

Västra Götalandsregionen

Datum: 2018-01-19

Diarienummer: HS 2016-00007

Koncernstab Hälsa- och sjukvård

Handläggare: Elna Persson

elna.persson@vgregion.se

Claes Ridderbjelke

claes.ridderbjelke@vgregion.se

Regionuppdrag

Vård vid depression och ångestsyndrom

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	2
Bakgrund	3
Arbetsätt	3
Generellt uppdrag	4
Åtgärder.....	4
Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom	4
Effektivt omhändertagande	4
Diagnostik vid misstänkt depression eller ångestsyndrom hos vuxna.....	6
Undersökning av samsjuklighet med kroppslig sjukdom	7
Behandling vid egentlig depression hos vuxna	8
Behandling vid lindrig till medelsvår egentlig depression.....	8
Behandling vid medelsvår till svår egentlig depression	9
Återfallsförebyggande behandling vid egentlig depression.....	10
Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar	11
Psykopedagogisk behandling vid depression hos barn och ungdomar.....	11
Behandling av lindrig till svår egentlig depression hos barn och ungdomar.....	12
Behandling med ECT vid svår egentlig depression hos barn och ungdomar	13
Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna	14
Behandling av generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, tvångssyndrom, social fobi och posttraumatiskt stressyndrom	14
Behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar.....	16
Psykopedagogisk behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar	16
Behandling av generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom hos barn och ungdomar.....	16
Förslag till handlingsplan.....	18
Utmönstring	21
FoU	22

Sammanfattning

I december 2017 publicerade Socialstyrelsen den fastställda versionen av *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*.

Västra Götalandsregionen (VGR) har under de senaste åren utvecklat ett arbetssätt för att ta hand om och stödja implementeringen av nya nationella riktlinjer i hälso- och sjukvården med syfte att skapa en tydlig gemensam inriktning av vården, att främja en god vård på lika villkor samt att ge vägledning och stöd för en mer kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Regionuppdrag är ett uppdrag som beslutas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och ges till hälso- och sjukvårdsnämnderna och alla berörda utförare i regionen. Förslag till regionuppdrag har gemensamt upprättats av Koncernstab hälso- och sjukvård och en arbetsgrupp bestående av professionsövergripande representanter från vårdverksamheter samt från brukarorganisationer.

Målet för behandlingen vid både depression och ångestsyndrom är tillfrisknande. Detta innebär förutom symtomfrihet även återgång till skola eller arbete samt återvunnen social funktion och livskvalitet. Tidig och adekvat behandling är viktig för att förhindra funktionsnedsättning, risk för långvarig sjukdom och återinsjuknande. Av personer med depression eller ångestsyndrom behandlas mer än 70 procent i primärvården. Behandlingsmålet för personer med depression och ångestsyndrom i VGR är att uppnå Socialstyrelsens uppsatta mål, samt att regionen som helhet ska uppnå resultat som är bättre än genomsnittet där jämförelser finns att tillgå via nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser.

Fortfarande är det en liten andel av personer med depression och ångestsyndrom som erbjuds de högt prioriterade rekommendationerna om psykologisk behandling. Den största andelen behandlas med farmaka. Socialstyrelsen förutspådde i 2010 års riktlinjer att om sjukvården följer rekommendationerna för lindriga till medelsvåra tillstånd kommer fördelningen mellan personer som får psykologisk behandling respektive läkemedelsbehandling att bli jämnare. Så har inte skett i VGR.

Rekommendationerna i de reviderade riktlinjerna ligger i linje med 2010 års nationella riktlinjer och mycket av åtgärderna i denna handlingsplan handlar om att fullfölja eller implementera redan påbörjade satsningar. De viktigaste åtgärderna återfinns inom områdena: ökad tillgång till rekommenderad psykologisk behandling, kompetensförsörjning/utbildning/kompetenshöjande insatser, framtagande och implementering av regionala styrdokument, effektiva vårdprocesser inklusive vårdssamverkan, uppföljning och analys av rekommendationer och åtgärder samt satsningar för att förbättra den somatiska hälsan hos personer med psykisk ohälsa. Åtgärderna gäller alla åldersgrupper och berör i stor utsträckning primärvården men även specialistpsykiatri. Regionuppdraget kompletteras av åtgärder beskrivna inom ramen för regional utvecklingsplan för barn & ungdomspsykiatri. Transkraniell magnetstimulering (rTMS) är en ny behandlingsmetod för medelsvår till svår depression som redan är under implementering i Västra Götaland genom ordnat införande.

Regionuppdraget omfattar tillkommande kostnader om cirka 11,4 mnkr under 2018. Finansiering sker med statliga stimulansmedel. Knappt hälften av kostnaden handlar om satsningar för att möta somatiska riskfaktorer och somatisk ohälsa hos personer med psykisk sjukdom genom förstärkning av lämpliga professioner inom specialistpsykiatri i de olika förvaltningarna. Övriga kostnader avser utbildning samt projektjänster för stöd i implementering av internetförmedlad psykologisk behandling i primärvården. Medel tilldelas också till forskning och utvärdering, vilket sker i

samverkan mellan region, akademi och kvalitetsregister. Regionuppdraget föreslår även tillskapande av ytterligare utbildningstjänster för läkare och psykologer i specialistpsykiatri och primärvården de kommande åren. Möjligheten till finansiering av dessa bör ses över i samråd med HR och personalutskottet. Införande av behandlingsmetod transkraniell magnetstimulering i VGR sker med ordnat införande.

Regeringen har aviserat fortsatta satsningar på psykisk ohälsa i kommande budget. Om så blir fallet är kostnadstäckning möjlig även för 2019/20. För 2019 och 2020 beräknas kostnaderna bli något lägre än 2018. Tillskjuts inte statliga medel kan regionen behöva göra egna satsningar för att förstärka den psykiatriska vården och möta den psykiska ohälsan.

Genomförandet av regionuppdraget kommer att följas upp fortlöpande under introduktionstiden av Koncernstab hälso- och sjukvård.

Inledning

Socialstyrelsen utkom 2017 med en ny version av nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Dessa riktlinjer ersätter därmed 2010 års riktlinjer. De nya riktlinjerna innehåller rekommendationer om effektiva och vetenskapligt utvärderade åtgärder för depression och ångestsyndrom avseende diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling, och gäller för såväl barn, ungdomar som vuxna. Socialstyrelsens riktlinjearbete har samordnats med Läkemedelsverkets uppdatering av rekommendationer om läkemedelsbehandling för diagnosområdena och riktlinjerna kompletterar varandra.

