



## Psykologisk behandling i primärvården och vårdval psykoterapi i Region Skåne

*Till primärvårdsnämnden Region Skåne.*

Utifrån ett forsknings- och vetenskapsbaserat perspektiv vill vi kommentera några aspekter avseende rapporten "Psykologisk behandling inom primärvården i Region Skåne. En gap-analys av lokal arbetsgrupp (LAG) för psykologisk behandling". Vi väljer att kommentera två aspekter som är av stor betydelse för Vårdval psykoterapi. Nedanstående text är också en kortfattad sammanfattning med en begränsad litteratur/referenslista.

### *1) Rekommendation av psykoterapeutisk metod*

Enligt rapporten bör beslut om vilka metoder som ska erbjudas i primärvården och i Vårdval psykoterapi utgå från Socialstyrelsens (SoS) rekommendationer. Texten hänvisar också till engelska NICE (vars rekommendationer inte är okontroversiella) men bortser från rekommendationer från EU-länder eller USA, exempelvis Amerikanska psykologförbundet APA:s rekommendationer. Inte heller inhämtas kunskap från aktuell forskning eller från forskningsgenomgångar i vetenskaplig litteratur. Viktigt att nämna är också att Socialstyrelsens riktlinjer inte på något sätt är tvingande utan enbart rekommendationer som kan följas eller inte följas. Region Skåne valde exempelvis att i stället utgå från den forskningsmässiga kunskapsbasen avseende empiriskt evidensbaserad psykoterapi vid införandet av nuvarande vårdval psykoterapi.

Vad gäller Sverige och Socialstyrelsens rekommendationer så var dessa när de publicerades mycket kritiserade och enligt majoriteten psykoterapiforskare inte i enlighet med forskningsläget utan snarast direkt felaktiga. En stor massmedial debatt i exempelvis SR, Svenska Dagbladet eller läkartidningen förekom tidigt 2017. Senare även i ett flertal remissvar, se exempelvis remissvaret från Institutionen för psykologi, Lunds universitet (bilaga 1). Kritiken handlade om ett flertal aspekter men en var förordandet av kognitiv beteendeterapi (KBT) som psykoterapimetod avseende depressions- och ångesttillstånd jämfört med andra psykoterapeutiska metoder, främst psykodynamisk psykoterapi (PDT) och interpersonell psykoterapi (IPT) men även gentemot andra metoder. Detta trots att det inte fanns något vetenskapligt stöd för detta utan att de olika metoderna var likvärdiga effektmässigt och alla hade ett gott empiriskt, evidensbaserat stöd. Samtidigt som Socialstyrelsen publicerade sina riktlinjer publicerade andra länder sina och i vår närmaste omvärld (Danmark, Finland och Tyskland) kom under 2015 och 2016 nya nationella riktlinjer för depressionsbehandling. I samtliga rekommenderas KBT, PDT och IPT i lika hög grad och man tydliggör att det saknas grund för att någon av dessa metoder skulle vara generellt bättre än de andra. Att forskningen var entydig med att det inte fanns någon skillnad i effekt mellan metoderna var en orsak till att Region Skåne

rekommenderade och jämställde såväl KBT, PDT och IPT för Vårdvalet psykoterapi; man följde alltså inte SoS:s rekommendationer som nämnts ovan. En annan orsak var ett patient- och mångfaldsperspektiv, att patienten ska ha tillgänglighet till olika evidensbaserade metoder som passar dennes preferenser och problematik. Region Skåne var också medfinansiär till Sveriges största psykoterapistudie någonsin, och en av de internationellt största, där KBT och PDT jämförs avseende panikångest (POSE-studien, mer om denna nedan).

