



DEPLYFTET

Utvärdering 2017



Anna Santesson
Håkan Jarbin

INNEHÅLL

| | | | |
|--|----------|---|-----------|
| Inledning..... | 3 | <i>Kvarstående symtom</i> | 10 |
| Liten utvärdering under behandlingssamtalen | 3 | <i>Hinder för framgångsrik behandling</i> | 10 |
| Inledning..... | 3 | • Felaktig diagnos eller samsjuklighet..... | 10 |
| Förtest..... | 3 | • Skadligt bruk av alkohol/droger..... | 10 |
| Översikt..... | 4 | • Psykosocial stress..... | 10 |
| <i>Liten utvärdering</i> | 4 | • Behandlingsföljsamhet, motivation och fokus..... | 10 |
| <i>Fördjupad utvärdering vid försämring</i> | 4 | • Bristande allians..... | 11 |
| <i>Uppföljning av samarbetsallians</i> | 4 | <i>Stegvis vård</i> | 11 |
| Teknik..... | 5 | Teknik..... | 12 |
| <i>Fundera över utvärderingsresultaten</i> | 5 | Demonstration..... | 19 |
| Demonstration..... | 6 | • Vårdplanen..... | 19 |
| <i>Liten utvärdering</i> | 6 | • Symtom..... | 19 |
| <i>Fördjupad utvärdering vid försämring</i> | 6 | • Felaktig diagnos eller samsjuklighet..... | 19 |
| <i>Uppföljning av samarbetsallians</i> | 6 | • Skadligt bruk av alkohol, suicidalitet och sexuell läggning..... | 19 |
| Svårigheter..... | 6 | • Psykosocial stress..... | 19 |
| Eftertest..... | 8 | • Sammanfattande bedömning..... | 19 |
| Stor utvärdering efter 4–8 veckor | 8 | • Stegvis vård..... | 19 |
| Inledning..... | 8 | Svårigheter..... | 20 |
| Förtest..... | 9 | Eftertest..... | 20 |
| Översikt..... | 9 | Modulsammanfattning | 21 |
| <i>Förbättringstakt och prognos</i> | 9 | | |

Inledning

Uppföljning och utvärdering är en viktig del av behandlingen som hjälper dig att bygga allians, uppmärksamma framsteg och att hitta rätt i behandlingen. Uppföljningar och utvärderingar kan tidigt i förloppet göra dig observant på att allt inte går som förväntat och du har då möjlighet att anpassa behandlingen. Att ha en struktur för uppföljningen kan underlätta.

I denna modul kommer du att lära dig en struktur för täta uppföljningar och mer omfattande utvärderingar av vårdplanen. Du kommer också att lära dig mer om de vanligaste faktorer som kan verka hindrande för behandling och vilka kvarstående symtom som indikerar en sämre prognos och ökad risk för återinsjuknande.

I denna modul kommer du att lära dig

- att kontinuerligt följa upp viktiga symtom, aktiviteter och risk
- att göra en mer omfattande utvärdering av behandlingseffekt vad gäller måluppfyllelse och symtom.
- mer om vanligaste kvarstående symtomen vid depression
- mer om de vanligaste faktorer som kan störa behandlingen
- att kontinuerligt följa upp behandlingen till full remission (tillfrisknande).

För att kunna

- anpassa behandling och säkerhetsplan
- utvärdera om behandling är tillräcklig
- att vid otillräcklig effekt identifiera hinder eller störande faktorer
- informera om möjliga åtgärder och diskutera behandlingens fortsatta inriktning.

■ Liten utvärdering under behandlingssamtalen

Inledning

Uppföljning av viktiga symtom, aktivitetsnivå, risk och samarbetsallians är viktiga delar av behandling och hjälper dig att anpassa ditt arbete. Fråga om förändringar i mående och aktivitetsgrad vid varje samtal. Vid försämring bör du undersöka nivån av kärnsymtom, funktionsnivå och aktuella problemområden. Förekomst av självska debeteende och självmordstankar behöver också följas och vid försämring behöver säkerhetsplanen och behandlingen anpassas. Du bör hålla koll på de delmål som ni förhandlade fram när ni skrev vårdplanen och stämma av så att de blir uppfyllda under behandlingens gång.

I denna sektion får du lära dig att fråga om

- kärnsymtom (nedstämdhet/irritabilitet och anhedoni)
- tilläggssymtom, energi, agitation och sömn
- aktivitetsnivå
- självmordsstege och självska debeteende
- delmål
- samarbetsallians.

För att kunna värdera

- förlopp
- risk
- samarbetsallians
- effekt av insatser.

Förtest

1. Varför är det bra att regelbundet följa upp hur ungdomen ser på behandlingen?
 - a) Det är egentligen inte så viktigt, det viktiga är hur det går med symtomen.
 - b) Det kan kännas bra för behandlaren att få positiv feedback.
 - c) Hopplöshet kring behandlingen kan leda till uteblivanden, försämring och ökande allmän hopplöshet och därmed risk för självmordshandling.
 - d) Det är ändå så svårt att få årliga svar, så feedbackfrågor fyller begränsad funktion.
2. Uppföljningarna av måendet har en tendens att dra ut på tiden och stjäl tid från er behandling. Hur kan du göra?

- a) Utgå från att läget är detsamma om Johanna inte själv klagar på måendet.
 - b) Kolla av suicidaliteten.
 - c) Hoppa över uppföljningen varannan gång.
 - d) Fråga om det skett någon förändring i mående eller om det funnits någon risksituation sedan sist ni träffades.
- 3. Varför är det viktigt att följa upp aktivitetsnivå?**
- a) Aktivering är en mycket viktig del av behandlingen som dessutom verkar snabbt.
 - b) Rätt utförd aktivering ger lindring av nedstämdhet, anhedoni och trötthet.
 - c) För att kunna problemlösa kring hinder och anpassa stegen.
 - d) Alla ovanstående.
- 4. Vid lilla uppföljningen i början av behandlingssamtalet framkommer att Johanna blivit sämre i sin depression. Hon har svårt att berätta om vilka symtom som besvärar henne mest och svarar svävande. Hur kan du gå tillväga?**
- a) Lämna uppföljningen och fortsätt med behandlingen.
 - b) Gör om en noggrann diagnostik.
 - c) Lämna ut en skattningsskala.
 - d) Förklara vad du menar genom att ge vardagsexempel på de mest besvärande symptomen och jämför med utgångsläget.
- 5. Vilka symtom bör du alltid ha med i din uppföljning under varje behandlingssamtal?**
- a) Nedstämdhet och sömn.
 - b) Mat och sömn.
 - c) Klumpa ihop ”måendet” för nedstämdhet och anhedoni.
 - d) Samtliga kärnsymtom och energi och sömn.

Översikt

Uppföljning är en ovärderlig del av behandlingen. Den hjälper dig att hålla koll på symtom och risk och hålla fokus på delmål. Den förtydligar det delade ansvaret för att aktiviteter verkligen blir av. Uppföljning minskar risken att du missar viktig information och hjälper dig att kontinuerligt anpassa din stil och interventioner till aktuellt läge. Uppföljning lyfter upp vårdplanen och målen med behandlingen.

Kom ihåg att sälja in idén och börja med regelbunden uppföljning tidigt i behandlingen. Uppföljningen kan ske på olika sätt. Dels en lite enklare variant där du frågar om förändring i mående, aktiveringsgrad och stressorer sedan förra samtalet och dels en lite mer omfattande vid försämrat mående.

Liten utvärdering

Den lilla utvärderingen innebär några korta övergripande frågor om måendet, om aktiviteter och om något nytt som ökar risken har hänt. Du kan med fördel snabbt checka av läget för de delmål som är i fokus. På så sätt hålls frågorna ”varma” och vårdplanen levande. Särskilt aktivering är en viktig och snabbast verkande del av behandlingen.

Vid oförändrat eller förbättrat mående övergår samtalet till att fokusera på fortsatt behandling.

