

Nationella riktlinjer – Målnivåer

Vård vid depression och ångestsyndrom

Målnivåer för indikatorer

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

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

Artikelnummer 2017-12-1
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2017

Förord

Socialstyrelsen fastställer målnivåer för indikatorer inom de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel i en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan vårdåtgärd. Målnivåerna ger hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt bidrar till att alla patienter får en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Det finns hittills målnivåer inom åtta riktlinjeområden.

Socialstyrelsen har nu tagit fram nationella målnivåer för vård vid depression och ångestsyndrom. Syftet är att följa upp landstingens och regionernas arbete med att nå de fastställda målnivåerna och göra eventuella justeringar om resultatet visar att de ligger för högt eller för lågt i förhållande till önskvärd nivå. Målnivåerna kan också justeras om kunskapsläget inom området förändras.

Projektledare för arbetet har varit Riitta Sorsa som tillsammans med Vera Gustafsson har utgjort projektets arbetsgrupp. Externa experter har varit Malin André, Tobias Edbom, Lars von Knorring, Agneta Schröder och Cecilia Svanborg. Utöver dessa har även en större konsensusgrupp bestående av sakkunniga, huvudmannaföreträdare och representanter för patientorganisationer arbetat med att ta fram målnivåerna. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdragets förutsättningar	8
Om uppdraget	8
Målnivåmodellen	8
Om indikatorerna	12
Om målnivåerna	12
Datakällor.....	12
Socialstyrelsens nationella målnivåer	14
Depression och ångestsyndrom hos barn och ungdomar	15
Indikator B1.4. Strukturerad bedömning av beroendeproblematik.....	15
Indikator B1.5. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk	17
Indikator B2.1 Psykopedagogisk behandling med fokus på depression eller ångestsyndrom.....	19
Indikator B2.2 Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid egentlig depression.....	21
Indikator B2.3 Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom	23
Depression och ångestsyndrom hos vuxna.....	25
Indikator V1.4 Diagnostisering med klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju	25
Indikator V1.6. Strukturerad bedömning av beroendeproblematik	27
Indikator V1.7. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk.....	29
Indikator V2.1 Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT för personer med egentlig depression.....	31
Indikator V2.2 Psykologisk behandling med KBT för personer med ångestsyndrom	33
Indikator V2.4 Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom	35
Indikator V2.7 Behandling med ECT vid svår egentlig depression	37
Referenser	39
Bilaga. Deltagarförteckning	40

Sammanfattning

Utgångspunkten för detta målnivåarbete är de indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Socialstyrelsens expertgrupp har gjort ett urval av indikatorerna, som bedöms vara lämpliga att målsätta. Arbetet har bedrivits i ett konsensusförfarande med medicinska experter, företrädare för huvudmännen samt andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund. Konsensusgruppen har diskuterat sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån de befintliga underlagen. Efter genomfört arbete har Socialstyrelsen fastställt följande tolv målnivåer:

Tabell 1. Socialstyrelsens målnivåer för depression och ångestsyndrom

	Nr	Indikator	Målnivå*
Ungdomar	B1.4	Strukturerad bedömning av beroendeproblematik	≥80 %
Ungdomar	B1.5	Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk	≥90 %
Barn och ungdomar	B2.1	Psykopedagogisk behandling med fokus på depression eller ångestsyndrom	≥80 %
Ungdomar	B2.2	Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid egentlig depression	≥60 %
Ungdomar	B2.3	Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom	≥70 %
Vuxna	V1.4	Diagnostisering med klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju	≥80 %
Vuxna	V1.6	Strukturerad bedömning av beroendeproblematik	≥80 %
Vuxna	V1.7	Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk	≥90 %
Vuxna	V2.1	Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT vid egentlig depression	≥60 %
Vuxna	V2.2	Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom	≥70 %
Vuxna	V2.4	Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom	≤ 10 %
Vuxna	V2.7	Behandling med ECT vid svår egentlig depression	≥40 %

* Målnivåer gäller övergripande för en hel patientgrupp.

Numreringen i tabellen ovan baseras på vilket nummer indikatorn har i indikatorbilagan, som innehåller samtliga riktlinjeindikatorer [1].

De målnivåer som presenteras i denna rapport har i flera fall hamnat på en hög nivå i förhållande till de resultat som vissa landsting och regioner presterar idag. För många landsting och regioner kan det därför vara en utmaning att nå målen, men det är viktigt att komma ihåg att de är just mål och att det kan ta tid innan hälso- och sjukvården kan nå dit.

Uppdragets förutsättningar

Om uppdraget

Det främsta syftet med att fastställa målnivåer för indikatorer är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att alla patienter får en god vård i enighet med lagstiftningens intentioner. Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vården av sjukdomar som drabbar många personer, och som ofta leder till kroniska och/eller långvariga sjukdomsförlopp.

Målnivåerna lämpar sig för uppföljning och utvärdering på nationell nivå, men syftar också till att underlätta förbättringsarbete på regional och lokal nivå. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Målnivåmodellen

Vad är en målnivå?

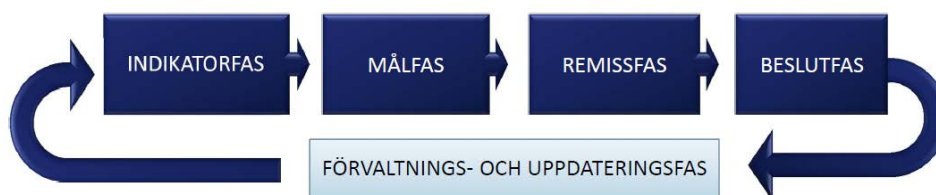
Målnivåer visar ofta hur stor andel av en patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Till exempel kan en målnivå ange att 70 procent av patienterna med ett sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna har tagits fram genom ett konsensusförfarande i flera steg, ofta baserat på kännedom om till exempel biverkningsfrekvenser eller förekomst av kontraindikationer. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer, som beskrivs utförligare längre fram i detta kapitel.

