

David Clark:

”Vi ska utbilda 3 600 terapeuter under tre år”

Professor David Clark, internationellt känd för sin forskning i kognitiv teori och behandling av ångestsyndrom, besökte Göteborg i höstas. Han är också klinisk rådgivare till regeringen i Storbritannien, som erbjuder 900 000 invånare evidensbaserade psykologiska behandlingar vid depression och ångest.

– Det är naturligtvis ett stort uppdrag, men vi arbetar hårt för att uppfylla det, sade David Clark.

David M Clark är en internationell auktoritet inom forskning i kognitiv teori och behandling av ångestsyndrom. Han har också spelat en viktig roll i utvecklingen av nya behandlingsprogram för panik-ångestsyndrom, hälsoångest, social fobi och posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Sedan år 2000 är han professor i psykologi vid Institute of Psychiatry i London och verksamhetschef för Centre of Anxiety Disorders and Trauma på Maudsley Hospital i London.

När Svenska föreningen för kognitiva och beteendearbetande terapier¹⁾ höll årskonferens 15-16 oktober 2009 i Göteborg var han inbjuden som huvudtalare. Över 300 psykoterapeuter kom till konferensen för att lyssna till David Clark. Under två dagar föreläste han lågmält men engagerat om forskning och behandling av PTSD, paniksyndrom och social fobi samt visade flera videoinspelningar med terapissessioner.

Han berättade också om det nationella IAPT-programmet, Improving Access to Psychological Therapies,²⁾ som det brittiska Department of Health leder och i vilket han är klinisk rådgivare.



Målet är att 900 000 personer ska få behandling och hälften ska bli återställda

– Den psykiatriska vården i Storbritannien har framför allt varit inriktad på att hjälpa människor med psykoser, men endast en procent av befolkningen lider av psykoser. Däremot drabbas omkring 15 procent av befolkningen någon gång av depressioner eller ångest, sade David Clark och tillade:

– Målet med IAPT-programmet är att

900 000 personer ska få behandling och 450 000 ska bli återställda.

DET NATIONELLA IAPT-PROGRAMMET startade 2006. Dess uppgift är att stödja primärvården i att införa NICEs riktlinjer för människor som lider av depression och ångest. NICE, National Institute for Clinical Excellence, motsvarar svenska Socialstyrelsen. Den brittiska regeringen tog detta beslut sedan ekonomer och forskare framfört argument för att en ökad tillgänglighet till psykologisk behandling skulle minska samhällets kostnader för dem som är sjukskrivna på grund av depression eller ångest.

Samhället skulle få ökade skatteintäkter och produktiviteten skulle öka om människor blev botade från depression och ångest. Dessa argument spreds bland annat i *Depression Report* (Layard et al, 2006). Sveriges Psykologförbund har gett ut en motsvarande rapport kallad *Depressionsrapporten* (2009).

