

# **Förekomst av psykoterapi vid depression inom Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

**Moa Wiese**

Vetenskapligt arbete 15 hp. 2024

Handledare: Timea Sparding  
Examinator: Sean Perrin



## **Abstract**

The study aimed to investigate which patients with diagnosis of depression received individual psychotherapy from a psychologist within psychiatric outpatient care at Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, between 2013 and 2023. Data was obtained from the clinic's patient administrative system where care measures are registered and included 27 008 patients. Patients with diagnosis of depression attended psychotherapy to a greater extent (16.2% out of 2909) than patients with other diagnoses (12.9 % out of 24 099). Issues of equal care was examined; when patients with depression were compared based on whether they were treated with psychotherapy or not, significant differences emerged regarding age but not gender. Younger patients were more likely to be treated with psychotherapy. Furthermore, it emerged that patients who received inpatient care received psychotherapy to a greater extent than those who did not. The study showed a discrepancy between the national guidelines for depression care and everyday clinical practice regarding psychotherapy. First, a low proportion of patients with depression attended psychotherapy. Second, degree of depression did not affect the likelihood of psychotherapeutic treatment. Finally, psychodynamic therapy and "other psychological treatment" were more common than CBT. The result shows the need to further investigate the reasons for the differences. The study may provide insights into challenges for psychiatric specialist care in the implementation of guidelines. How, based on society's conditions, to weigh the patient's unique circumstances with best available evidence to be able to meet the patient's need for improved health and quality of life on equal terms.

*Keywords:* depression, psychotherapy, mental health services, treatment guidelines

## Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka vilka patienter med depressionsdiagnos som behandlats med individuell psykoterapi hos psykolog inom psykiatriska öppenvården vid Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset åren 2013 till 2023. Data inhämtades från klinikens patientadministrativa system där vårdåtgärder registreras och innefattade 27 008 patienter. Patienter med depressionsdiagnos gick i psykoterapi i större utsträckning än patienter med andra diagnoser. Resultaten visade att av totalt 2909 patienter med depressionsdiagnos hade 16.2% erhållit psykoterapi jämfört med 12.9% av 24 099 patienter med andra diagnoser. Frågan om jämlik vård belystes genom att undersöka skillnader i andel som behandlats med psykoterapi utifrån kön och ålder. När patienter med depression jämfördes avseende psykoterapeutisk behandling framkom signifikanta skillnader avseende ålder men ej avseende kön. Således var det större sannolikhet att yngre patienter behandlades med psykoterapi. Vidare framkom att patienter som vårdats ineliggande behandlats med psykoterapi i större utsträckning än de som inte gjort det. Studien visade en diskrepans mellan nationella riktlinjerna för depressionsvård och den kliniska vardagen avseende psykoterapeutisk behandling. För det första fick låg andel patienter med depression psykoterapi. För det andra påverkade grad av depression inte sannolikheten att gå i psykoterapi. Slutligen att psykodynamisk terapi och ”annan psykologisk behandling” var mer vanligt förekommande än KBT. Resultatet visar behovet att vidare undersöka orsakerna till skillnaderna. Studien kan ge insikter om utmaningar för psykiatrisk specialistvård i implementeringen av riktlinjer. Utmaningar att utifrån vårdens förutsättningar försöka väga samman patientens unika omständigheter med bästa tillgängliga evidens för att på lika villkor möta patientens behov av förbättrad hälsa och livskvalitet.

*Nyckelord:* depression, psykoterapi, psykiatrisk vård, behandlingsriktlinjer

## **Tack!**

Jag vill rikta ett stort tack till min handledare, Timea Sparding, för ovärderligt engagemang, kunskap och stöd under arbetet med uppsatsen. Tack även till Mathias Kardell och Andreas Aspholmer för tålmodig hjälp med databearbetning. Slutligen vill jag rikta ett hjärtligt tack till familj, vänner och kollegor för stöttning och hjälp med både små och stora frågeställningar i uppsatsarbetet.

## **Förekomst av psykoterapi vid depression inom Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

Under de senaste decennierna har det blivit allt vanligare med psykiatriska diagnoser. I Sverige står psykiska sjukdomar och syndrom för den fjärde största gruppen av den totala sjukdomsbördan och betraktas som en viktig folkhälsofråga (Folkhälsomyndigheten, 2023). Även om den stora majoriteten av Sveriges befolkning ger uttryck för ett generellt gott psykiskt välbefinnande är det fler personer idag som rapporterar en högre grad av olika psykiska besvär än vid tidigare mätningar. Ökningen sker mest påtagligt för unga individer men är även gällande över befolkningen i stort. Det är inte fastställt vad ökningen beror på. För att möta utvecklingen av ökad upplevd psykisk ohälsa har Folkhälsomyndigheten (2023) i samarbete med Socialstyrelsen i deras nationella strategi för psykisk hälsa och suicidprevention fastslagit att tillgängligheten till vård och omsorg behöver öka samt göras mer jämlik.

Depression är en av de vanligaste förekommande psykiatriska diagnoserna bland vuxna i Sverige. Depressions- och ångestdiagnoser sammantaget orsakar mer än 40 procent av alla sjukskrivningar (Socialstyrelsen, 2021). Depression behandlas vanligen med läkemedel, ofta i kombination med psykoterapi, vilket är i linje med Socialstyrelsens rekommendationer.

Effekten av psykoterapi vid depression är, i jämförelse med andra psykiatriska diagnoser, väl undersökt i randomiserade kontrollerade studier (Cuijpers et al., 2019). Dock saknas kunskap om patienters tillgång till psykologisk behandling för olika psykiatriska tillstånd eftersom få naturalistiska studier har utförts - såväl internationellt som nationellt (Karanti, 2020). I Socialstyrelsens (2019) utvärdering av nationella riktlinjer för behandling av de vanligaste psykiatriska diagnosgrupperna, ångest och depression, påpekas att det saknas heltäckande data i Sverige som beskriver andelen patienter som får tillgång till psykologisk behandling. Bristen på uppgifter gäller både från primärvård och specialistvård. Svårigheter att tillgodose den ökande efterfrågan på psykologisk behandling och psykoterapi beskrivs som svår att möta upp inom specialistpsykiatri (Socialstyrelsen, 2023).

Föreliggande arbete syftar till att undersöka dels förekomsten av psykoterapi vid depression utförd av psykologer inom Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, dels vilka patienter som varit aktuella för insatserna under tidsperioden maj 2013 till januari 2023.

Inledningsvis beskrivs depression samt riktlinjer och rekommendationer för behandling. Därefter följer en genomgång av tidigare forskning på området. Slutligen följer en beskrivning av den psykiatriska kliniken Psykiatri Affektiva.

## **Depression**

De första kända beskrivningarna av melankoli, ett tillstånd besläktat med det vi idag kallar för depression gjordes av Hippokrates och Aristoteles på 300-talet f.Kr (Radden (Red.), 2002). Genom historiens gång har detta beskrivits som episoder av illabefinnande som kan drabba människan och även som mer fasta karaktärsdrag hos vissa individer. Vår nutida beskrivning av depression som ett avgränsat medicinskt sjukdomstillstånd kan härledas till framför allt Kraepelins klassificering av psykiatriska tillstånd från 1880-talet. Den har utvecklats genom framväxten av den moderna psykiatrin och har i stor utsträckning påverkat utvecklingen av de samtida diagnosklassificeringssystemen Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) och International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Vidare utveckling av begreppet depression har därefter skett genom psykoanalytiska, sociologiska, inlärningsteoretiska och biologiska förståelsegrunder för att nämna några av de mest framträdande perspektiven (Radden (Red.), 2002).

Depression av idag beskrivs av WHO som en psykiatrisk sjukdom som karaktäriseras av nedstämdhet, minskat intresse för tidigare lustfyllda aktiviteter, låg självkänsla, hopplöshet samt ytterligare symtom av koncentrationssvårigheter, suicidtankar, aptit- och sömnrubbingar och trötthet (World Health Organization, 2019). Vidare beskrivs depression som en folksjukdom som kan drabba människor i alla delar av livet. Livstidsprevalensen i Sverige uppskattas till 36 procent för kvinnor och 23 procent för män (Socialstyrelsen, 2021). Globalt sett uppskattar WHO siffran till att ungefär fem procent av världens befolkning har en pågående depression vilket gör tillståndet till ett av samtidens största folkhälsoproblem (World Health Organization, 2019). Det finns skiftande allvarsgrader för tillståndet vilka brukar delas in som lindrig, medelsvår eller svår grad där det även vid mindre allvarlighetsgrad ofta innebär försämrad livskvalitet och påverkan på daglig funktion för personen som drabbas (Socialstyrelsen, 2021).