Målnivåer gäller övergripande för en hel patientgrupp och ska inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan till exempel vara den önskvärda nivån för blodtryck, BMI-värde eller blodfetter. Behandlingsmålen syftar ofta till att förebygga eller undvika följsjukdomar och komplikationer hos den enskilda patienten.

Målnivåmodellen

Den modell som ligger till grund för målnivåarbetet består av fem faser. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt i arbetet.

Figur1. Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfas

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av indikatorer, och att formulera dessa så att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms vara lämpliga att målsätta. Detta sker tillsammans med en grupp sakkunniga som deltagit i riktlinjeprocessen alternativt har en ledande roll i de kvalitetsregister som levererar uppgifter till det statistiska underlaget.

Bedömningen av huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår från vissa specifika kriterier. Indikatorerna ska:

- vara aktuella för ämnesområdet
- vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka
- ha en tydlig riktning (högt eller lågt resultat är att föredra)
- helst ha stabila och tillförlitliga nationella datakällor.

När urvalet av indikatorer har genomförts sker en beställning av uppgifterna från berörda register. Dessa uppgifter sammanställs till diagram och tabeller. Den statistiska sammanställningen ingår i underlaget till konsensusprocessen.

Målfas

I målfasen får en större konsensusgrupp komma överens om ett gemensamt förslag till målnivåer utifrån befintliga underlag.

Konsensusgruppen består av huvudmannarepresentanter från varje hälso- och sjukvårdsregion, sakkunniga inom olika områden samt företrädare för berörda patientföreningar.

Som inledning till målfasen genomförs en modifierad Delhiprocess i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delhiprocessen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag (i de fall sådana finns tillgängliga) samt expertgruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensusgruppens deltagare. Deltagarna röstar på egen hand på det målnivåförslag som de anser vara rimligast, med möjlighet att också kommentera sitt val eller ange ett eget förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställs, varefter enkäten och den anonymiserade sammanställningen skickas ut till gruppen igen. Sammanställningen av resultaten och kommentarerna skickas ut som ett underlag till konsensusmötet.

Konsensusmötet för målnivåer inom vård vid depression och ångestsyndrom genomfördes den 28 mars 2017.

Remissfas

Under remissfasen får berörda intressenter möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Därefter är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar eller strykningar inför beslutsfasen.

Remissmottagarna för målnivårapporterna inom vård vid depression och ångestsyndrom är landstingen och regionerna, berörda specialitetsföreningar samt patientföreningar.

Beslutsfas

När eventuella justeringar efter remissrundan är gjorda fastställer och publicerar Socialstyrelsen målnivåerna.

Förvaltnings- och uppdateringsfas

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, till exempel när kunskapsläget inom området förändras. Det är också av intresse att följa på vilket sätt målnivåerna används på lokal, regional och nationell nivå.

Användningsområden för nationella målnivåer

Målnivåerna ger landstingen och regionerna tydliga, mätbara mål att arbeta mot. Utöver detta finns det en rad andra områden där målnivåer kan användas för att styra och leda hälso- och sjukvården. Bland annat kan de användas som underlag till utvecklings- och förbättringsarbeten samt till uppföljning på lokal och regional nivå. Av flera anledningar är målnivåer dock inte lämpade som utgångspunkt för ekonomisk ersättning till verksamheter inom landstingen och regionerna.

Uppföljning och utvärdering

I samband med uppföljning och utvärdering av vården kan målnivåer vara ett värdefullt verktyg för att bedöma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. Genom att mäta skillnaderna mellan faktisk och önskvärd nivå är det i de fall det finns tillförlitliga kostnadsdata även möjligt att beräkna vilka kostnader eller besparingar som måluppfyllelsen skulle innebära, alternativt vilka merkostnader som uppkommer vid val av mindre lämpliga behandlingar.

Socialstyrelsen använder målnivåerna i bland annat indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet samt i utvärderingar av följsamheten till riktlinjeområden.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera landsting och regioner använder idag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister för att kontinuerligt följa kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För dessa landsting och regioner kan målnivåer vara ett stöd i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll hälso- och sjukvården bör sträva åt. På verksamhetsnivå kan de också användas för att utveckla vårdprocesser

och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

De målnivåer som Socialstyrelsen fastställer är ibland högt satta i förhållande till det aktuella läget i landet. Detta innebär att det kan komma att ta tid för hälso- och sjukvården att nå de uppsatta målen.

Ekonomiska ersättningsmodeller

Det förekommer att landstingen och regionerna tillämpar ersättningsmodeller där verksamheter som uppnår ett visst mål för en viss indikator får ekonomisk kompensation från landstinget och regionerna. Dessa ersättningsmodeller kan ha olika struktur och de lokalt satta målen kan skilja sig åt. Ersättningsmodeller kopplade till nationella målnivåer kan medföra risker som är viktiga att ta i beaktande. Nedan sammanfattas de tre vanligaste riskerna.

Alltför generellt beskrivna indikatorer

Om indikatorn är alltför generellt beskriven eller om de begrepp som ingår i indikatorn inte har definierats i tillräckligt hög grad kan resultatet bli svårtolkat. Om indikatorn ingår i ett ekonomiskt ersättningssystem innebär detta att fördelningen av resurser utifrån indikatorns resultat riskerar att bli godtyckliga. Trots att vissa indikatorer inte passar i ett ersättningssystem kan de fortfarande utgöra värdefulla verktyg för att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet över tid.

