

Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom

– beslutsstöd för prioriteringar

Preliminär version

ISBN 978-91-86301-09-5
Artikelnr 2009-126-85

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2009

Förord

En viktig uppgift för Socialstyrelsen är att skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter behov och styrs av systemetiska och öppna prioriteringar.

Nationella riktlinjer för behandling av människor med depression och ångestsyndrom består av ett antal rekommendationer, som handlar om förebyggande åtgärder, bemötande och omhändertagande av vårdsökande inom första linjens vård, behandling och omvårdnad av lindriga, måttliga, svåra och terapiresistenta tillstånd av depression och ångestsjukdom. Utgångspunkten för riktlinjerna har således varit de metoder som är bevisat effektiva vid diagnostiserade tillstånd inom depressionssjukdom och ångestsyndrom.

Riktlinjernas rekommendationer är ett stöd för prioriteringar på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Det kan vara prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper, verksamhetsområden eller kliniker, så kallade horisontella prioriteringar. Det kan också vara prioriteringar inom en sjukdomsgrupp eller verksamhetsområde, så kallade vertikala prioriteringar.

Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården av dessa patientgrupper på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som fått låg prioritet.

Riktlinjerna innehåller även förslag till indikatorer som speglar god vård med utgångspunkt från centrala rekommendationer i dessa riktlinjer. Ett kapitel beskriver även ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som riktlinjerna kan förväntas leda till i jämförelse med nuvarande praxis.

Denna version av riktlinjerna är preliminär och ska nu diskuteras i en öppen process i landsting och regioner, genom bland annat regionala seminarier, innan Socialstyrelsen tar slutlig ställning.

De regionala seminarierna kommer att hållas i Luleå, Västerås, Stockholm, Kalmar, Göteborg och Karlshamn under perioden februari–mars 2009. Där deltar representanter från landstingen och regionerna.

Syftet med seminarierna är att riktlinjerna och dess regionala och lokala konsekvenser ska redovisas och diskuteras. Därefter har landstingen och regionerna möjlighet att lämna skriftliga synpunkter på innehållet i riktlinjerna till Socialstyrelsen. Berörda specialistföreningar, vårddyrkesorganisationer och patientorganisationer kommer också att ges möjlighet att lämna synpunkter på riktlinjerna innan den slutliga versionen av dem publiceras.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Lena Weilandt
Enhetschef, enheten för
Nationella riktlinjer

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	6
Rekommendationer för omhändertagande av vårdsökande, behandling och uppföljning	6
Några centrala rekommendationer och dess konsekvenser	6
Effektivt omhändertagande inom första linjens vård	7
Tillgång till psykologisk behandling med KBT	7
Brist på datakällor försvårar uppföljning	7
1. Inledning	8
Uppdraget	8
Riktlinjerna ett stöd för prioriteringar	8
Olika versioner av riktlinjerna för olika målgrupper	9
Riktlinjerna tar upp åtgärder vid specifika sjukdomstillstånd	9
Samsjuklighet	10
Kompletteringar i slutlig version	10
2. Rekommendationer	12
Rekommenderade åtgärder vid depression och ångestsjukdom	12
Tre typer av rekommendationer	14
Åtgärder för att förebygga	14
Vuxna och äldre	15
Bedömning och omhändertagande av vårdsökande	16
Omhändertagande inom första linjens vård	17
Bedömning och omhändertagande vid självmordsnära tillstånd hos ungdomar, vuxna och äldre samt vid självmord	18
Uppföljning och utvärdering av behandling	19
Åtgärder vid egentlig depression	20
Barn och ungdomar	21
Vuxna och äldre	24
Åtgärder vid ångestsyndrom	35
Barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi	36
Barn och ungdomar med tvångssyndrom	38
Vuxna och äldre med generaliserat ångestsyndrom	40
Vuxna och äldre med paniksyndrom med eller utan agorafobi	42
Vuxna och äldre med social fobi	44
Vuxna och äldre med tvångssyndrom	45
Vuxna och äldre med akut stressreaktion i samband med psykologiskt trauma eller posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	47
Riktlinjerna ger vägledning vid sjukskrivning	49

3. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser	51
Inledning	51
4. Indikatorer för vården av depression och ångestsyndrom	52
Inledning	52
Indikatorer för vården av patienter med depression och ångestsyndrom	52
Samordning med andra delar av riktlinjearbetet	53
Redovisning av kvalitetsindikatorer	53
Kvalitetsindikatorerna	54
Bilaga 1. Beskrivning av åtgärder	56
Psykologisk behandling - psykoterapi	56
Psykosocial behandling/stöd	59
Läkemedelsbehandling	60
Andra behandlingsmetoder	61
Bilaga 2. Bedömd effekt	63
Bilaga 3. Projektorganisation	65
Bilaga 4 (1-82)	70-151
Referenser	152

Sammanfattning

Rekommendationer för omhändertagande av vårdsökande, behandling och uppföljning

Riktlinjerna innehåller rekommendationer inom följande områden och vid följande tillstånd:

- Förebyggande åtgärder
- Bemötande och omhändertagande av vårdsökande inom första linjens vård, inklusive diagnostik och bedömning av svårighetsgrad, bedömning och omhändertagande vid självmordsrisk samt uppföljning och utvärdering av behandling
- Behandling och omvårdnad vid lindrig, måttlig samt svår eller terapiresistent depression hos barn, ungdomar, vuxna och äldre
- Behandling och omvårdnad vid måttligt, svårt eller terapiresistent ångestsyndrom hos barn, ungdomar, vuxna och äldre
- Behandling och omvårdnad vid bipolär sjukdom hos barn, ungdomar, vuxna och äldre redovisas endast på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer

Uppdraget till Socialstyrelsen är att utarbeta Nationella riktlinjer för god vård för patienter med allvarliga sjukdomar, ofta långvariga som tar stora samhällsresurser i anspråk. I riktlinjerna ingår beslutsstöd för prioriteringar, som baseras på riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Rekommendationerna om prioriteringar är rangordnade i en skala från ett till tio efter angelägenhetsgrad (rangordning). Riktlinjerna innehåller dessutom rekommendationer om metoder som inte bör utföras alls eller rutinmässigt (icke-göra) samt rekommendationer om metoder där det fortfarande saknas tillräcklig evidens för att kunna motivera ett införande i rutinsjukvården (FoU). I den listan som återfinns i bilaga 4 finns samtliga tillstånd- och åtgärds-kombinationer beskrivna och prioriterade alternativt hänfödda till icke-göra eller FoU.

Några centrala rekommendationer och dess konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att nedanstående två rekommendationer är centrala förutsättningar för att dessa riktlinjer som helhet kan ge önskat resultat. Båda är resurskrävande och kommer bland annat att medföra behov av investeringar i personal och kompetens.

Det är emellertid svårt att utifrån en nationell nivå mer exakt beräkna och bedöma de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna framför allt beroende på att det saknas tillräcklig kunskap om rådande praxis och hur tillgången till personal med adekvat kompetens ser ut i olika delar av landet.

Socialstyrelsen har som ambition att i slutversionen av beslutsstödsdokumentet kunna redovisa en konsekvensanalys utifrån landstingens och regionernas egna konsekvensbeskrivningar.

Effektivt omhändertagande inom första linjens vård

Rekommendationen om ett effektivt omhändertagande av vårdsökande inom första linjens vård innehåller flera komponenter som handlar om resurser, och om hur vården bör utformas för att kunna möta patientgruppens behov.

Följande komponenter bedömer Socialstyrelsen vara centrala i ett effektivt omhändertagande: första bedömning med hög tillgänglighet, aktiv uppföljning av aktuella symtom hos barn och ungdomar, god kontinuitet under hela vårdförloppet och interventioner med sammansatta vårdåtgärder i ett strukturerat program, som är anpassat till den enskildes behov. För att vårdåtgärderna ska ge avsedd effekt krävs tillgång till personal med adekvat kompetens, tillgång till konsultationsinsatser från såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri samt möjlighet till uppföljning och utvärdering av behandling.

Det är svårt att beräkna kostnaderna för genomförandet av ett effektivt omhändertagande eftersom det handlar dels om organisationen som helhet och dess effektivitet, dels om tillgång till personal och kompetenser. Dessutom har utvecklingen kommit olika långt i landet. Socialstyrelsen är dock medveten om att rekommendationen är resurskrävande.

Tillgång till psykologisk behandling med KBT

Psykologisk behandling med framför allt kognitiva och beteendeorienterade terapier/kognitiv beteendeterapi (KBT) i olika format prioriteras mycket högt vid i princip alla tillstånd. Huvudskälet till detta är att KBT har god effekt på symtom och funktionsnivå hos individen både på kort och på lång sikt. Dessutom finns inga biverkningar rapporterade.

Socialstyrelsen är medveten om att det råder stor brist på personal med adekvat kompetens inom dessa områden. Även denna rekommendation kommer därför att kräva att varje landsting och region gör en analys av nuläget när det gäller tillgång till personal och kompetens för att sedan ta ställning till i vilken takt det är möjligt att genomföra rekommendationerna kring KBT-behandling.

Brist på datakällor försvårar uppföljning

Socialstyrelsen har utarbetat 19 indikatorer för uppföljning av vården av patienter med depression och ångestsyndrom. Av dessa går nio att följa genom befintliga hälsodataregister på Socialstyrelsen.

Ett stort problem inom detta område är att det saknas datakällor, till exempel för primärvården, och att de befintliga datakällorna inte används på ett korrekt sätt. Detta innebär att tio av de framtagna indikatorerna ännu inte är möjliga att kontinuerligt följa vare sig på nationell, regional eller lokal nivå.

1. Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta Nationella riktlinjer för god vård för allvarliga, ofta långvariga sjukdomar där vården tar stora resurser i anspråk. Arbetet med riktlinjerna inriktas på de stora sjukdomsgrupperna, omfattar hela vårdkedjan och fokuserar på frågeställningar där behovet av vägledning för beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal är särskilt stort.

Som utgångspunkt för arbetet med riktlinjerna finns riksdagsbeslutet från våren 1997 om prioriteringar i hälso- och sjukvården. I riksdagsbeslutet framgår det att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Socialstyrelsens arbete med riktlinjerna utgår från dessa principer.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att utarbeta indikatorer som belyser god vård, bland annat inom ramen för det nationella riktlinjearbetet. Uppdraget innebär också att hålla innehållet i riktlinjerna aktuellt genom återkommande uppdateringar och kompletteringar. Socialstyrelsen ska redovisa till regeringen hur riktlinjerna påverkar medicinsk praxis.

Riktlinjerna ett stöd för prioriteringar

Riktlinjerna är ett nationellt kunskapsstöd som hälso- och sjukvården kan använda för att besluta om prioriteringar. Målet är att bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter behov och styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut.

Riktlinjernas rekommendationer är ett stöd för prioriteringar på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Det kan vara prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper, verksamhetsområden eller kliniker, så kallade horisontella prioriteringar. Det kan också vara prioriteringar inom en sjukdomsgrupp eller verksamhetsområde, så kallade vertikala prioriteringar.

De primära målgrupperna för riktlinjerna är således beslutsfattare inom hälso- och sjukvården (politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer) och hälso- och sjukvårdspersonal.

Olika versioner av riktlinjerna för olika målgrupper

De Nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom innehåller:

- Beslutsstödet med rekommendationer som stöd för beslut om prioriteringar med beslutsfattare (politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer) och hälso- och sjukvårdspersonal som primära målgrupper (slutlig version oktober 2009).
- Vetenskapligt underlag med medicinska och hälsoekonomiska faktaunderlag som stödjer rekommendationerna – med hälso- och sjukvårdspersonal som primär målgrupp (slutlig version på Socialstyrelsens webbplats i oktober 2009).
- En populärversion med information till patienter och närstående (oktober 2009)
- En version riktad till skolhälsovården med rekommendationer om förebyggande åtgärder på gruppnivå riktade till barn och ungdomar (oktober 2009).

Riktlinjerna tar upp åtgärder vid specifika sjukdomstillstånd

Dessa riktlinjer tar upp medicinska åtgärder vid avgränsad psykisk sjukdom och funktionsnedsättning inom hälso- och sjukvården, men berör inte perspektivet psykisk ohälsa. Det innebär bland annat att Socialstyrelsen värderat stödet för specifika åtgärder som utvärderats i forskning där studiedeltagare diagnostiseras med ångest eller depression och där behandlingen noga beskrivits.

Psykisk ohälsa, psykisk störning och psykisk funktionsnedsättning

Psykisk ohälsa är något som drabbar alla någon gång i livet. Psykisk ohälsa är en subjektiv upplevelse av att inte må bra t ex att känna sig nedstämd, stressad eller uppleva att man tillfälligt inte fungerar så bra. Det kan bland annat bero på att något hänt, att man är på väg in en ny livssituation (livskris) eller att man är kroppsligt sjuk.

Psykisk störning eller psykisk sjukdom är förutom den egna upplevelsen något som kan diagnostiseras av en specialist utifrån vissa symtom eller beteenden.

Psykisk funktionsnedsättning innebär att individen, som en konsekvens av den psykiska störningen/sjukdomen, har påtagliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden (till exempel boende, sysselsättning och social gemenskap), och att denna begränsning har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid [1].

Samsjuklighet

Samsjuklighet är vanligt inom hälso- och sjukvården och innebär att flera tillstånd eller sjukdomsdiagnoser föreligger samtidigt.

Diagnostik av psykisk sjukdom bygger på en beskrivning av symtom och funktion, belysta ur ett flerdimensionellt perspektiv (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, förkortat DSM). Varje individ som genomgår en psykiatrisk bedömning kan uppfylla kriterier på fler än en diagnos. Särskilt vanligt är en kombination av symtom på depression och/eller ångesttillstånd och en personlighetsstörning. Detta är en samsjuklighet inom den psykiska sjukdomsgruppen.

I dessa riktlinjer redovisas i första hand studier som relaterar en åtgärd till en diagnos. På senare år har översikter visat att studier av vissa metoder har effekt även för grupper av individer med psykiatrisk samsjuklighet [2, 3]. De behandlingar som rekommenderas i riktlinjerna kan därför förväntas vara effektiva även vid samsjuklighet.

En annan fråga är samsjuklighet vid samtidig förekomst av depression eller ångest och kroppslig sjukdom, vilket ömsesidigt kan påverka prognosen av både den psykiska och den kroppsliga sjukdomen. I Socialstyrelsens rekommendationer återfinns särskild information om depression vid somatisk sjukdom respektive demens.

Kompletteringar i slutlig version

När det gäller diagnostik och bedömning av depression och ångest har Socialstyrelsen prioriterat ett antal tillstånd och åtgärder i tillstånds- och åtgärdslistan. I den slutliga versionen kommer Socialstyrelsen att komplettera med rekommendationer om diagnostik och bedömning också i rekommendationskapitlet.

Socialstyrelsen har som ambition att i slutversionen av beslutsstödsdokumentet kunna redovisa en konsekvensanalys utifrån landstingens och regionernas egna konsekvensbeskrivningar.

I de hälsoekonomiska beräkningarna saknas slutsatser för några av tillstånds- och åtgärds kombinationerna eftersom de beräknade kostnadseffektkvoterna är osäkra. Detta gäller särskilt för de rader när läkemedel jämförs med KBT.

Osäkerheten beror på att Socialstyrelsen endast har haft tillgång till de direkta kostnaderna för olika behandlingar. Det beror också på att effekterna för behandlingsalternativen har skattats som likvärdiga när det gäller KBT och läkemedelsbehandling. Om de negativa effekterna (biverkningar av läkemedelsbehandlingen) och långtidseffekten av KBT hade inkluderats i beräkningarna så hade KBT fått lägre kostnad per effekt, vilket också har varit Socialstyrelsens utgångspunkt i prioriteringarna.

I den slutliga versionen avser Socialstyrelsen att redovisa hälsoekonomiska resonemang när det gäller kostnadseffektiviteten för dessa rader. Socialstyrelsen bedömer däremot att prioriteringen inte kommer att förändras på något avgörande sätt.

I den slutliga versionen kommer det att finnas ett avsnitt som beskriver de lagstadgade skyldigheterna som vården har när det kommer till att ge patien-

ten information och göra denna delaktig i val av behandling. Detta är åtgärder som inte går att prioritera högt eller lågt utan är en grundläggande skyldighet för alla vårdgivare och för hälso- och sjukvårdspersonal.

2. Rekommendationer

Rekommenderade åtgärder vid depression och ångestsjukdom

I beslutsstödet har Socialstyrelsen valt ett antal viktiga rekommendationer som kan komma att påverka praxis och resursfördelningen inom vården av patienter med depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen redovisar även åtgärder som kan komma att kräva politiska beslut i landsting och regioner för att rekommendationerna ska kunna införas. Socialstyrelsen har tagit med både högt och lågt prioriterade åtgärder.

Syftet med rekommendationerna är att ge vägledning för kliniska beslut på gruppnivå. Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården av dessa patientgrupper på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har låg prioritet.

Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna även utgör en vägledning och ett stöd för beslut som rör enskilda patienter, även om det då självfallet kan finnas omständigheter som motiverar att man gör avsteg från dessa. Det måste alltid finnas en individuell anpassning både när det gäller val av behandling och vid vilken tidpunkt den ska sättas in.

De rekommendationer som Socialstyrelsen valt ut finns inom följande områden:

Förebyggande åtgärder

- Screening för depression och ångest av personer utan kända riskfaktorer
- Screening för depression hos kvinnor efter förlossning

Bemötande och omhändertagande av vårdsökande

- Omhändertagande av vårdsökande inom första linjens vård
- Diagnostik och bedömning av svårighetsgrad
- Bedömning och omhändertagande vid självmordsrisk
- Uppföljning och utvärdering av behandling

Åtgärder vid egentlig depression

- Barn och ungdomar
- Vuxna och äldre
- Kvinnor under graviditet och efter förlossning

Åtgärder vid ångestsyndrom

- Barn och ungdomar med
 - Generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi.
 - Tvångssyndrom
- Vuxna och äldre med
 - Generaliserat ångestsyndrom
 - Paniksyndrom utan eller med agorafobi
 - Social fobi
 - Tvångssyndrom
 - Posttraumatiskt stressyndrom

På www.socialstyrelsen.se/riktlinjer redovisar Socialstyrelsen hela listan med så kallade tillstånds- och åtgärds kombinationer – totalt 320 stycken. I rutan nedan finns ett exempel på en tillstånds- och åtgärds kombination.

Exempel på en tillstånds- och åtgärds kombination

Tillstånd:

Vuxna och äldre med paniksyndrom

Åtgärd

Psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi

Samtliga 320 tillstånds- och åtgärds kombinationer har rangordnats på en skala från 1 till 10 där 1 anger högsta prioritet och 10 lägsta prioritet. Vissa tillstånds- och åtgärds kombinationer är hänfödda till ”icke-göra” eller ”FoU. Läs mer om detta nedan under rubriken ”Tre typer av rekommendationer”.

Många av rubrikerna i detta kapitel har en sifferkombination inom parentes (till exempel 4:22). Det är hänvisningar till radnummer i tillstånds- och åtgärds listan och det vetenskapliga underlaget – som går att ladda ner på www.socialstyrelsen.se.

I bilaga 1 ges en närmare beskrivning av de åtgärder som vi tar upp i de olika rekommendationerna.

Bedömd effekt

Eftersom jämförelsegrupper i olika studier sett mycket olika ut har Socialstyrelsen valt att genomgående bedöma den faktiska effekten av olika åtgärder jämfört med utgångsläget (baseline). Den bedömda effekten uttrycker vi sedan som obetydlig, liten, måttlig och stor i form av en relativ skala från 0–100, där 100 anger att individerna i de studerade grupperna är helt återställda. Vid de flesta åtgärderna har effekten bedömts som måttlig. Även om skalstegen är grova så innebär ”måttlig” en avsevärd symtomreduktion samt en klar förbättring av funktionsförmågan. Även vid ”liten effekt” är påverkan på såväl symtom som funktionsförmåga påtagliga.

Skala för bedömning av effekt

Obetydlig effekt	0–20
Liten effekt	20–50
Måttlig effekt	50–80
Stor effekt	80–100

I det vetenskapliga underlaget har Socialstyrelsen graderat evidensen för effekten för olika åtgärder. Två typer av gradering har använts. Om slutsatsen om effekten är baserad på systematiska litteraturöversikter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har vi använt evidensstyrka 1–3. Grundar sig slutsatsen däremot på andra systematiska översikter eller enskilda studier använts mycket gott, gott, visst och otillräckligt vetenskapligt underlag istället.

En utförlig beskrivning av metoden för att bedöma effekten finns i bilaga 2, och hur det vetenskapliga underlaget och prioriteringen är framtagna redovisas i bilaga 6.

Tre typer av rekommendationer

Socialstyrelsen rangordnar tillstånds- och åtgärdscombinationerna antingen i en skala från 1 till 10 eller som ”icke-göra” eller ”FoU” .

Siffran 1 anger åtgärder med högst prioritet. Siffran 10 anger åtgärder som ger mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till kostnaden vid de aktuella hälsotillstånden. De rangordnade tillstånds- och åtgärdscombinationerna har dokumenterad effekt baserat på vetenskapliga studier eller stöd i ”beprövad erfarenhet”.

Till *icke-göra* för Socialstyrelsen åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Det kan bero på att det finns god vetenskaplig dokumentation för att åtgärden inte har någon, eller sämre, effekt än annan behandling. Det kan också bero på att balansen mellan gynnsamma effekter å ena sidan och komplikationer och biverkningar å den andra sidan är ogynnsam. Även åtgärder som sjukvården inte bör utföra rutinmässigt för att det vetenskapliga stödet är ofullständigt eller motstridigt och det samtidigt finns andra alternativ med gott vetenskapligt stöd placerar Socialstyrelsen här. Däremot har vi inte fört åtgärder med dålig kostnads- eller nyttoeffekt till icke-göra.

Till *FoU* för Socialstyrelsen åtgärder där det saknas ett vetenskapligt underlag eller där underlaget är bristfälligt eller motstridigt och där pågående eller kommande forskning kan tillföra relevant kunskap. Förutsättningarna är att metoden är på väg att införas i hälso- och sjukvården, redan har införts trots bristande grund eller att hälso- och sjukvården har stora förhoppningar om dess värde.

Åtgärder för att förebygga

Trots att depressioner och ångestsyndrom är mycket vanliga i en befolkning saknas i stor utsträckning kunskap om förebyggande åtgärder. Ett fåtal preventionsprogram har utvärderats vetenskapligt och dessa riktar sig i allmänhet till barn eller ungdomar, även om det finns undantag. Depression och ångestproblem debuterar ofta i unga år, vilket innebär att skolans roll som hälsofrämjande arena är betydelsefull. Flera av de åtgärder som redovisas i det vetenskapliga underlaget ligger inom skolans ansvarsområde.

Vuxna och äldre

Livstidsrisken för utveckling av psykisk sjukdom är 30 procent i befolkningen. Det har dock visat sig att människor med framför allt depression jämförelsevis sällan kommer till behandling.

Det stora flertalet patienter med depression och ångest söker och behandlas i primärvården. Det finns flera studier som talar för att uppemot hälften av dem som har en depression inte blir diagnostiserade när de söker primärvård för besvär som sannolikt kan förklaras av bakomliggande depression, men som ofta upplevs som kroppsliga symtom, exempelvis smärta eller värk [4].

När det gäller ångest visar studier, att ett år efter det att patienten sökt vård har cirka 70 procent av patienterna med ångestsyndrom diagnostiserats. Det är patienterna med de svåraste symtomen som identifieras, medan patienter som har lättare symtom och i högre grad fungerar socialt upptäcks i lägre frekvens.

Rekommendationer

De åtgärder som Socialstyrelsen redovisar är dels screening för depression och ångestsjukdom av grupper utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom, dels screening för depression av nyförlösta mammor. I denna grupp föreligger det en känd risk för depression.

Screening för depression och ångestsjukdom av personer utan kända riskfaktorer

(Rad 1:15 – 1:16)

Screening inom primärvård innebär införande av rutinmässiga frågor om depressiva symtom eller symtom på oro och ångest som ensam åtgärd. Detta sker med hjälp av enkla frågeformulär som antingen patienten själv fyller i, exempelvis i väntrum, eller som läkaren använder under besöket. Syftet är att fler patienter med depression kan upptäckas.

Nackdelar

- Screening för depression påverkar inte upptäckt, behandling eller behandlingsresultat hos vårdsökande vuxna och äldre utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom.
- Screening för ångestsjukdom medför ingen skillnad när det gäller behandling, behandlingsresultat eller långtidsutfall hos vårdsökande vuxna och äldre utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom.
- Det saknas ännu screeninginstrument som har tillräckligt hög specificitet, det vill säga förmågan att skilja ut sant positiva fall, och som samtidigt är hanterbara i primärvård med höga krav på enkelhet och kort tidsåtgång. Utan tillräckligt bra instrument skapar screening av en mängd av patienter många falskt positiva fall, som måste utredas.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör inte

- genomföra screening för depression av grupper utan känd risk för psykisk sjukdom inom primärvård (*icke-göra*).

