experter har deltagit i arbetet med att ta fram kunskapsunderlaget. Experterna har arbetat i olika faktagrupper uppdelat på primärvård, hälsa och vård, barn och ungdomar, psykologisk behandling för vuxna och medicinsk behandling för vuxna.

Det är främst åtgärdernas effekt på depressionen eller ångestsyndromet som värderats. Vanliga sätt att mäta detta i studierna har varit andelen som uppnått remission (d.v.s. tillfrisknande eller diagnosfrihet), andelen som uppnått respons (d.v.s. minskning av symtom med minst 50 procent) eller minskning av symtom. Ambitionen har också varit att värdera effektmåttet avbrytande av behandling utifrån GRADE.

För åtgärder som inkluderat antidepressiva läkemedel har jämförelsealternativet oftast varit läkemedelsplacebo. I några enstaka fall finns andra jämförelsealternativ redovisade. När det gäller psykologisk behandling har jämförelsealternativet oftast varit antidepressiva läkemedel, annan psykologisk behandling eller sedvanlig behandling. Psykologisk placebo har i undantagsfall använts som jämförelsealternativ i studierna.

Väntelista som jämförelsealternativ har inte utvärderats eftersom det är troligt att effekten av åtgärden då överskattas. Anledningen till det är att personer som står på en väntelista verkar påverkas av så kallad nocebo (motsatsen till placebo), vilket innebär att tillståndet försämras i jämförelse med de som inte får någon behandling [6]. För psykologisk behandling hos barn och ungdomar har väntelista dock accepterats som ett jämförelsealternativ.

När det vetenskapliga underlaget är otillräckligt

Det finns ibland åtgärder där det saknas vetenskapligt underlag från randomiserade kontrollerade studier eller där evidensstyrkan av andra orsaker bedöms som otillräcklig, vilket innebär att det inte går att uttala sig om effekter, bieffekter eller önskade effekter. Om det samtidigt inte förväntas någon ny forskning om en åtgärd kan Socialstyrelsen därmed överväga om det är möjligt att samla in beprövad erfarenhet av åtgärden. För att kunna vägleda hälso- och sjukvården och för att kunna rangordna tillstånds- och åtgärdspar, krävs då ett ställningstagande om en åtgärd rimligen kan anses medföra större nytta än olägenhet. Ställningstagandet formuleras som ett eller flera påståenden, så kallade konsensuspåståenden.

Socialstyrelsen använder en modell för att systematiskt samla in beprövad erfarenhet. Modellen går ut på att – utifrån ett så kallat konsensusförfarande – bedöma om det råder enighet om en åtgärds effekt. Genom ett anonymt förfarande via en webbaserad enkät får yrkesverksamma inom ett hälso- och sjukvårdsområde – en så kallad konsensuspanel – på egen hand (och inte vid en gemensam samling) ta ställning till en åtgärds nytta och olägenhet utifrån sin beprövade erfarenhet, genom att de instämmer eller inte instämmer i ett eller flera konsensuspåståenden. Konsensus har uppnåtts när minst 75 procent av panelen är samstämmiga i sina svar.

Ett konsensusförfarande kan till exempel vara lämpligt att genomföra om åtgärden är etiskt omöjlig att utvärdera vetenskapligt (till exempel palliativ vård eller livshotande tillstånd). Konsensus lämpar sig dock inte när det finns starka motstående intressen eller åsikter om en åtgärd inom professionen.

Hur vi tagit vara på beprövad erfarenhet i riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom

I den aktuella riktlinjen bedömdes fyra tillstånds- och åtgärdspar lämpliga för att genomgå ett konsensusförfarande. Dessa var psykopedagogisk behandling för barn och ungdomar med antingen depression eller ångestsyndrom, strukturerad suicidriskbedömning hos ungdomar och vuxna med depression eller ångestsyndrom och somatisk anamnes och undersökning för barn, ungdomar eller vuxna med depression eller ångestsyndrom.