De reviderade riktlinjerna omfattar färre rekommendationer än 2010 års riktlinjer. De har en snävare avgränsning och innefattar inte åtgärder vid bipolär sjukdom. Vissa rekommendationer och åtgärder från 2010 års riktlinjer som nu bedöms vara införda och rutin i vården tas inte heller med på nytt. Gruppen äldre skiljs inte ut i de nya riktlinjerna med hänvisning till att det inte är åldern utan möjligheten att tillgodogöra sig behandlingen som avgör om en person bör få en viss behandling eller ej. För anpassning av behandlingen till äldres särskilda förutsättningar hänvisas i riktlinjerna till kompletterande dokument.

Socialstyrelsens nationella utvärdering 2013 avseende tillämpningen av 2010 års riktlinjer identifierade följande förbättringsområden vilka beaktas i de reviderade nationella riktlinjerna:

- Rutiner för tidig upptäckt och behandling av kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa
- Rutiner för tidig upptäckt och diagnostik av psykisk ohälsa
- Rutiner för suicidriskbedömning
- Ökad tillgång till evidensbaserad psykologisk behandling
- Ökad uppföljning av behandling

Totalt ingår 104 rekommendationer i de nya riktlinjerna, varav ett 30-tal är centrala rekommendationer. De centrala rekommendationerna har av Socialstyrelsen bedömts som särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styr- och ledningsperspektiv. Socialstyrelsen har också tagit fram 37 nationella indikatorer för uppföljning av de viktigaste rekommendationerna samt målnivåer för 12 av dessa indikatorer. Indikatorerna går att hämta ur nationella datakällor för specialistpsykiatri men endast för läkarprofessionen. Majoriteten med ångest och depression får

dock sin behandling i primärvården och där finns ännu inga tillgängliga nationella datakällor att tillgå varför möjligheterna att följa upp rekommendationerna på nationell nivå är tämligen begränsade.

Socialstyrelsen konstaterar att rekommendationerna innebär ökade kostnader för hälso- och sjukvården, men att införandet på sikt balanseras av en mer effektiv vård. Man pekar på att omfördelning av resurser, där resurserna satsas tidigt i vårdkedjan, kommer att innebära besparingar längre fram. Socialstyrelsens analys visar att hälso- och sjukvårdens andel av kostnaderna endast är en liten del av den totala samhällskostnaden och att mycket av besparingarna sannolikt kommer att hämtas hem utanför hälso- och sjukvården. De indirekta samhällskostnaderna, såsom sjukskrivning och förtidspensionering, för depression och ångestsyndrom uppgår enligt Socialstyrelsens beräkningar till cirka 65 000-160 000 kronor per person och år. Dessa kostnader utgör merparten av kostnaderna medan behandlingskostnaderna endast utgör 12-35 procent och understiger 17 000 kronor per år.

Bakgrund

Depression och ångestsyndrom är mycket vanliga tillstånd. Omkring 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män drabbas någon gång i livet av depression respektive ångestsyndrom.

Uppmärksammat är också att utsatta grupper i samhället i olika utsträckning har ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa inklusive depression och ångest. Många drabbade är i arbetsför ålder men även barn, ungdomar och äldre drabbas. Cirka 90 procent av de som är sjukskrivna för psykisk ohälsa i Sverige har diagnoser inom depressions- och ångestområdet. Sjukdomsgraden kan variera från lindriga till allvarliga tillstånd men oftast påverkas såväl vardags- som arbetsliv och studier.

Tidig och adekvat behandling är viktig för att förhindra funktionsnedsättning, risk för långvarig sjukdom och återinsjuknande. Ökad suicidrisk föreligger vid depression och ångestsyndrom varför kontinuitet och tillgänglighet i vården är viktig. Kroppslig samsjuklighet är vanlig och bör få ökad uppmärksamhet i vården.

Målet för behandlingen vid både depression och ångestsyndrom är tillfrisknande. Detta innebär förutom symtomfrihet även återgång till skola eller arbete samt återvunnen social funktion och livskvalitet. Minskad risk för återinsjuknande är också ett viktigt mål. Av personer med depression eller ångestsyndrom behandlas mer än 70 procent av de vuxna i primärvården och endast cirka 20 procent remitteras vidare till specialiserad psykiatri.

Kunskapen om behandling av depression och ångestsyndrom utvecklas successivt både avseende läkemedel och psykoterapi. Behandlingarna blir mer specifika med motsvarande krav på specialiserad kunskap hos behandlarna. Många gånger finns behov av flera insatser både inom men även utanför hälso- och sjukvårdens uppdrag, med behov av samordning och koordinering av kontakter och insatser.

Behandlingsmålet för personer med depression och ångestsyndrom i Västra Götalandsregionen är att uppnå Socialstyrelsens uppsatta mål, samt att regionen som helhet ska uppnå resultat som är bättre än genomsnittet där jämförelser finns att tillgå via nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser.

Arbetsätt

Socialstyrelsen presenterade de preliminära riktlinjerna i december 2016. Därefter påbörjades förberedelsearbetet för införandet av riktlinjerna i VGR. En gap-analys genomfördes för att belysa

dagens situation i förhållande till de reviderade riktlinjernas rekommendationer. För denna analys användes statistik från regionala datakällor såsom Vega och Digitalis samt svar från enkät ställd till såväl primärvård som specialistpsykiatri. De preliminära riktlinjerna presenterades tillsammans med resultaten från gap-analysen vid den regionala remisskonferensen i mars 2017. Synpunkter och förslag från deltagarna på remisskonferensen har tagits till vara i det fortsatta arbetet. Förslag till regionuppdrag och handlingsplan har arbetats fram i den tillsatta arbetsgruppen med representation från sektorsråden i allmänmedicin och specialistpsykiatri, relevanta avdelningar från Koncernstab hälso- och sjukvård samt från brukarorganisationer under samordning av enheten Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

Generellt uppdrag

De nationella riktlinjerna ger stöd för ledning och styrning och riktar sig till politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer samt andra yrkesverksamma inom vård och omsorg.

Mycket av innehållet i de nya riktlinjerna fanns med i de tidigare riktlinjerna och åtgärder är redan vidtagna inom ramen för föregående regionuppdrag. Dock behövs det fortsatta satsningar. En del är nytt och behöver implementeras i VGR. Huvudsakligen handlar det om åtgärder som kan genomföras utan kostnader men i vissa fall kan införande medföra behov av ekonomiska satsningar.

Regionuppdraget riktar sig till beställare och utförare, inom offentlig och privat vård, med uppdrag att implementera de nationella riktlinjerna i hälso- och sjukvården. Syftet med regionuppdraget är att skapa förutsättningar för en ordnad och likvärdig implementering av riktlinjerna för en god och tillgänglig vård på lika villkor i regionen. Verksamheterna ansvarar för att implementera de nationella riktlinjerna. De särskilda åtgärder som redovisas nedan är förslag till riktade insatser för att stödja implementeringen. Det är av stor vikt att samtliga chefer inom sina förvaltningar ges likartade möjligheter att genomföra och implementera de nya rekommendationerna.

