

Felaktigheter i artikel om PTSD

■ Den i Läkartidningen nyligen publicerade kliniska översikten om posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) skriven av Borgå och Al-Saffar [1] innehåller dessvärre flera anmärkningsvärda påståenden som vi anser ger en felaktig bild av forskningsläget.

Om den psykologiska behandlingsmetoden EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), där »aspekter av traumat bearbetas medan patienten följer terapeutens fingrar som rytmiskt förs fram och tillbaka i blickfältet«, skriver Borgå och Al-Saffar att »ögonrörelserna anses bidra till att båda hjärnhalvorna aktiveras och att ångestblockaden bryts«.

I dagsläget är det högst oklart om och i så fall varför ögonrörelserna har effekt. Det hade möjligen varit av värde att informera läsarna om att en flitigt citerad metaanalys

publicerad redan 2001 kom fram till att ögonrörelserna inte hade någon effekt för utfallet [2], och att Socialstyrelsen i sina nationella riktlinjer konstaterar att »patientens ögonrörelser under behandlingen saknar betydelse i sig (evidensstyrka 1)« [3].

Beträffande behandling skriver författarna att de nuvarande studierna ger sämre beslutsunderlag för »gravare former« av PTSD och att dessa »kräver längre behandlingsinsatser i ett holistiskt perspektiv, vilket också ger utrymme för psykodynamiska synsätt och fokus på barn-domstrauman«. Dessvärre presenterar man ingen evidens för denna ståndpunkt.

Läsaren kan därför lätt förledas tro att det inte är lämpligt att använda sig av de rekommenderade behandlingarna traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (KBT), EMDR och farmaka och att

man i stället ska ägna sig åt »holistisk« behandling, en slutsats som saknar stöd i den vetenskapliga litteraturen.

Välbeforskade terapier, framför allt traumafokuserad KBT, används framgångsrikt också vid komplexa fall av PTSD [4, 5]. I de fall där standardförfarande är otillräckligt kan strukturerat arbete med känslereglering och relationsmönster inför traumabearbetning vara effektivt [6]. Borgås och Al-Saffars reso-

nemang riskerar att ytterligare minska chanserna för traumatiserade individer att få tillgång till evidensbaserad vård, något som redan i dag är en bristvara.

Christian Rück
psykiater, med dr,

Centrum för psykiatrforskning, Karolinska institutet, Stockholm
christan.ruck@ki.se

Filip K Arnberg

psykolog, med dr, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet, Uppsala

REFERENSER

1. Borgå P, Al-Saffar S. Posttraumatiskt stressyndrom – viktig diagnos för följderna av trauma och våld i vardagen. Läkartidningen. 2012;109:2152-4.
2. Davidson PR, Parker KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 2001;69: 305-16.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, et al. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. Clin Psychol Rev. 2010;30:635-41.
6. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Nooner K, et al. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry. 2010;167:915-24.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

REPLIK:

Synen på evidens behöver vidgas

■ Traumafokuserade behandlingar som EMDR och KBT anses ha bäst evidens vid behandling av PTSD [1]. van der Kolk framhöll i sin plenarföreläsning på International Society for Traumatic Stress Studies möte 2011 att till skillnad från vid behandling med SSRI-preparat blir förbättringen bestående med EMDR. Behandlingsutfallets varaktighet och effektstorlek har betydelse för behandlingsvalet.

Rück och Arnberg hävdar att ögonrörelserna inte »i sig« har betydelse för behandlingsresultatet och återoppar en mer än tio år gammal litteraturstudie. I vår översiktsartikel ville vi inte offra utrymme på denna diskussion utan nöjde oss med att sammanfatta de förklaringar till effekt som brukar återopas. Osäkerheten kring verkningsmekanism har bidragit till att metoden har ifrågasatts.

Att ögonrörelserna inte skulle ha betydelse motsägs dock i nya studier [2]. En färsk

litteraturstudie konkluderar att viss evidens föreligger för att bilateral stimulering

a) ökar tillgängligheten för episodiska minnen, och b) kan verka på komponenter hos arbetsminnet som minskar obehaget att fokusera det traumatiska minnet [3].

