

# Uppföljningsstudier som villkor för subvention av läkemedel

En hög vetenskaplig kvalitet på uppföljningsstudier ökar möjligheterna för en ändamålsenlig och rättvis bedömning av hur de offentliga medlen ska användas för att täcka ständigt ökande läkemedelskostnader.

**T**andvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har till uppgift att besluta om läkemedel, eller andra varor som kan ingå i läkemedelsförmåner, ska vara subventionerade. Beslut om subvention ska byggas på läkemedlets kostnadseffektivitet i ett samhällsekonomiskt helhetsperspektiv. Nyttan av läkemedlet ska ställas mot kostnaden, där alla positiva effekter vägs mot kostnader förknippade med läkemedlet.

**Som villkor för att** subventionera ett visst läkemedel har TLV vid ett antal tillfällen krävt att det ansökande företaget studerar och redovisar hur användningen av läkemedlet ser ut i klinisk praxis [1]. TLV har hittills valt att inte specificera hur dessa studier ska göras och företagen har fått vida ramar att själva designa och genomföra studierna. På uppdrag från TLV

**HELLE KIELER**

docent  
helle.kieler@ki.se

**ANDERS EKBOM**

professor

**MICHAEL FORED**

med dr

**SCOTT M MONTGOMERY**

professor

**BJÖRN WETTERMARK**

med dr;

samtliga Centrum för läkemedelsepidemiologi (CPE), enheten för klinisk epidemiologi, Institutionen för medicin, Karolinska institutet, Solna

bedömde vi hösten 2007 elva uppföljningsstudier för att värdera deras brister och förtjänster. Fyra av läkemedlen (Reductil, Ezetrol, Xenical och Crestor) fanns bland de försäljningsmässigt största läkemedlen som fick subvention under 2007.

I de övriga läkemedelsstudierna ingick Forsteo, Lantus, Raptiva, Risperdal, Velcade, Yentreve och Zyban. Som granskare hade vi tillgång till TLV:s rapporter till företagen med frågor och en begäran om uppföljningsstudier.

**Sammanfattningsvis** fann vi att det i de flesta studier saknades tydliga metodbeskrivningar och det visade en tendens till övertolkning av resultaten. Några av studierna var för små för att kunna besvara frågorna som hade ställts, och andra studier var ännu inte avslutade.

Trots att TLV:s frågor för det mesta inte var tydligt ställda lyckades de flesta studier besvara några av frågorna. Nästan alla studier redovisade rena deskriptiva analysmått som frekvenser, medelvärden och spridningsmått. Statistiska signifikansmått saknades i alla studier.

**För att denna typ av studier** ska kunna utgöra ett värdefullt och rättvist underlag i bedömningen av subvention behövs förbättringar hos både beställaren TLV och de som planerar och redovisar studi-



Som villkor för att subventionera ett visst läkemedel har TLV i vissa fall krävt att företaget studerar och redovisar hur läkemedlet används. Det kan dock vara svårare att utforma en bra observationsstudie jämfört med en randomiserad studie.

erna hos läkemedelsföretagen. Endast två av elva studier bedömde vi ha en tillräcklig hög vetenskaplig kvalitet.

En studies kvalitet hör i hög grad ihop med hur väldefinierad frågeställningen är, och vi är övertygade om att en tydlig listning av frågor och en möjlighet för företagen att få en genomgång av studieplaner med frågeställarna samt med expertis inom området före studiestart skulle bidra till att förbättra kvaliteten på denna typ av studier.

**Det finns i dag drygt 2 000** läkemedel som är subventionerade, och som ingår i högkostnadsskyddet. Under beslutsgången 2007 behöll drygt 40 läkemedel sin subvention och sju läkemedel förlorade subventionen, medan den begränsades för ett läkemedel.

Kvaliteten på studierna gör det inte enkelt för beslutsfattarna att fatta rätt beslut om fortsatt subventionering. I två av studierna ingick läke-

**»Vissa studier som företagen rapporterade var ännu inte avslutade, vilket förutom bristande tydlighet i TLV:s frågor var ett annat viktigt skäl till att några frågor lämnades obesvarade.«**

medlen Crestor och Ezetrol, som nyligen fått begränsningar i sin subvention, och även om man kan misstänka att en dåligt genomförd studie med många obesvarade frågor gör att chanserna för fortsatt subvention minskar, är det dock många fler faktorer än företagets förmåga att besvara TLV:s frågor som ska ligga till grund för ett subventionsbeslut [2, 3].