För att kunna genomföra rekommendationerna behöver hälso- och sjukvården säkra kompetensförsörjningen. Genomförandet av riktlinjerna förutsätter full bemanning. I nuläget råder brist på flera professioner i primärvård och specialistpsykiatri. Vid tillskapande av utbildningstjänster för läkare och psykologer (ST och PTP) bör en spridning geografiskt och mellan specialiteter och vårdnivåer eftersträvas. Av förvaltningarna aviserade sparbetning kan äventyra de satsningar som föreslås i handlingsplanen.

Åtgärder

Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom

Effektivt omhändertagande

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda hög tillgänglighet till primär bedömning av vårdbehov till personer med symtom på depression eller ångest
- erbjuda aktiv uppföljning med planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångest

Gap/konsekvens i VGR

Tillgängligheten för primär bedömning. Data från www.vantetider.se med medelvärde för första halvan av 2017 visar för VGR att måluppfyllelsen för tillgänglighet i primärvården är över 90 procent. Måluppfyllelsen för första besök i specialistpsykiatri för vuxna är nästan i samma nivå men med inomregionala skillnader. Måluppfyllelsen i barn- och ungdomspsykiatri är lägre och drygt hälften har fått en första bedömning inom den regionala vårdgarantin (30 dagar) även här med stora inomregionala skillnader. Måluppfyllelsen för påbörjad fördjupad utredning/behandling (inom ytterligare 30 dagar) är omkring 70 procent. Måltal för barn- och ungdomspsykiatri är att minst 90 procent av patienterna ska ha fått en första bedömning inom 30 dagar och minst 80 procent av patienterna en påbörjad fördjupad utredning/behandling inom ytterligare 30 dagar.

Tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa behöver förbättras. Januari 2017 startade projektet med förstärkt första linjen för barns och ungas psykiska hälsa för åldrarna 6-18 år i form av ett tilläggsuppdrag för sex vårdcentraler. Denna förstärkning, med en första linje för barn och ungas psykiska hälsa, förväntas ge ökad tillgänglighet samt ge möjlighet till en bred kartläggning av problematiken och initiala insatser på primärvårdsnivå.

Aktiv uppföljning. Nästan samtliga primärvårdsenheter som svarade på enkäten, anger att de alltid eller oftast erbjuder aktiv uppföljning. I samband med implementeringen av 2010 års riktlinjer för depression och ångestsyndrom initierades vårdsamordnarprojektet. Vårdsamordnaren erbjuder aktiv uppföljning i primärvården för patienter med depression. Våren 2017 har cirka 100 vårdcentraler inrättat funktionen vårdsamordnare, vilket är ungefär hälften av alla vårdcentraler i VGR. Resultaten från projektet visar att såväl patienter som vårdgivare upplever ökad tillgänglighet och kontinuitet med funktionen vårdsamordnare.

Åtgärd

- Vårdsamordnarprojektet med införande av vårdsamordnare för personer med psykisk ohälsa i primärvården fortsätter t o m 2018. Omkring hälften av regionens vårdcentraler har vårdsamordnare våren 2017. Enhet primärvård har fått uppdrag från HSS att utreda förutsättningar för att införa funktionen vårdsamordnare psykisk ohälsa i primärvården i ordinarie verksamhet 2019. Uppdraget inkluderar att föreslå finansieringslösning
- Utökning av projektet "Första linjen för barn och ungas psykiska ohälsa" med ytterligare fem vårdcentraler, totalt 11 vårdcentraler, är planerad till ht 2017 och innefattar personalförstärkning samt introduktionsutbildningar. Utvärderingen av projektet kommer att ligga till grund för beslut om fortsatta satsningar på förstärkt första linje för barn och ungas psykiska hälsa

Beräknad tillkommande kostnad

- Vårdsamordnarprojektet- Inga tillkommande kostnader. Finansieras under den fortsatta projektiden 2018 med statliga medel. Uppdrag kring införande och ersättning efter 2018 pågår.
- Utökad satsning på första linjen för barn och ungas psykiska hälsa 2017-2018 – Inga tillkommande kostnader. Finansieras med statliga medel för ungas psykiska hälsa

Uppföljning - Socialstyrelsens indikatorer

- Andel personer (barn, ungdomar, vuxna) med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som fått tillgång till uppföljning med förnyad kontakt inom 30 dagar

VGR följer upp via regionala data <http://analys.vgregion.se/>

Diagnostik vid misstänkt depression eller ångestsyndrom hos vuxna

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda SCID-I eller MINI som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i den specialiserade vården till vuxna personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom
- identifiera depression med screeninginstrumentet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) hos nyförlösta ungdomar och vuxna

Gap/konsekvens i VGR

Resultat från enkät visar att endast var femte av de svarande vuxenpsykiatriska enheterna alltid eller oftast använder strukturerad intervju som komplement till klinisk bedömning. Vanligast är att man använder diagnosspecifika självskattningsinstrument för symtomnivåbedömning. En strukturerad intervju med MINI eller SCID-I kan inte ersättas av nu använda diagnosspecifika instrument. Primärvården använder knappast alls rekommenderad strukturerad intervju. Utbildnings- och implementeringsbehov av rekommenderad åtgärd föreligger för samtliga.

Det är av särskild vikt att depression postpartum identifieras, eftersom dessa tillstånd riskerar att påverka även barn och anhöriga. En regional kartläggning avseende screening för depression med EPDS visade på ojämlik användning i VGR.

Åtgärd

- Regionala medicinska riktlinjer (RMR) för depression respektive ångestsyndrom revideras vid ordinarie revision i enlighet med rekommendationerna om strukturerad intervju som komplement till klinisk bedömning
- Information och utbildningsinsatser avseende MINI, MINI-Kid, och SCID för att öka användningen av strukturerad intervju som komplement vid bedömning/diagnostik
- Fördjupad granskning samt förslag till åtgärd avseende konstaterad ojämlik användning i regionen av depressionscreening med EPDS av nyförlösta.
- Uppdrag att ta fram regional medicinsk riktlinje för nybesöksutredning och diagnostik för vuxenpsykiatri

Beräknad tillkommande kostnad

Utbildningskostnader - inga tillkommande kostnader. Finansieras med statliga stimulansmedel 2018.

Uppföljning- Socialstyrelsens indikatorer

- Andel personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har blivit diagnostiserade med klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju. Måttal \geq 80%.

VGR följer regionalt

- Andel personer i specialistpsykiatri med nydiagnostiserad diagnos depression (F32-F33) eller ångestsyndrom (F40-F43) som bedöms med strukturerad intervju som komplement (AU006)

Undersökning av samsjuklighet med kroppslig sjukdom

Hälso- och sjukvården bör

- Erbjud barn, ungdomar och vuxna med depression eller ångestsyndrom somatisk anamnes och somatisk undersökning samt relevant utredning utifrån anamnesen och undersökningen

Gap/konsekvens i VGR

Ur enkäten framkommer att så gott som samtliga av de svarande vårdcentralerna rutinmässigt erbjuder somatisk anamnes och undersökning men endast drygt hälften av de svarande enheterna inom specialistpsykiatri BUP och VUP (barn/ungdom och vuxen). Den somatiska samsjukligheten vid ångest och depression är vanlig framför allt hos vuxna med ökad risk för förtida död. Rekommendationen har hög prioritet och gapet inom specialistpsykiatri är stort. Ny regional medicinsk riktlinje är utarbetad för årligt hälsosamtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa.