Socialstyrelsen tillfrågade följande professions- eller intresseföreningar att nominera personer till konsensuspanelen om psykopedagogisk behandling: Akademikerförbundet SSR (socionomer), Distriktssköterskeföreningen, Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (PRF), Riksförening för barnsjuksköterskor (RfB), Riksföreningen för skolsköterskor, Riksföreningen psykotericentrum (RPC), Svenska barnläkarföreningen, Svenska psykiatriska föreningen (SPF), Svenska skolläkarföreningen, Svensk förening för allmän medicin (SFAM), Svensk förening för barn och ungdomspsykiatri (SFBUP), Svensk kuratorsförening, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges läkare under utbildning i psykiatri (Slup) och Sveriges psykologförbund.

De som accepterade att delta i panelen kom från Akademikerförbundet SSR (socionomer), RfB, RPC, SFBUP, Sveriges psykologförbund och Svensk kuratorsförening.

För konsensuspanelen kring somatisk anamnes och undersökning tillfrågades följande: Distriktssköterskeföreningen, PRF, RPC, SFAM, SFBUP, Slup, SPF, Svenska barnläkarföreningen, Svenska företagsläkarföreningen (SFLF), Svenska kardiologföreningen, Svenska privatläkarföreningen (SPLF), Svenska skolläkarföreningen, Svensk förening för Diabetologi, Svensk förening för klinisk kemi (SFKK), Svensk förening för obesitasforskning (SFO), Svensk sjuksköterskeförening och Svensk internmedicinsk förening (SIM).

De som accepterade att delta i panelen kom från RPC, SFAM, SFBUP, SPF och Svensk sjuksköterskeförening.

För konsensuspanelen kring strukturerad suicidriskbedömning tillfrågades följande organisationer: Akademikerförbundet SSR, Distriktssköterskeföreningen, PRF, RfB, Riksföreningen för skolsköterskor, RPC, Svenska barnläkarföreningen, SPF, Svenska skolläkarföreningen, SFAM, SFBUP, Svensk kuratorsförening, Svensk sjuksköterskeförening, Slup och Sveriges psykologförbund. De som tackade ja till att delta kom från Akademikerförbundet SSR, RfB, RPC, SPF, SFAM, SFBUP, Svensk sjuksköterskeförening och Sveriges psykologförbund. Dessutom nominerades experter med forskningserfarenhet av åtgärden av projektledningen. Experterna kom från Karolinska institutet, Göteborgs, Lunds och Umeå universitet.

Alla konsensuspåståenden skickades till alla i konsensuspanelen, men deltagarna kunde välja att avstå från att ta ställning om man bedömde att man inte hade tillräcklig erfarenhet av frågeställningen. Konsensuspåståendena bestod i de flesta fall av ett eller flera påståenden angående eventuella positiva effekter av åtgärden och ett påstående om eventuella bieffekter eller oönskade effekter. Påståendena berörde inte storleken på effekten. Dessutom efterfrågades deras erfarenhet av om åtgärden kräver några särskilda förutsättningar för att den ska fungera (till exempel faktorer relaterade till acceptans, genomförbarhet och effekter av åtgärden, både på individ- och organisationsnivå).

Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med kunskapsunderlag tar hälsoekonomiska experter fram underlag om åtgärdens kostnadseffektivitet vid det aktuella hälsotillståndet och vilken evidens som finns för det.

Även de hälsoekonomiska experterna gör en systematisk litteraturgenomgång för att hitta publicerade hälsoekonomiska utvärderingar med relevans för de aktuella tillstånds- och åtgärdsparen inom riktlinjeområdet. Tillstånd och åtgärder i dessa sökningar utgår från samma sökord som i de övriga vetenskapliga underlagen. När riktlinjen innehåller flera möjliga åtgärder för ett tillstånd görs en samlad sökning för alla åtgärderna. De effektmått som vi helst använder för att värdera kostnadseffektiviteten inom hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår.

I de fall där vi gör bedömningen att studien är av god kvalitet och relevant för svenska förhållanden anger vi att evidensen är god (tabell 2a). I de fall där vi gör bedömningen att studien är av god kvalitet men har vissa brister när det gäller relevans för svenska förhållanden redovisar vi det som viss evidens. När det saknas relevanta studier gör experterna ofta egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar. Kostnadseffektiviteten klassificerar vi sedan enligt fyra kategorier eller som inte bedömbart när det saknas ett underlag för att beräkna den (tabell 2b).

