

GÆÐAHANDBÓK
SÁLFRÆÐIÞJÓNUSTA
FYRIR FULLORÐNA
Í HEILSUGÆSLU
1.línu þjónusta

Kvíði, þunglyndi og áfallastreituröskun

Væg til miðlungs einkenni

Fyrsta útgáfa: janúar 2022

Ekki skal deila eða nota efni úr handbókinni án leyfis. Varðandi notkun á efni og fyrirspurnir má hafa samband við Þróunarmiðstöð Íslenskrar Heilsugæslu, Álfabakka 16, s. 513-6300.

Tilvísun:

Agnarsdóttir, A., Gunnell, L.A. & Þórisdóttir, K. (2021). *Gæðahandbók. Sálfræðipjónusta fyrir fullorðna í heilsugæslu. 1.línu þjónusta: Kvíðaraskanir, þunglyndi og áfallastreituröskun, væg til miðlungs einkenni.* Þróunarmiðstöð Íslenskrar Heilsugæslu.

Vinnuhópur: Agnes Agnarsdóttir, Liv Anna Gunnell og Kristbjörg Þórisdóttir.

Fyrsti yfirllestur 1.ágúst 2021

Yfirllestur: Brynjar Halldórsson, Emil Einarsson, Pétur Maack Þorsteinsson, Sigurlín Hrund Kjartansdóttir, Thelma Gunnarsdóttir, Inga Guðlaug Helgadóttir, Ragnar Pétur Ólafsson, Pétur Tyrfingsson, Arna Þórdís Árnadóttir.

Formáli	8
1. Sálfræðiþjónusta í heilsugæslu	10
1.1. Geðheilbrigðisþjónusta í heilsugæslu	10
1.2. Stefna og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum	11
1.3. Mikilvægi þess að veita sálfræðimeðferð við algengum geðröskunum í heilsugæslu.	11
1.4. Tilgangur gæðahandbókarinnar	12
2. Sálfræðiþjónusta í heilsugæslu á landsvísu	14
2.1. Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu (ÞÍH)	14
2.2. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins (HH)	15
2.3. Heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni	15
2.4. Einkareknar heilsugæslustöðvar	17
3. Gagnreynd meðferð við kvíðaröskunum, þunglyndi og áfallastreituröskun	18
3.1. Gagnreynd meðferð: Hvernig vitum við hvaða meðferð er árangursrík?	18
3.2. Gagnreynd meðferð við þunglyndi, kvíða og áfallastreituröskun	19
3.3. Aðgengi að gagnreyndri meðferð á Heilsugæslunni	19
3.4. Fjarheilbrigðisþjónusta í sálfræðimeðferð	19
4. Mikilvægi annarra þátta: starfsumhverfi og stuðningur við sálfræðiþjónustu	22
4.1. Mönnun	22
4.2. Fagleg yfirsýn og stuðningur	23
4.3. Teymisvinna og samstarf	24
4.4. Þjálfun og endurmenntun	24
4.5. Handleiðsla	25
4.6. Æskilegt starfsumhverfi í sálfræðiþjónustu	25
4.7. Viðmið um fjölda viðtala og verkefnastöðu	26
4.8. Skráning í sjúkraskrá og bókunarkerfi	27

5. Árangursmat	28
5.1. Markmiðið með því að safna gögnum um þjónustuna er að:	28
5.2. Mat á þjónustubörf	28
5.3. Mat á lífsgæðum/getu til að sinna athöfnum daglegs lífs	29
5.4. Mat á einkennum	29
5.5. Fyrirkomulag árangursmælinga	30
5.6. Mat á árangri meðferðar	31
5.7. Önnur tölfræði varðandi gæði þjónustunnar	32
6. Upphaf þjónustu	34
6.1. Biðlisti	34
6.2. Mjög væg einkenni og/eða nýlegar erfiðar aðstæður	34
6.3. Vægur vandi: HAM hópmeðferð	34
6.4. Grunur um kvíðaröskun, þunglyndi eða áfallastreituröskun, vægur til miðlungs vandi	35
6.5. Yfirvofandi sjálfsvígshætta	35
6.6. Forgangur í þjónustu	35
7. Matsviðtal	36
7.1. Bókun í matsviðtal	36
7.2. Fyrirkomulag matsviðtalsins	36
7.3. Innihald matsviðtals	37
7.4. Skráning á niðurstöðu matsviðtals	39
8. Greining	40
8.1. Greining á vanda	40
8.2. Skráning á greiningu	40
8.3. Mismunagreining	40
8.4. Skráning fyrri greininga	41
8.5. Algengustu ICD greiningar eftir matsviðtal	41

9. Meðferð	44
9.1. Tegund meðferðar	44
9.2. Meðferðaráætlun	44
9.3. HAM hópmeðferð	44
9.4. Einstaklingsmeðferð	45
9.5. Lyfjameðferð	47
9.6. Afbókanir	47
Viðauki 1	48
Heimildaskrá og lesefni	50

Formáli

Eitt af hlutverkum heilsugæslunnar er að vera fyrsta viðkomustaður notenda í heilbrigðiskerfinu. Rannsóknir sýna að 30-40 prósent þeirra sem leita til heilsugæslunnar eiga fyrst og fremst við geðrænan vanda að stríða. Frá 2016 hefur verið lögð áhersla á að efla þjónustu heilsugæslunnar við þau sem glíma við geðrænan vanda. Fram til 2016 voru aðeins sálfræðingar barna við störf á örfáum heilsugæslustöðvum. Ráðningar þeirra voru komnar undir því að svæðisstjóri á viðkomandi stöð kysi að ráða sálfræðing á sína stöð og ekkert fjármagn skilgreint í þá þjónustu sérstaklega.

Breyting varð á þessu í apríl 2016 með samþykkt Alþingis á stefnu og aðgerðaráætlun í geðheilbrigðismálum 2016-2020. Þá voru sett markmið um að gagnreynd sálfræðimeðferð við vægum til miðlungs alvarlegum einkennum kvíða, þunglyndis og áfallastreituröskun yrði í boði á að minnsta kosti 90% heilsugæslustöðva fyrir árslok 2019. Fyrstu sálfræðingarnir sem ráðnir voru inn á heilsugæsluna á grundvelli aðgerðaáætlunarinnar komu til starfa á fyrri hluta árs 2016 í samræmi við markmið aðgerðaáætlunarinnar. Árið 2020 var stöðugildum sálfræðinga á heilsugæslustöðvum fjölgað tímabundið vegna covid faraldursins með ráðningum til eins árs. Sú fjárveiting var endurtekin árið 2021. Í upphafi árs 2022 er aðgengi að þessari þjónustu sálfræðinga barna og fullorðinna í 1. línu þjónustu á flestum heilsugæslustöðvum á landsvísu.

Sálfræðiþjónusta heilsugæslunnar hefur vaxið hratt á síðustu fimm árum. Áhersla hefur verið lögð á að byggja upp faglega og örugga þjónustu sem byggir á gæðavísu, klínískum leiðbeiningum og virku árangursmati. Í heilbrigðisáætlun til 2030 er lögð áhersla á þessa sömu þætti auk markmiða um að tryggja nægan fjölda hæfs starfsfólks sem býr við kjör og starfsaðstæður sem standast samanburð. Þrátt fyrir góðan árangur eru mörg verkefni enn óleyst. Enn vantar nokkuð upp á að fjöldi stöðugilda sálfræðinga geti fullnægt þörf fyrir meðferð og að kjör og starfsaðstæður standist samanburð. Fyrir vikið eru biðlistar enn of langir. Mikilvægt er að fullmanna stöður sálfræðinga í samræmi við þau verkefni sem þeim er ætlað að sinna til að tryggja að notendur þjónustunnar fái bestu mögulegu meðferð við sínum vanda á þeim tíma sem þeir þurfa á henni að halda.

Þessi gæðahandbók er liður í því að tryggja að notendur heilsugæslunnar fái bestu mögulegu meðferð hverju sinni, á réttum tíma og á réttum stað svo hún beri árangur til langs tíma.

1. Sálfræðipjónusta í heilsugæslu

1.1. Geðheilbrigðisþjónusta í heilsugæslu

Í 18.gr reglugerðar um heilbrigðisumdæmi og hlutverk, starfsemi og þjónustu heilsugæslustöðva, heilbrigðisstofnana og sjúkrahúsa

[nr. 1111/2020](#) kemur fram að:

- *Heilsugæslustöðvar sinna fyrsta stigs heilbrigðisþjónustu og eftir atvikum annars stigs heilbrigðisþjónustu.*
- *Skipulag heilsugæslustöðvar skal miða við að hún sé fyrsti viðkomustaður notenda heilbrigðisþjónustu.*
- *Heilsugæslustöðvar skulu viðhafa teymisvinnu og þverfaglegt samstarf, gagnreynd vinnubrögð og nýta leiðbeiningar frá [Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu](#).*

Hlutverk
heilsugæslu

Sálfræði-
þjónusta í
heilsugæslu:

Varðandi geðheilsugæslu kemur fram í lið e, 19.gr. sömu reglugerðar að:

„Geðheilbrigðisþjónusta fyrir börn og fullorðna sem felur í sér mat á vanda, meðferðaráætlun og sálfræðimeðferð, bæði einstaklings- og hópmeðferðir. Áhersla skal lögð á meðferð við þunglyndi, kvíða og áföllum þar sem vandinn er vægur eða miðlungs alvarlegur“ .

(sjá einnig [lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007](#))

Vægur –
miðlungs
Vandi

Þunglyndi
Kvíði
Áföll

Nemar

Í 9.gr. sömu reglugerðar, um kennslu heilbrigðisstétta, kemur fram að:

Heilbrigðisstofnanir skulu taka að sér kennslu heilbrigðisstétta á grundvelli samninga við háskólasjúkrahús, kennslusjúkrahús og/eða aðrar menntastofnanir.

Sálfræðinemar
Á heilsugæslu-
stöðvum

Nemar í klínískri sálfræði starfa því einnig á heilsugæslustöðvum samkvæmt þeim leiðbeiningum sem koma fram í handbókinni.

1.2. Stefna og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum

Sálfræðipjónusta fyrir fullorðna á heilsugæslustöðvum byggist einnig á [stefnu og aðgerðaráætlun í geðheilbrigðismálum Ríkisstjórnar nr. 28/145](#) frá apríl 2016. Nánari lýsingu á þeirri þjónustu sem skal veita má finna í kafla A.3 þar sem kemur fram að markmiðið sé að:

Þjónustan á að
fela í sér:
Gagnreynda
sálfræðimeðferð

Þjónusta sálfræðinga standi til boða á heilsugæslustöðvum og heilbrigðisstofnunum sem sinna heilsugæslu í samræmi við samsetningu og stærð þjónustusvæða.
Að aðgengi að gagnreyndri meðferð sálfræðinga við algengustu geðröskunum, svo sem þunglyndi, kvíðaröskunum og áfallastreitu, sé á 50% heilsugæslustöðva í árslok 2017 og á 90% heilsugæslustöðva í lok árs 2019.

Sjá einnig [heilbrigðisstefnu til 2030](#).

1.3. Mikilvægi þess að veita sálfræðimeðferð við algengum geðröskunum í heilsugæslu.

Ávinningur af
réttri meðferð
er mikill

Kvíðaraskanir, þunglyndi og áfallastreituröskun eru [algengar geðraskanir](#) sem hafa áhrif á lífsgæði og líkamlega heilsu og geta m.a. haft áhrif á getu fólks til þess að sinna starfi/námi og stunda félagslíf (sjá m.a. [Kristjánsdóttir, Einarsdóttir & Sigurðsson, 2016](#); [McManus, Bebbington, Jenkins, Brugha, 2016](#)). Ómeðhöndlaður geðrænn vandi er kostnaðarsamur fyrir félags- og heilbrigðiskerfið þar sem einkennin geta haft áhrif á afköst í vinnu, leitt af sér fleiri heilsufarsleg vandamál og haft áhrif á líðan fjölskyldu og vina (sjá bls. 25, [Talking Therapies. A four year plan](#); [The depression report, 2006](#); Layard & Clark, 2014; skýrslu [OECD: Making Mental Health Count, 2014](#)). Rannsóknir sem gerðar hafa verið á íslenskum heilsugæslustöðvum benda til þess að um þriðjungur þeirra sem leita til heilsugæslu geri það vegna geðræns vanda (sjá td. [Agnarsdóttir, 1997](#) og Thorisdóttir, 2011). Því er mjög mikilvægt að veita viðeigandi þjónustu við geðrænum vanda.