Fördjupad utvärdering vid försämring

Vid försämring bör du fördjupa uppföljningen och fråga om nivån av kärnsymtom och viktiga tilläggssymtom. Du ska också fråga om dödstankar och självskaðebeteende för att värdera risk

Frågor om hur det går med nedstämdhet/irritabilitet och inte minst anhedoni bör ingå i din kontinuerliga uppföljning vid försämrat mående eftersom de såväl starka negativa känslor som frånvaro av positiva känslor ökar risken för självskaðebeteende och suicidtankar.

Sömnstörning är en mycket viktig riskfaktor för suicid genom att öka impulsivitet, nedsatt problemlösningsförmåga och sämre förmåga att reglera starka känslor. Sömnstörning kan också ge upphov till trötthet/energibrist.

Trötthet kan vara ett viktigt hinder för aktiveringen och ungdomen bör uppmuntras att ändå göra saker trots tröttheten. Ibland kan tröttheten vara så uttalad att psykofarmakologisk behandling bör övervägas i ett tidigt skede för att bryta en ond spiral.

Agitation och hopplöshet ökar risken för ett negativt förlopp och behöver kontrolleras vid försämring.

Uppföljning av samarbetsallians

Hur bra behandlare och ungdom/föräldrar arbetar tillsammans har stor betydelse för behandlingsresultaten. Ett gott samarbete minskar risken för uteblivande, återbud och ökar chansen för förbättring. Ett gott samarbete kännetecknas av att ungdom och familj känner sig lyssnade på, att ni arbetar med rätt saker, att familjen får ut något användbart av samtalet och av en bra arbetsallians mellan ungdom, familj och behandlare. Det är inte alltid så lätt att avgöra hur bra vi arbetar med patient och förälder därför kan det vara bra att använda sig av feedbackfrågor om hur ungdom och familj uppfattat behandlingstillfället i slutet av samtalet. Både positiv och negativ feedback bör uppmuntras och användas för att förbättra det gemensamma behandlingsarbetet.

Teknik – kort utvärdering av mående

Steg 1

Liten utvärdering

1. Utvärdera måendet genom att fråga

- om ungdomen mår bättre/sämre/samma som tidigare
- hur mycket ungdomen orkar med när det gäller hemma/kompisar/skola
- om det har hänt något som ökar risken/belastningen.

2. Kontrollera hur läget är för de delmål (1–3 st) som nu är mest i fokus på skalan 0 (värsta läget) – 10 (målet är uppnått). Börja med ungdom men hör även med förälder.

Värdera förbättring eller försämring vad gäller symptombörda, aktivitetsnivå och måluppfyllelse. Bestäm dig för om det krävs fördjupad utvärdering eller om vårdplanen behöver revideras. Gå annars vidare med uppföljning av hemuppgift.

Undvik att fastna i detaljer om måendet om det inte uppenbart har försämrats i en sådan grad att du behöver gå igenom det noggrannare.

Om föräldrar ser små framsteg men ungdomen inte håller med, så validera att det ofta är så att den som är drabbad inte märker små förbättringar. Lämna sedan frågan.

Fundera över utvärderingsresultaten

Om du har lite tid efter samtalet, ta ett par minuter och fundera på resultaten av er utvärdering. Är det något som förvånar dig? Något som inte hänger ihop?

Om du har mer tid efter samtalet eller efter några samtal ta tio–trettio minuter och fundera på behandlingsresultaten. Hur förstår du utebliven

Steg 2

Fördjupa – bara vid tydlig försämring

1. Gå först igenom anhedoni och nedstämdhet/irritation och börja med det som besvärar ungdomen mest.

- Be om skattning 0 (inga besvär) – 10 (värsta läget).
- Ta reda på utbredning över dagen och när det är värst.

2. Gå sedan igenom sömn.

- Läget 0–10.
- Antal timmar och tid för insomning och uppvaknanden.

3. Energilöshet och/eller agitation, 0–10.

4. Fråga om självskadande men bara om det förekommit tidigare.

- Frekvens, allvarsgrad, när?

5. Fråga om dödstankar.

- Nivå 0–10.
- Värsta/farligaste läget sedan sist, när?
- Fortsätt med suicidtankar och eventuella suicidplaner.

Om du får tydligt napp på påtaglig suicidrisk – växla över till samtalsstödet för självmordsrisk för vidare bedömning och säkerhetsplanering.

förbättring/försämring eller förbättring i ljuset av varför man sökte vård, din fallformulering, er vårdplan, motivation, andra faktorer som framkommit. Går det att skapa en sammanhängande historia som länkar samman all information så att det hänger ihop i en berättelse. Kan det finnas alternativa sätt att se det hela på?

Demonstration

Liten utvärdering

Förändring i mående, risk och aktivitet sedan förra behandlingstillfället

- Skulle du säga att du mått ungefär som du mådde när vi träffade senast eller är det något som ändrat sig?
- Har du varit ungefär lika aktiv eller har det ändrat sig på något sätt?
- Har det varit något tillfälle där du varit allvarligt oroad att det skulle kunna hända dig eller någon annan något pga ditt mående?

Delmål

- Vi kom överens om att jobba mot XX. Hur är läget idag på en skala där 0 är att vi inte har börjat jobba mot målet och 10 är att målet är nått?

Fördjupad utvärdering vid försämring

Symtom och suicidrisk?

- Om du skulle se tillbaka på tiden sedan vi träffades sist, hur skulle du då säga att du mått? Vilket symtom har varit mest besvärande?
- Att du varit sur mest hela tiden. Hur sur skulle du uppskatta att du varit på 0–10-skalan? Hur många dagar? Hur stor del av dagen?
- Hur ledsen har du känt dig? Ligger det också omkring i mitten eller har det varit mer? Hur många dagar? Hur stor del av dagen?
- Det här med att kunna se fram emot något och också tycka att det är kul, hur ser det ut med det? Var skulle du lägga dig där?
- Hur har du haft med energi och ork? Var skulle du säga på 0–10-skalan?
- Och sömnen? Hur har du sovit? Hur många nätter den senaste veckan har du haft svårt med sömnen?
- Har du tänkt på döden någonting? Det har du, har du också haft tankar på att ta ditt liv? När tänkte du så senast? Har du tänkt på det mycket? Vad tänkte du då? Var tankarna starka? Gjorde du något? Har du självskadat dig?

Aktivitetsnivå

- Förra gången kom vi överens om att du skulle prova att göra XXX. Hur har det gått med det? Har du testat att exempelvis promenera? Vad tyckte du gick bra med det? Och vad fungerande inte? Hur har det gått med yy?

Alternativt:

- Hur har det gått med skolan? Hur mycket har du varit där? Kunnat jobba på?

- Gjort något efter skoltid?
- Har du träffat någon kompis?
- Gjort något av det vi kom överens om att ni skulle testa hemma?

Uppföljning av samarbetsallians

Feedback efter samtalet

- Kände du dig lyssnad på?
- Handlade samtalet om rätt saker?
- Har du lärt dig något som du kan använda dig av?
- Tycker du att vi jobbar på ett bra sätt tillsammans?
- Kan du ge mig något tips på hur samtalen kan passa dig bättre?

Svårigheter

1. Ungdomen har svårt att uppskatta hur mycket av kärnsymtomen som är kvar.

Möjlig lösning:

Förklara vad du menar på olika sätt genom att ge konkreta vardagsanpassade exempel: Se till att du skiljer på trötthet (energibrist) och anhedoni.

2. Ungdomen pratar om döden och du har svårt att veta det handlar om suicidalitet.

Möjlig lösning:

Skilj på rädsla för döden och dödsönskan. Skilj också på uppgivenhet, dödstankar och självmordstankar.

3. Ungdomen blir för detaljerad i sin redovisning och uppföljningen drar ut på tiden.

Möjlig lösning:

Uppmuntra uppskattningar mellan ”tumme och pekfinger” dvs grova mått på försämring, oförändrat eller förbättring. Gå endast ner i detaljer om det verkligen krävs.