Tabell 2a. Klassificering av den hälsoekonomiska evidensen

Hälsoekonomisk evidens klassas enligt fyra kategorier (förutsatt att studien är relevant) beroende på hur vi tagit fram underlaget

Hälsoekonomisk evidens	Beskrivning
God	Studie av god kvalitet med säkra resultat.
Viss	Studie av godtagbar kvalitet.
Kalkylerad	Fördjupade kalkyler.
Skattad	Egen bedömning, framtagen i dialog med faktagruppens experter.

Tabell 2b. Klassificering av kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) eller vunnet levnadsår

Klassificering av kostnad	Beskrivning
Låg	Under 100 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Måttlig	100 000–499 999 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Hög	500 000–1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Ej bedömd	Åtgärdens effekt har inte bedömts.

Hur vi tagit fram det hälsoekonomiska underlaget i riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom

De hälsoekonomiska bedömningarna i riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom bygger främst på skattningar av kostnadseffektiviteten. Socialstyrelsen har enbart bedömt kostnaderna för behandlingsåtgärder vid lindrig till medelsvår depression. Anledningen är att vi i vårt arbete med att rangordna tillstånd- och åtgärdspar i första hand utgår från tillståndets svårighetsgrad och åtgärdens effekt. För svåra tillstånd eller åtgärder med god ef-

fekt är den hälsoekonomiska aspekten av underordnad betydelse vid rangordningen. Vid lindrigare tillstånd eller åtgärder med liten eller oklar effekt är dock åtgärdens kostnadseffektivitet av större betydelse. De bedömda kostnaderna omfattar direkta kostnader som belastar hälso- och sjukvården och har skattats utifrån data i olika rapporter, publikationer och prislistor.

Myndighetens bedömning visar att samtliga behandlingskostnader vid lindrig till medelsvår egentlig depression understiger 17 000 kronor under ett år (se bilaga 1, *Kostnader för åtgärder vid egentlig depression*, i detta dokument). Kostnaderna motsvarar en behandlingsomgång. För att kostnaden ska bedömas som låg per kvalitetsjusterat levnadsår, vilket definieras som mindre än 100 000 kronor enligt Socialstyrelsens bedömningsintervall, krävs alltså en motsvarande ökning av livskvalitetsindex med minst 0,17. I en stor svensk studie av patienter inom primärvården som påbörjat och fullföljt läkemedelsbehandling eller psykologisk behandling vid depression uppmättes i medel en ökning i livskvalitetsindex efter 6 månader till 0,16 vid lindrig, 0,22 vid medelsvår samt 0,35 vid svår depression [7]. Baserat på dessa beräkningar är det rimligt att anta att samtliga behandlingsåtgärder vid lindrig till medelsvår depression är kostnadseffektiva ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Beräkningarna av kostnadseffektiviteten har utgått från tillståndet depression. Majoriteten av åtgärderna vid ångestsyndrom är desamma eller liknar dem som för lindrig till medelsvår depression. Myndighetens antagande är därför att samtliga åtgärder vid både depression och ångestsyndrom är kostnadseffektiva. Överförbarheten av den beräknade kostnadseffektiviteten från lindrig till medelsvår depression till ångestsyndrom innefattar dock ett visst mått av osäkerhet. Dock har både psykologisk behandling och läkemedelsbehandling god effekt vid båda tillstånden, vilket stödjer antagandet att kostnadseffektiviteten går att överföra till övriga tillstånd.

Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder

Socialstyrelsen utformar ett förslag till rangordning där varje tillstånds- och åtgärdspar får en rekommendation efter angelägenhetsgrad baserad på en samlad bedömning av tillståndets svårighetsgrad, effekten av åtgärden och dess evidens samt kostnadseffektiviteten.

Rangordningen utgår från hälso- och sjukvårdens etiska plattform i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60) och kunskapsunderlagen. I arbetet finns representation från olika yrkesgrupper inom riktlinjeområdet (till exempel läkare, socionomer, sjuksköterskor, psykologer och sjukgymnaster) och aktuella vårdnivåer (primär- och närsjukvård, länssjukvård, regionsjukvård). I arbetet finns även representation från olika delar av landet.