1.4. Tilgangur gæðahandbókarinnar

Tilgangur
handbókar:

Gæðahandbókin er fyrst og fremst skrifuð fyrir sálfræðinga sem sinna greiningu og meðferð við vægum til miðlungs einkennum kvíðaraskana, þunglyndi og áfallastreituröskun hjá fullorðnum í heilsugæslu.

Fyrir sálfræðinga

Í handbókinni koma fram leiðbeiningar um verklag þjónustunnar. Bókin inniheldur því ráðleggingar um þau skref sem sálfræðingar fullorðinna geta fylgt frá því beiðni berst um þjónustu og þar til skjólstæðingur er útskrifaður.

Markmiðið er að **notendur þjónustunnar fái bestu mögulegu meðferð** við þeim vanda sem er sinnt í heilsugæslu og þar er stuðst við klínískar leiðbeiningar frá [National Institute for health and Care Excellence \(NICE\)](#) (sjá einnig [Agnarsdóttir ofl., 2011](#)).

Fyrir notendur
þjónustunnar

Handbókin er liður í því að samræma vinnubrögð heilsugæslustofnana á landsvísu. Hvort sem um ræðir staðbundna- eða fjarþjónustu.

Samræmd
vinnubrögð

Að lokum getur þessi handbók einnig nýst öðrum aðilum svo sem þeim sem móta heilbrigðisstefnu á Íslandi, öðru fagfólki í heilsugæslu og þeim sem hafa áhuga á að kynna sér það starf sem fer fram í sálfræðiþjónustu fyrir fullorðna í heilsugæslu.

Fyrir
hagsmunaaðila

Handbókin verður uppfærð eftir því sem þjónustan þróast og þegar klínískar leiðbeiningar eru uppfærðar.

2. Sálfræðipjónusta í heilsugæslu á landsvísu

Í 5.gr. laga um heilbrigðisþjónustu [nr. 40/2007](#) er kveðið á um grunnskipulag heilbrigðisþjónustu. Í reglugerð [nr.1111/2020](#) er skipulaginu lýst nánar en í 3.gr þeirra laga kemur fram að landinu skuli skipta upp í sjö heilbrigðisumdæmi og innan þeirra starfi eftirfarandi stofnanir:

Heilsugæsla Höfuðborgarsvæðisins, Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Heilbrigðisstofnun Vestfjarða, Heilbrigðisstofnun Norðurlands, Heilbrigðisstofnun Austurlands, Heilbrigðisstofnun Suðurlands og Heilbrigðisstofnun Suðurnesja.

Í 9.gr. reglugerðar nr. 1111/2020 kemur fram að „markmið með skiptingu landsins í heilbrigðisumdæmi er að leggja grunn að skipulagi heilbrigðisþjónustu í því skyni að efla og bæta þjónustu og tryggja landsmönnum jafnan aðgang að þjónustunni. Markmið með rekstri heilbrigðisstofnana er að tryggja notendum fullnægjandi heilbrigðisþjónustu á réttu þjónustustigi“.

Sálfræðingar sem starfa í heilsugæslu eiga að vinna samkvæmt lögum og reglugerðum um sálfræðipjónustu í heilsugæslu og skulu því fylgja leiðbeiningum frá Þróunarmiðstöð Íslenskrar heilsugæslu ([kafla 1](#)).

2.1. Þróunarmiðstöð Íslenskrar heilsugæslu (ÞÍH)

[Þróunarmiðstöð Íslenskrar heilsugæslu](#) leiðir faglega þróun innan heilsugæslu á landsvísu. Þróunarmiðstöð vinnur að samræmingu verklags og samhæfingar milli fagfólks á heilsugæslustöðvum, gæðapróun og framförum í heilsugæslu í samráði við heilbrigðisstofnanir sem reka heilsugæslustöðvar og sjálfstætt starfandi heilsugæslustöðvar.

Þróunarmiðstöð Íslenskrar heilsugæslu starfar innan Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins.

Þróunar-
miðstöð
Íslenskrar
heilsugæslu

2.2. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins (HH)

Íbúafjöldi á höfuðborgarsvæðinu um 178.000.

Heilsugæsla
höfuðborgar-
svæðisins

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins rekur fimmtán heilsugæslustöðvar í Reykjavík, Seltjarnarnesi, Mosfellsumdæmi, Kópavogi, Garðabæ og Hafnarfirði. Þær eru Árbær, Efra-Breiðholt, Efstaleiti, Fjörður, Garðabær, Glæsibær, Grafarvogur, Hamraborg, Hlíðar, Hvammur, Miðbær, Mjódd, Mosfellsbær, Seltjarnarnes & Vesturbær og Sólvangur. Þjónusta sálfræðinga fullorðinna er nú í boði á öllum þessum stöðvum (sjá [kafla um mönnun](#)).

2.3. Heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni

Heilbrigðisstofnun Vesturlands (HVE)

Íbúafjöldi um 18.600

Heilbrigðis-
stofnun
Vesturlands

Heilbrigðisumdæmi Vesturlands nær yfir sveitarfélögin Akraneskaupstað, Hvalfjarðarsveit, Skorradalshrepp, Borgarbyggð, Eyja- og Miklaholtshrepp, Snæfellsbæ, Grundarfjarðarbæ, Helgafellssveit, Stykkishólmsbæ, Dalabyggð, Reykhólahrepp, Strandabyggð, Kaldrananeshrepp, Árneshrepp og Húnaþing vestra. HVE samanstendur af átta starfsstöðvum. Þær eru Akranes, Borgarnes, Búðardalur, Grundarfjörður, Hólmavík, Hvammstangi, Ólafsvík og Stykkishólmur.

Heilbrigðisstofnun Vestfjarða (HVEST)

Íbúafjöldi um 6.500.

Heilbrigðis-
stofnun
Vestfjarða

Heilbrigðisumdæmi Vestfjarða veitir heilsugæsluþjónustu fyrir íbúa í Ísafjarðarbæ, Bolungarvík, Súðavíkurhreppi, Vesturbyggð og Tálknafjarðarhreppi.

Heilbrigðisstofnun Norðurlands (HSN)

Íbúafjöldi um 37.000.

Starfsemi Heilbrigðisstofnunar Norðurlands nær frá Blönduós í vestri til Þórshafnar í austri. Starfsstöðvar Heilbrigðisstofnunar Norðurlands (HSN) eru alls 18. Föst viðvera sálfræðinga er á fimm starfsstöðvum stofnunarinnar. Þær eru Akureyri, Dalvík, Fjallabyggð (Siglufjörður), Húsavík og Sauðárkrúkur. Íbúar sem sækja þjónustu á aðrar heilsugæslustöðvar njóta fjarþjónustu sálfræðinga á starfsstöðinni á Akureyri.

Heilbrigðis-
stofnun
Norðurlands

Heilbrigðisstofnun Austurlands (HSA)

Íbúafjöldi um 11.000.

Starfsemi Heilbrigðisstofnunar Austurlands nær frá Bakkafirði til Álftafjarðar. Heilbrigðisstofnun Austurlands (HSA) samanstendur af ellefu starfsstöðvum. Þær eru Neskaupstaður, Egilsstaðir, Reyðarfjörður, Eskifjörður, Seyðisfjörður, Vopnafjörður, Fáskrúðsfjörður, Stöðvarfjörður, Breiðdalsvík, Djúpivogur og Borgarfjörður Eystri.

Heilbrigðis-
stofnun
Austurlands

Heilbrigðisstofnun Suðurlands (HSU)

Íbúafjöldi um 33.800.

Heilbrigðisumdæmi Suðurlands nær yfir allt Suðurland frá Hellisheiði að Lónsheiði. Heilbrigðisstofnun Suðurlands (HSU) starfrækir 9 heilsugæslustöðvar á 10 starfsstöðvum. Þær eru Höfn í Hornafirði, Kirkjubæjarklaustur, Vík í Mýrdal, Vestmannaeyjar, Rangárþing, Laugarás, Selfoss, Hveragerði og Þorlákshöfn.

Heilbrigðis-
stofnun
Suðurlands

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS)

Íbúafjöldi um 28.500.

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS) starfrækir þrjár heilsugæslustöðvar: í Reykjanesbæ, Grindavík og Vogum.

Heilbrigðis-
stofnun
Suðurnesja

2.4. Einkareknar heilsugæslustöðvar

Einkareknar heilsugæslustöðvar á höfuðborgarsvæðinu eru [Heilsugæslan Urðarhvarfi](#), [Heilsugæslan Lágmúla](#), [Heilsugæslan Höfða](#) og [Heilsugæslan Salahverfi](#). Á vefsíðu Heilsugæslu Salahverfis er fyrirkomulag einkarekinna heilsugæslustöðva útskýrt á eftirfarandi hátt: „Rekstrarformið var á grundvelli útboðs og var nýtt hvað varðar heilsugæslustöðvar hér á landi. Meginmarkmið ráðuneytisins með útboði reksturs heilsugæslustöðvarinnar var að auka aðgengi, hagkvæmni og skilvirkni í heilsugæslunni. Einnig að tryggja samfellda, aðgengilega og heildræna þjónustu. Núverandi rekstrarform er það sama og á öðrum einkareknum heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu. Greiðslur til rekstursins frá ríki fer nú fram á sama hátt til allra heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu, bæði þær sem eru í opinberum rekstri og einkarekstri“ (sjá vefsíðu [Heilsugæslu Salahverfis](#)).

3. Gagnreynd meðferð við kvíðaröskunum, þunglyndi og áfallastreituröskun

Rannsóknargrunnurinn fyrir notkun sálfræðimeðferðar við meðferð þunglyndis og kvíðaraskana hefur verið í reglulegri skoðun hjá NICE síðan 2004. Þar er nú að finna klínískar leiðbeiningar um verklag byggt á nýjustu rannsóknum en þær leiðbeiningar eru uppfærðar reglulega.

3.1. Gagnreynd meðferð: Hvernig vitum við hvaða meðferð er árangursrík?

Gagnreynd meðferð er meðferð sem endurtekið hefur sýnt árangur í rannsóknum. Klínískar leiðbeiningar segja til um hvaða meðferð er gagnreynd við tilteknum vanda en samkvæmt [3.gr. laga um réttindi sjúklinga nr.74/1997](#) hafa notendur rétt á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er völ á að veita, sem miðast við ástand hans og horfur á hverjum tíma og bestu þekkingu sem völ er á.

Til þess að skilja hvort einhver meðferð er árangursrík er mikilvægt að komast að því hvort hún virkar. Þá þarf að skoða hvort líðan verði betri eftir ákveðna meðferð í samanburði við þá sem fá ekki þá meðferð. Besta leiðin til þess að komast að því er með slembivalsrannsókn þar sem þátttakendur eru valdir í hópa af handahófi og niðurstöður spurningalista bornar saman fyrir hópana. Einn hópurinn fær þá meðferð sem verið er að skoða á meðan hinn hópurinn virkar sem samanburðarhópur. Mismunandi er hvort samanburðarhópurinn er á biðlista eftir meðferð eða fær aðra meðferð á meðan. Þannig fæst samanburður á þeirri meðferð sem verið er að skoða og öðru úrræði (biðlisti/önnur meðferð).

Þessi aðferð er nauðsynleg til þess að komast að því hvaða áhrif meðferðin raunverulega hefur. Upplýsingar um þær rannsóknir sem klínískar leiðbeiningar byggja á má finna í [NICE leiðbeiningunum](#).

Klínískar
leiðbeiningar
segja til um
hvaða meðferð
er gagnreynd

Hvað er
gagnreynd
meðferð?

3.2. Gagnreynd meðferð við þunglyndi, kvíða og áfallastreituröskun

Yfirlit yfir klínískar leiðbeiningar NICE um gagnreynda meðferð má sjá í [töflu 1](#).