– Den främsta utmaningen är natur-

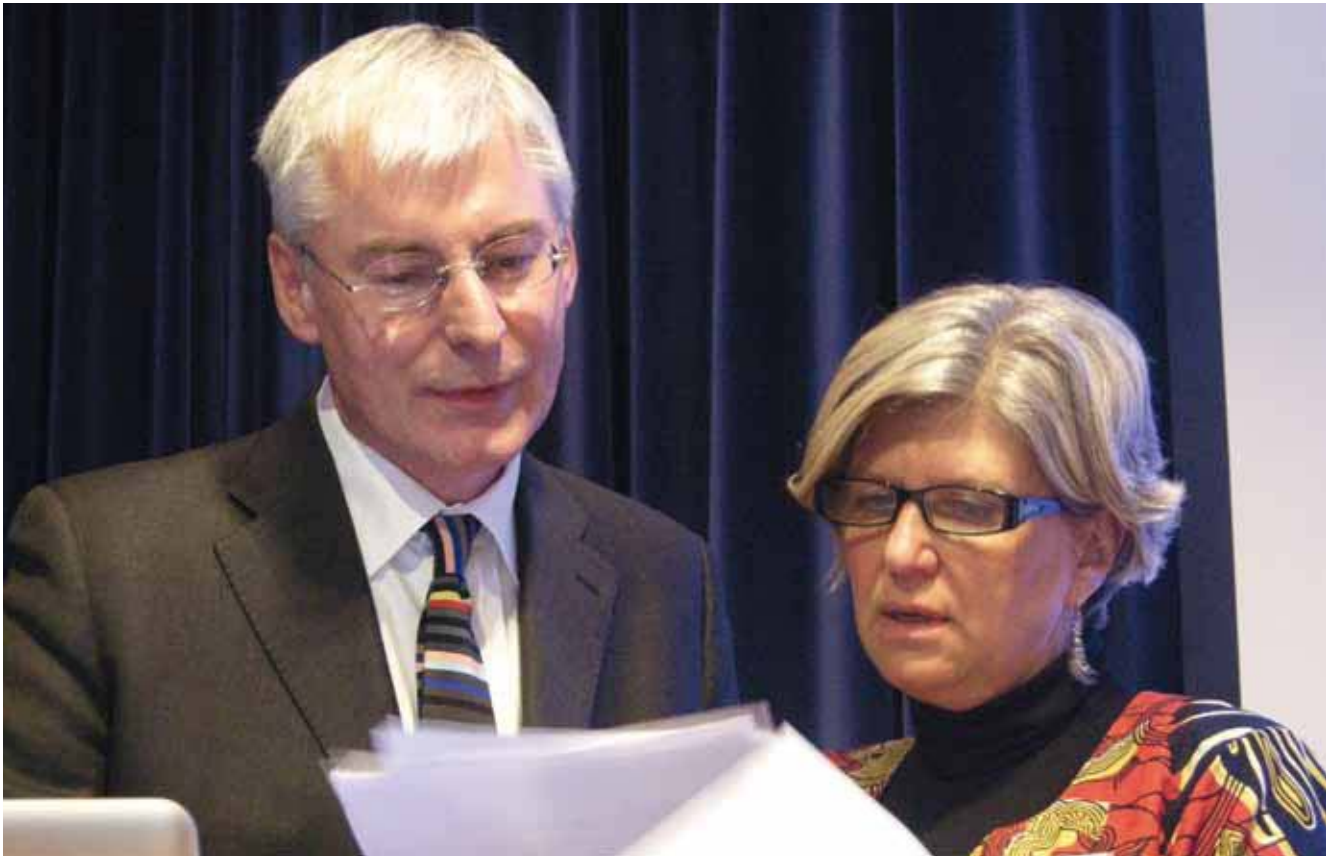


FOTO: EVA BRITA JÄRNEFORS

David Clark presenterades av psykolog Ewa Mörtberg när han föreläste i Göteborg på sfKBTs årsmöte om forskning och behandling med KBT i Storbritannien.

ligtvis att leva upp till de löften som politikerna har lovat medborgarna. De gav dessa löften för att vi sade att vi kunde uppnå dem, berättade David Clark.

Åren 2004 till 2007 tog NICE fram evidensbaserade riktlinjer som stöd för olika psykologiska terapier. För depression och ångestsyndrom rekommenderas KBT. Även interpersonell psykoterapi, parterapi och rådgivning rekommenderas vid depression, men inte vid ångestsyndrom. NICE anser också att en del individer är hjälpta av "låg-intensiva" behandlingsmetoder, till exempel självhjälpsböcker med vägledning eller internetbaserad behandling. Vid milda eller medelsvåra depressioner och vid en del ångestsyndrom rekommenderas så kallad stepped-care som innebär stegvis behandling beroende på hur svår depressionen är. Vid svår depression eller andra ångestsyndrom, som posttraumatisk stressyndrom, rekommenderas "högintensiv" individuell psykoterapi av KBT-terapeut.

Två pilotprojekt utgjorde starten på IAPT-programmet. I Doncaster, som ligger i Yorkshire i norra England, och i Newham, en stadsdel i London, började man sommaren 2006 erbjuda psykologisk behandling i stor skala. David Clark och en rad forskare har utvärderat verksamheternas 13 första månader.³⁾ Resultaten visar att 55-56 procent av patienterna blev återställda. De hade då deltagit i någon form av behandling minst två gånger och utvärderats både före och efter behandlingen. Fem procent hade fått en bättre situation på arbetsmarknaden. Behandlingsresultaten stod sig till stora delar vid uppföljning efter tio månader.

– Patienterna togs emot på både helger och kvällar för att de skulle kunna komma till behandlingarna, berättade David Clark.

Studien ger detaljerad information om de behandlingar som gavs, diagnoser som ställdes, vilka patienter som remitterades till mottagningarna, vilka

som kom utan remiss etc.