Åtgärd

- Regionala medicinska riktlinjer för depression respektive ångestsyndrom revideras vid ordinarie revision i enlighet med rekommendationerna om somatisk anamnes och somatisk undersökning
- Uppdrag att ta fram regional medicinsk riktlinje för nybesöksutredning och diagnostik för vuxenpsykiatri
- Uppdrag att ta fram regional medicinsk riktlinje för nybesöksutredning och diagnostik för barn och ungdomspsykiatri
- Implementering av RMR- Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa
- Resursförstärkning med lämpliga professioner för ökade insatser avseende den somatiska hälsan och somatiska riskfaktorer hos patienter med psykisk ohälsa inom specialistpsykiatri för vuxna. Utifrån utfall av hälsosamtal och somatisk kontroll erbjuda rådgivning och insatser/ behandling avseende somatisk hälsa och livsstilsfaktorer

Beräknad tillkommande kostnad

- Förstärkning av professioner i de vuxenpsykiatriska klinikerna till en kostnad om 6,5mnkr att fördelas enligt fördelningsnyckeln. Lämplig profession att arbeta med somatisk hälsa och livsstilsfaktorer kan vara fysioterapeut/hälsopedagog

Uppföljning - Socialstyrelsens indikatorer

- Andel personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har fått somatisk undersökning vid diagnostisering

- Andel personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad bedömning av beroendeproblematik vid diagnostisering av depression eller ångestsyndrom

VGR följer regionalt

- Andel personer med diagnos depression (F32-F33) eller ångestsyndrom (F40-F43) i primärvård och specialistpsykiatri som har fått strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor, AU119
- Antal enheter inom vuxenpsykiatri som följer upp patienter minst 1 gång/år med ett hälsosamtal enligt RMR och mäts genom KVÅ-kod (DV030, Hälsosamtal)
- Antal patienter med diagnos depression (F32-F33) eller ångestsyndrom (F40-F43) inom vuxenpsykiatri som erhållit minst ett läkarbesök/år

Behandling vid egentlig depression hos vuxna

Behandling vid lindrig till medelsvår egentlig depression

Hälsa- och sjukvården bör

- erbjuda behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT) vid lindrig till medelsvår egentlig depression
- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med lindrig till medelsvår depression

Gap/konsekvens i VGR

Regional data visar att majoriteten av personer med depression eller ångestsyndrom behandlas med antidepressiva läkemedel och endast cirka 15 procent har fått psykologisk behandling. Fördelningen är ungefär densamma som 2010 även om det faktiska antalet personer som får psykologisk behandling ökat eftersom antalet personer med dessa diagnoser ökat. Socialstyrelsen förutspådde i 2010 års riktlinjer att om sjukvården följer rekommendationerna för lindriga till medelsvåra tillstånd kommer fördelningen mellan personer som får psykologisk behandling respektive läkemedelsbehandling att bli jämnare. Så har inte skett i VGR. Internetförmiddad psykologisk behandling (IKBT) som är ett sätt att öka tillgängligheten till psykoterapi för milda till måttliga besvär vid bl. a. ångest och depression är under implementering på vårdcentralerna i VGR. Ännu så länge är det endast ett fåtal vårdcentraler som kommit i införandefas.

Åtgärd

- Vid revidering av regional medicinsk riktlinje för depression bör det tydliggöras att patienter skall informeras om och erbjudas behandlingsalternativ innan farmakologisk behandling inleds
- Utredda behovet av tilläggsuppdrag alternativt vårdsamverkan för att möta vuxnas psykiska ohälsa på VC med ett ökat utbud av behandlingsformat såsom internetförmiddad KBT (I-KBT), gruppbehandling m.m.
- Många psykologiska behandlingar går mot ökad specificering och manualisering. I möjligaste mån skall den specifika behandlingen snarare än bara den psykoterapeutiska skolan anges i samband med revideringar av RMR.

- Tillsättning av projektjänst/er för att öka implementeringstakten av I-KBT i primärvård, vilket innebär att fler patienter i VGR kan erbjudas rekommenderad psykologisk behandling
- Utbildning i rekommenderade psykologiska behandlingsmetoder
- Kartlägga och analysera eventuella ojämlikheter t.ex. geografiskt, demografiskt med avseende på vilken behandling patienterna erbjuds vid lindrig till medelsvår depression

Beräknad tillkommande kostnad

- Kostnad för förstärkning av implementering av internetförmedlad behandling psyk ohälsa i primärvården, 1,3 mnkr 2018-2019. Finansieras med statsbidrag
- Utbildningskostnader för basutbildning KBT, 6 mnkr 2017 -2018. Finansieras med statsbidrag
- Utbildningskostnader för IPT 2018 0,5 mnkr. Finansieras med statsbidrag

Uppföljning - Socialstyrelsens indikatorer

Andel personer som vårdats för egentlig depression och som har fått psykologisk behandling med KBT respektive IPT. Måltal $\geq 60\%$.

VGR följer regionalt

- Andel personer med diagnos (F32, F33) som fått psykologisk behandling KBT, IPT och PDT (psykodynamisk terapi) med KVÅ-kod (DU011, DU022, DU008) i primärvård respektive vuxenpsykiatri
- Andel personer med diagnos F32 som genomgår behandling med I-KBT
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel vid egentlig depression F32- F33
- Utvärdering av I-KBT efter hand som enheter ansluter sig till kvalitetsregistret SibeR (Svenska internetbehandlingsregistret).

Behandling vid medelsvår till svår egentlig depression

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda antidepressiv behandling vid lindrig till medelsvår och svår egentlig depression
- erbjuda ECT vid svår egentlig depression
- erbjuda litium som tillägg till antidepressiva vid svår behandlingsresistent egentlig depression
- erbjuda repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) vid medelsvår till svår egentlig depression
- erbjuda återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna som efter recidiverande episoder av depression uppnått remission

Gap/konsekvens i VGR

Regionala läkemedelsdata visar att åtta av tio patienter med depressiv episod hämtar ut antidepressiva läkemedel. Siffrorna är något högre vid recidiverande depression. Siffrorna gäller alla patienter oberoende av vårdnivå.