4. Ungdomen vill inte säga något om eventuella suicidtankar.

Möjlig lösning:

Bygg samarbetsallians och låt ungdomen prata själv. Självskattningsformulär kan underlätta och vara en utgångspunkt för frågandet. Prova att jobba vidare med dagens fråga och samarbetet i det arbetet kan ge dig indikation på suicidrisk.

5. Ungdomen har svårigheter att skatta symtom och problemområden eller är uttalat negativ och skattar sig orimligt lågt.

Möjlig lösning:

Ungdomen kan få skatta på papper. Här kan man välja två angreppssätt: antingen låter man det helt vara ungdomens skattning och siffrorna får stå för den eller så får var och en skatta en siffra där man gör tydligt att det är okej att ha olika bilder. Ungdomens skattning får stå kvar men balanseras upp av det observerbara från föräldrar.

6. Ungdomen är svepande vid beskrivning av aktivitetsnivå.

Möjlig lösning:

Be om konkreta exempel. Använd vid behov ett veckoschema.

7. Aktiviteter har inte blivit gjorda.

Möjlig lösning:

Utgå från att alla resultat är giltiga och undvik att ungdomen känner sig kritiserad. Ta på dig ansvar. Utgå i frågan om att uppgiftens svårighetsgrad inte var tillräckligt anpassad, eller att ungdomen inte har förstått uppgiften, eller att det fanns möjlighet att utföra uppgiften. Anpassa därefter uppgiften och inventera resurser för att öka möjligheten att lyckas.

8. Ungdomen vill så gärna bli bättre och vill inte/vågar inte berätta hur det verkligen är.

Möjlig lösning:

Information från både ungdom och föräldrar brukar kunna ge en mer nyanserad bild. Jämförelser med tidigare mående med konkreta exempel kan vara en hjälp.

Information om att bra dagar brukar följas av sämre dagar även när man är på väg att bli bättre kan underlätta för ungdomen att känna efter och beskriva hur det är.

9. Ungdomen är hänsynsfull och vågar inte svara uppriktigt på frågor om samarbetsallians och är alltför positiv och törs inte säga att vissa saker inte känns bra.

Möjlig lösning:

Att fråga om samarbetsallians kan vara svårt och underlättas av att du känner dig trygg som behandlare. Det är då lättare att hantera en osäkerhet/kritik. Förmedla att det är ok att allt inte känns bra och att det är viktigt att den informationen kommer fram så att ni har möjlighet att rätta till det som inte känns bra.

10. Ungdomen vågar inte svara uppriktigt på frågor om samarbetsallians men är demonstrativt negativ.

Möjlig lösning:

Detta är en utmaning där det finns risk upptrappning. Låt dig inte nedslås, lita på din magkänsla och dina färdigheter. Förmedla att det är ok att allt inte känns bra och att det är viktigt att den informationen kommer fram så att ni har möjlighet att rätta till det som inte känns bra. Lyssna men gå inte i försvar. Argumentera inte emot. Håll dig till ramarna.

Eftertest

1. Varför är det bra att regelbundet följa upp hur ungdomen ser på behandlingen?
 - a) Det är egentligen inte så viktigt, det viktiga är hur det går med symtomen.
 - b) Det kan kännas bra för behandlaren att få positiv feedback.
 - c) Hopplöshet kring behandlingen kan leda till uteblivanden, försämring och ökande allmän hopplöshet och därmed risk för självmordshandling.
 - d) Det är ändå så svårt att få ärliga svar, så feedbackfrågor fyller begränsad funktion.

2. Uppföljningarna av måendet har en tendens att dra ut på tiden och stjäla tid från er behandling. Hur kan du göra?
 - a) Utgå från att läget är detsamma om Johanna inte själv klagar på måendet.
 - b) Kolla av suicidaliteten.
 - c) Hoppa över uppföljningen varannan gång.
 - d) Fråga om det skett någon förändring i mående eller om det funnits någon risksituation sedan sist ni träffades.

3. Varför är det viktigt att följa upp aktivitetsnivå?
 - a) Aktivering är en mycket viktig del av behandlingen som dessutom verkar snabbt.
 - b) Rätt utförd aktivering ger lindring av nedstämdhet, anhedoni och trötthet.
 - c) För att kunna problemlösa kring hinder och anpassa stegen.
 - d) Alla ovanstående.

4. Vid lilla uppföljningen i början av behandlingssamtalet framkommer att Johanna blivit sämre i sin depression. Hon har svårt att berätta om vilka symtom som besvärar henne mest och svarar svävande. Hur kan du gå tillväga?
 - a) Lämna uppföljningen och fortsätt med behandlingen.
 - b) Gör om en noggrann diagnostik.
 - c) Lämna ut en skattningsskala.
 - d) Förklara vad du menar genom att ge vardagsexempel på de mest besvärande symptomen och jämför med utgångsläget.

5. Vilka symtom bör du alltid ha med i din uppföljning under varje behandlingssamtal?
 - a) Nedstämdhet och sömn.
 - b) Mat och sömn.
 - c) Klumpa ihop ”måendet” för nedstämdhet och anhedoni.
 - d) Samtliga kärnsymtom och energi och sömn.

■ Stor utvärdering efter 4–8 veckor

Inledning

I depressionens akuta skede är fokus på att etablera en god samarbetsallians, symtomlindring, minskad självmordsrisk och självskadande samt att börja fungera mer normalt. Vårdplanen fokuserar på dessa aspekter och en särskild säkerhetsplan hanterar högrisksituationer. Behandlingen är mer intensiv.

Nästa steg i behandlingen blir att fokusera på kvarstående symtom, eventuell samsjuklighet och att ta itu med de delar av livet som har åsidosatts under depressionen och att börja jobba mot ungdomens personliga livsmål. Behandlingsintensiteten anpassas till de delar ni jobbar med. Behandlingen kan exempelvis behöva vara mer intensiv om ni jobbar med sömnen och mindre intensiv när exempelvis plusaktiviteter är i fokus med träffar kanske varannan vecka.

Sista skedet av behandlingen blir att arbeta med att behålla aktiviteter som främjar hälsa, identifiera möjliga högrisksituationer och träna på hur man kan hantera dem för att motverka återfall.

Efter 4–8 veckors behandling görs en mer omfattande utvärdering av symtom och vårdplan. Denna utvärdering underlättas av att du gjort uppföljningar, problemlöst kring hinder och anpassat aktivitetsplanen.

I denna sektion lär du dig att fråga om

- resultat av mål och delmål i vårdplan
- kvarstående symtom
- förbättringstakt
- hinder för behandlingen.

För att

- utvärdera om ungdomen har svarat på behandlingen
- utvärdera vårdplanen
- diskutera nästa steg med patient och familj.

Förtest

1. Johanna har haft depressiva besvär under tre månader. Vad är sant när det gäller återhämtningen?
 - a) Ju längre tid en depressionsepisod hållit på, desto längre tid tar återhämtningen.
 - b) Flickor återhämtar sig fortare.
 - c) Depressionssymtomen har liten betydelse för återhämtning.
 - d) Samsjuklighet har liten betydelse för återhämtning.
2. Vilket kärnsymtom och vilket tilläggsymtom är särskilt viktiga för förloppet och behöver därför följas noga?
 - a) Anhedoni och sömn
 - b) Irritabilitet och koncentration
 - c) Nedstämdhet och suicidtankar
 - d) Energilöshet och sömn
3. Ni har gjort en vårdplan och satt igång med behandling och det är dags för utvärdering av vårdplanen. Tyvärr så ser ni ingen förbättring vare sig i symtombörda eller funktionsnivå. Vilken faktor är en vanlig faktor som kan verka hindrande i behandlingen?
 - a) Kompisproblem
 - b) Föräldradepression
 - c) Fattigdom
 - d) Fritidsaktiviteter
4. Varför är det viktigt att uppnå symtomfrihet så snart som möjligt?
 - a) Problem med skola och kompisar och andra problem som är sekundära till depressionen tenderar att öka ju längre tid depressionsepisoden håller på.
 - b) Långvariga problem medför sämre prognos.
 - c) Hopplöshet kring behandlingen ger ökad självmordsrisk.
 - d) Alla ovanstående.
5. Vilket/vilka symtom är vanligaste orsaken till utebliven förbättring beroende på felaktig diagnos?
 - a) Dåligt näringsintag som vid anorexi.
 - b) Underliggande svårigheter med uppmärksamhet och hyperaktivitet som vid adhd.
 - c) Ökat stämningsläge och aktivitetsnivå som vid bipolär sjukdom.
 - d) Flashbacks och mardrömmar efter trauma.
6. Ibland är depressionsdiagnos och behandlingsfokus rätt men förbättring uteblir på grund av missad samsjuklighet. Hur bör du gå tillväga när du misstänker det?
 - a) Lämna ut screeningformulär om den vanligaste samsjukligheten.

