



2025-12-02

En kartläggande litteraturstudie om utsättning av antidepressiv behandling i primärvård

Författare:

Ida Olinder, ST-läkare

Närhälsan Landvetter vårdcentral

Rapport: 285504 (rapportnummer FoU i VGR), 2025

Litteraturstudie 2025

FoU i VGR: www.researchweb.org/is/vgr/project/285504

Utförd under ST i allmänmedicin
inom Grundläggande kurs i forskningsmetodik för ST-A

Kursort: Göteborg

Handledare:

Hálfván Pétursson, Universitetslektor, specialistläkare i allmänmedicin. FoU-ledare
primär och nära vård Göteborg och Södra Bohuslän

Marcus Praetorius Björk, Forskningsledare. FoU-strateg primär och nära vård
Göteborg och Södra Bohuslän

Studierektor:

Anna-Karin Hedman, specialistläkare i allmänmedicin. ST-studierektor Södra
Bohuslän

Sammanfattning

Bakgrund

Depression och ångest är vanliga tillstånd där behandling med serotoninåterupptagshämmare (SSRI) i vissa fall rekommenderas. Det är känt sedan 1990-talet att dessa preparat kan ge utsättningsymtom och kan vara svåra att avsluta behandling med.

Syfte/frågeställning

Syftet med denna studie var att kartlägga vilka metoder som finns beskrivna och är utförda i primärvård för utsättning av SSRI-preparat, med fokus på hur de genomförs, vilket stöd som används och vilka aspekter av resursåtgång och patientupplevelser som rapporteras.

Metod

Studien genomfördes som en kartläggande litteraturstudie enligt metoden beskriven av Arksey och O'Malley där litteratursökningen har genomförts i databaserna PubMed och Web of Science.

Resultat

Totalt inkluderades sex artiklar där tre fokuserade på metoder, en på utsättningsymtom och två på patienternas upplevelser av att avsluta behandling. Olika resurskrävande metoder undersöktes där ingen visade något övertygande resultat för att den ökade möjligheterna för patienterna att avsluta antidepressiv behandling. Ingen av studierna som fokuserade på metoder undersökte SSRI specifikt. Samtliga studier lyfter att det var svårt att avsluta behandling med SSRI och antidepressiva i primärvård.

Konklusion

Det är svårt att sätta ut antidepressiv behandling i primärvård. En tidig plan för utsättning och bedömning av risk/nytta av läkemedlet innan insättning skulle eventuellt underlätta. Fler studier behövs för att förstå vad som hindrar patienter och läkare att avsluta antidepressiv behandling.

Nyckelord

Serotoninåterupptagshämmare, utsättning, metod, upplevelse, primärvård

Bakgrund

Användningen av antidepressiva läkemedel ökar i världen och ökar mest i höginkomstländer. Orsaken till detta beror på att fler behandlas samt förlängd behandlingstid (1). I Sverige använde 58% av patienter med antidepressiv behandling selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) år 2024 (2). Sammantaget 7 % av Sveriges befolkning behandlades med SSRI under samma år (3). Rekommendationerna för behandling av depression och ångest är liknande i världen och i Sverige rekommenderas SSRI som förstahandspreparat vid läkemedelsbehandling (4-6). Behandlingstiden rekommenderas till sex månader efter remission vid okomplicerad förstagsdepression och därefter ställningstagande till att utsättning av behandlingen. Vid återkommande episod eller efter en svår episod rekommenderas minst 12 månaders symtomfrihet innan utsättning övervägs. I vissa fall bör längre behandlingstid, ibland livslång, övervägas (5).