I Doncaster fokuserade man framför allt på de personer som distriktsläkaren remitterat för depression. I Newham behandlade man både depressioner och ångestsyndrom. Både Doncaster och Newham följde NICEs riktlinjer, men på olika sätt. I Doncaster var lågintensivt arbete mest förekommande, särskilt per telefon vägledning användning av självhjälpsböcker, även om högintensivt arbete också förekom. I Newham lade man större tonvikt vid högintensiv KBT i början, men införde senare lågintensiva behandlingar.

FÖR ATT FÅ FLER PATIENTER inbjöd Newham invånarna att remittera sig själva till behandling. Det medförde att en stor grupp invånare med invandrarbakgrund sökte hjälp. De hade inte blivit remitterade av distriktsläkarna i lika stor omfattning som andra. I Newham finns boende med både brittiskt, afrikanskt och asiatiskt ursprung, och tio procent

talet inte engelska. Behandlingsresultaten visade ingen signifikant skillnad mellan de olika etniska grupperna.

ALLA PATIENTER fick fylla i standardiserade frågeformulär både i början och i slutet av behandlingen. Vid depressioner användes PHQ-9-skalan och vid ångestsyndrom GAD-7-skalan. För att man inte skulle missa någon som kanske hoppade av behandlingen, fick alla fylla i skalorna vid varje behandlingstillfälle. Dessutom användes CORE-OM som mäter symtom mera generellt, och ett särskilt frågeformulär för att ta reda på patientens arbetssituation.

David Clark underströk vid sitt besök i Göteborg att utvärderingar av varje patient är mycket betydelsefulla.

– De personer som inte svarade på frågeformulären efter behandlingen hade fått ut mindre av den. Våra data tyder på ett övertygande sätt om det.

Han nämnde också att 99,6 procent

(1 648 patienter) av dem som hade accepterats i Doncaster hade fullföljt åtminstone två behandlingar samt båda utvärderingarna. I Newham var det 88,3 procent (249 patienter) av dem som accepterats som deltagare i projektet som hade gjort detsamma.

Många patienter fick dock ingen behandling eller hoppade av. Under de 13 månader som studien genomfördes remitterades 1 043 patienter till IAPT-programmet i Newham. 231 ansågs inte passa in, 58 skickades direkt till arbetsförmedlare och 385 behandlades redan eller väntade på behandling. Detta innebär att 369 patienter ansågs passa för behandling. Av dessa genomgick 87 ingen behandling och 33 bara en behandling. Av de återstående 249 patienterna fick 74 procent högintensiv KBT-behandling. I genomsnitt fick de åtta behandlingar.

I Doncaster bestod personalen till större delen av hälsorådgivare som framför allt per telefon gav vägledning i användning av självhjälpsböcker och stöd baserat på KBT-principer. Hälsorådgivarna fick varje vecka strukturerad handledning av KBT-terapeuter anställda av IAPT. De kunde också dagligen diskutera sina behandlingar med handledaren.

RESULTATEN VAR GODA i både Newham och Doncaster. Omkring hälften av patienterna återhämtade sig. David Clark och hans kolleger analyserar dem i sin studie. I både Newham och Doncaster hade majoriteten av patienterna varit deprimerade eller haft ångest i mer än sex månader. Naturlig återhämtning efter så pass lång tid med depression eller ångest beräknas ligga på 5-20 procent. Forskarnas slutsats är därför att behandlingarna i Newham och Doncaster varit effektiva.

Men de påpekar att varken i Newham eller i Doncaster har personalen följt NICEs riktlinjer för psykologisk behandling vid depression och ångest. I Newham behandlades båda diagnosgrupperna, men man följde inte modellen med stegvis behandling genom att man redan inledningsvis behandlade de flesta patienterna högintensivt. I Don-

caster lade man större vikt vid den typ av problem som den stegvisa modellen var tänkt för. Det ledde till att de flesta fick lågintensiv behandling och mycket få fick ta del av den högintensiva.

Forskarna påpekar också att riktlinjerna i NICE varierar mellan de båda diagnosgrupperna. Hur rätt diagnos ska kunna ställas på kort tid av personalen som ger lågintensiv behandling, måste ses över, konstaterar de.

– Vi ska utbilda 3 600 terapeuter under tre år, berättade David Clark.

