

# Bevara vårdval psykoterapi

## Innehåll

Bevara vårdval psykoterapi.....	3
Bilaga 1 - Ekonomi .....	7
Bilaga 2 - Valfrihet .....	9
Bilaga 3 - Evidensbaserad praktik.....	11
Bilaga 4 - Organisation.....	12
Bilaga 5 - Forskning .....	13
Underskrifter.....	15
Referenser .....	16

## Bevara vårdval psykoterapi

Skåne har tack vare vårdval psykoterapi (hädanefter benämnt *vårdvalet*) den högsta tillgängligheten i landet på högkvalitativ psykoterapi. Med en remiss från vårdcentralen (VC) kan skåningar med olika former av psykisk ohälsa få en gedigen behandling hos privata vårdgivare. Patienter kan välja terapeuter som arbetar med kognitiv beteendeterapi (KBT), psykodynamisk terapi (PDT) eller interpersonell terapi (IPT). Regionen ställer höga krav på de privata vårdgivarna för att patienterna ska få så god vård som möjligt.

I en ny rapport, *Psykologisk behandling inom primärvården i Region Skåne – En gap-analys av lokal arbetsgrupp (LAG) för psykologisk behandling* (2023), beskriver den lokala arbetsgruppen för psykologisk behandling några av de utmaningar som primärvården står inför och föreslår en rad åtgärder för att förbättra primärvården. Åtgärderna som föreslås är bl.a. att minska ner på vårdvalet och istället anställa fler psykologer på VC, en strängare tolkning av nationella riktlinjer som resulterar i att prioritera en behandlingsform (KBT) framför andra, samt införa en striktare vårdtrappa där patienten först ska ha (kortare) insatser på VC (internetförmiddad KBT (IKBT)) och därefter en insats med KBT innan andra insatser kan vara aktuella. Man hävdar också att vårdvalet är en kostsam och i många fall överdimensionerad insats. Vi anser tvärtom att de förslag som ges saknar kostnadsanalys och riskerar bli onödigt kostsamma. Därutöver minskar de läkares möjligheter att bedriva en evidensbaserad vård, samt minskar patientens valfrihet. Framförallt anser vi att förslagen är svagt underbyggda och att en ordentlig utvärdering av vårdvalet bör genomföras innan större förändringar görs. Av dessa anledningar vill vi bidra med en egen lägesbeskrivning och förslag på förbättringsområden.

Vårdvalet är en kostnadseffektiv typ av vård som genom sin privata organisationsform tillåter en stor mångfald av terapeuter att möta individer med olika typer av behov och önskemål. Snarare än att dra ner på vårdvalet anser vi att Region Skåne bör bevara och utveckla det av följande anledningar:

- *Ekonomi.* Vårdvalet är en mycket kostnadseffektiv vårdform. Ett besök inom Vårdvalet kostar 900 kr. Att jämföra med ett psykologbesök inom somatisk och psykiatrisk öppenvård som kostar mellan 2331 och 3631 kr. (Västra Götaland koncernkontoret, 2022). Även om kostnaden för behandling på VC kan minskas genom att ge patienterna mindre vård (mindre tid i kontakt med vårdgivare via exempelvis IKBT eller vägledad självhjälp), finns forskning som visar att en stor del av patienterna (76%) inte blir hjälpta av detta på sikt (Ali et al., 2017). Det är en risk att investera i insatser som inte hjälper en stor del av patienterna och att ändå behöva erbjuda dessa patienter ytterligare och mer omfattande insatser när vårdbehovet kvarstår (Ali et al., 2017; Hepgul et al., 2016). Vårdvalet har fördelen av att vara en graderad insats där antalet sessioner patienten får kan variera utifrån behov (1-25). När det gjorts kostnadseffektivitetsutvärderingar av psykoterapi ses generellt att psykoterapi är kostnadseffektivt. Varje investerad krona fås igen flera gånger om genom bland annat minskade vårdkostnader och sjukskrivningar (Abbass, 2002; Lilliengren et al., 2020; Town et al., 2020).
- *Valfrihet.* Vårdvalet ger möjlighet till personcentrerad vård, dvs att inom avtalets ramar välja den behandling och den vårdgivare som passar de individuella behoven och preferenserna bäst. Hänsyn till individens preferenser har visat sig bidra till bättre effekter av vårdinsatser (Swift et al., 2018 och Lindhiem et al., 2014). Det finns flest antal forskningsstudier på KBT, men få studier som tyder på att KBT har starkare resultat än IPT eller PDT – resultaten är i genomsnitt likvärdiga när olika terapiformer jämförs med varandra (Bandelow et al., 2015; Barth et al. 2016; Cuijpers et al., 2023; Cuijpers et al., 2021; Leichsenring et al., 2023; Lilliengren, 2023a; Papola et al., 2020).

- *Evidensbaserad praktik.* Evidensbaserad praktik innebär att ansvarig läkare väger samman bästa tillgängliga kunskap med patientens unika situation och kontext utifrån sitt eget professionella omdöme och expertis (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992). Vårdvalet utökar verktygslådan för läkaren, som utöver medicinering, (kortare) insatser på VC eller remiss till specialistpsykiatrik även har ett stort antal behandlare och terapeutiska behandlingsmetoder att välja mellan.
- *Organisation.* Vårdvalet ger den enskilde behandlaren stor frihet att själv organisera sitt arbete och skapa en kontext som möter dennes individuella behov och önskemål. Samtidigt skapas incitament att träffa många patienter. Valfungerande organisationer där behandlarna träffar många patienter har visat sig höra samman med goda behandlingsresultat (Clark, 2018; Clark et al., 2018). Data från den brittiska psykoterapisatsningen IAPT visar på att betydelsen av hårt arbetande och valfungerande organisationer är betydligt större än vilka behandlingsmetoder som används. Skillnaden mellan de mest effektiva och minst effektiva organisationerna är att de mest effektiva botar 42% fler av sina patienter (Clark, 2018; Clark et al., 2018). I kontrast till detta skiljer sig effektiviteten mellan olika metoder enbart med några få procentenheter, exempelvis botar PDT ca 4% fler än KBT inom IAPT (NHS, 2023b).
- *Forskning.* Region Skåne har sedan vårdvalets införande investerat stora summor i en omfattande datainsamling. Varje patient har fyllt i en rad skattningsskalor vid terapins start, vid avslut, samt vid uppföljning 3 månader efter avslut. Här finns en unik möjlighet att forska på och utvärdera vad som fungerar just i den unika kontext som Region Skåne utgör. Att titta på detta borde vara en självklarhet innan större förändringar genomförs. Det finns även goda möjligheter att fortlöpande utvärdera systemet för att utifrån detta kunna göra mer välgrundade insatser för att utveckla det.