Åtgärderna rangordnas i en skala från 1 till 10. Siffran 1 anger åtgärder med högst prioritet. Siffran 10 anger åtgärder som ger mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till kostnaden vid det aktuella tillståndet.

Varje riktlinjeområde rangordnas för sig, och man jämför de olika åtgärderna för ett tillstånd inom just det området. Siffran 5 betyder inte nödvändigtvis samma sak i riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom som i riktlinjerna för hjärtsjukvård. Inte heller ska en åtgärd som har fått siffran 1 i en riktlinje ställas mot en som fått siffran 3 i en annan. Däremot är ramar för rangordningen densamma i alla riktlinjer:

- Åtgärder med dokumenterad effekt eller stöd i beprövad erfarenhet kan rangordnas mellan 1 och 10.
- Svåra hälsotillstånd och effektiva åtgärder rangordnas högre än mindre allvarliga sjukdomstillstånd och mindre effektiva åtgärder.
- Åtgärder med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden rangordnas högre än åtgärder med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Åtgärder som kan betecknas som andrahandsval rangordnas lägre än förstahandsvalet. Hur mycket lägre rangordningen blir beror på hur mycket sämre effekten eller kostnadseffektiviteten är.

Förutom rangordningssiffrorna kan tillstånds- och åtgärdspar bli klassificerade som så kallade *icke-göra*-rekommendationer eller *FoU*-rekommendationer. *Icke-göra* innebär att åtgärden ska utmönstras ur hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten för att

- det finns vetenskaplig dokumentation för att åtgärden inte har någon effekt (eller mycket sämre effekt än annan behandling)
- balansen mellan negativa och positiva effekter är påtagligt ogynnsam för individen
- fyndet av den diagnostiska åtgärden inte påverkar den fortsatta handläggningen.

FoU står för forskning och utveckling och innebär att åtgärden endast ska genomföras inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering för att

- det saknas ett vetenskapligt underlag för effekten
- det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och ytterligare forskning kan tillföra ny kunskap.

När Socialstyrelsen uppdaterar riktlinjer inom ett område tittar vi särskilt igenom det vetenskapliga underlaget för FoU-rekommendationerna för att se om ny kunskap tillkommit så att vi kan rangordna dessa.

Hur vi rangordnat tillstånd och åtgärder i riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom

Rekrytering av representanter till prioriteringsarbetet har bland annat skett genom Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården (NSK). Eftersom det var ett antal yrkesgrupper som inte fanns representerade efter denna rekrytering gjordes även en riktad förfrågan via följande professionsföreningar: Akademikerna SSR (socionomer), Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, Kommunal skötarförening, Riksföreningen för

skolsköterskor, SFAM, SFBUP, Sjukgymnastförbundet, SPF, Svensk äldrepsykiatrisk förening och Sveriges psykologförbund.

Prioriteringsgruppen har bestått av 24 personer med bred kompetens och praktisk erfarenhet av vård vid depression och ångestsyndrom inom landstingens primärvård, psykiatriska vård och barn- och ungdomspsykiatri. Gruppen har bland annat inkluderat verksamhetschefer och enhetschefer inom hälso- och sjukvård. Yrkesgrupper som varit representerade är arbetsterapeuter, fysioterapeuter, kuratorer, läkare (specialister i allmänmedicin samt barn- och vuxenpsykiatri), psykologer, psykoterapeuter, sjuksköterskor (distriktsköterskor och specialistsjuksköterskor i psykiatri) och socionomer. Dessutom har två representanter från patient- och närståendeorganisationerna Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) och Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) ingått i prioriteringsgruppen. De har haft samma möjligheter att påverka rangordningen som övriga deltagare.

Hur vi tar fram nationella indikatorer

För varje riktlinje tar Socialstyrelsen fram nationella indikatorer. Indikatorerna är olika slags mått som man kan använda för att följa upp att hälso- och sjukvården utför de åtgärder som riktlinjerna rekommenderar samt olika kvalitetsaspekter i den vård som erbjuds. En indikator kan exempelvis vara andelen personer med depression som får kognitiv beteendeterapi, andelen personer med diabetes som röker, väntetid till kranskärlsröntgen vid stabil kärlkramp och 5-årsöverlevnad vid bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer.