Vissa studier som företagen rapporterade var ännu inte avslutade, vilket förutom bristande tydlighet i TLV:s frågor var ett annat viktigt skäl till att några frågor lämnades obesvarade.

Man kan kritisera företagen för att de väljer att starta studier där resultaten inte kommer att föreligga vid tidsgränsen för inlämnandet av rapporten. Förlängda studietider är dock inte helt ovanligt när det gäller data som insamlas prospektivt, även om en god och realistisk planering samt rätt prioritering till en vis del kan förhindra att detta sker.

Samråd före studiestart och vid rapportskrivandet med experter med erfarenhet av epidemiologiska uppföljningsstudier skulle säkert minimera risken för presen-

tation av ofärdiga studieresultat.

**Det är stora ekonomiska** intressen på spel både för det offentliga som finansierar subventionerna och för läkemedelsföretagen som har god chans att öka sin försäljning i Sverige av ett läkemedel som subventioneras. Det borde därför vara i alla parter intresse att ha så bra beslutsunderlag som möjligt. Den vetenskapliga kvaliteten i de randomiserade läkemedelsstudier som utförs är oftast hög, vilket tyder på att kompetensen för genomförande av studier redan finns hos företagen.

Det kan vara betydligt svårare att utforma en bra observationsstudie jämfört med en randomiserad studie, men grundprinciperna är lika och resultaten bör redovisas lika omsorgsfullt i observationsstudier som i de randomiserade studierna.

**Tydliga frågeställningar** från TLV, möjligheter till kunnig rådgivning före studiestart och vid rapportskrivandet samt prioritering av uppdraget hos läkemedelsföretagen är enkla åtgärder som borde kunna förbättra studie kvaliteten. En hög vetenskaplig kvalitet på uppföljningsstudier ökar möjligheterna för en ändamålsenlig och rättvis bedömning av hur de offentliga medlen ska användas för att täcka ständigt ökande läkemedelskostnader.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

**REFERENSER**

1. Persson U, Ramsberg J. Hälsoekonomiska utvärderingar har stor betydelse för LFNs beslut. *Läkartidningen*. 2007;104(42):3046-50.
2. TLV. Läkemedel. Avslutade genomgångar. Höga blodfetter. <http://tlv.se/lakemedel/genomgang-av-lakemedel/avslutade-genomgangar/hoga-blodfetter/>
3. Lundin D, Carlsson P, Levin LA, Persson U. Läkemedelsförmånsnämndens riktlinjer för hälsoekonomiska utvärderingar. *Analys av kostnadseffektivitet i samhälls-ekonomiskt perspektiv*. *Läkartidningen*. 2006;103(47):3716-8.

# TLV överskrider sitt mandat i genomgång av läkemedel

I sin genomgång av läkemedel mot depression har Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket gjort en viss rangordning av antidepressiva läkemedel, och ger sig därmed in på ett område som ligger utanför ramen för dess uppdrag.

**H**ur ska läkarna tolka Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) »Genomgången av läkemedel mot depression« från december 2008 [1]? TLV är ju en statlig myndighet som ska pröva om ett läkemedel ska subventioneras av samhället, och TLV har nu också med sin genomgång beslutat i förmånsfrågan om antidepressiva läkemedel. De nya reglerna började gälla 1 april 2009.

Utöver detta beslut har TLV gjort en viss rangordning av antidepressiva läkemedel. TLV skriver att SSRI-substansen escitalopram har en något bättre effekt på tillfrisknande, remission, än övriga antidepressiva vad gäller moderat till svår depression, och att deras hälsoekonomiska modell pekar på en något lägre samhällskostnad med escitalopram, även om skillnaden gentemot flera andra antidepressiva är liten.