Trots rekommendationen om att i många fall göra försök att sätta ut antidepressiva läkemedel efter framgångsrik behandling förefaller det svårt för många patienter och läkare att avsluta behandlingen (7, 8). En orsak kan vara oklart ansvarsförhållande om vem som ska initiera en utsättning. Bättre kommunikation mellan allmänläkare och patient kan tydliggöra varandras ståndpunkter och skulle underlätta diskussion om att avsluta behandling (8). En majoritet upplever inte råden från sin läkare som hjälpsamma, framför allt på grund av rekommendationer om för snabb nedtrappning och bristande kunskap om utsättningsymtom (9). Det finns indikationer på att rädsla för utsättningsymtom och återinsjuknande samt faktiskt återinsjuknande är faktorer som hämmar ett avbrott av behandling. Bristande stöd och uppföljning samt livshändelser är också faktorer som kan försvåra utsättning av antidepressiv behandling (10).

Det är sedan lång tid känt att SSRI tillsammans med tricykliska antidepressiva (TCA), selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) och MAO-hämmare kan ge utsättningsbesvär när behandlingen avslutas (11-13). Antidepressiva läkemedel påverkar olika signalsubstanser i hjärnan och de olika grupperna har lite olika verkningsmekanism och biverkningsprofil (14). Utöver ovan nämnda finns ytterligare antidepressiva preparat, där framförallt Mirtazapin används i betydande utsträckning i primärvården (14). Av preparaten som är kända för att kunna ge utsättningsymtom är det framför allt SSRI och i viss utsträckning SNRI som används i primärvård vid behandling av depression och ångesttillstånd (2). Vid

utsättning av SSRI kan *SSRI discontinuation syndrom* uppstå (11-13). På svenska ofta översatt till antidepressivt utsättningsyndrom. Den framtagna DESS skalan (*Discontinuation-Emergent Sign and Symptoms*) består av 43 både psykiska och kroppsliga symtom. DESS skalan är framtagen för att mäta utsättningsymtom efter avbruten eller utsatt behandling med framför allt antidepressiva läkemedel. Fyra eller fler symtom på DESS skalan är kriteriet för antidepressivt utsättningsyndrom. (11). De vanligaste symtomen i samband med avbrytande av behandling med SSRI är yrsel, ostadighet, illamående och oro (15). Vissa patienter drabbas inte av utsättningsymtom medan andra kan ha kvarvarande symtom under långtid. Riskfaktorer för utsättningsymtom kan vara ogynnsam effekt tidigt i behandlingen, hög dos eller lång behandlingstid eller plötsligt avbrott i behandlingen. Även kön och ålder verkar spela in där unga kvinnor är mer drabbade. På receptornivå har Serotonin 1A receptorgen identifierats att ge lägre clearance av SSRI med risk för mer utsättningsymtom (16).

Incidensen av de som klarar att sluta med SSRI varierar beroende på vilket stöd de fått. En systematisk review visade på att endast cirka 7% lyckades avsluta behandling utan något stöd i primärvård, medan 40% upp till 95% klarade avsluta behandling med psykologiskt eller psykiatriskt stöd (17). Utöver stöd till patienterna har flera studier funnit att försiktig nedtrappning där minskningen är procentuell i stället för linjär kan lindra utsättnings effekter. Ibland förordas även hyperbol nedtrappning med särskilda nedtrappningsremsor med läkemedel. (18, 19).

Även för allmänläkare kan det finnas hinder för avslutande av behandling. Det är inte ovanligt att patienter kan ha pågående behandling under många år utan någon ny medicinsk bedömning av behovet (20). Hinder som allmänläkare upplever relaterat till avslutande av antidepressiva är bland annat tidsaspekten, av att följa upp och avsluta behandling och avsaknaden av riktlinjer som stöd (21).

Förlängd behandling med antidepressiva är problematisk på grund av ökad risk för biverkningar samt risk för serotonergt syndrom. Frågan är även hur väl långtidseffekterna är kartlagda. Därtill är behandlingen en kostnad för patienten samt för samhället. Eftersom majoriteten av SSRI behandlingarna initieras och förnyas i primärvård samtidigt som den psykiska ohälsan ofta är lindrig till måttlig i primärvården är det kliniskt betydelsefullt att förstå eventuell överförskrivning. Där med är det även viktigt att undersöka hur utsättning kan göras säkert och med adekvat stöd för patienterna.