En indikator ska

- ha vetenskaplig rimlighet (så kallad validitet), det vill säga bygga på en kunskapsbas (vetenskap eller beprövad erfarenhet) om vad som utmärker god vård och omsorg och att den verkligen mäter det den avser mäta
- vara relevant, det vill säga ha betydelse för områden där det finns problem, behövs förbättringar och där vård- och omsorgssystemet respektive socialtjänsten kan påverka det som indikatorn mäter
- vara mätbar, det vill säga vara beskriven så att den kan mätas på ett tillförlitligt sätt – exempelvis ska termer och begrepp vara tydligt definierade.

Hur vi tagit fram indikatorer i riktlinjerna för vård vid depression och ångest

Indikatorerna är fördelade på depression och ångestsyndrom hos barn och ungdomar (12 indikatorer) och depression och ångestsyndrom hos vuxna (17 indikatorer) samt 7 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 [8].

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 framöver får samla in insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare [9] kommer sannolikt på några års sikt att göra det lättare att följa upp flera av indikatorerna. Förhoppningen är att förutsättningarna för uppföljning kommer att förbättras ytterligare framöver då det också finns förslag på att utveckla patientregistret till att även omfatta primärvårdens insatser.

Socialstyrelsen har även tagit fram data för indikatorerna, när detta är möjligt. För respektive indikator redovisas vilka data som i dagsläget är möjliga att ta fram med befintliga datakällor. Myndigheten har även presenterat en lägesbild för ett urval av 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 [10]. Målnivåerna publiceras i den slutliga versionen av riktlinjerna hösten 2017.

Hur vi arbetar med stöd för styrning och ledning

Som ett stöd för styrningen och ledningen i hälso- och sjukvården väljer Socialstyrelsen ut ett antal tillstånds- och åtgärdspar som myndigheten benämner som centrala rekommendationer. Oftast gäller det åtgärder som hälso- och sjukvården inte utför i tillräcklig utsträckning i dag men borde utföra, och åtgärder som de utför i dag men inte borde utföra. Det handlar alltså om de rekommendationer som i störst utsträckning kan komma att påverka praxis och resursfördelningen inom området.

För att stödja mottagarna att tolka och tillämpa de rekommendationer som har en rangordning (1–10) formulerar Socialstyrelsen rekommendationerna som åtgärder som hälso- och sjukvården *bör*, *kan* eller *kan i undantagsfall* erbjuda vid ett visst tillstånd. Formuleringen *bör* används för rekommendationer med rangordning 1–3, *kan* för 4–7 och *kan i undantagsfall* för 8–10.

Myndigheten beskriver även de ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som de centrala rekommendationerna kan förväntas leda till, i jämförelse med nuvarande praxis. Beräkningen av de ekonomiska konsekvenserna utgår från en bedömning av gapet mellan dagens användning i praxis inom området och en förväntad nivå när Socialstyrelsens rekommendation införs i hälso- och sjukvården. Data och uppgifter hämtas från kvalitetsregister, Socialstyrelsens hälsodataregister, databaser hos Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Statistiska centralbyrån och Sveriges kommuner och lands- ting samt publicerade studier och rapporter. Dessutom har vi en dialog med

experter och professioner inom området. Samma typ av underlag används för att göra bedömningen av de organisatoriska konsekvenserna.

I det fortsatta arbetet fram till en slutlig version utgörs ytterligare underlag av de analyser av rekommendationernas konsekvenser som sjukvårdsregionerna själva gör, som en del av förberedelserna och genomförandet av regionala seminarier. Dessa analyser är viktiga i det fortsatta arbetet fram till en slutlig version.

De centrala rekommendationerna presenteras i dokumentet *Stöd för styrning och ledning*.

Hur vi arbetat med stöd för styrning och ledning i riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom

Prioriteringsgruppen har med stöd av projektledningen valt ut ett antal viktiga tillstånds- och åtgärdspar som så kallade centrala rekommendationer. Beskrivningen av de ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som riktlinjen kan förväntas leda till har försvårats av att det i stor utsträckning saknas data på nationell nivå om vilka åtgärder som utförs och i vilken utsträckning dessa utförs av hälso- och sjukvården.

