

2017-03-31

## **Remissvar Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom**

### **1. Inledning**

Stockholms Stadsmission är en idéburen organisation som arbetar för att skapa ett mänskligare samhälle för alla. Detta gör vi genom att arbeta med social omsorg, vård, utbildning och arbetsintegration. Utgångspunkten är att det går att förändra livssituationen för alla som har hamnat utanför. Vår viktigaste uppgift är att hjälpa människor att bygga upp en tro på sin egen förmåga och återta makten över sina liv.

Stockholms Stadsmission möter många barn och unga som lider av lindrig till medelsvår depression och ångest i daglig verksamhet, och vi uttalar oss i detta remissvar utifrån vår beprövade erfarenhet av att erbjuda terapi och olika former av psykosocialt stöd till dessa barn och unga.

Stockholms Stadsmission vill inledningsvis påtala att vi anser att remissförfarandet är udda. Samtidigt som remisshanteringen av riktlinjerna pågår har Socialstyrelsens riktlinjer i praktiken börjat gälla då kommuner och landsting redan har ombetts att påbörja genomförandet av dessa i sin verksamhet.

### **2. Sammanfattning av Stockholms Stadsmissions synpunkter**

I sina uppdaterade riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom förordar Socialstyrelsen i ännu högre grad än i tidigare riktlinjer kognitiv beteendeterapi, KBT, och psykofarmaka i behandlingen av psykisk ohälsa.

I motsats till Socialstyrelsens föreslagna riktlinjer vet vi, av lång erfarenhet från våra egna verksamheter, att ett bredare urval av behandlingsmetoder och möjlighet till längre behandlingstider är positivt för behandling av psykisk ohälsa.

Vi vill även påtala att ett flertal andra länder har valt en annan tolkningsram för hur man värderar den forskning som finns tillgänglig. I Danmark, Finland, Kanada och Tyskland, erbjuds patienter olika behandlingsmetoder och involveras i behandlingsupplägg och rehabiliteringsplan.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.kela.fi/web/sv/16-64-ar-psykoterapi>

<sup>2</sup> National klinisk retningsline for non-farmakologisk behandling af unipolar depression. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2016.

<sup>3</sup> Suomalainen Lääkäriseura. Duodecim. Depressio.

Depression och ångest innefattar många olika komplexa symtom och besvär, som dessutom skiljer sig från individ till individ. Det är orimligt att tro att en behandlingsform passar alla patienter. För Stockholms Stadsmission är det uppenbart att det krävs individanpassade behandlingsmetoder för att kunna behandla komplexiteten i varje enskilt fall. Att ge en viss behandlingsform en generell prioritet före andra behandlingsmetoder ifrågasätts av forskare, särskilt då psykisk ohälsa är ett heterogent område.<sup>7</sup> Även Riksrevisionen har kritiserat allt för snäva riktlinjer utan möjlighet till individanpassning utefter patientens behov.<sup>8</sup>

**Mot denna bakgrund avstyrker Stockholms Stadsmission Socialstyrelsens remissversion av nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom i sin helhet.**

### **3. Stockholms Stadsmissions verksamheter för barn och unga som lider av psykisk ohälsa**

Stockholms Stadsmission har bred erfarenhet av att arbeta med barn och unga som lider av psykisk ohälsa. Det stöd som Stockholms Stadsmission erbjuder barn och unga utgår från en holistisk syn på människan där helheten är större än summan av delarna. Utgångspunkten är att se till den ungas hela situation och problembild och att individen själv får välja vilken behandling hen föredrar. Stödet är sedan kontinuerligt, långsiktigt och individanpassat.

Stockholms Stadsmissions medarbetare, vilket även innefattar volontärer, möter barn och unga som lider av psykisk ohälsa i flera av sina verksamheter. Stockholms Stadsmission bedriver Ung Hälsa som består av Terapicenter för unga, som är en av Stockholms största öppna terapimottagningar för unga. Här ingår också Mottagning för unga män, som är Stockholms läns enda mottagning som enbart är riktad till unga män samt en ungdomsmottagning.

Ung Hälsa tar emot patienter i åldern 16–25 år. Den sammanhållna verksamheten skapar bra förutsättningar för att se till de ungas hela livssituation, möta deras olika vårdbehov och förebygga fysisk och psykisk ohälsa.

---

<sup>4</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, et al. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression. 2. Auflage, Version 1, November 2015.

<sup>5</sup> MacQueen GM, Frey BM, Ismail Z, et al; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 6. Special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):588-603.

<sup>6</sup> Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, et al; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):524-39.

<sup>7</sup> 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. 6<sup>th</sup> Edition* (ss. 169-218). New York: Wiley.

<sup>8</sup> Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod? Riksrevisionen, 2013:4.

2016 tog Terapicenter emot 193 patienter och höll 5 253 terapitimmar. I februari 2016 stod 29 ungdomar/unga vuxna (5 pojkar och 24 flickor) i åldern 17–25 år i kö till Terapicenter. Vid en genomgång av de personer som stod i kö uppgav 16 att de lider av ångest. Flera uppger stress och rädslor som anledning till att söka hjälp/kontakt. Tio av ungdomarna berättar om problem i barndomen/familjen (missbruk, våld, psykisk sjukdom). Två uppger självmordstankar.