- b) Fråga exempelvis skola eller annan oberoende informationskälla.
- c) Ställa riktade frågor för att värdera om annan diagnos också borde övervägas.
- d) Avbryta depressionsbehandlingen och remittera till specialistenheten.

7. Johanna blir inte bättre och ni går därför igenom de vanligaste hindren för behandling. Vilka är de?
 - a) Olika psykosociala stressorer eller missad diagnos/samsjuklighet.
 - b) Missad autism, begåvningshandikapp och otillräcklig skolanpassning.
 - c) Anknätningsstörning och obearbetat trauma,
 - d) Omotiverad patient och familj

Översikt

Förbättringstakt och prognos

Ju längre tid en depressionsepisod varar, desto längre tid tar återhämtningen och desto svårare är den att behandla. Därför gäller det att uppnå förbättring och behandlingsmål så snabbt som möjligt. Ett rimligt mål är att ungdomen är klart bättre efter två månaders behandling. Det innebär en halvering av besvär. Om depressionen pågått uppemot ett år eller mer kan man nöja sig med en 40-procentig förbättring efter två månader. Om depressionen är svår bör utvärderingen göras tidigare och kanske efter två veckor för att överväga tillägg med farmakologisk behandling.

Den större utvärderingen bör vid en medelsvår depression göras efter 4–8 veckors behandling. Du behöver ta reda på i vilken grad mål och delmål uppfyllts. Du ska också ta reda på om ungdomen blivit helt bra, lite bättre eller mår oförändrat eller sämre jämfört med utgångsläget. En del patienter förbättras och tillfrisknar helt på psykosocial basbehandling. Det är särskilt viktigt att följa förloppet fram till ett helt tillfrisknande.

Om ungdomen blir bättre men inte bra ökar risken kraftigt för återinsjuknanden och andra komplikationer. Svårigheter med koncentration, självbild och irritation brukar kvarstå även när nedstämdhet, dödstanke och anhedoni förbättrats. Dessa kvarstående besvär kan leda till negativa spiraler med misslyckanden i skola, vilket i sin tur spår på depressionen. Dessa sekundära problem blir värre ju längre tid depressionen pågår. Man räknar en depression som helt avslutad om full funktion återtagits och högst två av nio symptom förekommer i liten utsträckning under de två senaste månaderna.

Kvarstående symtom

Anhedoni är det enskilt viktigaste symptomet för långsiktig prognos och risk. Vid kvarstående anhedoni bör du informera om att KBT med beteendeaktivering alternativt psykofarmakologisk behandling bör övervägas.

Irritabilitet kan vara ett tecken på bristande sömn, skadligt bruk av alkohol eller underliggande beteendestörning så dessa faktorer bör undersökas. Irritabiliteten kan också vara kopplad till relationer inom familjen och familjeklimatet och då behöver behandlingen inrikta sig på det. Ibland finns dock en irritabilitet kvar och ställer till med bekymmer som kan förstås som ett rent kärnsymtom utan yttre orsak. Ungdomen bör då informeras om möjlighet till behandling med inriktning på affektreglering, relationsfärdigheter och problemlösning.

Sömnproblem har också en stor betydelse för förloppet och behöver därför följas noga. Sömnen behöver ofta vara i fokus tidigt i behandlingen. Agitation är både plågsam och prognostisk besvärande med ökad risk för både omsvängning till mani och självskaðebeteende.

Vid trötthet bör du undersöka om symtomen är ny-tillkomna eller kvarstående. Om det är nytt bör somatisk utredning övervägas. Om det egentligen har pågått sedan långt före depressionen så kan det bero på adhd.

Hinder för framgångsrik behandling

Felaktig diagnos eller samsjuklighet

Trots att du undersökt samsjuklighet i den diagnostiska delen av behandlingen så kan den ha passerat ”under din radar” eller successivt tilltagit sedan bedömningen.

Vid **depression** hos unga är risken för att det istället är första episoden av en bipolär sjukdom betydligt större än vid insjuknande i vuxen ålder. Det som indikerar ökad risk är ärftlighet för mani, tydlig motorisk hämning eller agitation, psykossymptom och plötsliga och oväntade förändringar i depressionsgrad. Vid utebliven behandlingseffekt bör du återigen screena för symtom på övergladhet eller explosiv irritabilitet och förhöjd aktivitetsnivå.

Adhd är en mycket vanlig samsjuklighet som lätt kan missas om hyperaktiviteten inte varit besvärande i unga år. Obehandlad adhd kan leda till skolproblem, kompisproblem och impulsivitet som hindrar behandlingen.

Ångestsyndrom är också en mycket vanlig samsjuklighet som medför sämre prognos. De kan sätta käppar i hjulen för aktivitetsplan och kompis-kontakter samt öka på grubblandet.

Personlighetsproblematik kan te sig som depression eller förekomma parallellt med depression. Efterhand blir det då tydligare att nedstämdhet drivs på av ångest och relationsstörningar.

Vid **posttraumatisk stress** och förekomst av svåra trauman som fortsatt ger dagliga besvär blir effekten av vanlig depressionsbehandling mycket sämre. Traumasyndrom behöver identifieras och vid napp behöver fokus flyttas till copingstrategier och efterhand riktad exponering.

Ätstörning kan misstas för depression eller föregå depressionen och sedan förekomma parallellt. Anorexia nervosa brukar vara uppenbart men bulimi kan döljas och vara en viktig vidmakthållande faktor.

Psykossjukdom börjar inte sällan smygande med långdragen depression. Efterhand blir hallucinos, vanföreställningar och personlighetsförändring tydligare och vid psykos brukar ungdomen sedan tappa allvarligt i funktion. Kroniska somatiska sjukdomar, undernutrition och biverkningar av läkemedel kan också likna depression.

Kroniska somatiska sjukdomar kan göra att patienten inte svarar på depressionsbehandlingen både på grund av att de är underbehandlade, hindrar aktivitetsplanen eller exempelvis stör sömnen. Depression kan också helt bero på sköldkörtelsjukdom, gluteneneropati eller blodbrist. Om förbättring inte uppnåtts vid utvärderingen bör man göra en somatisk utredning enligt SFBUP:s riktlinje.

Skadligt bruk av alkohol/droger

Även måttligt bruk av alkohol och cannabis kan leda till sämre resultat av behandling och missbruk av alkohol och droger ger sämre behandlingsföljksamhet, sämre behandlingssvar och behöver behandlas parallellt med depressionen.

Psykosocial stress

Om ungdomen inte svarar på behandlingen bör förekomst av föräldradepression undersökas igen eftersom det så tydligt påverkar behandlingen av ungdomens depression. Behandling av föräldrarnas depression ökar dessutom chansen att ungdomen blir bättre. Familjekonflikter är en annan starkt bidragande faktor till utebliven förbättring. De bör identifieras och fokuseras på vid utebliven förbättring. I det akuta skedet kan detta arbete vara svårt på grund av ökad irritabilitet hos ungdomen. De psykopedagogiska momenten kan också minska konflikt-nivån. Vid utebliven förbättring behöver familjekonflikter identifieras. Bristande stöd i skola eller pågående mobbning är vanliga orsaker till utebliven förbättring.