## **Riktlinjer och rekommendationer för behandling**

Socialstyrelsens (2021) riktlinjer fastslår vikten av adekvat och tidig behandling för att så långt som möjligt förhindra funktionsnedsättning, risk för långvarig sjukdom och

återinsjuknande. För behandling av depression rekommenderas i huvudsak olika former av psykologisk behandling och antidepressiva läkemedel. De svenska riktlinjerna vid behandling av egentlig depression är, för lindrig till medelsvår depression, att sjukvården *bör* erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT) eller läkemedelsbehandling samt att sjukvården även *kan* erbjuda fysisk aktivitet och psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT). I riktlinjerna beskrivs att valet mellan de olika behandlingsalternativen behöver anpassas till hur svår depressionen är och att det ska ske i samråd med patienten och närstående. Det framhålls att vården ska kunna erbjuda flera olika alternativ av psykologiska behandlingar. Vid medelsvår till svår depression kan medicinska interventioner som elektrokonvulsiv behandling (ECT), magnetstimulering (rTMS) och annan medicinering användas (Socialstyrelsen, 2021).

I våra närmsta grannländer skiljer sig rekommendationerna generellt åt vad gäller psykoterapi vid olika former av depression. I exempelvis Finland beskrivs KBT, IPT, PDT i både kort och lång form samt lösningsfokuserad psykoterapi som likvärdigt effektiva vid behandling av lindrig till medelsvår depression samt att psykoterapi kan prövas även vid svår depression tillsammans med medicinering (Duodecim, 2024). Liknande slutsatser dras i de nationella riktlinjerna för vård vid depression i Nederländerna (GGZ Standaaren, 2018), Frankrike (Haute Autorité de Santé, 2017) och Tyskland (Bundesärztekammer et al., 2022). Även de nuvarande danska riktlinjerna kom till samma slutsats, vilka dock är under ombearbetning för att ha ett mer uppdaterat underlag (Sundhetsstyrelsen, 2019). Gemensamt för flera av dessa länders riktlinjer är ett jämförelsevis större fokus på generella förutsättningar för psykoterapi, såsom upprättande av terapeutiska mål, samarbetsallians och återkommande utvärdering. Samt att patienternas preferenser och tidigare erfarenheter av psykoterapi beaktas vid val av behandlingsmetod. De brittiska riktlinjerna för behandling av depression liknar de svenska på så vis att de rangordnar de olika rekommenderade insatserna (National Institute for Health and Care Excellence, 2022). Rangordningarna utgår från sammanvägd klinisk och kostnadsmässig effektivitet utifrån olika grader av depression och särskild hänsyn tas till patientens egna önskemål.

I Sverige finns en uppdelning gällande vård av psykisk ohälsa mellan primärvård och specialistpsykiatri (Socialstyrelsen, 2016). Lättare till medelsvåra psykiska besvär ska behandlas i primärvården medan specialistpsykiatrins uppdrag är att behandla de svårare och



mer komplicerade psykiatriska tillstånden. Det finns regionala variationer i denna uppdelning eftersom detta inte regleras på nationell nivå. Enligt Socialstyrelsen (2021) remitteras cirka 20% av det totala antalet patienter med depressionsdiagnoser vidare till specialistpsykiatri. Inom Västra Götalandsregionen har senaste regionala riktlinjen för ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistpsykiatri fastslagit att lindrig och medelsvår depression samt okomplicerade recidiverande depressioner ska behandlas inom primärvården medan medelsvår depression med komplex problematik, svår depression samt komplicerade recidiverande depressioner ska behandlas inom specialistpsykiatri (Västra Götalandsregionen, 2023).

Efterfrågan på psykologisk behandling är större än vad resurserna tillåter vid Psykiatri Affektiva vilket innebär kontinuerliga prioriteringar för att avgöra vilka patienter som ska erbjudas olika psykoterapeutiska insatser. Ytterst styrs dessa av etiska överväganden som är fastställda i riksdagen 1997 i den etiska plattformen för prioriteringar (Prop. 1996/97:60). Den etiska plattformen har tagits fram för att hantera diskrepansen som uppstått i vården mellan behov och resurser i takt med att efterfrågan på vård ökat i kombination med att en allt mindre del av samhällets samlade resurser har avsatts till hälso- och sjukvård (SOU 1995:5). Det har gett upphov till ett krav på prioritering och tre principer har tagits fram.

Första principen, *människovärdesprincipen*, utgår från idén om alla människors lika värde oavsett vad de har för karakteristiska eller position i samhället (Prop. 1996/97:60). Ålder, kön, social eller ekonomisk ställning, utbildningsnivå, etnicitet eller funktionsnivå får inte leda till diskriminering i fråga om vård. Andra principen, *behovs- och solidaritetsprincipen* innebär att de resurser som finns bör satsas där behoven är störst. Den individuella nyttoaspekten vävs in här, vilket innebär att behov handlar om något den enskilde kan ha nytta av. Solidaritet innefattar att se till de svagaste patienterna som har svårare att göra sin röst hörd. Tredje och sista principen, *kostnadseffektivitetsprincipen* handlar om effektivt resursutnyttjande. Det betyder att kostnaderna för en viss behandling ska vara rimlig sett utifrån dess effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Principerna är rangordnade i förhållande till varandra, vilket innebär att kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de två andra principerna.

### **Tidigare studier**

Majoriteten av de studier som tidigare gjorts gällande effekt av psykoterapi för depression har avsett KBT-behandlingar. Senare år har randomiserade kontrollerade studier gjorts på flera olika psykoterapiformer (KBT, Beteendeaktivering, IPT, PDT och

problemlösningsfokuserad terapi), vilka är likvärdigt effektiva behandlingsformer vid depression (Cuijpers et al., 2021; Fonagy 2015; Leichsenring et al., 2023). I synnerhet visar studier på en effektivitet av psykoterapi i kombination med antidepressiv medicinering (Cuijpers et al., 2020a). Psykoterapi vid depression förefaller även likvärdigt effektiv oavsett åldersgrupp när det kommer till vuxna patienter (Cuijpers, 2020b) samt oavsett kön (Cuijpers, 2022). Samtidigt blir bilden av effektiviteten av psykoterapi vid depression något mer dystert sett till att tillgängliga studier visar på att nära hälften av patienter som får psykoterapi oavsett inriktning inte svarar på behandling samt att två tredjedelar inte når symtomfrihet (Cuijpers et al., 2021). Vidare kompliceras bilden av effektiviteten av psykoterapi utifrån bristande kvalitet på flera av de studier som använts som underlag för riktlinjer och rekommendationer för diagnosspecifika behandlingar (Sakaluk et al., 2019; Cuijpers et al., 2019). Bekymmer med bias i terapiforskning; svag statistisk styrka, bortsållande av studier med negativt eller svagt utfall, låg replikerbarhet, negativa effekter av väntelistor som ger missvisande positiva resultat av aktiva behandlingar är några exempel på återkommande brister. Grad av samsjuklighet och socioekonomiska faktorer påverkar också effekten av psykoterapi (Oldham et al., 2012). Generellt finns ett intresse inom psykoterapiforskningen för frågor om predicerande, modererande och medierande faktorer för att kunna få mer kunskap kring vilka olika samverkande karakteristika hos patienter, terapeuter, terapiformer och omgivningsfaktorer som i slutändan kan predicera ett gott behandlingsresultat (Cuijpers et al., 2022; Kraemer et al., 2002). Dock innebär detta ofta komplicerade studiedesigner och där de studier som gjorts ofta ger motstridiga resultat, troligen på grund av de komplexa nätverk av samband som avses att undersökas (Oldham et al., 2012; Cuijpers et al., 2022; Hasmo Eilertsen & Hasmo Eilertsen, 2023).