Samkvæmt þeim leiðbeiningum er mikilvægt að bjóða fyrst vægasta úrræði við hæfi miðað við vanda og auka síðan inngrip ef þörf krefur. Ekki skal því bjóða meðferðarúrræði sem er of vægt miðað við klínískt mat á vanda.

Gagnreynd einstaklingsmeðferð við þunglyndi, kvíðaröskun og áfallastreituröskun felur í sér upb. 7-14 viðtöl eftir skilgreindu verklagi, með reglulegri handleiðslu og reglulegu mati á gæðum og árangri meðferðar (sjá yfirlit í [töflu 1](#)).

3.3. Aðgengi að gagnreyndri meðferð á Heilsugæslunni

Á heilsugæslustöðvum er lögð áhersla á að veita gagnreynda sálfræðimeðferð sem byggist á klínískum leiðbeiningum um bestu mögulegu meðferð hverju sinni. Tegund meðferðar, tímafjöldi, tímalengd, áherslur og handleiðsla byggjast á þeim leiðbeiningum.

Í [töflu 1](#) kemur fram hvaða þjónustu er nú boðið upp á fyrir fullorðna með kvíðaraskanir, þunglyndi og áfallastreituröskun í heilsugæslu en þrepaskipting þjónustunnar kemur einnig fram í töflunni

3.4. Fjarheilbrigðisþjónusta í sálfræðimeðferð

Með innleiðingu tækninýjunga hefur verið hægt að auka valmöguleika í sálfræðiþjónustu. Í dag geta notendur sálfræðiþjónustu nýtt sér einföld myndviðtöl í gegnum heilsuveru (heilsuvera.is) þegar ekki er hægt að veita einstaklingsmeðferð á stöðvunum, s.s. vegna sóttvarnarráðstafana. Á sumum svæðum á landsbyggðinni þar sem sálfræðingar hafa ekki fasta viðveru á heilsugæslustöðvum er þjónusta nær eingöngu veitt í gegnum netið. Þjónusta sem veitt er í gegnum netið lýtur sömu lögmálum og öll önnur þjónusta sem sálfræðingar heilsugæslunnar veita að því leiti að meðferð er gagnreynd og veitt í samræmi við klínískar leiðbeiningar.

Meðferð á rafrænu formi

Niðurstöður rannsókna benda til þess að sjálfshjálparmeðferð með stuðningi á rafrænu formi, undir handleiðslu þjálfaðs fagaðila, geti reynst jafn áhrifarík og einstaklingsmeðferð við mjög vægum vanda ([sjá NICE leiðbeiningar](#)).

Notendur hafa þá aðgang að gagnreyndri meðferð á þeim tíma sem hentar þeim best, óháð staðsetningu og aðstæðum ([sjá kafla 4](#)). Slíkt eykur aðgengi notenda að réttri meðferð á réttum tíma og er hagkvæmur kostur fyrir heilsugæsluna því með bættum rafrænum lausnum er hægt að bjóða fleiri notendum þjónustu.

Tafla 1. Yfirlit yfir gagnreyndar meðferðir samkvæmt klínískum leiðbeiningum

Sjá NICE leiðbeiningar hér: <https://library.hud.ac.uk/pages/referencing-niceguidelinesguidance/>

Vandi	Sálfræðimeðferð sem klínískar leiðbeiningar mæla með (NICE)	Dæmi um meðferð sem veitt er í heilsugæslu (Mismunandi eftir stofnun)	NICE Leiðb.
Punglyndi væg einkenni	<i>Sjálfs hjálparefni með stuðningi (ss. í tölvutæku formi/hópar) - HAM. 6-12 skipti, Líkamsræktarhópar.</i>	HAM hópmeðferð í 6 vikur Rafræn HAM meðferð 6 vikur Tilvísun til hreyfistjóra.	
Punglyndi, væg- miðlung einkenni sem hafa ekki náð árangri með vægum innngripi eða ef einkenni eru alvarlegri og/eða mikil virkniskerðing Ath. Ef einkenni eru alvarleg skal vísa í 2./3. stigs þjónustu	<i>HAM í einstaklingsmeðferð með áherslu á virkni (BA/HAM) 6-20 skipti eftir alvarleika.</i> <i>Aðrar meðferðir:</i> <i>Sjá leiðbeiningar NICE.</i> <i>10-20 skipti, mism. e. meðferð</i>	HAM í einstaklingsmeðferð með áherslu á virkni (BA/HAM) Aðrar meðferðir NICE leiðbeininga ekki í boði í heilsugæslu.	CG90 , QS8 , CG91 , CG123
Almenn kvíðaröskun	<i>Sjálfs hjálpar eða sjálfs hjálparefni með stuðningi (HAM).</i>	HAM hópmeðferð/ Rafræn meðferð - 6 vikur.	CG113 , CG123
1. þrep: Væg einkenni:	<i>Hópmeðferð eða HAM meðferð í tölvutæku formi, 6-7 skipti</i>		
2. þrep: Ef hópur dugir ekki til eða vandi mjög hamlandi:	<i>HAM einstaklingsmeðferð 12-15 klst (skipti)</i>	HAM einstaklingsmeðferð	
Felmtursröskun	<i>Sjálfs hjálpar eða sjálfs hjálparefni með stuðningi með HAM.</i>	Hópmeðferð (HAM)/ HAM einstaklingsmeðferð.	CG113 , CG123
1. þrep: væg einkenni:	<i>Hópmeðferð eða HAM meðferð í tölvutæku formi</i>		
2. þrep: Ef hópur dugir ekki til eða vandi mjög hamlandi/ alvarlegri einkenni:	<i>HAM einstaklingsmeðferð 7-14 klst (skipti)</i>	HAM einstaklingsmeðferð	
Áráttu- og þráhyggjuröskun	<i>Sjálfs hjálparefni (HAM) með stuðningi (með ERP). Sjá leiðb. 10 klst.</i>	Ekki til. Vísad beint í einst. meðferð	CG31 , CG123
1. þrep: Mjög væg einkenni:	<i>HAM einstaklingsmeðferð (með ERP) Meira en 10 klst.</i>	Einstaklingsmeðferð, HAM með ERP.	
2. þrep: Ef hópur dugir ekki til eða vandi mjög hamlandi/ alvarlegri einkenni:			
Heilsukvíðaröskun	<i>Ekki til sértækar leiðb. en árangur af HAM í tölvutæku formi og einst. Sambærilegt við aðrar kvíðaraskanir.</i>	HAM einstaklingsmeðferð.	CG123
Félagssælni	<i>HAM einstaklingsmeðferð -14 skipti (90 mín í senn)</i>	HAM einstaklingsmeðferð.	CG159
Áfallastreituröskun	<i>HAM einstaklingsmeðferð. EMDR ef óskað eftir því 8-12 skipti.</i>	Einstaklingsmeðferð: HAM eða CPT. EMDR ef óskað eftir því.	NG116 , CG123

4. Mikilvægi annarra þátta: starfsumhverfi og stuðningur við sálfræðipjónustu

Mikilvægt er að tryggja fullnægjandi mönnun, viðeigandi stuðning við sálfræðinga, endurmenntun, góða teymisvinnu við aðrar fagstéttir og vinnuumhverfi sem gefur kost á að veita gagnreynda meðferð. Til að góður árangur náist þarf verkefnastaða og fjöldi viðtala að miðast við faglega getu og reynslu sálfræðings og alvarleika mála. Þessir þættir hafa allir áhrif á líðan starfsmanna en líðan þeirra getur haft áhrif á gæði þjónustunnar.

Það er í samræmi við markmið [heilbrigðisstefnu til 2030](#):

Vel menntað og hæft starfsfólk ræður miklu um góðan árangur heilbrigðisþjónustunnar en starfsfólkið þarf enn fremur að deila sameiginlegri sýn á tilgang og markmið þjónustunnar, skipulag hennar til framtíðar og hvernig best sé að haga vinnunni þannig að skilvirkni verði sem mest á öllum sviðum (bls.6).

Það er því nauðsynlegt að stöðugt sé fjárfest í menntun og þjálfun alls heilbrigðisstarfsfólks og að skapaðar séu starfsaðstæður og kjör hér á landi sem standast samanburð við það sem best gerist í nágrannalöndunum. Einnig er mikilvægt að unnið verði að styrkingu þverfaglegrar teymisvinnu allra heilbrigðisstétta og að stöðugt verði unnið að umbótum og frampróun starfa innan heilbrigðiskerfisins (bls. 10, sjá einnig bls.23-24).

4.1. Mönnun

Í [heilbrigðisstefnu til 2030](#) kemur fram að „tryggja þarf nægan fjölda af hæfu starfsfólki og gott starfsumhverfi í heilbrigðisþjónustunni þar sem skipulag og hönnun hæfir aðstæðum“ (bls. 23).

Til þess að veita **gagnreynda meðferð við vægum til miðlungs einkennum kvíðaraskana, þunglyndis og áfallastreituröskun hjá fullorðnum** þarf um **eitt stöðugildi sálfræðings fullorðinna á hverja 6250 íbúa (heildarfjöldi íbúa)** miðað við tíðni þessa vanda (mv. útreikning heilsuhagfræðings, sjá bls. 13, [Talking Therapies: A four year plan](#)).

Tryggja þarf rétta mönnun

Og

Starfsumhverfi sem styður við gagnreynda meðferð

Einn sálfræðingur fullorðinna á 6250 íbúa (heildarfjöldi)

Taka þarf tillit til aðstæðna og starfsaðstæðna

Taka þarf tillit til ólíkra aðstæðna við áætlun mönnunar í geðheilsugæslu. Á landsbyggðinni er aðgengi að heilbrigðisþjónustu til að mynda oft með öðrum hætti en í þéttbýlinu á SV-horninu. Því þarf að taka tillit fjarlægðar frá þjónustu, ferðatíma, samgönguþátta, mönnunar fagstétta og skorts á öðrum úrræðum í boði utan heilsugæslu. Að auki þarf að taka tillit til lýðheilsuvísa og félagslegs umhverfis á hverjum stað t.d. þarf aukna mönnun þar sem hærra hlutfall íbúa hefur annað móðurmál en íslensku. Gera þarf ráð fyrir fagstjórum, yfirsálfræðingum og verkefnastjórum þegar hugað er að mönnun (sjá [kafla 4.2.](#) hér fyrir neðan).

Í [fjármögnunarlíkani heilsugæslu](#) er kveðið á um fjármagn sem veitt er nú til sálfræðiþjónustu.

Raunveruleg mönnun í stöðugildum í samanburði við þörf

Tafla 2. Núverandi mönnun sálfræðinga fullorðinna (haust 2021) og þörf fyrir stöðugildi mv. skilgreiningar IAPT hér fyrir ofan og starfsaðstæður

Stofnun	Íbúar	Stöðugildi heimild	Stöðugildi áætluð heildarþörf
Heilsugæsla Höfuðborgarsvæðisins	178000	Heilsugæslustöðvar HH 15.7	33
Heilbrigðisstofnun Austurlands	11000	2,3	3
Heilbrigðisstofnun Norðurlands	37000	4.5	7
Heilbrigðisstofnun Suðurlands	31500	0,75	6
Heilbrigðisstofnun Suðurnesja	28500	5,7	5
Heilbrigðisstofnun Vesturlands	18600	3	4
Heilbrigðisstofnun Vestfjarða	6500	1	2

4.2. Fagleg yfirsýn og stuðningur

Fagstjóri og yfirsálfræðingar bera ábyrgð á faglegu vinnulagi sálfræðinga. Mikilvægt er að tryggja nægan fjölda fagstjóra, yfirsálfræðinga og verkefnastjóra til þess að veita sálfræðingum í heilsugæslu viðeigandi stuðning ásamt því sem halda þarf áfram uppbyggingu sálfræðiþjónustu í heilsugæslu. Hlutverk þeirra er meðal annars að viðhalda menningu þar sem allir sálfræðingar taka ábyrgð á því að veita faglega þjónustu eftir klínískum leiðbeiningum. Fylgjast þarf með árangursmælingum og leggja fyrir

Mikilvægi stjórnenda í sálfræðiþjónustu

þjónustukannanir. Huga þarf að vellíðan sálfræðinga, sérstaklega þar sem þjónustan er í stöðugri þróun og breytingar örar til að koma í veg fyrir óhóflega starfsmannaveltu.