Risk för förändrade registreringsrutiner

När ett landsting eller region kopplar måloppfyllelse för en indikator till ekonomisk ersättning finns en risk att verksamheterna inte arbetar enbart för att höja kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av olika orsaker inte har fått den rekommenderade behandlingen kan i lägre grad rapporteras till registret än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i kvalitetsregister och hälsodataregister blir mindre tillförlitliga. Detta kan i sin tur få konsekvenser för såväl registerbaserad forskning som kvalitetsuppföljning.

Negativa effekter för patienterna

I vissa fall avgränsas indikatorer till att gälla en viss åldersgrupp eller en grupp i ett visst sjukdomsstadium. Anledningen till detta är i de flesta fall teknisk. Genom att avgränsa indikatorn till en grupp som i hög grad ska ha en viss åtgärd görs den skarpare, vilket leder till att målnivån kan sättas högre. Detta innebär dock inte per automatik att det endast är denna grupp som kommer i fråga för den aktuella åtgärden. Även andra patientgrupper kan dra nytta av den.

Vid redovisningar av öppna jämförelser och nationella utvärderingar av landstingen och regionernas följsamhet till nationella riktlinjer betraktas detta som en självklarhet, men om denna typ av mätteknisk redovisning kopplas samman med en ekonomisk ersättningsmodell finns det en risk att de grupper som inte ingår i indikatorns avgränsning i lägre grad får den rekommenderade åtgärden. Det gäller i synnerhet om åtgärden är resurskrävande.

Om indikatorerna

Socialstyrelsen har hämtat indikatorerna från den indikatorlista som ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom från 2017 [2]. Indikatorerna har tagits fram under riktlinjearbetet och syftar till att spegla hälso- och sjukvårdens tillämpning av rekommendationerna i riktlinjerna.

Det faktum att indikatorerna speglar hälso- och sjukvårdens tillämpning av viktiga rekommendationer i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har arbetats fram tillsammans med experter som också deltog i riktlinjearbetet. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär inte att samtliga är lämpliga för målnivåsättning.

Om målnivåerna

Förutsättningarna för att ta fram målnivåer inom området depression och ångest skiljer sig från en del andra områden, där det både finns god tillgång till dataunderlag och vetenskapligt stöd för att en viss andel av patienterna ska få en specifik behandling. Socialstyrelsen har ändå gjort bedömningen att det är angeläget att ta fram målnivåer, för att stimulera utvecklingen inom områden där det idag finns stora brister. Detta gäller till exempel tillgången till psykologisk behandling.

Det är dock viktigt att målnivåerna utvärderas regelbundet och justeras om det visar sig att de ligger alltför högt eller lågt i förhållande till önskvärd nivå. Målnivåerna kan också justeras om kunskapsläget inom området förändras.

Ett viktigt syfte med målnivåerna är att stimulera förbättringsarbete på lokal och regional nivå. De målnivåer som presenteras i denna rapport har i flera fall hamnat på en hög nivå i förhållande till de resultat som vissa landsting och regioner presterar idag. För många landsting och regioner kan det därför vara en utmaning att nå målen, men det är viktigt att komma ihåg att de är just mål och att det kan ta tid innan hälso- och sjukvården kan nå dit. Beroende på utgångsläget kan landstingen och regionerna själva ta fram delmål för att så småningom nå det eftersträfvansvärda målet.

Datakällor

Att ta fram indikatorer och målnivåer för vården av personer med depression eller ångestsyndrom har på många sätt varit en utmaning, eftersom det delvis saknas nationella datakällor. Heltäckande nationella register är inte en nödvändig förutsättning för att ta fram målnivåer, men arbetet underlättas avsevärt om det redan finns utarbetade indikatorer och tillförlitliga data som beskriver hur vården och omsorgen ser ut idag.

Kvalitetsregister

Det enda området inom vården av personer med depression eller ångestsyndrom som har hög täckningsgrad är kvalitetsregistret ECT.

Kvalitetsregistret för barn- och ungdomspsykiatri Q-bup är under uppbyggnad och i dagsläget är det för få landsting och regioner som deltar för att man ska kunna använda data från registret i arbetet med att ta fram nationella målnivåer.

Även det nationella kvalitetsregistret för internetbehandling SibeR är under utveckling. Registret startade 2015 och hade under 2016 datainsamling från tre landsting och regioner. Genom att internetbehandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) nu införs inom både primärvård och psykiatri i alla landsting förväntas deltagandet i kvalitetsregistret öka. Det finns dock inget kvalitetsregister för psykologisk behandling som utförs via sedvanliga kontakter.

PrimärvårdsKvalitet vid Sveriges Kommuner och Landsting utvecklar indikatorer som bygger på aggregerade data från landstingen och regionernas journalsystem. Detta kan också fungera som en datakälla för målnivåindikatorerna framöver.

Socialstyrelsens register

Underlag till målnivåarbetet har även hämtats från patientregistret och läkemedelsregistret, som administreras av Socialstyrelsen.

Möjligheterna att hämta data från patientregistret är dock relativt begränsade. Detta beror dels på att medicinska åtgärds-koder för depression och ångestsyndrom inte registreras i tillräcklig utsträckning, vilket är en förutsättning för att det ska gå att följa upp vilka behandlingsinsatser som ges. Utöver detta får inte data om insatser som utförs inom primärvården samlas in enligt gällande lagstiftning, vilket påverkar möjligheterna till uppföljning.