De randomiserade kontrollerade studiernas brister till trots betraktas de som gyllene standard i psykoterapiforskning och ligger till grund för de olika nationella riktlinjer som tas fram för styrning av utbudet av behandlingar i sjukvården. Hur behandlingarna vid depression och andra psykiatriska diagnoser ser ut i den kliniska vardagen är svårare att veta då naturalistiska studier i ämnet är förhållandevis få till antalet (Karanti, 2020). Flera av dessa studier utgår från självrapporterade data i form av enkätsvar. Olfson och Marcus (2010) undersökte med hjälp av svar från en årlig nationell enkät administrerad av amerikanska folkhälsomyndigheten hur invånare i USA hade sökt psykoterapi. Det framkom att 3,4 procent

av deltagarna hade sökt psykoterapi 1998 och 3,2 procent 2007. De vanligaste diagnoserna hos deltagarna var depression och ångestsyndrom och studien visade att kvinnor var mer benägna att söka psykoterapi än män. Även Briffault et al. (2008) använde enkätdata för att få fram uppgifter om hur psykoterapi fördelats till personer med en viss form av sjukvårdsförsäkring i Frankrike. Studien visade på ett samband där tillståndets allvarlighetsgrad ökade sannolikheten att få psykoterapeutisk behandling. Det framkom även att kvinnor med en högre utbildning hade högre sannolikhet att erhålla psykoterapi, men att den skillnaden mot andra grupper också minskade när tillståndets allvarlighetsgrad ökade.

I en studie av Suoyrjö et al. (2007) där drygt 65 000 finska kommunanställdas rehabiliteringsåtgärder undersöktes framkom att gruppen som hade erhållit psykoterapi (ca 1 %) var signifikant yngre än de som inte hade erhållit psykoterapi med en skillnad på ungefär fyra år. Vidare var det vanligare att kvinnor erhöLL psykoterapi än män.

Harpaz-Rotem et al. (2012) har som en av få studier utgått från registrerade patientdata i syfte att undersöka hur stor andel amerikanska patienter med privat sjukvårdsförsäkring och en psykiatrisk diagnos som erhållit psykoterapi. Av nästan 900 000 personer hade 32 procent fått psykoterapi, vilket var vanligare vid PTSD och depression än vid exempelvis ångestdiagnoser. Vidare framkom att det var mer sannolikt för män att få psykoterapeutisk behandling jämfört med kvinnor. Karanti (2020) undersökte hur vården ser ut för patienter med bipolär sjukdom med data från svenska kvalitetsregistret för bipolär sjukdom; BipolärR. Resultatet visade att kvinnor med bipolär sjukdom fick psykoterapi i större utsträckning än män. Även högre utbildning hos patienter var förenat med större sannolikhet att få psykoterapi. Hedin (2023) och Lahti (2023) undersökte inom ramen för sina respektive examensuppsatser vid Göteborgs Universitet förekomsten av psykologisk behandling vid olika psykiatriska tillstånd på Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Hedin (2023) som undersökte psykoterapi samt psykopedagogiska insatser för patienter med bipolär sjukdom fann inga skillnader mellan kvinnor och män avseende att ha fått någon av dessa behandlingar. Däremot fanns skillnad i ålder där yngre patienter fick både psykopedagogiska insatser och psykoterapi i större utsträckning än äldre. Lahti (2023) som undersökte övergripande diagnosgrupper och psykoterapi fann att kvinnor fick psykoterapi i större utsträckning än män, däremot förelåg ingen skillnad avseende ålder. Vidare framkom att det var vanligast att patienter med förstämningssyndrom och ångestrelaterade syndrom fick psykoterapi.

## **Psykiatri Affektiva**

Verksamheten Psykiatri Affektiva är störst av sammanlagt fem psykiatriska kliniker inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, Västra Götalandsregionen. Här utreds och vårdas personer som lider av vanligt förekommande psykiatriska tillstånd, så som förstämningssyndrom, ångesttillstånd och personlighetssyndrom. Kliniken har idag cirka 8000 pågående patienter (Elvis, 2024) fördelat på 5 öppenvårdsmottagningar som alla är subspecialiserade utifrån diagnoskategorier. Psykiatri Affektiva har genomgått flera omorganisationer varav den senaste som verkställdes under april 2024 bland annat har inneburit att patienter med neuropsykiatriska tillstånd och ätstörningar har flyttats till en annan klinik. Patienterna kommer på remiss från annan vårdinstans, via psykiatriakuten eller genom egenremiss. Väl emottagen på en öppenvårdsmottagning kan patienterna erbjudas de insatser som enheten tillhandahåller, utifrån varje patients behov. Utbudet gällande psykologisk behandling ser olika ut på olika mottagningar och gemensamt för mottagningarna är att om det finns behov eller önskan om psykoterapi tas detta upp i ett tvärprofessionellt team. Där diskuteras om patienten bör bedömas av en psykolog avseende detta. Då samsjuklighet är vanligt förekommande i den psykiatriska populationen (Caspi et al., 2014) kan en patient vara aktuell på flera enheter under årens lopp.

### **Syfte och frågeställningar**

Studiens övergripande syfte är att undersöka i vilken omfattning psykologiska behandlingar har givits patienter diagnostiserade med depression på Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, under tioårsperioden maj 2013 till januari 2023. Vidare undersöks om kön och ålder är av betydelse för vilka som erhåller psykologisk behandling och hur klinisk praxis överensstämmer med svenska kliniska riktlinjerna.

Frågeställning 1: Hur stor andel av patienterna med depressionsdiagnos har givits psykoterapi i jämförelse med patienter som vårdats för andra diagnoser? Föreligger skillnad i vilken utsträckning patienterna fått psykoterapi utifrån grad av depression?

Frågeställning 2: Vad kännetecknar patienterna med depressionsdiagnoser som erhållit psykoterapi avseende kön, ålder och vård inom heldygnsvården, och som skiljer dem från patienter som inte erhållit denna behandling?

Frågeställning 3. Hur överensstämmer de psykologiska behandlingar som ges i den kliniska vardagen vid depression på Psykiatri Affektiva med behandlingsriktlinjer för depression?

## **Metod**

### **Design**

Studien var en retrospektiv registerstudie med en explorativ ansats utifrån data hämtat från klinikens patientadministrativa system.

### **Deltagare**

Deltagarna i studien var vuxna patienter som har varit inskrivna i öppenvården på Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, under perioden maj 2013 till januari 2023. Patienterna var huvudsakligen folkbokförda i Storgöteborg med kranskommuner. Den aktuella datafilen innehöll uppgifter om totalt 27 411 patienter och data har tagits fram som en del av det fortlöpande kvalitetsarbete som bedrivs på kliniken. 2 av deltagarna exkluderades på grund av att felaktig ålder hade registrerats (2 respektive 9 år). Ytterligare 378 patienter togs bort då de saknade diagnoskod samt att 23 patienter som hade tilldelats två huvuddiagnoser exkluderades. Kvar för analys fanns således 27 008 patienter. 15 954 av patienterna var kvinnor vilket motsvarade 59.1 % och 11 054 var män vilket motsvarade 40.9%. Åldersmässig spännvidd var mellan 18 och 101 år med medianålder 37 år, medelålder 40 år och standardavvikelse 14 år.

### **Genomförande**

Data hämtades från det patientadministrativa systemet Elvis som används för att registrera patientbesök på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och datauttaget gjordes med hjälp av klinikens IT-strateg. Alla personuppgifter anonymiserades i samband med datauttaget och varje patient tilldelades en unik slumpgenererad sifferkombination som ID.

I Elvis registreras vilken diagnos som varit aktuell för patientens besök och vilka väsentliga åtgärder som haft relevans för patienten vid besöket. Dessa registreringar kallas för klassificerade vårdåtgärder (KVÅ). Diagnoser och åtgärder kodas enligt en övergripande rutin i syfte att skapa en enhetlig och användbar data samt för att säkerställa att KVÅ-kodning sker i linje med nationella och regionala riktlinjer. I Elvis finns även information om vilken mottagning eller avdelning patienten har vårdats på, när detta skett i tid, samt uppgifter om patientens kön, ålder och folkbokföringsadress.

