

Diagnos- och behandlingskarriärer inom barn- och ungdomspsykiatri – en studie av 20 ungdomar som inte går till skolan

Hans Ek, Rikard Eriksson

Hans Ek, socionom, KBT-terapeut, BUP, Trollhättan, NU-sjukvården,
doktorand i socialt arbete, Umeå universitet. E-post: hans.ek@vgregion.se.
Rikard Eriksson, docent, Institutionen för socialt arbete, Høgskolen i Østfold.
E-post: rikard.o.eriksson@hiof.no.

Artikeln handlar om 20 ungdomar som inte går till skolan med fokus på deras väg genom den Barn- och ungdomspsykiatriska vården. Ungdomarna i studien var mellan 13 och 17 år gamla och den omfattades av 12 flickor och åtta pojkar. Resultatet visar olika professioner inom BUP ger ungdomarna många olika diagnoser och många olika behandlingsåtgärder under en och samma vårdperiod. Vilka konsekvenser kan då detta få för ungdomarna? Det kan leda till för långa vårdperioder som ger psykisk lidande för ungdomarna, samtidigt som det påverkar deras möjligheter att fullfölja sin skolgång negativt.

The article addresses 20 adolescents who do not go to school, with a focus on their path through the Child and Youth Mental Health services (BUP). The adolescents in the study were between 13 and 17-years-old and included 12 girls and eight boys. The results show that various professions within BUP give adolescents many different diagnoses and many different treatment measures during a single treatment period. What implication does this have for the adolescents? It can lead to extremely long treatment periods that result in protracted psychological distress for adolescents, at the same time as it affects their possibilities to succeed in school negatively.

Bakgrund

Socialstyrelsen rekommenderar kontinuerligt olika riktlinjer för diagnos-sättning och val av behandlingsåtgärder inom Barn- och ungdomspsykiatri. Samtidigt har omfattningen på BUP:s arbete ökat i hela Sverige (Socialstyrelsen, 2009a; 2009b). Detta har lett till mer omfattande nationella tillsyner av BUP och exempelvis granskade man år 2009 70 enheter och 483 patientjournaler. Tillsynen visade på stora skillnader i vården och på några viktiga bristområden. Socialstyrelsen (2009a; 2009b) konstaterade att den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården var av så skiftande kvalitet, att den inte uppfyllde målet i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen (2009a; 2009b) fann stora skillnader i hur verksamheterna arbetade med kvalitet och patientsäkerhet. De granskade journalerna visade stora dokumentationsbrister. Socialstyrelsen (2009a; 2009b) bedömde att en femtedel av journalerna inte innehöll godtagbar dokumentation, vilket utgjorde en patientsäkerhetsrisk och därför bedömdes som oacceptabelt. Socialstyrelsen menar vidare att vården inom BUP strävar efter att vara systematisk och ett nyckelord i arbetet är vetenskaplig evidens. En viktig fråga i den här studien är hur den tilltagande psykiska ohälsan bland barn och ungdomar, med ökade köer för utredning och behandling på BUP, påverkar personalens möjligheter att arbeta utifrån vetenskaplig evidens (Andreasen, 2007; Cluett & Forness, 1998)? Det

tycks också vara en tendens att allt mer av BUP:s arbete fokuseras på att använda läkemedel som behandlingsåtgärd. En viktig fråga i den här utvecklingen är i vilken utsträckning man inom BUP förskriver läkemedel som Socialstyrelsen (2009a; 2009b) menar är anpassade för det växande barnet, och om det är andra mindre lämpliga psykiatriska läkemedel som förskrivs (Walkup, Labellarte, Riddle, Pine & Greenhill, 2002; Walkup, Labellarte, Riddle, Pine, Greenhill, Klein, Davies, 2003; SBU-Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005; Frances, 2013)?

Socialstyrelsen (2009a; 2009b) konstaterade att det skulle vara möjligt att följa hela vårdförloppet i en patientjournal och tillhörande administrativa patientuppgifter, men detta var inte fallet i många av de granskade journalerna. Nästan hälften av journalerna som Socialstyrelsen granskade 2009 som var från öppenvården saknade dokumenterad diagnos och de behandlingar som genomfördes följdes inte upp på ett adekvat sätt. Frågan är hur bristen på uppföljning av behandlingen påverkar ungdomarnas vårdtid och psykiska lidande (Angst, 2007; Denton, 2008; Socialstyrelsen, 2010; Socialstyrelsen, 2013; Ek & Eriksson, 2013).