- genomföra screening för ångestsjukdom av grupper utan känd risk för psykisk sjukdom inom primärvård (*icke-göra*).

Screening för depression hos kvinnor efter förlossning.

(Rad 1:19)

Det finns ett flertal riskgrupper för att utveckla depression. En av dessa grupper är nyblivna mammor efter förlossning (postpartum depression).

Postpartum depression betraktas idag som en vanlig egentlig depression, som debuterar efter förlossningen. Det som dock skiljer en depression hos den nyblivna mamman från en vanlig depression är att den inte enbart påverkar kvinnan. Eftersom det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn har betydelse för barnets fortsatta utveckling kan en depression hos mamman ha långvariga negativa effekter för barnets utveckling, men även för kvinnans egen hälsa och föräldraparets relation.

I denna rekommendation tar Socialstyrelsen upp screening med hjälp av specifika screeningsskalor, som möjliggör tidig upptäckt av dessa mammor. Det är viktigt att betona att screening inte är effektiv som ensam åtgärd utan bör ingå i ett behandlingsprogram.

Fördelar

- EPDS-instrumentet (Edinburgh Postnatal Depression Scale) har tillräckligt högt positivt prediktivt värde för att vara kliniskt användbart för screening av depression från sex veckor efter förlossning.
- Nyblivna mammor är oftast i högre grad mottagliga för hjälp och har i de flesta fall kontakt med olika stödsystem, till exempel mödra- och barnhälsovården, vars mål bland annat är att ge stöd och hjälp så att inte ett sjukdomstillstånd bryter ut.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- genomföra screening för depression med EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) av alla kvinnor efter förlossning sex veckor efter förlossning (*prioritet 4*).

Bedömning och omhändertagande av vårdsökande

En av huvuduppgifterna inom första linjens vård är att erbjuda en första bedömning av individens hälsoproblem. Därigenom får varje individ möjlighet till en professionell första bedömning för prioritering, diagnos och behandling, där hänsyn inte bara tas till symtomens eller sjukdomens svårighetsgrad utan också till individens funktionsförmåga. Varje år sker mer än hälften av alla sjukvårdsbesök vid allmänmedicinska mottagningar i landet. Det är därför av stor vikt att denna första bedömning av vårdbehov och det fortsatta omhändertagandet inom första linjens vård sker enligt evidensbaserade metoder.

I detta avsnitt rekommenderar Socialstyrelsen åtgärder som har en bevisad nytta när det gäller den första bedömningen och diagnostiken, vårdens

organisering samt tillgång till adekvata behandlingsåtgärder och kompetenser. Även utvärdering av behandling ingår. Syftet är att uppnå ett effektivt och bra omhändertagande av vårdsökande barn, ungdomar, vuxna och äldre med depression och ångestillstånd.

Omhändertagande inom första linjens vård

(Rad 2:1, 2:3, 2:4, 2:6 - 2:13)

Hög tillgänglighet i det primära omhändertagandet av barn, ungdomar, vuxna och äldre med nedstämdhet och oro inom första linjens vård är tillsammans med god kontinuitet under hela vårdförloppet grundläggande förutsättningar för ett effektivt omhändertagande.

En effektiv behandling förutsätter möjligheten att kunna ge interventioner med sammansatta vårdåtgärder i ett strukturerat behandlingsprogram, som är anpassat till den enskildes behov. Med sammansatta vårdåtgärder avses interventioner med kombination av behandlingsåtgärder som innefattar vårdprogram, läkemedelsbehandling, vägledad självhjälp, psykologisk rådgivning (counselling), psykologisk behandling med korttidspsykoterapi, patient- och närståendebildning, telefonstöd till patienten, påminnelse- och övervakningssystem.

För att vårdåtgärderna ska ge avsedd effekt krävs tillgång till personal med adekvat kompetens, såsom specialiserade sjuksköterskor, personer med kompetens i korttidspsykoterapier och psykologisk rådgivning liksom patientundervisning. Vidare krävs tillgång till konsultationsinsatser från såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri samt möjlighet till uppföljning och utvärdering av behandling.

Åtgärderna som ingår i behandlingsprogrammen bör genomföras enligt principerna för stegvis vård, vilket innebär att man vid val av olika behandlingsmetoder med väldokumenterad effekt först väljer den för tillståndet minst intensiva. Effekten av denna intervention följs upp och om man inte uppnår förväntat resultat väljs en metod med högre intensitet.

Steg 1: Adekvat första behandling.

Steg 2: Byte till annat adekvat behandlingsalternativ.

Steg 3: Konsultation och/eller överföring av behandlingsansvaret till psykiatrin bör tillämpas när två på varandra följande behandlingsalternativ inte gett avsedd effekt.

Vid behandling av depression och ångestillstånd hos barn och ungdomar fordras kompetens för psykologisk behandling liksom, i förekommande fall, kunskap om psykofarmakologisk behandling av barn och ungdomar. Det är även viktigt med en god kunskap om barns och ungdomars normala utveckling samt betydelsen av familj och nätverk.

Fördelar

- En primärvårdsorganisation med god tillgänglighet är grunden för en effektiv första bedömning och handläggning av vårdsökande med misstänkt depression eller ångest. Den första bedömningen av läkare eller sjuksköterska är också en förutsättning för prioritering inom primärvården. Hög tillgänglighet i primärvården och effektiviteten vid den första bedömningen har stor effekt.

- Aktiv uppföljning av aktuella symtom på depression och ångest genom stödjande kontakt och eventuell psykosocialt stöd till föräldrar och det yngre barnet respektive den unge har liten effekt på symtom och funktionsförmåga.
- Kontinuitet har måttlig effekt vid behandling av vuxna med depression och/eller ångesttillstånd.
- En för målgruppen anpassad vårdorganisation med en adekvat sammansättning av kompetenser och vårdåtgärder, liknande den som organiseras för personer med kroppsliga kroniska sjukdomar, är överlägsen rutinmässig handläggning inom primärvården.
- Intervention med sammansatta vårdåtgärder i ett strukturerat behandlingsprogram som är anpassat till den enskildes behov har liten effekt.
- Stegvis vård har liten tilläggs effekt vid depression och ångesttillstånd.
- Regelbundna återbesök hos läkare förstärker effekten av läkemedelsbehandling.

Rekommendationer vid bedömning och omhändertagande av vård-sökande

Hälso- och sjukvården (primärvården) bör

- erbjuda barn, ungdomar, vuxna och äldre med symtom på nedstämdhet och oro första bedömning med hög tillgänglighet (*prioritet 1*)
- erbjuda föräldrar till yngre barn respektive ungdomar aktiv uppföljning av aktuella symtom på depression och ångest i form av en stödjande kontakt och eventuellt psykosocialt stöd (*prioritet 1*)
- ge vård med god kontinuitet (*prioritet 3*) under hela vårdförloppet i form av interventioner med sammansatta vårdåtgärder utförda av personal med adekvat kompetens (*prioritet 3*) samt med möjlighet till nära kontakt mellan primärvård, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri (*prioritet 3*) och till återbesök för uppföljning och utvärdering av behandlingen (*prioritet 2*).
- erbjuda behandlingsprogram och behandlingsalternativ anpassade till den enskildes behov och i samverkan med patienten enligt principerna för stegvis vård med tillgång till effektiva behandlingsalternativ i varje vårdsteg (*prioritet 3*).

Bedömning och omhändertagande vid självmordsnära tillstånd hos ungdomar, vuxna och äldre samt vid självmord

(Rad 2:29 - 2:32, 1:22)

Depression och ångesttillstånd medför risk för självmordshandling eller självmord. Även närståendes behov av stöd bör uppmärksammas såväl vid självmordsnära tillstånd som vid självmord.

Fördelar

- En strukturerad bedömning av självmordsrisken hos en patient kan öka möjligheten att förutsäga om denna/denne överväger självmord eller upprepat självmordsförsök. Specialträning av bedömarna kan öka precisionen i riskbedömningen.
- Fördjupad psykiatrisk bedömning av patienter med bedömd risk för självmordshandling minskar risken för självmord.
- Klinisk erfarenhet visar att observation inom psykiatrisk slutenvård minskar risken för självmordshandling om inte adekvat tillsyn och omvårdnad kan erbjudas i den egna miljön.
- Närståendemedverkan vid bemötande av patienter med självmordsnära tillstånd har positiv effekt på dennas/dennes vårdresultat.
- Psykosocialt stöd vid självmord har liten effekt på de efterlevandes psykiska hälsa.

Rekommendationer vid självmordsnära tillstånd hos ungdomar, vuxna och äldre samt vid självmord

Hälso- och sjukvården bör

- genomföra en strukturerad bedömning av självmordsrisk av ungdomar, vuxna och äldre vid misstänkt risk för självmord (*prioritet 1*)
- genomföra en fördjupad psykiatrisk bedömning av ungdomar, vuxna och äldre med bedömd risk för självmordshandling (*prioritet 1*)
- ge möjlighet till observation inom psykiatrisk vård vid självmordsnära tillstånd (*prioritet 1*)
- ge möjlighet till närståendemedverkan vid bemötandet av vuxna med självmordsnära tillstånd (*prioritet 1*)
- ge psykosocialt stöd till efterlevande vid självmord (*prioritet 1*)

Uppföljning och utvärdering av behandling

(Rad 2:33, 2:35 - 2:37)

Utvärdering av behandling innebär att behandlaren under vårdförloppet regelbundet tar ställning till om behandlingen bör modifieras eller intensifieras.

Läkemedelsrevision innebär en systematisk genomgång av en patients läkemedel. Den utförs mellan läkare, sjuksköterska, ansvarig vårdpersonal i dialog med patient och vid behov närstående. En lämplig tidpunkt för revisionen är när det är dags för en patients recept- eller ApoDosförnyelse.

Fördelar

- Regelbunden läkemedelsrevision hos äldre multisjuka med omfattande läkemedelsanvändning ger underlag för värdering och uppföljning av behandlingseffekter och behandlingsindikationer med möjlighet att ta ställning till förändring i läkemedelsbehandlingen.
- Regelbundna återbesök under pågående antidepressiv läkemedelsbehandling har måttlig effekt hos barn, ungdomar, vuxna och äldre

med depression eller ångestsjukdom av måttlig svårighetsgrad. Regelbundna återbesök har i sig sannolikt terapeutiska effekter.

- Återbesök hos läkare för utvärdering efter genomförd behandling har liten till måttlig effekt hos patienter med egentlig depression eller ångestsjukdom av måttlig svårighetsgrad
- Fysisk hälsokontroll har liten tilläggseffekt hos vuxna med långvarig affektiv sjukdom eller ångestsjukdom eftersom tillstånden i sig ökar risken för insjuknande i kroppslig sjukdom, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar. Även långvarig läkemedelsbehandling kan ha negativa hälsoeffekter.
- Långtidsuppföljning ger kontinuitet vilket ökar kvaliteten i vården av patienter med kronisk sjukdom, vilket även förefaller gälla för vuxna med långvarig affektiv sjukdom.

Rekommendationer vid utvärdering av behandling

Hälso- och sjukvården bör

- genomföra regelbunden läkemedelsrevision för äldre multisjuka som behandlas med flera läkemedel (*prioritet 1*)
- utvärdera pågående läkemedelsbehandling av barn, ungdomar, vuxna och äldre med måttlig egentlig depression eller ångestsjukdom genom regelbundna återbesök hos läkare (*prioritet 2*)
- utvärdera genomförd behandling av barn, ungdomar, vuxna och äldre med måttlig egentlig depression eller ångestsjukdom genom återbesök hos läkare (*prioritet 3*)
- genomföra fysiska hälsokontroller av vuxna och äldre med långvarig egentlig depression eller ångestsjukdom (*prioritet 3*)
- genomföra långtidsuppföljning och ge behandlingsstöd till vuxna med långvarig affektiv sjukdom (*prioritet 3*)

Åtgärder vid egentlig depression

Målet med depressionsbehandling är tillfrisknande. Det innebär inte bara frihet från depressionssymtom utan även återgång till tidigare funktionsnivå, det vill säga återgång till skola eller arbete, samt återvunnen social funktion och livskvalitet.

Ytterligare ett viktigt mål är att förhindra återinsjuknande. Dessa mål kan uppnås för det stora flertalet patienter om tillgängliga behandlingsmöjligheter utnyttjas konsekvent.

I dessa rekommendationer tar Socialstyrelsen upp åtgärder vid egentlig depression hos såväl barn och ungdomar som vuxna och äldre.

I några fall har flera åtgärder vid behandling av ett tillstånd fått samma prioritet, vilket beror på de sammanvägningar som vi gjort vid prioriteringsbedömningarna. Åtgärderna kan ha något olika effekt, olika risk för biverkningar och olika kostnadseffektivitet och det kan finnas olika evidens för detta. En åtgärd kan ha större risk för biverkningar medan en annan har bättre evidens för effekt. Men när man väger samman allt detta har vi bedömt åtgärderna som likvärdiga.

Barn och ungdomar

Egentlig depression hos såväl barn som tonåringar kan vara lindrig, måttlig, svår eller terapieresistent när det gäller symtom, nedsättning av psykosocial funktionsförmåga och varaktighet. Med ”terapieresistent depression” menar vi här ett tillstånd där två på varandra följande behandlingar inte gett avsedd effekt.

Symtom

Barns sätt att uppleva och uttrycka depressiva känslor och tankar bestäms av den individuella kognitiva utvecklingsnivån. Detta medför att symtombilden successivt förändras i takt med åldern från ospecifika kroppsliga och psykiska symtom till den specifika symtombild som finns hos vuxna med den vuxnes förmåga att sätta ord på känslor av nedstämdhet och beskriva depressiva symtom.

Späd- och förskolebarn uttrycker depressiva symtom genom mat- och sömnproblem, i allvarigare fall genom anknytningssvårigheter i form av tillbakadragenhet och apati samt försämrad tillväxt och tillbakagång i utvecklingen.

Barn i låg- och mellanstadieåldern uttrycker depressiva symtom genom diffusa kroppsliga besvär som huvudvärk eller magont. Oro, räddhågsenhet och allmän klängighet gentemot föräldrarna är andra vanliga uttryck för nedstämdhet i dessa åldersgrupper. Det är framför allt pojkar, som i första hand reagerar med aggressivitet och humörutbrott. Cirka en procent av alla förskole- och skolbarn lider av depression.

Tonåringar har i allmänhet uppnått den utvecklingsnivå att de uppvisar samma typ av depressiva symtom som vuxna, det vill säga minskat intresse för aktiviteter som den unge brukar tycka om, överdriven trötthet och brist på energi, förändrad aptit och sönmönster, koncentrationssvårigheter och svårigheter att bestämma sig, känslor av uppgivenhet, värdelöshet, ilska eller skuld, som kan ge sig till känna genom tankar på döden eller självmordsplaner. En tonåring som slutar bry sig om sitt utseende och hygien kan spegla en depressiv utveckling. Likaså kan missbruk, skolk, snatteri och sexuellt riskbeteende vara en del i symtombilden. Depressiva symtom hos ungdomar är i hög grad förknippade med individens förmåga att hantera tonårens omvälvande biologiska, psykiska och sociala utvecklingsfaser och medföljande utvecklingskriser.

Cirka 5–6 procent av alla tonåringar lider av depression. Flickor dominerar från puberteten. Samsjuklighet med såväl andra psykiska sjukdomar som kroppsliga sjukdomar är vanligt förekommande.

Rekommendationer vid lindrig depression

(Rad 2:2, 2:3, 3:1, 3:2)

I vissa fall är den psykiska funktionsförmågan tillfälligt nedsatt hos barn och unga med lindriga symtom. Här tar Socialstyrelsen upp följande rekommendationer: aktiv uppföljning av aktuella symtom samt psykologisk behandling med KBT, individuellt eller i grupp. Rekommendationerna avser i huvudsak åtgärder vid en första episod av egentlig depression.

Rekommendationerna avser i huvudsak åtgärder vid en första episod av egentlig depression.

Fördelar

- Aktiv uppföljning av aktuella symtom på depression genom stödjande kontakt och eventuell psykosocial behandling till föräldrar och det yngre barnet respektive den unge har liten effekt på symtom och funktionsförmåga.
- Individuell KBT har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga hos barn och ungdomar.
- KBT i grupp har måttlig effekt hos barn.

Rekommendationer vid lindrig depression hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda föräldrar till yngre barn respektive ungdomar aktiv uppföljning av aktuella depressionssymtom i form av en stödjande kontakt och eventuell psykosocial behandling (*prioritet 1*)
- i andra hand erbjuda individuell KBT till såväl barn som ungdomar. KBT i grupp kan vara ett alternativ när det gäller barn (*prioritet 3*)

Rekommendationer vid måttlig egentlig depression

(Rad 4:1, 4:2, 4:4, 4:5, 4:9, 4:10, 4:12, 4:14)

Funktionsförmågan hos barnet eller ungdomen är varierande med sporadiska svårigheter eller symtom inom flera, men inte alla, sociala områden. Störningen skulle vara uppenbar för dem som träffar barnet i ett dysfunktionellt sammanhang eller vid en dysfunktionell tidpunkt, men inte för dem som ser barnet i andra sammanhang.

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i denna rekommendation är psykologisk behandling med KBT, läkemedelsbehandling med SSRI (fluoxetin), systemisk familjeterapi samt läkemedelsbehandling med SNRI (venlafaxin), SSRI (paroxetin) och mirtazapin samt ljusterapi.

Fördelar

- KBT i grupp med *Coping With Depression – Adolescent*-programmet har måttlig symtomreducerande effekt hos barn och ungdomar.
- Individuell KBT har måttlig effekt på symtom och funktionsnivå hos barn och ungdomar.
- SSRI (fluoxetin) har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga hos barn och ungdomar. Preparatet är godkänt på indikationen för barn över 8 år.
- Systemisk familjeterapi och Attachment Based Family Therapy (ABFT) har måttlig effekt vid behandling av såväl barn som ungdomar.

Nackdelar

- SSRI kan hämma längdtillväxt, skelettuppbyggnad och sexuell utveckling. Även en ökad förekomst av självmordsbeteende och själv-

destruktivt beteende har rapporterats dock inga fullbordade självmord.

- Vid läkemedelsbehandling med SSRI (paroxetin) föreligger även en ökad risk för agitation och betydande utsättningsproblem.
- SNRI (venlafaxin) har ingen visad effekt vid behandling av barn med måttlig depression. Preparatet kan orsaka biverkningar i form av fientlighet och självmordstankar.
- Mirtazapin har ingen visad effekt. Preparatet ger risk för viktökning.
- Effekten av ljusterapi vid behandling av barn och ungdomar med måttlig årstidsrelaterad depression är osäker.

Rekommendationer vid måttlig egentlig depression hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand välja psykologisk behandling med KBT, individuellt eller i grupp vid behandling av barn och ungdomar (*prioritet 1*)
- i andra hand välja läkemedelsbehandling med SSRI (fluoxetin) (*prioritet 3*) alternativt systemisk familjeterapi eller Attachment Based Family Therapy (ABFT) (*prioritet 3*)

Hälso- och sjukvården bör inte

- välja SNRI (venlafaxin) vid behandling av barn (*icke-göra*)
- välja mirtazapin vid behandling av barn och ungdomar (*icke-göra*)
- välja SSRI (paroxetin) vid behandling av ungdomar (*icke-göra*)

Hälso- och sjukvården bör endast

- ge ljusterapi vid årstidsrelaterad depression hos barn och ungdomar inom ramen för kontrollerade studier (*FoU*)

Rekommendationer vid terapieresistent egentlig depression

(Rad 5:1, 5:3, 5:4)

I vissa fall kan depressionstillståndet vara svårbehandlat ("terapieresistent"). "Terapieresistent depression" definieras som ett tillstånd där två på varandra följande behandlingar inte gett avsedd effekt. Terapieresistent depression är mycket ovanlig hos barn och ungdomar.

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen är läkemedelsbehandling med SSRI, SNRI och TCA samt elektrokonvulsiv behandling (ECT).

Fördelar

- Andra SSRI-preparat än fluoxetin eller SNRI-preparat (venlafaxin) har liten effekt på symtom och funktionsförmåga hos ungdomar där behandling med fluoxetin inte haft effekt.
- Elektrokonvulsiv behandling (ECT) har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga hos ungdomar när två på varandra följande behandlingar inte gett avsedd effekt.

- TCA har obetydlig effekt på symtom och funktionsförmåga vid behandling av särskilt komplicerad terapiresistens hos ungdomar.

Nackdelar

- Vid läkemedelsbehandling med SSRI har förekomst av agiterat utagerande och suicidnära beteende rapporterats, men dock inga fullbordade självmord. SSRI kan även hämma längdtillväxt, skelettuppbyggnad och ge sexuella störningar.
- SNRI (venlafaxin) kan orsaka biverkningar i form av fientlighet och självmordstankar.
- Elektrokonvulsiv behandling (ECT) medför risk för kognitiva störningar, vilka i de flesta fall är övergående.
- TCA-läkemedel kan ge besvärande sexuella biverkningar och risk för hjärtrytmrubbningar.

Rekommendationer vid terapiresistent depression hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand byta till annat SSRI-preparat eller SNRI-preparat (venlafaxin) i de fall SSRI (fluoxetin) inte haft effekt vid behandling av ungdomar (*prioritet 1*). Behandling med läkemedel på icke godkänd indikation bör endast initieras av specialist inom barnområdet. Endast fluoxetin är godkänt på indikationen
- i andra hand välja elektrokonvulsiv behandling (ECT) av ungdomar när två på varandra följande behandlingar inte gett avsedd effekt (*prioritet 2*)

Hälso- och sjukvården kan under vissa förutsättningar

- välja läkemedelsbehandling med TCA vid behandling av ungdomar (*prioritet 10*). Behandling med läkemedel på icke godkänd indikation bör endast initieras av specialist inom barnområdet

Vuxna och äldre

Egentlig depression hos vuxna och äldre omfattar lindriga, måttliga, svåra och terapiresistenta tillstånd.

Symtom

Depressionssjukdomar är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa och arbetsförmåga. Omkring 5–7 procent av den vuxna befolkningen lider av depression. Frekvensen av egentlig depression är inte större hos äldre, däremot är förekomsten av depressiva symtom och minor depression betydligt större. Vid kroppslig sjukdom är frekvensen dubbelt så hög. Vid Alzheimers sjukdom/vaskulär demens förekommer depressiva symtom hos 50 procent av patienterna.

Sjukdomen kännetecknas av att individen har en eller flera episoder med sjukligt sänkt stämningsläge av varierande djup och varaktighet, vilket innebär förlust av glädje, initiativförmåga och undvikande av aktivitet. Samti-

digt som individen känner nedstämdhet och ångest försämras självuppfattningen och särskilt hos äldre kan skuld känslor bli uttalade.

Tillståndet påverkar i olika grad individens vardagsliv och livskvalitet. Livsleda och självmordstankar är vanliga symtom och för många deprimerade är självmordsrisken en realitet.

Vuxna personer med depression uppvisar en hög grad av samsjuklighet med såväl andra psykiska störningar som kroppsliga sjukdomar. Samsjuklighet innebär ofta en funktionsnedsättning, som påverkar rehabiliteringen. Både depressionen i sig och samsjukligheten utgör dessutom ett hot mot patientens hälsa.

Rekommendationerna avser i huvudsak åtgärder vid en första episod av egentlig depression.

Rekommendationer vid lindrig depression

(Rad 3:5.1, 3:7, 3:9, 3:10 - 3:12 och 3:14)

Vid lindriga depressionstillstånd är symtomen få och lindriga och med viss varaktighet. Även viss tillfällig psykisk funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning kan förekomma.

Den lindriga depressionen kan många gånger vara snabbt övergående och innebär inte så stora risker för individen om man inte behandlar aktivt utan bara avvaktar. Vid längre varaktighet kan även den lindriga depressionen påverka individens livskvalitet. Den lindriga depressionen kan också vara början på en depression som djupnar med tiden. Hos individer som förut haft behandlingskrävande depressioner och som känner igen symtomen kan det vara tecken på återfall och kräver därför en tidig och aktiv behandling. Många patienter som första gången kommer till behandling för en måttlig eller svår depression kan beskriva en historia med tidigare episoder av lindriga depressioner.

Den lindriga depressionen kan vara en följd av kroppslig sjukdom. Depressionen som dyker upp efter en hjärtinfarkt eller efter stroke, kan även i lindrig form påverka rehabilitering och öka risken för återinsjuknande lång tid efteråt. Även mortalitetsrisken är ökad vid samsjuklighet. Senare tids forskning har visat att lindriga depressioner kan ha större negativa effekter på livskvaliteten än man tidigare trott.

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen är psykologisk behandling med KBT, interpersonell terapi, fysisk aktivitet samt läkemedelsbehandling med antidepressiva (SSRI eller TCA).

Fyra olika åtgärder, textbaserad behandling med behandlarstöd, psykologisk behandling med KBT, KBT med betoning på kognitiva interventioner samt interpersonell terapi har fått samma prioritet som andrahandsbehandling vid lindrig depression. Dessa har bedömts som likvärdiga när en sammanvägning av effekt, kostnadseffektivitet och evidens för detta gjorts. Vilket man väljer beror till stor del på patientens preferenser. Det är dock betydelsefullt att åtgärderna finns tillgängliga som behandlingsalternativ.