Åtgärdsförslag	Motivering
----------------	------------

<p><i>Hälsoekonomisk utvärdering.</i></p> <p>Utvärdera vårdvalet utifrån all den data som finns insamlad innan större förändringar genomförs. Detta anser vi vara det allra högst prioriterade förslaget.</p> <p>Utvärdera fortlöpande rådande system för att kontinuerligt införa välgrundade förbättringsförslag.</p>	<p>Innan större förändringar av vårdvalet sker bör en extern utvärdering äga rum för att undersöka effektivitet och kostnadseffektivitet. Detta torde vara relativt enkelt då regionen redan investerat i en omfattande datainsamling.</p> <p>I den stora psykoterapisatsningen IAPT i Storbritannien används kontinuerliga utvärderingar för att utifrån detta förändra organisation och arbetssätt, vilket har sammanfallit med en gradvis förbättring av resultaten (Clark, 2018). Det finns även gott om forskningsstöd för att behandlares resultat kan förbättras genom att de får ta del av kontinuerlig utvärderingsdata (Delgadillo et al., 2022; Okiishi et al., 2006; Shimokawa et al., 2010).</p> <p>Frågor som kan vara aktuella är: Hur stora hälsovinster och samhällsvinster görs av behandlingen? För hur stor andel av patienterna räcker det med 25 besök? Är de olika behandlingsalternativen (KBT, PDT, IPT) effektiva i den här kontexten? Finns det faktorer som kan användas för att identifiera risk för negativa utfall? Vad beror ökningen av andelen PDT-remisser på (ökat från ca 22% 2017 till 46% 2022)?</p>
<p><i>Utökad valfrihet.</i></p> <p>Förutom sedvanlig individualterapi bör vårdvalet erbjuda internetbehandling och gruppbehandling.</p> <p>Undersök om andra terapiformer än KBT, PDT och IPT kan erbjudas.</p>	<p>Individualterapi på plats passar av olika skäl inte alla och kan med fördel kompletteras med andra former av psykoterapi. Både internetbehandling och gruppbehandling har gott forskningsstöd.</p> <p>Vad gäller olika terapiformer finns det i nuläget allt fler terapiformer med gott forskningsstöd. Utifrån rådande forskningsläge kan det vara aktuellt att erbjuda EMDR, humanistisk stödterapi och MCT inom ramarna för vårdvalet.</p>
<p><i>Transparens kring väntetider.</i></p> <p>Alla behandlare inom vårdvalet bör regelbundet rapportera väntetider som tillgängliggörs på 1177.</p> <p>Undersök att på sikt att ta fram ett system som möjliggör enklare matchning av patient och behandlare.</p>	<p>I dagsläget finns inget samordnat system som gör att läkare eller patienter kan få en snabb överblick över tillgängliga behandlare. Det riskerar skapa onödigt extraarbete för vårdcentralen och försvara för patienten att hitta rätt.</p> <p>Privata aktörer inom psykoterapi har utvecklat användarvänliga system där exempelvis behandlares kompetens matchas mot patientens behov. Något att inspireras av.</p>
<p><i>Lång behandling vid behov.</i></p> <p>När flertalet insatser misslyckats bör det kunna utfärdas en remiss för en längre insats om 50-150 samtal.</p> <p>Undersök i samband med utvärderingen av vårdvalet eventuella vinster med en möjlighet till längre behandling vid behov.</p>	<p>I föregångsländerna Finland och Tyskland är gränsen för psykoterapi inom det offentliga 200 respektive 48 samtal. I båda fallen motiveras detta med minskade kostnader för produktionsbortfall och sjukskrivningar. Det finns också forskning som pekar på att om man inte exkluderar studier på svårare och kroniska fall så kan den optimala genomsnittslängden på behandlingen vara upp till 54-57 sessioner (Nordmo et al., 2020; Robinson et al., 2020). Det kan alltså både vara mer kostnadseffektivt och vara mer hjälpsamt att ge vissa patienter längre insatser.</p>
<p><i>Organisatorisk flexibilitet.</i></p> <p>Underlätta för psykologer och psykoterapeuter som både vill arbeta privat och inom regionen.</p>	<p>För att behålla den kompetens som finns hos landstingets psykologer och psykoterapeuter, samt bättre ta tillvara den kompetens som finns hos privatpraktiserande, är det önskvärt att inte tvinga behandlarna att välja, utan skapa arbetsformer som möjliggör privat verksamhet vid sidan av anställning inom Region Skåne.</p>

<p><i>Underlätta kontakt mellan remitterande läkare och behandlande psykolog</i></p> <p>Inför en ersättningsmodell där behandlare inom vårdvalet kan få ersättning för att delta vid möten såsom SIP-möte.</p> <p>Tillse att behandlare inom vårdvalet kan få direktnummer till remitterande enhet (VIP-nummer).</p>	<p>Behandlaren inom vårdvalet återkopplar i rådande system skriftligen vid tre tillfällen under behandlingen. För vissa patienter kan det eventuellt finnas behov av större samverkan. Något som kan underlättas om behandlare inom vårdvalet enklare kan nå remitterande läkare, samt om de kan få ersättning för att medverka vid till exempel en samordnad vårdplanering.</p>
<p><i>Erbjud vårdvalet för fler former av lidande</i></p> <p>Erbjud behandling inom vårdvalet för patienter med somatoforma syndrom</p> <p>Överväg om de i den kommande diagnosmanualen ICD-11 nya diagnoserna mild personlighetsstörning, samt personlighetssvårighet bör behandlas inom vårdvalet.</p>	<p>Somatoforma syndrom är mycket vanliga (upp till 50% av patienterna i primärvården har någon form av medicinskt oförklarbara symtom och förekomsten av somatoforma syndrom har uppskattats till 35%, (Fink et al., 1999; Toft et al., 2005). Tillstånd som är förknippade med omfattande kostnader för sjukvården (Barsky et al., 2001). Det finns omfattande forskningsstöd för att psykoterapi är en effektiv behandling för dessa tillstånd (Abbass et al., 2021; Koelen et al., 2014) samt att psykoterapi för dessa tillstånd leder till kostnadsbesparingar redan på relativt kort sikt för sjukvården (Lilliengren et al., 2020).</p> <p>En annan patientgrupp som är vanligt förekommande, men sällan upptäckt i primärvården, är patienter med personlighetsstörningar (ca 70% identifierades som i riskzonen för personlighetsstörning i IAPT: Hepgul et al., 2016). Detta är framförallt relevant att förbereda sig för eftersom det i den kommande upplagan av ICD-11 kommer att ske tillägg i form av diagnosen mild personlighetsstörning samt en ökad formalisering av den redan existerade diagnosen <i>accentuering av personlighetsdrag</i> som kommer att kallas personlighetssvårighet (WHO, 2023). Förekomsten av dessa diagnoser förväntas vara hög i primärvården (Hepgul et al., 2016; Huprich, 2018) och vi kan förvänta oss att de till stor del kommer behandlas på primärvårdsnivå.</p>

Härefter följer fem bilagor där vi ytterligare utvecklar, nyanserar och fördjupar resonemangen ovan utifrån aspekterna *Ekonomi, Valfrihet, Evidensbaserad praktik, Organisation och Forskning*. I varje bilaga finns en rad punkter som vi anser är viktiga att beakta när det kommer till utformningen av vård för psykisk ohälsa generellt och specifikt för vårdvalet.