Vidare har Socialstyrelsen (2009a; 2009b) metodologiska svårigheter när de ska granska BUP i ett landsting som handlar om att elektroniska patientjournaler inte rymmer alla uppgifter om patienten (Socialstyrelsen, 2009b). Landstingens vårdadministrativa system rymmer också uppgifter om patienten som är viktiga att

väga in vid en bedömning av kvaliteten på den vård ungdomarna får på BUP. Att jämföra data från det elektroniska journalsystemet med data från vårdadministrativa system är en förutsättning för att kunna skapa kunskap om ungdomarnas väg genom vården under en vårdperiod. För att kunna bedöma ungdomarnas vårdförlopp krävs en kombinerad analys, som det sällan finns tid och resurser att genomföra när Socialstyrelsen gör sina granskningar av landsting. I den här artikeln görs ett försök att just beskriva ungdomarnas väg genom vården under en vårdperiod genom att väga samman data från elektroniska patientjournaler med data från ett elektroniskt vårdadministrativt system.

Diagnos- och behandlingskarriärer

För att beskriva människor med psykiskt lidande och deras väg genom den psykiatriska vården introduceras här begreppet ”diagnos- och behandlingskarriär” som en samlande neutral kategori med syftet att visa vad som sker under en vårdperiod. Diagnos- och behandlingskarriär omfattar hur länge de öppenvårdas vid ett vårdtillfälle, hur många diagnoser de ges vid ett vårdtillfälle, vilka diagnoser de får samt hur många behandlingar som ges och vilka behandlingsåtgärder som ges vid ett vårdtillfälle. Diagnos- och behandlingskarriär rymmer också uppgifter om vilka behandlare som ställt specifika diagnoser och vilka behandlingar de valt att utföra. Genom att integrera uppgifter om diagnos-

sättning över tid vid ett vårdtillfälle med uppgifter om behandlingsåtgärder över tid vid samma vårdtillfälle blir det möjligt att generera kunskap om ungdomarna i den här studien och deras diagnos- och behandlingskarriärer. Det blir därmed möjligt att förstå deras vårdförlopp.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva och kritiskt diskutera diagnos- och behandlingskarriärer inom BUP. Studien avsåg beskriva följande delar i de diagnos- och behandlingskarriärer som 20 ungdomar som inte gick till skolan hade:

- antal dygn som en vårdperiod i öppenvården omfattade
- antalet diagnoser under en vårdperiod i öppenvården
- vilka diagnoser ungdomar med kontaktorsak skolk fick under en vårdperiod i öppenvården
- antalet olika diagnoser de fick under en vårdperiod i öppenvården
- antalet behandlingsåtgärder ungdomarna fick under en vårdperiod i öppenvården
- vilka olika behandlingsåtgärder de fick under en vårdperiod i öppenvården.

Urval och datahantering

Deltagarna i undersökningen bestod av ungdomar i åldersgruppen 13 till 17 år, 12 flickor och åtta pojkar. Ungdomarna ingick i en större studie av ”skolk” och ”skolvägran” med sammanlagt 33 deltagare. Ungdomarna var inskrivna på barn- och ungdomspsykiatrien

(BUP) i västra Sverige mellan åren 2008 till 2011. Ungdomarna valdes ut av en person som arbetar med utvecklings- och säkerhetsfrågor inom BUP. Det var ett strategiskt urval. För att analysera vårdförlopp lottades sedan 20 ungdomar från de 33 som ingick i den större studien. Lottningen genomfördes med att var och en av de 33 fick en siffra och varje enskild siffra skrevs ner på en papperslapp som lades ner i en korg. Därefter drogs 20 slumpmässiga lappar ur korgen. Den forskare som arbetade kliniskt inom verksamheten som studerades genomförde analysen

av journalerna. Analysen genomföres genom att ungdomarnas kontaktorsak skulle vara ”skolk” eller ”skolvägran”. Efter det programmerades journalen till att samla ut uppgifter om ålder, kön, symptom, diagnos, behandling. Avslutningsvis hämtades uppgifter från ett patientadministrativt data-system som handlade om vårdtid. Dessa uppgifter samlades sedan i en excelfil. Studierna har granskats av etisk kommitté i Göteborg (Dnr. Ö 37-2012). Inga personuppgifter finns med i den datafil som skapades. Datafilen lagras inlåst på den verksamhet som data hämtades från.