Enkätresultat: Cirka en femtedel av de svarande enheterna inom vuxenpsykiatrien rapporterar att de alltid eller oftast erbjuder patienter med svår egentlig depression ECT. En av tio av de svarande enheterna anger att de oftast erbjuder litium som tillägg vid svårbehandlad egentlig depression. rTMS är en ny behandling för personer med medelsvår till svår depression, som nu för första gången

rekommenderas i NR. Behandlingen har prövats inom ramen för forskning i andra landsting, men är ny för VGR. Metoden handlar om att påverka hjärnan med hjälp av magnetfält och anses vara ett bra komplement vid depressionsbehandling. Patienter behöver inte narkos som vid ECT. Investering i apparater behövs och metoden anses vara relativt personalkrävande.

Åtgärd

- Regional medicinsk riktlinje för depression revideras vid ordinarie revision i enlighet med rekommendationer om farmakologisk behandling med litium som tilläggsbehandling vid svår behandlingsresistent depression
- Hälso- och sjukvårdsdirektören har gett uppdrag att ta fram regional medicinsk riktlinje för ECT. Arbete pågår
- rTMS har nominerats för implementering i regionen via ordnat införande
- Inköp av 5 rTMS apparater för regionen är beslutat

Beräknad tillkommande kostnad

- rTMS är godkänt för ordnat införande 2018 – 2020. Totalt 12 mnkr
- Strategisk investering för medicinsk utrustning rTMS-apparater om 2,5 miljoner är beslutad
- Utbildning för att behandla med rTMS. Finansieras med statsbidrag psykisk ohälsa

Uppföljning - Socialstyrelsens indikatorer

- Andel personer med egentlig depression som har behandlats med repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) (DU050)
- Andelen personer vårdade inom psykiatrisk slutenvård för svår egentlig depression som har behandlats med ECT (DA006, DA025 eller DA024). Måttal $\geq 40\%$.

VGR följer regionalt

- Andel personer med diagnos F32, F33 och KVÅ-kod DU050
- Kvalitetsregistret för ECT som eventuellt kommer att kompletteras med modul för rTMS (tidsplan oklar)

Återfallsförebyggande behandling vid egentlig depression

Hälso- och sjukvården bör

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

GAP/konsekvens

Enkätresultaten visar att återfallsförebyggande behandling erbjuds i ganska hög utsträckning i primärvården medan endast hälften av de svarande enheterna i specialistpsykiatri erbjuder detta. Farmaka dominerar som behandling men KBT erbjuds också om än i mindre utsträckning. MBKT erbjuds enligt enkätsvaren endast i primärvården och i liten utsträckning. I specialistpsykiatri finns

det utrymme för förbättringar både avseende återfallsförebyggande behandling generellt och för ett varierat utbud av behandlingsalternativ.

Åtgärd

- Regional medicinsk riktlinje för depression revideras vid ordinarie revision i enlighet med rekommendationer om återfallsförebyggande behandling
- Utbildning och implementering av den gruppbaseade metoden MBKT framför allt i specialistpsykiatri, men även i primärvård
- Förslag att ta fram specifik KVÅ-kod för MKBT för att kunna följa upp implementering av behandlingsmetod

Beräknad tillkommande kostnad

- Utbildning i MBKT 0,3 mnkr 2018. Finansieras med statliga stimulansmedel

Uppföljning - Socialstyrelsens indikatorer

- Socialstyrelsen anger ingen indikator för återfallsförebyggande behandling vid egentlig depression

Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar

Psykopedagogisk behandling vid depression hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda psykopedagogisk behandling med fokus på depression vid depression hos barn och ungdomar

Gap/konsekvens i VGR

En mycket liten andel patienter registrerades för psykopedagogisk behandling vid depression. (VEGA 2016) I enkäten svarade dock majoriteten av enheterna inom barn och ungdomspsykiatri att de alltid eller oftast erbjuder barn och ungdomar psykopedagogisk behandling vid depression. Av primärvårdens svarande enheter uppgav en fjärdedel att de alltid eller oftast erbjuder barn och ungdomar psykopedagogisk behandling vid depression. Om förbättringen från 2016 till 2017 stämmer skulle det vara mycket glädjande, men sannolikt beror den på bristande registrering av åtgärds kod. Således är siffrorna inte entydiga men utrymme finns för förbättringar framförallt i primärvård men även i specialistpsykiatri. Rutinmässig registrering av psykopedagogisk behandling med åtgärds kod ökar möjligheten till uppföljning av rekommendationen.

Åtgärd

- Utökning av projektet "Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa" som möter problematiken med basinsatser i form av bl. a. psykopedagogiska insatser
- Information, spridning och implementering av gemensamt framtaget material för psykopedagogisk behandling för barn och unga med depression

Beräknad tillkommande kostnad

- Projekt första linjen och dess utökning inklusive utbildningspaket. Ingen tillkommande kostnad. Finansieras med statliga medel för ungas psykiska hälsa
- Utbildningsinsatser första linjen. Ingen tillkommande kostnad. Finansieras med statliga medel för ungas psykiska hälsa
- Information, spridning och implementering av gemensamt material. Ingen tillkommande kostnad. Sker via återkommande regionala utbildningsarrangemang

Uppföljning - Socialstyrelsens indikatorer

- Andel barn och ungdomar som vårdats för depression som har fått psykopedagogisk behandling. Måltal $\geq 80\%$.

VGR följer regionalt

- Andel personer 0-18 år med diagnos depression (F32) som fått psykopedagogisk behandling (DU023)

Behandling av lindrig till svår egentlig depression hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda KBT till barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression
- erbjuda behandling med fluoxetin till barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression

Gap/konsekvens i VGR

Ungefär en fjärdedel av barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom erhöll rekommenderad psykologisk behandling, kognitiv terapi/kognitiv beteendeterapi. Detta är en svag ökning från 2010 men i faktiska tal nästan en fördubbling då antalet barn och ungdomar med diagnos depression eller ångestsyndrom ökat avsevärt. Fördelningen går mot en ökad andel KBT.

Cirka hälften av barn och ungdomar med depression erhöll antidepressiva läkemedel, varav fluoxetin i vart fjärde fall. Ungefär samma andel fick sertralin (2016) Då nationella riktlinjer rekommenderar psykologisk behandling med samma evidensstyrka som farmaka, bör andelen psykologisk behandling öka. Av dem som får farmakologisk behandling bör andelen som får fluoxetin öka på bekostnad av andra läkemedel.

Åtgärd

- Utökning av projektet "Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa"
- Utbildningsinsatser riktade till första linjen erbjuds också övriga VC
- I takt med att evidensbaserade program för användandet av I-KBT för barn och ungdomar blir tillgängliga bör detta implementeras inom BUP
- Implementering av RMR-Vård av barn och ungdom med depression för att tillgodose rekommenderade behandlingsåtgärder
- Utbildning i psykologiska behandlingsmetoder

Beräknad tillkommande kostnad

- Utökning av projekt första linjen inklusive utbildning (se ovan under rubrik Psykopedagogisk behandling- beräknad kostnad)
- Utbildningskostnader (Se under rubrik Behandling av egentlig depression mild till måttlig hos vuxna- beräknad kostnad)
- Kostnader för projekt för införande av internetförmiddad behandling inom BUP finansieras med omställningsmedel

Uppföljning - Socialstyrelsens indikatorer

- Andel barn och ungdomar som vårdats för egentlig depression och som har fått psykologisk behandling med KBT. Måltal $\geq 60\%$.