Fortsatt utveckling av datakällor

Arbetet med målnivåerna har visat att det saknas uppgifter för att kunna följa upp många av de rekommendationer och indikatorer som har tagits fram inom ramen för riktlinjearbetet. Det är därför av största vikt att datakällorna fortsätter att utvecklas, till exempel genom bättre dokumentation. Regeringens beslut [3] om att Socialstyrelsen framöver får samla in data om insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatriområdet kommer också på några års sikt att göra det lättare att följa upp flera av indikatorerna.

Socialstyrelsens nationella målnivåer

I följande kapitel presenteras Socialstyrelsens målnivåer för de indikatorer som i nuläget bedömts vara aktuella som målnivåindikatorer samt motivering till målnivån. Redovisningen följer samma disposition för samtliga indikatorer:

- ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta
- en teknisk beskrivning av indikatorn med täljare och nämnare angiven
- Socialstyrelsens fastställda nationella målnivå, inklusive en motivering

Depression och ångestsyndrom hos barn och ungdomar

Indikator B1.4. Strukturerad bedömning av beroendeproblematik

Indikatorn visar andelen ungdomar med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad bedömning av beroendeproblematik.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Många psykiska sjukdomar och syndrom kan i ett första skede likna varandra symtomässigt och därmed kan det vara svårt att ställa rätt diagnos. Det är vanligt med samsjuklighet med andra psykiska eller kroppsliga sjukdomar och att depressions- och ångestsymtom förekommer vid missbruk av alkohol och narkotika. Vidare finns det studier som visar att obehandlad beroendeproblematik kan påverka behandlingsresultat på ett negativt sätt. Vid somatisk anamnes är det viktigt att även kartlägga eventuell samsjuklighet som missbruk eller beroende för att kunna erbjuda rätt behandling.

Med missbruk avses i det här sammanhanget missbruk av alkohol och narkotika.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal ungdomar med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad bedömning av beroendeproblematik.

Nämnare: Totalt antal ungdomar 13-17 år med depression eller ångestsyndrom som diagnostiserats under mätperioden.

För att indikatorn ska vara mätbar och kunna följas upp har den avgränsats: *Nydiagnostiserade* innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression eller ångestsyndrom året innan statistikåret. *Vid diagnostisering* innebär här inom 90 dagar före eller efter diagnos.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen. PrimärvårdsKvalitet utvecklar en liknande indikator från journaldata, som eventuellt kan användas framöver.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläget. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Strukturerad bedömning av beroendeproblematik* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

De flesta ungdomar med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom bör genomgå en strukturerad bedömning av beroendeproblematiken som ett komplement till klinisk bedömning.

Det finns dock situationer där det inte bedöms som lämpligt att göra en strukturerad bedömning. Det kan till exempel handla om mycket unga personer där det är uppenbart att det rör sig om andra faktorer som har större relevans än ett aktuellt risk- eller missbruk. I vissa fall gör också stora kognitiva nedsättningar att det är svårt att göra en strukturerad bedömning av beroendeproblematiken.

Indikator B1.5. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk

Indikatorn visar andelen ungdomar med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad och allsidig bedömningsprocess av suicidrisk.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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 eller tilltagande känsla av hopplöshet är risken kraftigt ökad. Det är därmed viktigt att hälso- och sjukvården bedömer suicidrisk vid vård av personer med depression och ångestsyndrom, både vid diagnostik och under pågående behandling.

Grunden för suicidriskbedömningen är en klinisk bedömning av patienten. Den kliniska bedömningen utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid, såsom psykiatrisk diagnos, missbruk och tidigare suicidförsök. I kartläggningen ingår också att identifiera om personen har suicidtankar eller suicidplaner.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal ungdomar med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk.

Nämnare: Totalt antal ungdomar 13-17 år med depression eller ångestsyndrom som diagnostiserats under mätperioden.

För att indikatorn ska vara mätbar och kunna följas upp har den avgränsats: *Nydiagnostiserade* innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression eller ångestsyndrom året innan statistikåret. *Vid diagnostisering* innebär här inom 30 dagar efter diagnos.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläget. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent. Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

I princip alla ungdomar med nydiagnostiserad depression eller ångest-syndrom bör genomgå en strukturerad allsidig bedömningsprocess av suicid-risk som ett komplement till klinisk bedömning. Psykisk sjukdom är den starkaste riskfaktorn till suicidbeteende bland vuxna och även en stark risk-faktor för ungdomar. Det kan dock finnas enstaka situationer då det av olika anledningar är svårt eller relevant att fråga om suicid.

Indikator B2.1 Psykopedagogisk behandling med fokus på depression eller ångestsyndrom

Indikatorn visar andelen nydiagnostiserade barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom som har fått psykopedagogisk behandling.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Depressiva symtom, som 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 negativt och kan leda till att barnet eller ungdomen tappar rutiner för mat, sömn och fysisk aktivitet. Koncentrationsproblem, sömnproblem och nedsatt ork leder till sämre skolfunktion, och en del väljer att stanna hemma från skolan. Detta kan leda till fler konflikter med föräldrarna. Relationerna hemma kan försämrats ytterligare av att barnet eller ungdomen är irritabel och slutar att delta i familjeaktiviteter.

Psykopedagogisk behandling med fokus på depression är en familjebaserad behandling, det vill säga inriktad på både barnet eller ungdomen och dennes närstående. Behandlingen innebär att vården målmedvetet arbetar med att öka förståelsen för hur de depressiva symtomen uppstår och förstärks samt hur den påverkar vardagen och vad familjen kan göra för att bryta den. Arbetet sker strukturerat och problemlösande där föräldrarna utgör ett viktigt stöd för att barnet eller ungdomen ska återfå goda rutiner, öka sin aktivitetsnivå, få ett stödjande familjeklimat och för att kraven i skolan ska anpassas.