Fördelar

- Datorbaserad KBT visar måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga.
- Textbaserad behandling med behandlarstöd med behandlarstöd visar måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga.
- Psykologisk behandling med KBT samt KBT med kognitiva interventioner har en måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga. Långtidseffekter finns dokumenterade.
- Interpersonell terapi har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga.
- Behandling med psykodynamisk terapi har måttlig effekt på symtom och funktionsnivå. Stödet för långtidseffekter är sämre dokumenterat än för KBT.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av fysisk aktivitet. Den kliniska erfarenheten är dock att fysisk aktivitet kan bryta dysfunktionella tankar, distrahera negativa tankar och även öka de sociala kontakterna om aktiviteten utförs i grupp. Fysisk aktivitet är dessutom en förutsättning för en god hälsoutveckling i vid bemärkelse och stärker uthållighet, styrka, flexibilitet och koordination. Något som är särskilt viktigt i denna grupp med tanke på att samsjuklighet med kroppslig sjukdom är vanligt förekommande.
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva, såväl SSRI som TCA har i de flesta fall mycket liten eller obetydlig effekt på symtom och funktionsförmåga vid lindrig depression.

Nackdelar

- Tillgången till interpersonell terapi är mycket begränsad i Sverige.
- Behandling med SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med TCA kan ge besvärande sexuella biverkningar samt viss risk för hjärtarytmier. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.

Rekommendationer vid lindrig depression hos vuxna och äldre

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand välja datorbaserad KBT med behandlarstöd (*prioritet 3*)
- i andra hand välja textbaserad behandling med behandlarstöd alternativt psykologisk behandling med KBT, KBT med betoning på kognitiva interventioner alternativt interpersonell terapi (*prioritet 4*)

Hälso- och sjukvården kan

- välja psykologisk behandling med psykodynamisk terapi (korttidsbehandling) (*prioritet 5*)
- välja att ordinera fysisk aktivitet (*prioritet 6*)
- välja behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI) om tidigare behandlingskrävande depression förekommit eller andra särskilda individuella förutsättningar föreligger (*prioritet 9*)

Rekommendationer vid depressiva symtom eller lindrig depression hos kvinnor efter förlossning

(Rad 3:19)

Även om de flesta depressioner av lättare slag går över inom några månader, finns en risk för längre och svårare depressionstillstånd om mamman inte får adekvat hjälp. Det är därför viktigt att inte bagatellisera nyblivna mammors depressionstecken.

Den åtgärd som Socialstyrelsen tar upp vid detta tillstånd är personcentrerad counselling (rådgivning).

Fördelar

- Stödjande samtalsbehandling med personcentrerad counselling kan kortsiktigt minska graden av lindrig depression hos kvinnor efter förlossning. Dokumentation om långtidseffekter saknas.

Rekommendation vid depressiva symtom eller lindrig depression hos kvinnor efter förlossning

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand välja stödjande samtalsbehandling i form av personcentrerad counselling (*prioritet 4*)

Rekommendationer vid måttlig egentlig depression

(Rad 2:26, 4:15, 4:17, 4:20 - 4:24, 4:26, 4:28 - 4:33, 4:40, 4:43, 4:51, 4:58 och 4:61)

Vid måttlig depression är symtom i form av till exempel sänkt stämningsläge, trötthet, obeslutsamhet, koncentrationssvårigheter och oro påtagliga samt mer varaktiga. Förmågan till aktivitet i det dagliga livet samt till delaktighet i viktiga livsområden som utbildning, arbete och sysselsättning är påtagligt nedsatt liksom patientens livskvalitet.

Utan ändamålsenlig behandling vid den måttliga depressionen ökar risken för att depressionen fördjupas och för långvarig sjukdom med nedsättning av förmågan till aktivitet i det dagliga livet och av förmågan till delaktighet i viktiga livsområden som följd. Även risken för självdestruktiva handlingar och för återinsjuknande ökar.

Rekommendationerna redovisas i följande tre steg; åtgärder vid första behandling, åtgärder när första behandling inte givit avsedd effekt samt åtgärder för att förebygga återfall. Specifika rekommendationer vid måttlig egentlig depression hos kvinnor under graviditet och efter förlossning redovisas separat.

Rekommendationer vid första behandling

Vid första behandling av en måttlig egentlig depression tar Socialstyrelsen upp psykologisk behandling med KBT, interpersonell terapi, psykodynamisk terapi, reminiscenceterapi, läkemedelsbehandling med bland annat SSRI eller TCA, funktionsutredning, fysisk aktivitet samt kombination av läkemedel och KBT samt ljusterapi.

Två olika åtgärder, psykologisk behandling med KBT respektive interpersonell terapi har samma prioritet som förstahandsbehandling vid måttlig

depression. Dessa har bedömts som likvärdiga när en sammanvägning av effekt, kostnadseffektivitet och evidens för detta gjorts. Vilket man väljer beror till stor del på patientens preferenser. Det är dock betydelsefullt att båda åtgärderna finns tillgängliga som behandlingsalternativ.

Fördelar

- Psykologisk behandling med KBT har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga. Långtidseffekter finns dokumenterade.
- Psykologisk behandling med interpersonell terapi har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga.
- Antidepressiva läkemedel (SSRI, SNRI, TCA med flera) har måttlig effekt på symtom och funktionsnivå hos vuxna och äldre. Detta gäller även vid samtidig kroppslig sjukdom och vid demens. Vid demenssjukdom bör SSRI vara ett förstahandsval. Det finns inga säkra skillnader i effekt mellan preparaten.
- Textbaserad behandling med behandlarstöd, bland annat datorbaserad kognitiv beteendeterapi visar måttlig korttidseffekt på symtom och funktionsförmåga.
- Behandling med psykodynamisk terapi har måttlig effekt på symtom och funktionsnivå. Stödet för långtidseffekter är sämre dokumenterat än för KBT.
- Reminiscenseterapi har måttlig effekt på depressionssymtom och ökar livstillfredsställelse och självkänsla hos äldre personer oberoende av ålder och boende.
- Behandling genom funktionsträning av en eller flera funktioner har måttlig effekt på förmågan till aktivitet och delaktighet och omvänt; en utökad aktivitetsrepertoar ökar eller bibehåller kroppsfunktioner hos vuxna med funktionsnedsättning på grund av depressions- eller ångesttillstånd.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av fysisk aktivitet. Den kliniska erfarenheten är dock att fysisk aktivitet kan bryta dysfunktionella tankar, distrahera negativa tankar och även öka de sociala kontakterna om aktiviteten utförs i grupp. Fysisk aktivitet är dessutom en förutsättning för en god hälsoutveckling i vid bemärkelse och stärker uthållighet, styrka, flexibilitet och koordination. Något som är särskilt viktigt i denna grupp med tanke på att samsjuklighet med kroppslig sjukdom är vanligt förekommande.

Nackdelar

- Tillgången till interpersonell terapi är mycket begränsad i Sverige.
- Behandling med SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med SNRI (venlafaxin) kan framkalla blodtrycksstegring och ge viss risk för kardiella överledningsrubbningar. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.

- Behandling med TCA kan ge besvärande sexuella biverkningar samt viss risk för hjärtarytmier. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Läkemedel får vid behandling av äldre patienter annorlunda effekter än de förväntade, bland annat på grund av åldersbetingande ändringar av hjärnans signalsubstanser. De äldre patienterna tolererar ofta de tricykliska antidepressiva sämre än de nyare läkemedlen.
- Effekten av ljusterapi vid egentlig depression och årstidsrelaterad depression är osäker.

Rekommendationer vid första behandling av måttlig egentlig depression hos vuxna och äldre

Hälso- och sjukvården bör som första behandling

- i första hand välja psykologisk behandling med KBT eller interpersonell terapi (*prioritet 2*)
- i andra hand välja läkemedelsbehandling med antidepressiva (SSRI, SNRI, TCA m fl), psykologisk behandling med datorbaserad KBT eller annan textbaserad behandling med behandlarstöd (*prioritet 3*) eller psykologisk behandling med psykodynamisk korttidsterapi (*prioritet 4*)
- i andra hand välja reminiscenseterapi vid behandling av äldre (*prioritet 4*)

Hälso- och sjukvården kan

- välja tillägg av funktionsträning till vuxna med funktionsnedsättning (*prioritet 5*)
- välja att ordinera fysisk aktivitet (*prioritet 6*)

Hälso- och sjukvård kan under vissa förutsättningar

- välja kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och psykologisk behandling med KBT (*prioritet 10*)

Hälso- och sjukvården bör endast

- ge ljusterapi vid behandling av egentlig depression och årstidsrelaterad depression (SAD) inom ramen för kontrollerade studier (*FoU*)

Rekommendationer när första behandling inte givit avsedd effekt

Socialstyrelsen tar i rekommendationen upp byte av läkemedel, kombination av läkemedel och psykologisk behandling med KBT samt tillägg av KBT till läkemedelsbehandling. Dessa åtgärder har bedömts som likvärdiga när en sammanvägning av effekt, kostnadseffektivitet och evidens för detta gjorts. Vilket man väljer beror till stor del på patientens preferenser och förutsättningarna i det enskilda fallet. Det är dock betydelsefullt att båda åtgärderna finns tillgängliga som behandlingsalternativ.

Fördelar

- Byte av preparat när första behandling med ett SSRI-preparat inte fungerat har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga. Det går däremot inte att med säkerhet bedöma om det är en fördel att

byta mellan läkemedelsklasser jämfört med att fortsätta med ett annat preparat inom samma klass.

- Tillägg av KBT till läkemedel har en måttlig tilläggseffekt i de fall adekvat första behandling inte gett avsedd effekt.
- Byte av behandling, det vill säga till psykologisk behandling där första behandling med läkemedel ej givit avsedd effekt eller byte till läkemedelsbehandling där första behandling med psykologisk behandling inte gett avsedd effekt, har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga.

Nackdelar

- En kombination av antidepressiva läkemedel och psykologisk behandling med KBT för vuxna med måttlig egentlig depression är inte säkert effektivare än behandlingarna givna var för sig.

Rekommendationer när första behandling inte givit avsedd effekt

Hälso- och sjukvården kan om första behandlingen inte gett avsedd effekt

- byta preparat, lägga till KBT till adekvat första läkemedelsbehandling eller byta behandling antingen från läkemedelsbehandling till KBT eller från KBT till läkemedelsbehandling (*prioritet 5*)

Rekommendationer om återfallsförebyggande åtgärder

Socialstyrelsen tar i rekommendationen upp återfallsförebyggande behandling med läkemedel samt med KBT i form av boostersessioner.

Fördelar

- Fortsättningsbehandling med följande läkemedel (litium, amitriptylin, fluoxetin, sertralin, paroxetin, citalopram, mirtazapin, venlafaxin, duloxetin, escitalopram) har måttlig förebyggande effekt vid återinsjuknande.
- Äldre har samma nytta av långtidsbehandling med antidepressiva läkemedel (SSRI eller TCA) med syftet att förebygga återinsjuknande som yngre med samma tillstånd.
- Fortsatt återfallsförebyggande behandling med KBT/boostersessioner har måttlig återfallsförebyggande effekt.

Nackdelar

- Behandling med SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med SNRI (venlafaxin) kan framkalla blodtrycksstegring och ge viss risk för kardiella överledningsrubbningar. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med TCA kan ge besvärande sexuella biverkningar samt viss risk för hjärtarytmier. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Mirtazapin ger risk för viktökning.

- Litium kan ge biverkningar i form av påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion.
- Den återfallsförebyggande effekten av följande läkemedel (klomipramin, mianserin, moklobemid), när patienten tillfrisknat, kan inte bedömas.
- Mianserin kan ge viktökning samt blodbildsbiverkningar.
- Moklobemid kan ge biverkningar i form av yrsel, huvudvärk, illamående, diarré och sömnstörning.

Rekommendationer om återfallsförebyggande åtgärder

Hälso- och sjukvården bör som återfallsskyddande behandling

- i första hand välja antingen fortsättningsbehandling med något av följande läkemedel; litium, amitriptylin, fluoxetin, sertralin, paroxetin, citalopram, mirtazapin, venlafaxin, duloxetin, escitalopram eller fortsatt förebyggande behandling med KBT/boostersessioner (*prioritet 1*)

Hälso- och sjukvård kan under vissa förutsättningar som återfallsskyddande behandling

- välja något av följande läkemedel (klomipramin, mianserin, moklobemid) (*prioritet 10*)

Rekommendationer vid måttlig depression hos kvinnor under graviditet och efter förlossning

Rad: 4:75 - 4:79)

Behandlingsalternativen är desamma som för övriga vuxna. Trots att det vetenskapliga stödet är begränsat har psykologisk behandling tagits upp som ett behandlingsalternativ i rekommendationen. Även läkemedelsbehandling med SSRI tas upp.

Fördelar

- Psykologisk behandling med KBT, interpersonell terapi och psykodynamisk terapi bedöms ha måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga även hos kvinnor under graviditet och efter förlossning.
- Personcentrerad counselling har måttlig korttidseffekt vid behandling under graviditet och efter förlossning. Osäkerhet finns när det gäller den långsiktiga effekten.
- Behandling med antidepressiva (SSRI) bedöms ha måttlig effekt vid behandling av kvinnor med måttlig egentlig depression under graviditet.
- SSRI-preparat har den mest omfattande säkerhetsdokumentationen för användning under graviditet.
- Behandling med antidepressiva (SSRI) har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga hos kvinnor med måttlig egentlig depression efter förlossning.

- Psykosocialt stöd har liten tilläggseffekt till annan behandling hos kvinnor med måttlig depression efter förlossning.

Nackdelar

- Behandling med antidepressiva under graviditeten orsakar sannolikt inga fosterskador, men ger oftare låg födelsevikt och för tidig förlossning.
- SSRI-preparaten går över i bröstmjölken i begränsad utsträckning. Effekter på barnet har rapporterats i begränsad utsträckning och har inte varit av allvarlig natur. Systematiska långtidsuppföljningar saknas dock.

Rekommendationer vid måttlig egentlig depression hos kvinnor under graviditet

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand välja psykologisk behandling med KBT, interpersonell terapi eller psykodynamisk terapi (*prioritet 2*)
- i andra hand välja personcentrerad counselling eller läkemedelsbehandling med antidepressiva (SSRI) (*prioritet 4*)

Rekommendationer vid måttlig egentlig depression hos kvinnor efter förlossning

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand välja psykologisk behandling med KBT, interpersonell terapi eller psykodynamisk terapi (*prioritet 2*)
- i andra hand välja läkemedelsbehandling med antidepressiva (SSRI) (*prioritet 3*)

Hälso- och sjukvården kan

- välja personcentrerad counselling eller ge tillägg av psykosocialt stöd till rutinbehandling (*prioritet 4*)

Rekommendationer vid svår egentlig depression

(Rad 5:25 - 5:27, 5:33.1, 5:34.1, 5:34.2)

Vid svår depression är symtomen omfattande och varaktiga. Dessa tar sig i uttryck i form av bland annat förlust av självförtroende och självuppskattning, starka självförebåelser, återkommande tankar på död eller självmord, nedsatt kognitiv förmåga, förändrad psykomotorisk aktivitet med antingen minskad rörlighet eller agitation samt sömnproblem.

Den psykiska och kognitiva funktionsförmågan är således kraftigt nedsatt, liksom förmågan till aktivitet i det dagliga livet och till delaktighet i viktiga livsområden som social gemenskap, utbildning, arbete och sysselsättning. Även individens livskvalitet är starkt nedsatt.

Om inte individen erbjuds en ändamålsenlig behandling finns, vid svår depression, en starkt ökad risk för självmordshandling eller annat självdestruktivt beteende. Risker för långvarig eller bestående sjukdom med nedsättning av förmåga till aktivitet i det dagliga livet samt inom viktiga livsområden är också mycket stor, liksom risken för återinsjuknande och

kroppslig sjukdom. I vissa fall finns även en stor risk för allvarliga psykologiska och sociala komplikationer.

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen är elektrokonvulsiv behandling (ECT), läkemedelsbehandling med antidepressiva (SSRI och TCA), psykologisk behandling med KBT, kombinationsbehandling med antidepressiva och antipsykosmedel, infusionsbehandling med TCA, SSRI och kombinationen TCA och maprotilin, transkraniell magnetstimulering samt vagusnervstimulering

Fördelar

- Elektrokonvulsiv behandling (ECT) har stor effekt på symtom och funktionsförmåga både hos vuxna och äldre.
- Antidepressiva läkemedel har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga. TCA (amitriptylin och klomipramin) har en något större effekt än övriga antidepressiva läkemedel. Den kliniska betydelsen av skillnaden är osäker.
- KBT har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga.
- Infusionsbehandling med klomipramin, citalopram samt kombinationen klomipramin och maprotilin har liten effekt på symtom och funktionsförmåga.

Nackdelar

- Elektrokonvulsiv behandling (ECT) ger risk för kognitiva störningar som i de flesta fall är övergående.
- Behandling med antipsykosläkemedel ger ökad risk för metabolt syndrom.
- Behandling med SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med TCA kan ge besvärande sexuella biverkningar samt viss risk för hjärtarytmier. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Effekten av kombination med TCA och antipsykosmedel kan inte bedömas.
- Psykologisk behandling förutsätter möjlighet till en ömsesidig kommunikation mellan patient och behandlare. Vid mycket svåra depressionstillstånd där individen har svåra symtom i form av uttalad hämning, kognitiva svårigheter och uppenbar suicidrisk är därför denna typ av behandling inte alltid ett alternativ.
- Effekten av transkraniell magnetstimulering och vagusnervstimulering är osäker.

Rekommendationer vid svår egentlig depression hos vuxna och äldre

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand välja elektrokonvulsiv behandling (ECT) både av vuxna (*prioritet 1*) och av äldre (*prioritet 2*)
- i andra hand välja läkemedelsbehandling med antidepressiva (*prioritet 3*)

Hälso- och sjukvården kan

- välja psykologisk behandling med KBT (*prioritet 4*)
- ge infusionsbehandling med TCA (klomipramin), SSRI (citalopram) eller kombination TCA (klomipramin) och maprotilin (*prioritet 7*)

Hälso- och sjukvården kan under vissa förutsättningar

- ge kombinationsbehandling med tricykliska antidepressiva och antipsykosmedel (*prioritet 10*)

Hälso- och sjukvården bör endast

- ge transkraniell magnetstimulering (TMS) och vagusnervstimulering inom ramen för kontrollerade studier (*FoU*)

Rekommendationer vid terapiresistent egentlig depression

(Rad 5:28 - 5:30, 5:33.1, 5:34.2)

I vissa fall kan depressionstillståndet vara svårbehandlat ("terapiresistent"). Detta gäller såväl vid lindrig som vid måttlig eller svår depression. "Terapiresistent depression" definieras som ett tillstånd där två på varandra följande behandlingar inte gett avsedd effekt.

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen är elektrokonvulsiv behandling (ECT), läkemedelsbehandling med antidepressiva (SSRI och TCA), kombinationsbehandling med antidepressiva och antipsykosmedel, tillägg av litium eller trijodtyronin, infusionsbehandling med TCA SSRI och kombinationen TCA och maprotilin, Transkraniell magnetstimulering samt vagusnervstimulering.

Fördelar

- Elektrokonvulsiv behandling (ECT) har en måttlig antidepressiv effekt hos vuxna med terapiresistent egentlig depression.
- Byte till annat inte prövat antidepressivt preparat har liten effekt på symtom och funktionsförmåga.
- Kombinationen av antidepressiva och antipsykosmedel (olanzapin, risperidon respektive quetiapin) har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga.
- Tillägg av litium eller trijodtyronin har en liten tilläggseffekt.
- Effekten av infusionsbehandling med TCA (klomipramin), SSRI (citalopram) eller kombination TCA (klomipramin) och maprotilin går inte att bedöma.

Nackdelar

- Elektrokonvulsiv behandling (ECT) ger risk för minnesstörning, i de flesta fall övergående.
- Behandling med SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med TCA kan ge besvärande sexuella biverkningar samt viss risk för hjärtarytmier. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.

- Behandling med antipsykosmedel kan orsaka extrapyramidala biverkningar och ge ökad risk för metabolt syndrom.
- Vid graviditet har antipsykosmedel, speciellt den äldre generationen, betraktats som säkrare. Det finns dock en måttlig ökning av risken för fostermissbildningar av alla slags antipsykotiska medel
- Litium kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion.
- Maprotilin kan ge biverkningar i form av trötthet, viktökning, yrsel, muntorrhet. ökad ångest, synstörning, miktionssvårigheter.
- Effekten av transkraniell magnetstimulering och vagusnervstimulering är osäker.

Rekommendationer vid terapiresistent egentlig depression hos vuxna och äldre

Hälso- och sjukvården bör

- I första hand välja elektrokonvulsiv behandling (ECT) (*prioritet 2*)
- I andra hand antingen byta till läkemedelsbehandling med annat inte prövat antidepressivt preparat eller ge kombinationsbehandling med antidepressiva och antipsykosmedel (*prioritet 3*)

Hälso- och sjukvården kan

- ge tillägg av litium eller trijodtyronin (*prioritet 8*)

Hälso- och sjukvården kan under vissa förutsättningar

- ge infusionsbehandling med TCA (klomipramin), SSRI (citalopram), kombination TCA (klomipramin) och maprotilin (*prioritet 10*)

Hälso- och sjukvården bör endast

- ge transkraniell magnetstimulering (TMS) och vagusnervstimulering inom ramen för kontrollerade studier (*FoU*)

Åtgärder vid ångestsyndrom

Målet med behandling av olika ångesttillstånd är att patienten blir fri från symtom eller att symtomen minskar samt att han eller hon återfår en god funktion det vill säga kan återgå till skola eller arbete samt återfår social funktion och livskvalitet.

I detta avsnitt tar Socialstyrelsen upp åtgärder vid generaliserad ångest, separationsångest och social fobi samt vid tvångssyndrom hos barn och ungdomar, åtgärder vid generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi, specifik fobi, tvångssyndrom samt posttraumatiskt stressyndrom hos vuxna och äldre.

Symtom

Ångest kan antingen vara en normalpsykologisk reaktion eller symtom vid annan psykisk sjukdom, bland annat depression. Ångest förekommer också vid vissa kroppsliga sjukdomar och även som biverkan vid läkemedelsbehandling. Ångest kan även vara en del i ett samtidigt missbruk av alkohol eller andra droger.

Att lida av ett ångestsyndrom innebär att det hos individen samtidigt förekommer flera symtom på ångest på ett specifikt sätt och med en viss varaktighet och intensitet. Ångest är primärt en kroppslig reaktion som är kopplad till en upplevelse av rädsla och hot. Tankar är en central del ofta i form av katastroftankar att det värsta kommer att inträffa. För att reducera ångest tenderar personen att undvika till exempel specifika objekt, situationer eller platser det vill säga sammanhang där ångest aktiveras. Ångesten påverkar därmed individens psykiska funktionsförmåga. Symtomen vid ångestsyndrom kan vara olika i olika åldersgrupper.

Ångest kan även medföra ökad risk för självmord och insjuknande i allvarlig kroppslig sjukdom. Risken är särskilt hög vid panikattacker, samtidig depression eller missbruk.

Individen kan kommunicera ångest till exempel genom att beskriva kroppsliga symtom som hjärklappning eller trångt i bröstet. Ett barn med ångest, exempelvis social fobi, uttrycker ofta kroppsliga besvär och generell ledsenhet, ilska med mera.

Barn och ungdomar med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi

Separationsångest, generaliserat ångestsyndrom och social fobi hos barn och ungdomar är oftast av lindrig eller måttlig svårighetsgrad.

Symtom

Generaliserad ångest innebär att barnet eller ungdomen lider av en ihållande och överdriven ångest och oro, som upplevs okontrollerbar och kretsar kring familj, skola, kamratkontakter och liknande. Mindre barn kan ha separationsrädsla eller vara rädda för mörker. Kroppsliga symtom som till exempel magont och muskelsmärta är vanligt. För äldre barn och ungdomar kan ångesten leda till sömnsvårigheter, lättväckt irritation och till att den unge drar sig undan socialt.

Social fobi innebär rädsla för andra människors bedömning av ens eget beteende eller prestationer. Ångesten kan till exempel komma om man ska tala inför grupp, tala med auktoritetspersoner eller äta med andra människor.

Rekommendationer vid lindrig svårighetsgrad

(Rad 2:2, 2:3)

Den åtgärd som Socialstyrelsen lyfter fram vid generaliserad ångest, separationsångest och social fobi av lindrig svårighetsgrad är aktiv uppföljning av aktuella ångestsymtom.

Fördel

- Aktiv uppföljning av aktuella ångestsymtom genom stödjande kontakt och eventuellt psykosocialt stöd till föräldrar och det yngre barnet respektive den unge har liten effekt på symtom och funktionsförmåga.

