

 Samverkansnämnden UPPSALA-ÖREBRO SJUKVÅRDSREGION	
Katrin Boström, Annika Friberg	2018- 03-23
Regionala utvecklingsgruppen för nationella riktlinjer	

Politisk viljeinriktning för vård vid depression och ångestsyndrom

Antagen av Samverkansnämnden 2018-06-01



Region Örebro län



Landstinget
DALARNA



Landstinget
i Värmland



LANDSTINGET
SÖRMLAND



Region Uppsala



Region
Gävleborg

Inledning

Den politiska viljeinriktningen är ett för sjukvårdsregionen förtydligande av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom och utgör Samverkansnämndens rekommendation till landstingen. Den har som syfte att bidra till en mer likvärdig vård av depression och ångestsyndrom inom sjukvårdsregionen och till att vara ytterligare underlag i styrning och ledning av hälso- och sjukvården med öppna och systematiska prioriteringar. De enskilda landstingen förväntas ta in Socialstyrelsens rekommendationer i budget- och planeringsprocesserna.

En politisk viljeinriktning kan även beskriva de områden inom utveckling av vård kopplat till den aktuella nationella riktlinjen som Samverkansnämnden bedömer lämpar sig för ett regionalt samspel. I relation till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom har något sådant område inte identifierats förutom att det möjligen kan finnas fördelar med samverkan för de landsting/regioner som gör bedömningen att utbildningsinsatser ska genomföras.

Utvecklingsgruppen föreslår samverkansnämnden att rekommendera landstingen/regionerna

Samverkansnämnden rekommenderar landstingen att

- Anta de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.
- Fastställa och använda Socialstyrelsens indikatorer och målnivåer inom området
- Uppmärksamma att det i de slutliga riktlinjerna tillkommit en central rekommendation kring klinisk bedömning av suicidrisk, prioritet 1. Viktigt att landsting/regioner anpassar sina rutiner efter den skärpta skrivningen i riktlinjen
- Att följa upp och ge förutsättningar för att nuvarande gap, när det gäller att ge psykologisk behandling med KBT och IPT, minskar/sluts.

Centrala rekommendationer och sjukvårdsregionens nuläge relaterat till Socialstyrelsens riktlinjer/rekommendationer

Inom och mellan våra landsting/regioner i sjukvårdsregionen kan konstateras att det finns praxisskillnader som är viktiga att åtgärda. Det kommer att krävas mycket arbete lokalt med att utveckla organisationen, skapa tillgänglighet, tillgodose behovet av kompetens och att utveckla datainsamling.

Socialstyrelsen har publicerat centrala rekommendationerna inom följande områden:

- Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom
- Behandling vid egentlig depression hos vuxna
- Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar

- Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna
- Behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar

Till stora delar följs Socialstyrelsens rekommendationer av landstingen/regionerna men det finns svårigheter att i tillräcklig omfattning erbjuda tillgänglighet till bedömning och behandling, t ex KBT, på grund av bristande resurser och utbildad personal. Utmaningarna handlar framför allt om resurser i första linjen för tillgänglighet till bedömning, behandling och uppföljning. Förutom behov av att förbättra tillgänglighet till KBT så behövs rutiner för att upptäcka och behandla samtidig kroppslig sjukdom hos personer med psykisk ohälsa - något som både Socialstyrelsens utvärdering 2013 och de gapanalyser som gjorts i sjukvårdsregionen pekar på.

De av Socialstyrelsen rekommenderade målnivåerna och indikatorerna för vård vid depression och ångestsyndrom borde fungera som för uppföljning inom området.

Struktur på nationell, regional och lokal nivå för kunskapsstyrning inom området

Arbete pågår både nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt i landsting/regioner med att etablera system för kunskapsstyrning. Psykisk hälsa är ett av de första programområdena som etableras. Den strukturen kommer att vara ett viktigt stöd för utvecklingen mot en mer jämlik vård.

Överväganden kring organisation och ekonomiska konsekvenser

För de flesta av Uppsala Örebro sjukvårdsregions landsting/regioner innebär rekommendationerna generellt ökade kostnader på en rad områden. Flera landsting/regioner uppger brist på utbildade KBT-terapeuter samt brist på tjänster. Samordningsfunktion så som t ex vårdssamordnare och funktion för koordinering kan behövas för att ge förutsättningar för stöd under vårdförlopp och uppföljning. Bristen på ordinarie specialitäläkare inom psykiatrin och allmänläkare i primärvården utgör ytterligare en svårighet vid implementering av riktlinjerna.

Några av landstingen/regionerna lyfter att det finns behov av att organisera vården på ett annat sätt för att bättre kunna möta behoven. Insatser från multiprofessionella team bör lyftas fram som en möjlighet att skapa ökad tillgänglighet till bedömning och kontinuitet i uppföljning för identifierade målgrupper. Samverkan behöver utvecklas mellan primärvården och specialistpsykiatrin och somatiska vården för att öka möjlighet till adekvat bedömning.