Syfte/frågeställning

Syftet med denna kartläggande litteraturstudie är att kartlägga vilka metoder som finns beskrivna och utförda i primärvård för utsättning av SSRI-preparat alternativt antidepressiv behandling, med fokus på hur de genomförs, vilket stöd som används och vilka aspekter av resursåtgång och patientupplevelser som rapporteras.

Metod

Studien har genomförts som en kartläggande litteraturöversikt enligt metoden beskriven av Arksey & O'Malley (2005) (22). Metoden syftar till att med ett systematiskt tillvägagångsätt hitta relevant litteratur inom ett område för att besvara forskningsfrågan. En kartläggande litteraturstudie har inte krav på sig att, till skillnad från systematiska litteraturstudier, göra bedömningar av de granskade studiernas kvalitet. En kartläggande litteraturstudie kan inte heller svara på frågor om utfall i studien. Däremot fokuserar kartläggande studier på att ge en mer övergripande bild av det rådande kunskapsläget inom ett specifikt område.

Metoden beskriven av Arksey & O'Malley (2005) (22) bygger på att identifiera forskningsfrågan och utifrån den identifiera relevanta studier. För att hitta studier som svarar på forskningsfrågan används inklusions- och exklusionskriterier. Resultaten redovisas genom att gemensamma teman, begrepp och resultat lyfts fram. Resultaten redovisas även i tabellform med ingående studier. I sista steget diskuteras resultaten i relation till tidigare känd kunskap från bakgrunden. Det är även här tänkbara framtida forskningsfrågor lyfts fram.

PEO

Litteraturstudien genomfördes med en PEO som sökstrategi, där PEO står för Population, Exposure och Outcome.

P: patienter med pågående behandling med SSRI

E: utsättning av behandling

O: Patienters upplevelser och rapporterade symtom till följd av utsättning av SSRI, deras stödbehov samt i vilken omfattning behandlingen med SSRI avslutades.

I samband med titelgranskning av identifierade artiklar kunde endast en artikel hittas som tydligt uppgav att studien undersökt enbart SSRI. Utifrån det utvidgades inklusionskriterierna till att även inkludera studier

som förväntades innehålla en stor andel SSRI, men som angav att de undersökt antidepressiv behandling.

Inklusionskriterier

1 Endast peer-reviewed originalartiklar och systematiska översikter i vetenskapliga tidskrifter, oberoende av studiedesign och som passar in på angiven PEO

2 Artiklar på svenska eller engelska.

3 Artiklar som undersöker utsättning av antidepressiv behandling i primärvård.

Exklusionskriterier

1 Artiklar över studier med barn <18 år eller gravida

2 Annan indikation för SSRI eller antidepressiv behandling än depression och/eller ångesttillstånd, samtidig allvarlig somatisk eller annan allvarlig psykiatrisk sjukdom.

3 Artiklar ej tillgängliga i fulltext genom VGR e-bibliotek

Datainsamling

Studien genomfördes med en sökning 2025-10-05 i databaserna PubMed och Web of Science med en söksträng som togs fram i samråd med bibliotekarie från Biomedicinska biblioteket vid Göteborgs Universitet. Söksträngen som användes var

(tapering OR withdrawal OR "treatment discontinue*" OR deprescription OR "dose reduction" OR "step down") AND (SSRIs OR "selective serotonin reuptake inhibitors" OR "antidepressive agents" OR fluoxetine OR sertraline OR citalopram OR escitalopram OR paroxetine OR fluvoxamine) AND ("primary care" OR "general practice" OR "primary health care" OR "family practice" OR "general practitioner*" OR "primary medical care" OR "community care" OR "ambulatory care")

Utöver sökning i databaserna granskades ingående studiers referenslistor efter ytterligare relevanta artiklar.