Brýnt er að yfirsálfræðingar/fagstjórar og verkefnastjórar á landsvísu séu í góðu sambandi til þess að samræma verklag, bera saman og bæta árangur, viðhalda þjálfun sálfræðinga og faglegum vinnubrögðum og uppfæra vinnulag eftir því sem leiðbeiningar breytast. Mikilvægt er að starfsstöðvar sálfræðinga í heilsugæslu styðji við og geri sálfræðingum kleift að taka þátt í skipulagðri fræðslu, m.a. á vegum Þróunarmiðstöðvar Íslenskrar Heilsugæslu, til þess að viðhalda þekkingu og uppfæra verklag sem nýtist í nærumhverfi skjólstæðinga.

Samræming og samvinna á milli landssvæða

Mikilvægi endurmenntunar

4.3. Teymisvinna og samstarf

Lögð er áhersla á að styrkja þverfaglega teymisvinnu í heilsugæslu og góð samskipti á vinnustaðnum. Mikilvægt er að sálfræðingar í heilsugæslu eigi reglulega teymisfundi með læknum og öðru fagfólki á stöð þar sem hægt er að taka upp mál skjólstæðinga og ræða tilvísanir. Sálfræðingar sinna einnig ráðgjöf og handleiðslu til annarra starfsstétta innan heilsugæslu.

Teymisvinna og samstarf við aðrar fagstéttir

Að sama skapi er æskilegt að viðhalda góðri samvinnu og samskiptum við aðrar stofnanir/aðra þjónustuaðila innan geðheilbrigðisþjónustu og stuðla þannig að því að skjólstæðingur fái rétta þjónustu á réttum stað og á réttum tíma og koma í veg fyrir biðlista eins og hægt er (sjá áhrif á meðferð [hér](#) á glæru 10 og [skýrslu ríkisendurskoðunar](#)).

Og stofnanir

4.4. Þjálfun og endurmenntun

Æskilegt er að allir sálfræðingar sem starfa með fullorðnum í heilsugæslu fái þjálfun í að veita meðferð við kvíðaröskunum, þunglyndi og áfallastreituröskun. Mikilvægt er að stutt sé við endurmenntun til að auka við og viðhalda þekkingu og færni þeirra (sjá [heilbrigðisstefnu til 2030, bls. 12-13](#)). Til þess að þetta sé hægt þarf að tryggja rétta mönnun (sjá [kafla 4.1.](#) og [4.2.](#)).

Viðeigandi þjálfun er mikilvæg

4.5. Handleiðsla

Mælt er með því að sálfræðingar í heilsugæslu eigi kost á reglulegri handleiðslu samkvæmt klínískum leiðbeiningum (sjá [handbók IAPT](#), bls.21; Gæðaviðmið NICE: [QS8](#); Leiðbeiningar NICE ss. [CG159, lið 1.3.1](#), [CG31, lið 1.5.2.1](#) og [CG90](#), Sjá líka [Roth & Pilling, 2015](#)).

Handleiðsla

Handleiðsla þjónar eftirfarandi tilgangi:

1. Tryggja gæði og öryggi þjónustunnar
2. Fylgjast með og bæta árangur meðferða
3. Veita sálfræðingum stuðning
4. Bæta færni sálfræðinga og stuðla að þróun þeirra í starfi

4.6. Æskilegt starfsumhverfi í sálfræðiþjónustu

Æskilegt starfsumhverfi

Tryggja þarf viðeigandi skrifstofu og viðtalsaðstöðu fyrir sálfræðiþjónustu ss. hljóðeinangrun og glugga.

Mælt er með að eftirfarandi búnaður sé til staðar í vinnuaðstöðu sálfræðings:

- Nauðsynleg skrifstofuáhöld
- Læst hirsla fyrir persónugreinanleg gögn
- Farsími eða myndavél til að taka upp viðtöl (með hljóði og mynd) sem hægt er að læsa og nýta í meðferðarvinnu bæði innan- og utanhúss
- Aðstaða til að geyma upptökur á læstu drifi
- Tússtafla (stór)

Næstu skref/ æskilegur búnaður:

- Skjár á vegg
- ICD10 greiningarkerfið (bók)
- Tölvubúnaður til að sinna rafrænni meðferðarvinnu s.s. gagnreyndri sjálfshjálparmeðferð í tölvu, fjarviðtölum og fjarnámskeiðum.
- Sjúkraskrárkerfi sem aðlagð er að störfum sálfræðinga til að styðja við gæðaviðmið, gæðavísu og árangursmat í starfsemi sálfræðinga.

4.7. Viðmið um fjölda viðtala og verkefnastöðu

Mikilvægt er að tryggja að sálfræðingar hafi **nægan tíma** til að sinna málum sínum. Fyrir sálfræðing í fullu starfi er almennt miðað við 15-25 klst af virkri meðferðarvinnu á viku en fjöldi viðtala fer meðal annars eftir tegund meðferðar og reynslu sálfræðings (sjá [handbók IAPT](#), bls. 20-21; [viðmið sálfræðingafélags Bretlands](#)). Einnig þarf að huga að aðstæðum „hverju sinni þannig að tryggja megi sem best gæði þjónustunnar og öryggi sjúklinga og skynsamlega notkun fjármuna“ (bls. 23, [heilbrigðisstefna til 2030](#)). Gert er ráð fyrir 50-90 mínútum í viðtöl hjá sálfræðingum fullorðinna, allt að 5 klínískar klst á dag.

15-25 viðtöl
á viku

Ekki fleiri en 5
klínískar klst
á dag

50-90 mín
Viðtöl

Æskilegt er að sálfræðingur í fullu starfi sé með 25-30 opin mál

Opin mál teljast mál í virkri einstaklingsmeðferð, mál í matsferli eða útskrift/eftirfylgni. Umsjón með HAM hópmeðferð/rafræn meðferð telst amk. sem 3 klst í meðferð á viku. Ef málin eru fleiri getur það haft áhrif á gæði þjónustunnar og heilsu starfsmannsins.

25-30 opin mál

Fjöldi klínískra klst. á viku fer eftir eðli og alvarleika mála og aðstæðum þyngri og flóknari mál krefjast meiri tíma utan viðtalstíma vegna m.a. undirbúningstíma, teymisvinnu innan heilsugæslunnar og samstarfs við aðrar stofnanir.

Fjöldi tíma fer
eftir eðli og
alvarleika mála,
reynslu sálfr.,
aðstæðum og
öðrum
verkefnum

Í sumum tilfellum þarf að gera ráð fyrir ferðatíma, sérstaklega á landsbyggðinni. Við slíkar aðstæður getur sálfræðingur sinnt færri klukkustundum í meðferðarvinnu.

Taka þarf tillit til annarra verkefna sálfræðings

Dæmi um slík verkefni gætu t.d. verið handleiðsla, fræðsla, þróunarvinna, fagfundir og samráðsfundir með öðrum stofnunum.

4.8. Skráning í sjúkraskrá og bókunarkerfi

Ritarar sinna símtölum og tímabókunum fyrir sálfræðinga eins og fyrir aðrar fagstéttir í heilsugæslu. Æskilegt er að skilgreint sé starfshlutfall ritara í teymi sálfræðipjónustu stöðvar.

Notast er við Sögukerfið við skráningu og þar eru öll samskipti skráð. Samkvæmt [lögum um sjúkraskrár nr. 55/2009](#) skulu samskipti skráð í sjúkraskrá jafnóðum eða að jafnaði innan tuttugu og fjögurra stunda.

5. Árangursmat

Í sálfræðipjónustu fyrir fullorðna í heilsugæslu er mikilvægt að lögð sé áhersla á að fylgjast með árangri þjónustunnar með reglulegum árangursmælingum í samræmi við [heilbrigðisstefnu til 2030](#) (sjá bls. 15; [handbók IAPT](#), bls. 52. Sjá Langley et al., 2009).

5.1. Markmiðið með því að safna gögnum um þjónustuna er að:

- Veita upplýsingar um það hvað þarf að vinna með í meðferðinni
- Kortleggja vandann
- Veita upplýsingar um gang meðferðar
- Fylgjast með bataferlinu og árangrinum af meðferðinni
- Auka samvinnu
- Bæta gæði þjónustunnar
- Styðja við handleiðslu
- Fylgjast með því hver nýtir þjónustuna
- Fylgjast með því hvaða meðferð er veitt og við hvaða vanda
- Samræma vinnulag
- Fylgjast með hvort klínískum leiðbeiningum sé fylgt
- Safna upplýsingum fyrir hagsmunaaðila svo sem stjórnendur í heilsugæslu og stjórnslu

Af hverju eru
notaðir
spurningalistar?

5.2. Mat á þjónustuþörf

Spurningalistann [CORE-OM](#) (Clinical Outcomes Routine Evaluation – Outcome Measure) er hægt að nota til þess að meta þjónustuþörf, annarsvegar í matsviðtali og hinsvegar í meðferðinni sjálfri.

Mat á
þjónustuþörf

Lengri útgáfu CORE er hægt að leggja fyrir í matsviðtali og í útskriftarviðtali.

Styttri útgáfu CORE er hægt að leggja fyrir í viðtölum/hópmeðferðartímum á milli matsviðtals og útskriftarviðtals.

5.3. Mat á lífsgæðum/getu til að sinna athöfnum daglegs lífs

Mat á hömlun
vegna vanda

Mikilvægt er að fylgjast með áhrifum líðan á getu til þess að sinna hinum ýmsu þáttum daglegs lífs því markmiðið er að bæta lífsgæði skjólstaðinga með meðferðinni. Work and Social Adjustment Scale ([WSAS](#)) er hægt að nýta sem mælikvarða á hömlun í daglegu lífi vegna geðræns vanda. Þar er spurt um áhrif vanda á getu til að sinna vinnu eða námi, heimilisverkum, eigin áhugamálum og samskiptum við fjölskyldu og vini.

5.4. Mat á einkennum

Mat á depurð
og kvíða

Einkenni depurðar og kvíða

Mælt er til þess að fylgst sé með einkennum depurðar og kvíða í hverju einasta viðtali.

Patient Health Questionnaire 9 ([PHQ9](#)) er hægt að nýta til þess að skima fyrir einkennum depurðar ásamt sértækum spurningalista til þess að meta einkenni þeirrar kvíðaröskunar sem verið er að vinna með.

Mælt er með að leggja einnig fyrir spurningalista til þess að meta almenn einkenni kvíða eins og The Generalized Anxiety Disorder Scale 7 ([GAD7](#)) í hverju viðtali ef það skyldi ekki vera hægt að nýta niðurstöður úr sértækum spurningalistum. Hér er fyrirmynd IAPT fylgt (sjá bls. 10 í [The IAPT Manual](#), [viðauka IAPT um spurningalista og árangursmælingar](#) og [töflu 3](#) í þessu skjali).

Mikilvægi þess að nota sértæka spurningalista

Mikilvægi þess
að nota sértæka
spurningalista

Mikilvægt er kortleggja vandann vel frá upphafi og fylgjast þróun hans.

Niðurstaða á PHQ9 og GAD7 gefur ekki nógu skýra mynd af sértækum einkennum kvíðaraskana og áfallastreituröskunar og því er mikilvægt að leggja fyrir sértæka lista í samræmi við vandann sem er unnið með.

Sértækir listar gefa upplýsingar um sértæk einkenni vanda og auðvelda skjólstaðingum að veita þær upplýsingar sem þarf til þess að kortleggja vandann vel svo meðferðin beri árangur.

Einnig geta skor á PHQ og GAD lækkað áður en skor á sértækum listum lækka og geta því gefið ranga mynd af þróun vandans. Með því að leggja fyrir og fylgjast með svörum á sértækum listum eru minni líkur á að meðferð ljúki

áður en búið er að ná tökum á vandanum og meiri líkur á að skjólstæðingur viðhaldi góðri líðan til lengri tíma.

Tafla 3. Yfirlit yfir spurningalista sem mælt er með að nota til árangursmælinga. Skilgreind viðmið innan sviga.