**I Sverige har vi två myndigheter** som har i uppdrag att publicera olika specifika terapirekommendationer – Läkemedelsverket (LMV) och Socialstyrelsen (SoS). Varför ger sig TLV in på detta



**LARS LINNERSTEN** specialist i allmänmedicin, medlem av läkemedelsrådet i Region Skåne

[lars.linnersten@skane.se](mailto:lars.linnersten@skane.se)



Illustration: Airi Ilstie

**»Ska läkarna framöver inte fortsätta att hålla sig till beprövade SSRI-generika som en del av första-handsläkemedlen vid depression?«**

område, som inte ligger inom ramen för dess uppdrag? Efter att ha läst rapporten frågar sig förstas kliniker vem som »bestämmer« och om escitalopram nu ska användas i första hand? Svaret från tillverkaren av escitalopram har redan kommit – i annonser citeras TLV och tillverkaren skriver att preparatet är »det moderna antidepressiva läkemedel mot depression som har den högsta sannolikheten för remission« och att det »ger lägre totalkostnader jämfört med alla andra SSRI/SNRI-läkemedel«.

Ska läkarna framöver inte fortsätta att hålla sig till beprövade SSRI-generika som en del av förstahandsläkemedlen vid depression? Ska de rätta in sig i tillverkarens/TLV:s led och gå direkt på det

cirka tio gånger dyrare escitalopram, TLV-rapporten sätter ju escitalopram i främsta rummet. Låt oss därför se närmare på rapporten och några liknande översikter.

**TLV har gjort en egen** meta-analys (85 studier) baserad på remissionsfrekvens där escitalopram har en något högre effektpunktskattning än övriga preparat (bortsett från klomipramin), men skillnaden är inte signifikant visavi övriga (bortsett från fluvoxamin). TLV har även tagit fram en egen hälsoekonomisk analys där man menar att escitalopram är något, men inte mycket, fördelaktigare hälsoekonomiskt än övriga preparat.

Cipriani och medarbetare publicerade i januari 2009 en jämförelse mellan olika antidepressiva (117 studier), i vilken effektmåttet var de som svarat på behandlingen, responders [2]. Utan att göra en hälsoekonomisk analys lyfter man fram sertralin som det kanske bästa valet när man initierar en behandling mot moderat eller svår depression.

LMV har på sin sida gjort en översikt av placebokontrollerade studier av antidepressiva (56 studier) där fluoxetin hade den största responseeffekten (placeboeffekten från dragen), men enligt Hans Melander anser LMV inte att skillnaderna i responseffekt är så stora att någon substans bör rekommenderas framför de övriga [3].

**Ingen av dessa metaanalyser** kommer fram till samma resultat och de använder inte heller samma effektmått; det gör inte heller de ingående studierna, från vilka både primära och sekundära utfallsmått rapporteras, till exempel responders, remission eller minskning av skatt-

ningspoäng. Därtill görs ibland tveksamma subgruppsanalyser, och förutom dessa orsaker till snedridning av resultatet kan det finnas andra orsaker till bias, exempelvis olika urvalsbehandlingar, tveksamma dosjämförelser eller tveksamma bortfallsanalyser.

Studierna har också varierat avsevärt i längd och en stor del av dem är sponsrade av industrin. Med andra ord är tillgängliga data inte ägnade att peka ut de bästa läkemedlen med hög precision. Med små och osäkra skillnader i studieutfallen borde vi göra klokt i att i första hand fortsätta att välja ett billigt men välbeprövat generikum bland SSRI-preparaten.

**Men vad säger då TLV:s hälsoekonomiska modell?** Modellen bygger på en lång rad konsekutiva antaganden, och primärt följer man en hypotetisk 12-månaders behandlingsmodell inom den svenska öppenvården med remissioner och återfall. Man kalkylerar bland annat risken för återfall, risken för självmordsförsök och självmord.

Modellen använder kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, som utfallsmått, och med hjälp av resultaten från ett stort antal studier har man tagit fram hypotetiska värden på QALY för de som



»TLV borde överlåta åt LMV och SoS att komma med specifika rekommendationer ... Den förskrivande läkaren bör kunna luta sig mot LMV och SoS.«

tillfrisknar och de som inte gör det.

Modellen förutsätter behandling initialt i tre månader men man konstaterar att många studier »endast är 6–8 veckor långa vilket kan vara en alltför kort behandlingsperiod för att studera skillnader i remissionsfrekvenser«. Ett antal känslighetsanalyser borde ha presenterats; precisionen i analysen kan därför ifrågasättas.