## Bilaga 1 - Ekonomi

Vårdvalet kostar 900 kr per session. Skattebetalarna betalar då enbart för faktiskt genomförda terapiesamtal. Kostnader för administration (sekreterarlöner, journalsystem, datorer, arbetstid), lokaler (städning, inventarier, hyra), vidareutbildning och handledning för behandlaren, uteblivande samt sena avbokningar faller på leverantörer inom vårdvalet men inte på skattebetalaren. Region Skåne belastas inte av något arbetsgivaransvar för behandlarna inom vårdvalet. Som i huvudsak enmansföretag får behandlarna själva planera för sjukfrånvaro, semester, pension, fortbildning, försäkringar m.m. Det är utifrån den typen av kringkostnader som ett besök hos psykolog i ordinarie somatisk och psykiatrisk öppenvård kostar mellan 2331 och 3631 kr (Västra Götaland koncernkontoret, 2022). Alltså 2-4 gånger mer än ett psykologbesök inom vårdvalet. Läkarbesök i motsvarande verksamheter kostar mellan 4864 och 7547 kr/besök (Västra Götaland koncernkontoret, 2022). Tyvärr är det svårt att få fram liknande siffror för primärvården då data på kostnader i primärvården ofta omfattas av sekretesskydd i egenskap av affärshemligheter. Det är dock vår uppfattning att Region Skåne inom ramen för en utvärdering av vårdvalet bör ta fram sådan data för att kunna göra en gedigen kostnadsanalys innan förändringar görs. Kostnadseffektivitet syftar i detta sammanhang på en relation mellan kostnad och effektivitet där en kortare billig insats utan effekt inte är kostnadseffektiv, men inte heller alltför omfattande och dyra insatser. Framförallt blir det viktigt att försöka undvika kostnader som inte är kopplade till det som skapar effekt om man är intresserad av att uppnå kostnadseffektivitet. Detta menar vi att vårdvalet i sitt nuvarande utförande, där skattebetalare endast betalar för faktiskt utförd vård, uppnår.

Tidigare utvärderingar har visat att Skånes modell för att implementera den individualterapeutiska delen av rehabiliteringsgarantin var mer kostnadseffektiv än i landet i stort (Jarl et al., 2017). Vårdvalet är arvtagare till denna skånska modell fast med högre valfrihet. När det gjorts kostnadseffektivitetsutvärderingar av psykoterapi ses generellt att psykoterapi är kostnadseffektivt. Varje investerad krona fås igen flera gånger om genom bl.a. minskade vårdkostnader och sjukskrivningar (Abbass, 2002; Lilliengren et al., 2020; Town et al., 2020). Detta utan att räkna med andra möjliga ekonomiska vinster såsom effekter på patienters anhöriga och sociala nätverk samt ökade skatteintäkter. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att Skånes vårdval psykoterapi utgör en unik och kostnadseffektiv modell som ger skattebetalare mycket vård för pengarna.

För vissa patienter kan mer tidsbegränsade internetbehandlingar eller gruppbehandlingar vara tillräckligt och ha kostnadseffektiva fördelar (Andrews et al., 2018). Ur ett renodlat ekonomiskt perspektiv har korta avgränsade insatser likt de som erbjuds i det brittiska projektet IAPT två styrkor (Guided self-help; NHS, 2023a; NHS, 2023b). Genom att korta längden på sessionen kan antalet patienter en enskild behandlare träffar varje dag ökas, vilket minskar kostnaden per session. Det går även att korta ner antalet sessioner varje patient erbjuds så kostnaden för en hel behandling reduceras ytterligare. Samma resonemang kan föras vad gäller internetförmedlad psykologisk behandling såsom IKBT eller IPDT. Även om detta kan verka som en till synes självklar kostnadsbesparing så finns det hälsoekonomiska nackdelar med denna typ av korta insatser. Sedvanligt doserade psykoterapeutiska insatser (längre och fler sessioner än denna typ av korta insatser) har visat sig resultera i hållbara resultat för patienter som mår lika bra, eller bättre, vid uppföljningar månader och år efter att behandlingen avslutats (Abbas et al., 2014; Tolin, 2010). Vad gäller korta avgränsade insatser likt de i IAPT är långtidseffekterna mer osäkra (Ali et al., 2017; Hepgul et al., 2016; Zhou, et al., 2016). Exempelvis fann Ali et al. (2017) att de korta behandlingarna i IAPT förvisso hjälpte 45% av patienterna, men att 53% av de som blivit hjälpta hade återfått sina problem inom ett år. Sammanlagt innebär detta att endast 24% av patienterna fortsatt var hjälpta 1 år efter behandlingsavslut. Risken är uppenbar att dessa patienterna återvänder för fler omgångar behandling, samt då i högre utsträckning efterfrågar mer omfattande insatser (Ali et al., 2017; Hepgul et al., 2016). Ur ett ekonomiskt

perspektiv innebär detta att de insatser som avsågs utgöra en kostnadsbesparing riskerar att bli en tilläggskostnad utöver mer omfattande insatser i åtminstone 76% av fallen. I den största forskningsöversikten vi har hittat rörande antal sessioner finner man att det, efter att man exkluderat studier på svåra och kroniska fall, är optimalt med mellan 4 och 24 sessioner, där fler sessioner är bättre för att uppnå ett resultat som håller sig 10 månader efter att behandlingen är avslutad (Robinson et al., 2020). Vårdvalet har i sin nuvarande form fördelen av att vara en graderad insats där patienten kan få allt från 1 till 25 sessioner beroende av behov (26e/sista sessionen är en uppföljning 3 månader efter avslut). Istället för att först testa en kort insats och sen en annan, finns alltså möjligheten att avsluta efter en kort tid om man är klar och bygga vidare på det inledande arbetet om det behövs. Utifrån den kunskap som redovisas här framstår det viktigt att erbjuda insatser på ett flexibelt vis så att vårdgivare exempelvis har möjlighet att snabbt avsluta eller att inte erbjuda vissa insatser när de bedömer att det är osannolikt med att lyckat utfall. Detta för att undvika att insatsen endast blir ett kostnadstillägg för vården och ett utdraget lidande för patienten. Ett resonemang som talar tydligt emot en striktare vårdtrappa och drar nytta av internationella lärdomar från exempelvis IAPT-projektet där kostnaders per behandling var betydligt högre i början av projektet samtidigt som andelen kortare insatser då utgjorde en större del av den genomförda vården (Steen, 2020; Mukuria et al., 2013; Radhakrishnan et al., 2013). Med det sagt kan kortare insatser, när de sätts in med gott kliniskt omdöme och i samråd med patienten, utgöra ett bra komplement till de redan existerande insatserna. Vi föreslår därför att utreda möjligheten att utöka vårdvalet med dessa insatser. En fördel med att erbjuda dessa insatser inom vårdvalet är att regionen då får möjlighet att avtala fasta kostnader för insatserna och undviker kringkostnader likt de som beskrivs i första stycket av denna bilaga. För vissa patienter kan hindren vara större vad gäller att fysiskt ta sig till VC eller annan behandling. Det kan då vara en fördel att kunna erbjuda internetförmedlad KBT. Den insats som fått bäst resultat i IAPT projektet har varit *counselling for depression*, en form av humanistisk känslolofokuserad stödterapi, varför det kan vara värt att utvärdera om liknande insatser kan erbjudas inom ramen för vårdvalet (NHS, 2023b).