Noterbart är också att Socialstyrelsens rekommendationer avseende depressions- och ångesttillstånd för vuxna, som utarbetades 2015/2016 och publicerades 2017, bygger på forskning genomförd långt tidigare. Det har genomförts och publicerats en mängd forskning sedan dess, vilket medför att riktlinjer snabbt kan bli föråldrade. Sammantaget kan det aktuella forskningsläget avseende psykoterapi för de patienter som vårdvalet avser, ångest- och depressionstillstånd, beskrivas som att det finns psykoterapimetoder med olika verkningsmekanismer, men att det inte finns någon skillnad i effekt mellan metoderna. Det är snarare så att ingen metod passar alla, olika metoder passar för olika patienter och att det beroende på detta är viktigt att det finns ett flertal metoder att välja på för patienternas bästa. För några aktuella genomgångar se: Barkham & Lambert, 2021; Caselli et al 2023; Cuijpers et al 2021, 2023; Cuijpers, 2017; Leischenring et al 2023; Pompoli et al 2016 & Steinert et al 2017. Utöver detta finns många nyare studier men där resultaten ännu inte hunnit införlivats i genomgångar och riktlinjer. Ett exempel på detta är tidigare nämnd POSE-studie.

En viktig aspekt för vårdvalet är att alla internationella rekommendationer, till exempel NICE och APA, starkt betonar patientens val och ett delat ansvar mellan patient och behandlare. Detta är också tydligt inom svensk lagstiftning. Patientlagen 2014:821 Kap 7: 1 §: *När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.* Detta innebär att patienten ska informeras om och erbjudas ett eget val av de evidensbaserade psykoterapier som finns och som denne kan acceptera och tror passar. Detta exemplifieras av APA:s riktlinjer och rekommendationer avseende depression för vuxna (APA, 2019). APA menar att forskningen klart visar att flera psykoterapimetoder visar på samma effekt och att det inte går att rekommendera en specifik psykoterapiform för initial behandling före någon annan. De psykoterapier som visar likställd effekt är psykodynamisk psykoterapi (PDT), Kognitiv beteendeterapi (KBT), beteendeterapi (BT), mindfulness-KBT, interpersonell psykoterapi (IPT) och stödterapi.

Sammantaget och kortfattat kan det aktuella psykoterapeutiska och psykiatriska forskningsläget beskrivas som att cirka 50% av patienterna svarar väl på en behandling och än färre når remission. Detta visar att ingen ensam psykoterapiform passar alla patienter. Forskningen antyder också att det är olika patienter (med viss överlappning) som svarar på olika typer av behandlingar. Alltså behövs det ett flertal olika behandlingar som har empiriskt forskningsstöd för att kunna hjälpa fler antal patienter.

## 2) Psykoterapins längd och dosering. Hur mycket psykoterapi är nödvändig?

Rapporten tar också upp psykoterapins längd och nämner att de inte finner stöd i de svenska riktlinjerna för omfattningen på 25 samtal som medges i Vårdvalet. I stället vänder de sig till NICE. NICE nämner dock inte heller något specifikt om psykoterapins längd utan beskriver kortfattat hur lång en psykoterapi kan vara i beskrivningarna av de olika alternativen. De tar inte heller upp att i några av metoderna är sessionslängden mycket längre än andra, exempelvis vid exponeringsövningar. Rapporten bortser också helt från att det finns forskning om psykoterapiers längd och dosering.

Vad gäller forskning angående empiriskt stödda psykoterapier avser de allra flesta korttidspsykoterapi och vanligtvis definieras korttidspsykoterapi av att antalet sessioner är färre än 50. Forskningen avseende hur mycket psykoterapi som behövs utgår ofta från två modeller, "dos – effekt modellen" och "good enough modellen". De i särklass flesta studierna är också genomförda på patienter med mild, lätt problematik (ex universitetsmottagningar) och inte på representativa primärvårdspatienter. Generellt visar forskningen att behovet av psykoterapilängd ökar med problematikens svårighetsgrad. "Dos – effekt modellen" som utgår från att dosen/mängden psykoterapi har betydelse, menar att effekt kan nås med relativt få sessioner, men att effekten ökar ju längre psykoterapi är och att ökningen av effekt sannolikt avtar efterhand. En vanlig sammanställning av resultaten visar att 50% av patienterna behöver 13–15 sessioner för att nå en kliniskt signifikant förbättring och 75% av patienterna förbättrades om psykoterapierna förlängdes till 50 sessioner (Barkham & Lambert, 2021). Andra studier ("good enough modellen") visar att det ter sig som att olika patienter har olika individuell förändringshastighet (inom samma diagnos) vilket medför att de har olika behov av hur mycket psykoterapi de behöver. Dessa fynd innebär att patienter fortsätter i psykoterapi tills de nått en klinisk signifikant förbättring. Vissa slutar efter relativt få sessioner medan andra behöver fler för att nå samma förbättring. Det finns variabilitet i förändringshastighet hos människor och standardiserade, från början bestämda längder på psykoterapi är då problematiska. Det finns forskning som menar att på förhand bestämda behandlingstider inte tar hänsyn till att människor är olika och att det på så sätt utesluter en mängd människor från god psykisk hälsa (Barkham & Lambert, 2021).