VGR följer regionalt

- Andel personer 0-18 år med diagnos depression (F32) som fått KBT/KT/IPT (DU011/DU010/DU022)
- Andel personer 0-18 år med diagnos depression (F32) som fått fluoxetin

Behandling med ECT vid svår egentlig depression hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda ECT till ungdomar efter pubertetsdebut med svår depression och psykotiska symtom, katatoni eller behandlingsresistens

Gap/konsekvens i VGR

ECT till Barn och ungdomar är utomordentligt ovanligt i Sverige, men kliniker bör kunna erbjuda behandlingen när så krävs.

Åtgärd

- Varje BUP-klinik bör genom egna rutiner eller i samverkan med vuxenpsykiatri säkerställa att ECT kan ges utan onödiga fördröjningar vid svår depression hos ungdomar som inte svarar på annan behandling eller om tillståndet är livshotande

Uppföljning - Socialstyrelsens indikatorer

- Andelen barn och ungdomar med egentlig depression som har behandlats med ECT

VGR följer regionalt

- Andel barn och ungdomar med diagnos F32.3 eller F32.4 upp till 18 år som erhållit ECT (DA006, DA024, DA025)

Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna

Behandling av generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, tvångssyndrom, social fobi och posttraumatiskt stressyndrom

Hälso- och sjukvården bör

- Erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med generaliserat ångestsyndrom (GAD)
- Erbjuda KBT till vuxna med paniksyndrom och social fobi
- Erbjuda KBT med exponering och responsprevention (ERP) till vuxna med tvångssyndrom
- Erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med tvångssyndrom
- Erbjuda KBT med traumaexponering till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom

Hälso- och sjukvården bör inte

- Erbjuda behandling med bensodiazepiner till vuxna med GAD, paniksyndrom, social fobi eller akut stressyndrom

Gap/konsekvens i VGR

Drygt hälften av de vuxna patienterna med ångestsyndrom erhöll farmakologisk behandling. Psykologisk behandling erhöll endast omkring 15 procent. Majoriteten av dessa fick kognitiv terapi eller kognitiv beteendeterapi. Jämfört med 2010 då förra riktlinjerna utkom är det ungefär samma procentandel som får psykologisk behandling men i faktiska tal betydligt fler personer eftersom det totala antalet personer med dessa diagnoser ökat. Fördelning mellan de psykologiska behandlingsmetoderna har sedan 2010 gått i rekommenderad riktning mot KBT. Fortfarande är det få personer som erbjuds de högt prioriterade rekommendationerna avseende psykologisk behandling. Flertalet behandlas med farmaka.

- Enkäten utforskar i vilken mån de diagnosspecifika KBT-behandlingarna för tvångssyndrom, exponering med responsprevention och för posttraumatisk stressyndrom, KBT med traumaexponering erbjuds i VGR. Den specifika KBT-metoden exponering med responsprevention erbjuds knappast alls för vuxna vare sig i primärvård eller specialistpsykiatri. Det bristande utbudet av specifik psykologisk behandling vid tvångssyndrom återspeglas ev. i de relativt sett högre siffrorna för farmakologisk behandling vid tvångssyndrom jämfört med andra ångestsyndrom. Dock är två regionala mottagningar inom specialistpsykiatri för OCD-tvångssyndrom under uppbyggnad och ska ge ökade behandlingsmöjligheter för personer med tvångssyndrom samt ökad generell kompetens i regionen

KBT med traumaexponering uppger en femtedel av vårdcentralerna att de erbjuder men mycket få enheter inom vuxenpsykiatri. En av tio enheter inom vuxenpsykiatri erbjuder traumaspecifik behandling med EMDR som var högre rekommenderad åtgärd i förra riktlinjerna. Siffrorna återspeglar till del de utbildningsåtgärder som gjorts de senaste åren.

Bensodiazepiner (BDZ) används vid behandling av ångestsyndrom för vuxna i omkring en fjärdedel av fallen, högst andel vid GAD (var tredje patient) och minst vid stressrelaterad problematik. Användning av BDZ vid GAD var "icke göra" redan i 2010 års nationella riktlinjer

I enkäten uppgav ungefär hälften av de svarande enheterna inom vuxenpsykiatri att de ibland erbjuder bensodiazepiner och drygt var tionde att de oftast erbjuder detta som tillägg vid ångestbehandling. Inom primärvården svarade var fjärde svarande enhet att de ibland erbjuder detta. Således används BDZ fortfarande i allt för stor utsträckning vid behandling av ångesttillstånd.

Åtgärd

- Regional medicinsk riktlinje för ångestsyndrom revideras vid ordinarie revision i enlighet med rekommendationer så att det tydligt framgår att patienten ska erbjudas behandlingsalternativ innan farmakologisk behandling inleds
- Regional medicinsk riktlinje för ångestsyndrom revideras och kompletteras för förtydligande i den takt som specificerade psykologiska behandlingsmetoder rekommenderas för de specifika ångestdiagnoserna i socialstyrelsens riktlinjer
- Ny handlingsplan för minskning av BDZ-användningen är framtagen och kommer att genomföras med start hösten 2017. Handlingsplanen innebär kompletterande åtgärder inom PV, samt större fokus på specialistsjukvården
- Utredda behovet av tilläggsuppdrag för att möta vuxnas psykiska ohälsa, däribland ångestsyndrom, på VC med ett ökat utbud av behandlingsformat såsom väglednad behandling, IKBT, gruppbehandling m.m.
- Utbildning i rekommenderade psykologiska behandlingsmetoder
- Tillsättning av projektjänst/er för att öka implementeringstakten av IKBT i primärvården vilket innebär att fler patienter i VGR kan erbjudas rekommenderad psykologisk behandling
- Kartlägga och analysera eventuella ojämlikheter t.ex. geografiskt, demografiskt med avseende på vilken behandling patienterna erbjuds vid ångestsyndrom

Beräknad tillkommande kostnad

- Resurser för minskad användning av BDZ finns redan avsatta genom förstärkning av enheten Kunskapsstöd för psykisk hälsa (KPH).
- Utbildningskostnader (Se under rubrik Behandling av egentlig depression mild till måttlig hos vuxna- beräknad kostnad)

Uppföljning - Socialstyrelsens indikatorer

- Andel personer som vårdats för ångestsyndrom och som har fått KBT. Måttal $\geq 70\%$.
- Följsamhet till läkemedelsbehandling
- Läkemedelsbehandling med lugnande medel vid ångestsyndrom. Måttal $\leq 10\%$.

