

## **Psykiatercentrums förslag för förbättrad vård vid psykisk ohälsa, augusti 2024**

Den psykiska ohälsan växer i Sverige. 20 % av kvinnorna och 14 % av männen upplever ett nedsatt psykiskt välbefinnande. En andel som ökat under de senaste 10 åren så att psykiatriska diagnoser nu utgör den största orsaken till sjukskrivningar. Samhällets totalkostnad för den psykiska ohälsan beräknas till mer än 230 miljarder per år.

Utvecklingen sammanfaller med att psykiatrin i allt högre grad infört så kallade evidensbaserade metoder. I praktiken har detta lett till att psykiatrin huvudsakligen erbjuder farmakologisk behandling. I dag behandlas till exempel över 10 % av befolkningen med antidepressiva läkemedel. Av dessa hade 2019 60 % behandlats i nio år eller längre. Utöver läkemedel erbjuds en mindre andel patienter en kort manualbaserad psykologisk behandling, ofta baserad på kognitiv beteendeterapi (KBT). Alternativ som längre psykoterapier och psykoterapier med annan inriktning erbjuds sällan.

### **Problem med nuvarande modell för vård vid psykisk ohälsa**

Dagens vårdmodell har inte förmått bromsa den negativa utvecklingen. Vi menar att detta till del beror på att den inte tar hänsyn till all aktuell vetenskap. Fyra exempel på detta är:

- a) ökade kostnader för sjukskrivningar
- b) självmord som hade kunnat undvikas
- c) ensidig vård där insatser inte passar patienten
- d) biverkningar och beroende

Sverige har valt en modell för psykoterapi som är bevisat ineffektiv. Den svenska modellen avviker dessutom i viktiga avseende från vad som gäller inom EU generellt. Detta belyses två avsnitt nedan:

- e) ineffektiva respektive effektiva storskaligt prövade modeller för psykologisk behandling
- f) Svenska riktlinjer avviker från aktuella riktlinjer i övriga EU.

För att få en bättre vård i linje med aktuell forskning, andra EU-länder och patientönskemål behöver vården vid psykisk ohälsa förändras. Det behövs mer psykoterapi och längre psykoterapier för de som behöver, en större bredd i metodutbudet och mindre fokus på läkemedel.

### **Psykiatercentrums förslag**

Vi har genom åren sett en mängd kloka förslag för att reformera vården vid psykisk ohälsa i Sverige mot ökat fokus på psykoterapi och andra psykologiska insatser. Gemensamt för flertalet av dessa försök är att de inte alls kommit i gång eller blivit kortvariga.

Vår analys är att detta beror på att flertalet försök skett inom ramen för en sjukvård som är inriktad på biologiska behandlingar och därför inte anpassad för psykiaterapeutiska behandlingar. Vår analys stärks av att de varaktiga förändringar mot mer psykiaterapeutiskt inriktad vård vi sett alla bygger på system som är helt eller delvis fristående från den vanliga sjukvården. Ett exempel är Region Skåne där man på primärvårdsnivå skapat en välfungerande och hållbar modell för psykoterapi som bygger på att psykoterapi erbjuds utanför sjukvårdens organisation. Vi kan också se att länder som på ett framgångsrikt och uthålligt sätt skapat god tillgång till psykoterapi har valt att lägga den utanför den biologiska sjukvården. Två exempel är Tyskland och Finland.

Mot den bakgrunden förslår Psykiatercentrum att vi i Sverige inrättar ett nationellt system där behandling hos legitimerade psykiaterapeuter ersätts av allmänna medel där patienten betalar som vid ett besök inom somatisk vård.