Tabell 1. Ungdomarnas diagnos- och behandlingsuppgifter

	Vårdtid i dygn	Antal diagnoser	Olika diagnoser	Antal behandlingar	Olika behandlingar	Ålder	Kön
Ungdom 1	301	29	5	29	5	13 år	Flicka
Ungdom 2	147	9	4	9	6	15 år	Flicka
Ungdom 3	329	21	5	21	12	16 år	Flicka
Ungdom 4	364	31	8	31	4	14 år	Flicka
Ungdom 5	252	22	6	22	5	13 år	Flicka
Ungdom 6	350	36	8	36	6	13 år	Pojke
Ungdom 7	805	53	5	53	2	16 år	Pojke
Ungdom 8	840	61	7	61	4	16 år	Pojke
Ungdom 9	434	26	3	26	4	14 år	Flicka
Ungdom 10	546	25	3	25	3	15 år	Flicka
Ungdom 11	625	14	9	40	5	14 år	Pojke
Ungdom 12	400	38	7	31	10	16 år	Pojke
Ungdom 13	200	21	8	40	3	13 år	Flicka
Ungdom 14	242	70	5	43	12	14 år	Flicka
Ungdom 15	742	71	9	70	2	16 år	Pojke
Ungdom 16	632	62	3	70	4	15 år	Pojke
Ungdom 17	800	57	8	75	3	15 år	Pojke
Ungdom 18	471	48	7	39	2	14 år	Flicka
Ungdom 19	202	31	9	31	3	15 år	Flicka
Ungdom 20	175	30	5	23	5	16 år	Flicka

Resultat

Vårdtid

I studien är medianen för att öppenvårdas inom BUP 364 dygn. ungdomarna har skolk som problematik. Den kortaste vårdtiden är 147 dygn och den längsta 840 dygn. Det förefaller därmed vara en stor variation i vårdtid för samma problematik från sex månader till nästan tre år.

Bedömning och utredning

Man skiljer mellan bedömning av patienten, som alltid genomförs av alla behandlare vid ett behandlingstillfälle, och systematisk psykologisk utredning av patienten. Bedömningen av ungdomarna i den här studien är gjorda mer eller mindre systematiskt. I vissa fall har olika skattningsskalor använts för att bedöma ungdomarnas symptom och kapacitet i vardagslivet. Bedömningen av ungdomarna har också genomförts utan validerade skattningsskalor utifrån klinisk intuition baserad på behandlarens yrkeserfarenhet i kombination med det som kallas beprövad erfarenhet, som innebär att bedömningen görs på samma sätt som varit brukligt under en längre tid inom en profession. En systematisk psykologisk utredning genomfördes enbart då behandlaren misstänkte så kallad neuropsykiatrisk problematik, som innebär att symptom och lidande hade en biologisk förankring och orsak. I den här studien föreföll val av diagnos och val av behandling göras snabbt och tidigt under vårdperioden, vilket kunde innebära att en mer systematisk bedömning av ungdomarnas situation fick stå tillbaka för ett mer intuitivt kliniskt agerande, i vilket en patient snabbt ges en F-diag-

nos och snabbt erbjuds en psykiatrisk behandling. Det höga tempot i val av diagnos- och behandlingsåtgärd kunde delvis kopplas till den kösituation, i vilken många ungdomar väntade på att bedömas och utredas, som var på BUP-kliniken i studien.

Diagnoser

Medianen för antalet diagnoser en ungdom kan ha under en öppenvårdsperiod är 31 och det största antalet diagnoser är 71 och det minsta är nio. Antalet diagnoser är relaterat till antalet behandlingstillfällen. Medianen för hur många olika diagnoser ungdomarna i studien kan ha under en vårdperiod är sex. Den som har flest olika diagnoser under en vårdperiod har nio stycken och den som har minst antal olika diagnoser under en vårdperiod har tre. En och samma patient erhåller över en öppenvårdsperiod ett flertal relativt heterogena diagnoser av lättare och tyngre sort. Diagnoserna är heterogena med betydelsen att karaktären på diagnoserna varierar i hög grad från svåra besvär till mindre svåra besvär. Diagnoserna kan också vara disparata och tillsynes oförenliga då en patient under en vårdperiod kan ha både tvångs- syndrom och impulsstörning. Studien visar också markanta svängningar mellan diametralt olika diagnoser till en och samma patient över en vårdperiod. Om vårdtiden är längre en ett och ett halvt år accelererar antalet olika diagnoser till en och samma patient.