Det för den här studien aktuella datauttaget innefattade alla patienter som var eller hade varit aktuella på öppenvårdsmottagningarna inom Affektiva kliniken förutom Lundströmmottagning (utredningsmottagning för könsdysfori), Psykiatrimottagning utmattningssyndrom och Ätstörningsmottagning Högsbo. Dessa valdes bort av skäl som handlade om att deras uppdrag och patientgrupper skiljde sig för mycket åt från de övriga mottagningarna vilket försvårade möjligheterna till jämförelser och skulle kunna ge missvisande resultat som kunde bero av andra faktorer än det som här önskades undersökas. Data inhämtades från Affektiv mottagning 1, Affektiv mottagning 2, Bipolärmottagning, Dagsjukvård psykiatri centrum, Mottagning för personlighetssyndrom, Neuropsykiatrimottagning Väster, och Neuropsykiatrimottagning Öster. Då Psykiatri Affektiva har genomgått stora organisatoriska förändringar inom det tidsspann som data hämtades från innebär det att data även kommer från mottagningar som numera är nedlagda.

Den aktuella datafilen innehöll uppgifter om antal patienter som vårdats under den aktuella tidsperioden samt om kön och födelseår. Vidare fanns uppgifter om huvuddiagnos som ställts i samband med det senaste läkarbesöket, antalet kontakter med öppenvårdsmottagningar samt antal dygn som patienten hade vårdats inom heldygnsvården. Utöver detta fanns uppgifter om patienten erhållit individuell psykoterapi, vilket avgränsades till enbart individuell psykoterapi som hade utförts av psykologer. Denna avgränsning gjordes på grundval av att Psykiatri Affektiva har organiserat vården så att psykologer som yrkesgrupp har ett huvudsakligt ansvar för de psykoterapeutiska behandlingar som bedrivs inom kliniken. De individuella psykoterapisessionerna har KVÅ-kodats utifrån inriktning på psykoterapin med de fyra olika koderna DU008 (psykodynamisk psykoterapi), DU009 (Annan psykologisk behandling), DU010 (Kognitiv terapi) och DU011 (KBT).

### **Dataanalys**

Patienterna delades in i två olika grupper på grundval av den huvuddiagnos de fått vid det senaste läkarbesöket. De diagnosklassificeringar som använts följde den internationella klassifikationen ICD-10 (World Health Organisation [WHO], 2011). Första gruppen (depression) utgjordes av patienter med olika depressionsdiagnoser (n=2909, 10.8%). En förteckning över de olika depressionsdiagnoserna som fanns i materialet visas i tabell 1.

## Tabell 1

### En översikt över depressionsdiagnoserna

---

Totalt	<i>N</i> = 2909
--------	-----------------

---

Depressiv episod:

Lindrig (F320)	<i>n</i> = 48
Medelsvår (F321)	<i>n</i> = 276
Svår, utan psykotiska symtom (F322)	<i>n</i> = 143
Svår, med psykotiska symtom (F323)	<i>n</i> = 81
Andra specificerade (F328)	<i>n</i> = 15
Ospecificerad (F329)	<i>n</i> = 289

Recidiverande depressioner:

Lindrig episod (F330)	<i>n</i> = 130
Medelsvår episod (F331)	<i>n</i> = 497
Svår episod utan psykotiska symtom (F332)	<i>n</i> = 279
Svår episod med psykotiska symtom (F333)	<i>n</i> = 51
Utan aktuella symtom (F334)	<i>n</i> = 407
Andra specificerade (F338)	<i>n</i> = 26
Ospecificerad (F339)	<i>n</i> = 439

Kroniska förstämningssyndrom:

Dystymi (F341)	<i>n</i> = 92
Andra specificerade (F348)	<i>n</i> = 7
Ospecificerat (F349)	<i>n</i> = 88

Andra förstämningssyndrom:

Enstaka (F380)	<i>n</i> = 3
Recidiverande (F381)	<i>n</i> = 2
Specificerade (F388)	<i>n</i> = 6
Ospecificerat förstämningssyndrom (F399)	<i>n</i> = 30

---

Andra gruppen (alla övriga diagnoser) utgjordes av patienter med andra diagnoskoder, vilket innefattade främst psykiatriska diagnoser men även en del utredningsdiagnoser och ett fåtal somatiska diagnoser (*n*=24 099, 89.2%). Se tabell 2 för en översikt av dessa diagnosgrupper.

**Tabell 2***En översikt över övriga diagnoskategorier*

Totalt	<i>N</i> = 24 099 (%)
Förstämningssyndrom (F30-F31 samt F340) <sup>a</sup>	2745 (11.4)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F48)	4329 (18.0)
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	1389 (5.8)
Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)	244 (1.0)
Störningar av psykisk utveckling (F80-F89)	1049 (4.4)
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndomen (F90-F98)	5145 (21.3)
Ospecificerad psykisk störning (F99)	4715 (19.6)
Övriga psykiatriska diagnoser <sup>b</sup>	676 (2.8)
Övriga diagnoser <sup>c</sup>	3807 (15.8)

<sup>a</sup> Exklusive samtliga depressionsdiagnoser i tabell 1<sup>b</sup> F00-F09, F10-F19, F20-F29, F50-F59<sup>c</sup> Inklusiva somatiska diagnoser (A-E, G-T samt utredningsdiagnoser; Z00-Z99)

Vidare delades patienterna med depression in i fyra undergrupper: (1) lindrig depressiv episod samt recidiverande depression, lindrig episod (n=178, 6.1% av gruppen med depressionsdiagnos), (2) medelsvår depressiv episod samt recidiverande depression, medelsvår episod (n=773, 26.6%) och (3) svår depressiv episod utan psykotiska symtom samt recidiverande depression, svår episod utan psykotiska symtom (n=422, 14.5%). (4) bestod av övriga 16 depressionsdiagnoser som finns klassificerade i ICD-10 (n=1536, 52.8%).



För att beräkna ålder togs deltagarnas födelseår minus datumet för när data inhämtades. Patienterna delades därefter in i två grupper utifrån om de erhållit psykoterapi eller inte - en dikotom variabel skapades. Gruppen som ej fått terapi (1) innefattade patienter som fått 0–3 sessioner (23 645, 87.6%) medan gruppen som fått terapi (2) bestod av patienter som fått fyra eller fler sessioner (3363, 12.5%). Uppdelning gjordes mot bakgrund av antagandet att de patienter som fått tre eller färre sessioner inte hade fått en regelrätt psykoterapeutisk behandling, utan att det mest sannolikt handlat om bedömningsamtal, stödsamtal eller felaktig kodning.

För att undersöka vilken typ av terapi som var vanligast förekommande bland patienter med depressionsdiagnoser och som fått fyra eller fler sessioner psykoterapi undersöktes andel sessioner kodade med inriktningarna psykodynamisk psykoterapi, annan psykologisk behandling, kognitiv terapi respektive KBT. Vidare undersöktes hur stor andel av samma grupp patienter som fått någon session kodad med antingen psykodynamisk psykoterapi, annan psykologisk behandling, kognitiv terapi eller KBT

För att besvara frågan huruvida det förelåg en skillnad i behov av heldygnsvård mellan patienter som erhållit psykoterapi och de som inte fått motsvarande psykologiska behandling skapades en dikotom variabel bestående av personer som vårdats i heldygnsvård (1) vilken utgjordes av 3350 patienter (12.4%) medan gruppen som inte vårdats inom heldygnsvården (2) utgjordes av 23 658 patienter (87.6%).

Programmet IBM SPSS Statistics, version 28 användes för alla statistiska analyser. För de variabler som var på nominalskalenivå, så som kön, vård inom heldygnsvården, tilldelad diagnosgrupp, användes  $\chi^2$ -test. Variabeln ålder som var på kvotskalenivå analyserades med t-test. Signifikansvärdet sattes till  $p < .001$  på grund av den stora mängden data för att undvika falska positiva resultat och det gjordes två-sidiga prövningar av signifikansen.