### **a) Sjukskrivningar vid psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa utgör 46 % av alla sjukskrivningar i Sverige, en ökning med 129 % från 2011 till 2017. Psykiatriska diagnoser utgör den största andelen av alla sjukskrivna och varar längre än andra sjukfall (Försäkringskassan, 2017). 2019 berodde 45 % av sjukfall längre än 60 dagar för kvinnor på psykiatriska svårigheter och 33 % av för män. Genomsnittslängden för sjukskrivningar vid psykiatriska diagnoser är 90 dagar vilket är nästa dubbelt så lång tid som genomsnittet för övriga diagnoser.

Den i vanligaste behandlingen vid psykisk ohälsa är antidepressiva läkemedel. 10,7 % av befolkningen (1 109 540 personer) behandlas med SSRI/SNRI idag (2021), en ökning med 30 % sedan 2006. Användningen är 1,5 gånger högre än genomsnittet i OECD. Ett viktigt mål vid all behandling av psykisk ohälsa är att utöver att förbättra måendet även öka funktionsförmågan vilket bland annat innebär att bryta pågående sjukskrivning och förhindra förnyad sjukskrivning.

### **Vad säger forskning om hur olika behandlingsalternativ påverkar sjukskrivningstalen?**

Studier som undersökt hur sjukskrivningstalen vid psykisk ohälsa förändras efter insatt behandling visar att sjukskrivningstalen är oförändrade eller ökar efter insatt medicinering med antidepressiva. För psykoterapi är sjukskrivningstalen oftast lägre efter avslutad behandling (1,2).

Två tyska studier kan illustrera detta: I den första följdes 8 891 patienter från ett år innan påbörjad behandling med antidepressiva till ett år efter (3). Man skilde på patienter som haft ett antidepressivt läkemedel under hela perioden respektive patienter som haft flera olika antidepressiva under perioden. För båda grupperna fördubblades sjukskrivningstalen första kvartalet efter insättning. Sjukskrivningstalen sjönk sedan och efter ett år var den för de som fått ett antidepressivt läkemedel lika hög som innan insättning. För de som fått mer än ett preparat var sjukskrivningsdagarna fortfarande drygt 50 % fler efter ett år än de var innan behandling.

I den andra studien jämfördes sjukskrivningstalen patienter som fått korttidsterapi (högst 25 gånger), antingen psykodynamisk (PDT) eller KBT (3). Patienterna matchades avseende diagnos, ålder med mera. I studien inkluderades 14 530 patienter som fått PDT och lika många som fått KBT. Året innan behandling hade PDT patienterna i snitt 35,05 sjukdagar och KBT patienterna 33,66. Året efter behandling hade PDT patienterna i snitt 20,95 sjukdagar och KBT patienterna 20,03 vilket motsvarar en minskning av antalet sjukdagar med cirka 40 %. PDT och KBT var lika effektiva.

### **Slutsats**

En sjukvårdsorganisation med fokus på läkemedel och i mindre grad korta psykologiska insatser kommer att leda till fler sjukskrivningar. För att vända utvecklingen krävs en omorientering av vården med fokus på psykoterapi. Den psykoterapi som då erbjuds måste vara längre än vad som varit fallet i tidigare satsningar i Sverige. Ett exempel är att behandlingar inom ramen för rehabgarantin varade i genomsnitt 7,7 sessioner. Detta ledde inte till någon minskning av antal sjukdagar. I det tyska exemplet var behandlingstiden högst 25 timmar vilket minskade antalet sjukdagar.

En viktig lärdom är att de metoder psykoterapeuter använder är till god hjälp även för att minska sjukskrivningstalen men detta förutsätter att psykoterapeuten får anpassa metoden till den unika patienten snarare än att slaviskt följa en manual som specificerar antalet samtal.