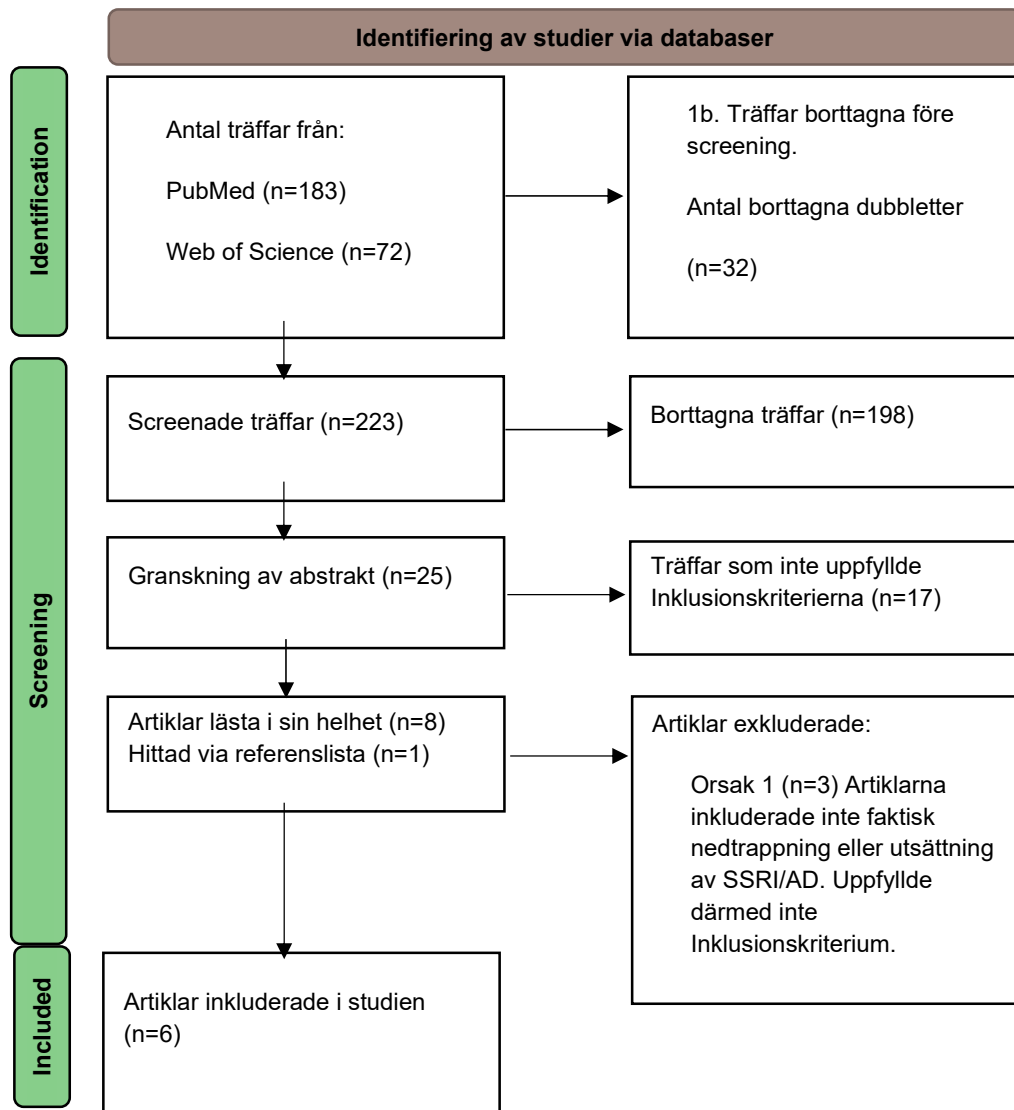
Etikprövning

Eftersom studien genomfördes som en litteraturstudie av redan genomförda studier bedömdes det inte finnas behov av ansökan för etikprövning däremot granskades alla ingående artiklar för godkänd etikansökan.

Resultat

Sökningarna i PubMed och Web of Science gav totalt 255 träffar där 32 var dubletter. Resterande träffar titelgranskades och 198 exkluderades då dessa inte var relevanta för forskningsfrågan. Samtliga granskningar gjordes efter förutbestämda inklusions- och exklusionskriterier.