Mottagningen för unga män tog emot 86 patienter under 2016 och höll 2 784 terapitimmar. I mars 2016 stod 18 unga män mellan 18 och 25 år i kön till Mottagning för unga män. Hälften av dem beskriver sig i termer av svår social fobi, ångest och ensamhet. Två unga män i kön har svåra trauman bakom sig. Fyra beskriver ångest/panikattacker av annat slag. Fyra är deprimerade. De flesta, 12 personer, har haft svårigheter sedan tidiga år och har erfarenhet av tidigare stödinsatser.

#### **4. Stockholms Stadsmissions synpunkter på förslaget till nya riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom**

##### **Socialstyrelsens tolkning av aktuell psykoterapiforskning**

Stockholms Stadsmission motsätter sig att Socialstyrelsens remissversion har ett alltför ensidigt fokus på KBT som behandlingsmetod ”*vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av egentlig depression och ångestsyndrom*”. Det är riktigt att KBT är *en* effektiv metod för dessa tillstånd, men för depression och sannolikt för flera ångesttillstånd är psykodynamisk psykoterapi, PDT lika verksamt.<sup>9, 10, 11, 12, 13, 14</sup>

Socialstyrelsens rekommendationer skiljer sig i flera avgörande avseenden från aktuella riktlinjer för vård vid depression och ångest i våra grannländer. Under 2015 och 2016 kom nationella riktlinjer för depressionsbehandling i Danmark, Finland, Kanada och Tyskland. I samtliga rekommenderas KBT, PDT och IPT i lika hög grad och i riktlinjerna tydliggörs att det saknas grund för att hävda att någon av dessa behandlingsmetoder skulle vara bättre än de andra.<sup>15,16, 17, 18, 19</sup>

---

<sup>9</sup> Lambert, M. J. (2004). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.

<sup>10</sup> Lambert, M. J. (2013). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th ed.). New York: Wiley.

<sup>11</sup> Henrich, G., Gastner, J. & Klug, G. (2012). Must All Have Prizes? The Munich Psychotherapy Study. In K. N. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (red). Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence. (pp.51-71). Humana Press.

<sup>12</sup> Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R.A., Cuijpers, P., et al. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*, 170, 1041–1050.

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> Gerber, A. J., Kocsis, J. H., Milrod, B. L., Roose, S. P., Barber, J. P. et al. (2011). A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168, 19-28.

<sup>15</sup> National klinisk retningsline for non-farmakologisk behandling af unipolar depression. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2016.

I dessa länder involveras även patienten i mycket högre utsträckning än i Sverige vad gäller behandlingsupplägg, rehabiliteringsplan och val av terapiform. Patientens problembild och önskemål blir vägledande för val av behandlingsmetod och terapilängd.

Aktuell psykoterapiforskning visar att faktorer som patientens önskemål och problembild, samarbetet mellan patient och terapeut samt terapeutens relationsskapande förmåga har större betydelse än den specifika metoden.<sup>20</sup>

Kvalitativa och naturalistiska studier (effectiveness studies) har sedan länge visat goda resultat för PDT och numera finns det även många randomiserade kontrollerade studier – den typ av forskning som krävs för utvärdering av medicinsk behandling – som visar att PDT ger varaktig effekt vid olika psykiatriska diagnoser. Vissa studier tyder även på att långtids PDT (minst 50 timmar) är den behandlingsform som ger bäst resultat vid särskilt djupgående och komplex problematik. I översiktsstudier har det visat sig att skillnaderna mellan olika etablerade psykoterapiformer som PDT, KBT och IPT varit obefintliga eller ytterst små. Större betydelse har patientens personlighet och livssituation, den terapeutiska samarbetsalliansen och terapeutens skicklighet.<sup>21</sup>

Det är dessutom anmärkningsvärt att Socialstyrelsen inte diskuterar de forskningsmässiga problem som randomiserade studier inom detta fält innebär. Till exempel saknas tankar kring faktorer som patientens, terapeutens och forskarens förväntningar, snäva inklusionskriterier eller svårigheter att ge de testade metoderna samma förutsättningar.

## Riktlinjerna ger en förenklad bild av psykisk ohälsa

Såväl depression som ångest är breda kategorier av symtom och besvär som kan innebära en rad olika problem som skiljer sig från patient till patient, trots samma diagnos. Forskningen visar att flera systematiska och genomtänkta

---

<sup>16</sup> Suomalainen Lääkäri-seura. Duodecim. Depressio.

<sup>17</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, et al. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression. 2. Auflage, Version 1, November 2015.

<sup>18</sup> MacQueen GM, Frey BM, Ismail Z, et al; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 6. Special populations: youth, women, and the elderly. Can J Psychiatry. 2016;61(9):588-603.

<sup>19</sup> Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, et al; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological treatments. Can J Psychiatry. 2016;61(9):524-39.

<sup>20</sup> Goodyer et al. (2016) Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial.