(1) *Nieuwenhuijsen K, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 10. Art. No.: CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub4.*

(2) *Gaspar et al. The influence of antidepressant and psychotherapy treatment adherence on future work leaves for patients with major depressive disorder BMC Psychiatry (2020) 20:320 <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02731-9>*

(3) Kasper S et al (2021) Predictors of sick leave days in patients affected by major depressive disorder receiving antidepressant treatment in general practice setting in Germany, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 25:4, 393-402, DOI: 10.1080/13651501.2021.1972120

(4) Bothe T, Basedow F, Kröger C, Enders D (2023). Sick leave before, during, and after short-term outpatient psychotherapy: a cohort study on sick leave days and health care costs between behavioral and psychodynamic psychotherapies on anonymized claims data. *Psychological Medicine* 1–9. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003094>

## b) Undvikbara självmord

Den vanligaste interventionen läkare ger till en patient efter självmordsförsök är sannolikt insättning av antidepressiva läkemedel. När läkare (1) och Socialstyrelsen (2) motiverar denna praktik hävdar de ofta att läkarmedverkan och antidepressiva **räddar** liv. Denna inriktning på vården vid självmordsrisk med fokus på läkare och antidepressiva läkemedel saknar stöd i forskning.

I en aktuell metaanalys (3) av studier där patienter slumpmässigt fördelats till antidepressiva eller placebo framkommer att risken för självmord eller självmordsförsök är cirka 2,5 gånger så hög för patienter som får antidepressiva jämfört med för de som får placebo.

En liknande riskökning ses i observationsstudier. En metaanalys (4) av observationsstudier med totalt 1,45 miljoner patienter visade att antidepressiva kan kopplas till högre självmordsrisk. Studier utan finansiella kopplingar till läkemedelsbolag visar att risken för självmord fördubblas. Studier med finansiella kopplingar visar ingen ökad självmordsrisk men inte heller någon minskning.

Studier där patienter slumpmässigt fördelats till psykoterapi eller kontroll visar något helt annat. I en översikt av forskningen fram till 2020 ingick 18 studier med totalt 1990 patienter. Psykoterapi minskade risken för självmordsförsök med 44 % vid uppföljningstider upp till 24 månader (5).

Liknande resultat visades i en dansk naturalistisk studie där 5678 patienter som fått psykoterapi vid minst ett tillfälle efter ett självmordsförsök eller självska deepisod jämfördes med 17 034 patienter som inte fick det (6). Patienterna följdes upp i 20 år. Antalet patienter som behövde ges psykoterapi för att förhindra ett självmordsförsök var 39 och för att förhindra ett dödsfall 37.

En aktuell metaanalys av studier där patienter slumpmässigt fördelats till enbart psykoterapi, enbart antidepressiva eller en kombination stärker bilden ytterligare (7). Analysen visade att patienter som fick enbart psykoterapi löpte cirka 50 % mindre risk att råka ut för en allvarlig biverkning som självmordsförsök eller inläggning i psykiatrisk slutenvård jämfört med de som fick enbart antidepressiva eller psykoterapi i kombination med antidepressiva.

## Slutsats

Den insats som oftast ges efter självmordsförsök, läkaruppföljning och antidepressiva, leder till ökad självmordsrisk. Den insats som skulle kunna förebygga självmord, snabb kontakt med psykoterapeut, ges endast i undantagsfall.

(1) <https://sverigesradio.se/artikel/tre-specialister-sagar-bups-uppfoljning-av-11-ariga-brynas-antidepressiva>

(2) <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/brister-i-varden-for-patienter-som-avsiktligt-skadat-sig-sjalva/>

(3) Hengartner M, Plöderl M, *Psychother Psychosom* 2019;88:247–248, *Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk in Randomized Controlled Trials: A Re-Analysis of the FDA Database*,

- (4) Hengartner MP, et al. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies, *J Epidemiol Community Health* 2021;75:523–530. doi:10.1136/jech-2020-214611
- (5) Sobanski, T. et al (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: A systematic review. *Psychological Medicine*, 51(15), 2525-2540. doi:10.1017/S0033291721003081
- (6) Erlangsen A et al. Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching, *THE LANCET PSYCHIATRY*, 2014-D-14-00368.
- (7) Zainal, N. H. (in press). Is combined antidepressant medication (ADM) and psychotherapy better than either monotherapy at preventing suicide attempts and other psychiatric serious adverse events for depressed patients? A rare events meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2023.

