

## RPC:s synpunkter inför nya riktlinjer

Socialstyrelsen har beslutat att utarbeta *Nya riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom*. Arbetet beräknas vara klart under 2016. Från RPC har vi anammatt uppmaningen att komma med synpunkter på arbetets utformning och avgett ett längre yttrande.

Detta sammanfattas här.

### Kritik av tidigare riktlinjer

Vi framför i yttrandet:

- Att skapa prioriteringslistor (treatment-for-disorder-lists), där viss behandling ges en generell prioritet framför annan behandling utifrån antalet studier (evidensstyrka), idag anses som direkt felaktigt inom området psykisk behandling. Förutom att man felaktigt söker tillämpa gruppdata på en, oftast komplex individnivå, så blandar man också samman ”antalet funna studier” med värdering av en modells effekt (evidensstyrka visavi effektstyrka), ett fel som många forskare inom området sedan länge varnat för.

Vi påpekar också att:

- Utvecklingen går mot att söka anpassa behandling utifrån varje patients specifika problematik, preferenser, kontext och erfarenheter, liksom att värdera behandlingsresultat utifrån dess varaktighet och nettoeffekt (effekt minus biverkan).

### Aktuell forskning avseende psykoterapi

Vi redogör för aktuella forskningsöversikter och beskriver hur dessa visar genomgående, lika stor effekt då PDT och KBT jämförs.

Vi beskriver att forskningen idag visar att både PDT och KBT, avseende både kortare och längre behandlingar, har en kraftfull och likvärdig effekt. Att effektstyrkan är lika stor *i medeltal* betyder att för vissa patienter fungerar PDT bäst, för andra passar istället KBT bättre. En rimlig slutsats är därför att de båda behandlingsmetoderna får störst effekt då de tillåts komplettera varandra som behandlingsalternativ, än då enbart ett alternativ finns att välja på.

### Konsekvenser för vården

Vi beskriver:

- Att de tidigare riktlinjerna fått omfattande konsekvenser för vården i Sverige. Mest uppmärksammat är den s.k. rehabiliteringsgarantin, vars syfte var att minska sjukskrivningar vid psykisk ohälsa. Denna har lett till en snabb förändring av svensk psykvård, avseende främst minskad bredd, kvalitet och kompetens, samtidigt som det visat sig att garantin *inte i någon grad* påverkat patienternas sjukfrånvaro och inte varit kostnadseffektiv.

Under den period som rehabiliteringsgarantin verkat (2010-2014) har den psykiska ohälsan i Sverige *ökat*, också i ett internationellt perspektiv, och utgör idag störst andel av de samlade sjukförsäkringskostnaderna.

Tillgängligheten av psykodynamisk terapi (ofta med hög kompetens) minskade inom alla sektorer av svensk sjukvård som en direkt konsekvens av riktlinjernas prioritering. Därutöver påverkade riktlinjerna allvarligt rekrytering, utbildning och forskning inom området psykodynamisk terapi, som internationellt utgör ett väl etablerat kunskapsområde med en kraftig expansion och en rad nya metoder för olika typer av psykisk problematik.

### Felaktiga grundantaganden

Vi framför att:

En sannolik förklaring till riktlinjernas negativa konsekvenser för vården är att man utgått från ett antal felaktiga och föråldrade grundantaganden:

*”En generell användning av en evidensbaserad behandling ger effektiv vård:”*

Stämmer inte:

Evidens (antalet studier) är inte detsamma som hög och varaktig effekt. Olika etablerade terapimetoder har idag ett starkt forskningsstöd, har samma effektstyrka - och där den samlade effekten är större då de tillåts komplettera varandra - än var för sig.

*”En metod passar alla patienter:”*

Stämmer inte:

Aktuell forskning visar istället att psykisk problematik är komplex och specifik och att valet av behandlingsmetod måste anpassas till patienten (problematik, egenskaper, preferenser), inte tvärtom, för att behandlingen ska vara effektiv.