Behandlingsföljksamhet, motivation och fokus

Om ungdomen inte kommer till behandlingen, följer vardagsrutiner eller deltar aktivt i aktiveringsplanen så kommer sannolikt inte behandlingen ha någon effekt. Genom kontinuerliga utvärderingar och uppföljningen av vårdplanen kan du identifiera hinder, problemlösa kring

åtgärder och finjustera planen under behandlingens gång. Motivation hos ungdomen kan svikta. I behandlingsmanualen (tillvägagångssätt vid samtal) finns tips om hur du kan arbeta med motivationen och vad du särskilt bör undvika.

Behandlingen behöver också ha rätt fokus i rätt tid. God sömn är viktigt för att komma in i bra vardagsrutiner och för att orka aktivering, som sedan ger energi och motverkar anhedoni och nedstämdhet.

Bristande allians

Det är ungdomens och familjen val om de vill fortsätta med behandlingen. Förmedla att du förstår att det kan vara jobbigt att gå i behandling. Det du kan göra är att på ett icke värderande sätt fråga ungdomen vad de tror är viktigaste skälet till varför du tänker att fortsatt behandling kan göra för skillnad jämfört med avslutad behandling. Erbjudande av byte av behandlare eller metod kan ibland vara en framkomlig väg. Alternativt kan man under ett övergångsskede bara träffa föräldrarna och hjälpa dem med olika strategier. Att tvinga fram behandling eller åtgärder som ungdom och familj inte vill ha eller delta i brukar inte vara någon bra idé. Om familjen väljer att helt avsluta behandlingen är det viktigt att dokumentera både given information och familjens ställningstagande och att lämna öppet för ny kontakt.

Stegvis vård

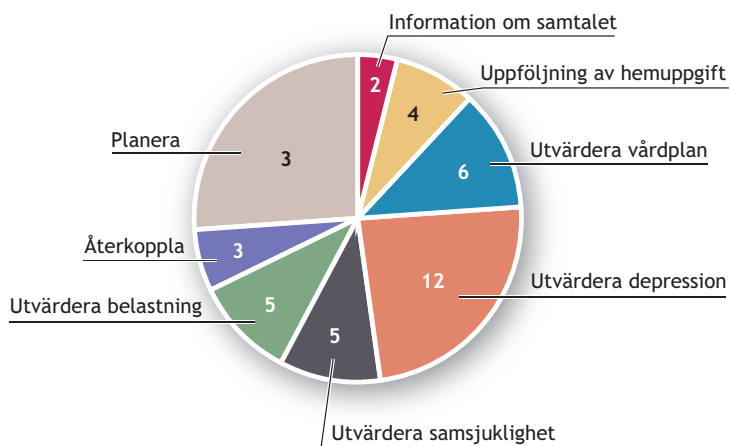
Behandling enligt SFBUP:s riktlinjer är stegvis där psykosocial basbehandling utgör första steget. Beroende på hur det går och ungdomens och familjens önskemål efter din bedömning går ni vidare till nästa steg i behandlingen. Om ungdomen blivit helt bra vid den första omfattande utvärderingen bör hen erbjudas ett samtal som inriktar sig på att förebygga återfall.

Om ungdomen successivt förbättras men inte blivit helt bra (minst halvering av symtombördan och en övergripande förbättring) kan du fortsätta med den psykosociala basbehandlingen. Viktigt är att förbättringstakten håller i sig och att man fortsätter med utvärderingar av kvarstående symtom.

Om ungdomen förbättrades till att börja men förbättringstakten mattats av eller vid helt utebliven effekt ska utvärderingen vara bred. Den kan resultera i att andra problem eller diagnoser identifieras. Behandlingen av depression kan också behöva trappas upp med läkemedel eller mer intensiv psykoterapi.

Teknik

Disposition av samtalet



Tidsangivelserna är ungefärliga och grundar sig på ett 50 minuters samtal. Att ligga högt i struktur behöver självklart balanseras mot terapeutisk finkänslighet och familjens situation. Justering kan krävas särskilt vid ett eventuellt försämrat mående då utvärdering behöver mer tid.

Samtalsstödet har text i fyra nivåer.

GRÖNT – sådant du alltid bör göra

GRÅTT – sådant du kan tänka på

RÖTT – sådant du bör undvika

SVART – sådant du tar ställning till

Behandlingsarbetets tre kärnkomponenter

Validering

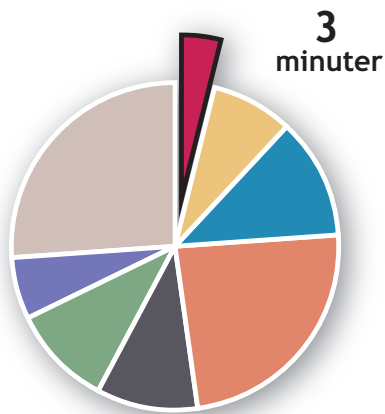
- Aktivt lyssnande
- Förmedla förståelse av det utsagda
- Normalisera
- Behandla ungdom och förälder som kompetenta

Strukturen

- Sätt dagordning
- Kort utvärdering av mående
- Uppföljning av hemuppgift
- Dagens fokus
- Ny hemuppgift
- Sammanfattning

Problemlösande med familj

- Beskrivning av problem
- Brainstorming
- Välj lösning
- Pröva och utvärdera sedan lösning

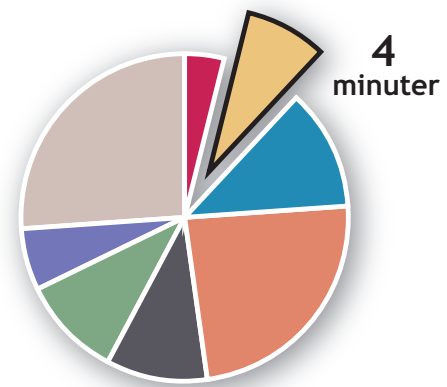


Information om samtalet

Informera om samtalets struktur

Gå kort igenom vad varje punkt innebär.

- Den vanliga uppföljningen av hemuppgift
- Utvärdera hela behandlingen fram till nu
 - ▶ Vårdplanen
 - ▶ Depression
 - ▶ Samsjuklighet
 - ▶ Belastningar
- Återkoppla
- Planera



Uppföljning av hemuppgift

Steg 1

Uppföljning av hemuppgift

Fråga familjen hur det har gått med hemuppgiften och diskutera

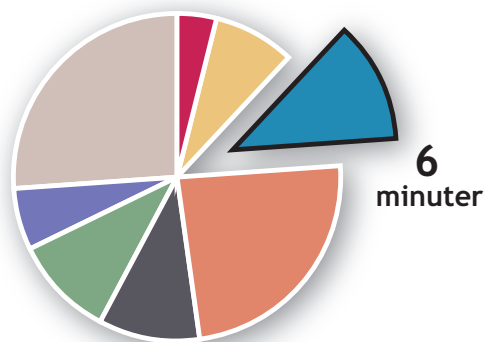
- vilka slutsatser som går att dra från hemuppgiften
- vilka åtgärder som familjen kan tänka sig att fortsätta med.

Steg 2

Befäst framsteg

Föreslå att familjen fortsätter göra de åtgärder som fungerat.

Undvik vid detta samtal att lägga mer än högst fyra minuter på föregående hemuppgift eftersom tid krävs för att göra en stor utvärdering och planera framåt.