### c) Ensidig vård ger sämre resultat

Ett påtagligt problem med dagens vård är att patienter i praktiken endast kan välja mellan psykofarmaka och i viss mån kortare KBT. Ändå är det uppenbart att detta inte har stöd i forskning och inte är vad patienterna själva vill.

75 % av alla patienter föredrar psykoterapi framför psykofarmaka (1). Trots det erbjuds flertalet patienter i Sverige endast farmakologisk behandling. Ändå visar forskning att det är nästan dubbelt så vanligt med avhopp hos patienter som inte får den behandlingsmetod de önskar. Detta gäller även patienter som inte får den psykoterapimetod de önskar. Dessutom blir behandlingseffekten större om patienten får en behandling hen trivs med (2).

Forskningsresultaten stämmer väl med patientreaktioner på de nationella riktlinjerna för depression och ångest. Uppropet "Rör inte min terapi" fick över 11 000 underskrifter av patienter som ville att den psykoterapi som hjälpt dem, till exempel PDT, skulle få finnas kvar. Ett annat exempel är RSMH:s kritik där man bland annat skrev "Riktlinjerna lägger för stor vikt vid läkemedelsbehandling och KBT och erbjuder i mycket liten utsträckning alternativ". Dessa kritiska synpunkter från patienter och patientorganisationer påverkade inte riktlinjernas utformning. När Socialstyrelsen talar om vikten av patientinflytande tycks man mena vikten av att ta in synpunkter som stöttar Socialstyrelsens bild.

### Slutsats

En ensidig psykiatri uppnår sämre resultat än en psykiatri som erbjuder fler behandlingsalternativ. Ändå drivs den svenska vården mer och mer mot ensidighet. Mindre fokus på läkemedel och mer på psykoterapi med en mångfald av psykoterapimetoder behövs för en bättre psykiatri.

- (1) *World Psychiatry*. 2021 Oct; 20(3): 316–317, Published online 2021 Sep 9. doi: 10.1002/wps.20912, The importance of listening to patient preferences when making mental health care decisions, Joshua K. Swift, 1 Rhett H. Mullins, 1 Elizabeth A. Penix, 1 Katharine L. Roth, 1 and Wilson T. Trusty 1
- (2) Swift JK, Callahan JL, Cooper M, Parkin SR: The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *J. clin. Psychol.* 2018; 74: 1924-1937.

### d) Biverkningar och beroende

Den svenska sjukvården vid psykisk sjukdom/ohälsa tar liten eller ingen hänsyn till biverkningar och risk för beroendeutveckling när behandlingsrekommendationer tas fram. Detta snedvrider vården eftersom en nytta – skada analys rimligen borde minska användandet av behandlingar med stor risk för biverkningar och beroende.

Behandling med psykofarmaka har ökat kraftigt de senaste decennierna. En genomgång av data från Socialstyrelsen, 2022 visar följande: Mellan 2006 och 2021 ökade förskrivningen av antidepressiva med 30 %, antipsykotika med 33 %, sömn- och lugnande medel med 17 % och centralstimulantia med 1 000 %. För samtliga gäller att ökningen varit som störst för barn och unga. 2021 behandlades 10,7 % av befolkningen med antidepressiva och 8,3 % med sömn- eller lugnande medel.

Alla läkemedel har kända biverkningar. Här går vi närmare igenom biverkningar för antidepressiva eftersom de berör så många svenskar. Vad gäller effekt på depression är det tveksamt om antidepressiva är kliniskt meningsfullt bättre än placebo. Till detta kommer att nästan inga studier som jämför antidepressiva med placebo mäter hur patienternas liv påverkats till exempel vad gäller arbetsförmåga. Det saknas RCT-studier av behandlingstider på mer än ett år (1). Kliniskt är ett vanligt intryck att mycket av effekten av antidepressiva handlar om att patienter upplever en distans till både sitt lidande och till livet i övrigt.