I vissa fall kan det vara motiverat med längre insatser än 25 sessioner. I föregångsländerna Finland och Tyskland är den övre gränsen för psykoterapi inom det offentliga 200 respektive 48 samtal (Aaltonen & Lind, 2008; Melcop et al., 2019; European Association for Psychotherapy, 2021). I båda fallen motiveras detta med minskade kostnader för produktionsbortfall och sjukskrivningar. Utvärderingar från Finland har lyft fram hur såväl läkemedelsanvändning som sjukpenningmottagande minskade för de som genomgått terapi, samt att 33% av de som var arbetslösa när terapin inleddes var i arbete när terapin var avslutad (Aaltonen & Lind, 2008). Det kan jämföras med Storbritanniens projekt, IAPT, som huvudsakligen erbjöd kortare insatser och där 5% av deltagarna återgick i arbete (Clark, 2018). Det brittiska systemet innebar offentligt finansierade kliniker och kostnaden/behandling blev 11 664 för i genomsnitt 6 besök per behandling (Steen, 2020). Kostnaderna i Storbritannien hölls dock nere genom att behandlarna hade lägre utbildning (1 år traineeprogram + kandidatutbildning) än vad som är sedvanligt i de flesta jämförbara länder, inklusive Sverige. I Finland erbjöds patienten 600 kr/timme upp till 200 timmar stöd för terapi och fick sen själv välja behandlare utifrån de som godkännts av finska försäkringskassan. Mediankostnaden låg på 17627 kr/behandling. Flera studier tyder på att betydligt fler sessioner än 25 kan vara lämpligt för patienter med svårare problematik och mer omfattande symtom och lidande (Nordmo et al., 2020; Robinson et al., 2020). Exempelvis fann Robinson et al. (2020) att om man inte exkluderar studier på svårare och kroniska fall kan den optimala behandlingens längd vara upp till 54 sessioner. I en norsk studie (Nordmo et al., 2020) fann man att patienter med svårare problematik förbättrades långsammare och behövde fler sessioner för att uppnå förbättring men att de överlag förbättrades mer än patienter med lindrigare problematik som förbättrades snabbare och behövde färre sessioner. Nordmo et al. (2020) landar utifrån detta i en rekommenderad genomsnittlig terapidos på 57 sessioner. Forskarna argumenterar att lägre rekommendationer, såsom 4-10 sessioner, i stor utsträckning



kommer från studier på patienter med lindrig problematik, men att patienter med medelsvåra till svåra problem kan behöva betydligt längre behandlingar. En rimlig tolkning av detta är att “one-size-fits-all” inte är optimalt när det kommer till psykoterapi, utan att den optimala dosen kan variera i stor utsträckning mellan olika individer.

## Bilaga 2 - Valfrihet

Patientens delaktighet i utformandet av sin egen vård är också något som framhålls i Hälso- och sjukvårdslagen: *När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap*

*och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar* (SFS nr: 1982:763 § 3 a). Det finns flest antal forskningsstudier på KBT, men inget som tyder på att KBT har starkare effekt än IPT eller PDT – resultaten är i genomsnitt likvärdiga när olika terapiformer jämförs med varandra (Bandelow et al., 2015; Barth et al. 2016; Cuijpers et al., 2023; Cuijpers et al., 2021; Leichsenring et al., 2023; Lilliengren, 2023a; Papola et al., 2020). Betydelsen av detta är att vi kan vara mer säkra på att KBT har den effekt som forskning visar, men den effekt som forskning visar är inte större än effekten av PDT eller IPT.

Vårdvalet ger individen möjligheten att inom avtalets ramar och i samråd med sin vårdcentralsläkare välja den behandling och behandlare som passar de individuella behoven och önskemålen. Hänsyn till individens preferenser har visat sig bidra till bättre effekter av vårdinsatser (Linhiem et al., 2014; Swift et al., 2018). En mängd faktorer kan påverka valet av behandlare. Det kan röra att man tidigare testat insatser man inte upplevt sig hjälpt av och nu vill testa något annat. Som beskrevs i Bilaga 1-Ekonomi, hjälpte de kortare insatserna i IAPT endast 24 % av patienterna på sikt (Ali et al., 2017). Siffrorna kan peka på behovet av andra insatser till de som hoppar av, inte blir bättre eller återfaller (Ali et al., 2017; Hepgul et al., 2016). Patienten kan ha en önskan att arbeta med en viss terapimetod. PDT och KBT är också paraplybegrepp för ett stort antal underkategorier av terapimetoder där behandlarna inom vårdvalet har olika specialiseringar och kompetenser. Vidare har behandlarna inom vårdvalet olika specialistkompetenser inom andra områden (t.ex. utbildning i sexologi, HBTQ, kulturkompetens, vana att arbeta med tolk, samt erfarenheter av olika psykiatriska verksamheter och former av lidande). Patienter kan i vissa fall, beroende av arten av och bakgrunden till deras lidande, ha önskemål om att träffa behandlare i en viss ålder eller ett visst kön. Kanske har man rekommenderats en viss behandlare av vänner och bekanta. Då patientens motivation till behandling och alliansen mellan patient och behandlare återkommande visats vara viktiga för hur väl behandlingen lyckas (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Crits-Cristoph et al., 2011; Del Re et al., 2021) är patientens valfrihet centralt för behandlingsutfall.

Valfriheten kan även röra faktorer som var och när behandlingen sker och behandlarens kompetens att bedriva terapi på distans (telefon, videosamtal, internetbehandlingar).

Vårdvalet har alltså dels fördelen att patienten har många behandlare och behandlingsformer att välja mellan från början, men även att det finns en möjlighet att avsluta en behandling innan 6e sessionen och prova en annan behandlare eller inriktning på behandling, om patienten inte upplever sig hjälpt.

En stor valfrihet är alltid fallet för de som har råd att betala, men Region Skåne ger sina invånare dessa möjligheter oavsett storleken på patientens plånbok. Något att vara stolt över.

En utökad valfrihet i form av fler beforskade terapiinriktningar (t.ex. EMDR, MCT och humanistisk stödterapi), samt former av terapi (grupp, internetbaserad) kan vara önskvärt.

## Bilaga 3 - Evidensbaserad praktik

*Evidensbaserad praktik* innebär en integrering av bästa tillgängliga kunskap och behandlaren kliniska expertis med patientens unika kontext, kultur, karakteristika och preferenser (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992; Satterfield et al., 2009). Det innebär att en ansvarig läkare (eller psykolog) aldrig kan lita blint på nationella riktlinjer eller fasta vårdtrappor. Istället krävs att dessa behöver vägas samman med övrig tillgänglig forskning och kunskap om de aktuella metoderna. Därtill behöver läkaren väga in sin egen professionella lyhörddhet och expertis i en bedömning av vad som sannolikt kommer fungera bäst för just den unika patient det rör sig om.

Läkaren bör utifrån detta givetvis vara införstådd med nationella riktlinjer. Samtidigt förändras ständigt forskningsläget. Här bör man ta i beaktande att de nationella riktlinjerna för ångest och depression i sin nuvarande form färdigställdes 2017. En mindre översyn gjordes förvisso 2020, men den innebar inte någon mer djupgående uppdatering av forskningen, varför den forskning som refereras rörande PDT, IPT och KBT är från 2017 och tidigare (Socialstyrelsen, 2021). Prioriteringsordningen, där KBT ges högsta prioritet, återspeglar i stort forskningsöversikter gjorda för snart tio år sedan (se exempelvis Marcus et al., 2014 och Tolin, 2010). Sedan dess har över 80 randomiserade kontrollerade studier på PDT publicerats i vetenskapliga tidskrifter (Lilliengren, 2023a). Mer nyligen publicerade forskningsöversikter visar ett betydligt starkare forskningsstöd för PDT än tidigare (Bandelow, 2015; Cuijpers et al., 2023; Cuijpers et al., 2021; Leichsenring et al., 2023; Lilliengren, 2023b; Papola et al., 2020). Utifrån detta är det sannolikt att PDT kan komma att prioriteras högre i framtida riktlinjer. Detta är något som redan idag kan ses i riktlinjer från exempelvis Tyskland (Bandelow et al., 2022) och USA (American Psychological Association, 2022). Framförallt vill vi utifrån detta lyfta vikten av att bevara det stora utbud av välutbildade kliniker med PDT-inriktning som tack vare vårdvalet finns tillgängligt för skånska patienter.