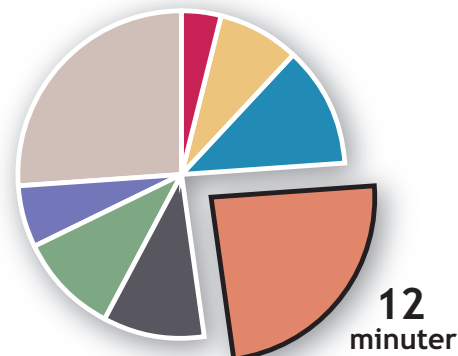


Utvärdera vårdplan

Ta fram vårdplanen i pappersform

1. Gå igenom varje mål och delmål.
 - a) Skatta 0 (utgångsläget) – 10 (helt genomfört).
 - b) Vad utgörs det kvarstående av?
2. Gå igenom varje åtgärd.
 - a) Genomförd?
 - b) Om inte – vad har hindrat?
3. Hur har ungdomen uppfattat behandlingen?
 - a) Vad har varit hjälpsamt?
 - b) Vad kunde ha varit bättre?
4. Hur har föräldrarna uppfattat behandlingen?
 - a) Vad har varit hjälpsamt?
 - b) Vad kunde ha varit bättre?

Här när vårdplanen utvärderas kan information om depression, samsjuklighet och belastningar komma upp. Håll då inte strikt på turordning och tidsförlopp utan lyssna in och ta till dig informationen och ställ följdfråga.



Utvärdera depression

Ungdomen bör ha fyllt i en skattningsskala om symptom innan du börjar samtalet. Ha med skalan och kolla av svaren som stämmer mot frågorna nedan. Jämför med skattningen från utgångsläget. Rikta frågorna nedan till ungdomen men stäm av med förälder med minst en blick och ibland även en fråga. Om svaret redan kommit under punkten "utvärdera vårdplan" så bekräfta bara kort hur du uppfattade svaret.

1. Gå först igenom *anhedoni* och *nedstämdhet/irritation* och börja med det som besvärat ungdomen mest.
 - a) Be om skattning 0 (inga besvär) – 10 (värsta läget).
 - b) Ta reda på utbredning över dagen och när det är värst.
2. Gå sedan igenom *sömn* vad gäller
 - a) nivå 0–10
 - b) antal timmar, tid för insomning och uppvaknanden
3. *Energilöshet* och *agitation*, 0–10
4. *Aptit*, *självbild*, *koncentration*, 0–10
5. Fråga om självskadande men bara om det förekommit tidigare.
 - a) Frekvens, allvarsgrad, när?
6. Fråga om *dödstankar*
 - a) Nivå 0–10
 - b) Värsta/farligaste läget, när?
 - c) Fortsätt med suicidtankar och eventuella suicidplaner.

7. Funktion skola

- a) Nivå 0–10
- b) Närvaro
- c) Fungerande stödinsatser/planering?

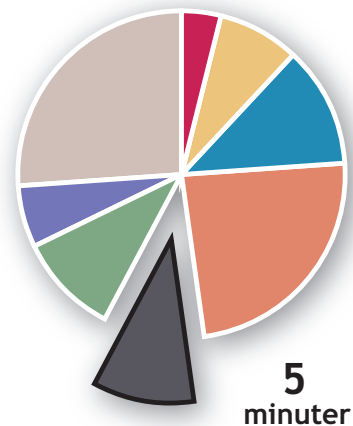
8. Funktion fritid och kompisar

- a) Nivå 0–10
- b) Vad har återtagits?
- c) Vad återstår att komma igen?

9. Funktion hemma inklusive fysisk aktivitet

- a) Nivå 0–10
- b) Relationerna
- c) Fysisk aktivitet

Om ungdomen har förbättrats påtagligt (50 procent eller mer) – gå direkt till ”återkoppla”. Om ungdomen *inte* förbättrats – fortsätt med ”samsjuklighet” och ”stressfaktorer”.



Utvärdera samsjuklighet

Leta och lyssna efter gestalten, det vill säga kärnan i symptombild och det som inte är bra och nu särskilt med öra för sådan information som ”stör” din tidigare diagnos och inte bara bekräftar diagnosen depression eller tidigare bedömning.

1. Vad är det som besvärar mest just nu?

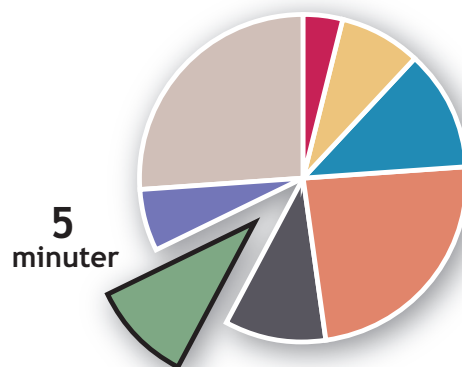
- a) Anhedoni, nedstämdhet eller irritabilitet?
- b) Episodiskt förlopp?
- c) Är det traumatiska minnen som trycker på? Mardrömmar och flashbacks? (Ptd)
- d) Är det energin och förmågan att koncentrera sig som tynger mest? Problem med koncentration och energi redan innan depressionen startade. (Adhd)
- e) Skolan för svår? (Begåvningsnivå)
- f) Är det relationer till kompisar som hela tiden blir fel och drar ner även skolbiten? (Autism)
- g) **Alkohol och illegala droger?** Hur mycket – hur ofta – vilka konsekvenser? Om du inte kan utesluta droger bör du ordna med ett urinprov. (Missbruk)
- h) Upptagenhet av vikt och bantning? Hetsätning? (Ätstörning)
- i) Pendlande och malande svår ångest, instabilt mående och instabila relationer? Självskadande? (Borderline)
- j) Kortare episoder med plötsligt mer energi, glädje och mindre behov av sömn? (Hypomani)
- k) Hallucinationer, orimliga rädsla för förföljelse eller andra skrämmande eller konstiga tankar? Stort ras i funktion? (Psykos)

2. Finns det kroppsliga symtom som har ökat under behandlingstiden?

- a) Energi och ork?
- b) Magbesvär?
- c) Huvudvärk?

Om det inte är noga gjort tidigare bör du ordna med en läkarundersökning och labprov enligt SFBUP:s riktlinjer.

3. Pågår någon medicinering? P-piller? När sattes den in?



Utvärdera belastning

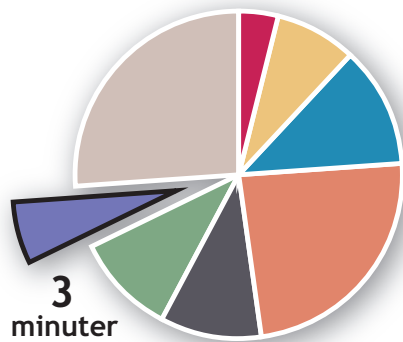
**1. Relationer till föräldrar? Stöd eller stress?
Depression hos förälder?**

2. Överkrav i skolan?

3. Mobbning?

4. Kamratproblem?

5. Sexuell identitet? Annan specifik belastning??



Återkoppla

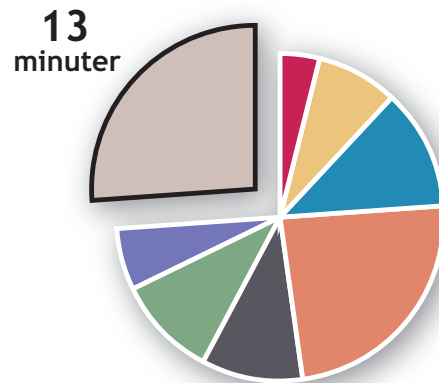
Ge samlat tillbaka din bild av

1. depressionen precis nu
2. förbättring (procent) sedan utgångsläget
3. vad som återstår till tillfrisknande vad gäller
 - a) symptomnivån
 - b) funktionsnivå
 - c) hinder för förbättring (tecken på samsjuklighet eller belastningar).

Kolla noga upp om ungdom och föräldrar tycker att

1. du har uppfattat situationen korrekt – korrigera vid behov
2. det finns några andra orosmoln.

Om det framkommit rimlig misstanke om annan psykisk störning så stanna vid att det behövs ytterligare frågor för att klargöra men att det får ske vid nästa/ annat tillfälle.



Planera

Utifrån din bedömning av läget kan det finnas åtgärder som du tycker är starkt motiverade. Börja med dessa! ”Jag tycker att... (somatisk undersökning, gå vidare med bedömning av adhd, remittera förälder för egen depression, sätta in läkemedel för sömn eller depression etc).”