Viktigt att stöd ges för att utveckla e-hälsolösningar som t ex internetbehandling.

Uppföljning

Genom att följa rekommendationerna i den nationella riktlinjen kan sjukvårdsregionen nå en mer jämlik vård. Etableringen av ett system för kunskapsstyrning innebär att det snart finns ett programområde kring psykisk hälsa som står för stöd för utveckling och uppföljning inom vård och behandling vid psykisk ohälsa.

I den nationella riktlinjen ingår indikatorer som är fördelade på depression och ångestsyndrom hos barn och ungdomar (12 indikatorer) och depression och ångestsyndrom hos vuxna (18 indikatorer) samt sju övergripande indikatorer. Vård och behandling för depression och ångest involverar flera professioner vilket gör det viktigt att fortsätta utveckla uppföljningssystemen så att det blir möjligt med datafångst för all vård. T.ex. täcker Socialstyrelsens patientregister i dagsläget inte de insatser som ges av annan personal än läkare inom slutenvården vilket medför svårigheter i uppföljning av indikatorerna.

Landsting/regioner i Uppsala Örebro sjukvårdsregion rekommenderas att verka för att det blir möjligt att följa upp samtliga målsatta indikatorer (se bilaga 1).

Följande indikatorer bedöms redan nu vara möjliga att följa upp:

Depression och ångestsyndrom hos barn och ungdomar

- Indikator B2.2 Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid egentlig depression (≥ 60 procent)
- Indikator B2.3 Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom (≥ 70 procent)

Depression och ångestsyndrom hos vuxna

- Indikator V2.1 Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT för personer med egentlig depression (≥ 60 procent)
- Indikator V2.2 Psykologisk behandling med KBT för personer med ångestsyndrom (≥ 70 procent)
- Indikator V2.4 Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom (≤ 10 procent)
- Indikator V2.7 Behandling med ECT vid svår egentlig depression (≥ 40 procent)

Bilaga 1

Indikatorer - målnivåer

Målnivåerna ger landstingen och regionerna tydliga, mätbara mål att arbeta mot. Indikatorerna har tagits fram under riktlinjearbetet och syftar till att spegla hälso- och sjukvårdens tillämpning av rekommendationerna i riktlinjerna. Eftersom nationella datakällor delvis saknas har det varit svårt att ta fram indikatorer och målnivåer t.ex. finns endast ett kvalitetsregister inom vården av personer med depression eller ångestsyndrom som har hög täckningsgrad och det är kvalitetsregistret ECT.

Patientregistret och läkemedelsregistret som administreras av Socialstyrelsen är källor som använts. Dock registreras inte medicinska åtgärds-koder för depression och ångest-syndrom i tillräcklig utsträckning vilket medför begränsningar när det gäller att hämta data från patientregistret. Åtgärds-koder är en förutsättning för att det ska gå att följa upp vilka behandlingsinsatser som ges. Utöver detta får inte data om insatser som utförs inom primärvården samlas in enligt gällande lagstiftning, vilket påverkar möjligheterna till uppföljning. Hela målnivårapporten nås via:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20738/2017-12-1.pdf>

Indikator B1.4. Strukturerad bedömning av beroendeproblematik: Målnivå \geq 80 procent

Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård. Indikatorn visar andelen ungdomar med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad bedömning av beroendeproblematik.

Indikator B1.5. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk: Målnivå \geq 90 procent

Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård. Indikatorn visar andelen ungdomar med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som vid diagnostisering har genomgått en strukturerad och allsidig bedömningsprocess av suicidrisk.

Indikator B2.1 Psykopedagogisk behandling med fokus på depression eller ångestsyndrom: Målnivå \geq 80 procent

Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård. Indikatorn visar andelen nydiagnostiserade barn och ungdomar med depression eller ångest-syndrom som har fått psykopedagogisk behandling.

Indikator B2.2 Psykologisk behandling med KBT eller IPT vid egentlig depression: Målnivå \geq 60 procent

Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård. Indikatorn visar andelen ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression som har fått psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT).

Indikator B2.3 Psykologisk behandling med KBT vid ångestsyndrom: Målnivå \geq 70 procent

Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård. Indikatorn visar andelen ungdomar med ångestsyndrom som har fått psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT).

Indikator V1.4 Diagnostisering med klinisk bedömning kompletterad med strukturerad intervju: Målnivå \geq 80 procent

Målnivån gäller för specialiserad psykiatrisk vård.

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

Indikator V1.6. Strukturerad bedömning av beroendeproblematik: Målnivå \geq 80 procent

Indikatorn gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

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

Indikator V1.7. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk : Målnivå \geq 90 procent

Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

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

Indikator V2.1 Psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT för personer med egentlig depression: Målnivå \geq 60 procent

Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

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

Indikator V2.2 Psykologisk behandling med KBT för personer med ångestsyndrom: Målnivå \geq 70 procent

Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

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

Indikator V2.4 Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom: Målnivå \leq 10 procent

Målnivån gäller både för primärvård och för specialiserad psykiatrisk vård.