För många barn och ungdomar kan det vara tillräckligt med psykopedagogisk behandling med inriktning på depression som enda behandling. För barn och ungdomar som inte svarar på behandlingen ska den kombineras med eller ersättas med annan behandling.

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 med fokus på ångestsyndrom är en familjebaserad behandling riktad till både barnet eller ungdomen och dennes närstående. Behandlingen innebär att vården målmedvetet arbetar med att öka förståelsen för hur ångesten uppstår och förstärks, och hur den påverkar barnets eller ungdomens vardag. Arbetet sker strukturerat och problemlösande där

föräldrarna utgör ett viktigt stöd för att barnet eller ungdomen ska våga utmana sig i små steg utan att ta till säkerhetsbeteenden. Föräldrarna får också stöd i sitt förhållningssätt.

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

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal barn och ungdomar med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har fått psykopedagogisk behandling.

Nämnare: Totalt antal barn och ungdomar 6-17 år med depression eller ångestsyndrom som diagnostiserats under mätperioden.

För att indikatorns ska vara mätbar och kunna följas upp har den avgränsats: *Nydiagnostiserade* innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression eller ångestsyndrom året innan statistikåret.

Första behandling ska ha startat inom tre månader efter diagnos.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläget. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Psykopedagogisk behandling med fokus på depression eller ångestsyndrom* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent. Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

Psykopedagogisk behandling kan ge en minskning av och ökar förståelsen för depression- och ångestsymtom samt ger stöd och hopp. Därför är målnivån högt satt. Det kan dock finnas personer som tackar nej till denna behandling. Psykopedagogisk behandling enligt beskrivningen är också relativt nytt och är inte utbyggt idag, vilket förmodligen medför att det kommer att ta tid innan landstingen och regionerna uppnår målnivån.

Indikator B2.2 Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid egentlig depression

Indikatorn visar andelen ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression som har fått psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en strukturerad form av psykoterapi som fokuserar på att hjälpa barnet och ungdomen att förändra eller hitta alternativa sätt att tänka och handla i olika situationer 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 interpersonell psykoterapi (IPT). Obehandlad depression riskerar att påverka utvecklingen i studier och relationsförmåga. I behandlingen bör familjen involveras för att bästa effekt ska uppnås.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal ungdomar med nydiagnostiserad lindrig till medelsvår egentlig depression som har fått psykologisk behandling med KBT eller IPT.

Nämnare: Totalt antal ungdomar 13-17 år med lindrig till medelsvår egentlig depression under mätperioden.

För att indikatorn ska vara mätbar och kunna följas upp har den avgränsats: *Nydiagnostiserade* innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression året innan statistikåret.

Första behandling ska ha startat inom 12 månader efter diagnos.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen. PrimärvårdsKvalitet utvecklar en liknande indikator från journaldata som eventuellt kan användas framöver.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläget. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid lindrig till medelsvår egentlig depression* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 60 procent. Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

Psykologisk behandling med KBT eller IPT är effektiv såväl inom specialiserad psykiatrisk vård som inom primärvård.

Målnivån sätts relativt högt då KBT eller IPT ofta bör vara ett förstahandsval med tanke på eventuella biverkningar med läkemedelsbehandling.

Att målnivån inte sätts högre beror på att det för en del ungdomar kan räcka med psykopedagogisk utbildning för att minska depressionssymtomen. Det förekommer också att den unga personen eller föräldrar avböjer ett erbjudande om psykologisk behandling.

Vidare råder det idag en brist på psykoterapeuter och psykologer. Det är viktigt att utbildning och kompetens byggs upp succesivt för att säkerställa en god kvalitet på behandlingen. Utvecklingen bör följas kontinuerligt och målnivån kan behöva omprövas.

Indikator B2.3 Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom

Indikatorn visar andelen ungdomar med ångestsyndrom som har fått psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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 ungdomen successivt försämras med ytterligare funktionsnedsättning som följd samt att tillståndet blir långvarigt.

Ungdomar med ångestsyndrom är en snabbt ökande patientgrupp och ett angeläget område eftersom obehandlat ångestsyndrom riskerar påverka utveckling i studier/arbete och relationsförmåga. I behandlingen bör familjen involveras för att bästa effekt ska uppnås.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal ungdomar med nydiagnostiserat ångestsyndrom som har fått psykologisk behandling med KBT.

Nämnare: Totalt antal ungdomar 13-17 år med ångestsyndrom under mätperioden.

För att indikatorn ska vara mätbar och kunna följas upp har den avgränsats: *Nydiagnostiserade* innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av ångestsyndrom året innan statistikåret.

Första behandling ska ha startat inom 12 månader efter diagnos.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen. PrimärvårdsKvalitet utvecklar en liknande indikator från journaldata som eventuellt kan användas framöver.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläget. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 70 procent. Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

En hög andel av ungdomar som diagnostiserats med specifika ångestsyndrom bör erbjudas KBT. För unga med tvångssyndrom (OCD), posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), social fobi, separationsångest (motsvarar paniksyndrom hos vuxna) och generaliserat ångestsyndrom innebär KBT en effektiv behandling för tillstånd som obehandlat kan leda till livslång invaliditet. Specifika fobier har inte lika hög påverkan på funktion men innebär ändå avsevärt lidande och är effektivt att behandla med KBT.

Målnivån sätts högt då KBT ofta bör vara ett förstahandsval med tanke på eventuella biverkningar med läkemedelsbehandling. Målnivån är högre än vid depression på grund av bättre vetenskapligt stöd för behandlingarna, mindre återfallsrisk och för att det finns etablerade manualer.