## **Etik**

Den registerdata som använts har insamlats av klinikens IT-strateg och när denna data överlämnades till den aktuella studien var den anonymiserad och inga namn eller personnummer fanns med. Studien har fått godkännande av Etikprövningsmyndigheten (diarienummer: 2023-07458-01) och enligt etikansökan behövs ej informerat samtycke. Utifrån studiens design, det faktum att datainsamlingen som genomförts är en del av den ordinarie vården och att studien därför ej utsatt patienten för ökat psykiskt eller fysiskt lidande bedöms riskerna för patienten som små. När det kom till hantering av personuppgifter så har data som

hämtats ut avidentifierats och även om det fanns uppgifter om kön och födelseår så var populationen på ca 27 000 individer för stor för att man skulle kunnat härleda data till enskilda individer. På gruppnivå kan den ökade kunskapen om vilka som erhåller psykologisk behandling inom psykiatrisk öppenvård leda till utveckling av klinisk praxis och bidra till framtida forskning gällande psykologisk behandling inom psykiatrin vilket i förlängningen kan komma patienten till nytta. Slutsatsen blir att nyttan överväger riskerna för denna studie. Ansvariga för verksamheten har även granskat och godkänt studieplanen.

### Resultat

Det förelåg en skillnad mellan patienter med depressionsdiagnoser ( $n = 2909$ ) i jämförelse med patienter med övriga diagnoser ( $n = 24\,099$ ) avseende om de behandlats med psykoterapi eller inte: Skillnaden var signifikant  $\chi^2(1, N = 27\,008) = 41.05, p = <.001, \phi = .04$ . Se tabell 3.

**Tabell 3**

*Andel av patienterna med depressionsdiagnos som har behandlats med psykoterapi i jämförelse med patienter som vårdats för andra diagnoser*

	Ej terapi $n$ (%)	Terapi $n$ (%)	$\chi^2(1)$	$p$	$\phi$
$N = 27\,008$	23 645 (87.5)	3363 (12.5)			
			41.05	<.001	.04
Depressionsdiagnos	2439 (83.8)	470 (16.2)			
Övriga diagnoser	21206 (88.0)	2893 (12.9)			

Patienterna behandlades med psykoterapi i samma utsträckning oberoende av grad av depression. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de fyra olika grupperna av depression avseende andel som behandlats med psykoterapi eller inte:  $\chi^2(3, N = 2909) = 7.63, p = .054, \phi = .05$ . Resultatet framgår i tabell 4.

**Tabell 4***Andel av patienterna som behandlats med psykoterapi grupperat utifrån grad av depression*

	Ej terapi n (%)	Terapi n (%)	$\chi^2(3)$	<i>p</i>	$\phi$
<i>N</i> = 2909	2439 (83.8)	470 (16.2)			
			7.63	.054	.05
Lindrig*	150 (84.3)	28 (15.7)			
Medelsvår*	624 (80.7)	149 (19.3)			
Svår*	359 (85.1)	64 (14.9)			
Övriga	1306 (85.0)	230 (15.0)			

\**Inklusive recidiverande*

Yngre patienter gick i psykoterapi i större utsträckning än äldre. Patienter med depressionsdiagnoser som inte behandlats med psykoterapi var signifikant äldre ( $M=49$  år) än de som hade gått i psykoterapi ( $M=42$  år),  $t(2907) = 1.29$ ,  $p < .001$ , Cohen's  $d = 0.48$ . Det förelåg ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män avseende om de behandlats med psykoterapi eller inte,  $\chi^2(1) = 1.29$ ,  $p = .255$ ,  $\phi = .021$ . De flesta, 75 procent, av patienterna med depressionsdiagnos som hade gått i terapi hade inte vårdats i heldygnsvården. Det var vanligare att patienter som behandlats med psykoterapi också hade vårdats inom heldygnsvården i jämförelse med de patienter som inte varit aktuella för psykoterapi,  $\chi^2(1) = 17.56$ ,  $p < .001$ ,  $\phi = .08$ . Resultatet visas i tabell 5.

**Tabell 5**

*Skillnader mellan patienter med depressionsdiagnoser som gått i terapi vs ej terapi avseende kön, ålder, heldygnsvård (HDV)*

<i>N</i> = 2909	<i>n</i> =2439 Ej terapi <i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i> =470 Terapi <i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t</i> ( <i>df</i> )	<i>p</i>	<i>Cohen's d</i>
Ålder	49 (15)	42 (12)	9.61 (2907)	<.001	0.48
	Ej terapi <i>n</i> (%)	Terapi <i>n</i> (%)	$\chi^2$ ( <i>df</i> )	<i>p</i>	$\phi$
Kön			1.29 (1)	.255	.21
Kvinnor	1452 (59.5)	293 (62.3)			
Män	987 (40.5)	177 (37.7)			
Heldygnsvård (HDV)			17.56 (1)	<.001	.08
Ej vårdats inom HDV	2030 (83.2)	353 (75.1)			
Vårdats inom HDV	409 (16.8)	117 (24.1)			

För patienterna med någon form av depressionsdiagnos hade det sammantaget utförts flest sessioner av psykodynamisk psykoterapi (*n* = 6276), följt av ”annan psykologisk behandling” (*n* = 2707), KBT (*n* = 1412) och minst sessioner av kognitiv psykoterapi (*n* = 348). Nästan 60 procent av alla utförda behandlingssessioner hade kodats som psykodynamisk terapi. Se tabell 6.

**Tabell 6**

*Fördelning terapisesioner utifrån inriktning av psykoterapi för patienterna med depressionsdiagnos*

	Andel terapisesioner utifrån respektive behandlingsinriktning <i>n (%)</i>
Terapisesioner totalt	10 491 (100)
Psykodynamisk psykoterapi	6182 (58.9)
Annan psykologisk behandling	2629 (25.1)
KBT	1348 (12.8)
Kognitiv psykoterapi	332(3.2)

Drygt hälften av patienterna med depressionsdiagnos som har behandlats med psykoterapi har fått minst en session psykodynamisk terapi och drygt en tredjedel har fått minst en session ”annan psykologisk behandling”. En dryg femtedel av patienterna har fått minst en session kodad som KBT där motsvarande andel för kognitiv psykoterapi är mindre än en tiondel. Samma patient kan ha fått flera sessioner med olika behandlingsinriktning vilket förklarar överlapp i procent. Se tabell 7.

**Tabell 7**

*Andel patienter med depressionsdiagnos som har fått någon av sina psykoterapisessioner registrerat som psykodynamisk psykoterapi, annan psykologisk behandling, kognitiv terapi eller kognitiv beteendeterapi (KBT)*

	Antal patienter som fått någon session med respektive behandlingsinriktning <i>n (%)</i>
Patienter som givits psykoterapi	470 (100)
Psykodynamisk psykoterapi	263 (56.0)
Annan psykologisk behandling	171 (36.4)
KBT	98 (20.9)
Kognitiv psykoterapi	32 (6.8)

### **Diskussion**

Den här naturalistiska studiens övergripande syfte var att med registerdata undersöka i vilken utsträckning patienter med depressionsdiagnoser behandlats med psykologisk behandling på en av Sveriges största psykiatriska kliniker, Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, under tioårsperioden maj 2013 till januari 2023. Vidare syftade studien till att undersöka om olika egenskaper hos patienterna och graden av depression hade betydelse för om patienten behandlades med psykoterapi eller inte. Avslutningsvis undersöktes hur psykologisk behandling i den kliniska vardagen överensstämmer med rekommendationer i de nationella riktlinjerna.

27 008 patienter ingick i studien, av dessa hade 2909 en depressionsdiagnos. Övriga 24 099 patienter hade andra inom psykiatrin vanligt förekommande diagnoser, till exempel olika ångestsyndrom, personlighetssyndrom, bipolär sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd, När grupperna jämfördes med varandra framkom att 16.2 % respektive 12.9 procent hade

behandlats med psykoterapi. Personer med depression gick oftare i psykoterapi än övriga patienter. Sambandet mellan diagnos och psykoterapi är svagt ( $\phi = .04$ ).