VGR följer regionalt

- Andel personer med paniksyndrom (F41), social fobi (F40.1) och tvångssyndrom (F42) som erhållit KBT (DU011)
- Andel personer med PTSD (F43.1) som fått traumaspecifik psykoterapi med KBT (UV121) eller EMDR (DU014).
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel ångestsyndrom F40 - F43
- Antal med regelbunden användning av vanebildande lugnande medel/sömnmedel (N05BA, N05CD och N05CF) per 100 000 invånare

Behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar

Psykopedagogisk behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör

- Erbjuda psykopedagogisk behandling med fokus på ångestsyndrom till barn och ungdomar med ångestsyndrom

Se vidare under rubrik psykopedagogisk behandling vid depression hos barn och unga då det gäller även för denna rekommendation.

Behandling av generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör

- Erbjuda kombinationsbehandling med sertralin och KBT till barn och ungdomar med GAD, separationsångest och social fobi
- Erbjuda KBT till barn och ungdomar med GAD, separationsångest eller social fobi
- Erbjuda behandling med SSRI- eller SNRI-preparat till barn och ungdomar med GAD, separationsångest eller social fobi
- Erbjuda KBT med ERP vid tvångssyndrom
- Erbjuda behandling med SSRI- preparat till barn och ungdomar med medelsvårt till svårt tvångssyndrom
- Erbjuda KBT med traumaexponering (TfKBT) vid PTSD

Gap/konsekvens i VGR

Omkring en fjärdedel av barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom erhöll rekommenderad psykologisk behandling, KBT/KT (kognitiv terapi). Svag ökning från 2010 men i faktiska tal nästan en fördubbling då antalet barn och ungdomar med diagnos depression eller ångest ökat avsevärt. Fördelningen går mot en ökad andel KBT. Nästan en tredjedel av barn och ungdomar med ångestsyndrom F40-F43 erhöll SSRI eller SNRI preparat 2016 (svag ökning sedan 2010)

Enkät: Så gott som samtliga av de svarande enheterna inom BUP angav att de oftast eller ibland erbjuder kombinationsbehandling KBT och sertralin. Mindre än hälften av de svarande enheterna uppgav att de erbjuder rekommenderad åtgärd vid tvångssyndrom. Specifik behandling vid post traumatiskt stress syndrom (PTSD) är bättre tillgodosett; nästan två av tre erbjuder KBT med traumaexponering. Omkring en av tio enheter inom specialistpsykiatri erbjuder traumaspecifik behandling EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) som var högre rekommenderad åtgärd i förra riktlinjerna. Dessa siffror återspeglar till del de utbildningsåtgärder som gjorts de senaste åren.

Åtgärd

- Regionala medicinska riktlinjer för ångestsyndrom för barn och ungdomar revideras vid ordinarie revidering i enlighet med rekommendationer
- Utökning av projektet "Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa"
- Utbildningsinsatser riktade till första linjen erbjuds också övriga VC

- I takt med att evidensbaserade program för användandet av I-KBT för barn och ungdomar blir tillgängliga bör detta implementeras inom BUP
- Utbildning i psykologiska behandlingsmetoder

Beräknad tillkommande kostnad

- Utbildningskostnader se under tidigare rubriker avseende utbildningskostnader

Uppföljning - Socialstyrelsens indikatorer

- Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom, barn och ungdom. Måttal $\geq 70\%$.

VGR följer regionalt

- Andel personer under 18 år med PTSD (F43.1) som fått traumaspecifik psykoterapi med KBT (UV121) eller EMDR (DU014)
- Andel personer under 18 år med ångestsyndrom (F40 – 42), som fått läkemedelsbehandling med SNRI eller SSRI
- Andel personer under 18 år med paniksyndrom (F41), social fobi (F40.1) och tvångssyndrom (F42) som erhållit KBT (DU011)
- Andel barn och ungdomar med ångestsyndrom som har fått läkemedelsbehandling med SNRI eller SSRI
- Andel personer under 18 år med ångestsyndrom (F40 – 42), som fått kombinationsbehandling i form av läkemedelsbehandling med sertralin och KBT

Handlingsplan

Identifierade behov/utvecklingsområden	Åtgärder/aktiviteter	Kostnader/finansiering	Tidplan	Ansvarig
Utbildning/kompetenshöjande insatser		Total kostnad 5,2 mnkr	2018	
Information och utbildningsinsatser avseende förbättrad diagnostik vid ångest och depression med strukturerad intervju SCID och MINI	Regionala och lokala utbildningsaktiviteter	Finansieras med statliga stimulansmedel	2018 (2019/20) ¹	Respektive förvaltning i samarbete med KPH
Grundläggande psykoterapiutbildning i KBT	Två utbildningsomgångar	Finansieras med statliga stimulansmedel	2017-2018 (2019/20)	KPH
Utbildning i specifika psykologiska behandlingsmetoder	Upprepade utbildningsomgångar: IPT ERP Prolonged exposure TfKBT MBKT	Finansieras med statliga stimulansmedel	2017-2018 (2019/20)	KPH
Utbildningsinsatser riktade till VC, med tilläggsuppdrag för första linjen för barn och ungas psykiska hälsa, och övriga VC. Spridning och implementering av gemensamt material för psykoedukation	Utbildningspaket 1:a linjen	Finansierat med statliga stimulansmedel	2017-2018 (2019/20)	Projekt 1:a linjen för barn och ungas psykiska hälsa
Främja tillgänglig vård för utsatta grupper	Det goda livet Handlingsplan för psykisk hälsa i VGR (kap 4:1)	Statliga stimulansbidrag	2018 (2019/20)	KPH/KSH m fl
Kunskapsökning om specifika manualer och	Seminarier	Finansieras med statliga stimulansmedel	2018 (2019/20)	SR/KPH

¹ Om den av regeringen utlovade fortsatta satsningen på psykisk ohälsa i kommande budget går igenom är kostnadstäckning möjlig även för 2019/20

behandlingsprotokoll i rekommendationerna.				
Styrande dokument		Inga tillkommande kostnader		
Revidering av regionala medicinska riktlinjer för depression respektive ångestsyndrom i enlighet med nya rekommendationer	Ordinarie revidering av RMR	Inga	Fortlöper	SR/LK-Terapigrupp psykiatri/KPH
Framtagande av regional medicinsk riktlinje (RMR) för nybesöksutredning och diagnostik för BUP	Uppdragshandling	Inga	2018	SR/KPH
Framtagande av regional medicinsk riktlinje (RMR) för nybesöksutredning och diagnostik för VUP	Uppdragshandling	Inga	2018	SR/KPH
Framtagande av RMR för ECT	Pågår	Inga kostnader	2017-2018	SR/KPH
Framtagande av RMR för utsättning av Bensodiazepiner och bensodiazepinaloger	Pågår	Inga kostnader	2017-2018	LK - Terapigrupp psykiatri
Handlingsplan för minskning av BDZ-användningen	Primärvård Specialistvård	Inga kostnader	2017-2018	KPH
Projekt/förstärkning av tjänster		Total kostnad 1,3 mnkr + utbildningstjänster		
Förstärkning av utbildningstjänster PTP och ST	20 PTP-tjänster i primärvården 6 ST-tjänster i vuxenpsykiatri	Finansiering i samråd med HR och personalutskott	2018-2020	HR/KPH
Vårdsamordnarprojektet	Enhet primärvård har fått uppdrag från HSS att utreda förutsättningar för att	Projektbudget t o m 2018. Fortsatt finansiering	2018	AKUA/Enhet primärvård i samverkan med KPH.