Meginvandi	Mælikvarði á einkenni kvíðaraskana	Mælikvarði á einkenni þunglyndis	Ef vantar sértæk skor fyrir einkenni kvíða, nota:	Mælikvarði á hömlun vegna einkenna	Mælikvarði á þjónustubörf
Almenn kvíðaröskun	PSWQ (>7) (Ath. PSWQ)	PHQ9 (>9)	GAD7 (>7)	WSAS	CORE-OM
Félagsfælni	SPIN (>18) eða LSAS*				
Felmtursröskun	PDSS (>7)				
Áráttu-og þráhyggjuröskun	OCI (lengri útgáfa) (>40)				
Heilsukvíðaröskun	HAI				
Þunglyndi	GAD7 (>7)				
Áfallastreituröskun	PCL5 (>31)				

Sértækir spurningalistar

* Í skoðun.

5.5. Fyrirkomulag árangursmælinga

Hve oft?

Æskilegt er að leggja spurningalistana fyrir í hverju einasta viðtali því það gefur betri mynd af bataferlinu heldur en að mæla aðeins einkenni við upphaf og lok meðferðar. Ef meðferð er slitið fyrir lok hennar er hægt að nota síðustu niðurstöður sem mælikvarða á árangur meðferðar (sjá kafla 6 í [handbók IAPT](#)).

Hve oft?

Hvenær?

Skjólstæðingur fyllir út spurningalista daginn fyrir viðtalstíma eða samdægurs, áður en mætt er í viðtal, hvort sem um er að ræða matsviðtal eða meðferðarviðtal.

Hvenær?

Hvernig?

Sumir spurningalistar eru sendir á rafrænu formi í gegnum heilsuveru en aðrir eru lagðir fyrir á pappírformi. Stundum eru skjólstæðingar í einstaklingsmeðferð beðnir að mæta fyrr til þess að svara listum eða

Hvernig?

spurningalistar eru teknir með heim á milli tíma og fylltir út fyrir viðtalið. Skjólstæðingur ber þá ábyrgð á að mæta með útfyllta lista í næsta viðtal.

Skráning í sjúkraskrá

Niðurstöður spurningalista á að skrá beint inn í sjúkraskrá skjólstæðings, á svæðinu sem heitir mælingar. Æskilegt er einnig að skrá niðurstöður í samskiptaseðil viðtalsins. Niðurstöður allra spurningalista eru skráðar eða skannaðar inn í síðasta samskiptaseðil við útskrift t.d. samantekt í töflu.

Þegar vantar niðurstöður á matslistum

Stundum vantar niðurstöður á listum vegna þess að viðkomandi hefur ekki viljað svara, skilur ekki listann, vegna tungumálaerfiðleika, mistaka eða annars. Mikilvægt er að reyna að takast á við þessar hindranir og finna leið til þess að fá viðmið um einkenni þunglyndis og kvíðaraskana. Spurningalistarnir PHQ9 og GAD7 eru fáanlegir [á mörgum mismunandi tungumálum](#).

5.6. Mat á árangri meðferðar

Mælt er til þess að fylgst sé með árangri meðferðar. Þá er átt við að fylgst sé með breytingum á skorum frá upphafi meðferðar og til loka meðferða en best er að leggja spurningalista fyrir vikulega á meðan á meðferð stendur. Það gefur mun betri mynd af breytingum á einkennum heldur en mat aðeins í upphafi og við lok meðferðar.

Mælt er með því að fylgja fordæmi IAPT og fara reglulega yfir öll mál sem ekki ná tilsettum árangri ([handbók IAPT](#), bls. 52; Sjá: [Langley et al., 2009](#), kafla 5; [National Health Service, Leiðbeiningar um: plan, do, study, act cycle](#)).

Lok meðferðar

Allir þeir sem hafa tekið þátt í matsviðtali og amk. einu meðferðarviðtali teljast hafa hafið meðferð og lokið meðferð. Ef skjólstæðingur hefur aðeins mætt í eitt matsviðtal og eitt meðferðarviðtal telst meðferðin ekki hafa verið árangursrík.

Mælanlegur árangur

Klínískur árangur er metinn í tengslum við það að niðurstöður spurningalista á annað hvort eða bæði PHQ9 og sértækum spurningalistum um kvíðaröskun

hafi verið yfir klínískum viðmiðum við upphaf meðferðar, en séu bæði komin undir klínísk viðmið við lok meðferðar (sjá [klínísk viðmið í töflu 3](#)). Einnig þarf að hafa í huga hvort áreiðanleg breyting hafi átt sér stað, þ.e.a.s. hvort breytingin sé nógu mikil til þess að geta sagt að hún sé ekki vegna óstöðugleika í mælingum (reliable change, sjá leiðbeiningar í [handbók IAPT](#), bls. 36-37).

Mælanleg aukning á einkennum á meðan á meðferð stendur

Mikilvægt er að fylgjast með því hvort einkenni aukist á meðan á meðferð stendur. Á einhverjum tímapunkti meðferðarinnar getur verið eðlilegt að niðurstöður spurningalista bendi til aukinna einkenna en það er mikilvægt að fylgjast með hvort þurfi að vísa í annað þrep í þjónustu eða vísa í/benda á annað úrræði.

Aukning á einkennum

5.7. Önnur tölfræði varðandi gæði þjónustunnar

Mælst er til þess að fylgst sé með öðrum atriðum til að meta gæði þjónustunnar.

Þjónustukannanir

Það er mikilvægt að skjólstæðingar fái tækifæri til þess að tjá sig um þjónustuna og því er mælt með því að senda skjólstæðingum spurningalista eftir matsviðtalið og við lok meðferðar. Á sumum heilsugæslustöðvum eru nú þegar gerðar reglulegar þjónustukannanir.

Þjónustukannanir

Fjöldi þeirra sem sækja þjónustuna

Æskilegt er að fylgjast með fjölda beiðna í þjónustuna, fjölda þeirra sem þiggja matsviðtal, fjölda sem lýkur heilli meðferð, viðtalsfjölda og fjölda þeirra sem ljúka ekki meðferð.

Fjöldi tilvísana

Biðtími

Æskilegt er að fylgjast með því hve langur tími hefur liðið frá því beiðni um matsviðtal var send þar til mat fer fram og þar til meðferð hefst.

Biðtími

Biðtími eftir matsviðtali

Biðtími eftir meðferð er reiknaður út frá þeirri dagsetningu sem skráð er á beiðni um matsviðtal í sjúkraskrá.

Biðtími eftir meðferð

Æskilegt er að meðferð hefjist sem fyrst eftir matsviðtal.

Markmið í tengslum við biðtíma

Árangursmælingar sem hefur verið safnað í tengslum við IAPT verkefnið hafa bent til þess að meðferð beri meiri árangur ef hún er hafin innan við 6 vikum frá því beiðni er send (Sjá viðmið IAPT í [handbók IAPT](#), bls. 44; sjá Clark, 2019, glæra [10](#)). Þar eru því sett markmið bæði varðandi bið eftir matsviðtali og bið eftir því að hefja meðferð.

- Æskilegt er að 75% skjólstæðinga geti hafið meðferð innan 6 vikna frá því beiðni um matsviðtal var send. Til þess að nálgast þetta markmið þarf að fullmanna þjónustuna.

Því hefur verið ákveðið að byrja á að setja markmið varðandi bið eftir að komast í matsviðtal. Með því móti komast skjólstæðingar fljótt í samband við sálfræðinginn sem getur veitt upplýsingar um eðli vanda, klínískar leiðbeiningar um viðeigandi meðferð, hvar hægt er að fá þá meðferð/ fá viðeigandi stuðning, ráðgjöf við eðlilegum og vægum vanda sem krefst ekki meðferðar, ráð á biðtíma og tilvísun ef vísa þarf í aðra þjónustu. Ef bið eftir matsviðtali er stutt er biðtími eftir að komast í rétta þjónustu á heildina styttri þegar vísa þarf í aðra þjónustu utan heilsugæslunnar.

Markmið:

75%

matsviðtala

bókuð innan 6

vikna frá því

beiðni berst

Stefnt er að því að 75% skjólstæðinga fái matsviðtal bókað innan 6 vikna frá því beiðni er send.

Þegar þjónustan er fullmönnuð er hægt að vinna að því að ná því markmiði að meðferð hefjist innan 6 vikna hjá 75% skjólstæðinga þegar viðeigandi er að veita hana innan 1.stigs þjónustu í heilsugæslu.

6. Upphaf þjónustu

Heimilislæknir sendir í flestum tilfellum beiðni um matsviðtal til sálfræðings. Í sumum tilfellum eru sendar beiðnir frá öðrum fagstéttum stöðvar.

Fyrirkomulag um beiðnir er breytilegt eftir stöðvum og stofnunum. Mikilvægt er að hafa í huga klínískar leiðbeiningar um þrepaskipta þjónustu (sjá [CG123](#), lið 1.2. og 1.4., þá sérstaklega 1.4.1.4.)

6.1. Biðlisti

Æskilegt er að farið sé yfir nýjar beiðnir vikulega og mánaðarlega farið yfir biðlistann á hverju svæði ([handbók IAPT](#), lið nr. 9.1.6. bls.52; [Langley et al, 2009](#), kafla 5)

Æskilegt að
yfirfara biðlista

6.2. Mjög væg einkenni og/eða nýlegar erfiðar aðstæður

Ef vandinn er vægur og/eða nýtilkominn er yfirleitt viðeigandi að starfsmaður heilsugæslu bóki annað viðtal með skjólstæðingi og fylgist með því hvernig einkennin þróast áður en ákveðið er að gera tilvísun á sálfræðing stöðvar.

Eðlileg/ mjög
væg einkenni:

Þetta tímabil er kallað virk vöktun („active monitoring“ sjá [CG123](#), lið 1.2.3.8.). Mælt er með samráði við sálfræðing við versnun vanda, ef talið er viðeigandi að senda tilvísun í matsviðtal eða þörf er á ráðgjöf um úrræði/leefni.

Virk vöktun

Dæmi um lesefni sem hægt er að vísa á:

- <http://ham.reykjalundur.is/medferdarhandbok/>
- <https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself>
- <https://www.velvirk.is/>
- <https://www.heilsuvera.is/>

Gott lesefni

6.3. Vægur vandi: HAM hópmeðferð

HAM hópmeðferðin er fyrir þá sem vilja læra á verkfæri til þess að takast á við eðlileg eða væg einkenni kvíða og depurðar, fyrirbyggja versnun á slíkum einkennum og/eða bakslög síðar.

Vægur vandi:
HAM
hópmeðferð

Þegar óskað er eftir HAM hópmeðferð er æskilegt að fyrst fari fram matsviðtal hjá sálfræðingi þar sem metið er hvort HAM hópmeðferðin sé viðeigandi við þeim vanda sem notandi er að glíma við.

Grunur um kvíðaröskun, þunglyndi eða áfallastreituröskun

6.4. Grunur um kvíðaröskun, þunglyndi eða áfallastreituröskun, vægur til miðlungs vandi

Ef vandinn er talinn vera yfir klínískum mörkum sem kvíðaröskun, þunglyndi eða áfallastreituröskun er send beiðni um matsviðtal til sálfræðings.

Sjálfsvígshætta

6.5. Yfirvofandi sjálfsvígshætta

Ef skjólstæðingur er metinn í yfirvofandi sjálfsvígshættu skal vísa beint í bráðapjónustu viðkomandi svæðis. Sálfræðipjónusta á heilsugæslustöð er ekki bráðapjónusta fyrir fólk í sjálfsvígshættu.

6.6. Forgangur í þjónustu

Forgangur í matsviðtal:

Foreldrar á meðgöngu og með börn á fyrsta aldursári eiga að fá forgang að matsviðtali

Konur á meðgöngu og foreldrar barna á fyrsta aldursári eru í forgangi.

Markmiðið er að matsviðtal skuli boðið innan þriggja vikna frá því beiðni berst um þjónustu.

Samvinna við ljósmæður og hjúkrunarfræðinga samkvæmt [verklagi](#). Þegar um er að ræða vægan vanda hjá konu á meðgöngu er stundum vísað í [hópmeðferð fyrir barnshafandi konur](#).