<sup>21</sup> Gerber, A. J. et al. (2011). A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy. Am J Psychiatry 168:1. Shedler, J. (february-march 2010). "The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy". American Psychologist.

behandlinger ger effekt för en stor del av patienterna, men olika patienter med samma diagnos kan föredra och ta till sig olika sorters behandling.<sup>22</sup>

Forskning visar att patienter som är påtagligt skeptiska till en viss psykologisk behandlingsmetod uppnår sämre behandlingsresultat om de endast erbjuds denna metod. Detta gäller alla metoder. Nyligen publicerade forskningsgenomgångar visar att 35-40 procent av deprimerade patienter som erbjuds KBT hoppar av behandlingen i förtid.<sup>23</sup> Samma bekymmersamma resultat har nyligen presenterats i en ny svensk studie.<sup>24</sup>

I våra egna verksamheter ser vi att under 2016 hade närmare två tredjedelar av våra patienter (121 av 193) haft en tidigare terapikontakt inom landstinget eller psykiatrin. För oss indikerar detta ett missnöje och en frustration över att den vård man erbjuds inte är tillräcklig.

Långsiktig, kontinuerlig och individanpassad behandling är det som fungerar mest effektivt, och är således bäst för såväl den enskilde individen och dess tillfrisknande som kostnaderna för samhället. Att så ensidigt lyfta fram KBT som den bästa och enda psykologiska behandlingen för komplexa diagnoser är orimligt. Det behövs i stället olika behandlingsstrategier för att behandla olika symtom och individer.

### **Mer av samma leder inte till minskad psykisk ohälsa**

I Sverige har vi genom Socialstyrelsens tidigare riktlinjer från 2010 och satsningen på den så kallade Rehabgarantin behandlat depression och ångestsyndrom genom KBT och psykofarmaka. I utvärderingar som genomförts kritiseras denna ensidighet och brist på patientanpassning, liksom bristen på kostnadseffektiviteten.<sup>25</sup>

Flera av våra grannländer har ett mer humanistiskt synsätt och erbjuder patienten dels flera olika behandlingsmetoder att välja mellan, dels större delaktighet i valet av behandlingsform. Att ge patienten mer inflytande har visat sig ha större betydelse för patientens tillfrisknande än vilken specifik metod som används. Detta är särskilt viktigt i gruppen barn och unga.

Erfarenheter från våra egna verksamheter för barn och unga visar dels att det finns ett stort behov av lättillgängliga stödverksamheter som kan anpassa sina insatser utifrån individens specifika behov, dels att om den enskilde tillåts vara delaktig i valet av behandlingsmetod så ökar chanserna för tillfrisknande radikalt. I genomsnitt fick våra patienter 65 terapitimmar under 2016. Vi ser att detta arbetssätt är mycket verkningsfullt tack vare möjligheten till delaktighet för individen och långsiktigheten i behandlingen.

---

<sup>22</sup> Goodyer et al. (2016) Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial.

<sup>23</sup> Psychological Therapies, Annual Report of the use of IAPT Services. England 2014/2015. Health and Social Care Information Centre. <http://www.hscic.gov.uk/pubs/psycther1415>.

<sup>24</sup> En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. (2011). Slutrapport Del I och Del II. Karolinska institutet.

<sup>25</sup> Ibid.

Dessutom visar erfarenheter från Region Skåne, och från våra grannländer, att individanpassad psykoterapi och möjligheten för patienten att välja längre terapimetoder än vad som i regel erbjuds i Sverige (5-10 terapisaftal, i vissa fall mellan 12-40 samtal) är mer effektivt och bidrar till en högre tillfrisknandegrad.

Från och med 2014 kan den som bor i Skåne och som lider av lättare till medelsvår depression, ångest, stress eller en mer komplex problematik erbjudas olika terapiformer. Tillsammans med sin läkare samråder individen kring vilken av behandlingsformerna KBT, IPT eller PDT som passar bäst. Till en början förskrivs 24 terapisaftal. Om terapeut och patient efter avslutad behandling kommer fram till att det behövs ytterligare terapibehandling är det möjligt att få det inom tolv månader efter avslutad första behandling.

Med de föreslagna riktlinjerna riskerar vi att på sikt få en försämrad vård och ett ännu högre ohälsotal. Stockholms Stadsmission uppmanar därför Socialstyrelsen att ta intryck av de länder som har lägre ohälsotal, en bredare palett av behandlingsmetoder och längre behandlingstider. Det är endast så vi uppnår minskad psykisk ohälsa i Sverige.

## **5. Avlutande kommentar**

Sammanfattningsvis avstyrker Stockholms Stadsmission Socialstyrelsens remissversion till nya riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Det krävs en annan strategi och andra riktlinjer om Sverige ska vända utvecklingen med en ökande psykisk ohälsa. Om detta inte sker riskerar vi att ohälsotalen fortsätter att öka.

Att den unge/vuxne som lider av psykisk ohälsa, som depression och ångest, ska vara delaktig i sin vårdplanering samt kunna välja psykoterapiform och lättillgänglig vård är nödvändiga delar i den nya strategi som krävs.

Stockholm 31 mars 2017

För Stockholms Stadsmission



Matika Markovits, Direktör