Enligt FASS är biverkan i form av yrsel, huvudvärk, sömnproblem, muntorrhet, illamående, sexuella problem och trötthet mycket vanliga (>10%). Viktuppgång, ångest, depression och ökad självmordsbenägenhet är vanliga (>1%).

Ytterligare ett allvarligt problem med antidepressiva är att de för omkring hälften av patienterna ger abstinensbesvär när de slutar med läkemedlet. Besvären skattas som mycket svåra av en majoritet av patienter och varar oftast i sex till tolv veckor (2). Risken för abstinens ökar med längden på behandling men redan vid 1 till 2 års behandlingstid lyckas knappt hälften av besvärsfria, motiverade patienter sluta med antidepressiva trots att de får psykologiskt stöd för att klara av att sluta (3).

Rekommendationsgraden för antidepressiva i nationella riktlinjer tar inte hänsyn till biverkningar, beroende eller de kostnader detta för med sig. Detta trots att biverkningarna är allvarliga och att beroendet troligen är huvudorsak till de oftast decennielånga behandlingarna. Om hänsyn tas till detta blir slutsatsen att antidepressiva nästan alltid är sämre och dyrare än psykoterapi.

Kliniskt informeras nästan inga patienter om beroenderisken inför insättandet eller när de vill sluta med antidepressiva. I stället tolkas abstinens oftast som tecken på att grundsymtomen återkommer och patienten uppmuntras att fortsätta med antidepressiva trots att det enda antidepressiva nu behandlar är abstinenssymtomen.

Att antidepressiva som har liten effekt, många biverkningar och skapar beroende ändå dominerar behandlingsutbudet är särskilt allvarligt eftersom det finns ett alternativ som är effektivare och inte beroendeframkallande nämligen psykoterapi. Forskning visar att om psykoterapi ges som första insats ökar chansen till symptomfrihet efter ett år med 50 % jämfört med antidepressiva (4). Vid måttlig till svår depression ökar effekten något om man kombinerar psykoterapi med antidepressiva (5) men detta måste då vägas mot de besvärande biverkningarna med antidepressiva och den ökade självmordsrisken. Vad gäller val av psykoterapiform så visar all forskning att alla etablerade metoder som PDT, KBT och IPT är lika effektiva (6,7). Vad gäller biverkningar generellt så är det färre än 5 % som försämras under psykoterapi jämfört med mellan 7 och 13 % i jämförelsegrupper som inte får psykoterapi (8). Psykoterapi tycks dessutom sakna risk för beroende. Ett belysande exempel är att patienter som beviljats upp till 100 timmars psykoterapi i genomsnitt använder runt 60 av dessa.

### **Slutsats**

Trots att antidepressiva har tveksam effekt, allvarliga biverkningar, ökar självmordsrisken och riskerar att leda till beroende är detta ändå den vanligaste behandlingen vid depression. Detta trots att alternativet psykoterapi har bättre effekt, ingen risk för beroende och minskar självmordsrisken.

- (1) Munkholm K, et al. *Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis*. *BMJ Open* 2019;9:e024886. doi:10.1136/bmjopen-2018-024886
- (2) Horowitz MA et al, *Estimating Risk of Antidepressant Withdrawal from a Review of Published Data*, *CNS Drugs* (2023) 37:143–157 <https://doi.org/10.1007/s40263-022-00960-y>.
- (3) Kendrick T et al (2024) *Internet and Telephone Support for Discontinuing Long-Term Antidepressants The REDUCE Cluster Randomized Trial*, *JAMA Network Open*. 2024;7(6): e2418383. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.18383
- (4) Furukawa TA, Shinohara K, Sahkeret E, et al. *Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis*. *World Psychiatry*. 2021;20(3):387-96.
- (5) Cuijpers P, Noma H, Karyotaki, E et al. *A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression*. *World Psychiatry*. 2020;19(1):92-107.
- (6) Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). *Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>
- (7) Cuijpers P, Quero S, Noma H, et al. *Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types*. *World Psychiatry*. 2021;20(2):283-93.
- (8) *The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis*, Pim Cuijpers 1,2§, Eirini Karyotaki1,2, Marketa Ciharova1, Clara Miguel1, Hisashi Noma3, Toshi A. Furukawa4, *Acta Psyciatrica Scandinavia*, 2021, doi:10.1111/ACPS.13335