Att målnivån inte sätts ännu högre beror på att det för en del ungdomar kan räcka med psykopedagogisk utbildning för att minska ångestsymtomen. Det förekommer också att den unga eller dennes föräldrar avböjer ett erbjudande om psykologisk behandling.

Vidare råder det idag en brist på psykoterapeuter och psykologer. Det är viktigt att utbildning och kompetens byggs upp successivt för att säkerställa en god kvalitet på behandlingen. Utvecklingen bör följas kontinuerligt och målnivån kan behöva omprövas.

Depression och ångestsyndrom hos vuxna

Indikator V1.4 Diagnostisering med klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju

Indikatorn visar andelen personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har blivit diagnostiserade med klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Många psykiska sjukdomar och syndrom kan i ett första skede likna varandra symtommässigt 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. För att öka den diagnostiska tillförlitligheten behöver den kliniska bedömningen kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer.

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

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 inom specialiserad psykiatri. Frågorna är strukturerade och riktade, och frågorna 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

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har blivit diagnostiserade med klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år och äldre med egentlig depression eller ångestsyndrom som diagnostiserats under mätperioden.

För att indikatorns ska vara mätbar och kunna följas upp har den avgränsats: *Nydiagnostiserade* innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression eller ångestsyndrom de senaste två åren innan statistikåret.

Vid diagnostisering innebär här inom 90 dagar efter diagnos.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläge. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent. Målnivån gäller för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

Användning av strukturerade diagnosinstrument är viktigt eftersom åtgärden ökar förutsättningen för en korrekt diagnos och diagnostisering av samsjukliga tillstånd av betydelse för behandlingsplanering. Därför är målnivån högt satt.

Det kan finnas en mindre grupp patienter där det inte är aktuellt att använda ett strukturerat instrument. Det kan till exempel handla om personer som kommer akut till psykiatrisk vård med allvarliga psykiska tillstånd eller som av andra skäl inte är förmögna att besvara frågorna.

SCID-I är i första hand ett instrument avsett för den specialiserade psykiatri, och även MINI används framför allt inom den specialistpsykiatri. Då strukturerad intervju har fått lägre prioritet inom primärvården avser målnivån endast den specialiserade psykiatri.

Utvecklingen bör följas kontinuerligt och målnivån kan behöva omprövas.

Indikator V1.6. Strukturerad bedömning av beroendeproblematik

Indikatorn visar andelen personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad bedömning av beroendeproblematik.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Många psykiska sjukdomar och syndrom kan i ett första skede likna varandra symtomässigt och därmed kan det vara svårt att ställa rätt diagnos. Det är vanligt med samsjuklighet med andra psykiska eller kroppsliga sjukdomar och att depressions- och ångestsymtom förekommer vid missbruk av alkohol och narkotika. Vidare finns det studier som visar att obehandlad beroendeproblematik kan påverka behandlingsresultat på ett negativt sätt. Vid somatisk anamnes är det viktigt att även kartlägga eventuell samsjuklighet som missbruk eller beroende för att kunna erbjuda rätt behandling.

Med missbruk avses i det här sammanhanget missbruk av alkohol och narkotika.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad bedömning av beroendeproblematik.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år och äldre med depression eller ångestsyndrom som diagnostiserats under mätperioden.

För att indikatorn ska vara mätbar och kunna följas upp har den avgränsats: *Nydiagnostiserade* innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression eller ångestsyndrom de senaste två åren innan statistikåret.

Vid diagnostisering innebär här inom 90 dagar före eller efter diagnos.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen. PrimärvårdsKvalitet utvecklar en liknande indikator från journaldata som eventuellt kan användas framöver.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläget. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Strukturerad bedömning av beroendeproblematik* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent. Indikatorn gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

De flesta personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom bör genomgå en strukturerad bedömning av beroendeproblematik som del av bedömningen. Anledningen är att riskbruk kan försämra effekt av andra åtgärder och att alkohol- och drogbrukssyndrom behöver specifik behandling.

Det finns dock situationer där det inte är möjligt eller lämpligt att göra en strukturerad bedömning. Det kan handla om personer där depressionen är kopplad till en specifik livshändelse, till exempel depressionsdebut i samband med en förlossning. Det kan också finnas personer med stora kognitiva nedsättningar där det är svårt att göra en strukturerad bedömning av beroendeproblematiken.

Indikator V1.7. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk

Indikatorn visar andelen personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad och allsidig bedömningsprocess av suicidrisk.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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 eller tilltagande hopplöshet är risken kraftigt ökad. Det är därmed viktigt att hälso- och sjukvården bedömer suicidrisk vid vård av personer med depression och ångestsyndrom, både vid diagnostik och under pågående behandling.

Grunden för suicidriskbedömningen är en klinisk bedömning av patienten. Den kliniska bedömningen utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid, som psykiatrisk diagnos, missbruk och tidigare suicidförsök. I kartläggningen ingår också att identifiera om personen har suicidtankar eller suicidplaner.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år och äldre med depression eller ångestsyndrom som diagnostiserats under mätperioden.

För att indikatorn ska vara mätbar och kunna följas upp har den avgränsats: *Nydiagnostiserade* innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression eller ångestsyndrom de senaste två åren innan statistikåret.

Vid diagnostisering innebär här inom 30 dagar efter diagnos.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläget. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent. Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

I princip alla personer med en nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom bör genomgå strukturerad allsidig bedömningsprocess av suicidrisken som komplement till en klinisk bedömning. Psykisk sjukdom är den starkaste riskfaktorn till suicidbeteende bland vuxna och även en stark riskfaktor för ungdomar. Därför är målnivån högt satt. Det kan dock finnas enstaka situationer då det av olika anledningar är svårt eller relevant att fråga om suicid.

