REPLIK:

Nationella riktlinjerna står på solid grund

Socialstyrelsen ser ingen anledning att, som Göran Högberg och medförfattare kräver, revidera riktlinjerna för behandling av unga med depression och ångest.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd för beslutsfattare (politiker, tjänstemän och verksamhetschefer) i deras styrning och ledning av vård och omsorg. I arbetet med att ta fram riktlinjer värderas kunskapsläget för ett stort antal åtgärder som förekommer vid behandling av olika sjukdomstillstånd. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom publicerades i en preliminär version mars 2009. Därefter följde en period då det var möjligt att lämna synpunkter på riktlinjerna, och med hjälp av ett stort antal inkomna synpunkter omarbetade Socialstyrelsen sedan riktlinjerna. Under denna tid gjorde myndigheten även en förnyad bedömning av kunskapsläget och ändrade vissa rekommendationer. De slutgiltiga riktlinjerna presenterades i mars 2010 [1].

Göran Högberg och medförfattare menar att Socialstyrelsen inte bygger sina rekommendationer på tillräckligt god evidens. Nationella riktlinjer grundar sig på bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, och utgångspunkten är systematiska översikter av god kvalitet. SBU:s kunskapsöversikter var därför basen i riktlinjerna.

I Socialstyrelsens vetenskapliga underlag inklusive SBU:s »Behandling av depressionssjukdomar« (2004) värderas huvuddelen av Högbergs och medförfattares referenser. Socialstyrelsens bedömning av kunskapsläget för effekten av antidepressiva läkemedel respektive KBT (kognitiv beteendeterapi) skiljer sig från deras bedömning. Frågan som Högberg och medförfattare tar upp om vilken kontrollgrupp som bör användas vid studier av psykologisk behandling är långt ifrån självklar [2]. Socialstyrelsen håller med om att högst bevisvärde har studier där man också i psykologisk behandling använt en aktiv kontrollgrupp. Myndigheten har använt sådana i den utsträckning de finns tillgängliga. I andra fall har Socialstyrelsen använt studier av lägre bevisvärde eftersom dessa utgjorde bästa tillgängliga vetenskapliga underlag.

Högberg och medförfattare anser att evidensgraderingen är låg för tre studier av fluoxetin på grund av att placebotvätt använts före randomiseringen. De anger att kontrollgruppen blir manipulerad. Detta är fel. En sådan studiedesign har tvärtom gjorts för att förstärka skillnader mellan aktivt preparat och placebo. Tonåringar har mycket hög placeborespons, och det är svårt att få fram de skillnader som finns mellan aktiv behandling och placebo. Men här har också barn med aktiv behandling genomgått placebotvätt, varför båda grupperna är lika och kan jämföras. Bedömningen blir då att studierna är av hög kvalitet.

Det finns speciella svårigheter och risker med att behandla barn och ungdomar med antidepressiva SSRI-preparat. En ökad risk för självmordsbeteende och självdestruktivt beteende har rapporterats. En risk–nyttabedömning visar att behandling med SSRI vid depression gör stor nytta i förhållande till risken. »Number to treat« är 10 och »number to harm« är 112, dvs mer än tio gånger fler svarar positivt på behandling med SSRI än de som får självmordstankar och begår självmordshandlingar. Inga fullbordade självmord har rapporterats i dessa studier [3].

Högberg och medförfattare anger felaktigt att Socialstyrelsen till skillnad från den europeiska läkemedelsmyndigheten rekommenderar SSRI som enda behandling vid depression. Socialstyrelsen ger starka rekommendationer om sammansatta vårdåtgärder, något som studerats främst inom första linjens vård. Socialstyrelsen rekommenderar aktiv exspektans vid depressiva symtom (ospecifik samtalsterapi med psykopedagogiskt inslag). Däremot rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården vid medelsvår depression som alternativ bör erbjuda både antidepressiv behandling med fluoxetin och psykologisk behandling med KBT eller IPT (interpersonell terapi). Vården kan också erbjuda behandling med andra SSRI-preparat, familjeterapi och i undantagsfall psykodynamisk psykoterapi.

Vid lindrig depression rekommenderar Socialstyrelsen både KBT och IPT. Socialstyrelsen ger även, tvärt emot vad Högberg och medförfattare anger, rekommendationer för svår depression. Där flera behandlingsförsök inte gett effekt rekommenderar myndigheten elbehandling och i undantagsfall tricykliska antidepressiva. SSRI rekommenderar myndigheten vid ångesttillstånd hos barn och unga som ett alternativ till KBT. Socialstyrelsen har i sina riktlinjer valt att göra bedömningar av kunskapsläget när det gäller effekt även för preparat som inte är godkända på en viss indikation (»off-label«) men som ändå används inom barn- och ungdomspsykiatrin. Socialstyrelsen bevakar kontinuerligt kunskapsläget inom området, och om cirka tre år kommer myndigheten att påbörja en uppdatering av riktlinjerna. Förändringar kan göras tidigare om kunskapsläget förändras på ett avgörande sätt, men i dag ser Socialstyrelsen inte att det finns någon anledning att göra några förändringar.



Foto: Colourbox

Socialstyrelsen bevakar kontinuerligt kunskapsläget vad gäller behandling av unga med depression och ångest.

För Socialstyrelsen:

Anders Tegnell
chef

Mårten Gerle
sakkunnig; båda vid avdelningen för kunskapsstyrning

Anne-Liis von Knorring
professor i barn- och ungdomspsykiatri

Gerhard Andersson
professor i psykologi

REFERENSER

1. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4
2. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. Ann Intern Med. 2008;148:295-309.
3. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA. 2007;297:1683-96.