

REMISSYTTRANDE

Angående de preliminära Nationella riktlinjerna för behandling av ångest och depression

Riksföreningen PsykoterapiCentrum (RPC) är en intresseförening för psykodynamisk psykoterapi och den förening som organiserar flest legitimerade psykoterapeuter. RPC har för närvarande ca 1200 medlemmar.

RPC har tagit del av det preliminära beslutsstödsdokumentet angående de nationella riktlinjerna för ångest och depression på som finns på socialstyrelsens hemsida.

Det är bra att man påpekar att riktlinjerna inte utgör ett fullständigt vårdprogram och att avsikten inte är att de ska följas bokstavligen i mötet med den enskilda patienten. Likaså är det bra att det i de allra flesta fall rekommenderas psykologisk behandling i första hand.

Däremot är det mycket olyckligt att man ensidigt lyfter fram endast *en* psykologisk behandlingsmetod. Detta kommer få allvarliga konsekvenser för hur lokala vårdprogram utformas, hur lokala utbildningsinsatser utformas och prioriteras, hur högskolan prioriterar utbildning av psykoterapeuter, samt för arbetsmarknadens utseende för psykoterapeuter av olika inriktningar. Detta riskerar i sin tur att få mycket begränsande effekter på bredden i utbudet av mer kvalificerad psykologisk behandling inom den offentligt finansierade vården över hela landet.

RPC:s synpunkter på det preliminära beslutsstödsdokumentet:

Om det vetenskapliga underlaget för Socialstyrelsens arbete

RPC ser det som ytterst viktigt att man utformar den slutliga versionen av de nationella riktlinjerna så att de stämmer överens med det aktuella forskningsläget inom området, vilket inte är fallet med den nu publicerade preliminära versionen. Där rekommenderas *ensidigt* psykologisk behandling med KBT som förstahandsval vid ett stort antal tillstånd, bl. a. lindriga och måttliga depressioner.

Detta trots att man utifrån aktuell forskning kan hävda att PDT behandling generellt är väl så effektiv som KBT vid dessa tillstånd. I december 2008 publicerades en metaanalys av korttidsterapi vid mild till måttlig egentlig depression (Cuijpers et al, 2008). I metaanalysen ingick 53 behandlingsstudier där sammanlagt sju olika psykoterapiformer använts: psykodynamisk psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, beteendeaktivering, problemlösningsterapi, interpersonell terapi, icke-direktiv stödterapi, samt social färdighetsträning. Författarnas huvudsakliga slutsats var att det saknades större skillnader i effekt mellan olika etablerade psykoterapiformer vid mild till måttlig depression.

Socialstyrelsens egen expert på psykologisk behandling Gerhard Andersson är en av medförfattarna i studien. Han har också i andra sammanhang, t ex i Psykologtidningen (4/2009) beskrivit studiens slutsatser. Socialstyrelsen kan således inte sägas var oinformerad om dessa i sammanhanget ytterst relevanta forskningsresultat. Det vore därför anmärkningsvärt om dessa resultat inte får ett tydligt genomslag i det slutliga beslutsdokumentet. Rimligt vore att psykologisk behandling, med någon av de etablerade psykoterapiformerna, rekommenderades som förstahandsval för mild till måttlig egentlig depression.

Vidare anser RPC att Socialstyrelsen bör fästa mer avseende vid resultaten från den forskningsöversikt av Leichsenring och Rabung som nyligen publicerades i den ansedda medicinska tidskriften Jama (13/2008). Denna studie visar att psykodynamisk långtidsterapi (LTPP) (minst 50 timmar) inte bara är effektiv behandling för psykiatripatienter med komplexa problem (samsjuklighet) utan dessutom bättre än de korttidsterapier med olika inriktning (KBT, kognitiv-analytisk, DBT, familjeterapi, stödterapi, PDT, "treatment as usual") som den jämfördes med. Studiens resultat har uppmärksammats internationellt och i Sverige, men avvisas tydligen av Socialstyrelsen. Vi finner detta märkligt och ifrågasätter Socialstyrelsens opartiskhet på denna punkt. Att på detta vis bortse från viktig internationellt erkänd forskning gällande en stor grupp psykiatripatienter anser vi är en oacceptabel hållning från en statlig myndighet.

Socialstyrelsen bortser också från studier som den av Milrod m fl (2007) som visar på god effekt av korttids PDT för patienter med panikångestsyndrom, samt den av Knekt & Lindfors m fl (2008) som visar på god effekt av såväl korttids som långtids PDT för patienter med depressions- och/eller ångestdiagnoser (långtids mer effektiv vid uppföljning efter tre år).

I sammanhanget kan påpekas att hälsomyndigheter i andra länder har dragit andra slutsatser. Det tyska vetenskapsrådet för psykoterapi har på basis av en omfattande genomgång av studier (Hau & Bohleber, 2005) godkänt PDT i upp till hundra timmar som vetenskapligt grundad behandling vid samtliga typer av psykisk ohälsa. .