A Om behandlingen *inte* utfallit tillräckligt bra (under 50 procents förbättring) krävs mer än sju minuter. Om du hade på känn att det krävdes en större förändring så bör du ha kortat ner de föregående bitarna av samtalet på ett lämpligt sätt.

Steg 1

Beskriv tänkbara alternativ

- a) Fortsatt deplyftsmodell
- b) Lägga på fluoxetin
- c) Lägga på mer enskilda samtal typ KBT/IPT
- d) Satsa mer på fysisk träning
- e) Utredda samsjuklighet
- f) Byte av behandlare
- g) Kontakt med socialförvaltning för stöd etc.

Steg 2

Fråga noga efter önskemål och motivation och då särskilt från ungdom men även från förälder.

Steg 3

Diskutera med familj för/nackdelar med alternativen och balansera mellan att ge råd och lyssna in.

Om samarbetet inte känns bra och man vill avsluta kontakten trots att depressionen kvarstår till stor del så behöver detta problematiseras. Ta då själv upp frågan om byte av behandlare!

Steg 4**Utarbeta ny vårdplan**

Ha formuläret för vårdplan i beredskap. Börja fylla i medan ni pratar.

Se över vårdplanen igen och diskutera med familj och skriv ner för att

- a) ultrakort sammanfatta i "bakgrund" vad som framkommit vid denna utvärdering
- b) förändra eller hålla kvar vid mål och delmål
- c) lägga till nya åtgärder
- d) sätta nytt datum för utvärdering.

Upprepa inte onödigtvis information från den tidigare vårdplanen såsom bakgrund och kontaktorsak.

Steg 5**Avstämning**

Kolla av om familjen känt sig lyssnad på och litar på planeringen.

BOm behandlingen eller förloppet utfallit väl (minst 50 procents förbättring).

Steg 1**Beskriv och diskutera hur fortsättning och avslutning brukar se ut**

Föreslå några samtal med fokus på kvarstående problem och sätt preliminärt datum för samtal med fokus på återfallsförebyggande.

Fråga efter familjens önskemål på fortsatta samtal.

Ibland önskar familjen mer kontakt och samtal än vad som riktigt kan motiveras. Undvik att snabbt vare sig avfärda eller gå med på önskemålen.

Försök hitta en kompromiss som bekräftar och svarar upp mot den oro som kan finnas men utan att ta på dig ansvaret för livets utmaningar framöver. Ett alternativ kan vara utglesning av samtal över lite längre tid.

Steg 2**Ny planering**

I detta läge kan ny vårdplan vara överflödig. Men skriv alltid ner på papper

- a) ultrakort sammanfattning vad som framkommit vid utvärderingen
- b) precis vilka åtgärder ni kommit överens om
- c) vilka samtalstider ni överenskommit.

Kolla av så att ungdom och föräldrar samtycker.

Steg 3**Avstämning**

Kolla av om familjen känt sig lyssnad på och litar på planeringen.

Demonstration

Vårdplanen

Läs högt igenom den tidigare vårdplanen och ställ frågor kring mål etc. Använd eventuellt mall för *Utvärdering vårdplan* som utgångspunkt för att dokumentera er genomgång. Det är väldigt viktiga frågor ni tar upp och jag antecknar dem här. Jag skulle dock vilja att vi utvärderar den gamla vårdplanen före vi börjar jobba med den nya. På så sätt får vi bättre koll på läget. Hur låter det för er? Se bilaga.

Symtom

Ett tips är att ta fram bedömningsanteckning och även vårdplan där du har dokumenterat intensitet och varaktighet. Läs upp och be ungdomen och förälder beskriva nuläget i kontrast till utgångsläget.

- Nu tänkte jag att vi ska jämföra med när vi började behandlingen (för 4 veckor sedan, 8 veckor sedan etc).
- Vi skrev att du var nedstämd hela tiden motsvarande 8 och inte ens (...aktivitet...) kunde liva upp dig. Hur mycket är det nu?
- När vi skrev vårdplanen tog det upp till 2 timmar för dig att somna 5/7 nätter. Hur ser det ut nu?
- Du var i skolan tre dagar i snitt och fick inte mycket gjort. Hur är det nu?
- Om ni får uppskatta hur mycket som är kvar mellan tumme och pekfinger, är det en fjärdedel, hälften eller kanske tre fjärdedelar?

Felaktig diagnos eller samsjuklighet

För utförlig beskrivning av hur du kan fråga hänvisas till diagnostikmodulen.

- Vi kan inte vara nöjda med hur du mår nu. Berätta en gång till vad det är som besvärar dig mest? Man kan tycka att det jobbigaste är att man inte kan sova etc.

Lyssna efter gestalt. Ställ klagande frågor om andra tillstånd!

Kroppsliga sjukdomar och medicinering:

- Har du några kroppsliga symtom? Vilka? Huvudvärk?
- Du har berättat att du är trött och har brist på ork. Hur har den utvecklats jämfört med nedstämdheten?
- Tar du några mediciner?

Skadligt bruk av alkohol, suicidalitet och sexuell läggning

Fråga i enrum återigen om alkohol och drogbruk, suicidalitet, sexuell läggning.

- När var du full senast? Hur ofta blir det? Röker du? Har du provat cannabis? Vad har du provat mer än cannabis?

Hur mycket brukar du ta? Hur ofta?

- Hur mycket tänker du på döden, självmord? Planer?

Försök?

- Hur mycket skadar du dig själv? När var det senast?
- Har du några problem kring din sexualitet?

Psykosocial stress

Till förälder:

- Hur är det med din egen ork och sömn? Har du ofta känt dig nere på sistone?
- Det är ju strängt att ha en depression som inte blir bättre. Hur mycket belastar den era relationer? Kan ni vända er till varandra för stöd? Hur mycket bråk blir det?

Riktat till ungdom:

- Vem vänder du dig till för stöd? Bråk?
- Hur tycker du att det är i skolan jämfört med när vi började behandlingen? Är det fortfarande för stressigt? Hänger du med på rasterna och har någon att vara med?

Sammanfattande bedömning

- Jag uppfattar att du blivit hälften bättre, stämmer det? De mest framträdande symtomen som är kvar är..... Har jag uppfattat det rätt?
- Det som framförallt har hindrat behandlingen är

Stegvis vård

- Utifrån det som återstår finns olika möjligheter att gå vidare. Ni har alternativen att fortsätta med den behandlingen som vi börjat med. Då gör vi tillsammans upp en ny vårdplan med mål inriktade på de symtom och problem som är kvar.
- Ett annat alternativ är att jobba mer fokuserat med relationer och aktivering med riktad psykoterapi såsom IPT eller KBT.
- Eftersom du fortfarande är så trött och nere och du knappt blivit bättre så kan det vara rimligt att fundera på att börja med depressionsmedicin. Vad tänker du om det alternativet?

Svårigheter

Svårigheterna vid den mer omfattande utvärderingen liknar dem vid den regelbundna utvärderingen. Om ni har gjort regelbundna utvärderingarna har ni lättare att göra den mer omfattande utvärderingen eftersom det gör familjen förtrogen med metoden och ger er bättre koll på läget.

1. Samtalet blir som alla andra samtal med genomgång av senaste händelser och problemlösning och ni har svårt att hålla i strukturen och att verkligen utvärdera symtom och behandlingen

Möjlig lösning:

Sätt alltid ett utvärderingsdatum när ni upprättar vårdplanen. Gör tydligt samtalet innan att nästa samtal ska ägnas åt att utvärdera vårdplanen. Information om varför det är viktigt kan vara en hjälp. Att ha vårdplanen för utvärderingsmallen eller ny mall för vårdplan framför dig hjälper er att hålla strukturen.