Vårdvalet passar väl in i den evidensbaserade praktiken och personcentrerade vården. Det utökar verktygslådan för läkaren, som utöver medicinering, kortare insatser på VC eller remiss till specialistpsykiatri även har ett stort antal behandlare och terapeutiska behandlingsmetoder att välja mellan. Som lyfts i *Bilaga 1 - Ekonomi* och *Bilaga 2 - Valfrihet* finns goda skäl att utöka denna verktygslåda ytterligare med fler behandlingsalternativ och längd på behandlingarna.

Medicinering för psykisk ohälsa har ökat kraftigt. 2021 behandlades 10,7% av befolkningen med antidepressiv medicinering. En ökning med 30% sedan 2006. Liknande ökning kan ses för andra former av psykofarmaka (Socialstyrelsen, 2022). Kostnaderna för dessa behandlingar är höga då 60% av behandlingarna fortgår i mer än 9 år (Socialstyrelsen, 2019). Kostnader för medicinering och läkarbesök uppskattas uppgå till 50-100 000 kr/behandling (Bohman, 2022). Då har man inte räknat in personliga och ekonomiska kostnader för de biverkningar som psykofarmaka många gånger kan medföra. Medicinering, såsom antidepressiva, är fortsatt ett hjälpsamt och viktigt behandlingsalternativ för många patienter, men att kunna erbjuda ett stort utbud av psykoterapi är också viktigt då en metaanalys pekat på att 75% av patienterna föredrog terapi framför medicinering om de hade valet (McHugh, 2013).

Psykoterapi är en effektiv insats för de flesta former av psykiska besvär och dessutom många typer av kroppsliga besvär (Abbass et al., 2021; Bandelow et al., 2015; Cuijpers et al., 2021; Koelen et al., 2014). Region Skåne har genom vårdvalet erbjudit sina invånare en bättre tillgång till psykoterapi än någon annanstans i Sverige.

## Bilaga 4 - Organisation

Vårdvalet ger den enskilde terapeuten stor frihet att själv organisera sitt arbete och skapa en kontext som möter dennes individuella behov och önskemål. Samtidigt skapas tydliga ekonomiska incitament att träffa många patienter. Valfungerande organisationer där många patienter får behandling har visat sig höra samman med goda behandlingsresultat (Clark, 2018; Clark et al., 2018). Data från den brittiska psykoterapisatsningen IAPT visar på att betydelsen av valfungerande organisationer är avsevärt större än vilka behandlingsmetoder som används. Skillnaden mellan de mest effektiva och minst effektiva organisationerna är att de mest effektiva botar 42% fler av sina patienter (Clark, 2018; Clark et al., 2018). I kontrast till detta skiljer sig effektiviteten mellan olika metoder enbart med några få procentenheter, exempelvis botar PDT ca 4% fler än KBT inom IAPT (NHS, 2023b).

Vårdvalet sysselsätter ett stort antal behandlare. Under perioden 2017-2020 genomfördes totalt 65391 behandlingar. 2021 var det 271 enheter med totalt 529 behandlare, där varje behandlare i genomsnitt utförde 410 besök/år. Längden på behandlingarna var för KBT och PDT relativt lika (KBT: 19,6 sessioner och PDT 23,1 sessioner). De flesta behandlare arbetar alltså i enmansföretag där avtalet med Region Skåne är en del av intäkterna. Den stora friheten för behandlaren att organisera sitt arbete, vidareutbildning, handledning och samarbete med kollegor är givetvis attraktiv för många. Samtidigt tvingar nuvarande system psykologer att välja mellan att arbeta privat eller inom landstinget. Det är många gånger äldre och erfarna behandlare som tar steget att öppna eget. Det kan vara önskvärt att skapa anställningsformer för landstingets psykologer som tillåter privat verksamhet vid sidan av för att inte skapa en konkurrenssituation där man riskerar förlora kompetens.

I dagsläget finns inget ordnat system för patienter eller remitterande läkare att få en snabb överblick över tillgängliga behandlare inom vårdvalet. I vissa fall tar vårdcentralerna ansvar för att ringa runt till behandlare och förhöra sig om väntetid. I andra fall får patienten själv ringa/mejla runt. För att underlätta för patienten och vårdcentralerna vore det önskvärt med ett digitalt system som minskade denna tröskel. På kort sikt kan detta lämpligen ske genom rådande system med 1177. På lång sikt kan det vara värdefullt att inspireras av de lösningar som företag som förmedlar kontakter till psykologer och psykoterapeuter åt privatpersoner eller försäkringsbolag har tagit fram. Dessa lösningar har ofta funktioner som matchar behandlarens kompetens mot patientens behov.

Det är osäkert om samarbetet mellan remitterande läkare och behandlare inom vårdvalet brister. Den lokala arbetsgruppen menar detta i sin skrivelse, men vi anser att det behöver utvärderas. Behandlaren återkopplar i rådande system skriftligen till remitterande läkare vid tre tillfällen under behandlingen. För vissa patienter kan det eventuellt finnas behov av större samverkan. Något som kan underlättas om behandlare inom vårdvalet enklare kan nå remitterande enhet via direktnummer (VIP-nummer), samt om de kan få ersättning för att medverka vid t.ex. en samordnad vårdplanering (SIP-möte).

## Bilaga 5 - Forskning

Att göra stora förändringar av rådande system medför flera risker. Det arbete som lagts ner på att bygga upp ett existerande system kan påverkas negativt och det kan bli kostsamt. Vidare innebär det ofta en belastning för de som arbetar i organisationen när man gör större förändringar. Det är därför viktigt att förändringar genomförs med försiktighet och baseras på forskning och välgrundad kunskap. Region Skåne betalar 600 kr extra för den sista uppföljningssessionen inom vårdvalet. Räknar man detta som en kostnad för datainsamling innebär det att man mellan 2017 och 2020 investerat ca 40 miljoner i datainsamling. En investering det är dags att börja använda. Varje patient har sedan vårdvalets införande fyllt i skattningskalor vid behandlingens start, vid avslut, samt vid uppföljning tre månader efter avslut. Skalorna är väl beprövade och vanligt använda verktyg inom forskning på psykoterapi. Detta material kan användas för att ordentligt utvärdera rådande system innan man genomför större förändringar. Då bias/forskarens egna övertygelser är ett välkänt fenomen i psykoterapiforskning är det viktigt att utvärderingen utförs av en oberoende och balanserat tillsatt forskningsgrupp (Atkins et al., 2017; Munder et al., 2013).