De kvarvarande 25 träffarnas abstrakt granskades och 17 artiklar exkluderades på grund av att de inte bedömdes uppfylla inklusionskriterierna. Samtliga kvarvarande åtta hittades i fulltext. Efter fulltextsgranskning var det tre artiklar som föll ut på att de inte uppfyllde inklusionskriteriet "utsättning av SSRI/antidepressiv behandling". Dessa artiklar hade fokus på patienters tankar kring eventuell utsättning av SSRI/antidepressivbehandling och vilket stöd de då skulle behöva. Urvalsprocessen av artiklar redovisas i ett PRISMA diagram, se Figur 1.



Figur 1. Flödesdiagram för urvalsprocessen enligt PRISMA (23)

Efter slutsökningen och artikelurvalet var avslutat granskades inkluderade studiers referenslistor efter ytterligare relevanta artiklar. Ytterligare en relevant artikel identifierades och inkluderades. De sex inkluderade studierna är publicerade mellan 2017-2025. Artiklarna beskriver tre randomiserade kontrollerade studier (RCT) (27, 28, 29), en kvalitativ intervjustudie (24), en retrospektiv enkätstudie (25) och en enkätstudie med mixad metod (26). Endast den kvalitativa intervjustudien undersökte enbart SSRI övriga studier undersöktes antidepressiva som grupp.

Undersökta preparat

I majoriteten av de ingående studierna undersöktes olika preparat vilka inte redovisades för separat, i stället presenterades resultatet som en grupp benämnd antidepressiva (25-29). Tre studier redovisade vilka preparat deltagarna blivit behandlade med, men utan koppling till resultatet och en studie undersökte enbart SSRI (24). Övriga studier

undersökte SSRI preparat men även andra antidepressiva läkemedel och benämnde gruppen för antidepressiva (25-29).

Utsättning av antidepressivbehandling och stöd

I de ingående studierna sattes dels läkemedel ut som en del av studien (27-29), men det förekom även att patienterna satt ut läkemedlen på egen hand (24, 25, 26). I de tre ingående RCTerna genomfördes utsättningen med gradvis nedtrappning (27-29). Utsättningsprocessen kunde vara utdragen och svår för vissa patienter och i samtliga studier var man medveten om att hinder kunde uppstå för att avbryta den antidepressiva behandlingen (24-29). I de tre RCTerna försökte man lindra dessa effekter genom att ge personligt utformad rekommenderad nedtrappning (27), stöd via telefon och internet (29) eller med mindfulnessbaserad kognitivterapi (MBCT)(28) i kombination med den gradvisa utsättningen av antidepressiva. I studien med MBCT såg man en diskret ökning av andelen patienter som lyckades avsluta behandlingen med antidepressiva, men skillnaden var inte signifikant (28). I studien med stöd via internet och telefon såg man diskret ökad andel som avslutade behandlingen jämfört med kontrollgruppen, men ingen signifikant skillnad (29). Däremot såg man att utsättningssymtom minskade något i interventionsgruppen och att deltagarna hade ett signifikant ökat välmående (29). Inte heller i studien med rekommendation om att avsluta behandling via ett brev såg man någon effekt på resultatet av andelen försökspersoner som avslutade behandling i jämförelse med kontrollgruppen (27). Andelen som avslutade antidepressiv behandling i interventionsgruppen var 6% mot 8% i kontrollgruppen.