Under pausen frågar jag:

– *Är det psykologer som ni utbildar?*

– Ja, men de är en mindre grupp, svarar han. Det var framför allt sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukrådgivare (councillors). De undervisas i London i grupper om 30-60 personer. Inledningsvis en dag i veckan under två terminer, men det utökades senare till två dagar i veckan.Handledningsgrupperna består av två till tre personer. Vi undervisade inte generellt i KBT-terapi utan enligt en nationell KBT-baserad undervisningsplan med specifika KBT-program för ångest och depression.

När dessa terapeuter fick handledning, blev deras behandlingsresultat bättre då?

– Vi hade inte möjlighet att undersöka det i vår studie. Vi undersökte de totala effekterna och försökte öka tillgången på behandlingar under den korta perioden. Men vi har funnit i det nationella programmet att det är mycket viktigt att ge de studerande en god och nära handledning. Man ska inte bara tala om deras terapifall utan också titta på videospelningar när de arbetar med patienter. Och även ge dem som går utbildningen möjlighet att närvara vid terapier hos erfarna behandlare.

David Clark berättar också att 2010 kommer en jämförande studie med en del andra mottagningar som inte ingick i IAPT-programmet att göras.

Enligt planen för IAPT-programmet ska 34 vårdgivare inom primärvården under 2008/09 ha infört IAPT-tjänsten och fler ska följa efter under de två kommande åren.

– Vi fokuserar inte bara på individer, utan på hela samhällen, och vårt arbete

Fler terapiformer erbjuds 2010

Under 2010 kommer även andra terapiformer än KBT och beteendeterapi att erbjudas inom IAPT-programmet för primärvården i Storbritannien.

Några terapiformer som nämns är interpersonell psykoterapi, parterapi och psykodynamisk counselling.

– Redan i dag har 100 000 personer fått behandling inom IAPT-programmet, och tillfrisknandet ligger på 47 procent, sade Andy Burnham, statssekreterare vid Department of Health i ett tal 26 november 2009.

Andy Burnham talade inför hälsovårdspersonal från hela landet och uppmunttrade dem att delta i spridningen av programmet. Från och med 2010 flyttas det ekonomiska ansvaret för programmet från departementet till primärvården.

– IAPT har från början stått för valfrihet, sade han. Det innebär att alla terapier med NICE-riktlinjer ska integreras i vården. I London erbjuds i dag fyra femtedelar av IAPTs mottagningar andra terapiformer än KBT.

Källa: IAPTs hemsida: www.iapt.nhs.uk

sträcker sig över en lång period. Därför måste vi få mottagningarna att fungera. De består av många unga personer och de måste ge behandlingarna båda på ett innovativt och professionellt sätt. Vi arbetar mycket med det, sade David Clark.

VID FÖRELÄSNINGARNA i Göteborg redogjorde David Clark för vilken forskningsstrategi han och hans kolleger har.

– Vi identifierar de främsta kognitiva avvikelserna i olika syndrom. Därefter undersöker vi om våra antaganden stämmer genom intervjuer och experimentella studier. Att utveckla kognitiv terapi, som ska rikta in sig på kognitiva avvikelser och upprätthållande faktorer, tar vanligtvis ett eller två år av mycket hårt arbete. Därefter testas vi verkan och effektivitet i randomiserade kontrollerade studier. Om försöken är tillräckligt bra kan vi sedan generalisera

dem. Vi går igenom behandlingen för varje patient och noterar vad som ledde eller inte ledde till förändring.

De KBT-behandlingar som Clark och hans kolleger tänker utveckla gäller posttraumatiskt stressyndrom, paniksyndrom och social fobi. Han räknade också upp de utmaningar som han ansåg att de stod inför:

– Vi måste inrikta oss på att patienterna blir bättre över tid, vi behöver analysera den ekonomiska nyttan med behandlingarna, respektera andra terapimodeller, planera för utvidgade kvalitetskriterier och ta i beaktande att KBT inte fungerar för alla. Därför måste vi förbättra behandlingarna.

DAVID CLARK ÄR OPTIMISTISK när det gäller framtiden för KBT.

– Tiden är inne för psykoterapi med hjälp av KBT. Min nioårings favoritrap-sång har en fras som lyder: "Our

time is now", och jag tycker det stämmer. I västvärlden har det skett en förändring i människors tänkande – och det gäller även för politiker – från att bara fokusera på materiella intressen till att visa mera respekt och intresse för idealistiska värden.