Hur vi för en diskussion om riktlinjerna

Socialstyrelsen ger först ut en remissversion av riktlinjerna. Remissversionen diskuteras på regionala eller nationella seminarier för beslutsfattare. Sjukvårdsregioner, landsting och kommuner förbereder seminariet. De gör bland annat en beskrivning av praxis och en analys av hur riktlinjerna kan komma att påverka deras verksamhet. Det finns även möjlighet för övriga intressenter, såsom yrkesföreningar, patient- och brukarorganisationer och allmänheten att lämna skriftliga synpunkter på remissversionen.

Konsekvensanalyserna och synpunkterna är viktiga för Socialstyrelsen i det fortsatta arbetet med att ta fram en slutlig version av riktlinjerna.

När de regionala eller nationella seminarierna är genomförda och Socialstyrelsen har tagit ställning till eventuella skriftligt inkomna synpunkter ger vi ut en slutlig version av riktlinjerna.

Hur vi fört en diskussion om riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom

Mellan januari och mars 2017 genomförde de sex sjukvårdsregionerna, Norra, Sydöstra, Stockholm-Gotland, Södra, Uppsala-Örebro och Västra, seminarier med Socialstyrelsen som deltagande part för att diskutera riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom. Respektive region lämnade sedan skriftliga synpunkter på remissversionen. Under våren 2017 fördes även dialog med olika intressenter, t.ex. med en författargrupp till FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) samt representanter från SANE (Förbundet Autoimmuna Encefaliter med Psykiatrisk Presentation). Synpunkter på remissversionen togs emot till och med 31 mars

2017. De inkomna synpunkterna har sammanställts och värderats, och resulterat i att cirka hälften av rekommendationerna justerats. Justeringarna har gällt allt från språklig bearbetning och komplettering av enstaka referenser till att kunskapsunderlag för aktuellt tillstånd och åtgärd uppdaterats med nya studier, som kvalitetsgranskats och evidensgraderats. Det uppdaterade kunskapsunderlaget har sedan legat till grund för en ny diskussion om prioritering och rekommendation för aktuellt tillstånds- och åtgärdspar.

Under remissperioden kom det önskemål om att jämföra Socialstyrelsens riktlinjer för depression med andra länders motsvarande riktlinjer. På uppdrag av Socialstyrelsen genomförde Sirona en internationell jämförelse mellan ett flertal länders aktuella nationella riktlinjer för psykologisk behandling, fysisk aktivitet och kombinationsbehandling (psykologisk och läkemedelsbehandling) vid depression hos barn och vuxna.

Referenser

1. Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-6-27.
2. Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2015. Rapport 233.
3. Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre. Fokus på antidepressiva läkemedel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport 2016-6-60.
4. Äldre psykiatri. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen; 2013.
5. Grade Working group. GRADE. Hämtad 2016-11-08 från <http://www.gradeworkinggroup.org/>.
6. Furukawa, TA, Noma, H, Caldwell, DM, Honyashiki, M, Shinohara, K, Imai, H, et al. Waiting list may be a placebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2014; 130(3):181-92.
7. 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.
8. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från Info VU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
9. Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Hämtad 2107-09-28 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2001707-om-patientregister-hos_sfs-2001-707.
10. Vård vid depression och ångestsyndrom. Målnivåer för indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017 Rapport 2017-12-1.