2. Ungdomen är motvillig och vill inte delta i uppföljning och utvärdering av vårdplanen.

Möjlig lösning

Ibland kan något annat ha hänt på vägen till samtalet som gör att ungdomen är motinställd och inte vill delta. Här gäller det att rulla med motståndet och att försöka att undvika att gå i fällan att alltför hårt argumentera för att ungdomen ska delta aktivt. Börja i stället att utvärdera behandlingen tillsammans med föräldrarna och visa i ord och handling att ungdomen gärna får fylla på med sina synpunkter när denne känner sig redo.

3. Det är svårt att få en överblick om hur mycket ungdomen förbättrats när ni utvärderar vårdplanen

Möjlig lösning:

Det brukar vara bra att gå igenom vårdplanen ordentligt vid utvärderingen. Har den skrivits på ett bra sätt så är de viktigaste huvudsymtomen med och också viktigaste tilläggssymtom och problemområden. Misströsta inte. Det är svårt att skriva bra vårdplaner men som vid många andra färdigheter så gäller att ju mer du tränar på det desto bättre blir du.

4. Det är svårt att hinna med.

Möjlig lösning:

Vet du med dig att familjen gärna pratar på alternativt du ofta får dra ur dem svar så kan det vara bra att sätta upp extra tid för din utvärdering alternativt dela upp det på två

samtal där ni till exempel gör upp den nya vårdplanen.

Du kan också inför mötet prioritera vilka frågor som är viktigast och ta dem först.

5. Familjen halkar in på mål och åtgärder i den kommande vårdplanen.

Möjlig lösning:

Att ha utvärderat den gamla vårdplanen brukar vara till stor hjälp när ni ska sätta upp målen för den nya vårdplanen. Upprepa kort agendan och beskriv de olika stegen för dagens samtal och varför du verkligen behöver höra hur det ligger till med symtom/funktion och mål för behandlingen innan ni går vidare med nästa vårdplan.

6. Ungdomen vill avsluta behandlingen i ett för tidigt skede.

Möjlig lösning:

Luta dig tillbaka och undersök på ett positivt sätt hur ungdomen har kommit fram till att detta är det bästa. Uppmuntra ungdomen att börja prata om livsmål. Var försiktig med sådant som kan upplevas ifrågasättande men undersök vilka risker ungdomen kan se. Erbjudande av byte av behandlare/metod kan ibland vara en framkomlig väg. Alternativt kan man under ett övergångsskede bara träffa föräldrarna eller dra ner intensiteten i behandlingen. Att tvinga fram behandling eller åtgärder som ungdom och familj inte vill ha eller delta i brukar inte vara någon bra idé och leda till återbud och uteblivanden.

Eftertest

1. Johanna har haft depressiva besvär under tre månader. Vad är sant när det gäller återhämtningen?

- Ju längre tid en depressionsepisod hållit på, desto längre tid tar återhämtningen.
- Flickor återhämtar sig fortare.
- Depressionssymtomen har liten betydelse för återhämtning.
- Samsjuklighet har liten betydelse för återhämtning.

2. Vilket kärnsymtom och vilket tilläggssymtom är särskilt viktiga för förloppet och behöver därför följas noga?

- Anhedoni och sömn
- Irritabilitet och koncentration
- Nedstämdhet och suicidtankar
- Energilöshet och sömn

3. Ni har gjort en vårdplan och satt igång med behandling och det är dags för utvärdering av vårdplanen. Tyvärr så ser ni ingen förbättring vare sig i symtombörda eller funktionsnivå. Vilken faktor är en vanlig faktor som kan verka hindrande i behandlingen?

- a) Kompisproblem
- b) Föräldradepression
- c) Fattigdom
- d) Fritidsaktiviteter

4. Varför är det viktigt att uppnå symtomfrihet så snart som möjligt?

- a) Problem med skola och kompisar och andra problem som är sekundära till depressionen tenderar att öka ju längre tid depressionsepisoden håller på.
- b) Långvariga problem medför sämre prognos.
- c) Hopplöshet kring behandlingen ger ökad självmordsrisk.
- d) Alla ovanstående.

5. Vilket/vilka symtom är vanligaste orsaken till utebliven förbättring beroende på felaktig diagnos?

- a) Dåligt näringsintag som vid anorexi.
- b) Underliggande svårigheter med uppmärksamhet och hyperaktivitet som vid adhd.
- c) Ökat stämningsläge och aktivitetsnivå som vid bipolär sjukdom.
- d) Flashbacks och mardrömmar efter trauma.

6. Ibland är depressionsdiagnos och behandlingsfokus rätt men förbättring uteblir på grund av missad samsjuklighet. Hur bör du gå tillväga när du misstänker det?

- a) Lämna ut screeningformulär om den vanligaste samsjukligheten.
- b) Fråga exempelvis skola eller annan oberoende informationskälla.
- c) Ställa riktade frågor för att värdera om annan diagnos också borde övervägas.
- d) Avbryta depressionsbehandlingen och remittera till specialistenheten.

7. Johanna blir inte bättre och ni går därför igenom de vanligaste hindren för behandling. Vilka är de?

- a) Olika psykosociala stressorer eller missad diagnos/samsjuklighet.
- b) Missad autism, begåvningshandikapp och otillräcklig skolanpassning.
- c) Anknätningsstörning och obearbetat trauma,
- d) Omotiverad patient och familj

■ Modulsammanfattning

Uppföljning och utvärdering av symtom och behandling med fullt tillfrisknande som mål är en hörnsten i SFBUP:s riktlinje. Varje samtal innehåller några korta moment för att utvärdera symptom, funktion och samarbetet. En bestämd tid för en mer omfattande utvärdering ger en ram och trygghet för arbetet att häva depressionen. Det är stärkande för alla att få ett kvitto på att det går åt rätt håll och väsentligt att tidigt få koll på när det inte går som förväntat.

Den mer omfattande utvärderingen ska vara ett avstamp för fortsatt behandling eller planering för den avslutande fasen. Modulen ger vägledning i vad som bör utvärderas. Den ger även en bred provkarta på möjliga hinder och hur dessa kan identifieras. Hindren kan utgöras av missade diagnoser, riskbruk, kroppslig sjukdom, belastning av konflikter och av skolgången eller bristande behandlingsallians. Långvarig behandling utan resultat ökar risken för hopplöshet hos ungdom och familj och försämrar snarare läget. Utvärdering av vårdplanen hjälper dig att hålla fokus på gemensamt formulerande mål, att åtgärderna verkligen blivit av och framför allt till att välja nytt fokus för behandlingen.

UTVÄRDERING AV VÅRDPLAN

Namn: _____ Personnummer: _____

Deltog: _____

Vilka mål har uppnåtts?

Nuläget

Ungdomens önskemål och uppfattning

Föräldrarnas önskemål och uppfattning

Planering framåt

Tid för nästa utvärdering

Datum och plats _____

Barn/ungdom

Föräldrar

Behandlare

DEPLYFTET

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP), har under 2014 antagit riktlinjer för depression för att förbättra bedömning och behandling av depression. Deplyftet är ett samarbetsprojekt mellan SFBUP och Region Halland med mål att föra ut riktlinjerna till klinisk rutin på BUP-kliniker.

Denna manual är en del av implementeringsarbetet som även innefattar utbildningsseminarier, handledning, utvärdering och stöd till förbättringsarbete på klinikerna, allt för att kunna ge vård enligt riktlinjerna till alla barn och unga med depression.

Manualen och riktlinjens metod för integrerad psykosocial basbehandling vid depression har inspirerats av den engelska *structured clinical care (SCC)*, som är en bred och multimodal basbehandling av depression hos barn och ungdomar utifrån ett psykopedagogiskt arbetssätt. Formatet följer e-utbildningen för *trauma-focused cognitive behaviour therapy (TF-CBT)* från universitetet i South Carolina, USA.

Den första versionen av manualerna utvecklades med stöd av Sveriges kommuner och landsting (SKL) och har provats och utvärderats i ett pilotprojekt på fyra kliniker. Denna version är en vidareutveckling med sikte på nästa våg av implementering för sex kliniker med start under våren 2017.



Barn- och ungdomspsykiatri, Region Halland
www.regionhalland.se/bup



Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
www.sfbup.se