Vi har framhållit att evidensen vid komplex PTSD är lägre för samtliga metoder och har förordat en öppen hållning vad gäller val av behandling. Rück et al förordar KBT med stöd av bl a en artikel som visat på gott utfall med KBT för komplex PTSD efter sexuella övergrepp i barndomen. Man ironiserar över vår formulering att komplicerad PTSD »kräver längre behandlingsinsatser i ett holistiskt perspektiv« men säger samtidigt att »arbete med känslereglering och relationsmönster inför traumabearbetning kan vara effektivt«. Detta anser vi vara exempel på ett holistiskt syn-

sätt! Man kunde lägga till att psykoedukativa insatser är synnerligen värdefulla.

Evidens har oreflekterat kommit att användas som slagträ. Vid val av behandling har man många faktorer att ta hänsyn till, inte endast vilken metod som i dagsläget har bäst forskningsstöd. »Evidence based practice« är härvid ett mer användbart begrepp än »metodevidens« eller »best research« (Figur 1) [4].

Avgörande är att patientens problematik uppfattats riktigt. Kan man exempelvis anta att en flykting som utsatts för tortyr svarar på den metod av KBT som använts för sexuella övergrepp i barndomen? Det är inte säkert, trots att båda formerna av traumatisering kanske kan betecknas som komplex PTSD. Begreppet har heller inte ansetts tillräckligt enhetligt för att rendera en egen diagnos i DSM-5.

Nästa fråga är vilken kun-



Figur 1. Evidensbaserad praktik representeras av det område som täcks av alla cirkelarna.

skap och skicklighet som klinikern besitter. Det man har utbildning för och erfarenhet av är i regel det man utövar bäst. Härigenom ökar möjligheterna till en god allians och andra effekter, som brukar betecknas som placebo.

»Ingen av de tre komponenterna står för sig själv, de arbetar tillsammans ... Om evidens saknas får övriga två element större vikt, men om överväldigande evidens finns kan komponenten för bästa evidens väga tyngre« [4].

För komplex PTSD finns ingen »överväldigande evidens«. Att endast följa krite-

REPLIK OM VÅRDVAL STOCKHOLM:

Ger vård åt dem som behöver

■ Jan Halldin ger utifrån en enkätundersökning bland allmänläkare en snedvriden bild av effekterna för patienterna av Vårdval Stockholm (LT 1-2/2013, sidan 38). Allmänläkarnas uppfattningar och bild av verkligheten ska givetvis tas på allvar, och inte minst är det angeläget att involvera dem som är verksamma i vården ännu bättre. Men när det gäller resultatet av själva vårdvalet behöver man inte spekulera; fakta finns i utvärderingar från Karolinska institutet och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

För första gången någonsin gjorde personer i s k utsatta områden lika många – om inte fler – läkarbesök som personer i mer välmående områden. Tillgängligheten och utnyttjandet av vården

har ökat över hela länet, men de största förändringarna ser vi alltså i stadsdelar och kommundelar med lägre medelinkomst och utbildningsnivå.

Några belägg för fler »snabba och korta« besök, eller att patienter nu får göra många fler besök, finns inte i utvärderingarna. Tvärtom kan man se att det mestadels handlar om nya patienter, delvis i utsatta områden, som förr inte gick till husläkaren alls eller kom till vården alldeles för sent!

»Enklare« besök har det inte heller blivit. Någon diagnosglidning syns inte. Där emot att det är personer med tyngre diagnoser som haft störst nytta av vårdvalet.

Vi har med Vårdval Stockholm nått betydligt bättre resultat för bl a mer jämlik vård än vad de gamla modellerna

någonsin uppnådde. Nu går vi vidare: Ännu större hälsofrämjande inslag och utveckling av det psykosociala stödet, högre ersättning kopplad till vissa diagnoser, utvecklad

tolkersättning, stöd för kompetensutveckling m m.

Birgitta Rydberg (FP)
sjukvårdslandstingsråd,
Stockholms läns landsting

SLUTREPLIK:

En sanning med modifikation

■ Att Vårdval Stockholm »Ger vård åt dem som behöver« är en sanning med modifikation.