Þegar um klínískan vanda er að ræða er mælt með að meðferð hjá sálfræðingi hefjist sem fyrst eftir matsviðtal þegar það er viðeigandi með tilliti til aðstæðna hverju sinni. Æskilegt er þá að meðferð hefjist innan mánaðar frá matsviðtali og eigi síðar en þremur mánuðum eftir matsviðtal (sjá [CG123](#), lið 1.3.2.10 og [CG 192](#)).

Forgangur að mati heimilislæknis

Þegar mat bendir til aukinnar sjálfsvígshættu er mælt með samráði við sálfræðing varðandi næstu skref og þörf fyrir forgang (sjá m.a. [NICE CG123](#), lið 1.3.2.9. og 1.3.3.)

7. Matsviðtal

Mikilvægt er að notandi fari í gegnum matsferli þar sem safnað er upplýsingum hjá notanda til þess að auka líkur á því að tekin sé rétt ákvörðun um rétta þjónustu á réttum stað.

Algengast er að notandi fylli út spurningalista um bakgrunnsupplýsingar sem og viðeigandi matslista auk þess sem geðgreiningarviðtal er lagt fyrir (t.d. [MINI](#)). Matsferlið getur falið í sér fleiri en eitt viðtal/símtal en í matsferlinu fer fram greining á vanda ásamt fræðslu og ráðgjöf um viðeigandi viðbrögð við slíkum vanda. Að matsferlinu loknu er tekin ákvörðun um næstu skref.

Í sumum tilfellum er málinu lokað eftir matsferli.

7.1. Bókun í matsviðtal

Haft er samband við skjólstæðing símleiðis og hann bókaður í næsta lausa matsviðtal.

7.2. Fyrirkomulag matsviðtalsins

Skjólstæðingur er yfirleitt bókaður fyrst í 90 mín viðtal en það getur tekið frá 30-90 mín. Í sumum tilfellum eru tekin 2 eða fleiri matsviðtöl/ símtöl.

Matsviðtal í síma

Mörg matsviðtöl eru tekin í gegnum síma.

Spurningalistar eru sendir til skjólstæðings í gegnum heilsuveru sem fyllir þá út fyrir matsviðtalið. Sálfræðingur skráir niðurstöðu matsviðtals í sjúkraskrá jafnóðum og það fer fram.

Matsviðtal á heilsugæslustöð

Í sumum tilfellum fer matsviðtal fram á heilsugæslustöð. Æskilegt er að skjólstæðingur hafi fyllt út matslista fyrir viðtalið.

Annað móðurmál en íslenska

Þegar notandi hefur annað móðurmál en íslensku er unnið eftir sömu aðferðum en miðað er við að skjólstæðingur fylli út matslista á sínu tungumáli sé það mögulegt. Í sumum tilfellum fer matsviðtalið fram á ensku en í öðrum þarf að nýta þjónustu túlka.

Gott matsviðtal eykur líkur á að notandi fái rétta meðferð, á réttum tíma, á réttum stað.

Matsviðtal tekur

30-90 mín

Matsviðtal í síma

Matsviðtal á staðnum

Matsviðtöl á öðrum tungumálum

Túlkar

Túlkar

Mælt er með því að gera ráð fyrir lengri tíma í matsviðtal þegar viðtalið fer fram með aðstoð túlks. Algengast er að slíkt viðtal fari fram á heilsugæslustöð.

Algengt er að ritara bókni túlkabjónustu þegar túlka á erlend tungumál eða fyrir heyrnarlausu. Hægt er að nýta túlkabjónustu í síma (t.d. [Language line](#)).

Gott matsviðtal er staðlað og inniheldur ákveðin atriði

7.3. Innihald matsviðtals

Gott matsviðtal inniheldur fyrirfram skilgreind atriði þar sem upplýsinga er aflað á staðlaðan hátt.

Mikilvægt er að skima fyrir þeim vanda sem sinnt er á 1.stigi í heilsugæslu.

Í matsviðtalinu þurfa að koma fram eftirfarandi upplýsingar:

Upplýsingar um þjónustuna

Upplýsingar um þjónustuna, hlutverk sálfræðingsins, fyrirkomulag matsviðtalsins, tilgang þess og markmið, upplýsingar um trúnað og skráningu í sjúkraskrá.

Greining á vanda

a) Lýsing á meginvanda notanda (lýsing á einkennum)

- Áhrif vanda á lífsgæði og daglegt líf þeas. hömlun vegna vanda
- Viðhaldandi þættir:
 - Öryggishegðun og forðun
 - Athygli
 - Minningar og ímyndir
 - Viðhorf og hugsanir

b) Forsaga:

- Fyrri geðgreiningar og geðsaga
- Fyrri meðferð

c) Aðstæður sem gætu viðhaldið eða haft áhrif á einkenni ss.

- Félagssaga og félagslegar aðstæður
- Fjárhagserfiðleikar
- Heimilisofbeldi
- Einangrun
- Heimilisleysi
- Samskiptaerfiðleikar
- Atvinnuleysi
- Notkun á lyfjum, eiturylfjum og áfengi

Aðstæður sem
hafa áhrif

d) Annar vandi:

- Lýsing á öðrum vanda. Lýst á sama hátt og meginvanda.
- Mikilvægt er að skimað sé fyrir einkennum allra kvíðaraskana, þunglyndis og áfallastreituröskunar. Gera þarf skýra mismunagreiningu ef viðkomandi uppfyllir greiningarskilmerki fyrir fleiri en eina greiningu.
- Skimað fyrir öðrum vanda ss. átröskun, geðrofi, hugrofi, oflæti.

Annar vandi

e) Geðskoðun

Geðskoðun

f) Markmið notanda (sjá kafla um markmið í lið 9.3. í þessari handbók).

Markmið

Áhættumat

Alltaf skal meta sjálfsvígshættu í matsviðtali. Mælt er með því að byrja á skimun og gera svo stigvaxandi mat á sjálfsvígshættu. Alltaf skal ræða sjálfsvígshættu og gera ítarlegt mat þegar spurningalistar benda til slíkra hugsana eða þegar skjólstæðingur nefnir slíka hugsanir (sjá m.a. [NICE CG123](#), lið 1.3.2.9. og 1.3.3; [sjá Aðgerðaáætlun til að fækka sjálfsvígum á Íslandi](#) og [upplýsingar frá landlækni](#)). Við aukna hættu skal gera öryggisáætlun.

Áhættumat

Góð skráning niðurstöðu áhættumats felur í sér eftirfarandi atriði:

- Innihald hugsana
- Áhættuþætti
- Verndandi þættir
- Áætlun um næstu skref

Niðurstaða
áhættumats

Niðurstöður spurningalista

Mikilvægt er að leggja fyrir spurningalista sem skima fyrir einkennum depurðar og kvíða, þjónustubörf og áhrif líðan á getu til að sinna athöfnum daglegs lífs. Mælt er með því að nota eftirfarandi lista: Patient Health Questionnaire (PHQ9), Generalised Anxiety Disorder Scale (GAD7), Work and Social Adjustment Scale (WSAS) og CORE (sjá kafla 5).

Samantekt og niðurstaða

Samantekt er tekin við lok matsviðtals og næstu skref rædd. Í sumum tilfellum er bókað annað símtal eða matsviðtal til að ljúka matsferli.

7.4. Skráning á niðurstöðu matsviðtals

Niðurstöðu matsviðtals skal skrá í sérstakt eyðublað í sjúkraskrá.

Skráning matsviðtals skal innihalda texta um öll fyrrgreind atriði og fela í sér skýran rökstuðning fyrir greiningu á vanda samkvæmt ICD10, þar sem kemur fram lýsing á einkennum og áhrif þeirra á getu notanda til þess að sinna daglegu lífi.

Æskilegt er að komi fram í sjúkraskrárnótunni ef spurt var um einkenni kvíðaraskana, þunglyndis og/eða áfallastreituröskunar þótt notandi svari þeim spurningum neitandi svo komi fram í nótu að spurt hafi verið um þessi einkenni. Mikilvægt er að svar notanda komi einnig fram.

Samantekt við lok matsferlis skal því innihalda:

- Greiningu á vanda
- Upplýsingar um viðeigandi meðferð mv. klínískar leiðbeiningar
- Upplýsingar um úrræði sem standa til boða innan heilsugæslu
- Leiðbeiningar um lesefni, ráðleggingar, önnur úrræði o.s.frv.

8. Greining

Í heilsugæslu eru greiningar skráðar út frá [greiningarkerfinu ICD10](#) því skráningar í núverandi sjúkrakerfi eru byggðar á ICD10.

8.1. Greining á vanda

Vandi er greindur í matsviðtali út frá greiningarskilmerkjum ICD10. Hafa skal í huga breytingar í uppfærslu yfir í [ICD11](#) og leiðbeiningar í [DSM5](#).

Mikilvægt er að fylgja leiðbeiningum í greiningarkerfi og meta vel einkenni ásamt hömlun vegna einkenna (sjá kafla 5 og 7 um [matslista](#) og [matsviðtal](#)).

Í niðurstöðu matsviðtals/ matsferlis skal rökstyðja greiningu samkvæmt greiningarskilmerkjum með lýsingu á einkennum og hömlun vegna þeirra.

8.2. Skráning á greiningu

ICD greining er skráð í sjúkraskrá með niðurstöðu matsviðtals. Einnig er greining skráð í samskiptaseðil hvers meðferðarviðtals.

Greiningar eru skráðar samkvæmt eftirfarandi röðun: meginvandi skráður sem fyrsta greining og aðrar greiningar skráðar eftir það.

8.3. Mismunagreining

Í sumum tilfellum uppfyllir vandi notanda greiningarskilmerki fyrir fleiri en eina geðröskun.

Aðeins skal skrá greiningar sem uppfylla sjálfstætt greiningarskilmerki á ICD10.

Hver greining á sér sína sértæku meðferð samkvæmt klínískum leiðbeiningum. Vegna þess er nauðsynlegt að bera kennsl á og skrá greiningu á meginvanda. Ef þetta er ekki gert er hætt á að notandi fái ekki rétta meðferð við sínum vanda og rangir spurningalistar séu notaðir. Þetta getur leitt til þess að útkoman af meðferðinni verði ekki sú sem vonast er eftir.

Ef einhver vítahringur er talinn tengjast meginvanda fellur hann undir þá greiningu. Mikilvægt er að meta þann vítahring aftur í lok meðferðar og þörf á frekari meðferð.

ICD greiningar
skráðar

Mismuna-
greining

Ekki skal nota greininguna „blandin kvíða og geðlæggðarröskun“ ([F41.2](#)) þegar vandi notanda uppfyllir greiningarskilmerki fyrir sértæka geðröskun. Þá skal nota þá tilteknu greiningu. Aðeins skal setja greininguna „Blandin kvíða og geðlæggðarröskun“ ([F41.2](#)) þegar einkenni eru yfir klínískum mörkum en ná ekki viðmiðum fyrir aðra geðröskun og útskýrast ekki af öðrum orsökum.

8.4. Skráning fyrri greininga

Ekki eru skráðar fyrri greiningar en vísa má í fyrri greiningar eða dagsetningar í texta í ef notandi greinir frá slíkum greiningum.

8.5. Algengustu ICD greiningar eftir matsviðtal

Algengustu greiningar við lok matsviðtals má sjá í töflu 4. Ætlast er til þess að notast sé við F greiningar en í sumum tilfellum eru Z greiningar notaðar til útskýringar þegar ekki er tilefni fyrir geðgreiningu eða til þess að skýra aðstæður (sjá Aðrar greiningar í töflu 4).