**Kostnaderna och antalet QALY** skiljer sig inte heller mycket åt i absoluta tal för de flesta av läkemedelsbehandlingarna. Trots osäkra och

små marginaler utses ändå en »vinnare«, escitalopram. Men även i det hälsoekonomiska sammanhanget borde vi när det gäller SSRI

hålla fast vid beprövade generika som förstahandsval. Det är intressant att notera att Sofie Schwan och Pär Hallberg i en klinisk översikt i Läkartidningen i mars 2009 kommer fram till att det inte finns någon kliniskt relevant skillnad mellan escitalopram och citalopram [4].

**Det är förvisso intressant att** i efterhand, som TLV nu gjort, lägga hälsoekonomiska matriser på redan färdiga studier. Men man måste vara beredd på att ta dessa resultat med en rejäl nypa salt, speciellt när det rör sig om ett så komplicerat område som depressioner. En prospektiv studie där deltagarna själva skattar sin hälsa skulle förstås ge svaren vi söker, om vi är ute efter effektmåttet QALY – den studien återstår dock att göra.

**TLV borde överlåta åt LMV och SoS att komma med specifika rekommendationer** – åtminstone borde TLV inte på osäkra grunder uttala sig så kategoriskt. SoS:s slutgiltiga version av »Nationella

**»Trots osäkra och små marginaler utses ändå en 'vinnare' ...«**

riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar« kommer ut i år. Den preliminära versionen

finns redan men den lyfter inte fram escitalopram framför övriga SSRI [5]. Den förskrivande läkaren bör kunna luta sig mot LMV och SoS. Som stöd finns även det egna landstingets läkemedelskommittés kloka listor, ansvarsfullt fastställda på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Genomgången av läkemedel mot depression. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2008.
2. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes LR, Higgins JPT, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2009;373:746-58.
3. Melander H. Metaanalyser osäkert underlag för förstahandsval av antidepressiva. *Läkartidningen*. 2009;106:1030-1.
4. Schwan S, Hallberg P. Escitalopram kontra citalopram vid egentlig depression. *Läkartidningen*. 2009;106:858-61.
5. Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar (preliminär version). Socialstyrelsen; 2009.

**REPLIK:**

**TLV granskar kostnader – rekommenderar ej behandling**

■ Lars Linnersten hävdar att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket överskrider sitt mandat genom att ge sig in på områden som inte ligger inom ramen för uppdraget.

**TLV har i uppdrag** att bestämma vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånerna och därmed räknas in i högkostnadsskyddet. Antingen får ett läkemedel ingå eller så får det inte göra det. TLV ska i likhet med andra beslutsfattande myndigheter redovisa

skälen för sina beslut. Innebörderna av ett beslut om subvention är att behandlande läkare har möjlighet att förskriva läkemedlet utan att patienten drabbas av höga kostnader för sin medicin.

**I de genomgångar** av läkemedelssortimentet som pågår värderar TLV kostnadseffektiv-

teten vid användningen av läkemedel inom skilda terapiområden. Målet är att medlen inom läkemedelsförmånerna ska användas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Om kostnaden för ett läkemedel är högre än för andra jämförbara läkemedel ska TLV pröva om den högre kostnaden uppvägs av en bättre

**»TLV meddelar således beslut om subvention men utfärdar däremot inte några rekommendationer om användningen ...«**

effekt och/eller minskade kostnader.

Vår uppgift är att göra den värderingen och redovisa motiven för våra ställningstaganden.

**TLV meddelar således beslut** om subvention men utfärdar däremot inte några rekommendationer om användningen av läkemedel generellt eller i det enskilda fallet.

**Anna Märta Stenberg**  
chefsjurist, TLV

# Läkemedelsverket stödjer klinisk forskning

■ Utifrån artiklar som nyligen publicerats i LT av Lena Marions (LT 13/2009, sidan 904) och Gun-Inger Mattsson, Carl-Henric Bolldén och Mats Enlund (LT 18-19/2009, sidan 1291) är det tydligt att kliniska forskare i dag upplever att det saknas tid och resurser för att bedriva klinisk forskning. Artikelförfattarna beskriver också särskilda hinder, däribland Läkemedelsverket, som står i vägen för den som vill bedriva kliniska läkemedelsprövningar. Läkemedelsverket tar kritiken på allvar och vill med detta inlägg belysa sin syn på olika problem som lyfts fram i artikeln.