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

Indikator V2.7 Behandling med ECT vid svår egentlig depression: Målnivå \geq 40 procent

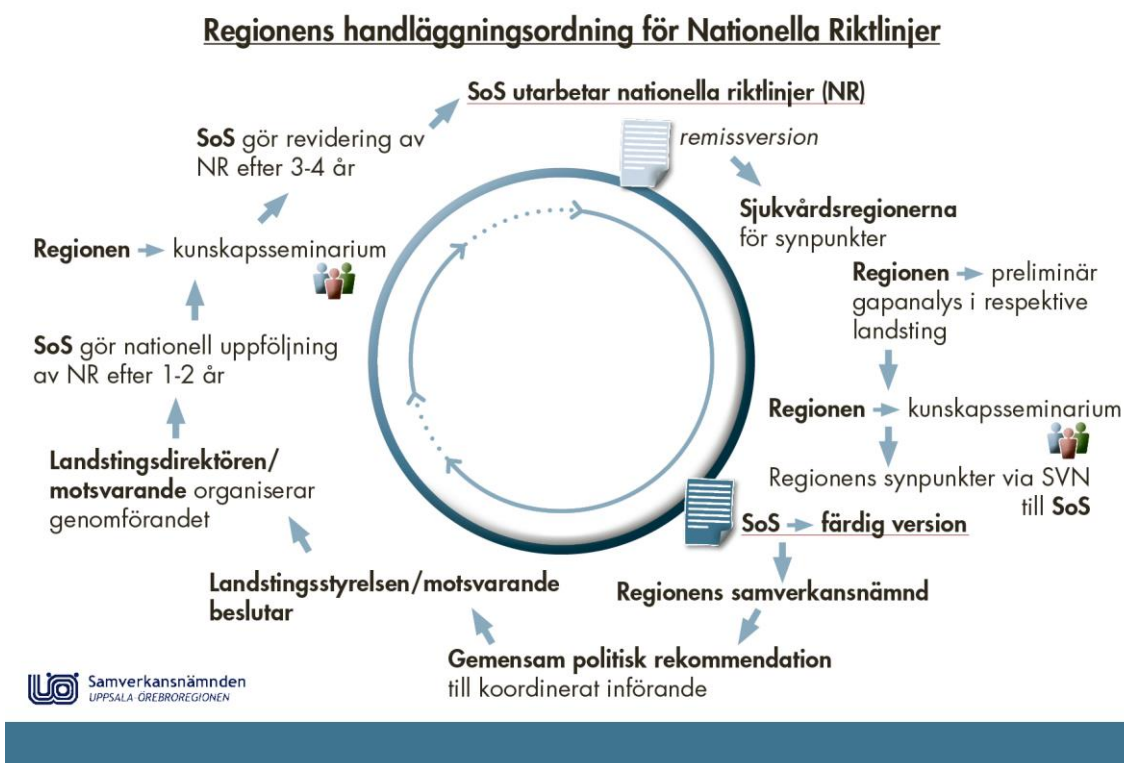
Målnivån gäller för psykiatrisk slutenvård.

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

Bilaga 2

Det regionala arbetet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Samverkansnämnden har inrättat en sjukvårdsregional utvecklingsgrupp för handläggning av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Bilden nedan beskriver arbetsprocessen för hur Socialstyrelsens nationella riktlinjer koordineras inom sjukvårdsregionen.



Gapanalys

Redan under arbetet med att ge synpunkter på remissversionen av en ny eller uppdaterad nationell riktlinje (NR) utförs en jämförelse mellan rekommendationerna i riktlinjen och nuvarande praxis (gapanalys) i varje landsting/region. Denna arbetsgång används även i vissa fall vid nationella utvärderingar. Utvecklingsgruppens medlemmar informerar och för en dialog med berörda verksamheter, patientföreningar samt kommuner. Resultaten sammanvägs i en regional gapanalys.

Kunskapsseminarium

Regionens utvecklingsgrupp arrangerar tillsammans med Socialstyrelsen ett kunskapsseminarium med syfte att samla och diskutera landstingens synpunkter om förslaget till NR, förväntade konsekvenser av detta och behov av förändringsarbete.

Yttrande från regionen

De samlade synpunkterna lämnas via Samverkansnämnden (SVN) till Socialstyrelsen.

Politisk viljeinriktning (PVI)

När remissversionen av NR publicerats utformar utvecklingsgruppen en politisk viljeinriktning som SVN tar beslut om. Landstingen/regionen tar sedan egna beslut med utgångspunkt från Samverkansnämndens rekommendationer.

Uppföljning

Uppföljning av regionens politiska viljeinriktningar rapporteras till Samverkansnämnden året efter genomförandeåret.

Mer information

<http://www.svnuppsalaorebro.se/4-regionala/utvgrupp/utvgrupp.html>