Tafla 4. Yfirlit yfir algengar greiningar eftir matsviðtal með ICD10 kóða

Algengustu greiningarnar	Greining	Aðrar greiningar	Greining
Almenn kvíðaröskun	F41.1	Observation (matsviðtal)	Z03.2
Félagsfælni	F40.1	Uppfyllir ekki greiningarskilmerki fyrir geðröskun	Z71.1
Felmtursröskun	F41.0	Adjustment disorder	F43.2
Áráttu-og þráhyggjuröskun	F42.2		
Heilsukvíðaröskun	F45.2		
Sértæk fælni	F40.2		
Þunglyndi væg einkenni	F32.0	Þunglyndi Alvarleg einkenni	F32.2/3
Þunglyndi miðlungs einkenni	F32.1	Þunglyndi endurtekið	F33
Áfallastreituröskun	F.43.1	Bráð streitusvörun (Acute Stress Reaction)	F43.0

Fyrri greiningar ekki skráðar

Algengustu greiningar eftir matsviðtal

Sorg eftir dauðsfall

Eðlilegt sorgarferli í ljósi menningar notanda sem á sér stað innan 6 mánaða frá andláti er ekki greint sem geðröskun heldur skal frekar finna viðeigandi kóða í kafla XXI á ICD10 og skrá þann kóða sem greiningu á vanda (World Health Organization, 2016, bls. 150).

Langvarandi sorgarferli er skráð sem: F43.21

Sorgarviðbragð sem er talið vera óeðlilegt vegna eðlis þess eða innihalds ætti að greina sem F43.22, F43.23, F.43.24 eða F43.25, óháð tímalengd einkenna. Setja ætti greininguna F.43.21 þegar einkenni eru enn mjög sterk meira en 6 mánuðum eftir andlát (langvarandi depurðar viðbragð) (World Health Organization, 2016, bls. 150).

Sorg og
sorgarferli

9. Meðferð

Á heilsugæslustöðvum skal veita skal gagnreynda meðferð við vægum til miðlungs einkennum kvíðaraskana, þunglyndis og áfallastreituröskunar samkvæmt klínískum leiðbeiningum (sjá [kafla 1](#) og [kafla 3](#) í þessari handbók).

9.1. Tegund meðferðar

Mikilvægt er að veita rétta meðferð í samræmi við greiningu á vanda, í réttu magni og á réttum tíma (sjá [heilbrigðisstefnu til 2030](#)). Þjónustan skal vera þrepaskipt sem þýðir að fyrst er boðið vægasta inngripið sem á við samkvæmt klínískum leiðbeiningum (sjá [töflu 1](#) og [CG123](#), lið 1.4.1.4. og 1.5.1.3.).

9.2. Meðferðaráætlun

Áður en meðferð er hafin er æskilegt að farið sé yfir meðferðaráætlun með skjólstæðingi og skráð í sjúkraskrá. Æskilegt er að helstu atriði meðferðaráætlunar séu rædd við lok matsferlis svo notendur þjónustunnar hafi kost á því að taka upplýsta ákvörðun um hvort þeir vilji taka þátt í meðferð á heilsugæslunni. Í einstaklingsmeðferð er síðan gott að ræða meðferðaráætlunina líka vel í fyrsta viðtali.

Meðferðaráætlun byggist á klínískum leiðbeiningum og inniheldur upplýsingar um greiningu, tegund meðferðar, tímalengd meðferðar og spurningalista sem notaðir verða til árangursmats.

9.3. HAM hópmeðferð

Í HAM hópmeðferð eru kennd verkfæri til þess að takast á við eðlileg og væg einkenni depurðar og kvíða og viðhalda jafnvægi í líðan.

HAM hópmeðferð fer fram einu sinni í viku, í 6 vikur, 2 klst. í senn.

Þátttakendur fá lesefni og æfingar til þess að vinna á milli tíma. Mikilvægt er að skjólstæðingar lesi og æfi aðferðirnar á milli tíma til þess að meðferðin beri árangur.

Á sumum stofnunum hafa notendur val um að taka þátt í slíkri hópmeðferð eða nýta sér rafræna sjálfshjálparútgáfu af meðferðinni.

Veita skal:
gagnreynda
meðferð við
vægum til
miðlungs
einkennum
kvíðaraskana,
þunglyndis og
áfallastreitu-
röskun

Vægasta
viðeigandi
úrræðið fyrst

Samkvæmt
meðferðar-
áætlun

HAM
hópmeðferð

R-HAM (rafrænt HAM)

Rafræn
meðferð

R-HAM inniheldur sömu fræðslu og í HAM hópmeðferðinni, en er á upptökuformi.

R-HAM tekur 6 vikur og meðferð hefur ákveðinn upphafsdag og lokadag.

Skjólstæðingar svara spurningalistum rafrænt vikulega á tilteknum dögum.

Þegar þeim hefur verið svarað fá skjólstæðingar sendan hlekk á næstu fræðslu samkvæmt ákveðnu vinnulagi. Hægt er að horfa á upptökur af fræðslunni á eigin tíma.

Þátttakendur fá lesefni og æfingar til þess að vinna á milli tíma. Mikilvægt er að skjólstæðingar lesi og æfi aðferðirnar á milli tíma til þess að meðferðin beri árangur.

9.4. Einstaklingsmeðferð

Einstaklings-
meðferð

Mikilvægt er að meðferðin sé veitt af sálfræðingi sem hefur fengið viðeigandi þjálfun (Sjá leiðbeiningar [Roth & Pilling, 2007a](#) og [Roth og Pilling, 2007b](#); sjá einnig [handbók IAPT](#), bls.16).

Markmið

Markmið
í meðferð

Markmið eru sett með notanda við upphaf meðferðar. Leggja skal áherslu á þau áhrif sem vandinn hefur á lífsgæði og getu notanda til þess að sinna athöfnum daglegs lífs. Æskilegt er að skrá markmið í upphafi og fylgjast með áhrifum meðferðar á þau markmið.

Markmiðin geta falið í sér breytingar á hegðun en þau geta einnig falið í sér breytingar á viðhorfum sem viðhalda vanda. Árangursríkast er að hafa markmiðin skýr, mælanleg, aðgerðartengd, raunsæ og tímatengd.

Árangur er mældur reglulega með sértækum spurningalistum (sjá [kafla 5](#)).

Tímalengd viðtals

Tímalengd
viðtals

Hvert viðtal er yfirleitt bókað í 60 eða 90 mínútur eftir því hvaða meðferð er verið að veita. Í sumum tilfellum er viðtalið bókað í lengri tíma þegar það er viðeigandi fyrir meðferðina.

Staðsetning viðtals

Flest viðtöl eiga sér stað á heilsugæslustöðinni. Mikilvægt er að hægt sé að taka viðtöl utan heilsugæslustöðvar þegar það er viðeigandi fyrir meðferðina (sjá bls. 28 í [handbók IAPT](#) og [Rauch & McLean, 2021](#)).

Staðsetning
viðtals

Viðtalafjöldi

Klínískum leiðbeiningum skal fylgt varðandi heildarfjölda viðtala. Heildarfjöldi viðtala er yfirleitt á bilinu frá 10-14 (-20 fyrir alvarlegri einkenni þunglyndis) en það er mismunandi eftir greiningu og alvarleika vanda (sjá [töflu 1](#)). Eftir 4-6 viðtöl er gott að taka stöðumat til þess að fara yfir gang meðferðar: mætingar, heimavinnu, endurmeta árangur markmiða og setja upp áætlun um hve mörg viðtöl þurfi til viðbótar til að ljúka meðferð.

Fjöldi viðtala

Tímalengd á milli viðtala

Viðtöl skulu bókuð vikulega, sérstaklega fyrstu 5-8 skiptin, en í sumum tilfellum er viðeigandi að lengja tíma á milli viðtala þegar líður að lokum meðferðar í samræmi við klínískar leiðbeiningar.

Tímalengd á
milli viðtala

Lok meðferðar

Við stöðumat er æskilegt að gera áætlun um útskrift (sjá [kafla 9](#)).

Útskrift er ákveðin í samráði við notanda í ljósi líðan og lífsgæða, niðurstöðu á sértækum listum og árangri við að ná markmiðum sem sett voru í upphafi meðferðar.

Áætlun um
útskrift

Samkvæmt verklagi um þrepaskipta þjónustu er í sumum tilfellum vísað áfram í annað úrræði þegar þörf notanda er betur mætt á öðru þrepi eða öðru stigi í þjónustu.

Bakslög og eftirfylgd

Bakslags- Varnir

Bakslög eru eðlileg og mikilvægt er að gera ráð fyrir þeim við undirbúning útskriftar. Æskilegt er að byrjað sé að fylla út bakslagsvarnarbæklinga/eyðublöð fyrir lok meðferðar.

Fræðsla um bakslög er hluti af útskriftarferli og fer yfirleitt fram í útskriftarviðtali.

Ef notandi ætlar að draga úr eða hætta á lyfjum eftir að meðferð lýkur er mikilvægt að upplýsa heimilislækni og taka ákvarðanir um lyfjabreytingar í góðri samvinnu og samráði við heimilislækni/geðlækni.

Í sumum tilfellum er bókað eftirfylgdarviðtal eða símtal eftir að virkri meðferð lýkur.

9.5. Lyfjameðferð

Lyfja- meðferð

Þegar notandi er í lyfjameðferð vegna geðræns vanda við upphaf meðferðar er mikilvægt að tryggja gott samráð á milli sálfræðings og heimilislæknis. Mikilvægt er að lyfjameðferð sé ekki breytt eða hafin á meðan á meðferð stendur.

Afbókanir

9.6. Afbókanir

Til þess að meðferðin beri árangur er mikilvægt að notandi geti mætt vikulega í viðtöl í samræmi við þær klínísku leiðbeiningar sem unnið er eftir.

Æskilegt er að notandi fái afhent upplýsingablað í upphafi meðferðar þar sem verklag vegna afbókunar meðferðartíma er útskýrt.

Ef notandi þjónustunnar getur ekki tekið virkan þátt í meðferðinni getur verið að þurfi að endurskoða meðferðaráætlunina.

Viðauki 1.

Teknir hafa verið saman ýmsir þættir sem hafa haft áhrif á árangur í IAPT verkefninu. Þýtt yfirlit yfir þá má sjá í töflu hér að neðan (sjá einnig í [IAPT manual](#), bls.54).

Starfsstöðvar innan IAPT þar sem árangursmat sýnir betri árangur af meðferðum	Starfsstöðvar innan IAPT þar sem árangursmat sýnir slakari árangur af meðferðum
Stjórnun leggur áherslu á að fylgjast reglulega með árangri meðferða á uppbyggilegan hátt fyrir starfsfólk	Notendur fá fyrirfram ákveðinn fjölda fárra meðferðartíma
Starfsfólk fær endurgjöf á árangur meðferða sinna í samanburði við þjónustuna í heild sinni og aðra sálfræðinga	Notendur eru útskrifaðir áður en þeir ná tilskildum árangri í meðferð þrátt fyrir að niðurstöður matslista sýni stöðug batamerki og árangur meðferðar
Skýrt verklag er til staðar til að tryggja vellíðan starfsfólks	Vellíðan starfsmanna er ekki sérstakt áhersluatriði
Meirihluti notenda fara í gegnum meðferð (62% að meðaltali)	Sálfræðingar eru ekki meðvitaðir um eða vinna ekki út frá klínískum viðmiðum sértækra matslista
Sett er greining fyrir alla sem fá meðferð	Notendum er boðin meðferð á röngu þrepi áður en viðeigandi meðferð hefur verið reynd á lægra þrepi
Sértækir matslistar eru reglulega notaðir til að meta framgang meðferðar	Sértækir matslistar eru ekki notaðir á réttan hátt
Regluleg árangursmiðuð handleiðsla þar sem sett er upp áætlun um endurmenntun og fylgst með vellíðan starfsmannsins	Ekki sett greining á vanda notanda
Hver starfsstöð fullmönnuð með skýru verklagi og forðast að rangir hvatar séu til staðar innan kerfisins	Greining á „Blandin kvíða- og geðlæggðarröskun“ er ranglega skráð þegar notandi uppfyllir greiningarviðmið bæði fyrir þunglyndi og eina eða fleiri kvíðaröskun. Þar af leiðandi er ómögulegt að meta hvort rétt meðferð við vanda notanda hafi verið valin
Gott jafnvægi á framboði og eftirspurn á þjónustu með skýru verklagi og gæðavísun varðandi biðtíma og biðlista	Sjálfs hjálp án stuðnings er veitt þrátt fyrir að ekki sé mælt með því í klínískum leiðbeiningum
Stuttur biðtími í að hefja meðferð og án óhjálplegra tafa í meðferðarferlinu	Lágt hlutfall notenda hlýtur meðferð en hátt hlutfall notenda fær eingöngu eitt viðtal
Notendum er boðinn viðeigandi fjöldi meðferðartíma miðað við klínískar leiðbeiningar nema þeir nái bata fyrr	Lengri biðtími

Heilbrigðisstefna og aðgerðaráætlun

Heilbrigðisstefna. Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030 (2019). Stjórnarráð Íslands. Heilbrigðisráðuneytið.