Till att börja med har Läkemedelsverket förståelse för att akademiska forskare upplever att det svårt att ansöka om och starta en klinisk läkemedelsprövning. Samtidigt måste den som åtar sig att genomföra en läkemedelsprövning sätta av tid för att tillgodosäkra de krav som ställs på kliniska läkemedelsprövningar, till exempel vad gäller utformandet av prövningsprotokollet, kvalitetskontroll av insamlade data samt biverkningsrapportering och -uppföljning.

**Läkemedelsverkets** granskning av kliniska läkemedelsprövningar har som syfte att beakta patientsäkerheten samtidigt som den ska bidra till en hög vetenskaplig kvalitet på forskningen.

Det måste i sammanhanget framhållas att Läkemedelsverket och etikprövningsnämnden har olika utgångspunkter för sin bedömning av en klinisk läkemedelsprövning. Detta medför att den kliniske forskaren kan komma att få olika typer av synpunkter och besked (godkännande/tillstånd respektive avslag) från de två myndigheterna.

Den elektroniska ansökningsblanketten för kliniska prövningar är gemensam



Läkemedelsverket vill ses som ett stöd snarare än ett hinder för den kliniske forskaren.

inom EU och har tagits fram av den europeiska läkemedelsmyndigheten, EMEA. Informationen läggs in i den gemensamma sökbara databasen EudraCT (European Clinical Trials Database) och skapar möjligheter till snabb kontroll, överblick och transparens mellan myndigheterna i EU.

Läkemedelsverket besvarar gärna frågor om hur det elektroniska ansökningsformuläret ska fyllas i samt bistår med råd vid andra oklarheter. Ta då direkt kontakt med Läkemedelsverkets enhet för kliniska prövningar via telefon eller e-post.

**För kliniska forskare** som inte har stöd från industrin eller betydande ekonomiska anslag för sina läkemedelsprövningar kan Läkemedelsverket underlätta genom att

- bevilja kostnadsbefrielse från ansökningsavgiften (i dag 30 000 SEK) för forskare som har begränsade medel tillhands
- erbjuda kostnadsfria rådgivningsmöten vid Läkemedelsverket (protokollrådgivning eller vetenskaplig rådgivning)
- tillåta att studieläkemedlet förskrivs via recept i stället för att tillhandahållas kostnadsfritt för deltagande patient (gäller endast godkända läkemedel, det vill säga med marknadsföringstillstånd)
- tillåta att eventuella allvarliga oväntade biverkningar

rapporteras på pappersformulär till Läkemedelsverket, som kan assistera med att rapportera fallen vidare elektroniskt till EudraVigilance-databasen.

**»Läkemedelsverkets grundsyn är att det är viktigt för svensk sjukvård med klinisk forskning ...«**

Läkemedelsverket ser kontinuerligt över möjligheten att förtydliga ansökningsförfarandet och förbättra informationen på Läkemedelsverkets webbplats

<<http://www.lakemedelsverket.se>> om kliniska prövningar och deras utförande.

Sammanfattningsvis hoppas Läkemedelsverket att denna artikel ger en större förståelse för myndighetens arbete med kliniska prövningar och att Läkemedelsverket ska ses mer som ett stöd än som ett hinder för den enskilde forskaren.

**Ingrid Wallenbeck**  
enhetschef, Läkemedelsverket

# Sjukvården – ett industriellt system?

■ Stig Nyman (KD) skriver i en replik i Läkartidningen (17/2009, sidan 1198) att »... vi behöver gå från en kultur- och gruppbaserad ämbetsmänna- och hantverkskultur till *industriella* (min kursivering) system för tjänsteproduktion«.

Sjukvårdens resurser är begränsade. Vården behöver optimeras för att så många som möjligt ska få glädje av resurserna. Det förstår vi alla.

**Att betrakta sjukvården** som ett industriellt system kan dock inte accepteras. Jag förordar en alternativ syn, och framför allt ett alternativt orval, då orden påverkar tanken, medvetet eller omedvetet.

En industri bygger på vinstintresse. Olönsam industri läggs ner – det ser vi i krisens år 2009. Gamla maskiner ska ersättas med nya, modernerna, som producerar mer. Uttjänta maskiner avskrivs och kasseras.

**I SOU-utredningen** »Döden angår oss alla« (SOU 2001:6), som jag deltog i, diskuteras två etiska principer: Aktörsprincipen versus människovärdesprincipen.