Rekommendationer vid behandling av generaliserad ångest, separationsångest och social fobi av lindrig svårighetsgrad hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand erbjuda föräldrar till yngre barn respektive ungdomar aktiv uppföljning av aktuella ångestsymtom i form av en stödjande kontakt och eventuellt psykosocialt stöd (*prioritet 1*)

Rekommendationer vid måttlig svårighetsgrad

(Rad 4:80 - 4:83, 4:86, 4:87, 4:87.1)

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen vid dessa tillstånd är psykologisk behandling med KBT, textbaserad behandling med behandlarstöd som inkluderar föräldrakontakt, kombinationsbehandling med KBT och SSRI (sertralin), läkemedelsbehandling med SSRI samt psykodynamisk terapi (korttidsbehandling).

Två olika åtgärder, textbaserad behandling med behandlarstöd och kombinationsbehandling med KBT och SSRI (sertralin) har samma prioritet som andrahandsbehandling. Dessa har bedömts som likvärdiga när en sammanvägning av effekt, kostnadseffektivitet och evidens för detta gjorts. Vilket man väljer beror till stor del på patientens preferenser. Det är dock betydelsefullt att båda åtgärderna finns tillgängliga som behandlingsalternativ.

Fördelar

- KBT har måttlig effekt på symtom och funktionsnivå. Effekten kvarstår upp till sex år efter avslutad behandling. Behandlingen förefaller inte ge sämre resultat om barnen har annan samtidig psykisk problematik.
- KBT i grupp med Internetinslag har måttligt symtomreducerande effekt.
- Textbaserad behandling tillsammans med föräldrakontakt med behandlarstöd har måttlig effekt på symtom och funktionsnivå.
- Kombinationsbehandling med KBT och SSRI (sertralin) har måttlig effekt vid behandling av barn och ungdomar.
- Psykologisk behandling med psykodynamisk terapi (korttidssterapi) har måttlig effekt på symtom och funktionsnivå hos barn.
- Läkemedelsbehandling med SSRI (fluoxetin, sertralin och fluvoxamin) har en måttlig korttidseffekt på symtom och funktionsnivå.

Nackdelar

- Vid läkemedelsbehandling med SSRI har förekomst av agiterat utagerande och suicidnära beteende rapporterats, men dock inga fullbordade självmord. SSRI kan även hämma längdtillväxt, skelettuppbyggnad och ge sexuella störningar.
- Vid behandling med SSRI (paroxetin), har en ökad förekomst av agiterat utagerande och suicidnära beteende rapporterats, men dock inga

fullbordade självmord. Även betydande utsättningsproblem har rapporterats. I övrigt samma biverkningsbild som andra SSRI-preparat.

Rekommendationer vid behandling av generaliserad ångest, separationsångest och social fobi av måttlig svårighetsgrad hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand välja psykologisk behandling med KBT av barn och ungdomar. KBT i grupp med internetinslag är ett alternativ vid behandling av barn (*prioritet 2*)
- i andra hand välja textbaserad behandling tillsammans med föräldrakontakt med behandlarstöd (*prioritet 3*) eller kombinationsbehandling med KBT och SSRI (sertralin) av barn och ungdomar (*prioritet 3*). Behandling med läkemedel på icke godkänd indikation bör endast initieras av specialist inom barnområdet

Hälso- och sjukvården kan

- välja psykodynamisk terapi (korttidsbehandling) vid behandling av barn (*prioritet 5*)
- välja SSRI (fluoxetin, sertralin eller fluvoxamin) vid behandling av barn och ungdomar (*prioritet 5*). Behandling med läkemedel på icke godkänd indikation bör endast initieras av specialist inom barnområdet

Hälso- och sjukvården bör inte

- välja läkemedelsbehandling med SSRI (paroxetin) av barn och ungdomar med social fobi (*icke göra*)

Barn och ungdomar med tvångssyndrom

Tvångssyndrom hos barn och ungdomar kan vara av måttlig svårighetsgrad. Såväl svåra som terapiresistenta tillstånd förekommer. Omkring två procent av alla barn och ungdomar lider av tvångssyndrom.

Symtom

Tvångssyndrom hos barn och ungdomar liknar motsvarande problem hos vuxna. Tvångssyndrom definieras som närvaro av tvångstankar och/eller tvångshandlingar, som tar tid, är plågsamma eller påverkar funktionsförmågan negativt. Eftersom patienterna själva uppfattar sina tankar och beteenden som avvikande och irrationella är de ofta hemlighetsfulla och berättar inte alltid om problemen. Det är vanligt med andra psykiska störningar, exempelvis ADHD, depression eller annan ångeststörning hos patienterna, något som påverkar hur väl man svarar på behandling.

Rekommendationer vid måttligt tvångssyndrom

(Rad 4:88 - 4:93, 4:95)

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen vid detta tillstånd är psykologisk behandling med KBT med betoning på beteendebaserade interventioner, psykologisk behandling med psykodynamisk och stressreducerande åtgärder.

- välja psykologisk behandling med psykodynamisk terapi, med stressreducerande psykoterapier eller läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram, paroxetin) (*icke-göra*)

Hälso- och sjukvården bör endast

- genomföra autoimmun- och profylaktisk antibiotikabehandling vid PANDAS inom ramen för kontrollerade studier (*FoU*)

Rekommendationer vid svåra eller terapieresistenta tillstånd

(Rad 5:56 och 5:58)

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen vid svårt eller terapieresistent tvångssyndrom hos barn och ungdomar är kombinationsbehandling med KBT och SSRI (sertralin) samt tillägg av TCA till SSRI

Fördelar

- Kombinationsbehandling med KBT och SSRI (sertralin) har en liten symtomreducerande effekt.

Nackdelar

- Vid läkemedelsbehandling med SSRI har förekomst av agiterat utagerande och suicidnära beteende rapporterats, men dock inga fullbordade självmord. SSRI kan även hämma längdtillväxt, skelettupbyggnad och ge sexuella störningar.
- Effekten av TCA (klomipramin) som tilläggsbehandling i de fall behandling med SSRI inte givit avsedd effekt kan inte bedömas av. TCA kan ge besvärande sexuella biverkningar och risk för hjärtrytmrubbningar.

Rekommendationer vid terapieresistent eller svårt tvångssyndrom hos barn och ungdomar

Hälso- och sjukvården kan ge

- kombinationsbehandling med KBT och SSRI (sertralin) när endera behandlingen inte gett tillräcklig effekt (*prioritet 6*)

Hälso- och sjukvården bör inte

- välja tillägg av TCA (klomipramin) till SSRI (*icke-göra*)

Vuxna och äldre med generaliserat ångestsyndrom

Generaliserad ångest hos vuxna och äldre är oftast av måttlig svårighetsgrad. Svåra tillstånd förekommer. Omkring sex procent av den vuxna befolkningen lider av sjukdomen.

Symtom

Vid generaliserat ångestsyndrom dominerar en malande oro med kroppsliga obehag som till exempel spänningar, svettningar, orolig mage och störd nattsömn. Det föreligger även en överdriven/pathologisk oro och ångslan för vardagliga saker men det kan också handla om en överdriven rädsla för att drabbas av olyckor och sjukdomar. En person med generaliserat ångestsyn-

drom har stora svårigheter att kontrollera oron och har mycket svårt att slappna av. Tillståndet är ofta livslångt men med fluktuerande förlopp. Syndromet förekommer vanligen tillsammans med andra ångestsjukdomar eller med depression. Många patienter uppsöker vården på grund av kroppsliga symtom.

Rekommendationer vid generaliserat ångestsyndrom

(Rad 4:100.2 - 4:103, 4:106.1, 4:106.2, 4:109 och 4:111)

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen vid generaliserat ångestsyndrom är psykologisk behandling med KBT, läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin, paroxetin, escitalopram, citalopram), SNRI (venlafaxin), hydroxizin samt bensodiazpiner.

Fördelar

- KBT har en måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga vid behandling av vuxna och äldre med generaliserat ångestsyndrom.
- Behandling med SSRI (sertralin, escitalopram och paroxetin) eller SNRI (venlafaxin) har en måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga vid behandling av vuxna.
- Behandling med SSRI (citalopram) eller SNRI (venlafaxin) har en måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga vid behandling av äldre.
- Hydroxizin har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga i upp till tre månader.
- Bensodiazepiner (alprazolam, diazepam och lorazepam) har en måttlig symtomreducerande effekt vid behandling av vuxna och äldre med generaliserad ångest.

Nackdelar

- Behandling med SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med SNRI (venlafaxin) kan framkalla blodtrycksstegring och ge viss risk för kardiella överledningsrubbingar. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Trötthet är den enda vanliga biverkningen vid behandling med hydroxizin och den avklingar oftast vid fortsatt behandling. Det finns inga rapporter om att preparatet framkallar beroende.
- Behandling med bensodiazepiner hos äldre leder till ökad frekvens av fallskador.
- Långtidsbehandling med bensodiazepiner är förknippad med hög risk att utveckla beroende.

Rekommendationer vid generaliserat ångestsyndrom hos vuxna och äldre

<i>Hälso- och sjukvården bör</i>

- i första hand välja psykologisk behandling med KBT vid behandling av generaliserad ångest hos vuxna och äldre (*prioritet 1*)
- i andra hand välja läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin, paroxetin, escitalopram) (*prioritet 2*)

Hälso- och sjukvården kan

- ersätta individuell KBT med datorbaserad KBT (*prioritet 3*)
- välja SNRI (venlafaxin) vid behandling av vuxna och äldre (*prioritet 4*)
- välja SSRI (citalopram) vid behandling av äldre (*prioritet 5*)
- välja hydroxizin som ett alternativ för ångestlindring (*prioritet 8*)

Hälso- och sjukvården kan under vissa förutsättningar

- när en högre prioriterad åtgärd av något skäl ej kunnat ges, ge läkemedelsbehandling med bensodiazepiner (alprazolam och klonazepam) (*prioritet 10*). Den bör dock inte väljas som ensam åtgärd och behandlingen bör endast pågå under en mycket begränsad tid

Vuxna och äldre med paniksyndrom med eller utan agorafobi

Paniksyndrom är oftast av måttlig svårighetsgrad. Omkring fem procent av den vuxna befolkningen lider av paniksyndrom.

Symtom

Paniksyndrom innefattar fler symtom än de återkommande panikattackerna. Yrsel, hjärtklappning, svårigheter att andas och frossbrytningar är symtom som gör att många misstolkar tillståndet som en fysisk eller psykisk sjukdom. Panikattackerna kommer plötsligt, når snabbt sitt maximum och varar bara några minuter. Dessa kan ge upphov till rädsla för nya attacker (förväntansångest). Agorafobi, ”torgskräck” är en annan vanlig konsekvens av panikattackerna. Det innebär att man försöker undvika platser och situationer där det vore genant att få en panikattack eller där det är svårt att få hjälp. Den drabbade undviker till exempel att vistas utomhus ensam, att stå i kö eller åka allmänna färdmedel. Paniksyndrom är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män.

Rekommendationer vid paniksyndrom med eller utan agorafobi

(Rad 4:117.1, 4:117.2, 4:120 - 4:122)

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen vid paniksyndrom med eller utan agorafobi är psykologisk behandling med KBT, individuellt eller datorbaserad med behandlarstöd, läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin, paroxetin, citalopram) samt bensodiazepiner samt tillämpad avslappning och avspänning.

Fördelar

- KBT har stor effekt på symtom och funktionsförmåga vid behandling av vuxna med paniksyndrom med och utan agorafobi. Långtids-

effekter finns dokumenterade. Effekten vid svår agorafobi är inte säkerställd.

- Läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin, paroxetin) kan ge frihet från panikattacker.
- Även läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram) kan ge frihet från panikattacker. Stödet för effekt är svagare dokumenterat än för sertralin och paroxetin.
- Psykologisk behandling med datorbaserad KBT med behandlarstöd har en måttlig korttidseffekt på symtom och funktionsförmåga.
- Tillämpad avslappning har måttlig effekt på symtom och funktionsnivå.
- Avspänning har en liten tilläggsseffekt på symtom och funktionsnivå.
- Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner (alprazolam och klonazepam) kan ge frihet från panikattacker.

Nackdelar

- Behandling med SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med bensodiazepiner hos äldre leder till ökad frekvens av fallskador.
- Långtidsbehandling med bensodiazepiner är förknippad med hög risk att utveckla beroende och kan ha en negativ effekt på behandling riktad mot det undvikande beteendet.

Rekommendationer vid paniksyndrom hos vuxna och äldre

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand välja psykologisk behandling med KBT (*prioritet 1*)
- i andra hand välja läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin, paroxetin) (*prioritet 2*)

Hälso- och sjukvården kan

- ersätta individuell KBT med datorbaserad KBT med behandlarstöd vid paniksyndrom (*prioritet 3*)
- välja tillämpad avslappning (*prioritet 4*)
- välja avspänning som tillägg till rutinbehandling (*prioritet 4*)
- välja läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram) (*prioritet 4*)

Hälso- och sjukvården kan under vissa förutsättningar

- när en högre prioriterad åtgärd av något skäl ej kunnat ges, ge läkemedelsbehandling med bensodiazepiner (alprazolam och klonazepam) (*prioritet 10*). Den bör dock inte väljas som ensam åtgärd och behandlingen bör endast pågå under en mycket begränsad tid

Vuxna och äldre med social fobi

Symtom

Social fobi karakteriseras av en stark rädsla för situationer där man kan dra till sig andras uppmärksamhet, något som är förenat med kraftiga ångestreaktioner. Rädslan som yttrar sig i prestationssituationer eller vid socialt samspel, handlar om att man ska bete sig på ett förödmjukande eller pinsamt sätt eller visa symtom på ångest (till exempel att svettas, rodna eller tappa ord), vilket skulle leda till att man förlorar status och självaktning. Efterhand utvecklas ett beteende som är typiskt för personer med fobisk rädsla – man undviker och flyr de kritiska situationerna - vilket på ett allvarligt sätt beskär möjligheterna att fungera i arbetsliv och på fritid. Den sociala fobin kan vara specifik eller generaliserad. Den förstnämnda begränsar sig till rädsla för enstaka sociala situationer medan den senare, innebär en bred påverkan på social funktion och rädsla i flertalet sociala situationer.

Cirka 12 procent av den vuxna befolkningen lider av social fobi. Av dessa söker cirka hälften aldrig hjälp. Om man söker vård så sker det i genomsnitt 20 år efter debuten och då i samband med annan komorbid diagnos (vanligen depression), sekundär till social fobi. Samsjukligheten i gruppen är hög. Av samtliga drabbade har 60–70 procent annan samtidig diagnos exempelvis depression, annan ångestdiagnos eller missbruk.

Rekommendationer vid social fobi

(Rad 4:127, 4:128, 4:130, 4:131, 4:132)

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen vid social fobi är psykologisk behandling med KBT, läkemedelsbehandling med SSRI (fluvoxamin, sertralin, escitalopram, paroxetin och citalopram) eller SNRI (venlafaxin) och bensodiazepiner.

Fördelar

- KBT visar genomgående stor effekt på symtom och funktionsförmåga. Även långtidseffekter har dokumenterats.
- Datorbaserad KBT med behandlarstöd visar måttlig effekt.
- Läkemedelsbehandling med SSRI och SNRI har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga.
- Bensodiazepiner (klonazepam) har måttlig effekt på symtom.

Nackdelar

- Behandling med SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med SNRI (venlafaxin) kan framkalla blodtrycksstegring och ge viss risk för kardiella överledningsrubbningar. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med bensodiazepiner hos äldre leder till ökad frekvens av fallskador.
- Vid behandling med bensodiazepiner föreligger utsättningsproblem. Vid långtidsbehandling föreligger hög risk att utveckla missbruk och beroende.

Rekommendationer vid social fobi hos vuxna och äldre

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand välja psykologisk behandling med KBT (*prioritet 1*)
- i andra hand välja läkemedelsbehandling med SSRI (fluvoxamin, sertralin, escitalopram och paroxetin) eller SNRI (venlafaxin) (*prioritet 3*)

Hälso- och sjukvården kan

- ersätta individuell psykologisk behandling med KBT med datorbaserad KBT med behandlarstöd (*prioritet 3*)

Hälso- och sjukvården kan under vissa förutsättningar

- när en högre prioriterad åtgärd av något skäl ej kunnat ges, ge läkemedelsbehandling med bensodiazepiner (alprazolam och klonazepam) (*prioritet 10*). Den bör dock inte väljas som ensam åtgärd och behandlingen bör endast pågå under en mycket begränsad tid

Vuxna och äldre med tvångssyndrom

Tvångssyndrom hos vuxna är oftast av måttlig svårighetsgrad. Terapieresistenta eller svåra tillstånd förekommer. Cirka två procent av den vuxna befolkningen lider av tvångssyndrom.

Symtom

Patienter med tvångssyndrom besväras av påträngande tankar och känslor som är svåra att få bort. För att minska dessa utförs tvångshandlingar. Det kan vara att tvätta sig ofta på grund av skräck för smitta, att ordna och samla eller behov av kontroll. Symtomen uppfattas som onormala för den drabbade men att inte utföra tvångshandlingarna är förknippat med en stark ångest.

Tvångssyndrom debuterar tidigare hos män som ofta också har en svårare form av sjukdomen. Tvångssyndrom påverkar individens funktionsförmåga genom att ritualerna upptar all tid och omöjliggör arbete eller normalt socialt liv.

Rekommendationer vid måttligt tvångssyndrom

(4:137, 4:138, 4:139)

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen vid behandling av tvångssyndrom är psykologisk behandling med KBT, läkemedelsbehandling med TCA (klomipramin) och SSRI (citalopram, escitalopram).

Fördelar

- KBT med betoning på beteendebaserade interventioner (exponering och responsprevention) har stor effekt på symtom och funktionsförmåga vid behandling av tvångssyndrom hos vuxna och äldre. Långtidseffekter finns dokumenterade.
- TCA (klomipramin) har stor symtomreducerande effekt på akuta tvångstankar och tvångshandlingar. Symtomlindringen medför en förbättrad funktionsnivå. Effekten kvarstår så länge behandlingen pågår, men symtomen återkommer oftast när behandlingen avbryts.
- KBT med betoning på kognitiva interventioner har måttlig effekt på symtom och funktion.
- SSRI (sertralin, fluoxetin, fluvoxamin) har måttlig symtomreducerande effekt på akuta tvångstankar och tvångshandlingar.
- SSRI (citalopram) har måttlig symtomreducerande effekt på akuta tvångstankar och tvångshandlingar även om stödet för detta är något svagare. Även escitalopram förefaller ha motsvarande effekt. För detta finns dock endast visst stöd.

Nackdelar

- TCA (klomipramin) kan ge besvärande sexuella biverkningar samt viss risk för hjärtarytmier. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Behandling med SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.

Rekommendationer vid måttliga tvångssyndrom hos vuxna och äldre

Hälso- och sjukvården bör

- i första hand välja psykologisk behandling med KBT med betoning på beteendebaserade interventioner (exponering eller responsprevention) (*prioritet 1*)
- i andra hand välja läkemedelsbehandling med TCA (klomipramin) (*prioritet 2*)
- i tredje hand antingen välja psykologisk behandling med KBT med betoning på kognitiva interventioner eller läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin, fluoxetin, fluvoxamin, escitalopram) (*prioritet 3*)

Hälso- och sjukvården kan

- välja läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram, escitalopram) (*prioritet 4*)

Rekommendationer vid terapistresistent tvångssyndrom

(Rad 5:61 och 5:62)

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen vid terapistresistent tvångssyndrom är läkemedelsbehandling med tillägg av antipsykosmedel till SSRI samt neurokirurgisk operation.

Eftersom det saknas vetenskapliga underlag kan inte Socialstyrelsen rekommendera några effektiva åtgärdsalternativ till läkemedelsbehandling med tillägg av antipsykosmedel vid terapistresistent tvångssyndrom.

Fördelar

- Det förefaller som om vissa antipsykotiska läkemedel ger en viss tilläggseffekt till SSRI i de fall då enbart sådana visats vara otillräckliga. Kunskap om långtidseffekter saknas helt.
- Neurokirurgisk operation har måttlig symtomreducerande effekt.

Nackdelar

- Läkemedelsbehandling med antipsykosmedel kan orsaka extrapyramidala biverkningar och ge ökad risk för metabolt syndrom.
- Vid graviditet har antipsykosmedel, speciellt den äldre generationen, betraktats som säkrare. Det finns dock en måttlig ökning av risken för fostermisbildningar av alla slags antipsykotiska medel.
- Vid en neurokirurgisk operation kan svåra personlighetsförändringar uppträda.

Rekommendationer vid terapistresistent tillstånd hos vuxna och äldre

Hälso- och sjukvården kan

- välja tillägg av atypiska antipsykosmedel till SSRI i de fall behandling med enbart SSRI inte gett avsedd effekt (*prioritet 10*)

Hälso- och sjukvården bör inte

- tillhandahålla neurokirurgiska operationer eftersom riskerna bedöms överstiga nyttan med åtgärden (*icke-göra*)

Vuxna och äldre med akut stressreaktion i samband med psykologiskt trauma eller posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Symtom

Diagnosen posttraumatiskt stressyndrom omfattar en psykisk reaktion efter alla slags allvarliga trauman. För diagnos krävs att tillståndet ska ha föregåtts av en händelse som uppfattats som livshotande. Centrala symtom är intensiva minnesbilder, sömnproblem, koncentrationssvårigheter, irritabilitet undvikanden och muskelspänningar. Omkring sju procent av befolkningen lider av posttraumatiskt stressyndrom. Prevalensen påverkas i hög grad av i vilken miljö studierna har genomförts.

Risken att utveckla PTSD ökar om individen tidigare haft psykiska problem eller upprepade trauman. Kvinnor och individer med personlighetsstörning har högre risk att drabbas.

Rekommenderade åtgärder

(Rad 4:141, 4:143 - 4:146)

De åtgärder som Socialstyrelsen tar upp i rekommendationen vid behandling av akut stressreaktion i samband med psykologiskt trauma samt posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) omfattar psykologisk behandling med KBT, psykologisk behandling med Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), läkemedelsbehandling med SSRI (fluoxetin, sertralin, paroxetin) samt debriefing.

Fördelar

- Psykologisk behandling med KBT vid akut stressreaktion i samband med psykologiskt trauma reducerar risken att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).
- Psykologisk behandling med olika varianter av traumafokuserad KBT med exponering har stor symtomreducerande effekt vid behandling av PTSD.
- Bearbetning med hjälp av ögonrörelser (EMDR) har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga vid PTSD.
- SSRI (fluoxetin, sertralin och paroxetin) har måttlig effekt på symtom och funktionsförmåga vid PTSD.

Nackdelar

- Behandling med SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.
- Debriefing minskar inte risken för psykiska långtidseffekter, exempelvis i form av PTSD, men uppskattas av den drabbade.

Rekommendationer vid akut stressreaktion i samband med psykologiskt trauma samt posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Hälso- och sjukvården bör vid akut stressreaktion i samband med psykologiskt trauma

- i första hand välja psykologisk behandling med KBT (*prioritet 2*)

Hälso- och sjukvården bör vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

- i första hand välja psykologisk behandling med traumafokuserad KBT (*prioritet 1*)
- i andra hand välja psykologisk behandling med EMDR (*prioritet 2*).
- I tredje hand välja läkemedelsehandling med SSRI (fluoxetin, sertralin, paroxetin) (*prioritet 3*)

Hälso- och sjukvården bör inte

- välja debriefing efter traumatiska händelser för att förebygga PTSD (*icke-göra*)

Riktlinjerna ger vägledning vid sjukskrivning

Socialstyrelsen har i sitt försäkringsmedicinska beslutsstöd fastslagit att sjukskrivning är en åtgärd vid vård och behandling. Av beslutsstödet framgår att medicinska bedömningar ska ske med samma medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder i hälso- och sjukvården. En utgångspunkt är att inaktivitet och passiv vila ofta inte främjar tillfrisknande. Värde av att ta tillvara individens egna resurser betonas. Det innebär bland annat att bedömning av sjukskrivning i normalfallet ska göras av behandlande läkare och ha ett tydligt och uttalat behandlande syfte.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, som finns i sin helhet på www.socialstyrelsen.se, anger att sjukskrivning ofta kan och bör undvikas vid såväl lindrig depression som vid olika ångesttillstånd. I de fall sjukskrivning är aktuellt, varierar angivna tider från några veckor vid ångesttillstånd till tre månader vid måttlig depressiv episod och sex månader vid svår depressiv episod. Deltidssjukskrivning bör i många fall övervägas. Det framgår dock också att vid komplicerande samsjuklighet, kvarstående kognitiv nedsättning, eller efter flera tidigare depressiva episoder, kan tiden bli längre.