Det finns begränsningar när det kommer till vilka patienter som får träffa psykolog och behandlas med psykoterapi inom specialistpsykiatri i Sverige. Studien belyser den viktiga frågan om patienter har en jämlik vård genom att undersöka skillnader i andel som gått i psykoterapi utifrån kön och ålder. Det visade sig att patienterna som gått i psykoterapi var i genomsnitt sju år yngre än de som inte erhållit någon psykologisk behandling, effekten var måttlig (Cohen's  $d = 0.48$ ). Resultatet är i linje med Suoyrjö (2007) samt Hedin (2023), medan det inte får stöd i Lahtis (2023) resultat. I den etiska plattformen för prioriteringar (Prop. 1996/97:60) framgår att kronologisk ålder inte ska vägas in i prioriteringar. Åldersskillnaden mellan patienter som gått i psykoterapi och de som inte gjort det indikerar att det kan förekomma en ojämlik och orättvis tillgång till vårdresurser. Det är således en fråga för Psykiatri Affektiva att arbeta vidare med där bakgrunden till att ålder samvarierar med om patienter behandlats med terapi eller inte behöver undersökas vidare för att säkerställa att inte prioriteringar görs på diskriminerande grund. Frågan är samtidigt mer komplex om man beaktar den ur behovs- och solidaritetsprincipen (Prop. 1996/97:60) där behov av en insats, som här psykoterapi, ska vägas mot vilket nytta den kan göra för den enskilda patienten, det vill säga om patienten kan tillgodogöra sig behandlingen. Där skulle ålder kunna spela en roll, i fråga om åldersrelaterade kognitiva försämringar som potentiellt skulle kunna påverka en patients förmåga att tillgodogöra sig psykoterapi. Dock finns inget entydigt stöd i forskning för att prioritera yngre patienter eftersom vuxna patienter i alla åldersgrupper förefaller ha liknande effekt av psykoterapi vid depression (Cuijpers, 2020b).

Kvinnor konsumerar mer vård än män relaterat till psykisk ohälsa och flertalet undersökningar visar på en övervikt för kvinnor att gå i psykoterapi (Olfson & Marcus, 2010; Karanti, 2020; Briffault et al., 2008; Suoyrjö et al., 2007 och Lahti, 2023). Det aktuella resultatet visar att det inte fanns någon betydande skillnad mellan andel män och kvinnor som behandlats med psykoterapi, vilket är i linje med Hedin (2023) som fann att personer med bipolär sjukdom behandlades med psykoterapi i samma utsträckning oavsett kön. Karanti (2020) visade däremot i sin avhandling att det på nationell nivå fanns könsskillnader i tillgång till vård för samma diagnosgrupp. En studie sticker ut i det här sammanhanget; Harpaz-Rotem et al. (2012) visar att män oftare behandlats med psykoterapi. Det finns inget som talar för att psykoterapi vid

depression skulle vara olika effektivt beroende på kön (Cuijpers, 2022). Sammantaget är det aktuella resultatet i linje med människovärdesprincipen i den etiska plattformen (Prop. 1996/97:60). Det finns inga indikationer på att psykologerna vid Psykiatri Affektiva under den undersökta tidsperioden förefaller ha diskriminerat patienter med depressionsdiagnos gällande kön vid prioriteringarna för psykoterapi.

Med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom utvärderades den vård som givits av psykologer vid Psykiatri Affektiva med fokus på psykologisk behandling. Att endast en knapp sjättedel av patienterna med depressionsdiagnos behandlats med psykoterapi står i kontrast mot Socialstyrelsens (2021) riktlinjer eftersom psykologisk behandling rekommenderas som huvudbehandling för depression, jämte antidepressiv medicinering. Det förefaller också vara lågt i jämförelse med Harpaz-Rotem et al. (2012) som i en psykiatrisk population funnit att nästan en tredjedel erhållit psykoterapi. Trots att förhållandevis få personer behandlats med psykoterapi inom Psykiatri Affektiva är andelen högre vid depressionsdiagnos i förhållande till andra psykiatriska diagnoser, vilket är i linje med andra naturalistiska studiers resultat (Harpaz-Rotem et al., 2012; Olfson och Marcus, 2010). Samtidigt går det inte att rakt av jämföra resultatet med ovanstående studier då föreliggande studie har avgränsats till att jämföra psykoterapi vid depression mot övriga diagnoser sammantaget, i stället för mot varje annan diagnosgrupp för sig.

Utöver att en låg andel patienter behandlats med psykoterapi skiljer sig den psykologiska behandlingen som patienter med depression erhåller på Psykiatri Affektiva på ytterligare två väsentliga punkter i jämförelse med de nationella riktlinjerna – nämligen grad av depression och behandlingsinriktning.

Det framkommer ingen skillnad i förekomst av psykoterapi mot bakgrund av grad av depression, med uppdelningen i lindrig, medelsvår, svår eller övrig form av depression. Vid lindrig depression är symtomen färre och mildare än vid medelsvår depression, dock finns det en risk för succesiv försämring med suicidhandlingar som följd. Mot bakgrund av detta motiverar Socialstyrelsen (2021) en tidig och aktiv behandling. Den aktuella studien ger ingen kunskap om varför patienter med både lindrig och medelsvår depression behandlats i specialistpsykiatri när det i huvudsak förväntas vara primärvårdens uppdrag (Socialstyrelsen, 2016; Västra Götalandsregionen, 2023). Vidare fick personer med svår depression terapi i samma utsträckning som de med lindrig och medelsvår vilket går emot Socialstyrelsens (2021)



riktlinjer som vid svår depression i stället rekommenderar olika medicinska behandlingar. Det är dock viktigt att påpeka att det i den här studien saknas uppgift om eventuell samsjuklighet samt huruvida diagnosen har ändrats under behandlingens gång.

Ett annat sätt att undersöka om allvarlighetsgrad är kopplat till behandling med psykoterapi är att använda heldygnsvården som en indikator på vårdtyngd. Det framkom att personer som vårdats inom heldygnsvården behandlades med psykoterapi oftare än de som inte vårdats inneliggande. Ungefär en fjärdedel av patienterna som hade gått i terapi hade vårdats inneliggande medan motsvarande andel av de som inte gått i terapi var en sjättedel. Dock var sambandet mycket litet ( $\phi = .08$ ). Heldygnsvård kan betraktas som ett indirekt mått på hur allvarligt det depressiva tillståndet har varit, är eller har blivit i förhållande till tidpunkten när det beslutas om psykoterapi. Det resultatet överensstämmer även med fynden för Briffault et al. (2008), att tillståndets allvarlighetsgrad ökade sannolikheten att gå i psykoterapeutisk behandling. Frågan om allvarlighetsgrad och psykoterapi kan ses ur olika synvinklar. Utifrån behovs- och solidaritetsprincipen (Prop. 1996/97:60) bör ett stort behov leda till högre prioritering för insats medan Socialstyrelsens (2021) riktlinjer i stället betonar medicinsk behandling för svår depression, då tillståndet bedöms svårare att behandla med psykoterapi. Samtidigt behöver detta inte innebära en motsättning då nyttoaspekten av behovs- och solidaritetsprincipen kan innebära att patienter med svåra depressiva tillstånd inte nödvändigtvis drar nytta av psykoterapi. Det finns samtidigt studier som visar att psykoterapi, med eller utan kombination av antidepressiv medicinering, har en effekt av att minska förekomsten av suicidförsök och inläggningar i heldygnsvård vid depression jämfört med enbart antidepressiv medicinering (Zainal, 2023). Det skulle kunna tala för en prioritering av psykoterapeutisk behandling även vid allvarligare depressiva tillstånd. Frågan är komplex och det kan tänkas att individanpassad bedömning gällande psykoterapeutiska insatser för patienter med högre allvarlighetsgrad av depression blir av större vikt.

Patienten bör erbjudas alternativ när det kommer till behandlingsinriktning och presenteras dessa för att kunna vara delaktig i sin vård. Det finns möjlighet för patienter att få psykologisk behandling med olika inriktningar på kliniken där studien genomfördes. Dock visar resultatet en diskrepans mellan rekommendationerna och vilken typ av terapi som patienterna behandlats med. Psykodynamisk terapi var den absolut vanligaste terapiformen (58.9% av totala antalet sessioner) följt av "annan psykologisk behandling" (25.1%), KBT (12.8%) och

kognitiv psykoterapi (3.2%). Samma tendens visade sig i resultatet avseende hur stor andel av patienterna med depressionsdiagnos som någon gång fått en terapisesession kodad som någon av de undersökta terapiformerna. Av de sammanlagt 470 patienterna med depressionsdiagnos som erhållit psykoterapi hade 56.0 % fått minst en psykodynamiskt kodad session, följt av 36.4 % för ”annan psykologisk behandling”, 20.9 % gällande KBT och 6.8 % för kognitiv psykoterapi.