Enligt aktörsprincipen har människan sitt värde som aktör. Till exempel är en sjukskrivnen yngre person i ett industriellt system ett »produktionsbortfall«, och det lönar sig därför att satsa resurser på hennes/hans sjukvård för att »få igång maskineriet« igen.

Enligt människovärdesprincipen är människan i första hand en person med ett unikt värde, även när hon

**»Människan är mer än ett lårbensbrott eller en hjärtinfakt, mer än en produkt på det löpande bandet.«**



**Man kan inte betrakta sjukvården som ett industriellt system, skriver professor Barbro Beck-Friis.**

inte »producerar« nyttigheter eller skatteintäkter. Människovärdet är knutet till människans existens – inte till det hon har eller gör. Jag förordar människovärdesprincipen. Då kommer patienter med störst behov att bli prioriterade, även om de är gamla, sjuka, svaga eller döende.

**Jag har lång erfarenhet** av arbete med de allra svårast sjuka inom den palliativa vården, som betonar vikten av att se till hela människans behov: de fysiska, de psykiska, de sociala och de existentiella/andliga.

Människan är mer än ett lårbensbrott eller en hjärtinfakt, mer än en produkt på det löpande bandet.

**Jag tror också på vikten av** att ha fyra etiska principer som ledstjärna: att göra gott, att inte skada, att vara rättvis och att respektera självbestämmandet. Jag tror inte på industriell »vinst- och belöningsetik«.

I slutet av artikeln betonar Stig Nyman patientbehovet och behovet av lyhörighet och nytänkande. Från mitt perspektiv vill jag som ett exempel på lyhörighet och nytänkande återinföra ord som humanitär, människovärde, empati och helhetssyn.

**Barbro Beck-Friis**  
professor,  
Borensberg  
barbro.beckfriis@spray.se

## Oklarheter om psykoterapins framtid

■ Det är utmärkt att Birgitta Rydberg i sitt inlägg i LT 17/2009 (sidan 1199) säger sig vilja värna om mångfalden när det gäller psykoterapiinriktningar inom behandling, utbildning och forskning. Det är i linje med vad vi framförde i vår artikel i LT 14/2009 (sidorna 1024-5) med anledning av Socialstyrelsens förslag till riktlinjer vid behandling av depressionssjukdomar och ångestsyndrom.

**Emellertid överensstämmer** denna ambition hittills föga med vad som blivit resultatet av hennes ageranden i frågan. Tvärtemot hennes tidigare utfästelser om motsatsen ska Psykoterapiinstitutet de facto läggas ned; både de kliniska medarbetarna, lärarna och medarbetarna på dess forskningsavdelning ska skingras. Det kompetenscentrum för psykoterapi som hon i olika medier envist hävdar ska ersätta Psykoterapiinstitutet finns endast på idéplanet, har än så länge endast en ansats till organisation och ingen tillsatt chefsbefattning till skillnad från andra forskningsområden inom Centrum för psykiatrforskning. Den nära samverkan mellan klinisk verksamhet, utbildning och forskning som tidigare funnits på Psykoterapiinstitutet kommer att vara svår att återskapa.

Vidare: den psykodynamiska forskningen, som Birgitta

Rydberg just påpekat behöver förstärkas, kommer särskilt att drabbas. Att bygga upp en ny fungerande forsknings- och utbildningsverksamhet för psykoterapi med ny personal och nya rutiner har prägel av att uppfinna hjulet på nytt, att börja om från början.

**Den breddning** av kompetensen som Birgitta Rydberg förespråkar finns än så länge endast representerad i ett faktiskt rakt motsatt beslut om likriktning av psykoterapeututbildningen.

Mot bakgrund av landsstingrådets ansvar för vilken psykoterapibehandling patienterna framledes ska kunna få, är det vår förhoppning att hon och hennes rådgivare i fortsättningen informerar sig bättre om konsekvenserna av tagna beslut.

**Johan Cullberg**  
gästprofessor i psykiatri,  
Ersta Sköndals högskola  
j.cullberg@swipnet.se

**Rolf Sandell**  
professor emeritus  
i klinisk psykologi,  
Linköpings universitet

**Johan Schubert**  
professor i psykoterapi,  
Karolinska institutet

**Andrzej Werbart**  
docent i psykologi,  
Stockholms universitet