Bestämningsfaktorer för fördröjd återgång till arbete

Sannolikheten för återgång i arbete efter skada eller sjukdom beror inte enbart på medicinska faktorer, utan påverkas även av sociala, psykologiska och ekonomiska faktorer, liksom av hur rehabiliteringsprocessen genomförs. Forskning har visat att bland annat högre ålder, hög smärtintensitet och funktionsnedsättning, låg skattning av allmän hälsa, ångest och oro, depression, rädsla för att delta i aktiviteter, lång tids sjukskrivning, arbetslöshet och negativa förväntningar angående återgång i arbete är moderata till starka riskfaktorer för funktionsnedsättning och därmed hinder för att återgå i arbete. Flera av dessa faktorer kan antas ha stark negativ påverkan på individens motivation till att återgå i arbete. Motivation och attityd påverkas även av det bemötande och förhållningssätt som den sjuke möter i vården och hos övriga berörda aktörer: Arbetsledare, företagshälsovård, sjukskrivande läkare och andra professionella inom hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, i vissa fall arbetsförmedlingen, har alla en betydelse för individens motivation och självförtroende [5].

Åtgärder i kombination med sjukskrivning

Det finns stöd för att åtgärder som syftar till återgång i arbete är mer framgångsrika om de bygger på att individen själv är delaktig och kan påverka i rehabiliteringsprocessen. En god kommunikation mellan patienten, sjukvården, försäkringskassan, arbetsgivare och/eller arbetsförmedling som bidrar till samsyn om hälsotillståndet, svårighetsgraden och hinder i det dagliga livet, inklusive arbetet, innebär att patienten blir delaktig i bedömningsprocessen. I den vårdplanering, som genomförs i samverkan med patienten, ingår att beskriva olika delmål med behandlingen/sjukskrivningen, där återgång i arbete kan vara ett delmål. Detta förutsätter att hindrande symtom ger vika genom adekvat behandling, att behandling genomförs på rätt vård nivå

och att den är individuellt anpassad till patientens symtomprofil och funktion.

Rekommendationerna vid behandling av lindriga, måttliga, svåra och terapiresistenta depressions- och ångesttillstånd i dessa riktlinjer är väl anpassade till Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Grundläggande är rekommendationen om ett effektivt omhändertagande av vårdsökande inom första linjens vård med möjlighet till ett nära samarbete alternativt medverkan av psykiater vid komplicerade eller svårare tillstånd, samt med möjlighet till regelbunden uppföljning och utvärdering av behandling. Även övriga behandlingsrekommendationer, framför allt de som gäller psykologisk behandling med KBT, är viktiga förutsättningar för en väl genomförd rehabiliteringsprocess.

3. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Inledning

Socialstyrelsen bedömer att nedanstående två rekommendationer är centrala förutsättningar för att dessa riktlinjer som helhet kan ge önskat resultat. Båda är resurskrävande och kommer bland annat att medföra behov av investeringar i personal och kompetens.

- Omhändertagande av vårdsökande inom första linjens vård
- Tillgång till psykologisk behandling med KBT.

Det har emellertid visat sig vara mycket svårt att göra kostnadsberäkningar som redovisar hur dessa riktlinjer kommer att påverka kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården i landet. Det saknas tillräcklig kunskap om hur praxis ser ut, det vill säga vilken vård dessa patientgrupper får idag inom primärvård, psykiatrisk och somatisk vård samt vad den vården kostar. Dessutom har utvecklingen kommit olika långt i olika delar av landet. Det saknas även kunskap om hur tillgången till personal med adekvat kompetens ser ut i olika delar av landet

Mot denna bakgrund är det för närvarande inte möjligt att från en nationell nivå göra en mer exakt bedömning av de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna. Socialstyrelsens ambition är att i slutversionen av beslutsstödet komplettera detta kapitel utifrån landstingens och regionernas egna konsekvensanalyser.

4. Indikatorer för vården av depression och ångestsyndrom

Inledning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utarbeta nationella indikatorer som ska spegla olika aspekter av kvalitet inom hälso- och sjukvården. Indikatorerna ska vara tydliga, pålitliga, mätbara, accepterade och möjliga att registrera kontinuerligt i ledningssystem såsom register och andra datakällor.

Vården av personer med depression och ångestsyndrom måste precis som all annan sjukvård hela tiden arbeta med att förbättra sin kvalitet, effektivitet och patientsäkerhet. Det framgår bland annat av föreskrifterna SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård.

En indikator är ett mått som speglar kvaliteten och som kan användas som underlag för verksamhetsutveckling och för öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader.

En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården tillgodoser olika intressenters behov av information om hälso- och sjukvårdens kvalitet. Huvudintressenterna är befolkning, patienter, brukare och närstående, ledningsansvariga för verksamheterna, anställda inom verksamheterna, sjukvårdshuvudmännen (politiska och administrativa ledningar) och staten. Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att:

- möjliggöra *uppföljning* av vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid lokalt, regionalt och nationellt
- möjliggöra *jämförelser* av vårdens processer, resultat och kostnader över tid lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- initiera *förbättringar* av vårdens kvalitet på både lokal, regional och nationell nivå
- öka tillgängligheten till information (*öppna redovisningar*) om vårdens processer, resultat och kostnader för de olika intressenterna.

Indikatorer för vården av patienter med depression och ångestsyndrom

Socialstyrelsen har utarbetat indikatorerna inom ramen för arbetet med riktlinjerna för depression och ångestsyndrom. Arbetet har bedrivits enligt en modell som togs fram inom det nationella Info-VU-projektet [6].

Modellen innebär att utgångspunkten är relevanta kunskapsdokument, riktlinjer eller vårdprogram samt att indikatorerna utformas i ett konsensusförfarande med medicinska experter och övriga intressenter (till exempel

vårdgivare och patientföreträdare). Enligt modellen ska en indikator för god vård ha vetenskaplig rimlighet (validitet) och vikt (relevans), och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. Med hjälp av kvalitetsindikatorer kan man identifiera förhållanden som bör studeras närmare när det gäller orsakssamband och möjligheter för förbättring.

Antalet nationella indikatorer för vården av dessa patientgrupper är 19 stycken. Ett stort problem inom detta område är att det saknas datakällor, till exempel för primärvården, och att de befintliga datakällorna inte används på ett korrekt sätt. Detta innebär att flertalet av de framtagna indikatorerna ännu inte är möjliga att kontinuerligt följa vare sig på nationell, regional eller lokal nivå. Dessa är markerade med ett U i den lista på indikatorer som presenteras i detta dokument, vilket står för "utvecklingslista". För de verksamheter som är involverade i prevention, vård och behandling av dessa patientgrupper krävs naturligtvis fler indikatorer för att kunna följa upp verksamhetens innehåll, kvalitet och resultat. Här har vi dock satt fokus på ett fåtal kvalitetsindikatorer som avser att spegla de viktigaste aspekterna utifrån God vård samt rekommendationerna i riktlinjerna.

För att möjliggöra en uppföljning av riktlinjerna är det angeläget med en målinriktad satsning på utveckling av ett modernt kvalitetsuppföljningssystem.

Samordning med andra delar av riktlinjearbetet

Utveckling av kvalitetsindikatorer ska vara en integrerad del av riktlinjearbetet. Det betyder bland annat följande:

- Arbetet ska utgå från föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [7] och vägledningen "God vård" [8].
- Indikatorerna bör spegla dels de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna, dels vårdens resultat, det vill säga dess effekter på hälsa och välbefinnande.
- De indikatorer som avser att mäta olika processer i vårdkedjan ska gå att härleda från den tillstånds- och åtgärdslista som utarbetats inom ramen för riktlinjearbetet.

Redovisning av kvalitetsindikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram samtliga indikatorer utifrån sex områden som tillsammans definierar begreppet god vård. De sex områdena är:

- *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård*, som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta varje patients behov på bästa sätt.
- *Säker hälso- och sjukvård*, som aktivt förebygger skador.
- *Patientfokuserad hälso- och sjukvård*, som ges med respekt och lyhördhet för varje patients behov.
- *Effektiv hälso- och sjukvård*, som utnyttjar tillgängliga resurser på bästa sätt för att nå uppsatta mål.

- *Jämlik hälso- och sjukvård*, som ges och fördelas på lika villkor för alla.
- *Hälso- och sjukvård i rimlig tid*, som innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på vårdinsatser

Indikatorerna redovisas i matriser i enlighet med exempel 1 på webbplatsen (bilaga 5).

Exempel 1: Redovisning av en indikator

Indikator: Patienter med bipolär diagnos som under de senaste 12 månaderna fått förebyggande långtidsbehandling med litium

Motivering för val av indikator (relevans): Det finns god evidens för en bra behandlingseffekt

Led i vårdkedjan: Specialiserad psykiatri

Kvalitetsområde: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård samt effektiv vård.

Resultatmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning
Andelen patienter med bipolär diagnos (18-64 år) som under de senaste 12 månaderna fått förebyggande långtidsbehandling med litium.	<p><i>Täljare:</i> Antal patienter med diagnos F31 (registrerat i slutenvårds- och öppenvårdsregistret under ett år) med pågående litiumbehandling och där recept hämtats ut minst 2 ggr under ett år</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga patienter med bipolär diagnos F31</p>	Register	Läkemedelsregistret och Patientregistret	Bristande registrering	Årlig redovisning Tidsserier Landstingsnivå

Kvalitetsindikatorerna

1. Generella indikatorer

- 1.1. Antalet självmord i befolkningen
- 1.2. Överdödlighet i patientgruppen
- 1.3. Undvikbar slutenvård för patienter med diagnos depression eller ångestsyndrom
- 1.4. Följsamhet till antidepressiv läkemedelsbehandling
- 1.5. Återintagningar i psykiatrisk heldygnsvård inom 12 månader av patienter med bipolär diagnos

2. Riktlinjespecifika indikatorer

- 2.1. Andel patienter med svår egentlig depression som behandlas med ECT under de senaste 12 månaderna
- 2.2. Andel barn, ungdomar och vuxna med manisk episod vid bipolär sjukdom som behandlas med litium
- 2.3. Andel patienter med bipolär diagnos som under de senaste 12 månaderna fått förebyggande långtidsbehandling med litium
- 2.4. Andelen vuxna med manisk episod vid bipolär sjukdom som behandlas med antipsykotiska läkemedel
- 2.5. Andel vårdcentraler som erbjuder interventioner med sammansatta vårdåtgärder och samverkan (U)
- 2.6. Andel patienter med depression som träffat samma läkare vid de tre senaste kontakterna (telefon eller besök) (U)
- 2.7. Andel patienter med depressions-, bipolär- eller ångestdiagnos som genomgått en bedömning av beroendeproblematik med strukturerad intervju (U)
- 2.8. Strukturerade suicidriskbedömning (mäts olika inom primärvård och psykiatri) (U)
- 2.9. Andelen enheter som kan erbjuda datorbaserad KBT med behandlarstöd till patienter med egentlig depression, paniksyndrom och social fobi (U)
- 2.10. Psykologisk behandling med KBT vid måttlig egentlig depression (mäts olika inom primärvård och psykiatri) (U)
- 2.11. Psykologisk behandling med KBT p.g.a. ångestsyndrom (mäts olika inom primärvård och psykiatri) (U)
- 2.12. Andel vuxna och äldre patienter med depressiv episod som följts upp via telefon eller återbesök till läkare eller sjuksköterska minst 2 gånger första månaden efter att läkemedelsbehandling satts in (U)
- 2.13. Andel patienter som genomgått planlagd utbildning för att öka kunskapen om sin bipolära sjukdom (U)

Bilaga 1. Beskrivning av åtgärder

I detta avsnitt ges en närmare beskrivning av de behandlingsmetoder som tagits upp i de olika rekommendationerna tidigare i detta kapitel.

Psykologisk behandling - psykoterapi

I det vetenskapliga underlaget redovisar Socialstyrelsen flera olika behandlingsmetoder som ofta går under namnet psykoterapi. På grund av den stora mängden psykoteraeutiska metoder, varav en del saknar forskningsstöd, har det inte gått att ta upp samtliga. Därför är det främst kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk terapi och interpersonell terapi som finns redovisade.

En annan viktig avgränsning gäller målgruppen för psykoterapi. Riktlinjerna tar, som nämndes inledningsvis, *inte* upp åtgärder (i detta fall psykoterapi) för tillstånd som faller utanför riktlinjernas ramar. Riktlinjerna särskiljer ”psykologisk behandling”, som primärt kan gälla patologi och behandling av specifika sjukdomstillstånd, från ”psykoterapi” som ofta fokuserar anpassning och personlig utveckling och som inte alltid ryms inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. I riktlinjerna värderas stödet för specifik psykologisk behandling som utvärderats i forskning där studiedeltagare diagnostiseras med ångest och/eller depression och där behandlingsåtgärden noga beskrivits.

De åtgärder som redovisas gör således inte anspråk på att täcka alla former av psykoterapi. I första ledet är det stödet för ”psykologisk behandling” som värderas och i nästa led specificeras mer exakt vilken form av psykologisk behandling det rör sig om. Genom att fokusera psykologisk behandling, som anpassats för att maximera effekten vid behandling av avgränsade och specificerade sjukdomstillstånd, kan framtida behandlingstekniker och terapiskolor komma att få en tydligare plats i sjukvården, vilket inkluderar de metoder som ännu har begränsat forskningsstöd utifrån en evidensbaserad medicinsk referensram.

Psykologisk behandling av god kvalitet

Patienter ska erbjudas en kunskapsbaserad, ändamålsenlig och säker vård. Det är därför viktigt att psykologisk behandling bedrivs med samma kvalitet som annan medicinsk behandling. Socialstyrelsen har därför valt att definiera vad som är ”god vård” inom detta område. Utgångspunkten är Socialstyrelsens sex kvalitetsområden för God Vård.

- Psykologisk behandling ska vara *kunskapsbaserad och ändamålsenlig* genom en integration mellan bästa tillgängliga forskningsstöd och klinisk expertis, vilket sker i ett sammanhang av patientkaraktäristik, kultur och preferenser.

- *Säker* psykologisk behandling ställer krav på tillräckligt god kompetens hos behandlaren. Psykologiska interventioner kan felaktigt givna, eller givna vid fel indikation, orsaka skada.
- Psykologisk behandling har, rätt utförd, tydligt *patientfokus* med respekt för specifika behov, förväntningar och värderingar. Behandlingsplan utformas ofta som kontrakt, där den enskilde får ett tydligt medansvar.
- *Effektiv* psykologisk behandling innebär att tillgänglig kompetens tas till vara på bästa sätt, med ett tydligt behandlingsansvar.
- Psykologisk behandling ska utformas så att vården blir *jämlig* och tillhandahålls på lika villkor för alla oavsett ålder, etnicitet mm.
- Psykologisk behandling ska erbjudas *i rimlig tid*, så att behandlingsformen blir ett tydligt alternativ till annan, medicinsk behandling.
- Åtgärder inom hälso- och sjukvården ställer krav på formell behandlarkompetens för psykologisk såväl som läkemedelsbehandling/annan medicinsk behandling. Den som utför psykologisk behandling ska ha minst grundläggande utbildning i psykoterapi för den teori och metod som arbetet avser. En förutsättning för detta arbete är adekvat handledning om behandlaren saknar psykoterapeutlegitimation. Vid behandling av komplexa tillstånd är legitimerad psykoterapeut att rekommendera.
- Behandling vid psykisk sjukdom bör ges i en miljö av omvårdnadsinsatser som enskilt, eller i kombination, möjliggör och förstärker effekten för den sjuke. För en adekvat omvårdnad krävs därför kunskap om olika behandlingar. Omvårdnad innehåller psykologiska interventioner, men motsvarar inte begreppet psykologisk behandling.

Följande psykologiska behandlingsmetoder tas upp i rekommendationerna:

- KBT - kognitiva och beteendearterade terapier/kognitiv beteendeterapi
- Textbaserade behandlingsmetoder inklusive datorbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT)
- Interpersonell psykoterapi
- Psykodynamisk psykoterapi
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Psykologisk behandling med textbaserade behandlingsåtgärder

Textbaserade behandlingsinsatser för depression omfattar självhjälpplitteratur och internetbaserad behandling, ex vis datorbaserad KBT. Behandlingen sker via texter. Innehållet i behandlingsprogrammen utgår ofta från kognitiv beteendeterapi och varar i genomsnitt i 6 – 10 veckor. Behandlingen kan ges i primärvården eller vid specialiserade enheter. Graden av interaktivitet med en behandlare varierar, men ofta ingår telefonstöd eller kontakt via e-post. Undantaget är de datoriserade programmen som har en viss interaktivitet inbyggd i själva programmen.

Psykologisk behandling med KBT - kognitiva och beteendeorienterade terapier/kognitiv beteendeterapi

Kognitiva och beteendeorienterade terapier (KBT) är psykologiska behandlingsmetoder med vetenskaplig förankring och som visat sig vara verksamma vid en rad olika problemområden.

KBT är ett internationellt vedertaget samlingsbegrepp för teorier och tekniker baserade på inlärningspsykologiska principer och kognitiv teori/psykologi där betoningen kan läggas olika. De olika delarna i samlingsbegreppet kompletterar varandra och terapeuter väljer och integrerar arbetssätt utifrån patientens problem och de behandlingsmodeller som har utvecklats för den specifika störningen. Ibland finns evidens för mer än en variant av KBT-behandling för ett och samma tillstånd. I KBT ryms till exempel Beteendeterapi, Kognitiv terapi och Kognitiv beteendeterapi.

Socialstyrelsen har valt att använda samlingsbegreppet KBT i rekommendationerna. I de fall det finns specifik evidens för KBT med betoning antingen på kognitiva interventioner eller på beteendeterapi så anges detta, t.ex. vid behandling av depression och tvångssyndrom. I övrigt används paraplybegreppet.

KBT fokuserar vanligtvis på svårigheter i här-och-nu-situationen, och bygger på att terapeuten och patienten utvecklar en samsyn på individens problem. Detta leder sedan till att man fastställer individualiserade, tidsbegränsade mål och arbetssätt för terapin vilka sedan kontinuerligt följs upp och utvärderas. Tidsramar och form varierar utifrån behov och förutsättningar. Oftast går patienten i terapi en gång per vecka. Det är vanligt att terapitimmarna glesas ut i slutet av terapin. Det är också vanligt att klienten kommer på ett eller flera uppföljande besök efter avslutad behandling, så kallade boostersessioner. Oftast är KBT en tidsbegränsad korttidsterapi som omfattar 10–25 sessioner. KBT bedrivs både individuellt och i grupp.

Under 1990-talet har det vuxit fram nya synsätt och terapivarianter inom KBT, vilka ofta har fått beteckningen ”den tredje generationens KBT”. Dessa betonar förändring av individens inställning till och acceptans av upplevelser, tankar och känslor. Exempel på metoder är Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Dialektisk Beteendeterapi (DBT) och Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT).

Psykologisk behandling med interpersonell psykoterapi

Interpersonell terapi fokuserar på hur relationer påverkar patienten och hur relationer kan hanteras. Terapeuten har en aktiv roll. Terapin ges antingen individuellt eller i grupp. I interpersonell terapi ingår en utbildning i depressionernas natur och behandlingsmöjligheter, en identifiering av för patienten centrala relationer och förändringar i livet samt en behandling av problem i dessa med fokus på här och nu. Metoden har även prövats och bearbetats för ungdomar. Tillgången till interpersonell terapi är mycket begränsad i Sverige.

Psykologisk behandling med psykodynamisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi är i likhet med kognitiv beteendeterapi en heterogen terapiform. Den fokuserar på affekter och patientens känslouttryck i terapin,

man arbetar med så kallat motstånd, tolkningar av mönster i patientens agerande är en central del, det som händer i terapirelationen inklusive terapeutens egna reaktioner lyfts fram samt att man ger patientens önsknings, drömmar och fantasier utrymme. Psykodynamiska terapeuter lägger stor vikt vid relationen som utvecklas mellan terapeuten och klienten, och hur klientens problematik manifesterar sig i den relationen.

En psykodynamisk terapi kan se olika ut beroende på vem det är som går i terapi och vad målsättningen är. Det typiska är att terapeut och klient träffas en eller två gånger i veckan. Behandlingens längd kan variera, från 10-30 möten. Målet med psykodynamisk terapi är dels symtomförbättring, det vill säga att problemet försvinner eller kraftigt minskar i betydelse, dels ökad mognad och insikt.

Någon särskilt utvecklad form av psykodynamisk terapi som inriktats specifikt mot depression har inte prövats i randomiserade kontrollerade studier, men däremot finns psykodynamisk teoribildning kring depressionsfenomenet. Stödjande psykoterapi förekommer, men de flesta experter räknar inte detta som en psykodynamisk terapiform.

Den psykodynamiska metodens effektivitet är, precis som för andra terapiformer, föremål för debatt och undersökning. Under de senaste åren har det publicerats studier som med hjälp av vedertagna vetenskapliga metoder visat att psykodynamisk psykoterapi har effekt vid behandling av depression.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) är en metod som utvecklats för att behandla posttraumatiskt stress. EMDR innebär att växelvis bilateral stimulering, som ögonrörelser, ljud eller beröring, förefaller kunna skapa ett tillstånd av »mindfulness« – ett avslappnat tillstånd i informationsbearbetningssystemet. Detta skulle kunna skapa förutsättningar för nya tankar och perspektiv och underlätta bearbetningen av de traumatiska minnena. EMDR-behandlingen tycks aktivera nätverk av associerade minnen, vilket stöder hypotesen att verksamma processer handlar om informationsbearbetning snarare än om en ren exponeringseffekt. En del fynd talar för att EMDR har såväl neurobiologiska som psykologiska effekter. Metoden har den inte någon omfattande forskningsbakgrund när det gäller mekanismer.

Psykosocial behandling/stöd

Följande psykosociala behandlings- och stödåtgärder tas upp i rekommendationsavsnittet.

- Aktiv uppföljning av aktuella symtom hos barn och ungdomar.
- Counselling
- Reminiscenseterapi

Aktiv uppföljning av aktuella symtom och eventuell psykosocial intervention

Aktiv uppföljning av aktuella symtom hos barn- och yngre tonåringar med lindriga depressiva symtom består av en stödjande kontakt med målsättningen att öka barnets och familjens förmåga att hantera sin livssituation. När det gäller äldre tonåringar syftar den stödjande kontakten till öka individens förmåga att hantera sin livssituation. När det gäller barn och yngre tonåringar ingår också att beakta föräldrarnas psykiska hälsa och lotsa dem till behandling vid behov. För äldre tonåringar ingår rådgivning kring dygnsrytm, mat, motion alkohol och andra droger och sexuellt riskbeteende.

Counselling

Counselling (rådgivning), som utförs av exempelvis sjuksköterskor inom barnhälsovården, finns i Sverige, men counselling kommer ursprungligen från primärvårdsenheter i Storbritannien och USA. Metoden innebär i korthet att sjuksköterskan har ett lyssnande, ej rådgivande, förhållningssätt och att det är mamman, inte barnet, som är i fokus. Stödjande samtalsbehandling kan utföras utifrån en särskild terapeutisk ansats, men också utföras individbaserat, det vill säga samtalet utgår då inte från någon terapeutisk ansats utan svarar an mot modern eller föräldrarnas aktuella behov.

Reminiscenceterapi

Reminiscenceterapi (RT) är en behandling som används för att öka självkänsla och livstillfredsställelse hos äldre personer. RT innebär att personer ser tillbaka på sitt gångna liv och plockar fram särskilda händelser som berört dem. Den teoretiska grunden för och genomförandet av reminiscens varierar. Reminiscenceterapi kan genomföras både individuellt och i grupp.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling av egentlig depression och ångestsyndrom sker företrädesvis med olika antidepressiva läkemedel såsom TCA, SSRI, SNRI med flera. Även behandling med bensodiazepiner förekommer.

Antidepressiva läkemedel utövar sin effekt genom att påverka omsättningen av signalsubstanser i centrala nervsystemet – noradrenalin, serotonin och dopamin. Behandling med dessa läkemedel medför risk för biverkningar, Biverkningsprofilen kan ha betydelse för vilket läkemedel som är mest lämpat för en enskild patient. Patienter kan ha olika sätt att värdera läkemedlens effekter och bieffekter.

Dokumentationen när det gäller antidepressiv behandling av personer över 80 år är mycket begränsad trots att användningen av antidepressiva är högst i denna grupp.

Bensodiazepiner är lugnande medel som är starkt beroendeframkallande. Dessa läkemedel har flera olika effekter. De är muskelavslappande, ångstdämpande och sövande. Vid högre doser uppstår en berusningseffekt.

Andra behandlingsmetoder

I rekommendationerna tar vi även några andra behandlingsmetoder upp, vilka är specifika för dessa sjukdomsgrupper.

- Elektrokonvulsiv behandling (ECT)
- Transkraniell magnetstimulering (TMS)
- Vagusnervstimulering
- Autoimmun eller profylaktisk antibiotikabehandling
- Fysisk aktivitet
- Avspänning
- Coachning

Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) är en metod som har det primära syftet att utlösa ett epileptiskt anfall. Ett generaliserat anfall av grand maltyp är en nödvändig men kanske inte tillräcklig förutsättning för att få terapeutisk effekt.

Metoden har successivt förbättrats vilket har inneburit att biverkningarna, som vid behandlingens början för ca 70 år sedan var påtagliga, alltmer har minskat.