Att hävda att Vårdvalets möjlighet att erbjuda 25 samtal är överdådigt, är utifrån ett forskningsperspektiv inte korrekt. Sammantaget visar forskningen att det för patienter i såväl primärvården som i Vårdval Skåne är 25 sessioner för många ett minimum. Att minska antal sessioner har ingen evidens utan blir i stället ett sätt att förvägra ett flertal patienter möjligheten till god psykisk hälsa.

### *3) Exemplet POSE (Psychotherapy Outcome and Self-selection Effects)*

Vi väljer här att kortfattat beskriva ett forskningsprojekt som har implikationer för såväl tillgänglighet av psykoterapimetoder som för psykoterapiens längd och omfattning, och som är ett exempel på forskning som är producerad och publicerad vid senare tid än den forskning som ligger till grund för olika guider och rekommendationer.

POSE är ett forskningsprojekt genomfört av en forskargrupp vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Det är också delvis finansierat av Region Skåne och Region Halland. Det är Sveriges största psykoterapistudie och en naturalistisk studie genomförd på vanliga patienter i rutinvård i Skåne, Halland och Småland. Det är en randomiserad kontrollerad studie där patienter med panikångest lottats till antingen en PDT- eller KBT-metod för behandling av panikångest eller till att få välja mellan KBT och PDT. Syftet har varit att undersöka effekten av PDT och KBT och om patientens självval ökar behandlingseffekten. Studiens resultat är publicerade i de mest respekterade vetenskapliga tidskrifterna inom psykologi/psykiatri. Dosen/längden på de två psykoterapimetoderna var lika, KBT omfattar 12–14 sessioner under 12 veckor innebärande 780 – 1140 minuter totalt (sessioner är 60 till 120 min min), medan PDT omfattar 24 sessioner under 12 veckor om 45 min, 845–1080 minuter totalt. Behandlingarna utvärderades vid avslutning samt efter sex månader, ett år och två år, vilket är en ovanligt lång uppföljningstid i forskningen. Resultaten visar på en mycket god effekt avseende minskad ångest i både PDT och KBT. Behandlingseffekten är dessutom stabil över tid. Vid två-årsuppföljningen är 76% av självvald PDT signifikant förbättrade, 65% av randomiserad PDT, 61% av

självald KBT och 70% av randomiserad KBT (Svensson et al 2021). Det ter sig dessutom vara mer betydelsefullt med självval för PDT. Ett annat viktigt resultat av behandlingarna, där de är lika effektiva, är att patienternas upplevda arbetsförmåga förbättras signifikant och förblev stabilt förbättrad under uppföljningsperioden på två år. (Nilsson et al 2023).

Så sammantaget har vi här ett forskningsprojekt med hög kvalitet, genomfört på representativa sydsvenska patienter av ordinarie terapeuter i reguljär verksamhet, som visar på två mycket bra och effektiva psykoterapimetoder som förbättrar patienternas psykiska hälsa och ökar deras arbetsförmåga. Dessa mycket goda resultat som visat sig vara stabila i två år har åstadkommit av en så begränsad (och i perspektiv billig) psykoterapeutisk insats om 25 sessioner. För närvarande planeras en 10-års uppföljning av psykoterapierna, och såvitt vi vet har det bara i mycket få fall skett någon sådan långtidsuppföljning tidigare. Att bortse från resultaten från denna studie för såväl psykologisk behandling inom primärvården som inom Vårdval psykoterapi gällande såväl psykoterapeutisk metod som psykoterapins längd går emot all forskning och evidens!