#### e) Exempel på ineffektiva respektive effektiva storskaliga modeller för psykologisk behandling

I Nationella riktlinjer rekommenderas huvudsakligen korttidsterapi. En orsak till detta är att rekommendationerna bygger på randomiserade, kontrollerade studier (RCT) där en specifik terapi jämförs med någon kontroll. Denna typ av studier är bra eftersom de möjliggör säkra slutsatser om orsak – verkan. De är samtidigt otillräckliga för att säga hur bra en metod fungerar i klinisk vardag. Ett skäl är att i RCT deltar huvudsakligen patienter som tycker att metoden som används passar dem. RCT säger därför inte något om hur metoden kommer att fungera om den rullas ut på bredden, framför allt inte om alla patienter erbjuds endast en metod. För att veta hur en metod fungerar i klinisk vardag behöver vi studera detta genom att utvärdera metodens effekt i praktiken.

Två relevanta utvärderingar är de av den brittiska modellen för psykoterapi på primärvårdsnivå (IAPT) och utvärderingen av Rehabgarantin i Sverige. I båda modeller har behandlingen varit korttidsterapi, främst KBT, på upp till cirka 15 gånger men oftast kortare.

Observera att det som utvärderats är KBT där metoden och tid inte anpassats till den unika patienten. Detta säger därför inget om hur KBT skulle fungera i ett sammanhang där metoden tillämpas av psykoterapeuter som kan skraddarsy behandlingsupplägget till den enskilda patienten.

IAPT var först i världen med att införa en modell lik den som nu införs i Sverige. Utvärderingar av hundratusentals patienter visar att modellen redan på primärvårdsnivå ger dåliga resultat. Av alla som påbörjar terapi uppnår 22 % tillfrisknande. Av alla som remitterats till IAPT är antalet 12 % (1).

Liknande slutsatser drogs i Riksrevisionens utvärdering av Rehabgarantin som liksom IAPT vände sig till patienter på primärvårdsnivå med manualbaserade, korta behandlingar. I utvärderingen konstaterades att trots att över 6 miljarder satsats ledde detta inte till ökad återgång till arbetet. En av slutsatserna lyder "Regeringen bör överväga om rehabiliteringsgarantin ska ges annan utformning

eller avvecklas ... Att styra mot specifika behandlingsmetoder har varit ineffektivt för att nå målet om ökad arbetsåtergång och begränsat det professionella omdömet” (2).

Det är också värt att notera att man inom IAPT undantar personlighetsstörningar (3). För dessa patienter bedömer man att de ofta har behov av mer stöd än IAPT:s korttidsterapier erbjuder. Cirka 50 % av öppenvård psykiatriens patienter har en personlighetsstörning och skulle därmed inte vara aktuella för vård inom IAPT. Något sådant undantag finns inte i svenska riktlinjer.