Utredningsdiagnos och sjukdomsdiagnos

Vid val av diagnos finns det två typer: en öppnare diagnos som kallas Z och

som används initialt och som är av mer utredande karaktär. Den andra, F-diagnosen, har en mer sluten och bestämd form. Den ideala diagnos-sättningen använder i ett inledande skede av behandlingen Z-diagnos för att sedan byta till F-diagnos när bedömningen av ungdomarna genomförts vid ett flertal tillfällen över tid. Den här studien visar att ett flertal av ungdomarna erhåller en mer fast och bestämd F-diagnos redan vid första behandlingen. Den visar också att det görs få grundläggande bedömningar och utredningar innan val av diagnos- och behandling.

Behandlingar

Medianen för antalet behandlingar under en vårdperiod är 31. Max antal är 75 och den av ungdomarna som har minst antal behandlingar har nio stycken. Medianen för antalet olika behandlingsåtgärder under en och samma vårdperiod är fyra. 12 är maxantalet olika behandlingsåtgärder för en av ungdomarna under samma vårdperiod och två är det minsta antalet olika behandlingar. Den vanligaste förekommande behandlingen de 20 ungdomarna fick under sin vårdperiod var stödjande samtal, 87 gånger, som gavs av psykologer, läkare, kuratorer och sjuksköterskor. Den näst vanligaste behandlingen var Kognitiv beteendeterapi som gavs 63 gånger till samtliga ungdomar av psykologer och kuratorer. Den tredje vanligaste behandlingen som gavs till de 20 ungdomarna var läkemedel som förskrevs 54 gånger av läkare. Den minst vanliga behandlingsformen var psykodynamisk terapi som gavs 29

gånger av psykologer.

Uppföljning av behandlingens resultat

Vid genomgången av de 20 journaler som ingår i den här studien framgår en tendens som handlar om uppföljning av om genomförd behandling resulterar i att ungdomarnas symptom minskar, att deras psykiska lidande blir mindre samt att de fungerar bättre i vardagslivet. Det är utifrån en genomläsning av journalerna svårt att finna direkta formuleringar som beskriver relationen mellan de behandlingsåtgärder som utförs och hur ungdomarna mår efter behandlingen. Det är också svårt att utröna om det genomförs systematiska genomgångar av effekterna av behandlingsåtgärderna. I studien visar det sig att de kan erhålla samma behandlingsåtgärd, exempelvis samtalsterapi eller läkemedel, under en längre period som ett halvår utan att det står något om uppföljning av om de mår bättre av behandlingen.

Diskussion

Instinktiva och snabba val av diagnoser och behandlingsåtgärder

Ett viktigt resultat i den här studien handlar om professionernas till synes instinktiva och snabba val av diagnoser och behandlingsåtgärder till inom BUP. Artikeln visar att en patient under en vårdperiod kan ha en stor uppsättning diagnoser och en lika stor uppsättning behandlingsåtgärder. Den handlar också om att de diagnoser och behandlingsåtgärder som ungdomarna får inom BUP kan variera i stor omfattning under en vårdperiod. Med benämningen heterogena kategoriseringar menas att

en patient under en vårdperiod kan erhålla en relativt omfattande uppsättning diagnoser. Det betyder också att diagnoserna i vissa fall är oförenliga i en individ. Med fluktuerande åtgärder menas att en patient under en vårdperiod kan erhålla en ostadig och ojämn uppsättning behandlingsåtgärder. Vilka konsekvenser kan då de här heterogena kategoriseringarna och fluktuerande åtgärderna få för ungdomarna? Arbetssättet kan påverka hjälpen till ungdomarna negativt. De kan kastas mellan olika diagnoser från den ena dagen till den andra, de kan få fel behandling och effekterna av den behandling de får kanske inte följs upp optimalt; vilket sammantaget kan leda till för långa vårdperioder och tilltagande psykiskt lidande för patienten (Angst, 2007; Denton, 2008).