*”Utbildning och klinisk kunskap är av underordnad betydelse:”*

Stämmer inte:

All forskning visar tvärtom, att terapeutens utbildning, skicklighet och engagemang är av avgörande betydelse för behandlingsresultatet.

### **Samsjuklighet och komplex problematik**

Vi beskriver att:

I praktiken är samsjuklighet mellan olika psykiatriska diagnoser omfattande - och s.k. monodiagnoser relativt ovanliga.

Detta gäller för såväl lättare som svårare problematik. En rimlig slutsats är därför att forskning bör i högre utsträckning baseras på samsjuklighet och komplex problematik än enbart utgå från monodiagnoser (vilket var en brist i de tidigare riktlinjerna). Behandling vid komplex problematik är också ett område där särskilt psykodynamisk terapi visat sig framgångsrik.

Det finns inget vetenskapligt stöd för en generell användning av en viss psykologisk behandlingsmetod ”i första hand”. En mer rimlig konklusion är att en tillräcklig mängd studier visat en kliniskt signifikant effektstyrka för såväl KBT som för PDT avseende flertalet diagnoser, som depression, ångest, stresstillstånd och personlighetsstörningar samt för komplexa tillstånd med samsjuklighet. Därutöver visar aktuell forskning att terapeutens kompetens och skicklighet, liksom hänsyn till patientens preferenser, motivation och personlighet är av större betydelse än val av metod. Denna slutsats utgör också huvudsatsen i en aktuell resolution från Amerikanska psykologförbundet.

Att som tidigare riktlinjer lägga tyngdpunkten på enbart metodval riskerar att i praktiken leda till bristande klinisk relevans. Rimligare är, att som inom all annan profession inom sjukvården, utgå från erforderlig kompetens, i detta fall leg. psykoterapeut.

### **Konklusion och fem frågesällningar/utgångspunkter att beakta:**

Slutligen ger vi följande förslag avseende utarbetande av nya riktlinjer:

1. **Utgångspunkt i EBP.** Riktlinjerna skall vara avpassade till Evidence Based Practice (EBP) och därmed utgå från:
  - i. gott vetenskapligt stöd
  - ii. hög och adekvat klinisk kompetens
  - iii. hänsyn till varje patients särart (problematik, preferenser, kontext, erfarenhet)
2. **Användning av kliniskt relevanta värderingsmått.** Att effektstyrka beaktas före evidensstyrka och där varaktig effekt och nettoeffekt särskilt uppmärksammas.

3. **EBP utesluter prioriteringslistor.** Då det vetenskapliga stödet för viss behandlingsmetod är *ett nödvändigt men inte tillräckligt krav*, kan heller inte prioriteringslistor komma ifråga (vilket tidigare skapat stora missförhållanden). Istället föreslår vi att de metoder som uppvisar vetenskapligt stöd rekommenderas generellt att ingå i vårdens utbud, att metoder med negativ evidens inte rekommenderas och att därefter ansvaret för varje individuell prioritering av behandlingsmetod ligger på respektive behandlare, med hänsyn taget till den enskilda patientens specifika problematik och särart.
4. **Anpassning till verkliga patienter.** Att lista över tillstånd ändras från *lätt, medelsvår och svår depression resp. ångestsyndrom* (enbart DSM: axel I diagnoser) till att gälla *enkelt respektive komplex depression resp. ångestsyndrom*. (där både DSM axel I och axel II diagnoser beaktas) då denna beskrivning stämmer bättre med verkliga patienter i klinisk praxis.
5. **Uppdelning utifrån olikartade kunskapsområden.** Att listan över åtgärder utgör rekommendationer av vetenskapligt utprovade metoder inom vart och ett av områdena: farmakologisk behandling, sjukskrivning, fysioterapi, psykodynamisk terapi samt KBT. Dessa bör ses som egna avgränsade kunskapsområden och därmed inte ställas mot varandra utan istället tillåtas komplettera varandra (i enlighet med EBP).

**Gunnar Bohman**  
Ansvarig för utbildning och vetenskap  
RPC

**Eva Mari Eneroth Säll**  
Ordförande RPC