Ett alternativ till korttidsfokuserade modeller är det tyska systemet. Där får patienter upp till 100 timmars psykoterapi. I genomsnitt pågår en KBT-behandling i 62 timmar och en psykodynamisk i 64 timmar. Trots att psykoterapi initialt är dyrare än läkemedel blir kostnaderna över tid lägre. Varje euro som satsas på psykoterapi ger 2,70 euro tillbaka till samhället i form av ökade skatteintäkter, mindre sjukvård och mindre kostnader för sjukskrivningar. I Tyskland tar till exempel 6–7 procent av befolkningen någon sorts psykofarmaka. I Sverige är det mer än dubbelt så många, 15–17 procent. Samtidigt har Tyskland lägre andel sjukskrivna för psykiska besvär, 30 procent av alla sjukskrivna. Det kan jämföras med Sverige, där andelen sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa har ökat från 30 till 46 procent de senaste 15 åren. En trolig bidragande orsak till detta är Sveriges satsning på korta psykoterapier. Forskning visar att efter 25 timmar så har hälften av patienterna blivit bättre. Vill man att 75 procent ska må bättre måste man öka till minst 50 timmar.

### **Slutsats**

Modellen med korta manualbaserade metoder för specifika tillstånd är prövad och har misslyckats redan på primärvårdsnivå. På specialistpsykiatrisk nivå kan vi förvänta oss ännu sämre effekt. Samtidigt är det visat att modeller med god tillgång till mer långvariga psykoterapier leder till färre sjukskrivningar och minskade samhällskostnader.

Det bör tilläggas att den minoritet av patienter som tycker att en kort, manualstyrd KBT-behandling är något som passar dem också har nytta av den. För de 20 - 30 % av remitterade till IAPT som fullföljer sin behandling är det omkring 50 % som blir återställda. Problemet är således inte att erbjuda kort, manualbaserad KBT utan att när detta är det enda som erbjuds blir helheten dålig.

(1)<https://www.chester.ac.uk/sites/files/chester/IAPT%20%20Setting%20Key%20Performance%20Indicators.pdf>

(2)<https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2015/rehabiliteringsgarantin-fungerar-inte---tank-om-eller-lagg-ner.html>

(3) <http://www.lets-talk-iapt.nhs.uk/problems-we-are-unable-to-help-with/>

### **f) Svenska riktlinjer avviker från aktuella riktlinjer i övriga EU**

I våra nationella riktlinjer rekommenderas endast biologiska metoder vid svår depression. Vid lindrig till måttlig depression rekommenderas i första hand KBT. Riktlinjerna rekommenderar endast kortare psykoterapier upp till cirka 16 gånger. Detta skiljer sig påtagligt från hur forskning värderats i rimligt aktuella riktlinjer från andra EU länder.

I Finland (1), Danmark (2), Tyskland (3), Nederländerna (4) och Frankrike (5) rekommenderas psykoterapi som ett förstahandsval vid lindrig, måttlig och svår depression (vid svår depression oftast i kombination med antidepressiva läkemedel). I Nederländerna tydliggör man att antidepressiva inte ska ges utan att man samtidigt erbjuder psykoterapi. I Nederländerna, Tyskland och Finland betonar man att det vid komplexa fall kan behövas långtidspsykoterapi. I samtliga riktlinjer rekommenderas flera psykoterapimetoder, inklusive psykodynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi, lika starkt.

## Slutsats

Sveriges avvikande riktlinjer ger en ensidig vård med sämre effekt för alla patienter. För de svårast sjuka blir konsekvensen allra störst eftersom de i Sverige inte alls erbjuds psykoterapi, trots att forskning visar att detta förbättrar vårdresultatet.

- (1) *Duodecim. Käypä hoito. Depressio. 3 apr 2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>*
- (2) *Non-farmakologisk behandling af unipolar depression. National klinisk retningslinje. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2016.*
- (3) *Nationale Versorgungs-Leitlinie. Unipolare Depression. Version 3.2. Berlin: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022.*
- (4) *GGZ Standaarden. Zorgstandaard Depressieve stoornissen. 15 mar 2018. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/introductie>*
- (5) *Haute Autorité de Santé (HAS). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte: prise en charge en soins de premier recours. 8 nov 2017. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours)*