*Sammantaget vet vi:*

- Att olika psykoterapeutiska metoder (PDT, KBT och även andra) har en likvärdig effekt för de besvär som är primärvårdens ansvar och för de flesta av de diagnoser som vårdval psykoterapi avser.
- Att ingen metod hjälper och passar alla.
- Att olika människor svarar olika på olika metoder/verkningsätt, att acceptans, självval och motivation har stor betydelse.
- Att ett valfrihets- och mångfaldsperspektiv ökar möjligheten för patientens möjlighet att uppnå en bättre psykisk hälsa.
- Att det finns olika behov av längden på psykoterapin hos olika patienter, men att längre psykoterapier har bättre effekt än kortare, även om förbättringsökningen avtar efterhand.

Detta innebär att patienterna tillsammans med sin kliniker/bedömare, ska diskutera och erbjudas en behandling som har likvärdigt, empiriskt forskningsstöd och ska kunna välja den behandlingsform som patienten upplever som mest acceptabel och själv tror bäst kommer att hjälpa. Det innebär också att det ska finnas likvärdig tillgång till psykoterapeuter med olika sorters psykoterapeutisk kompetens och olika psykoterapeutiska behandlingsformer, vilket möjliggör patientens aktiva inflytande och val.

*Vi som skriver under är och har varit ansvariga för psykoterapeututbildningar och är samtliga psykoterapiforskare med erfarenhet av att driva behandlingsstudier.*

Sean Perrin, Professor, leg psykolog och KBT-psykoterapeut, Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Håkan Johansson, Docent och specialist i klinisk psykologi, leg psykolog och PDT-psykoterapeut, Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Jens Knutson, Docent, leg psykolog och KBT-psykoterapeut, Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Rolf Sandell, Senior forskare/Professor och specialist i klinisk psykologi, leg psykolog och PDT-psykoterapeut, Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Catharina Strid, Lektor, leg psykolog och KBT-psykoterapeut, Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Martin Svensson, Lektor, leg psykolog och PDT-psykoterapeut, Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Thomas Nilsson, adjunkt, leg psykolog och PDT-psykoterapeut, Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Lund 2023-09-18

*Litteratur:*

- American Psychological Association, (2019). Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. Retrieved from. <https://www.apa.org/depression-guideline>.
- Barkham, M., & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay L. G. (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change (50th anniversary edition.)* (pp. 135-189). New York: John Wiley & Sons.
- Caselli, I., Ielmini, M., Bellini, A., Zizolfi, D., & Callegari, C. (2023) Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 325, 169–176
- Cuijpers (2017): Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology* 58, 1, 7-19.
- Cuijpers, P., Quero, S, Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., Cipriani, A., Cristea, I. A., & Furukawa, T. A. (2021) Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry* 20, 283–293
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World psychiatry* 22(1), 105–115.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Kisely, S., Luyten, P., Rabung, S. & Steinert, C. (2023) The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry* 22, 286–304
- Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Art. No.: CD011004. DOI: 10.1002/14651858.CD011004.pub2.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American journal of psychiatry* Vol 174(10), pp. 943-953.
- Svensson, M., Nilsson, T., Perrin, S., Johansson, H., Viborg, G., Falkenström, F. & Sandell, R. (2021). The Effect of Patient's Choice of Cognitive Behavioural or Psychodynamic Therapy on Outcomes for Panic Disorder: A Doubly Randomised Controlled Preference Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 90, p. 107-118.
- Nilsson, T., Svensson, M., Falkenström, F., Perrin, S., Johansson, H., Viborg, G. & Sandell, R. (2023). Effects of panic-specific cognitive behavioural and psychodynamic psychotherapies on work ability in a doubly randomised clinical trial. *Psychotherapy Research*