

31/3 2017

## Remissvar över Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

*Svenska Psykiatriska Föreningen tackar för möjligheten att yttra oss över rubricerade remiss.*

Socialstyrelsen har gjort ett gediget och mycket viktigt arbete i att ta fram riktlinjer för vården vid depression- och ångestsyndrom. Dessa sjukdomar drabbar många individer och leder till höga kostnader för samhället vilket ytterligare betonar vikten av dessa riktlinjer.

Vi noterar att det varit en mediadebatt den senaste tiden som framförallt handlat om att företrädare för PDT menar att denna terapiform prioriteras för lågt i förhållande till exempelvis KBT och att dessa skillnader i prioritering inte avspeglas i evidens. Svenska Psykiatriska Föreningen har inte för avsikt att ge sig in i denna diskussion utan fäster stor tilltro till SoS arbete och prioriteringar. Samtidigt inser vi att det vid vissa tillstånd kan vara ett svårt och grannlaga arbete att prioritera mellan olika behandlingsformer. Ett exempel är mild till måttlig unipolär depression hos vuxna, en i vården stor och sannolikt mycket heterogen grupp, där en mängd olika orsaker och vidmakthållande faktorer troligen spelar in. Placebosvaret är ofta uttalat vilket försvårar studier, behandlingseffekterna på gruppnivå är ofta små. Meta-analyser har visat att skillnaden i effekt mellan olika psykoterapier, på gruppnivå, är liten och möjligen inte kliniskt relevant (Cuijpers, 2017; Cuijpers et al., 2008). Avsaknaden av placebo-kontrollerade studier som möter SoS inklusionskriterier (ex. avseende PDT vid mild – måttlig depression) har förstås spelat in i den slutgiltiga prioriteringen. Å andra sidan finns det framstående psykoterapiforskare som argumenterar att de högst värderade studierna bör vara de som jämför en terapi mot en annan. Så här skriver ex. Chambless & Hollon i den ofta citerade översiktsartikeln "*Defining Empirically Supported Therapies*" (Chambless and Hollon, 1998):



“Comparisons with other rival interventions can provide the most stringent tests of all, because they not only control for processes independent of treatment and common to all treatments but may also involve tests between competing specific mechanisms. Thus, such studies sit atop a hierarchy of increasing competitive difficulty and should be at least as informative about causal agency as comparisons with no-treatment conditions or even nonspecific controls. Moreover, such comparisons can provide explicit information regarding the relative benefits of competing interventions.”

I arbetet med att prioritera olika åtgärder ingår förstås även andra överväganden såsom kostnadseffektivitet och olika kliniska aspekter. Sammanfattningsvis tror vi att SoS skulle tjäna på att vara mer tydliga exakt hur prioriteringarna har gått till vid vissa av de tillstånd som varit fokus för den senaste tidens mediedebatt.

KBT och i viss mån IPT prioriteras genomgående högre än PDT vid samtliga ångest- och depressionssyndrom. Detta reflekterar troligen inte sammansättningen av psykoterapeuter med olika inriktningar vid en genomsnittlig allmänpsykiatrisk mottagning. Konsekvenserna av riktlinjerna skulle därför bli att man på verksamhetschefsnivå ökar resurserna för KBT i förhållande till ex PDT. Detta skulle därför vara önskvärt om SoS tydliggör hur och framförallt på vilken vårdnivå riktlinjerna ska appliceras. Ska riktlinjerna appliceras på samma sätt i primärvården som i specialistpsykiatri? Till specialistpsykiatri remitteras ofta patienter från primärvården med ångest- och depressionssyndrom. Inte sällan har dessa patienter redan erhållit någon av de högst prioriterade åtgärderna såsom KBT och/eller läkemedel. Vilken insats rekommenderas då i första hand efter remiss till specialistpsykiatri? Ska man tänka sig samma insats med utförd av personal som är mer specialiserad eller utbildad? Eller ska man erbjuda någon insats som är lägre prioriterad men som patienten ännu inte erhållit (ex PDT)? Dessa frågor är viktiga för hur man ska lägga upp vårdverksamheten och rekrytera/utbilda personal inom specialistpsykiatri.

Repetitiv Transkraniell Magnetstimulering (rTMS) får prioritet 4 vid medelsvår till svår depression (“kan erbjudas”). Svenska Psykiatriska Föreningen ser positivt på denna rekommendation. Precis som SoS skriver finns det nu alltfler studier som påvisat en signifikant effekt av rTMS i förhållande till ”sham” och effekterna har visat sig vara kliniskt relevanta i publicerade studier. Eventuella biverkningar är överlag lindriga. Vi ser med tillförsikt och spänning fram emot utvecklingen av rTMS på psykiatriska kliniker i Sverige. Vår förhoppning är att SoS rekommendation kan fungera som

---

incitament för verksamhetschefer att investera i den apparatur som behövs och sedan, tillsammans med den akademiska psykiatrin, utföra noggranna studier för att identifiera de patienter som har bäst nytta av rTMS. Kanske är rTMS en bra alternativ till ECT vid icke-psykotisk depression (Ren et al., 2014)? Det finns till exempel intressant data som talar för att depressioner med stort inslag av anhedoni kan ha särskilt stor nytta av rTMS (Downar et al., 2014), och arbetet med att på ett bättre sätt kunna skraddarsy patienternas behandlingar tror vi blir viktigt framöver.

Vi instämmer med Svensk Föreningen för Äldrepsykiatri att riktlinjer för behandling av depression- och ångestsyndrom hos äldre borde lyftas fram som en egen grupp. Detta är en stor och ofta svårbehandlad grupp där exempelvis SSRI har sämre evidens än i övriga grupper. Det vore därför önskvärt med nationella riktlinjer för denna grupp för att vägleda klinker som behandlar dessa patienter.

Vi vill även anmärka att resurserna som kravs för att leva upp till de rekommendationerna är inte tillgängliga. Investeringar behöver göras både på primärvårds och specialistpsykiatrins nivå för att kunna erbjuda kvalificerad psykoterapi enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

För Svenska Psykiatriska Föreningen

Daniel Lindqvist

Michael Ioannou

## Referenser

Chambless, D.L., Hollon, S.D., 1998. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 66, 7-18.

Cuijpers, P., 2017. Four Decades of Outcome Research on Psychotherapies for Adult Depression: An Overview of a Series of Meta-Analyses. *Canadian Psychology* 58, 7–19.

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., van Oppen, P., 2008. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 76, 909-922.

Downar, J., Geraci, J., Salomons, T.V., Dunlop, K., Wheeler, S., McAndrews, M.P., Bakker, N., Blumberger, D.M., Daskalakis, Z.J., Kennedy, S.H., Flint, A.J., Giacobbe, P., 2014. Anhedonia and reward-circuit connectivity distinguish nonresponders from responders to dorsomedial prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in major depression. *Biol Psychiatry* 76, 176-185.

Ren, J., Li, H., Palaniyappan, L., Liu, H., Wang, J., Li, C., Rossini, P.M., 2014. Repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy for major depression: a systematic review and meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 51, 181-189.