– KBT svarar mycket bra mot önskan om mänskligt välbefinnande. Vi har nu under 40 år utvecklat behandlingar och randomiserade kontrollerade studier av olika kognitiva och beteendeterapeutiska terapier, och nationella riktlinjer har, förutom i Storbritannien, införts i många andra länder, sade David Clark. ■

EVA BRITA JÄRNEFORS

KÄLLOR

1. sfKBTs hemsida: www.sfkbt.se
2. IAPTs hemsida: www.iapt.nhs.uk
3. Clark, D M, Layard, R, Smithies, R, Richards, D A, Suckling, R, Wright, B (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 1-11.

ANNONS

Forskning inom

Ungdoms- och missbruksvård

Ansökningstillfälle den 15 mars 2010

Statens institutionsstyrelse, SiS, svarar för planering, ledning och drift av de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. En viktig uppgift för SiS är att bedriva metodutveckling och utvecklingsarbete samt att initiera och stödja forskning inom ungdoms- och missbruksvården i syfte att öka kunskapen om vården och dess effekter.

SiS välkomnar således forskningsansökningar som tar sin utgångspunkt i SiS forskningsprogram om vård och behandling av utsatta ungdomar och missbrukare, med särskilt fokus på vård och behandling under tvång. Särskilt efterlyses studier rörande resultat av vård och behandling samt innehåll och kvalitet i vård och behandling. SiS efterlyser också ansökningar rörande skola och pedagogisk verksamhet inom ramen för ungdomsvården samt ansökningar kring vårdens organisering och samverkan med fokus på SiS roll i vårdlandskapet.

Ansökningstillfället gäller såväl ett- eller fleråriga forskningsprojekt som doktorandprojekt.

Senast den 15 mars 2010 klockan 16:00 ska projektskisser ha inkommit till Statens institutionsstyrelse för projekt som avses löpa från och med 2011-01-01.

Forskningsprogram, ansökningshandlingar och anvisningar till anslagssökande finns på SiS webbplats, www.stat-inst.se. För ytterligare information, kontakta forskningsledare med inriktning mot ungdom Caroline Björck, tfn 08-453 40 40 eller forskningsledare med inriktning mot missbruk Therese Reitan, tfn 08-453 40 19.

Statens
institutions
styrelse SiS

Anslag från L.J. Boëthius' stiftelse

Styrelsen för Lars Jacob Boëthius' stiftelse får härmed meddela att bidrag kan sökas ur stiftelsen.

Stiftelsens avkastning skall enligt testators önskan, som det uttryckts i testamentet den 11 augusti 1930, användas för att hjälpa "med nervsjukdom behäftade, mindre bemedlade, dock icke av stat eller kommun avsevärt understödda, svenska medborgare, vilkas fysiska och psykiska lidande kan, om icke fullständigt botas, så åtminstone lindras eller förbättras". Detta syfte skall enligt testator bäst kunna uppnås genom att inrätta sjukhem för unga människor, varvid unga män skall ges företräde. Missbrukssjukdomar, psykotiska tillstånd eller svårare fysiska handikapp är enligt stiftelseurkunden uteslutna.

Även om bidrag till sjukhem fortfarande kan erhållas anses stiftelsens syfte i nuläget bäst kunna tillgodoses genom att medel från stiftelsen används för uppbyggnad av lämpliga vårdinsatser för patienter i öppen vård. Sådan vård kan främjas genom utvecklande av olika psykoterapiformer/andra behandlingsformer. Tänkbara målgrupper är patienter med affektiva sjukdomar, ångesttillstånd av varierande genes t.ex. sociala fobier, självmordsbenägenhet och liknande tillstånd. Företräde ges projekt som gäller unga män. Vidare ges företräde åt sökande som är beredda att utveckla strategier och projekt som syftar till en systematisk utvärdering av behandlingsresultaten.

Bidrag kan inte lämnas till enskild för vård och behandling och inte heller till utbildning.

Ansökningshandlingar i 5 exemplar insänds till sekreteraren Kerstin Bendz, Trafikskadenämnden, Box 24048, 104 50 Stockholm, tel: 08-522 787 03, som även lämnar ytterligare upplysningar.

Ansökan skall ha kommit in senast tisdagen den 16 mars 2010.

(Särskilda ansökningsblanketter finns inte).

Ansökan skall innehålla en beskrivning av projektet, inklusive hur utvärderingen skall ske, med en kortfattad (högst en sida) sammanfattning för lekmän, sökandens meritförteckning samt ett budgetförslag.

Sökande som tidigare beviljats medel ur stiftelsen skall till ansökan foga en redogörelse över det hittills utförda arbetet.