Kan det vara så att bristen på systematisk bedömning och utredning av patienten i ett tidigt skede av vårdperioden kan leda till en omfattande diagnos- och behandlingskarriär under en och samma vårdperiod. På grund av köer och tryck från skola och Socialtjänst arbetar behandlaren inom BUP i mötet med patienten mer på egen klinisk instinkt och mer kollektiv beprövad erfarenhet, än utifrån en systematiskt och vetenskapligt ansats (Andreasen, 2007).

Inom Barn och ungdomspsykiatri (BUP) finns det olika behandlingsideologier där läkarna står för ett mer biomedicinskt och neuropsykiatriskt perspektiv, medan exempelvis psykologer och socionomer står för ett mer psykosocialt perspektiv.

Detta påverkar diagnosställningen inom BUP. I det mer biomedicinska perspektivet är det viktigt att snabbt och precist kategorisera patienten med en diagnos. Inom det psykosociala perspektivet uppfattas diagnosen stigmatisera patienten (Frances, 2013).

Hur lång vårdtid är optimal för att hjälpa ungdomarna?

Hur lång vårdtid kan uppskattas vara en rimlig vårdtid för ungdomar som slutenvårdas inom BUP? Ek och Eriksson (2013) menar att ungdomar som slutenvårdas mer än 1,5 år erhåller en accelererande uppsättning diagnoser och behandlingsåtgärder som inte tycks ge någon betydande förbättring av ungdomarnas symptom, lidande och förmåga att klara av vardagslivets krav.

Problematisk användning av läkemedel

Socialstyrelsen (2010) vill att BUP skall vara restriktiva när det gäller förskrivning av läkemedel till barn- och ungdomar som har psykiska problem. Internationell forskning visar bland annat att våldsbrott och suicid ökar vid omfattande förskrivning av ångest- och depressionshämmande läkemedel (SSRI-preparat). I klinisk praxis följs inte Socialstyrelsens riktlinjer för läkemedel inom BUP, istället förskrivs också andra läkemedel som även används inom vuxenpsykiatri. Under senare tid har också Concerta börjat ersättas med ett nyare och tyngre preparat Elvanse vid behandling av ADHD. En viktig fråga är hur barn- och ungdomar som behandlas med det nya preparatet påverkas över tid (Socialstyrelsen, 2009a; 2009b; Social-

styrelsen, 2013; Socialstyrelsen, 2010).

Socialstyrelsen (2010) rekommenderar att Fluoxetin, Sertalin och Paroxetin skall användas av barn och ungdomar med ångest och depression. Enligt journalerna har många av barnen och ungdomarna andra läkemedel än de som Socialstyrelsen rekommenderat. Fluoxetin, Sertralin och Paroxiten är det enda SSRI-preparat (Serotonine Selective Reuptake inhibitors) som är godkänt för barn och ungdomar. Det har uppmärksammats i studier att SSRI-preparaten ökar risken för suicid och självskadande beteende. Många länder i Europa har förbjudit dessa läkemedel bland barn och ungdomar (SBU, Statens beredning för medicinsk behandling, 2005).

Brister i uppföljning av behandlingsåtgärder

Anmärkningsvärt är att efter insättning av ett nytt läkemedel var läkarkontakten bristfällig. Det kunde ta flera månader innan ungdomarna fick träffa en läkare för kontroll och uppföljning. Dock gjordes många av dessa kontroller av sjuksköterskor på mottagningen. Enligt beprövad erfarenhet är det viktigt att läkaren följer upp ordinationer kontinuerligt då många av dessa läkemedel har biverkningar. Det är också viktigt att föräldrarna och ungdomarna får svar på funderingar om läkarens bedömning. Samma brister i uppföljningen av behandling gäller för olika former av psykologisk behandling som psykodynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi. Därmed följer inte behandlingen rekommendationer från Socialstyrelsen (2010) som anmodar BUP att genomföra kontinuerliga och

täta uppföljningar av behandlingars effekter. Vid genomgången av de 20 ungdomarna framkom också att de rekommendationer från Socialstyrelsen som handlar om vilka behandlingar som bestämts vara mest lämpade för en specifik diagnos inte efterföljs. En konsekvens av detta skulle kunna vara att en patients diagnos- och behandlingskarriär blir både för lång och för varierande, vilket i sin tur kan leda till att ungdomarna ”fastnar i systemet”, deras liv psykiatriseras (Socialstyrelsen, 2009a; 2009b).