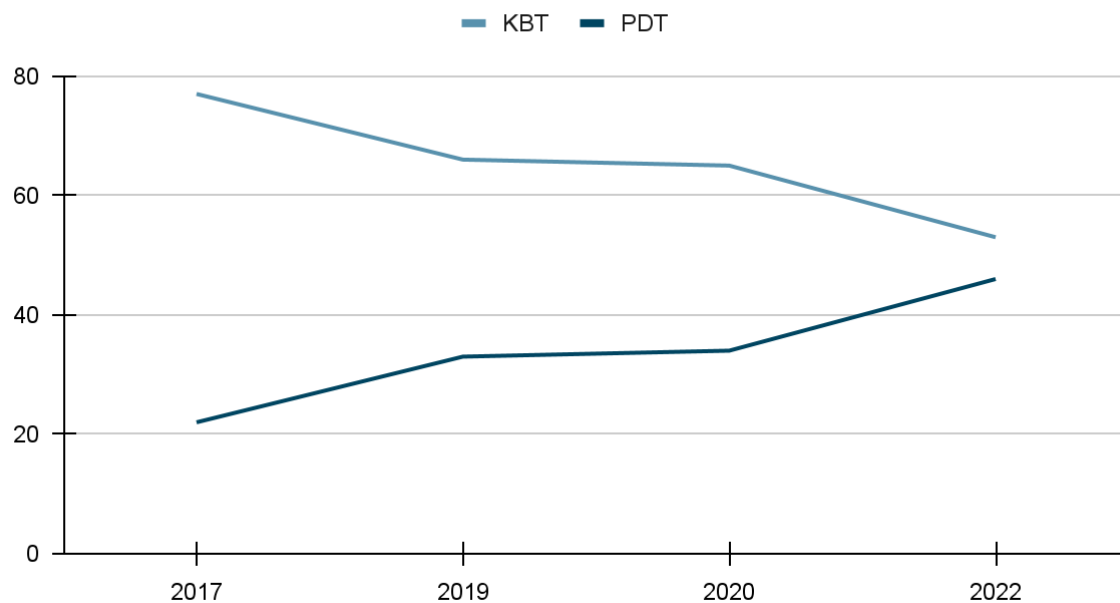
Även om det finns gott om forskning på psykoterapi och olika vårdmodeller så uppstår alltid frågan om resultaten från en kontext och patientpopulation är möjliga att överföra till en annan. Att utvärdera det man gör lokalt skapar en lokal evidens och ökar vad som kallas för naturalistisk validitet. Det kompletterar forskningsunderlaget genom att överkomma risken det innebär när studier genomförda i en annan kontext ska generaliseras till en skånsk kontext. Det är också en typ av forskning som tittar på hur det blir i den komplicerade verklighet som en primärvårdskontext utgör i jämförelse med mer kontrollerade forsknings-sammanhang. Exempelvis finns flera studier som visar att KBT för ångest uppvisar sämre resultat i en primärvårdskontext än vad som kan förväntas utifrån forskning i mer kontrollerade forskningskontexter (NHS, 2023b; Zhang et al., 2019a; Zhang et al., 2019b). Vidare visar data från IAPT att IKBT var mindre effektivt i den kontexten än förväntat (NHS, 2023b).

Exempel på frågeställningar att titta vidare på kan vara: Hur stora hälsovinster görs av behandlingen? Hur påverkas arbetsförmågan av behandlingen? Hur många av patienterna blir av med sina diagnoser efter en behandling? För hur stor andel av patienterna räcker det med 25 besök? Är de olika behandlingsalternativen (KBT, PDT, IPT) effektiva i den här kontexten? Finns det faktorer som kan användas för att identifiera risk för negativa utfall? Vad beror ökningen av andelen patienter som får remiss för PDT på? Se diagram 1 för översikt av ökningen av PDT-remitter.

Att en allt större andel patienter inom vårdvalet får PDT-behandling (ökat från ca 22% 2017 till 46% 2022) kan tolkas som en naturlig konsekvens av att KBT som bäst hjälper cirka hälften av de patienter som genomgår behandling (Cuijpers et al., 2023; Cuijpers et al., 2021, van Dis et al., 2019; NHS, 2023b). Om en patient tidigare inte haft nytta av en behandling blir det rimligt för remitterande läkare att ta detta i beaktande när det kommer till val av metod, något som går i linje med evidensbaserad praktik (Satterfield et al., 2009). Det är alltså möjligt att detta inte är en konsekvens av att remitterer inte följer riktlinjerna utan snarare en konsekvens av att de gör korrekta kliniska bedömningar utifrån evidensbaserad praktik. Oavsett ser vi det som rimligt att utreda detta grundligt innan beslut fattas för att minska tillgängligheten till en efterfrågad insats med allt starkare forskningsstöd (se diagram 2 för utveckling av forskning på PDT över tid).

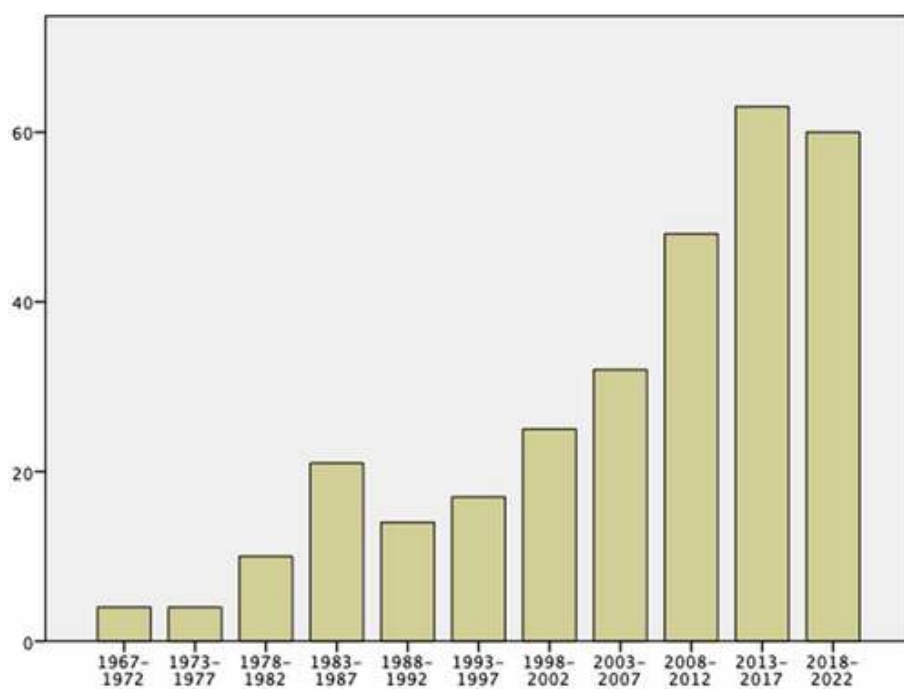
En av de största fördelarna med det brittiska systemet IAPT är att det kontinuerligt forskats på insatserna för att dra lärdom av detta och göra förändringar. Ett exempel på förändringar som införts är bättre triagering för att upptäcka patienter med allvarligare problematik som behövt andra former av insatser än de som erbjudits i IAPT. Ett annat exempel har varit att identifiera mottagningar som uppnår bättre resultat än andra och försökt inspireras av dessa i det generella arbetet (Clark, 2018).

Diagram 1. Andel remisser i %, KBT och PDT



Källor: LAG-gruppens skrivelse (2023). SKR (2018), SKR (2020) och SKR (2021).