Att primärvårdspatienter i dag gör fler »snabba och korta« läkarbesök och att besöken blivit »enklare« stöds av:
a) Karolinska institutets utvärderingar: läkarbesöken per invånare har ökat medan sköterskebesöken minskat.
b) Enkätundersökningen bland primärvårdens verksamhetschefer (LT 1-2/2013).
c) Intervjuer med och debatt-

artiklar av primärvårdsläkare (se t ex DN Stockholmsdebatt 10/2 2012) som intygat att man av ekonomiska skäl måste prioritera patienter med lätta, okomplicerade åkommor.

Dessa vårdvalskonsekvenser strider mot hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf och principen om lägsta effektiva omhändertagandnivå (LEON).

Jan Halldin
leg läk, med dr, Danderyd
jan.halldin@gmail.com

rier för bästa metodevidens i sitt kliniska handlande hämmar utvecklingen och leder till att färre traumatiserade får effektiv vård.

Per Borgå
psykiater, med dr
per.borga@akademitrauma.se

Suad Al-Saffar
psykolog, med dr;
båda vid Akademien för trauma och kultur, Stockholm

REFERENSER

1. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3): CD003388.
2. Nieuwenhuis S, Elzinga BM, Ras PH, et al. Bilateral saccadic eye movements and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval. *Brain Cogn.* 2013;81:52-6.
3. Jeffries FW, Davis P. What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behav Cogn Psychother.* 2012 Oct 29;1-11. [Epub ahead of print]
4. Rubin A. Evidence-based practice and empirically supported interventions for trauma. In: Rubin A, Springer DW. *Treatment for traumatized adults and children.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc; 2009.

SLUTREPLIK OM RÖNTGENRÖNDER:

Så skönt att vi är lagliga

■ Vi tackar Mathias Wallin och Kerstin Risshytt från Socialstyrelsen för deras svar (LT 49-50/2012, sidan 2265). Om vi bortser från en del missförstånd om hur röntgenrönder och röntgenkonferenser bedrivs och att dessa alltid är en del av patientverksamhet så var det, som vi tolkade det, ett klart besked.

Röntgenrönder och röntgenkonferenser är normala arbetsuppgifter för att följa upp vården och arbeta med kvalitetsfrågor. Om verksamhetschefen klargör att detta är den arbetsrutin som råder på en avdelning är det därför – om vi förstått situationen korrekt – alltid godkänt för medarbetarna att göra »en direktåtkomst från vårdens informationssystem«. Det betyder att de som arbetar i vården inte bara har en rättighet utan också en skyldighet att följa upp patienter och därigenom också gå in i olika patienters

journaler. Möjligen skulle det då finnas ett krav att verksamhetschefen skriver en instruktion om hur man arbetar på en röntgenavdelning. Ett förslag till ett sådant brev skulle kunna vara följande:

»På X-sjukhusets röntgenavdelning arbetar vi med patientsäkerhet, vårdutveckling och kvalitetssäkring. Detta innebär att personal har en skyldighet att delta i våra röntgenrönder/konferenser där vi följer upp patienternas sjukdomar, terapieffekter m m. För att fullfölja dessa skyldigheter bemyndigar jag härmed de som deltar i denna verksamhet att ta del av nödvändig medicinsk information i patienternas journaler, RIS- och PACS-system.«

Likaså är det självklart, enligt vår tolkning, att när »kandidater och sjuksköterskeelever« är på sin kliniska tjänstgöring är de också en del av vården och har därför rätt att



Foto: Colourbox

delta i samtliga dessa verksamheter. Likaså tolkar vi (även om vi förstår att utbildning inte omfattas av patientdatalagen) situationen så att när man i sitt kliniska vårdarbete ser »patientfall« väl lämpade för utbildningsändamål ska man avidentifiera patientuppgifterna, men har därefter full rättighet att använda såväl journaluppgifter som röntgenbilder i utbildning.

Därför känner vi oss betydligt lugnade av Socialstyrelsens svar. Det vill säga att, om ovanstående instruktion från verksamhetschefen finns och anonymisering av utbildningsmaterial sker, »allt är frid och fröjd och legalt«.

Peter Aspelin
professor i medicisk radiologi,
Karolinska institutet, Stockholm
Peter.Aspelin@ki.se
Ulf Nyman
docent, medicinskt ansvarig,
Röntgen Öst,
Centralsjukhuset, Kristianstad