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge har nyligen gjort en sammanställning av systematiska översikter och RCT-studier av psykoterapi för depression från år 2000 och framåt (Berg, Överland, Bjorg, 2009) Man kom där fram till att "psykoterapi ger god effekt på depression och ökar livskvaliteten" samt att "det få skillnader i effekten mellan PDT och andra former av psykoterapi". Fynden visade

D:\WEBB-relaterade\rpc\Remissyttrande2009-05-25.doc

Postadress
Engelbrektsgatan 35 B
114 32 STOCKHOLM

Telefon
Kansli 08 - 20 15 89
E-post rpc@rpc.nu

Telefax
08 - 20 92 57

Bankgiro
5809-4467

Postgiro
850620-6

Org nr
802005-7132

även att ”psykoterapi och läkemedelsbehandling hade lika stor effekt på patienterna, men att psykoterapi gav bättre resultat än endast vägledning från läkare”.

Vi ställer oss dessutom frågande till att Socialstyrelsen väljer att bortse från merparten av den psykoterapiforskning som finns genom att tillämpa en snäv tolkning av evidensbegreppet. Enligt denna tolkning kan en terapiform endast anses evidensbaserad för en given diagnoskategori om den visat bättre effekt än en kontrollgrupp i minst två oberoende studier, där patienter slumpvis fördelats till behandlingsgrupp eller kontrollgrupp (så kallade RCT-studier). Följden blir att en betydande del av det vetenskapliga stöd som finns för bland annat psykodynamisk psykoterapi i form av t. ex naturalistiska studier helt enkelt räknas bort

I detta sammanhang vill vi också påpeka att den beskrivning av PDT som ges på sidorna 58 och 59 är synnerligen missvisande såväl när det gäller beskrivningen av vissa begrepp som när det gäller längd och frekvens. Inför det slutgiltiga beslutsstödet bör detta rättas till.

RPC menar att det bör finnas en mångfald av vetenskapligt grundade psykoterapimetoder att erbjuda de patienter som söker hjälp för psykisk ohälsa inom offentlig vård. Vi befärrar att det kommer att få ytterst allvarliga konsekvenser för landets deprimerade och ångestfyllda patienter om psykodynamisk psykoterapi, trots det goda vetenskapliga stöd som finns för terapiformen, inte kan erbjudas som behandlingsalternativ i den offentliga vården. Beprövad erfarenhet visar att många av dessa patienter behöver gestalta, återuppleva och reda ut känslomässiga konflikter och trauman i samarbete med en psykodynamiskt inriktad psykoterapeut

Om smala diagnoser och samsjuklighet

Riktlinjerna är utformade som rekommendationer på åtgärder vid relativt smalt avgränsade tillstånd eller diagnoser. Genom att punkta upp och sätta siffror på prioriterade åtgärder vid olika typer av diagnoser eller ”tillstånd” förmedlas en falskt detaljerad och ”säker” bild av det rådande vetenskapliga kunskapsläget inom området till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården.

Detta medför ett allvarligt problem som vi vill uppmärksamma. Det berör det som Socialstyrelsen kallar samsjuklighet, eller mer enkelt uttryckt patienter som kvalificerar sig för flera diagnoser. Risken är att dessa patienter vars symtombild/problematik avviker från genomsnittet för sin diagnos inte får den individuellt avpassade vård som de behöver. Många människor som söker hjälp för depression och/eller ångest har mer eller mindre svåra personlighetsstörningar. Symtombilden är då ofta såväl komplex som mycket föränderlig. Djupt depressiva skeden kan avlösas av perioder med ångest. Detsamma gäller av utvecklingsmässiga skäl även för barn och unga. Ett barn med tvångssymtom kan några månader senare istället uppvisa ångestsymtom och ett aggressivt utagerande barn kan ha en underliggande depression.

Rekommendationer som till övervägande del bygger på randomiserade kontrollerade studier av behandling av patienter med en enda specifik diagnos blir då i vissa fall direkt missvisande. Ett av fynden i Leichsenring & Rabungs (2008) tidigare nämnda stora metastudie var just att långtids psykodynamisk psykoterapi visade sig vara signifikant

D:\WEBB-relaterade\rpcRemissyttrande2009-05-25.doc

Postadress
Engelbrektsgatan 35 B
114 32 STOCKHOLM

Telefon
Kansli 08 - 20 15 89
E-post rpc@rpc.nu

Telefax
08 - 20 92 57

Bankgiro
5809-4467

Postgiro
850620-6

Org nr
802005-7132

mer effektiv än kortare psykoterapier för människor med personlighetsstörningar och komplexa depressions och ångesttillstånd.