Diagram 2. Antal studier på PDT per femårsperiod.



Källa: Lilliengren (2023a).

## Underskrifter

Anders Lindström (*Leg. Psykolog (KBT/PDT/Existentiell terapi), privat praktik Malmö*)

Loke Blomgren (*Leg. Psykolog (KBT/PDT), INM allmänpsykiatrisk mottagning Malmö*)

Thomas Hesslow (*Leg. psykolog (KBT/PDT), utbildar och handleder i ISTDP, privat praktik Malmö*)

Gunnar Bohman (*Med. dr; specialist i klinisk psykologi, Leg. psykolog, Leg. Psykoterapeut (PDT)*)

Stephan Hau (*Leg. Psykoterapeut (PDT), Professor i klinisk psykologi Psykologiska institutionen Stockholms universitet, sakkunnig för Socialstyrelsen*)

Peter Lilliengren (*Leg. Psykolog, Leg. Psykoterapeut (PDT), fil.dr. i klinisk psykologi Universitetslektor Psykologiska institutionen Stockholms universitet,*)

Katrine Zeuthen (*Leg. Psykolog (PDT), fil.dr i klinisk barnpsykologi, Universitetslektor Psykologiska institutionen Köpenhamns universitet*)

Alfred Sköld (*Leg. Psykolog (PDT), fil.dr. i psykologi, Biträdande lektor Psykologiska institutionen Aalborgs universitet,*)

Terese Petersson (*Leg. Psykolog, Leg. Psykoterapeut (PDT), handledare på psykolog- och psykoterapeutprogrammet, Doktorand och adjunkt Psykologiska institutionen Lunds universitet*)

Nina Klarin (*Specialistläkare i psykiatri, leg. Psykoterapeut och handledare (KBT), undervisar i ISTDP*)

Ida Lindström (*ST-läkare i allmän- och internmedicin*)

Frida Kraft (*Leg. Psykolog, Leg. Psykoterapeut (PDT), handledare på psykolog- och psykoterapeutprogrammet, Adjunkt Psykologiska institutionen Lunds Universitet,*)

Åsa Hall (*Leg. Psykolog, Leg. Psykoterapeut (PDT), handledare på psykolog- och psykoterapeutprogrammet, Adjunkt Psykologiska institutionen Lunds Universitet,*)

Susanne Brefelt Lövdén (*Leg. Psykolog, Leg. Psykoterapeut (PDT), handledare på psykolog- och psykoterapeutprogrammet, Adjunkt Psykologiska institutionen Lunds Universitet,*)

Anna Starup Henius (*Leg. Psykolog, Leg. Psykoterapeut (PDT), handledare på psykolog- och psykoterapeutprogrammet, Adjunkt Psykologiska institutionen Lunds Universitet,*)

Kirsti Tellas (*Leg. Psykolog (KBT), Adjunkt Psykologiska institutionen Lunds Universitet*)

Anders Klarin (*Leg. Psykolog, Leg. Psykoterapeut och handledare (KBT), privat praktik i Lund*)

## Referenser

Aaltonen, T. & Lind, J. (2008). Hur påverkas arbetsförmågan av psykoteraeutisk rehabilitering med FPA-stöd? Social trygghet och hälsa: undersökningar 95. Helsingfors: FPA.

Abbass A. (2002). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a private psychiatric office: clinical and cost effectiveness. *American journal of psychotherapy*, 56(2), 225–232. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.2.225>

Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD004687. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>

Abbass, A., Lumley, M. A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., Schubiner, H., De Meulemeester, C., & Kisely, S. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of psychosomatic research*, 145, 110473. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110473>

Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 55, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>

Ali, S., Rhodes, L., Moreea, O., McMillan, D., Gilbody, S., Leach, C., Lucock, M., Lutz, W., & Delgadillo, J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour research and therapy*, 94, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.006>

Anderson, T. , Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768–768. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/jclp.20583>

Atkins, P. W. B., Ciarrochi, J., Gaudiano, B. A., Bricker, J. B., Donald, J., Rovner, G., Smout, M., Livheim, F., Lundgren, T., & Hayes, S. C. (2017). Departing from the essential features of a high quality systematic review of psychotherapy: A response to Öst (2014) and recommendations for improvement. *Behaviour research and therapy*, 97, 259–272.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842–852. 10.1037/0022-006X.75.6.842

Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*, 30(4), 183–192. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078>

Barth, J., Munder, T., Genger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... & Cuijpers, P. (2016). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *Focus*, 14(2), 229–243.



Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J., & Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical care*, 39(7), 705–715. <https://doi.org/10.1097/00005650-200107000-00007>

Bohman. (2022). Har sverige rätt vård vid psykisk ohälsa? *Tidsskriften psykoterapi* 2022/2.

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. 10.1037/pst0000015

Clark D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual review of clinical psychology*, 14, 159–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>

Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *Lancet (London, England)*, 391(10121), 679–686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 267–278. 10.1037/a0023668

Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(1), 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>

Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., Cipriani, A., Cristea, I. A., & Furukawa, T. A. (2021). Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(2), 283–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860>

Delgadillo, J., Deisenhofer, A.-K., Probst, T., Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Kleinstäuber, M. (2022). Progress feedback narrows the gap between more and less effective therapists: A therapist effects meta-analysis of clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(7), 559–567. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/ccp0000747.supp> (Supplemental)

Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 371–378–378. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/ccp0000637>

Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420–2425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>

European Association for Psychotherapy. (2021). German situation of psychotherapy. Hämtad online 310723: [https://www.europsyche.org/app/uploads/2021/05/psychotherapy\\_germany\\_may2021.pdf](https://www.europsyche.org/app/uploads/2021/05/psychotherapy_germany_may2021.pdf)

Fink, P., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jørgensen, P. (1999). Somatization in primary care: Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 40(4), 330–338. [https://doi.org/ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0033-3182\(99\)71228-4](https://doi.org/ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0033-3182(99)71228-4)

Gaskell, C., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Stockton, C., Somerville, E., Rogerson, E., & Delgadillo, J. (2023). The Effectiveness of Psychological Interventions Delivered in Routine Practice: Systematic Review and Meta-analysis. *Administration and policy in mental health*, 50(1), 43–57. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01225-y>

Glisson, C., Hemmelgarn, A., Green, P., & Williams, N. J. (2013). Randomized trial of the Availability, Responsiveness and Continuity (ARC) organizational intervention for improving youth outcomes in community mental health programs. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(5), 493-500. doi:10.1016/j.jaac.2013.02.005

Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2016). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 53(3), 367–375. <https://doi.org/10.1037/pst0000060>

Hepgul, N., King, S., Amarasinghe, M., Breen, G., Grant, N., Grey, N., Hotopf, M., Moran, P., Pariente, C. M., Tylee, A., Wingrove J., Young, A. E., & Cleare, A. J. (2016). Clinical characteristics of patients assessed within an Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) service: results from a naturalistic cohort study (Predicting Outcome Following Psychological Therapy; PROMPT). *BMC Psychiatry*, 16(1). doi:10.1186/s12888-016-0736-6

Huprich S. K. (2018). Personality Pathology in Primary Care: Ongoing Needs for Detection and Intervention. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 25(1), 43–54. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9525-8>

Jarl, J., Nilsson, P., Gerdtham, U. G., Grahn, B., & Nyberg, A. (2017). Hälsoekonomisk utvärdering av rehabiliteringsgarantin i Region Skåne-en retrospektiv registerstudie. *Lund: Instituteten för hälso-och sjukvårdsekonomi*.

Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H., Van Broeckhuysen-Kloth, S. A., Bühring, M. E., & Geenen, R. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 204(1), 12–19. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>

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 (2): 286–304. doi:10.1002/wps.21104.

Lilliengren, P. (2023a). A comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies, *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37:2, 117-140, DOI: 10.1080/02668734.2023.2197617

Lilliengren, P. (2023b). Comprehensive compilation of randomized controlled trials (RCTs) involving psychodynamic treatments and interventions. Hämtad 200723. <https://www.researchgate.net/publication/>

[317335876\\_Comprehensive\\_compilation\\_of\\_randomized\\_controlled\\_trials\\_RCTs\\_involving\\_psychodynamic\\_treatments\\_and\\_interventions](#)

Lilliengren, P., Cooper, A., Town, J. M., Kisely, S., & Abbass, A. (2020). Clinical- and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for chronic pain in a tertiary psychotherapy service. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 28(4), 414–417. <https://doi.org/10.1177/1039856220901478>

Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLear, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW*, 34(6), 506–517. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.cpr.2014.06.002>

Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical psychology review*, 34(7), 519–530. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.001>

McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(6), 595–602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>

Melcop, N. von Werder, T., Sarubin, N., & Benecke, A. (2019). The Role of Psychotherapy in the German Health Care System: Training Requirements for Psychological Psychotherapists and Child and Adolescent Psychotherapists, Legal Aspects, and Health Care Implementation. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4). <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.32872/cpe.v1i4.34304>

Mukuria, C., Brazier, J., Connell, J., Barkham, M., Hardy, G., Hutten, R., Saxon, D., Dent-Brown, K., & Parry, G. (2013). Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service. *British Journal of Psychiatry*, 202(3), 220-227–227. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1192/bjp.bp.111.107888>

Munder, T., Brüttsch, O., Leonhart, R., Gerger, H., & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clinical psychology review*, 33(4), 501–511. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.02.002>

NHS; National Health Service. (2023a). Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services, 2021-22. Hämtad online 300727: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-annual-reports-on-the-use-of-iapt-services/annual-report-2021-22>

NHS; National Health Service. (2023b). Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services, 2021-22. Hämtad online 300723: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-annual-reports-on-the-use-of-iapt-services/annual-report-2021-22/therapy-based-outcomes#therapy-based-outcomes>

Nordmo, M., Monsen, J. T., Høglend, P. A., & Solbakken, O. A. (2021). Investigating the dose-response effect in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 31(7), 859–869. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1861359>

Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists

on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157–1172. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/jclp.20272>

Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., Pompili, A., Pauley, D., Karyotaki, E., Sijbrandij, M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2022). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 221(3), 507–519. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.148>

Radhakrishnan, M., Lafortune, L., Hammond, G., Watson, A., Jones, P. B., & McMillan-Shields, F. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 37-45–45. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.brat.2012.10.001>

Riksrevisionen (2015:19). Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner. Hämtad online 310723: [https://www.riksrevisionen.se/download/18.78ae827d1605526e94b2defd/1518435505623/RiR-2015-19\\_Rehabiliteringsgarantin\\_Anpassad.pdf](https://www.riksrevisionen.se/download/18.78ae827d1605526e94b2defd/1518435505623/RiR-2015-19_Rehabiliteringsgarantin_Anpassad.pdf)

Robinson, L., Delgado, J., & Kellett, S. (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(1), 79–96. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1566676>

Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *The Milbank quarterly*, 87(2), 368–390. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x>

Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing Treatment Outcome of Patients at Risk of Treatment Failure: Meta-Analytic and Mega-Analytic Review of a Psychotherapy Quality Assurance System. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 78(3), 298-311.

Socialstyrelsen. (2021). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga, slutversion. Hämtad online 230820: [Bilaga - Kunskapsunderlag - Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/Bilaga_-_Kunskapsunderlag_-_Nationella_riktlinjer_f%C3%B6r_v%C3%A5rd_vid_depression_och_%C3%A4ngestsyndrom)

Socialstyrelsen (2022). Statistikdatabas för läkemedel. SOU 2018:90. För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Slutbetänkande av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa.

Socialstyrelsen (2019). Nationella Riktlinjer – Utvärdering 2019 Vård vid depression och ångest. Hämtad online 230820: [Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/Utv%C3%A4rdering_av_v%C3%A5rd_vid_depression_och_%C3%A4ngestsyndrom)

Steen S. (2020). A cost-benefit analysis of the Improving Access to Psychological Therapies programme using its key defining outcomes. *Journal of health psychology*, 25(13-14), 2487–2498. <https://doi.org/10.1177/1359105318803751>

SKR; Sverige Kommuner och Landsting. (2018). Tillgång och resultat. Behandling

psykisk ohälsa och ospecifik smärta. Överenskommelsen 2017. Stockholm 2018–08-28. Avdelningen för vård och omsorg.

SKR; Sveriges Kommuner och Landsting. (2020). Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta. Rapport villkor 3, överenskommelsen inom sjukvård och rehabilitering 2019. Stockholm februari 2021. Avdelningen för vård och omsorg.

SKR; Sverige Kommuner och Landsting. (2021). Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta. Rapport villkor 3, överenskommelsen inom sjukskrivning och rehabilitering 2020. Stockholm december 2021. Avdelningen för vård och omsorg.

Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 1924-1937.

Toft, T., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K., Frostholt, L., & Olesen, F. (2005). Mental disorders in primary care: Prevalence and co-morbidity among disorders Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychological Medicine*, 35(8), 1175–1184. <https://doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1017/S0033291705004459>

Tolin D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(6), 710–720. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>

Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D., & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-Month follow-up of the Halifax depression trial. *Journal of affective disorders*, 273, 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.035>

UCL; University College London. (2023). Low Intensity Cognitive Behavioural Interventions Postgraduate Certificate. Hämtad 060823: [Low Intensity Cognitive Behavioural Interventions Postgraduate Certificate | UCL Psychology and Language Sciences - UCL – University College London](https://www.ucl.ac.uk/psychology/postgraduate-certificates/low-intensity-cognitive-behavioural-interventions)

van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagens, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(3), 265–273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>

Västra Götaland koncernkontoret. (2022). KPP 2021 Västra Götalandsregionen. Diarienummer: RS 2022-04146. Regionala KPP-gruppen. Lars Levin, Regional vårdanalys.

WHO - World Health Organization. (2023). ICD-11 for Mortality and Morbidity statistics. Version 01/2023. Hämtad online 230820: [ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics \(who.int\)](https://www.who.int/standards/11)

Zhang, A., Borhneimer, L. A., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A. H., Guz, S., & Shen, L. (2019a). Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of behavioral medicine*, 42(6), 1117–1141. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00046-z>

Zhang, A., Franklin, C., Jing, S., Bornheimer, L. A., Hai, A. H., Himle, J. A., Kong, D., & Ji, Q. (2019b). The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 245, 1168–1186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.008>

Zhou, T., Li, X., Pei, Y., Gao, J., & Kong, J. (2016). *Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis*. *BMC Psychiatry*, 16(1). doi:10.1186/s12888-016-1061-9