Bilaga 1. Kostnader för åtgärder vid egentlig depression

Direkta kostnader för åtgärder vid lindrig till medelsvår egentlig depression

Hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan

Åtgärd	Rad	Omfattning	Kostnad (SEK) ¹	Referens
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	19, 68	Behandlingsserie om 9–10 behandlingstillfällen	6 163–10 090	[1-3]
Interpersonell psykoterapi (IPT)	20, 69	Samma som ovan ²	Samma som ovan ²	Samma som ovan ²
Psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT)	21, 70	Samma som ovan ³	Samma som ovan ³	Samma som ovan ³
Systemisk familjeterapi	22	Behandlingsserie om 5–16 behandlingstillfällen	5 000–16 000 ⁴	[4-6]
Anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT)	23	Behandlingsserie om 12–17 behandlingstillfällen	12 000–17 000 ⁴	[4, 7]
Fysisk aktivitet	62	FaR, ersättning per utfärdande och uppföljning	300–750 ⁵	[8]
Mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT)	64	Behandlingsserie om 8 behandlingstillfällen i grupp ⁶	3 900–4 875 ⁷	[9-12]
Antidepressiva läkemedel	24, 73	Behandling under 6 månader	145 (SSRI) ⁸ 150 (SNRI) ⁹ 576 (TCA) ¹⁰	[13]
Kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och psykologisk behandling (KBT, IPT, PDT)	76	Se rad 19, 68 och 73	6 308–10 666 ¹¹	Se rad 19, 68 och 73

¹Angiven kostnad avser definierad omfattning.

²IPT är oftast upphandlad i samma avtal som KBT, då dessa behandlingar omfattas av rehabiliteringsgarantin. Kostnaderna anses vara desamma i Socialstyrelsens rapport 2014-10-5.

³Upphandlad tillsammans med KBT och IPT i t.ex. Region Örebro län, Region Skåne och landstinget Sörmland.

⁴Medelpris per tillfälle 1 000 kronor.

⁵Variation mellan olika landsting för ersättning av Fysisk aktivitet på recept (FaR), utfärdande och uppföljning.

⁶Antal behandlingstillfällen baserat på "Mindfulness för patienter med psykisk ohälsa" (Landstinget i Östergötland 2013).

⁷Kostnad för kurs med angiven omfattning från privata leverantörer anses motsvara eventuell upphandlingskostnad.

⁸Sertralin 100 mg, 2 x 100 st. Patientens egenavgift inkluderad.

⁹Venlafaxin 75 mg, 2 x 100 st. Patientens egenavgift inkluderad.

¹⁰Klomipramin 3 x 25 mg, 3 x 200 st. Patientens egenavgift inkluderad.

¹¹Lägsta eller högsta pris för kombination förutsatt att resp. behandling ges som rekommenderat för enskild behandling.

Referenser

1. SBU. Internetföremödd psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom. Bilaga 1. Beräkningar av interventionskostnader. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.sbu.se/contentassets/fac9076d117343f59246dc5b25bc274a/bilaga-1-interventionskostnadsberakningar.pdf>.
2. Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Rapport 2014-10-5.
3. Region Östergötland. KBT/IPT nu och 2014. Hämtad 2016-05-27 från <http://www2.lio.se/pages/207286/KBT-%20nu%20och%202014.pdf>.
4. Samrådsforum. Familjeterapi. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.samradsforum.se/familjeterapi.htm>.
5. David-Ferdon, C, Kaslow, NJ. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008; 37(1):62-104.
6. Landstinget i Värmland, avtal psykoterapi. Hämtad 2016-05-27 från <https://www.e-avrop.com/liv/e-avtal/default.aspx>.
7. Israel, P, Diamond, GS. Feasibility of Attachment Based Family Therapy for depressed clinic-referred Norwegian adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2013; 18(3):334-50.
8. Johansson H. Ekonomiska styrsystem och sjukdomsförebyggande insatser i primärvården. En sammanställning av landstingens/regionernas regelverk för år 2013. På uppdrag av Socialstyrelsen. Hämtad 2016-05-27 från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Delrapport-ekonomiska-styrsystem.pdf>.
9. Holmberg T, Hulting K. Mindfulness för patienter med psykisk ohälsa. Rapport 2011:3. Hämtad 2016-05-27 från <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:504748/FULLTEXT01.pdf>.
10. Mindfulnessgruppen. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.mindfulnessgruppen.se/effekter-av-mindfulness/nedstamdhhet/>.
11. Psykosyntesinstitutet. Hämtad 2016-05-27 från <http://www.psykosyntesinstitutet.se/kurserutbildningar/mindfulness/>.
12. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulnessbaserad kognitiv terapi vid depression. Stockholm: Natur & Kultur; 2014.
13. TLV. Periodens varor april 2015. Hämtad 2015-04-14 från <http://www.tlv.se/apotek/utbyte-av-lakemedel-pa-apotek/periodens-varor/>.