<https://www.stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=879dd726-9e80-11e9-9443-005056bc4d74>

Lög og reglugerðir um heilbrigðisþjónustu

Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007. Sótt þann 12.7.2021 af

<https://www.althingi.is/lagas/nuna/2007040.html>

Reglugerð um heilbrigðisumdæmi og hlutverk, starfsemi og þjónustu heilsugæslustöðva, heilbrigðisstofnana og sjúkrahúsa nr. 1111/2020. Sótt

þann 12.7.2021 af <https://www.reglugerd.is/reglugerdir/allar/nr/1111-2020>

Lög um sjúkraskrár nr.55/2009. Sótt þann 12.7.2021 af [55/2009: Lög um sjúkraskrár | Lög | Alþingi \(althingi.is\)](#)

Lög um sjúklinga nr, 74/1997 sótt þann 30.12.2021 af [74/1997: Lög um réttindi sjúklinga | Lög | Alþingi \(althingi.is\)](#)

Fjármögnunarlíkan heilsugæslu

Fjármögnunarlíkan heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Sótt þann 12.7.2021

af: <https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit--skyrslur-og-skrar/L%C3%BDsing%20fj%C3%A1rm%C3%B6gnunar%C3%ADkans%20heilsug%C3%A6slu%20h%C3%B6fu%C3%B0borgarsv%C3%A6%C3%B0isins%202020.pdf>

Klínískar leiðbeiningar hlekkir

National Institute of Clinical Excellence: <https://www.nice.org.uk/>

Almennt verlag, algengar geðraskanir:

[1 Guidance | Common mental health problems: identification and pathways to care | Guidance | NICE](#)

<https://pathways.nice.org.uk/pathways/common-mental-health-disorders-in-primary-care#content=view-info-category%3Aview-quality-standards-menu>

Á meðgöngu: [Overview | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE](#)

Agnarsdóttir A, Eypórsdóttir Á, Einarsson E, Daníelsdóttir G, Kristjánsdóttir H, Sverrisdóttir K, Tyrfingsson P, Jónsdóttir SE, Heiðarsdóttir ÞE, Sigurðsson JF, Ársælsdóttir Þ, Ólafsdóttir H. (2011). *Þunglyndi og kvíði – klínískar leiðbeiningar*. Landspítalinn. Sótt þann 10.7.2021 af

https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/BRUNNURINN/Kliniskar-leidbeiningar/thunglyndi-og-kvidi/klin_leid_thunglyndi_kvidi_agust_2011.pdf

- Í Noregi: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon>
- Í Danmörku: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/>
- Í Svíþjóð: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/depression-och-angest/>

IAPT (Improving Access to Psychological Therapies)

Handbók IAPT: The Improving Access to Psychological Therapies Manual:

[NHS England » The Improving Access to Psychological Therapies Manual](#)

Clark, D. (2019, 13.02.) IAPT at 10: Achievements and Challenges [blog]. Sótt þann 9.7.2021 af: [NHS England » IAPT at 10: Achievements and challenges](#)

Gyani, A., Shafran, R., Layard, R. og Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 597–606. [doi:10.1016/j.brat.2013.06.004](https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.004)

Wakefield S, Kellett S, Simmonds-Buckley M, Stockton D, Bradbury A, Delgadillo J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1):1-37. doi: 10.1111/bjc.12259. Epub 2020 Jun 23. PMID: 32578231. Sótt þann 9.7.2021 af [Improving Access to Psychological Therapies \(IAPT\) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence - PubMed \(nih.gov\)](#)

Clark D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual review of clinical psychology*, 14, 159–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>

Clark, D. (n.d.). *Enhancing Recovery Rates in IAPT Services and the LTC/MUS Expansion Programme*. Psychological Professions Network. Promoting Excellence in Psychological Health and Wellbeing. https://www.nwppn.nhs.uk/attachments/article/648/David_Clark.pdf

The Improving Access to Psychological Therapies Manual – Appendices and helpful resources (síðast uppfært 2019). <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/iapt-manual-appendices-and-helpful-resources-v3.pdf>

Annað lesefni tengt IAPT, bakgrunnur:

[The Five Year Forward View for Mental Health \(england.nhs.uk\)](https://www.england.nhs.uk/longread/the-five-year-forward-view-for-mental-health/)

[fyfv-mh-one-year-on.pdf \(england.nhs.uk\)](https://www.england.nhs.uk/longread/fyfv-mh-one-year-on.pdf)

[Implementing The Five Year Forward View for Mental Health \(england.nhs.uk\)](https://www.england.nhs.uk/longread/Implementing-The-Five-Year-Forward-View-for-Mental-Health/)

[Talking therapies: A four-year plan of action \(publishing.service.gov.uk\)](https://www.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/428222/talking-therapies-a-four-year-plan-of-action.pdf)

[Commissioning stepped care for people with common mental health disorders](https://www.nhs.uk/longread/Commissioning-stepped-care-for-people-with-common-mental-health-disorders/)

Handleiðsla

Leiðbeiningar um fyrirkomulag handleiðslu sálfræðinga

Roth, A.D. & Pilling, S. (2015). *A competence Framework for the Supervision of Psychological Therapies*: Sótt þann 27.6.2021 af:

https://www.ucl.ac.uk/pals/sites/pals/files/background_document_supervision_competences_july_2015.pdf

Spurningalistar

PHQ-9

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Sótt þann 15.5.2021 af:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268/>

Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *Br J Gen Pract.* 2008 Jan;58(546):32-6. doi: 10.3399/bjgp08X263794. PMID: 18186994; PMCID: PMC2148236

Sótt þann 15.5.2021 af: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18186994/>

GAD-7

Spitzer RL Kroenke K Williams JB et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166:1092–1097.

Sótt þann 15.5.2021 af: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/>

[Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166\(10\):1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/)

Sótt þann 15.5.2021 af:

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326>

Þýðingar á PHQ9 og GAD7

<https://www.phqscreeners.com/select-screener>

CORE

https://www.coreims.co.uk/About_Core_System_Outcome_Measure.html

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

[Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD \(1990\). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 28:487-495.](#)

The Health Anxiety Inventory

[Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M.C. & Clark, D.M. \(2002\). The health anxiety inventory: The development and validation of scales for the measurement of health anxiety & hypochondriasis. *Psychological Medicine* 32: 843-853.](#)

The Social Phobia Inventory (SPIN)

[Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Foa EB, Weisler RH. \(2000\). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory \(SPIN\): a new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*. 176: 379–386.](#)

Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)

Liebowitz, MR (1987). Social Phobia. *Moderns Problems in Pharmacopsychiatry*, 22: 141-173.

[Þórhallsdóttir, EB og Viðar, ÞH \(2016\). Próffræðilegir eiginleikar íslenskra þýðinga félagskvíðakvarðanna Liebowitz Social Anxiety Scale og Social Phobia Weekly Summary Scale. Lokaverkefni til B.S. gráðu í sálfræði. Sótt þann 13.11.2021.](#)

The Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)

[Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. \(1998\). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*. 10: 206-214 <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.3.206>](#)

The Work and Social Adjustment Scale (WSAS)

[Mundt, J., Marks, I., Shear, M. & Greist, J. \(2002\). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180\(5\), 461-464. doi:10.1192/bjp.180.5.461](#)

Annað

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Agnes Agnarsdóttir. (1997). *An Examination of the need for psychological service in primary health care in Iceland*. Óbirt doktorsritgerð: Háskólinn í Surrey, Englandi. Sjá: <https://doktor.landsbokasafn.is/detail/1468>

Kristjánsdóttir, H., Einarsdóttir P.S. & Sigurðsson J.F. (2016). Getum við hjálpað fólki og sparað fjármuni með auknu aðgengi að gagnreyndri sálfræðimeðferð? *Sálfræðiritið. Tímarit Sálfræðingafélags Íslands: 20.-21.*: bls.93-102.

https://www.hirsla.lsh.is/bitstream/handle/2336/620075/7_hafrun.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Layard, R. & Clark, D.(2014). *Thrive: The Power of Evidence-based Psychological Therapies*. London: Penguin.

Embætti Landlæknis (n.d.). Sjálfsvígsforvarnir. Sótt þann 11.7.2021 af <https://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/sjalfsvigsforvarnir/>

Embætti Landlæknis (2018). Skýrsla uttekta landlæknis a Heilsugaeslu hofudborgarsvaedisins. Sótt þann 31.12.2021 af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item35502/Skyrsla%20uttekta%20a%20Heilsugaeslu%20hofudborgarsvaedisins%202018.pdf>

The British Psychological Society (2021). *Guidelines on Activity for Clinical Psychologists Relevant factors and the function and utility of job plans*. Sótt þann 11.7.2021 af <https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Member%20Networks/Divisions/DCP/Guidelines%20of%20Activity%20for%20CP%27s.pdf>

Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.

McManus S, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T. (2016). Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014. Leeds: NHS Digital. Sótt þann 24.5.2021 af <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-psychiatric-morbidity-survey/adult-psychiatric-morbidity-survey-survey-of-mental-health-and-wellbeing-england-2014>

National Health Service (n.d.). Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement. Quality, Service Improvement and Redesign Tools. Sótt þann 11.7.2021 af <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/03/qsir-plan-do-study-act.pdf>

OECD. Making Mental Health Count: The social and economic cost of neglecting mental health care. OCED Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing 2014.

Rauch, S. A. M., & McLean, C. P. (2021). In vivo exposure and neuroscience. In S. A. M. Rauch & C. P. McLean, *Retraining the brain: Applied neuroscience in exposure therapy for PTSD* (pp. 109–114). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000242-009>
<https://doi.org/10.1037/0000242-009>

Rauch, S. A. M., & McLean, C. P. (2021). In vivo exposure and neuroscience. In S. A. M. Rauch & C. P. McLean, *Retraining the brain: Applied neuroscience in exposure therapy for PTSD*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000242-000>

Ríkisendurskoðun. *Um óviðunandi bið eftir geðheilbrigðisþjónustu við börn*. Sótt þann 16.5.2021 af: <https://rikisendurskodun.is/ovidunandi-bid-eftir-geðheilbrigðisthjonustu-vid-born-og-unglinga/>

Roth, A. D. & Pilling, S. (2007a). The competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for people with depression and with anxiety disorders. Sótt þann 6.7.2021 af [82363-COI-DH Style-Behav Therapy-1 \(ucl.ac.uk\)](https://www.ucl.ac.uk/82363-COI-DH-Style-Behav-Therapy-1)

Roth, A. D. & Pilling, S. (2007b). Cognitive and behavioural therapy (CBT) for people with depression and anxiety What skills can service users expect their therapists to have? Sótt þann 6.7.2021 af [82364-COI-DH A5-CBT-1 \(ucl.ac.uk\)](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.01823.x)

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J. Clin Psychiatry*, 1998;59(suppl 20): 22-33.
<http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/1998/v59s20/v59s2005.aspx>

Sjá einnig: <https://harmresearch.org/index.php/product/mini-international-neuropsychiatric-interview-mini-7-0-2-13/>

[The Depression Report. A new deal for depression and anxiety disorders \(2006\). London School of Economics.](#) Sótt þann 31.12.21.

Thorisdóttir, K. (2011). *The prevalence of emotional disorders in primary care in Iceland - A survey among patients and general practitioners.* (Óbirt kandidatsritgerð). University of Aarhus, Denmark.

World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders / WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bulletin of the World Health Organization : the International Journal of Public Health* 2000 ; 78(4) : 413-426 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57240>

Þróunarmiðstöð Íslenskrar Heilsugæslu (n.d.) *Um okkur.* Sótt þann 11.7.2021 af <https://throunarmidstod.is/um-thih/>