Transkraniell magnetisk stimulering

Transkraniell magnetisk stimulering är en för psykiatrien ny teknologi som innebär att en elektromagnetisk spole, placerad på patientens huvud, alstrar ett magnetiskt fält. Den lokala elektriska energin som framkallas i hjärnbarken får nervcellerna att depolarisera. Modern utrustning kan ge upprepade pulser och tekniken betecknas rTMS (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation) om frekvensen är större än 1 Hz.

Vagusnervstimulering

Metoden kommer från neurologin och används sedan flera år tillbaka för svårbehandlad epilepsi. Elektroder kopplade till en stimulator liknande en pacemaker ansluts till vänster vagusnerv i nackregionen med hjälp av ett relativt enkelt operativt ingrepp.

Autoimmun- eller profylaktisk antibiotikabehandling

Under de senaste åren har begreppet PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococci) kommit att användas vid prepubertalt debuterande tics/Tourette associerad OCD som debuterar efter streptokockinfektion. Vid PANDAS ses akuta försämringar följda av långsam förbättring, det ”sågtandade” sjukdomsförloppet. Att antibiotikabehandling kan användas i det akuta skedet då streptokocktitrar (AST och anti-DNA:s B) är höga är knappast kontroversiellt. Aktuella forskningsfrågor berör värdet av immunologisk behandling vid ”PANDAS-skov” respektive förebyggande behandling med antibiotika.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan omfatta aerobisk träning (joggning, löpning, promenader, cykling, gympa) och anaerobisk träning (styrketräning med mera). Fysisk aktivitet stärker uthålligheten, styrka, flexibilitet och koordination. Psykologiska förklaringar till motionens effekt är att det kan bryta dysfunktionella tankar, distrahera negativa tankar, samt om motionen utförs i grupp också kan öka de sociala kontakterna. Rådgivning och uppföljning kan innefatta hjälpmedel som FaR (Fysisk aktivitet på Recept), dagbok eller stegräkare.

Avspänning

Flera olika typer av avspänning finns och man väljer metod efter patientens problem, ålder och förmåga att arbeta koncentrerat. Patienten kan ha problem att slappna av i vila eller i rörelse/arbete, eller både och. Utifrån det väljer man metod som är avspänning under rörelse (kroppskännedomsinriktad behandling) eller för att användas vid vila. Avspänning kräver en mental närvaro hos patienten under inläring för att nå ett bra resultat. Oftast kombineras avspänningsteknik med någon form av kroppskännedomsinriktad träning vid samma behandlingstillfälle eller fysisk träning.

Coachning

Coachning syftar till att medvetandegöra klienten om sina värderingar och valmöjligheter och att se konsekvenserna av sina val. Målet är att förändra klientens syn på och förhållningssätt till sin sjukdom för att kunna leva ett självständigt liv trots denna.

Bilaga 2. Bedömd effekt

Kunskap om effekten av olika åtgärder på gruppnivå är viktig i arbetet med att ta fram beslutsstöd för prioriteringar. Både positiva effekter och eventuella medicinska risker, biverkningar med mera av åtgärden har därför beskrivits. För att göra resultaten användbara i en prioriteringssituation har det även gjorts en konklusion och värdering av resultaten i form av ”Bedömd effekt”, som beskrivs nedan.

Effekten av de olika åtgärderna redovisas i det vetenskapliga underlaget i form av en kort sammanfattning av vad som framkommit i aktuella studier inklusive patientsäkerhetsaspekter. För varje tillstånd/åtgärd har experterna också angett en sammanfattande ”Bedömd effekt”.

I tillstånds- och åtgärdslistan redovisas endast ”Bedömd effekt” samt allvarigare patientsäkerhetsaspekter.

Bedömning av åtgärdens effekt är således en viktig men komplex del i riktlinjearbetet. Den kan se olika ut beroende på diagnos men även åtgärdens omfattning. En åtgärd kan ha en stor effekt för ett tillstånd och en måttlig effekt för ett annat tillstånd. En stor effekt behöver inte innebära besvärsfrihet. Vissa symtom kan finnas kvar. Vice versa kan en liten effekt vara betydelsefull. Åtgärdens effekt måste därför sättas i relation till tillståndets svårighetsgrad. Effektstorleken kan också påverkas av tidsaspekten i de refererade studierna, alltså efter vilken tid effekten inträder och hur långvarig den visar sig vara.

Bedömd effekt

Det är viktigt att det finns ett enhetligt sätt att bedöma effektstorleken av olika åtgärder. Detta behövs som grund för hälsoekonomiska beräkningar och bedömningar, men också som stöd för prioriteringsgruppens arbete.

Följande modell som ska göra det möjligt att i någon mening värdera resultatet (effektstorleken) av olika åtgärder på ett likartat sätt har därför utarbetats.

Begreppet effektstorlek (ES) finns beskrivet i den beteendevetenskapliga litteraturen genom Jacob Cohen's arbete [9]. Effektstorleken definieras som den standardiserade skillnaden mellan symtomen före och efter behandling uttryckt i standardavvikelseenheter. På senare tid har Cochrane Institute använt termen Mean Standardized Difference [10]. Detta innebär att skillnaden i medeltal mellan mättillfällen divideras med ett spridningsmått (till exempel standardavvikelsen vid baslinjen). Denna formel kan direkt överföras till jämförelse mellan grupper (det vill säga skillnad i medeltal mellan grupper dividerat med den hopslagna standardavvikelsen för grupperna), eller skillnaden inom grupper (till exempel skillnaden mellan före och efter behandling).

Det har inte bedömts vara praktiskt genomförbart att beräkna effektstorlekar på detta sätt för enskilda studier då det torde innebära en formell meta-

analys för varje åtgärd. I många fall finns inte heller studier som visar effektstorleken vid behandling som pågår under tillräckligt lång tid.

Begreppet ”Bedömd effekt” har därför använts istället för det statistiska begreppet ”Effektstorlek (ES)”.

Den faktiska effekten har bedömts jämfört med baseline, eftersom jämförelsegrupper sett mycket olika ut. Vid bedömningen av effekten har hänsyn tagits till att inomgruppseffekter ofta blir starkare än mellangruppeffekter.

Sammanfattande beskrivning av metoden för ”Bedömd effekt”:

- Steg 1: Ett lämpligt utfallsmått för mätning av effektstorlek har definierats med utgångspunkt i aktuella studier, t.ex. andel responders (det vill säga andel patienter vars symtom minskat med minst 50 procent). I andra studier har utgångspunkten varit observerad minskning av poäng på olika symtomskattningsskalor.
- Steg 2: Underlaget för att bedöma effektstorlek kan vara metaanalyser, systematiska översikter, och i vissa fall enskilda studier med högt bevisvärde.
- Steg 3: Skillnaden i förhållande till baseline när det gäller andel responders eller annat mått på effektstorlek har beräknats enligt beskrivning ovan. Om flera studier används anges ett intervall för skillnaden.
- Steg 4: När effektstorleken beräknats uttrycks den bedömda effekten i form av en relativ skala 0-100 som obetydligt, liten, måttlig eller stor enligt nedan.

Bedömd effekt:	Obetydlig	0–20
Bedömd effekt:	Liten	20–50
Bedömd effekt:	Måttlig	50–80
Bedömd effekt:	Stor	80–100

Bilaga 3. Projektorganisation

Projektsekreteriat

Gunilla Nyrén, projektledare, Enheten för nationella riktlinjer, Socialstyrelsen

Ida Persson, projektsekreterare, Enheten för nationella riktlinjer, Socialstyrelsen

Birgitta Clarin, kommunikatör, Enheten för nationella riktlinjer, Socialstyrelsen

Kristina Eklund, metod- och kvalitetsansvarig, Enheten för nationella riktlinjer, Socialstyrelsen

David Svärd, kommunikatör, Enheten för nationella riktlinjer, Socialstyrelsen

Lena Weilandt, enhetschef, Enheten för nationella riktlinjer, Socialstyrelsen

Medicinskt sakkunniga

Eva Arvidsson, doktorand, Linköpings universitet, specialist i allmänmedicin, medicinskt sakkunnig

Mårten Gerle, specialist i psykiatri, medicinskt sakkunnig

Arbetet med det vetenskapliga underlaget

Följande experter har medverkat i arbetet med det vetenskapliga underlaget

Agnes Hultén, medicine doktor, överläkare på Stockholms Centrum för Ätstörningar, NASP (Nationell Prevention av Suicid och Psykisk ohälsa)

Agneta Pettersson, civilingenjör, projektledare på Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU)

Agneta Schröder, Leg. Sjuksköterska, medicine doktor, kvalitetssamordnare. Psykiatriskt forskningscentrum och PPH ledningskansli, Örebro läns landsting. Örebro

Anne-Liis von Knorring, professor, överläkare, barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Birgitta Hedelin, leg. sjuksköterska, Fil.dr, Professor, Høgskolen i Gjøvik, Institutt for sykepleiefag, Docent, Karlstads universitet, Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper, Avdelning: Omvårdnad

Birgitta Lundgren-Pierre, arbetsterapeut, utbildningssamordnare Psykiatri Mölndal på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Björn Lindgren, professor i hälsoekonomi, Lunds universitet, och research associate, National Bureau of Economic Research, USA.

Björn Mårtensson, medicine doktor, universitetslektor/överläkare, Psykiatri Nordväst, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Cecilia Björkelund, professor, distriktsläkare, enheten för allmänmedicin, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

Gerhard Andersson, professor, leg psykolog och leg psykoterapeut, Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande, Linköpings Universitet samt Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Karolinska Institutet

Hans Ågren, professor, överläkare, Sahlgrenska akademien, psykiatriska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset Östra, Göteborg.

Håkan Jarbin, medicine doktor, chefsöverläkare, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Halland

Ingela Skärsäter, docent i omvårdnad, universitetslektor, Sahlgrenska Akademin/Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Ingvar Karlsson, docent, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Avd för psykiatri, Göteborgs Universitet

Karin Fröjdh, medicine doktor, överläkare, Geriatriska kliniken Sahlgrenska Universitetssjukhus Göteborg

Kristian Bolin, docent, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet, Vårdalinstitutet, Lunds Universitets Centrum för Hälsoekonomi

Lars Hellgren, Medicine doktor, expert, Socialstyrelsen

Lars von Knorring, professor, överläkare, Institutionen för Neurovetenskap, Psykiatri, Uppsala universitet, Akademiska sjukhuset i Uppsala

Lil Träskman Bendz, professor i psykiatri, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds Universitet

Malin Green-Landell, Doktorand, leg psykolog, leg psykoterapeut, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Marie-Louise Majewski, Leg sjukgymnast, Enheten för anorexi och bulimi Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

Mia Ramklint, medicine doktor, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala Universitet & UPP-centrum Socialstyrelsen

Mona Näreskog, specialist i barn- och ungdomspsykiater, överläkare i mentalhygien och skolpsykiater, Skolhälsan i Stockholms stad Sten Thelander, överläkare, Botkyrka psykiatriska öppenvårdsmottagning, Psykiatri Sydväst, SLL

Thomas Eriksson, projektassistent/doktorand (nationalekonomi), Lunds universitet centrum för hälsoekonomi

Tord Ivarsson, docent, överläkare OCD-teamet, Specialmottagningen Barn- & Ungdomspsykiatri, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg

Tove Gunnarsson, medicine doktor, överläkare, Psykiatri Nordväst, Stockholm

Yvonne Freund Levi, medicine doktor, Specialist i psykiatri och geriatrik, leg. kognitiv psykoterapeut, Överläkare/Karolinska Institutet/Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Prioriteringsarbetet

I prioriteringsarbetet ingick förutom projektledaren och projektsekreteraren följande personer:

Lise-Lotte Risö-Bergerlind, specialist i psykiatri, leg psykoterapeut, processchef, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

Roland Morgell, vice ordf, specialist i allmänmedicin, husläkare, Kvartersakuten Surbrunn, Stockholm.

Anna-Karin Fahlén, specialist i allmänmedicin, distriktsläkare, Gammelstads Vårdcentral, Luleå

Bjarne Nilsson-Olinder, specialist i psykiatri, chefsöverläkare vid psykiatriska kliniken i Motala

Eva Arvidsson, doktorand vid Linköpings universitet, specialist i allmänmedicin, Lindsdals Vårdcentral, Kalmar

Ewa Mörtberg, medicine doktor, leg psykolog/leg psykoterapeut, Specialist i klinisk psykologi, Norra Stockholms Psykiatri/Centrum för psykiatrforskning

Göran Nyberg, specialist i psykiatri, överläkare, Psykiatriska kliniken, Skellefteå lasarett

Lena Widing, distriktssköterska, Samariterhemmets Vårdcentral, Uppsala läns landsting

Margaretha Carlstedt, psykiatrisjuksköterska, avdelningschef psykiatriska kliniken, Skellefteå

Marianne Helgesson, fil lic, leg psykoterapeut, verksamhetsutvecklare, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Närsjukvården i centrala Östergötland.

Nils Lundin, specialist i barn- och ungdomsmedicin, specialist i skolhälsovård; diplom i Public Health, Nordiska hälsovårdshögskolan, ungdomshälsovårdsöverläkare, sektion Mödra-, Barn- och Ungdomshälsovård, Helsingborgs lasarett, skolöverläkare, Elevhälsan, Skol- och fritidsförvaltningen, Helsingborgs stad

Monica Mattsson, medicine doktor, leg sjukgymnast, Institutionen för klinisk vetenskap, Psykiatri, Umeå Universitet

Per Carlsson, leg Psykoterapeut/leg Arbetsterapeut, Primärvården Södra Älvsborg, Västra Götalandsregionen.

Åsa Lundberg, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut, BUP-divisionen, Stockholm

Arbetet med kvalitetsindikatorer

I kvalitetsindikatorarbetet ingick förutom projektledaren följande personer:

Anna Åberg-Wistedt, ordf, adjungerad professor i psykiatri, Karolinska Institutet, Socialstyrelsens Tillsynsenhet

Kjell Lindström, vice ordf, medicine doktor, universitetslektor, distriktsläkare, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping

Birgitta Lindelius, projektledare, Socialstyrelsen

Anne Bylund, koordinator, Nätverken Hälsa och Demokrati och Uppdrag Hälsa

Anniqa Foldemo, medicine doktor Universitetslektor/ FOU-handledare, Hälsouniversitetet/FoU-enheten för Närsjukvård i Östergötland

Barbro Krevers, medicine doktor

Birgitta Wickberg, docent, psykolog, Mödrahälsovårdsenheten, Primärvården, Södra Bohuslän

Bo Ivarsson, specialist i psykiatri, överläkare, psykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

Bo Runesson, professor, Centrum för Psykiatrforskning, Karolinska Institutet

Cecilia Björkelund, professor, distriktsläkare, enheten för allmänmedicin, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet

Daniel Pollak, specialist i allmänmedicin, NU-sjukvården, medicinsk rådgivare, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen

Ingela Skärsäter, docent i omvårdnad, universitetslektor, Sahlgrenska Akademien/Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Ingvar Krakau, docent, Centrum för Allmänmedicin, Stockholm

Lars von Knorring, professor, överläkare, Institutionen för Neurovetenskap, Psykiatri, Uppsala universitet, Akademiska sjukhuset i Uppsala

Stephan Ehlers, medicine doktor, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, Drottning Silvias Barn- och Ungdomspsykiatri, Göteborg, medicinsk rådgivare, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen.

Tord Forssner, doktorand, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet

Arbetet med nulägesbeskrivningen

Ingvar Krakau, docent, Centrum för Allmänmedicin, Stockholm

Ejda Hassler, medicine doktor, distriktsläkare, Centrum för Allmänmedicin, Stockholm

I arbetet ingick även projektledaren

Arbetet med patient- och närståendeperspektivet

I arbetet ingick förutom projektledaren

Barbro Krevers, medicine doktor, legitimerad arbetsterapeut, forskare Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet

Birgitta Eriksson, Projektledare, Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Socialstyrelsen

Kristina Eklund, projektledare, Enheten för nationella riktlinjer, Socialstyrelsen

Lena Steinholtz Ekecrantz, projektledare, Enheten för funktionshindersfrågor, Socialstyrelsen

Olga Sandlund, Master of Science in Occupational Therapy, konsult i egen firma: Explico – utredning, utvärdering, undervisning, Motala

I dialogmötena har även följande personer medverkat som samtalsledare:

Inger Lyngfeldt Andreasson, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier

Linköpings Universitet, Campus Norrköping

Karin Lund, PrioriteringsCentrum, Linköping

Mari Broqvist, PrioriteringsCentrum, Linköping

Representanter för följande patient- och närståendeorganisationer har deltagit i arbetet med patient- och närståendeperspektivet

NSPH (Nationell Samling för Psykisk Hälsa)

Föreningen Balans

IBIS (Intresseföreningen för bipolär sjukdom) i Göteborg

Patientföreningen LIBRA i Lund

Riksförbundet Svenska Ångestsyndromsällskapet

RSMH (Riksförbundet för Social och Mental hälsa)

SPES (Riksorganisationen SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd)

Stiftelsen Livskraft

Svenska OCD (Obsessive Compulsive Disorder)-förbundet Ananke

Svenska Paniksyndromsällskapet (numera Riksförbundet Svenska Ångestsyndromsällskapet)

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
1	1	Barn utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom <i>Generella förebyggande insatser i form av föräldrastöd/föräldrautbildning (Cope, De otroliga åren, Komet)</i>	Livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom 30 % i befolkningen.	Bedömd effekt: Liten.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		4
1	2	Barn och ungdomar utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom <i>Fysisk aktivitet som depressionsprevention</i>	Livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom 30 % i befolkningen.	Bedömd effekt: Liten.	Mycket gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		4
1	3	Barn och ungdomar utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom <i>Program mot mobbing</i>	Livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom 30 % i befolkningen.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		9
1	4	Barn och ungdomar utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom <i>Utbildningsprogram (psykoedukativa)</i>	Livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom 30 % i befolkningen.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra
1	5	Barn utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom <i>Generella psykologiska interventioner</i>	Livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom 30 % i befolkningen.	Bedömd effekt: Obetydlig.	Mycket gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		8
1	6	Ungdomar (flickor årskurs 7 och 8) utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom <i>DISA-programmet</i>	Livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom 45 % i befolkningen.	Bedömd effekt: Måttlig.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		4

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
1	7	Barn och ungdomar utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom <i>Program för problemlösning och stresshantering, som ångestprevention</i>	Livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom 30 % i befolkningen.	Bedömd effekt: Obetydlig.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		9
1	8	Barn och ungdomar utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom. <i>Självmondspreventiva program för skolor</i>	Risk för självmordshandling hos 16 - 17-åringar 5 % i befolkningen.	Bedömd effekt: Måttlig.	Gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		3
1	9	Barn och ungdomar utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom. <i>Program för livskompetens, som självmordsprevention</i>	Risk för självmordshandling hos 16 - 17-åringar 5 % i befolkningen.	Bedömd effekt: Obetydlig.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		7
1	10	Ungdomar med kända riskfaktorer för psykisk sjukdom <i>Målinriktade utbildningsprogram</i>	Inga eller obetydliga symtom. Ökad risk för störd eller försenad personlighetsutveckling. Förhöjd livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
1	11	Ungdomar till föräldrar med egentlig depression <i>Psykologisk familjebaserad prevention</i>	Inga eller obetydliga symtom. Förhöjd livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom. Ökad risk för störd eller försenad personlighetsutveckling.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		8
1	12	Barn och ungdomar med symtom på depressionssjukdom <i>Psykologisk intervention i form av KBT</i>	Inga eller obetydliga symtom. Förhöjd risk för utveckling av depression. Ökad risk för störd eller försenad personlighetsutveckling.	Bedömd effekt: Liten.	Mycket gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		5

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
1	13	Barn och ungdomar med förhöjd ångestnivå <i>Program för problemlösning och stresshantering, som ångestprevention</i>	Inga eller obetydliga symtom. Förhöjd risk för utveckling av ångestsjukdom. Ökad risk för störd eller försenad personlighetsutveckling.	Bedömd effekt: Liten.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		8
1	14	Små barn med kända riskfaktorer för psykisk sjukdom (tillbakadragna/hämmade förskolebarn) <i>Utbildning till föräldrar</i>	Inga eller obetydliga symtom. Förhöjd risk för utveckling av ångestsjukdom. Ökad risk för störd eller försenad personlighetsutveckling.	Bedömd effekt: Liten.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		6
1	15	Vårdsökande vuxna och äldre utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom <i>Screening för depressionssjukdom inom primärvård</i>	Livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom 30 % i befolkningen.	Bedömd effekt: Ingen	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra
1	16	Vårdsökande vuxna och äldre utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom <i>Screening för ångestsyndrom inom primärvård</i>	Livstidsrisk för utveckling av psykisk sjukdom 30 % i befolkningen.	Bedömd effekt: Ingen	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra
1	18	Kvinnor under graviditet <i>Screening för depression</i>	Inga till måttliga symtom. Medelrisk för PPD 13 % 4 - 8 veckor efter nedkomst.	Bedömd effekt: Ingen	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		Icke-göra
1	19	Kvinnor efter förlossning <i>Screening för depression</i>	Inga till måttliga symtom. Medelrisk för PPD 13 % 4 - 8 veckor efter nedkomst.	Bedömd effekt: Måttlig	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		4
1	20	Kvinnor under graviditet och efter förlossning <i>Prevention genom socialt stöd avseende depression</i>	Inga till måttliga symtom. Medelrisk för PPD 13 % 4 - 8 veckor efter nedkomst.	Effekten kan inte bedömas	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		Prioriteras till slutversion

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
1	21	Vuxna med ökad risk att utveckla posttraumatiskt stressyndrom Debriefing (prevention)	Inga till måttliga symtom. Förhöjd risk för PTSD.	Bedömd effekt: Ingen	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		Icke-göra
1	22	Efterlevande vid suicid <i>Psykosocialt stöd (anhörigstöd)</i>	Risk för posttraumatiska syndrom.	Bedömd effekt: Liten	Kvalitativa studier	Ej bedömbär		1
1	23	Vuxna med genomgången hjärtinfarkt med risk att utveckla depressionssjukdom och ångestsyndrom <i>Förebyggande åtgärder inom primärvård (sjuksköterskeledda mottagningar)</i>	Risk för utveckling av ångest och depressionssjukdom.	Bedömd effekt: Obetydlig.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra
2	1	Vårdsökande med symtom som kan tyda på depressionssjukdom eller ångestsyndrom <i>Primär bedömning av vårdbehov med hög tillgänglighet</i>	Risk för oupptäckt psykisk sjukdom.	Bedömd effekt: Stor	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		1
2	2	Vuxna med symtom som kan tyda på depressionssjukdom eller ångestsyndrom <i>Aktiv expektans (snar förnyad kontakt)</i>	Risk för försämring av den psykiska hälsan.	Bedömd effekt: Måttlig	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		1
2	3	Barn med symtom som kan tyda på depressionssjukdom <i>Aktiv uppföljning (ospecifikt familjesamtal med psykopedagogiskt inslag)</i>	Lindriga symtom. I vissa fall en något tillfällig nedsättning av kognitiv funktion, förmågan till aktivitet och delaktighet samt av livskvalitet. Liten risk för långvarig sjukdom och bestående funktionsnedsättning eller för psykologiska och sociala komplikationer	Bedömd effekt: Liten	Konsensus	Ej bedömbär		1

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
24		Ungdomar med symtom som kan tyda på depression <i>Aktiv uppföljning (ospecifik samtalsterapi med psykopedagogiskt inslag)</i>	Lindriga symtom. I vissa fall en något tillfällig nedsättning av kognitiv funktion, förmågan till aktivitet och delaktighet samt av livskvalitet. Liten risk för långvarig sjukdom och bestående funktionsnedsättning eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten	Konsensus	Ej bedömbär		1
25		Vuxna med lindrig egentlig depression eller ångestsyndrom <i>Klinisk fokuserad beteendeanalys/brief intervention</i>	Lindriga symtom. I vissa fall en något tillfällig nedsättning av kognitiv funktion, förmågan till aktivitet och delaktighet samt av livskvalitet. Liten risk för långvarig sjukdom och bestående funktionsnedsättning eller för psykologiska och sociala komplikationer	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		FoU
26		Vuxna med egentlig depression och/eller ångestsyndrom <i>Kontinuitet i vården</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Bedömd effekt: Måttlig.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
27		Äldre med egentlig depression <i>Sammansatta åtgärder inom primärvård</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Bedömd effekt: Liten tilläggs effekt.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
28		Vuxna med egentlig depression <i>Sammansatta åtgärder inom primärvård</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Bedömd effekt: Liten	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3
29		Vuxna med egentlig depression <i>Managementprogram.</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Bedömd effekt: Liten tilläggs effekt.	Mycket gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
2	10	Vuxna med egentlig depression <i>Patient- och anhörigutbildning</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
2	11	Vuxna med egentlig depression <i>Collaborative care</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3
2	12	Vuxna med egentlig depression där första behandling inte haft effekt <i>Stegvis vård (Stepped Care)</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt	Gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		3
2	13	Vuxna med ångestsyndrom <i>Collaborative Care</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
2	14	Vuxna med lindrig depressionssjukdom eller ångestsyndrom <i>Egenvård i form av självhjälpplitteratur</i>	Risk för utveckling av mer behandlings- krävande psykisk ohälsa.	Bedömd effekt: Liten	Mycket gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
2	15	Vuxna med symtom som kan tyda på depressionssjukdom eller ångestsyndrom <i>Egenvård i form av fysiskt aktivitet</i>	Risk för utveckling av mer behandlings- krävande psykisk ohälsa.	Bedömd effekt: Liten	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3
2	16	Vuxna med lindrig egentlig depression <i>Egenvård med Johannesört</i>	Lindriga symtom. I vissa fall en något tillfällig nedsättning av kognitiv funktion, förmågan till aktivitet och delaktighet samt av livskvalitet. Liten risk för långvarig sjukdom och bestående funktionsnedsättning eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig. Ökar metabolismen av en rad olika läkemedel genom enzyminduktion.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		5