Från psykoterapi till psykologisk behandling

I de nationella riktlinjerna har man använt begreppet psykologisk behandling i stället för psykoterapi. Att man föreslår psykologisk behandling som förstaval och att det är en behandling i taget som gäller låter som ett stort framsteg. När man sen förstår att det i princip endast är KBT-inriktade metoder som avses med psykologisk behandling blir det uppenbart att detta innebär en allvarlig inskränkning. Behandlingspersonalens möjligheter att vara till hjälp för de stora patientgrupper som söker för mer komplexa tillstånd minskar påtagligt och en stor risk är att dessa patienter kommer betraktas som ”terapieresistenta” och i slutänden erbjudas farmakologisk behandling som enda alternativ. Dessutom föreslås behandling med SSRI som andrahandsval vid ett stort antal tillstånd.

Att terminologin ändras från psykoterapi till psykologisk behandling bör ifrågasättas av flera skäl.

Beskrivningen på sid 56 i dokumentet av psykoterapi som en behandling som fokuserar på anpassning och personlig utveckling och som primärt inte kan gälla patologi och specifika sjukdomstillstånd överensstämmer inte med verkligheten. Det specifika med kvalificerad psykoterapi är bland annat att det är en behandling som patienten inte passivt utsätts för utan en behandling som erbjuder patienten att aktivt delta i läkningsprocessen. För att kunna arbeta med psykiatriska patienter på detta sätt krävs de fördjupade kunskaper och den erfarenhet hos behandlaren som en psykoterapeutlegitimation innebär.

Under 1980-talet införde Socialstyrelsen således på goda grunder en legitimation för psykoterapeuter. Kraven för en legitimation har varit rigorösa och bland annat innefattat krav på egenerapi, handledning och genomförda högskolestudier på godkända utbildningar inom området. Glidningen i Socialstyrelsens språkbruk från psykoterapi till psykologisk behandling riskerar att få flera allvarliga konsekvenser. Psykologisk behandling kan personal med varierande utbildningsgrad och utan krav på legitimation helt lagligt säga sig utföra. Mindre välutbildad personal kan därmed komma att ställas inför människor med svåra psykiska problem som de ska försöka hjälpa med enkla tekniker utvecklade för smala diagnoser. Detta innebär avsevärda risker för såväl patienter som personal som noga bör beaktas.

Legitimationen som psykoterapeut innebär att den legitimerade har en avsevärd erfarenhet av utbildning, psykoterapeutiskt arbete under handledning och egen psykoterapi. Detta ger grundläggande förutsättningar för adekvata val av behandlingsmetod och teknik men också för att känna igen, härbärgera och rätt handskas med den emotionella press som hänger samman med psykoterapeutiskt arbete med patienter med svåra psykiska problem. Att flytta samhällets kontroll av behandling för psykiska problem/sjukdomar från tillit till en psykoterapeut med av Socialstyrelsen införd legitimation till en administrativ styrning av vilka tekniker som ska användas vid specifika diagnoser betraktar vi således som förknippat med stora risker för samtliga inblandade.

D:\WEBB-relaterade\rpc\Remissyttrande2009-05-25.doc

Postadress
Engelbrektsgatan 35 B
114 32 STOCKHOLM

Telefon
Kansli 08 - 20 15 89
E-post rpc@rpc.nu

Telefax
08 - 20 92 57

Bankgiro
5809-4467

Postgiro
850620-6

Org nr
802005-7132

Legitimationen innebär också en möjlighet för arbetsgivare och patienter att göra en anmälan till en tillsynsmyndighet vid misstanke om felaktigt behandling. Det som nu sker är att man flyttar samhällets kontroll från en tillit till legitimationen till en mer direkt kontroll genom att styra vilka metoder och tekniker som ska användas vid specifika diagnoser. Legitimerade psykoterapeuter berövas av Socialstyrelsen den autonomi i val av behandlingsmetod som just legitimationen ska garantera att man har kompetens att klara av. Vi ställer oss undrande inför om detta verkligen överensstämmer med Socialstyrelsens uppdrag.

Konsekvensanalys

I dokumentet står att Socialstyrelsen har som ambition att i slutversionen kunna redovisa en konsekvensanalys utifrån landstingens och regionernas egna konsekvensbeskrivningar. RPC vill här bidra med en sammanfattning av de mest uppenbara och allvarliga konsekvenser som vi ser att riktlinjerna, som de nu publicerats, kan komma att få:

- Minskad valfrihet och minskad säkerhet för patienterna
- Inskränkningen i metodutbudet kommer förorsaka att fler patienter kommer ses som ”terapieresistenta”
- Ökad medikalisering inom psykiatri
- Stoppad metodutveckling och forskning inom PDT
- Minskad högskoleutbildning inom PDT
- ”Utbränd” vårdpersonal

Stockholm som ovan

Bengt Sandström

Leg psykolog, leg psykoterapeut, psykoanalytiker IPA
Ordförande i Riksföreningen PsykoterapiCentrum

Pia Eresund

Leg psykolog, leg psykoterapeut, filosofie doktor
Styrelseledamot i RPC, ansvarig för forskning och vetenskap

Margareta Mörner

Leg sjukgymnast, leg psykoterapeut
RPC:s verkställande utskott