Socialstyrelsens (2021) rekommendationer om att i första hand behandla med KBT eller IPT tycks inte följas inom psykiatri Affektiva, såvida inte användandet av koden ”annan psykologisk behandling” döljer flertalet IPT-behandlingar. Även om det är svårt att veta orsakerna till avstegen finns anledning att fundera över huruvida det är problematiskt att en terapiform dominerar så starkt på bekostnad av andra terapiformer eftersom det skulle kunna innebära ett underskott på verksamma behandlingar som hade kunnat passa vissa patienter med depressionsdiagnos bättre.

När resultatet jämförs med tillgänglig psykoterapiforskning framkommer i metaanalyser inga tydliga skillnader avseende effekten på depression mellan de specificerade psykoterapiformer som här har undersökts (Cuijpers et al., 2021; Fonagy, 2015; Leichsenring et al., 2023). Om man lyfter blicken från de svenska riktlinjerna och undersöker hur våra närmsta grannländers riktlinjer förhåller sig i fråga om både om grad av depression och behandlingsinriktning är den kliniska praxisen på Affektiva kliniken mer i linje med finska (Duodecim, 2024), nederländska (GGZ Standaaren, 2018), franska (Haute Autorité de Santé, 2017) och tyska (Bundesärztekammer et al., 2022) riktlinjer där man är mer benägen att rekommendera att pröva psykoterapi vid svår depression och andra depressionsformer samt inte gör skillnad mellan de vanligt förekommande terapiformerna. Samtidigt bör hållas i minnet att resultatet avviker även i förhållande till våra grannländers rekommendationer utifrån den låga andel av patienterna med depressionsdiagnos som över huvud taget har behandlats med psykoterapi. Det har framförts kritik till att närbesläktade länder tolkat evidensläget olika utifrån samma studier vilket föranlett en debatt om de svenska riktlinjerna och önskemål har förts fram om revidering av rekommendationerna (Phillips et al., 2017; Socialstyrelsen, 2021; Ankarberg, 2024). I första hand handlar det om att inte särställa KBT i förhållande till andra psykoterapeutiska inriktningar, i andra hand om att det kan vara befogat med längre terapier vid depression.

## **Implikationer för klinisk praktik och vidare forskning**

De resultat som här framkommit gällande andel av patienter som behandlats med psykoterapi vid depression, vilka terapiformer som erbjudits och hur demografiska och kliniska variabler samvarierar med utfallet behöver kompletteras med fler liknande studier för att mer välgrundade slutsatser ska kunna dras. Det vore exempelvis av värde att undersöka om det finns skillnader över landet kring hur patienter med depression behandlas med psykoterapi, såväl i psykiatri som i primärvård, sett utifrån parametrarna kön, ålder, grad av depression och inriktning på psykoterapi. En vidare internationell jämförelse gällande förekomst av psykoterapi vid depression sett utifrån de skillnader som här framkommit i olika grannländers riktlinjer hade även varit intressant för att se om det kan bidra med nya perspektiv på vården vid depression.

Avstegen från de svenska behandlingsriktlinjerna avseende den låga graden av psykoterapi vid depression, obalans gällande terapiinriktningar samt att ingen skillnad framträder avseende grad av depression i fråga om att ha behandlats med terapi är frågor för Psykiatri Affektiva att arbeta vidare med för att säkerställa vård enligt evidens. I det arbetet bör information om tidigare behandlingsförsök med psykoterapi och vilka inriktningar som då prövats inkluderas för att ge mer kunskap om vad avstegen kan ha för olika grunder. Det är inte säkert utifrån föreliggande studies resultat att detta handlat om att psykologerna har låtit bli att erbjuda KBT, eller att vården låtit bli att erbjuda psykoterapi vid depression. Det är möjligt att patienterna tidigare erhållit KBT på vårdcentral och nu önskat pröva annan inriktning eller att patienterna ställts inför en valmöjlighet under bedömningssamtal som påverkat inriktningen utifrån patienters preferens. Eller att de tackat nej till psykoterapi efter några bedömningssamtal. Det finns således flera okända variabler som skulle behöva undersökas vidare för att förstå mer kring orsaker till resultatet.

Föreliggande studie tar också avstamp i den samlade aktuella psykoterapiforskningen som visar att det finns effekt för de vanligt förekommande psykoterapiformerna vid depression (Cuijpers et al., 2021; Fonagy, 2015; Leichsenring et al., 2023). Hur dessa behandlingar bäst anpassas efter den kliniska verkligheten, lokala och organisatoriska skillnader och i vilken omfattning de når fram till patienterna på ett jämlikt sätt är något som det saknas kunskap om. Föreliggande studie undersöker inte effekten av behandlingen eller om samma patient varit aktuell för flera psykoterapeutiska insatser. För att minska oönskad variation i vilka som får

behandling finns ett stort behov av stöd och vägledning gällande behandlingsupplägg och hur insatser bör prioriteras mellan olika patienter. I huvudsak är det Socialstyrelsen som ska svara emot det behovet genom de nationella riktlinjerna som ligger till grund för prioriteringar av utbildningsinsatser och resursfördelning inom vården. De nationella vårdprogrammen samt regionala riktlinjerna som mer styr den enskilde behandlande psykologens arbete följer även i stora drag de nationella riktlinjerna (Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2024; Västra Götalandsregionen, 2022). Den här studien visar på att det kan föreligga stor diskrepans mellan riktlinjer och den kliniska verkligheten. Det finns anledning att tro att det, sett till den komplexitet som patienterna i psykiatrin ofta uppvisar (Caspi et al., 2014; Oldham et al., 2012) samt till den heterogenitet som kan rymmas inom samma diagnoskategori (Lutyten et al., 2006), krävs en högre grad av flexibilitet och behandlingsalternativ som stöd i det psykoterapeutiska arbete som förväntas utföras inom vår offentligt finansierade vård. Utifrån aktuell forskning på predicerande, modererande och medierande faktorer vid psykoterapi (Cuijpers et al., 2022; Kraemer et al., 2002) kan vården generellt tänkas behöva ta större hänsyn till specifika patient-, omgivnings- och psykoterapifaktorer i framtiden för att bättre skräddarsy behandlingar som passar de enskilda patienterna. Här pekar kanske de tyska riktlinjerna för depressionsbehandling (Bundesärztekammer et al., 2022) mot framtiden då de lägger stort fokus på både patientspecifika hindrande och gynnsamma faktorer och på mer generella evidensbaserade faktorer för psykoterapi, såsom formandet av gemensamma utvärderingsbara mål, allians, medbestämmande och patienters egna preferenser.

Ett viktigt steg vidare för att öka kunskapen kring hur psykologiska behandlingar på vetenskaplig grund utförs i en klinisk verklighet skulle kunna vara att undersöka effektiviteten av de behandlingar som ges i psykiatrin. Att explorativt undersöka utfallet av de behandlingar som ges vid en klinik till samtliga patienter skulle kunna ge nya uppslag för vidare utveckling av både metodspecifika och terapigenerella tekniker i syfte att nå fram till en bredare grupp av patienter än vi idag förmår. Det hade även varit av värde med fler kvalitativa studier utifrån kliniska erfarenheter hos behandlare i såväl primärvård som psykiatri med fokus på frågor om vilka patienter som under vilka omständigheter kan ha nytta av psykoterapi och vilka som skulle kunna vara mer hjälpta av andra insatser. Sådana studier skulle kunna bidra med viktig kompletterande information som också skulle kunna ge uppslag till fler variabler att undersöka vidare i kvantitativa studier på ämnet.