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
2	17	Barn och ungdomar med misstänkt psykisk sjukdom <i>Användning av strukturerade diagnostiska intervjuer inom barn- och ungdomspsykiatri</i>	Risk för utebliven eller inadekvat behandling.	Goda psykometriska egenskaper. Effekten kan inte bedömas ur behandlingssynpunkt.	Gott vetenskapligt underlag Effektstudier som visar patientnytta saknas	Ej bedömbär		Prioriteras till slutversion
2	18	Barn och ungdomar med egentlig depression eller ångestsyndrom <i>Användning av allmänna, inte symtomspecifika skattningsskalor.</i>	Risk för felbedömning av svårighetsgrad.	Goda psykometriska egenskaper. Effekten kan inte bedömas ur behandlingssynpunkt.	Visst vetenskapligt underlag. Effektstudier som visar patientnytta saknas.	Ej bedömbär		Prioriteras till slutversion
2	19	Barn och ungdomar med misstänkt bipolär sjukdom. <i>Screening med CMRS-P inom barn- och ungdomspsykiatri</i>	Risk för felbedömning av svårighetsgrad.	CMRS-P visade god förmåga att upptäcka bipolaritet och särskilja bipolaritet från adhd och MDQ-A visade acceptabel förmåga att identifiera bipolaritet. Effekten kan inte bedömas ur behandlingssynpunkt.	Välgjord utvärdering i klinisk miljö. Effektstudier som visar patientnytta saknas.	Ej bedömbär		Prioriteras till slutversion
2	20	Barn och ungdomar med ångestsyndrom <i>Symtomskattning med ångestspecifika skattningsskalor inom barn- och ungdomspsykiatri.</i>	Risk för felbedömning av svårighetsgrad.	Effekten kan inte bedömas ur behandlingssynpunkt.	Effektstudier som visar patientnytta saknas.	Ej bedömbär		Prioriteras till slutversion
2	21	Barn och ungdomar med tvångssyndrom. <i>Symtomskattning med förenklad BOCS eller CY-BOCS inom barn- och ungdomspsykiatri.</i>	Risk för felbedömning av svårighetsgrad.	Skalorna för OCD-sjukdomens svårighetsgrad och har goda psykometriska egenskaper Effekten kan inte bedömas ur behandlingssynpunkt.	Studier saknas Effektstudier som visar patientnytta saknas.	Ej bedömbär		Prioriteras till slutversion

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
2	22	Barn och ungdomar med egentlig depression och samtidig misstänkt somatisk sjukdom eller funktionshinder. <i>Utredning med hänsyn till somatisk sjukdom.</i>	Risk för utebliven eller inadekvat behandling.	Bedömd effekt: Liten.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		1
2	23	Vuxna och äldre med misstänkt depression eller ångestsyndrom <i>Användning av strukturerade diagnostiska instrument och symtomskattningsskalor i primärvård.</i>	Risk för utebliven eller inadekvat behandling.	Goda psykometriska egenskaper. Effekten kan inte bedömas ur behandlingssynpunkt.	Effektstudier som visar patientnytta saknas.	Ej bedömbär		Prioriteras till slutversion
2	24	Vuxna och äldre med somatiska besvär där depression är en differentzialdiagnos <i>Diagnostik genom patientcentrerad konsultation i kombination med diagnostiska instrument när så behövs</i>	Risk för utebliven eller inadekvat behandling.	Ingen effekt ur behandlingssynpunkt	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		Prioriteras till slutversion
2	25	Vuxna med egentlig depression eller ångestsyndrom <i>Fysisk hälsokontroll som tillägg till rutinbehandling</i>	Påtagliga och mer varaktiga symtom. Påtaglig nedsättning av kognitiva funktioner med svårigheter att lösa uppgifter i vardagen, på arbete eller i skola samt inskränkningar i förmågan till delaktighet i viktiga livsområden. Nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återin-sjuknande.	Bedömd effekt: Liten tilläggs effekt.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
2	26	Vuxna med misstänkt funktionsnedsättning på grund av depressionssjukdom eller ångestsyndrom <i>Fördjupad funktionsutredning (inklusive kognitiva, psykiska, sociala och sensomotoriska funktioner)</i>	Måttliga till svåra symtom. Risk för utebliven eller inadekvat behandling.	Effekten kan inte bedömas ur behandlingssynpunkt	Expertutlåtande	Ej bedömbär		3
2	27	Vuxna med beroendeproblematik och misstänkt depressionssjukdom eller ångestsyndrom <i>Diagnostik genom strukturerad informationsinsamling.</i>	Risk för utebliven eller inadekvat behandling.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		Prioriteras till slutversion
2	28	Vuxna med depressionssjukdom eller ångestsyndrom och misstänkt beroendeproblematik <i>Diagnostik genom strukturerad informationsinsamling.</i>	Risk för utebliven eller inadekvat behandling.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		Prioriteras till slutversion
2	29	Ungdomar, vuxna och äldre med misstänkt risk för självmord <i>Strukturerad bedömning av självmordsrisk</i>	Måttliga till svåra symtom. Risk för självmordshandling.	Bedömd effekt: Måttlig.	Gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		1
2	30	Ungdomar, vuxna och äldre med bedömd risk för självmordshandling <i>Fördjupad psykiatrisk bedömning</i>	Risk för otillräcklig/inadekvat behandling. Stor risk för förnyad självmordshandling.	Bedömd effekt: Måttlig.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		1
2	31	Ungdomar, vuxna och äldre med bedömd risk för självmordshandling <i>Psykiatrisk observation</i>	Stor risk för självmordshandling.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		1

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
2	32	Ungdomar, vuxna och äldre med självmordsnära tillstånd <i>Närståendemedverkan</i>		Bedömd effekt: Liten.	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		1
2	33	Vuxna med egentlig depression eller ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Regelbundna återbesök under pågående läkemedelsbehandling</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Bedömd effekt: Måttlig	Gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		2
2	34	Vuxna med egentlig depression eller ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Användning av symtomskattning för utvärdering av behandling inom primärvård</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Bedömd effekt: Liten.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		9
2	35	Patienter med egentlig depression eller ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Återbesök hos läkare för utvärdering efter genomförd behandling</i>	Lindriga till svåra symtom. Förhöjd risk för försämring eller mer långdraget sjukdomsförlopp.	Liten-måttlig	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
2	36	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Långtidsuppföljning och behandlingsstöd</i>	Lindriga till måttliga symtom. Olika grad av nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
2	37	Äldre multisjuka som behandlas med flera läkemedel <i>Regelbunden strukturerad läkemedelsgenomgång</i>	Risk för biverkningar, interaktion eller icke optimal behandling.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		1

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
3	1	Barn och ungdomar med lindrig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Lindriga symtom. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 2			3
3	2	Barn med lindrig depression <i>Psykologisk behandling med KBT, grupp</i>	Lindriga symtom. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig	Gott vetenskapligt underlag	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3
3	3	Ungdomar med lindrig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med IPT</i>	Lindriga symtom. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig	Gott vetenskapligt underlag			4
3	4,1	Vuxna med lindrigt ångestsyndrom <i>Textbaserad behandling med behandlarstöd</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 2	Ej bedömbart		3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
3	4,2	Vuxna med lindrigt ångestsyndrom <i>Textbaserad behandling utan behandlarstöd</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten	Mycket gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		7
3	5,1	Vuxna och äldre med lindrig egentlig depression <i>Textbaserad behandling med behandlarstöd</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 2	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	4
3	5,2	Vuxna och äldre med lindrig egentlig depression <i>Textbaserad behandling utan behandlarstöd</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		8
3	6	Vuxna med lindrig egentlig depression eller ångestsjukdom <i>Psykosocial rådgivning/Councelling</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		8

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
3	7	Vuxna med lindrig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT, datorbaserad</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 2	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad/viss evidens	3
3	8	Vuxna med nedstämdhet /depression, lindrig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med KBT, telefonbaserad</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 3	Mycket hög kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	6
3	9	Vuxna med lindrig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT - kognitiva interventioner</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 1			4
3	10	Vuxna med lindrig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Lindriga symtom. I vissa fall en något tillfällig nedsättning av kognitiv funktion, förmågan till aktivitet och delaktighet samt av livskvalitet. Liten risk för långvarig sjukdom och bestående funktionsnedsättning eller för psykologiska och sociala komplikationer	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 1			4

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
3	11	Vuxna med lindrig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med IPT</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		4
3	12	Vuxna med lindrig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med PDT, korttidsterapi</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		5
3	13	Äldre med lindrig egentlig depression <i>Problemlösningsterapi</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		9
3	14	Vuxna med lindrig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva (TCA och SSRI).</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Obetydlig. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		9

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
3	15	Vuxna med lindrig egentlig depression <i>Fysisk aktivitet</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Effekten kan inte bedömas	Låg kostnad per QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	6
3	16	Vuxna med lindrig panikångest, agorafobi eller generaliserat ångestsyndrom <i>Fysisk aktivitet</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	6
3	17	Vuxna med lindrig egentlig depression <i>Akupunktur</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		Icke-göra
3	18	Vuxna med lindrig egentlig depression <i>Avspänning</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Mycket hög kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	9

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
3	19	Kvinnor med lindrig depression och ökad sårbarhet efter förlossning <i>Personcentrerad counselling</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	4
3	20	Kvinnor med lindrig depression och ökad sårbarhet efter förlossning <i>Psykosocialt stöd som tillägg till rutinbehandling</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten tilläggs effekt.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbart		8
3	21	Kvinnor med lindrig depression efter förlossning <i>Fysisk aktivitet</i>	Lindriga symtom med varierande varaktighet. I vissa fall tillfälligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skola/utbildning, på arbete eller i andra sociala sammanhang. Liten risk för långvariga symtom eller för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Obetydlig.	Visst vetenskapligt underlag	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	7
4	1	Barn och ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Mycket gott vetenskapligt underlag			1

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	2	Ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT i grupp, Coping with Depression - Adolescent</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Mycket gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		1
4	3	Ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med IPT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		4
4	3,1	Barn och ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med PDT, korttidsterapi</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
4	4	Ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med familjeterapi (systemisk och Attachment Based Family Therapy)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Gott vetenskapligt underlag			3
4	5	Barn och ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (fluoxetin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig SSRI-preparat kan orsaka biverkningar, men de bedöms inte överstiga åtgärdens nytta vid det här tillståndet.	Evidensstyrka 1	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	6	Barn och ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		8
4	7	Barn och ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		8
4	8	Barn och ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (escitalopram)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Ingen Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
4	9	Ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (paroxetin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Ingen Ogynnsamt risk-/nyttoförhållande p g a högre risk för agitation och självdestruktivt beteende samt betydande utsättningsproblem.	Mycket gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra
4	10	Barn med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med SNRI (venlafaxin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Ingen Fientlighet och suicidala tankar och handlingar vanliga. Suicidalitet vanligare vid behandling med venlafaxin än med SSRI.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	11	Ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med SNRI (venlafaxin).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten Fientlighet och suicidala tankar och handlingar vanliga. Suicidalitet vanligare vid behandling med venlafaxin än med SSRI. Trots risken för biverkningar överväger nyttan med behandlingen vid detta tillstånd.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		8
4	12	Barn och ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med mirtazapin</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Beömd effekt: Ingen Risk för viktökning.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra
4	13	Ungdomar med måttlig egentlig depression <i>Kombinationsbehandling med SSRI och KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar, hämma längtillväxt liksom skelettupbyggnad och den sexuella utvecklingen. Ökad förekomst av självmordsbeteende och självdestruktivt beteende har rapporterats. Inga fullbordade suicid har rapporterats.	Gott vetenskapligt underlag	Mycket hög kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	14	Barn och ungdomar med måttlig årtidsrelaterad depression <i>Behandling med ljusterapi</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		FoU
4	15	Vuxna och äldre med måttlig egentlig depression <i>Textbaserad behandling med behandlarstöd</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 3	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3
4	16	Vuxna och äldre med måttlig egentlig depression <i>Textbaserad behandling utan behandlarstöd</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		10
4	17	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT, datorbaserad</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 2	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad / viss evidens	3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	18	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT, telefonbaserad</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		2
4	19	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Psykosocial rådgivning/Counselling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		8
4	20	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT - kognitiva interventioner</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	21	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 1			2
4	22	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med IPT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		2
4	23	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med PDT, korttidsterapi</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		4

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	24	Äldre med måttlig egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 2			3
4	25	Äldre med måttlig egentlig depression <i>Problemlösningsterapi</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		9
4	26	Äldre med måttlig egentlig depression <i>Reminiscenseterapi</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Visst vetenskapligt underlag			4
4	27	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva (TCA, SSRI, SNRI med flera)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	28	Äldre med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva (TCA, SSRI, SNRI m fl)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 1	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3
4	29	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med SNRI (duloxetin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 1	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3
4	30	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med bupropion</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3
4	31	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (escitalopram).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 1	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	32	Vuxna och äldre med måttlig egentlig depression i samband med kroppslig sjukdom <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva (TCA, SSRI, SNRI).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		2
4	33.1	Äldre med demenssjukdom och samtidig måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva (SSRI)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		3
4	33.2	Äldre med demenssjukdom och samtidig måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva (TCA)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekt kan ej bedömas Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
4	34	Kvinnor i menopaus med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med östrogen</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		7

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	35	Kvinnor efter menopaus med måttlig egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med östrogen.</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Ingen	Gott vetenskapligt stöd	Ej bedömbär		Icke-göra
4	36	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Kombinationsbehandling med SSRI eller TCA och mianserin</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas. Risk för blodbildsbiverkningar och viktökning.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
4	37	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Kombinationsbehandling med bensodiazepiner och antidepressiva, korttidsbehandling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		8

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	38	Vuxna med måttlig egentlig deression <i>Kombinationsbehandling med antidepressiva och pindolol</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		Icke-göra
4	39	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Kombinationsbehandling med antidepressiva och folsyra</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten förstärkningseffekt. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		9
4	40	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och psykologisk behandling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Mycket hög kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4.41		Vuxna med måttlig egentlig depression (inte årsrelaterad) <i>Behandling med ljusterapi</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		FoU
4.42		Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Akupunktur</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		FoU
4.43		Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Fysisk aktivitet</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		6

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	44	Äldre med måttlig egentlig depression <i>Fysisk aktivitet</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		7
4	45	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Tillägg av behandlingsstöd i form av telefonrådgivning</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		6
4	46	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Behandlingsstöd i form av depressionsskola</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig tilläggseffekt.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		8
4	47	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Avspänning</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	48	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Tillägg av basal kroppskänedom till rutinbehandling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
4	49	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Tillägg av aktivitetsbaserade åtgärder till rutinbehandling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		6
4	50	Äldre med måttlig egentlig depression <i>Behandlingsstöd genom Case Management</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		6
4	51	Vuxna med måttlig egentlig depression, där adekvat första läkemedelsbehandling inte givit avsedd effekt <i>Preparatbyte från ett antidepressivt läkemedel till ett annat</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Kan medföra förändrad biverkningsbild.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		5

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	52	Vuxna med måttlig egentlig depression, där adekvat läkemedelsbehandling (SSRI eller TCA) inte givit avsedd effekt <i>Tillägg av mianserin eller mirtazapin</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt. Mianserin ger risk för blodbildsbiverkningar. Båda ger risk för viktökning.	Evidensstyrka 2	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	6
4	53	Vuxna med måttlig egentlig depression, där adekvat läkemedelsbehandling inte givit avsedd effekt <i>Tillägg av tyreoideahormon</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig tilläggseffekt.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
4	54	Vuxna med måttlig egentlig depression, där adekvat läkemedelsbehandling inte givit avsedd effekt <i>Tillägg av litium</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig tilläggseffekt. Litium kan ge biverkningar i form av störd sköldkörtels- och njurfunktion.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		6

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	55	Vuxna med måttlig egentlig depression, där adekvat läkemedelsbehandling inte givit avsedd effekt <i>Tillägg av buspiron</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Tilläggs effekten kan inte bedömas. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
4	56	Vuxna med måttlig egentlig depression, där adekvat läkemedelsbehandling inte givit avsedd effekt <i>Tillägg av pindolol</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Ingen tilläggs effekt. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		Icke-göra
4	57	Vuxna med måttlig egentlig depression, där adekvat läkemedelsbehandling inte givit avsedd effekt <i>Tillägg av omega 3-fettsyror</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Tilläggs effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag Tidigare: Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		FoU

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	58	Vuxna med måttlig egentlig depression, där adekvat läkemedelsbehandling inte givit avsedd effekt. <i>Tillägg av psykologisk behandling med KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig tilläggseffekt.	Evidensstyrka 2	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	5
4	59	Vuxna med måttlig egentlig depression, där adekvat läkemedelsbehandling inte givit avsedd effekt. <i>Tillägg av psykologisk behandling med IPT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Ingen tilläggseffekt.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra
4	60	Vuxna med måttlig egentlig depression, där psykologisk behandling inte givit avsedd effekt <i>Tillägg av antidepressiva läkemedel</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig tilläggseffekt. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 4	Ej bedömbär		7

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	61	Vuxna med måttlig egentlig depression där läkemedelsbehandling eller psykologisk behandling inte givit avsedd effekt <i>Byte till läkemedelsbehandling eller psykologisk behandling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		5
4	64	Vuxna med måttlig egentlig depression, som uppnått full remission <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling (litium, amitriptylin, fluoxetin, sertralín, paroxetin, citalopram och mirta-zapín, venlafaxin, duloxetin, escitalopram)</i>	Lindriga symtom Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag. .	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		1
4	65	Vuxna med måttlig egentlig depression, som uppnått full remission <i>Återfallsförebyggande antidepressiv läkemedelsbehandling (klomipramin, mianserin, moklobemid)</i>	Lindriga symtom Ökad risk för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
4	66	Äldre med måttlig egentlig depression, som uppnått full remission <i>Återfallsförebyggande antidepressiv läkemedelsbehandling (TCA, SSRI)</i>	Lindriga symtom Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		7

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	67	Vuxna med måttlig egentlig depression, som uppnått full remission efter ECT <i>Återfallsförebyggande ECT</i>	Lindriga symtom Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Risk för minnesstörningar, i de flesta fall övergående.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		8
4	68	Vuxna med måttlig egentlig depression, som uppnått full remission <i>Återfallsförebyggande psykologisk behandling med KBT</i>	Lindriga symtom Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		1
4	69	Vuxna med måttlig egentlig depression, som uppnått full remission <i>Återfallsförebyggande psykologisk behandling med IPT</i>	Lindriga symtom Ökad risk för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		FoU
4	70	Äldre med måttlig egentlig depression, som uppnått full remission <i>Återfallsförebyggande kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och IPT</i>	Lindriga symtom Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
4	71	Vuxna med dystymi <i>Behandling med antidepressiva (TCA och SSRI)</i>	Måttliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	72	Vuxna med dystymi <i>Kombinationsbehandling med KBT eller IPT och antidepressiva läkemedel</i>	Måttliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		8
4	73,1	Vuxna med minor depression. <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva.</i>	Måttliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		10
4	73,2	Äldre med minor depression. <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva.</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	74	Vuxna med måttlig årstidsrelaterad depression <i>Behandling med ljusterapi</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		FoU
4	75	Kvinnor med måttlig depression under graviditet och efter förlossning <i>Personcentrerad counselling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom samt för återinsjuknande. Ökad risk för barnets psykiska hälsa pga försämrat omhändertagande och försämrad anknytning mellan mor och barn.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Låg kostnad per QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	4
4	76	Kvinnor med måttlig depression efter förlossning <i>Tillägg av psykosocialt stöd till rutinbehandling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom samt för återinsjuknande. Ökad risk för barnets psykiska hälsa pga försämrat omhändertagande och försämrad anknytning mellan mor och barn.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt.	Mycket gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		4

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	77	Kvinnor med måttlig depression efter förlossning <i>Psykologisk behandling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom samt för återinsjuknande. Ökad risk för barnets psykiska hälsa pga försämrat omhändertagande och försämrade anknytning mellan mor och barn.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		2
4	78	Kvinnor med måttlig depression under graviditet <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva (TCA, SSRI).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas Liten sannolikheten att barnet får biverkningar genom exponeringar genom bröstmjölken. Kunskap om långtidseffekter är dock bristfälliga.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		4
4	79	Kvinnor med måttlig depression efter förlossning <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva (TCA, SSRI).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom samt för återinsjuknande. Ökad risk för barnets psykiska hälsa pga försämrat omhändertagande och försämrade anknytning mellan mor och barn.	Bedömd effekt: Måttlig. Liten sannolikheten att barnet får biverkningar genom exponeringar genom bröstmjölken. Kunskap om långtidseffekter är dock bristfälliga.	Gott vetenskapligt underlag	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	80	Barn med generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, tvångssyndrom, specifik fobi, paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Textbaserad behandling plus föräldrakontakt kombinerad med telefonkontakt</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig.	Gott vetenskapligt underlag			3
4	81	Barn med separationsångest, generaliserat ångestsyndrom, social fobi, måttlig svårighetsgrad <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 1			2
4	82	Barn med separationsångest, generaliserat ångestsyndrom, social fobi, måttlig svårighetsgrad <i>Psykologisk behandling med KBT i grupp med Internetinslag</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		2
4	83	Barn med separationsångest, generaliserat ångestsyndrom, social fobi, måttlig svårighetsgrad <i>Psykologisk behandling med PDT, korttids</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		5
4	84	Barn och ungdomar med ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med föräldraträning för ökad delaktighet</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		8

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	85	Barn och ungdomar med specifik fobi, måttlig svårighetsgrad <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Stor	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		1
4	86	Barn och ungdomar med separationsångest, generaliserad ångest, social fobi, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (fluoxetin, sertralin och fluvoxamin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar, hämma långtillväxt liksom skeletttupbyggnad och den sexuella utvecklingen. Ökad förekomst av självmordsbeteende och självdestruktivt beteende har rapporterats. Inga fullbordade suicid har rapporterats.	Evidensstyrka 2	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	5
4	87	Barn och ungdomar med social fobi, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (paroxetin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Ogynnsamt risk-/nyttoförhållande p g a högre risk för agitation och självdestruktivt beteende samt betydande utsättningsproblem.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		Icke-göra
4	87,2	Barn och ungdomar med separationsångest, generaliserad ångest, överdriven ångslan, social fobi, måttlig svårighetsgrad <i>Kombinationsbehandling med KBT och SSRI (sertralin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	88	Barn och ungdomar med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med KBT – betoning på beteendebaserade interventioner</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Stor	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		1
4	89	Barn och ungdomar med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med psykodynamiskt eller eklektiskt baserade terapier.</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		Icke-göra
4	90	Barn och ungdomar med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med stressreducerande psykoterapi.</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra
4	91,1	Barn och ungdomar med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad, där psykologisk behandling med KBT inte givit effekt <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (fluoxetin och sertralín)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	91,2	Barn och ungdomar med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad där psykologisk behandling med KBT inte givit effekt <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (fluvoxamin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		5
4	92	Barn och ungdomar med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad, där psykologisk behandling med KBT inte givit effekt. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra
4	93	Barn och ungdomar med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad, där psykologisk behandling med KBT inte givit effekt <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (paroxetin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Ogynnsamt risk-/nyttoförhållande p g a ökad risk för aggressivitet och fiendlighet särskilt hos yngre barn.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		Icke-göra
4	94	Barn och ungdomar med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad, där psykologisk behandling med KBT inte givit effekt <i>Läkemedelsbehandling med TCA (klomipramin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Risk för hjärtarytmi. Även ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		8
4	95	Barn och ungdomar med tvångssyndrom (PANDAS), måttlig svårighetsgrad. <i>Profylaktisk antibiotikabehandling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		FoU

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	96	Barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 1	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	2
4	97	Barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Familjeterapi</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		10
4	98	Barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Psykologisk behandling med PDT, korttids</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Mycket hög kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	9
4	99	Ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	100,1	Vuxna med ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Textbaserad behandling utan behandlarstöd</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten	Mycket gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		7
4	100,2	Vuxna med ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Textbaserad behandling med behandlarstöd</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Mycket gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
4	102	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin, escitalopram, paroxetin).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 1	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3
4	103	Äldre med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram, paroxetin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		5