Indikator V2.1 Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT för personer med egentlig depression

Indikatorn visar andelen personer med nydiagnostiserad lindrig till medelsvår egentlig depression som har fått psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT) eller psykodynamisk korttidsterapi (PDT).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

Vanliga behandlingar vid lindrig och medelsvår egentlig depression är psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT) eller psykodynamisk korttidsterapi (PDT). Ett alternativ till psykologisk behandling är behandling med antidepressiva läkemedel.

Valet mellan KBT, IPT, PDT och antidepressiv läkemedelsbehandling behöver anpassas till hur svår depressionen är och ske i samråd med patienten.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med nydiagnostiserad lindrig till medelsvår egentlig depression som har fått psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år och äldre med lindrig till medelsvår egentlig depression under mätperioden.

För att indikatorn ska vara mätbar och kunna följas upp har den avgränsats: *Nydiagnostiserade* innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av depression de senaste två åren innan statistikåret. *Första behandling* ska ha startat inom 12 månader efter diagnos.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen. PrimärvårdsKvalitet utvecklar en liknande indikator från journaldata som eventuellt kan användas framöver.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläget. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT vid egentlig depression* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 60 procent. Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT är effektiv såväl inom specialiserad psykiatrisk vård som inom primärvård. För medelsvår depression kan läkemedelsbehandling vara ett effektivt alternativ.

Målnivån sätts relativt högt då psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT ofta bör vara ett förstahandsval med tanke på eventuella biverkningar med läkemedelsbehandling. Att målnivån inte sätts högre beror på att en del patienter föredrar läkemedelsbehandling, eller avstår från psykologisk behandling. Det kan också finnas personer som prövat psykologisk behandling vid tidigare sjukdomsepisoder, men där behandlingen inte haft någon effekt. Vidare råder det idag en brist på psykoterapeuter och psykologer. Det är viktigt att utbildning och kompetens byggs upp succesivt för att säkerställa en god kvalitet på behandlingen. Utvecklingen bör följas kontinuerligt och målnivån kan behöva omprövas.

Indikator V2.2 Psykologisk behandling med KBT för personer med ångestsyndrom

Indikatorn visar andelen personer med ångestsyndrom som har fått psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Ångestsyndrom (paniksyndrom, tvångssyndrom, social fobi, specifik fobi, posttraumatiskt stressyndrom och generaliserat ångestsyndrom) är en grupp psykiska störningar som har ångest som 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 liknar också upplevelser eller reaktioner på stress.

Personer som lider av ångestsyndrom har en nedsatt livskvalitet och besvären kan ofta vara långvariga och hindrande. Det finns dock effektiva behandlingar mot alla ångestsyndrom. Utan en adekvat behandling finns det risk för en successiv försämring med ytterligare funktionsnedsättning, längre varaktighet, tillkomst av sekundära psykiatriska och kroppsliga komplikationer. Svåra ångesttillstånd kan även leda till suicid om personen inte får adekvat behandling. Samsjuklighet med andra psykiska besvär som till exempel depression, missbruk eller andra ångestsyndrom är vanligt.

För de flesta specifika ångestsyndromen är KBT standardbehandling men för generaliserat ångestsyndrom är det antidepressiva läkemedel. Ett alternativ eller komplement till läkemedelsbehandling vid generaliserat ångestsyndrom är psykologisk behandling med KBT.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med nydiagnostiserat ångestsyndrom som har fått psykologisk behandling med KBT.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år och äldre med ångestsyndrom under mätperioden.

För att indikatorn ska vara mätbar och kunna följas upp har den avgränsats: *Nydiagnostiserade* innebär här att personen inte har haft kontakt med psykiatri på grund av ångestsyndrom de senaste två åren innan statistikåret.

Första behandling ska ha startat inom 12 månader efter diagnos.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen. PrimärvårdsKvalitet utvecklar en liknande indikator från journaldata som eventuellt kan användas framöver.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläge. Bristande registrering av vårdåtgärder.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 70 procent. Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

En hög andel av patienter med specifika ångestsyndrom bör få KBT. Prioritetsgraden skiljer mellan de olika tillstånden från tvångssyndrom med högsta prioritet, till något lägre prioritet för social fobi, paniksyndrom och posttraumatiskt stressyndrom samt för generaliserat ångestsyndrom. Samsjuklighet mellan flera ångestsyndrom och depression är ytterst vanligt och effektiv KBT kan ha effekt på samtliga tillstånd. Vissa patienter kan dock ha svårt att tillgodogöra sig KBT och kan dra nytta av läkemedelsbehandling eller alternativa psykologiska behandlingsmodeller. Målnivån är högre än vid depression på grund av bättre vetenskapligt stöd för behandlingarna, mindre återfallsrisk och för att det finns etablerade manualer.

Att målnivån inte sätts högre beror på att en del patienter föredrar läkemedelsbehandling, eller avstår från psykologisk behandling. Vidare råder det idag en brist på psykoterapeuter och psykologer. Det är viktigt att utbildning och kompetens byggs upp succesivt för att säkerställa en god kvalitet på behandlingen. Utvecklingen bör följas kontinuerligt och målnivån kan behöva omprövas.