## **Studiens begränsningar**

Föreliggande studie har flera begränsningar som kan påverka resultatet. I och med att studien har en tvärsnittsdesign avgränsad till en tioårsperiod saknas information om patienternas tidigare vårdhistorik, både gällande psykiatri och eventuella primärvårdskontakter. Det saknas information om vilka insatser som prövats innan, behandlingsutfall och när under vårdtiden som beslutet om psykoterapi har tagits. Det finns endast information om specifik huvuddiagnos ställd vid senaste läkarbesök, patientens kön, ålder och ineliggande vård och psykoterapi. Det saknas information om bidiagnoser samt om huvuddiagnosen har ändrats under vårdtidens gång, vilket hade kunnat ge fylligare information om förekomsten av samsjuklighet och svårbedömda tillstånd samt dess påverkan på sannolikheten att behandlas med psykoterapi eller inte. Detta försvårar även möjligheterna till replikerbarhet för att se om resultaten ändras över tid, även sett i förhållande till att riktlinjer kan revideras och resursfördelning kan skifta utifrån vetenskapliga framsteg och samhällseliga förändringar.

Det saknas i den här studien information om hur tillgången på behandlande psykologer sett ut på kliniken under den aktuella tioårsperioden. Det innebär att det inte går att utläsa vilket samband tillgången på behandlare och sannolikheten att erhålla psykoterapi har, om det varierat över tid eller påverkats av organisationsförändringar. Vidare saknas information om hur många patienter som bedömts för psykoterapi och sedan inte erhållit en sådan behandling, på grund av att det inte bedömts kunna ge nytta av olika skäl eller på grund av att patienterna tackat nej. Det gör att det inte går att ensidigt uttala sig om att för få patienter med depressionsdiagnos erhåller psykoterapi vid Psykiatri Affektiva. En ytterligare begränsning är att uteslutandet av gruppbehandlingar samt psykoterapi utförd av andra yrkeskategorier än psykologer riskerar att en okänd andel behandlingar inte räknas med i resultatet. Det hade gett en mer rättvisande bild av hur de psykoterapeutiska insatserna fördelas inom kliniken om psykoterapi utförd av andra yrkesgrupper hade inkluderats.

Slutligen finns brister gällande kodningen av olika psykoterapiformer där användandet av ”annan psykologisk behandling” innehåller okända enheter som är svåra att tolka innebörden av. Om dessa handlar om att andra psykoterapiformer, som exempelvis IPT, har använts så har viktig information om användandet av andra evidensbaserade psykoterapier missats i studien. Om det i stället handlat om eklektiska behandlingar, där element plockats från olika terapiformer, eller att den utförande psykologen anpassat interventionerna till komplexa

tillstånd och kodat den som ”annan” kan vi här inte veta, utan bara gissa oss till. Det begränsar studiens reliabilitet gällande om den givit en heltäckande bild kring vilka typer av psykoterapier som faktiskt genomförts inom kliniken.

## Referenser

- Ankarberg., (2024). Sveriges riktlinjer för psykoterapi avviker. *Läkartidningen*.  
<https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2024/02/sveriges-riktlinjer-for-psykoterapi-avviker/>
- Briffault, X., Sapinho, D., Villamaux, M., & Kovess, V. (2008). Factors associated with use of psychotherapy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 165-171.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2022). *Nationale Versorgungs-Leitlinie. Unipolare Depression. Version 3.2*.  
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>
- Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S., Harrington, H., Israel, S., Meier, M.H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffit, T.E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Ebert, D.D. (2019). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 21–30.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C.H., Cipriani, A., & Furukawa, T.A. (2020a). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(1), 92–107.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Yi Ng, M., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020b). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694-702.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T.A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144, 288–299.
- Cuijpers, P., Ciharova, M., Quero, S., Miguel, C., Driessen, E., Harrer, M., Purgato, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2022). The contribution of “individual participant data” metaanalyses of psychotherapies for depression to the development of personalized treatments: A systematic review. *Journal of Personalized Medicine*, 12, 93.

- Duodecim. (2024). *Depression. God medicinsk praxis - rekommendation*.  
<https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00067>
- Elvis. (2024). (version 5.3.2.0). Uppgifter inhämtade ur Elvis om antalet patienter samt väntelistor till psykologer. [Patientadministrativt system, SU].
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023*.  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material>
- Fonagy, P., (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry, 14*(2), 137–150.
- GGZ Standaaren, Geestelijke Gezondheidszorg. (2018). *Zorgstandaard Depressieve stoornissen*. <https://www.ggzstandaarden.nl>
- Hasmo Eilertsen, S.E., & Hasmo Eilertsen, T. (2023). Why is it so hard to identify (consistent) predictors of treatment outcome in psychotherapy? – Clinical and research perspectives. *BMC Psychology (2023) 11*,198.
- Harpaz-Rotem, I., Libby, D., & Rosenheck, R.A. (2012). Psychotherapy use in a privately insured population of patients diagnosed with a mental disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte: prise en charge en soins de premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique*.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours)
- Hedin, M. (2023). *Psykoterapi och psykopedagogiska insatser på Bipolärmottagningen, Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset*. Examensarbete psykoterapeutprogrammet, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Karanti, A. (2020). *Bipolar Disorders: Subtypes, treatments, and health inequalities*. Doktorsavhandling, Sahlgrenska Academy: Institute of Neuroscience and Physiology. Göteborg.
- Kraemer, H.C., Wilson, G.T., Fairburn, W.S., & Agras, W.S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry, 59*, 877–883.



- Lahti L. (2023). *Vem har gått i psykoterapi hos psykolog inom den psykiatriska öppenvården? En registerstudie inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset*. Examensarbete psykoterapeutprogrammet. Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- 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.
- Luyten, P., Blatt, S. J., Van Houdenhove, B., & Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26(8), 985–999.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Depression in adults: treatment and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Oldham, M., Kellett, S., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Interventions to increase attendance at psychotherapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol*, 80, 928–939.
- Olfson, M., & Marcus, S.C. (2010). National Trends in Outpatient Psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 167. 1456-1463.
- Phillips, B., Lilliengren, P., & Klingström, A. (2017). Socialstyrelsens nya riktlinjer är ett haveri. *Svenska Dagbladet*. <https://www.svd.se/a/Xmg1b/socialstyrelsens-nya-riktlinjer-ar-ett-haveri>
- Radden, J. (Red.). (2002). *The nature of melancholy: from Aristotle to Kristeva*. Oxford University Press.
- Sakaluk, J.K., Williams, A.J., Kilshaw, R.E., & Rhyner, K.T. (2019). Evaluating the evidential value of empirically supported psychological treatments (ESTs): a meta-scientific review. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(6), 500–509.
- Socialstyrelsen. (2016). *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf>

- Socialstyrelsen. (2019). *Vård vid depression och ångestsyndrom 2019. Underlagsrapport*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
- Socialstyrelsen. (2023). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-2-8352.pdf>
- SOU. (1995:5). *Vårdens svåra val*. (SOU: 1995:5). <http://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/1995/03/sou-19955/>
- Sundhetsstyrelsen. (2019). *Non-farmakologisk behandling af unipolar depression. National klinisk retningslinje*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/>
- Suoyrjö, H., Hinkka, K., Kivimäki, M., Klaukka, T., Pentti, J., & Vahtera, J. (2007). Allocation of rehabilitation measures provided by the social insurance institution in Finland: A register linkage study. *J Rehabil Med*, 39, 198–204.
- Sveriges riksdag. (1996/97). *Proposition 1996/97:60*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden\\_GK0360](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden_GK0360)
- Västra Götalandsregionen. (2022). *Regional medicinsk riktlinje – läkemedel. Depression*.  
<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/styrande-dokument-inom-halso--och-sjukvard>
- Västra Götalandsregionen. (2023). *Regional medicinsk riktlinje. Ansvarsfördelning och konsultationer mellan Västra Götalandsregionens primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)*. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/styrande-dokument-inom-halso--och-sjukvard>
- World Health Organization (WHO). (2011). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

Zainal, N.H. (2023). Is combined antidepressant medication (ADM) and psychotherapy better than either monotherapy at preventing suicide attempts and other psychiatric serious adverse events for depressed patients? A rare events meta-analysis. *Psychological Medicine* 54, 457–472.