Konklusion

Den här studien visar att behandlare, oberoende av professionstillhörighet, fattar instinktiva och snabba val av diagnoser och behandlingsåtgärder samt att det föreligger brister i uppföljningen av behandlingsåtgärder. Den visar också att BUP utför en problematisk användning av läkemedel och att en vårdtid som överskrider 1,5 år tenderar att försvåra ungdomarnas tillfrisknande (Ek & Eriksson, 2013; Socialstyrelsen, 2009a; 2009b). När BUP samverkar med Socialtjänsten, som ska ha ett mer systemiskt perspektiv på ungdomarnas problem, förefaller Socialtjänsten istället anamma en psykiatriserad förståelse av ungdomarnas problem. Resultatet visar också att olika professioner inom BUP ger ungdomarna många olika diagnoser och många olika behandlingsåtgärder under en och samma vårdperiod. Vilka konsekvenser kan då detta få för ungdomarna? Det kan leda till för långa vårdperioder som ger ett utdraget psykiskt lidande för ungdomarna, samtidigt som det påverkar deras

möjligheter att fullfölja sin skolgång negativt. Den utdragna vårdperioden kan också generera nya sekundära problem och diagnoser och placerar ungdomarna i en ond cirkel där det faktum att de på grund av oklarheter i utredning, diagnos och behandling fortsatt vårdas inom BUP, och att det skapar symptom som genererar nya diagnoser och nya behandlingar. En konsekvens av detta kan bli att både ungdomar och föräldrar tappar tilltron till BUP samtidigt som de förlorar motivationen att vara följsamma till de behandlingsåtgärder som de blir erbjudna. De diagnos- och behandlingskarriärer som framträder i den här studien är mycket splittrade och heterogena och en viktig klinisk fråga är hur BUP skall utvecklas för att skapa en mer samlad och homogen praktik i framtiden?

Referenser

- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bull*, 33:108-12. doi: 10.1093/schbul/sbl054.
- Angst, J. (2007). Psychiatric diagnosis: the weak component of modern research. *World Psychiatry*, 6:94-5. PMID: PMC2219900.
- Cluett, S. E., & Forness, S. R. (1998). Consequences of differential diagnostic criteria on identification rates of children with emotional or behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6, 130-140. doi: 10.1177/106342669800600301
- Denton, D. D. (2008). *Naming the pain and guiding the care: the central tasks of diagnosis*. Lanham: University Press of America. ISBN: 0761841822, 9780761841821.
- Ek, H., & Eriksson, R. (2013). School refusal and School phobia: Psychological factors behind truancy, school phobia and school refusal: a literature study. *Child & Family Behavior Therapy* 35,228-248. doi: 10.1080/07317107.2013.818899.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. (1st ed.) New York: William Morrow. ISBN: 978-0-06-222926-7.
- SBU. *Behandling av ångestsyndrom, Volym 2*. (2005). En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) Rapport nr 171/2. ISBN 91-85413-05-4.
- SFS (1982:763). *Hälsa- och sjukvårdslagen*. Regeringskansliet. Socialdepartementet. Stockholm. Regeringskansliet Lagrummet.se.
- Socialstyrelsen. (2009a). *Barn- och ungdomspsykiatri – Vård på olika villkor*. Rapport från nationell till syn. Artikel nr: 2009-126-151.
- Socialstyrelsen. (2009b). *Barn- och ungdomspsykiatriens metoder – En nationell inventering*. Artikel nr: 2009-126-146.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning*. Artikel nr: 2010-3-4.
- Socialstyrelsen. (2013). *Tillgänglighetsåtgärder för barn och unga med psykisk ohälsa – Uppföljning av landstingens insatser*. Artikel nr: 2013-9-14.
- Walkup, J., Labellarte, M., Riddle, M.A., Pine, D.S., Greenhill, L., Fairbanks, J., et al (2002). Treatment of pediatric anxiety disorders: Units on pediatric psychopharmacology anxiety study. *Journal of child and Adolescent psychopharmacology*, 12, 175-188. PMID:12427292.
- Walkup J.T., Labellarte M.J., Riddle M.A., Pine D., Greenhill L., Klein R., Davies M., Sweeney M., Fu C., Abikoff H., Hack S., Klee B., McCracken J., Bergman L., Piacentini J., March J., Compton S., Robinson J., O'Hara T., Baker S., Vitiello B., Ritz L., Roper M. (2003). Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. Searching for moderators and mediators of pharmacological treatment effects in children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry*, 42, 13, 13-21. PMID: 12500072.