Indikator V2.4 Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

Indikatorn visar andelen personer med ångestsyndrom som har fått läkemedelsbehandling med bensodiazepiner.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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 utveckling av allvarliga biverkningar i form av tolerans och beroende. Vidare medför utsättningen av läkemedlen risk för abstinenssymtom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte erbjuda behandling med bensodiazepiner, som enskild eller huvudsaklig behandling, till vuxna personer med generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi, akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom. Vid dessa tillstånd finns annan effektiv behandling som psykologisk behandling eller behandling med antidepressiva läkemedel.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med ångestsyndrom som har hämtat ut bensodiazepiner för längre tid än fyra veckors behandling.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år och äldre med ångestsyndrom under mätperioden.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. PrimärvårdsKvalitet utvecklar en liknande indikator från journaldata som eventuellt kan användas framöver.

Felkällor

Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade psykiatriska vården finns tillgängliga i nuläge.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≤ 10 procent. Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

Motivering till målnivån

Användningen av lugnande medel, speciellt regelbunden medicinering, bör vara låg hos patienter med ångestsyndrom. Bensodiazepiner ger betydande problem i form av biverkningar, beroende eller förvärrade symtom efter en tids behandling. Det finns andra effektiva behandlingar som bör övervägas istället.

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

Denna grupp bör ligga under tio procent för personer med ångestsyndrom. Utvecklingen bör följas kontinuerligt och målnivån kan behöva omprövas.

Indikator V2.7 Behandling med ECT vid svår egentlig depression

Indikatorn visar andelen personer vårdade inom psykiatrisk slutenvård för svår egentlig depression som har behandlats med elektrokonvulsiv behandling (ECT).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) är aktuell vid svår depression, både med och utan psykotiska symtom. Syftet med behandlingen är att snabbt minska symtom samt häva eller vända ett allvarligt tillstånd. 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.

Det är därför viktigt att följa upp biverkningar vid ECT löpande och systematiskt under behandlingstiden, och sex månader efter avslutad behandling. För att systematiskt kunna följa upp och utvärdera behandling med ECT kan hälso- och sjukvården även rapportera åtgärden till nationellt kvalitetsregister.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer vårdade inom psykiatrisk slutenvård för svår egentlig depression som har behandlats med ECT.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år och äldre vårdade inom psykiatrisk slutenvård för svår egentlig depression under mätperioden.

Indikatorn redovisas per kalenderår.

Datakälla: Patientregistret vid Socialstyrelsen, kvalitetsregistret ECT.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Behandling med ECT vid svår egentlig depression* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 40 procent. Målnivån gäller för psykiatrisk slutenvård.

Motivering till målnivån

Det är svårt att fastställa en målnivå för hur stor andel av patienterna som bör behandlas med ECT. I gruppen med svår depression med psykotiska symtom bör i princip alla patienter ha behandlingen. Däremot ska inte alla patienter

som vårdas ineliggande för svår depression ha behandlingen, utan ibland kan läkemedelsbehandling vara tillräckligt. Olika grupper svarar dessutom olika bra på ECT-behandling, bland annat beroende på ålder. Generellt svarar äldre bättre på ECT än yngre. Vidare kan det finnas somatiska skäl som gör det olämpligt med ECT-behandling, till exempel om patienten inte har fysiska förutsättningar att klara en narkos. Det kan också finnas personer som erbjuds behandlingen men som tackar nej. Det är också så att om en låg andel av patienterna som vårdas för svår depression får ECT kan det spegla bristande tillgänglighet till behandlingen. Tillgången till ECT begränsas på många håll av otillräckligt flexibla narkos- och andra resurser.

Slutligen håller det på att utvecklas nya behandlingsmetoder, till exempel transkraniell magnetstimulering, som kan utgöra ett alternativ till ECT-behandling i vissa fall.

Nationell statistik visar att det finns stora skillnader mellan landstingen och regionerna, och i vissa landsting och regioner är andelen som behandlas med ECT för liten. I riket är det 40 procent av patienterna som vårdas i slutenvård för svår egentlig depression som erhåller ECT-behandling. Detta bör betraktas som en rimlig nivå. Utvecklingen av ECT-behandling bör följas noga och på sikt kan målnivån behöva omprövas.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Indikatorbilaga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
2. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
3. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2001707-om-patientregister-hos_sfs-2001-707.

Bilaga. Deltagarförteckning

Projektorganisation, målnivåer

Expertgrupp	
Malin André	Primärvård
Tobias Edbom	Barn- och ungdomspsykiatri
Lars von Knorring	Medicinskt sakkunnig
Cecilia Svanborg	Psykologisk behandling vuxna
Agneta Schröder*	Omvårdnad

Konsensusgrupp	
Hans-Peter Mofors	Svenska psykiatriska föreningen (SPF)
Beata Bäckström	Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP)
Hanna Åsberg*	Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
Olof Molander	Sveriges psykologförbund
Erik Fagerberg	Svenska Föreningen för Interpersonell Psykoterapi, (IPTs)
Lise Bergman Nordgren	Beteendeterapeutiska föreningen
Pirjo Sträte	Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes stöd (SPES)
Annika Sandberg	Svenska OCD-förbundet autism-asperger
Margareta Wieweg*	Svenska OCD-förbundet autism-asperger
Kristina Eriksson	Dietisternas riksförbund*
Susanne Waldau	Norra sjukvårdsregionen
Inge Bruce	Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Pia Nordanskog	Sydöstra sjukvårdsregionen
Carina Ranius	Sydöstra sjukvårdsregionen
Lise-Lotte Riso Bergerlind*	Västra sjukvårdsregionen
Carl-Johan Ekman	Stockholm-Gotland sjukvårdsregion
Gunnar Mousgaard	Södra sjukvårdsregionen

*Förhinder vid konsensusmötet

Projektarbetsgrupp	
Riitta Sorsa	Projektledare indikatorer och målnivåer, Socialstyrelsen
Vera Gustafsson	Utredare, Socialstyrelsen
Robert Linder	Statistiker, Socialstyrelsen