	införa funktionen vårdsamordnare psykisk ohälsa i primärvården i ordinarie verksamhet.	utifrån HSS-uppdraget		
Projekt "Första linjen för barn och ungas psykiska ohälsa"	11 vårdcentraler med tilläggsuppdrag fr o m 2018	Finansierat med statsbidrag. Ska utvärderas inför eventuellt införandebeslut.	2017 - 2018	Projektansvarig
Projekt för stöd vid implementering av internetförmedlad behandling psykisk ohälsa i PV.	Projektuppdrag	1,3 mnkr. Finansierat med statliga stimulansmedel	2018 2019	KPH/E-hälsa
Uppföljning/fortsatt analys		Inga tillkommande kostnader		
Kartlägga och analysera ojämlikheter avseende rekommenderad behandling inom diagnosfältet depression och ångestsyndrom	Analys	Inga	2018	KJV
Fördjupad granskning av den ojämlika användningen av EPDS och åtgärdsförslag	Analys och åtgärdsförslag	Inga	2018	KJV
Möta vuxnas psykiska ohälsa på VC med ett ökat utbud av behandlingsformat såsom IKBT och gruppbehandling	Utreda behovet av tilläggsuppdrag alternativt vårdsamverkan för vuxna på VC	Inga		KPH/Enhet primärvård
Uppföljning/Utvärdering av internetbaserade metoder	Anslutning till SiberR	Inga	2018-2019	KPH/Data Analys
Framtagande av nationella alternativt regionala KVÅ-koder för specifika	KVÅ-kod ERP KVÅ-kod MBKT			KPH/Rakelgruppen Ev Nationella koder

behandlingsmetoder för att kunna följa upp rekommendationernas efterlevnad				
Implementering		6,5 mnkr	2018	
Återkommande regionala utbildningsinsatser för implementering av RMR och ansvarsfördelningsdokument PV-specialistsjukvård VUP/BUP	Utbildningsturné Specialistdagarna Regionala utb. dagar Kunskapsmatrisen	Finansierat med statliga stimulansmedel	2018 (2019/20)	KPH Metiskansliet
Implementera internetbaserad behandling för barn och ungdomar i takt med att evidensbaserade program kommer fram	Pilotprojekt i samarbete med Psykologpartners	Statliga stimulansmedel	2018	Förvaltningarna/ KPH
Resursförstärkning för ökade insatser avseende den somatiska hälsan och somatiska riskfaktorer hos patienter med psykisk ohälsa inom specialistpsykiatri för vuxna.	Förvaltningarna förstärks med tjänster såsom t ex fysioterapeut/hälsope dagog/dietist	Riktade medel om 6,5 mnkr från statliga stimulansmedel att fördela enligt nyckeltal mellan sjukhusförvaltningarna	2018 (2019/20)	Förvaltningarna/ KPH
FoU i samverkan akademi/kvalitetsregister		1 mnkr/år	2018-2020	

Utmönstring

Vissa åtgärder ska enligt nationella riktlinjer utmönstras då de ej har vetenskapligt stöd eller endast genomförs inom ramen för kliniska studier då underlaget är bristfälligt eller motstridigt.

Förslag till åtgärd:

- Utmönstra eller begränsa åtgärder enligt nedanstående förteckning

Ansvarig:

- Respektive förvaltning ansvarar för genomförandet och uppföljning att så skett

Vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom	Bedömning av suicidrisk med enbart instrument	Icke-göra
Vuxna och ungdomar med depression eller ångestsyndrom	Bedöma suicidrisk med SAD PERSONS scale som komplement till klinisk bedömning	Icke-göra
Vårdsökande personer utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom	Screening för depression eller ångestsyndrom	Icke-göra
Barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression	Systemisk familjeterapi	Icke-göra
Barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression	Paroxetin	Icke-göra
Barn och ungdomar med PTSD	Alfa-adrenerga	Icke-göra
Barn och ungdomar med akut stressyndrom	Betablockerare eller alfa-adrenerga	Icke-göra
Barn och ungdomar med tvångssyndrom	Psykodynamisk korttidsterapi	Icke-göra
Vuxna med årstidsrelaterad och lindrig till medelsvår egentlig depression	Ljusterapi med vitt morgonljus	Icke-göra
Vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression	Ljusterapi med vitt morgonljus	Icke-göra
Vuxna med GAD	Bensodiazepiner	Icke-göra
Vuxna med paniksyndrom	Bensodiazepiner	Icke-göra
Vuxna med social fobi	Bensodiazepiner	Icke-göra
Vuxna med akut stressyndrom	Bensodiazepiner	Icke-göra
Vuxna med PTSD	Förebyggande krisbearbetning (Debriefing)	Icke-göra

FoU

Socialstyrelsen rekommenderar att följande åtgärder endast genomförs inom ramen av forskning och kliniska studier då underlaget för att bedöma åtgärdens effekt saknas eller är bristfälligt och där ny forskning kan tillföra ytterligare kunskap.

Barn och ungdomar med misstänkt depression eller ångestsyndrom	MINI-KID som komplement till klinisk bedömning vid diagnostik i primärvården	FoU
Barn och ungdomar med misstänkt PANS/PANDAS	Diagnostik i strukturerad form och immunologisk provtagning	FoU
Barn och ungdomar med lindrig till medelsvår depression	Psykodynamisk korttidsterapi	FoU
Barn och ungdomar med GAD, separationsångest eller social fobi	Psykodynamisk korttidsterapi	FoU
Barn och ungdomar med PTSD	Behandling med SSRI	FoU

Barn och ungdomar med akut PANS/PANDAS	Antibiotika	FoU
Barn och ungdomar med svår PANS/PANDAS	Intravenöst immunoglobulin eller plasmaferes	FoU
Barn och ungdomar med PANS/PANDAS	Förebyggande behandling med antibiotika	FoU
Vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression	Mindfulnessbaserad kognitiv terapi(MBKT)	FoU
Vuxna med generaliserat ångestsyndrom GAD	Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR)	FoU
Vuxna med GAD	Psykodynamisk korttidsterapi	FoU
Vuxna med social fobi	MBSR eller MBKT	FoU
Vuxna med social fobi	IPT	FoU