

SYNPUNKTER PÅ SOCIALSTYRELSENS NATIONELLA RIKTLINJER FÖR VÅRD VID DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM - REMISSVERSION

Stockholm den 23 mars 2017

Marie Åsberg, Karolinska Institutet, Rolf Holmqvist, Linköpings Universitet, Christer Sandahl, Karolinska Institutet, Alexander Wilczek, Psykitariska kliniken Ersta sjukhus och Karolinska Institutet, Peter Lilliengren, privatpraktiserande och Malin Bäck, Psykiatriska kliniken i Värnamo och Linköpings Universitet

Vi vill understryka att riktlinjeförslaget lyfter fram många åtgärder som vi står bakom, som till exempel de föreslagna rekommendationerna vad gäller bedömning av vårdbehov, samsjuklighet och diagnostik och riktlinjernas tydlighet vad gäller behovet att bygga ut möjligheterna till psykologisk behandling vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av egentlig depression och ångestsyndrom.

Det finns emellertid allvarliga negativa konsekvenser av riktlinjerna som vi anser att det är angeläget att lyfta fram. Riktlinjerna bygger tyvärr på den felaktiga slutsatsen, som man menar kan dras från forskningen, att kognitiv beteendeterapi (KBT) och i viss utsträckning interpersonell terapi (IPT) har den bästa effekten och huvudsakligen bör rekommenderas vid dessa tillstånd.

I strikt mening kan man inte dra några slutsatser av den forskning som finns där man jämfört olika psykologiska metoder för behandling av depression och ångest, av den enkla anledningen att samtliga genomförda studier har för svag statistisk "power" för att kunna påvisa skillnader (Cristea & Cuijpers, 2017). Samtidigt kan man konstatera att det finns ett stort antal enskilda studier och metaanalyser av KBT, IPT och psykodynamisk psykoterapi (PDT) för olika psykiatriska tillstånd som ger användbar kunskap för att bedöma deras effekter. Inte i någon av dessa kan man påvisa att KBT skulle vara överlägsen andra psykologiska behandlingsmetoder (Wampold et al., 2017). Det finns mer än 400 RCT-studier av olika former av psykoterapi för depression. Av resultaten från dessa kan man dra slutsatserna att psykologisk behandling är verksamt för dessa tillstånd, att effekterna inte skiljer sig eller skiljer sig marginellt mellan metoder och att kombinerad behandling med psykofarmaka och psykoterapi är överlägset bara psykoterapi eller bara medicinering (Cuijpers, 2016). Vi vet att olika behandlingar är ungefär lika effektiva, men vi vet mycket lite om vilka patienter som blir bäst hjälpta av olika behandlingar (Cuijpers, 2016). Många patienter avbryter sin behandling i förtid och många återinsjuknar (Lambert, 2013). Vi vet också att vissa terapeuter är mer framgångsrika än andra och att vi kan förklara en betydande andel av variansen i utfall med terapeutvariabler, men högst någon procent utifrån psykologisk metod (Baldwin & Imel, 2013).

För att bli skickligare på att hjälpa patienter behöver vi med andra ord ökad kunskap om 1. Hur man kan anpassa behandling till patienters individuella behov, 2. Hur man kan matcha patienter med lämplig behandlare och lämpligt format (individ-, grupp-, internet- eller familjeterapi) och inte minst 3. Hur man kan lära de terapeuter som inte lyckas lika bra som de bästa, att utveckla sin förmåga. Detta är kliniskt relevanta frågor som forskningen inte ännu har några entydiga svar på,

men att problematisera området kan ha ett värde i riktlinjer för att ge en balanserad bild av relevanta faktorerers betydelse. Praktiker och beslutsfattare behöver vara medvetna om att det är frågor man måste förhålla sig till. Att däremot med hänvisning till forskning påstå att en psykologisk behandlingsmetod är generellt överlägsen andra, kan dessvärre bara jämföras med ideologiproduktion och inte med vetenskap.

Det finns således inget vetenskapligt stöd eller evidens för rekommendationen att psykologisk behandling framförallt ska ges i form av KBT. Om den rekommendationen skulle vara kvar i de slutgiltiga riktlinjerna kommer det inte bara att undergräva förtroendet för Socialstyrelsen utan dessutom få förödande konsekvenser för patienterna och för professionen.

Ungefär hälften av de patienter som erbjuds behandling med en metod (PDT, IPT eller KBT) kommer att bli hjälpta. Från forskning kan vi ännu inte avgöra om det är 1. Samma patienter som har nytta av olika behandlingar eller om 2. Vissa patienter har bättre nytta av en metod och andra får hjälp genom en annan metod. Det finns sannolikt en viss överlappning, men baserat på samlad erfarenhet och den forskning som finns skulle nog de flesta anta att hypotes 2 är den mest troliga. Många skulle nog också anse att många patienter kan ha god initial nytta av KBT, men att IPT och PDT kan användas i ett senare skede för att ta itu med nya problem som aktualiseras och för att vidmakthålla den förbättring som skett genom den första interventionen.

Det är helt i linje med vad som kan anses vara evidensbaserat från ett vetenskapligt perspektiv att erbjuda patienter att välja mellan olika behandlingsalternativ vid olika tidpunkter i dessa ofta långvariga tillstånd. Det är det tydligaste resultatet av den ackumulerade kunskapen om psykologisk behandling vid depression och ångest.