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	104	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med SNRI (venlafaxin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan framkalla blodtrycksstegring och ge viss risk för kardiella överledningsrubbningar. Ökad blödnings-benägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		4
4	105	Äldre med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med SNRI (venlafaxin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		5
4	106,1	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner (alprazolam, diazepam och lorazepam)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Ogynnsamt risk/nyttoförhållande p g a risk för beroende och missbruk.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		Icke-göra
4	106,2	Äldre med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Risk för missbruk och beroende vid behandling mer än fyra veckor.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	107	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med buspiron</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		8
4	108	Äldre med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med buspiron</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		9
4	109	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med hydroxizin</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		8
4	110,1	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med antiepileptika (pregabalin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Vid korttidsbehandling har besvärande utsättningssymtom observerats. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		6

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	110,2	Äldre med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Läkemedelsbehandling med antiepileptika (pregabalin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Vid korttidsbehandling av äldre har besvärande utsättningsymtom observerats. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		7
4	111	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 1			2
4	112	Äldre med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		2
4	113	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Psykologisk behandling med PDT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	114	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Kombinationsbehandling med avspänning och KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		9
4	115	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Tillägg av meditation till rutinbehandling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten tilläggs effekt	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		9
4	116	Vuxna med generaliserat ångestsyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Autogen träning</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		8

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	117,1	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin, paroxetin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		2
4	117,2	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		4
4	117,3	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (fluoxetin, fluvoxamin).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas Kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		8

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	118	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med TCA (klomipramin).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Risk för hjärtarytmi. Även ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		5
4	119	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med moklobemid.</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		7
4	120	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner (alprazolam och klonazepam).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Ogynnsamt risk-/nyttoförhållande vid långtidsbehandling då det föreligger hög risk att utveckla missbruk och beroende.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	121	Vuxna med paniksyndrom utan eller med agorafobi. <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Stor	Evidensstyrka 1	Låg kostnad per QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	1
4	122	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med KBT, datorbaserad</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 2	Måttlig kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3
4	123	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med PDT, korttids</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	124	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Tillämpad avslappning.</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		4
4	125	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Avspänning som tillägg till rutinbehandling</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten tilläggs effekt	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		4
4	126	Vuxna med paniksyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Fysisk aktivitet</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		7

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	127	Vuxna med social fobi, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (fluvoxamin, sertralín, escitalopram och paroxetin).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 1	Måttlig kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3
4	128	Vuxna med social fobi, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SNRI (venlafaxin).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan framkalla blodtrycksstegring och ge viss risk för kardiella överledningsrubbningar. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3
4	129	Vuxna med social fobi, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med moklobemid.</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten. Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		8

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	130	Vuxna med social fobi, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner (klonazepam).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Ogynnsamt risk-/nyttoförhållande vid långtidsbehandling då det föreligger hög risk att utveckla missbruk och beroende.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbart		10
4	131	Vuxna med social fobi, måttlig svårighetsgrad. Psykologisk behandling med KBT	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Stor	Evidensstyrka 1	Måttlig kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	1
4	132	Vuxna med social fobi, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med KBT, datorbaserad</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 2	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad / viss evidens	3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	133	Vuxna med social fobi, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med PDT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
4	134	Vuxna med specifik fobi. <i>Psykologisk behandling med KBT - exponering</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning.	Bedömd effekt: Stor.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		1
4	135	Vuxna med specifik fobi för blod och skada. <i>Psykologisk behandling med KBT - tillämpad muskelspänning</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga samt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning.	Bedömd effekt: Stor.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		2
4	136,1	Vuxna med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (sertralin, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	136,2	Vuxna med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (citalopram)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		4
4	136,3	Vuxna med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (escitalopram)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Visst vetenskapligt stöd	Ej bedömbär		4
4	137	Vuxna med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med TCA (klomipramin).</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Stor. Risk för hjärtarytmi. Även ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		2

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	138	Vuxna med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med KBT – exponering och responsprevention</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Stor	Evidensstyrka 1	Måttlig kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	1
4	139	Vuxna med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med KBT – kognitiva interventioner</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		3
4	140	Vuxna med tvångssyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel (TCA, SSRI) och psykologisk behandling (exponering och responsprevention)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Mycket hög kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	141	Vuxna med akut stressreaktion i samband med psykologiskt trauma <i>Psykologisk behandling med KBT - exponering</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		2
4	142	Vuxna med posttraumatiskt stressyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Läkemedelsbehandling med SSRI (fluoxetin, sertralín, paroxetin)</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Evidensstyrka 1	Måttlig kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	3
4	143	Vuxna med posttraumatiskt stressyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med EMDR</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		2

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
4	144	Vuxna med posttraumatiskt stressyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Psykologisk behandling med KBT - exponering</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Stor	Evidensstyrka 1	Måttlig kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	1
4	145	Vuxna med posttraumatiskt stressyndrom, måttlig svårighetsgrad. <i>Psykologisk behandling med PDT</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		10
4	146	Vuxna med posttraumatiskt stressyndrom, måttlig svårighetsgrad <i>Avspänning.</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig.	Visst vetenskapligt underlag.			10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	1	Ungdomar med terapistenstent egentlig depression där fluoxetin inte har haft effekt <i>Läkemedelsbehandling med annat SSRI eller SNRI (venlafaxin)</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten Preparaten kan orsaka allvarliga biverkningar, men de bedöms inte överstiga åtgärdens nytta vid det här tillståndet.	Visst vetenskapligt underlag			6
5	2	Barn och ungdomar med svår egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med TCA (nortriptylin)</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan och bland kamrater samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Ingen Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra
5	3	Ungdomar med terapistenstent egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med TCA</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Obetydlig. TCA kan ge besvärande sexuella biverkningar och risk för hjärtrytmrubbningar Preparatet är ej godkänt på indikationen.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		10
5	4	Ungdomar med svår eller terapistenstent egentlig depression <i>ECT</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan och bland kamrater samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Risk för minnesstörningar, i de flesta fall övergående	Visst vetenskapligt stöd Övergående minnesstörning.	Hög kostnad per QALY jämf alternativ behandling	Skattad	2

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	5	Barn och ungdomar med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med litium</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion. Preparatet är ej godkänt på indikationen.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
5	6,1	Barn och ungdomar (flickor) med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antiepileptika (valproat)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig. Valproat kan ge viktuppgång, leverpåverkan och är starkt fosterskadligt samt ger även en ökad risk för menstruations-störning. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende. Preparatet är ej godkänt på indikationen.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
5	6,2	Barn och ungdomar (pojkar) med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antiepileptika (valproat)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig. Valproat kan ge viktuppgång, leverpåverkan. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende. Preparatet är ej godkänt på indikationen.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
5	7	Barn och ungdomar med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antiepileptika (karbamazepin)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas Kan ge hudreaktioner, leverpåverkan och är starkt fosterskadligt. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende. Preparatet är ej godkänt på indikationen.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	8	Barn och ungdomar med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antiepileptika (oxcarbazepin)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Obetydlig. Yrsel, illamående, trötthet, dubbelseende och utslag är vanliga biverkningar. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende. Preparatet är ej godkänt på indikationen.	Gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		Icke-göra
5	9	Ungdomar med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antipsykosmedel (quetiapin, risperidon, ziprasidon, aripiprazol)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Stor Avesvärd risk för viktuppgång och utveckling av metabolt syndrom. Endast risperidon är godkänt på indikationen.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		2
5	10	Barn och ungdomar med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antipsykosmedel (olanzapin)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Stor Mycket besvärande metabola biverkningar och med samtidig viktökning. Preparatet är ej godkänt på indikationen.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
5	11	Ungdomar med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antipsykosmedel (klozapin)</i>	Mycket allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		8

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	12,1	Barn och ungdomar (flickor) med manisk episod <i>Kombinationsbehandling med antiepileptika (valproat) och antipsykosmedel (quetiapin, risperidon)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Ökad risk för viktuppgång och utveckling av metabolt syndrom. Valproat kan ge viktuppgång, leverpåverkan och är starkt fosterskadligt samt ger även en ökad risk för menstruationsstörning. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende. Endast risperidon är godkänt på indikationen.	Tillägg av quetiapin till valproat (gott vetenskapligt underlag). Tillägg av risperdal till litium (visst vetenskapligt stöd)	Ej bedömbär		10
5	12,2	Barn och ungdomar (pojkar) med manisk episod <i>Kombinationsbehandling med antiepileptika (valproat) och antipsykosmedel (quetiapin, risperidon)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Ökad risk för viktuppgång och utveckling av metabolt syndrom. Valproat kan ge viktuppgång, leverpåverkan. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende. Endast risperidon är godkänt på indikationen.	Tillägg av quetiapin till valproat (gott vetenskapligt underlag). Tillägg av risperdal till litium (visst vetenskapligt stöd)	Ej bedömbär		4
5	13	Barn och ungdomar med manisk episod <i>Kombinationsbehandling med litium och antipsykosmedel (quetiapin, risperidon)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion och ökar risken för utveckling av metabolt syndrom.	Visst vetenskapligt stöd	Ej bedömbär		4

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	14,1	Barn och ungdomar (flickor) med manisk episod <i>Kombinationsbehandling med litium och antiepileptika (valproat)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Litium kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion. Valproat kan ge viktuppgång, leverpåverkan och är starkt fosterskadligt samt ger även en ökad risk för menstruationsstörning. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende. Preparaten är ej godkända på indikationen.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		10
5	14,2	Barn och ungdomar (pojkar) med manisk episod <i>Kombinationsbehandling med litium och antiepileptika (valproat)</i>	Mycket allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Litium kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion. Valproat kan ge viktuppgång, leverpåverkan. Preparaten är ej godkända på indikationen.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		7
5	15	Barn och ungdomar med bipolär depression <i>Läkemedelsbehandling med SSRI</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan och bland kamrater samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas Kan ge besvärande sexuella biverkningar. Kan ge hämma långtillväxt liksom skelettupbyggnad och sexuell utveckling. Ökad förekomst av själv-mordsbeteende och självdestruktivt beteende har rapporterats. Inga fullbordade suicid har däremot rapporterats.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	16	Barn och ungdomar med bipolär depression <i>Läkemedelsbehandling med litium</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan och bland kamrater samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig. Litium kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion. Preparatet är ej godkänt på indikationen.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		3
5	17	Barn och ungdomar med bipolär depression <i>Läkemedelsbehandling med antiepileptika (lamotrigin)</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan och bland kamrater samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas Kan ge potentiellt livshotande hudreaktion såsom Steven-Jonsons syndrom och toxisk epidermal nekrolys. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende. Preparatet är ej godkänt på indikationen.	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		10
5	18	Ungdomar med bipolär sjukdom – terapistresistent episod av mani eller depression <i>ECT</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan och bland kamrater samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Stor. Risk för minnesstörningar, i de flesta fall övergående	Visst vetenskapligt underlag. Gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		2
5	18	Barn och ungdomar med bipolär sjukdom <i>Tillägg av psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi till rutinbehandling</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		7

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	19	Barn och ungdomar med bipolär sjukdom och kvarstående ADHD <i>Tillägg av amfetamin eller metylfenidat till stämningssstabiliserare</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Stor tilläggseffekt till ADHD-symtom. Amfetamin är inte ett godkänt läkemedel i Sverige, men kan erhållas på licens om inte behandling med metylfenidat fungerat.	Gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		1
5	21	Barn och ungdomar med bipolär sjukdom <i>Tillägg av psykologisk behandling, familjebehandling, till rutinbehandling</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten - måttlig	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
5	22	Barn och ungdomar med bipolär sjukdom <i>Tillägg av psykologisk behandling, psykopedagogisk flerfamiljegrupp, till rutinbehandling</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan eller bland kamrater. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
5	23,1	Barn och ungdomar med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas Litium kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion. Preparaten är ej godkända på indikationen.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		2

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	23,2	Barn och ungdomar (flickor) med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med antiepileptika (valproat)</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas Valproat kan ge viktuppgång, leverpåverkan och är starkt fosterskadligt samt ger ökad risk för menstruationsstörning. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende. Preparaten är ej godkända på indikationen.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
5	23,3	Barn och ungdomar (pojkar) med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med antiepileptika (valproat)</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas Valproat kan ge viktuppgång, leverpåverkan. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende. Preparaten är ej godkända på indikationen.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		6
5	23,4	Barn och ungdomar med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med antipsykosmedel</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas Atypiska antipsykosmedel ger ökad risk för utveckling av metabolt syndrom. Preparaten är ej godkända på indikationen.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		5

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	24,1	Barn och ungdomar (flickor) med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande kombinationsbehandling med litium och antiepileptika (valproat)</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Litium kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion. Valproat kan ge viktuppgång, leverpåverkan och är starkt fosterskadligt samt ger ökad risk för menstruationsstörning. Liten ökad risk för självordstankar och självordsbeteende. Preparaten är ej godkända på indikationen.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		10
5	24,2	Barn och ungdomar (pojkar) med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande kombinationsbehandling med litium och antiepileptika (valproat)</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Litium kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion. Valproat kan ge viktuppgång, leverpåverkan. Liten ökad risk för självordstankar och självordsbeteende. Preparaten är ej godkända på indikationen.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		7

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	25	Vuxna med svår egentlig depression <i>Psykologisk behandling med KBT</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt/i vissa fall obefintlig psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt svårigheter att klara ADL-funktioner. Starkt nedsatt livskvalitet. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig.	Visst vetenskapligt underlag	Låg kostnad/QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	4
5	26	Vuxna med svår egentlig depression <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt/i vissa fall obefintlig psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt svårigheter att klara ADL-funktioner. Starkt nedsatt livskvalitet. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2			3
5	27	Vuxna med svår egentlig depression <i>Kombinationsbehandling med TCA och antipsykosmedel</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt/i vissa fall obefintlig psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt svårigheter att klara ADL-funktioner. Starkt nedsatt livskvalitet. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar samt viss risk för hjärtarytmier. Ökad blödningsbenägenhet har rapporterats. Antipsykosmedel ger ökad risk för viktuppgång och utveckling av metabolt syndrom.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		10

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	28	Vuxna med terapiresistent egentlig depression <i>Byte till läkemedelsbehandling med annat inte prövat antidepressivt preparat</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten Mirtazapin ger risk för viktökning.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		3
5	29	Vuxna med terapiresistent egentlig depression <i>Tilllägg av litium eller trijodtyronin</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten tilläggs effekt Litium kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		8
5	30	Vuxna med terapiresistent egentlig depression <i>Kombinationsbehandling med antidepressiva och antipsykosmedel</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Atypiska anitpsykosmedel ger ökad risk för metabolt syndrom	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		3

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	31	Vuxna män med terapiresistent egentlig depression och låga testosteronnivåer <i>Tillägg av testosteron</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten tilläggs effekt.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		10
5	32	Vuxna kvinnor i menopaus med terapiresistent egentlig depression <i>Behandling med östrogen</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten	Evidensstyrka 3.	Ej bedömbär		10
5	33,1	Vuxna med svår egentlig depression <i>Infusionsbehandling med TCA (klomipramin), SSRI (citalopram), kombination TCA (klomipramin) och maprotilin</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten Klomipramin ger risk för hjärtarytmi. Även ökad blödningsbenägenhet har rapporterats. SSRI kan ge besvärande sexuella biverkningar. Hyponatremi och ökad blödningsbenägenhet har rapporterats.	Gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		7

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	33,2	Vuxna med terapieresistent egentlig depression <i>Infusionsbehandling med TCA (klomipramin), SSRI (citalopram), kombination TCA (klomipramin) och maprotilin</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
5	34,1	Vuxna med svår egentlig depression <i>ECT</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Stor. Risk för minnestörningar, i de flesta fall övergående	Evidensstyrka 2	Hög kostnad per QALY jmf med KBT Låg kostnad per QALY jmf med läkemedelsbehandling med antidepressiva	Skattad	1
5	34,2	Äldre med svår egentlig depression <i>ECT</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma och påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Stor. Risk för minnestörningar, i de flesta fall övergående	Visst vetenskapligt underlag	Hög kostnad per QALY jmf med KBT Låg kostnad per QALY jmf med läkemedelsbehandling med antidepressiva	Skattad	2

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	34,3	Vuxna med terapistresistent egentlig depression <i>ECT</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig. Risk för minnestörningar, i de flesta fall övergående	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		2
5	35	Vuxna med terapistresistent egentlig depression <i>Transkraniell magnetstimulering</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		FoU
5	36	Vuxna med svår eller terapistresistent egentlig depression <i>Vagusnervstimulering</i>	Måttliga till allvarliga och varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		FoU

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	37	Vuxna och äldre med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med litium</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		1
5	38	Vuxna och äldre med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antiepileptika (valproat)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Kan ge viktuppgång, leverpåverkan och är starkt fosterskadligt. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		3
5	39	Vuxna och äldre med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antipsykosmedel (haloperidol, ziprasidon, olanzapin, risperidon, quetiapin, aripiprazol)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Stor. Antipsykosmedel kan orsaka extrapyramidala biverkningar och ge ökad risk för metabolt syndrom.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		1
5	40	Vuxna och äldre med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antiepileptika (karbamazepin)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan ge hudreaktioner, leverpåverkan och är starkt fosterskadligt. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		5

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	41	Vuxna och äldre med manisk episod <i>Läkemedelsbehandling med antiepileptika (lamotrigin)</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan ge potentiellt livshotande hudreaktion såsom Steven-Jonsons syndrom och toxisk epidermal nekrolys. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
5	42	Vuxna och äldre med manisk episod <i>Tillägg av bensodiazepiner till rutinbehandling</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt. Vid långtidsbehandling föreligger hög risk att utveckla missbruk och beroende.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		5
5	43	Vuxna och äldre med manisk episod <i>ECT</i>	Måttliga till allvarliga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Ökad risk för långvarig sjukdom, för destruktiv handling samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Risk för minnestörningar, i de flesta fall övergående.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		5

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	44	Vuxna och äldre med bipolär depression <i>Läkemedelsbehandling med antidepressiva som monoterapi eller som tillägg till stämningsstabiliserare</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		4
5	45	Vuxna och äldre med bipolär depression <i>Läkemedelsbehandling med antipsykosmedel som monoterapi eller tillägg till antidepressiva</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		4
5	46	Vuxna med bipolär depression <i>Läkemedelsbehandling med litium eller antiepileptika (valproat, lamotrigin)</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag. Antiepileptika kan ge liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende.	Evidensstyrka 3	Ej bedömbär		8

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	47	Vuxna med bipolär depression <i>Kombinationsbehandling med psykologisk behandling (familjeterapi, interpersonell psykoterapi och kognitiv beteende-terapi) och stämningsstabiliserande läkemedel</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig tilläggseffekt	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		3
5	48	Vuxna och äldre med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Kan ge påverkan på sköldkörtels- och njurfunktion.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		1
5	49	Vuxna och äldre med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med antipsykosmedel (olanzapin)</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		5
5	50	Vuxna och äldre med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med antipsykosmedel(aripiprazol)</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Preparatet kan ge ökad agitation och sömnsvärigheter.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		5
5	51	Vuxna och äldre med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med anti epileptika (karbamezepin)</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig Kan ge hudreaktioner, leverpåverkan och är starkt fosterskadligt.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		9

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	52	Vuxna och äldre med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med antiepileptika (valproat)</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Kan ge viktuppgång, leverpåverkan och är starkt fosterskadligt. Viktökning är vanligt förekommande. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		5
5	53	Vuxna och äldre med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med antiepileptika (lamotrigin)</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig. Orsakar ofta yrsel, huvudvärk, trötthet, darrighet samt hudutslag. Kan ge potentiellt livshotande hudreaktion såsom Steven-Jonsons syndrom och toxisk epidermal nekrolys. Liten ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende.	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		9
5	54	Vuxna och äldre med bipolär sjukdom där förebyggande behandling med ett läkemedel inte givit avsedd effekt <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med kombination av läkemedel</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Effekten kan inte bedömas Biverkningar se vetenskapligt underlag.	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		5
5	55	Vuxna och äldre med bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande behandling med tillägg av psykologisk behandling (kognitiv beteendeterapi/kognitiv beteendeterapi med inriktning på kognitiva interventioner) till läkemedelsbehandling</i>	Obetydliga eller lindriga symtom. Ökad risk för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig tilläggseffekt.	Mycket gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		2

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	56	Barn och ungdomar med svårt tvångssyndrom <i>Kombinationsbehandling med KBT och SSRI (sertralin)</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan och bland kamrater samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten. Sertralin är godkänt på indikationen för barn över 6 år.	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		6
5	57	Ungdomar med svårt tvångssyndrom <i>Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner (klonazepam)</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan och bland kamrater samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas Risk för tillvänjning vid behandling av bensodiazepiner på lång.	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		10
5	58	Barn och ungdomar med svårt tvångssyndrom där behandling med SSRI inte givit avsedd effekt <i>Tillägg av TCA (klomipramin)</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan och bland kamrater samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Effekten kan inte bedömas Risk för hjärtarytmi. Även ökad blödningsbenägenhet har rapporterats. Preparatet är ej godkänt på indikationen.	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	59	Barn och ungdomar med terapiresistent tvångssyndrom där behandling med SSRI/kломipramin inte haft avsedd effekt <i>Tillägg av antipsykosmedel (risperidon)</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, i skolan och bland kamrater samt svårigheter att klara av ADL-funktioner. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt. Ökad risk för viktuppgång och utveckling av metabolt syndrom. Preparatet är godkänt ej på indikationen.	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		10
5	61	Vuxna med tvångssyndrom där behandling med SSRI inte givit avsedd effekt <i>Tillägg av antipsykosmedel</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återinsjuknande.	Bedömd effekt: Liten tilläggseffekt Preparaten kan orsaka extrapyramidala biverkningar och ge ökad risk för metabolt syndrom.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		10
5	62	Vuxna med svårt tvångssyndrom <i>Neurokirurgisk operation</i>	Allvarliga, omfattande och varaktiga symtom. Starkt nedsatt/i vissa fall obefintlig psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt svårigheter att klara ADL-funktioner. Starkt nedsatt livskvalitet. Stor risk för suicidförsök, för långvariga symtom, för återinsjuknande samt för psykologiska och sociala komplikationer.	Bedömd effekt: Måttlig. Ogynnsamt risk-/nyttoförhållande p g a risk för svåra personlighetsförändringar.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		Icke-göra

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	63	Vuxna med bipolär sjukdom <i>Patientutbildning</i>	Måttliga och mer varaktiga symtom. Tydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang samt påtagligt nedsatt livskvalitet. Ökad risk för självdestruktiv handling, för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning samt för återin-sjuknande.	Bedömd effekt: Måttlig	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		3
5	64	Vuxna med bipolär sjukdom <i>Närståendeutbildning</i>		Bedömd effekt: Måttlig	Visst vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		3
5	67	Vuxna med funktionsnedsättning på grund av måttlig egentlig depression <i>Funktionsträning</i>	Måttliga till svåra symtom. Risk för bestående funktionshinder.	Bedömd effekt: Måttlig	Beprovad erfarenhet	Ej bedömbär		5
5	68	Vuxna med måttlig egentlig depression <i>Strukturstödjande insatser för upprätthållande av normal livsföring</i>	Måttliga till svåra symtom. Olika grad av nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Ökad risk för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning.	Bedömd effekt: Liten.	Beprovad erfarenhet	Ej bedömbär		6
5	69	Vuxna med funktionsnedsättning på grund av måttlig egentlig depression <i>Behandlingsstöd genom Case Management</i>	Måttliga till svåra symtom. Olika grad av nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Ökad risk för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning.	Bedömd effekt: Liten.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbär		6

Nationella riktlinjer

Depressionsjukdom och ångestsyndrom

Preliminär version 2009

Rad	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Hälsoekonomisk bedömning	Hälsoekonomisk evidens	Preliminär rekommendation
5	70	Vuxna med bipolär sjukdom <i>Coachning</i>	Måttliga till svåra symtom. Olika grad av nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Ökad risk för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		FoU
5	71	Vuxna med måttlig egentlig depression eller ångestsjukdom <i>Självhjälpsgrupper</i>	Måttliga till svåra symtom. Olika grad av nedsatt psykisk funktionsförmåga hemma, på arbete eller i skola/utbildning eller i andra sociala sammanhang. Ökad risk för långvarig sjukdom och funktionsnedsättning.	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag.	Ej bedömbär		10

Referenser

1. Grunewald, K, editor. Psykiska Handikapp: Liber förlag,; 2000.
2. Ost, LG. Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. Nord J Psychiatry. 2008; 62 Suppl 47:5-10.
3. Zisook, S, Ganadjian, K, Moutier, C, Prather, R, Rao, S. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D): lessons learned. J Clin Psychiatry. 2008; 69(7):1184-5.
4. SBU. Behandling av depressionssjukdomar - en systematisk litteraturöversikt. Rapport 166. 2004:2
5. IHS, Lu. Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering? Slutsater baserade på en litteratursammanställning; 2003.
6. Socialstyrelsen., SKL. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från InfoVU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. 2005.
7. SOFS. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. 2005:12.
8. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Vägledning. 2005.
9. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. In: Hillsdale NJ, editor.: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
10. Higgins, JPT, Green, S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6 [updated September 2006]. . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd 2006.