Ett kliniskt arbete med en sådan profil skulle också motsvara patientlagens krav på valfrihet. Det får också stöd i det faktum att i länder där valfrihet finns och där även längre behandlingar ingår i utbudet, som i till exempel Tyskland och Finland, tycks sjukskrivningstalen minska. Det gör de inte i länder som rekommenderar ett begränsat utbud av psykologiska behandlingsmetoder, som till exempel England och Sverige.

Att däremot bara erbjuda KBT som psykologisk behandling skulle innebära att många patienter inte blir hjälpta, särskilt med tanke på den stora andel patienter som avbryter behandling i KBT. Andelen drop-outs har dessutom en tendens att öka när patienter inte har en valmöjlighet.

Riktlinjerna vänder sig till chefer och beslutsfattare "på gruppnivå". Avsikten är att resurser ska omfördelas i enlighet med förslaget. Riktlinjerna ska inte, sägs det, påverka det kliniska arbetet på individnivå. Tyvärr har riktlinjerna en mycket stark påverkan även på det kliniska arbetet, vare sig det är avsikten eller inte. Trots att de nya riktlinjerna endast föreligger i remissversion kan man redan se effekter av dem. Upphandlingar vinnas av de företag som bara har satsat på behandlingsmodeller som får högst prioritet. Tjänster inrättas som är inriktade på en enda behandlingsform. På psykologutbildningar får studenterna höra från sina lärare med KBT-profil, att det är oetiskt att i sin utbildning välja terapimetoder som inte rankats högst av Socialstyrelsen och att de som väljer sådana aldrig kommer att få jobb.

Många erfarna och skickliga behandlare med PDT-profil skulle komma att behöva vidareutbilda sig i KBT. Det kan ha positiva effekter i form av ökad förståelse och respekt mellan professionella med olika inriktning, men lär inte påverka det faktiska kliniska arbetet i någon större utsträckning och det är ett dåligt resursutnyttjande. Ännu sämre kan det bli om dessa erfarna behandlare inte erbjuds

arbete i nya upphandlade verksamheter med en ensidig KBT-orientering, vilket är en sannolik konsekvens av de föreslagna riktlinjerna.

Historiskt har det funnits en allvarlig konflikt mellan olika skolbildningar inom området. Inom akademien är konflikter av detta slag en del av hur det ska vara. Åsikter, vetenskapliga perspektiv och värderingar ska nötas mot varandra men ibland leder det tyvärr till låsta positioner mellan personer och grupperingar. Efter många år av urspårade konflikter av denna art är situationen idag helt annorlunda på de flesta universitet i Sverige. Det finns en respekt och en nyfikenhet att lära av varandra.

Även i de flesta kliniska sammanhang är samarbetet mellan personer med olika terapeutisk inriktning numera välfungerande. Man remitterar patienter till varandra och är intresserad av att hitta de bästa vägarna att komplettera varandras kompetenser för största patientnytta. Det finns naturligtvis undantag, inte minst i verksamheter med övermäktiga krav på produktion och med ägare som marknadsför tjänster med en snäv profil.

Den i huvudsak positiva utvecklingen med ökad förståelse och samverkan mellan representanter för olika synsätt inom psykiatri och primärvård kommer att stanna upp om riktlinjeförslaget går igenom. Konflikterna kommer att förvärras genom den konkurrens om tjänster och utbildningar som kommer att uppstå.

Kvalitén på vården kommer att försämrans men dessvärre även arbetsmiljön, bland annat genom underblåsandet av gamla konflikter. Det kommer att slå tillbaka i en ond cirkel så att kvalitén på vården försämrans ytterligare genom ökad personalomsättning, sjukskrivning bland personal och därmed minskat engagemang och kontinuitet för patienterna.

Som riktlinjerna nu är formulerade kommer de att upplevas som irrelevanta av många kliniskt verksamma. De är inte i överensstämmelse med dessa praktikers verklighetsbild. Det kommer att bidra till minskat förtroende och tillit till ledningen på alla nivåer, vilket i sin tur tvingar fram styrningsmodeller som bygger på maktutövning och disciplin istället för på auktoritet. Auktoritet förtjänar man genom omdömesgillt och etiskt handlande, som bygger på insikter i verksamhetens förutsättningar och lyhörddhet för komplexiteten i uppdraget.

Från implementeringsforskning vet vi att riktlinjer som drivs igenom med makt och disciplin istället för att baseras på tillit och auktoritet är dömda att misslyckas. Det betyder inte att riktlinjerna inte har betydelse. Tvärtom visar implementeringsforskning att de med stor sannolikhet får stort genomslag, men inte på det sätt som var avsett och med helt oförutsägbara kostnader i form av dåligt resursutnyttjande och försämrad kvalitet i vården. Detta kommer inte att bidra till att öka förtroendet för Socialstyrelsen.

REFERENSER

Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist Effects: Findings and Methods I M. J. Lambert, (red), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 6th Edition* (ss. 258 – 297). New York: Wiley.

Cristea, I. A., & Cuijpers, P. (2017). In the pursuit of truth, we should not prioritize correlational over causal evidence. *Psychotherapy Research, 27*, 36-37.

Cuijpers, P. (2016). The future of psychotherapy research: stop the waste and focus on issues that matter. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25, 291–294.

Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy, I M. J. Lambert, (red), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 6th Edition* (ss. 169-218). New York: Wiley.

Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., ... Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14–32.