En annan typ av stöd som forskningsdeltagarna själva sökt upp och inte var en del av en intervention var stöd via sociala medier. Coe et al (26) undersökte varför deltagarna sökt sig till supportgrupper och vad de sökte efter för stöd. I dessa forum kunde studiepersonerna få emotionellt stöd och ta del av andra medlemmars erfarenheter av att sätta ut antidepressiva. Personer sökte även stöd och förståelse från närstående och önskade mer kunskap och vägledning från vården (24)

Resursåtgång och andel avslutad behandling

Den mest resurskrävande metoden för stöd vid utsättning av antidepressiva var MBCT, vilken inkluderade 8 tillfällen à 2,5 timmar per tillfällen samt hemövning 30-45 min per dag (28). I interventionsgruppen var det 40% som önskade trappa ut den antidepressiva behandlingen, men av dessa var det endast 27% som fullföljde behandlingen med MBCT. I kontrollgruppen, som fick ett rekommenderat nedtrappningsförslag samt stöd av psykiatrisjuksköterska (SPD), avslutade 33% behandlingen med

antidepressiva. Även interventionsgruppen fick tillgång till SPD och 44% av de som ville avsluta behandlingen lyckades (28). Skillnaden var dock inte signifikant. Man såg dock att andelen med återinsjuknande i depression var dubbelt så stor i gruppen som fick MBCT+SPD mot gruppen med enbart SPD.

Minst omfattande vad gäller resursåtgång var studien där ett personligt utformat förslag till uttrappning gavs till patienterna med rekommendation om att avbryta behandlingen (27). I studien ovan (28) exkluderades patienter som inte önskade avbryta behandling från interventionen, medan i Eveleigh et al (27) inkluderades även deltagare som inte tänkte avsluta behandling med i den slutgiltiga sammanställningen. Sammantaget var det endast 6% av de patienter som rekommenderades utsättning som lyckades. Uppföljningen var 12 månader med sex månader utan antidepressiva eller återfall (27) till skillnad från de övriga två (28, 29) där uppföljningen var efter 6 månader med två månader utan antidepressiva. I Kendrick et al (29) erbjöds studiedeltagarna tre telefonsamtal med stödperson från terapimottagning i primärvården (NHS Talking Therapies Psychological Well-being Practitioner) och internetstöd i åtta delar. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende avslutad behandling (29). Ett inklusionskriterie var att deltagaren önskade avsluta pågående antidepressiv behandling (29).

Patientupplevelser

I samtliga ingående studier framkom att det fanns besvär kopplade till utsättningen av antidepressiv behandling. Dessa kunde vara milda och övergående eller mer långvariga. I den retrospektiva enkätstudien Horowitz et al (25) angav 40% av forskningspersonerna att de inte lyckats avsluta sin antidepressiva behandling som de haft som intention på grund av utsättningssymtom. Durationen av behandlingen med antidepressiva korrelerade mot svårighetsgraden av utsättningssymtom och möjligheten att lyckas med utsättningen (25). Av de som tagit antidepressiva i över två år hade majoriteten måttliga-svåra utsättningssymtom som i många fall varade över tre månader. I vissa fall över ett år (25). Av de som använt antidepressiva i mer än två år kunde 80% inte avsluta behandling trots att de önskade det, främst på grund av utsättningssymtom (25).

Rädsla för utsättningssymtom framkom i två studier (24, 26) som en orsak till varför man inte vågade avsluta pågående behandling med antidepressiva (26) eller SSRI (24). Personerna kunde även ha försökt tidigare men påbörjat behandling igen på grund av negativa effekter (25, 26). Flera personer upp gav att man saknade stöd från sin allmänläkare.

Man såg det som ett system med dålig uppföljning och bristande kunskap om utsättningssymtom (24, 26). Utsättningen av antidepressiva kunde påverka stora delar av livet både psykiskt och fysiskt (24). Något som lyftes var svårigheter att hantera sina känslor när emotionell avtrubning lättade och att man kände sig i behov av stöd och förståelse från sin omgivning för att hantera utsättningssymtomen (24). Symtomen uppgavs påverka personernas liv i stor omfattning och påverkade deras relationer negativt. Kendrick et al (24) visade på att utsättningssymtomen var lindrigare och välbefinnandet signifikant högre i gruppen som fick stöd via telefon och internet jämfört med kontrollgruppen. I Huijbers et al (28) var graden återfall i depression och ångest något högre i interventionsgruppen än i kontrollgruppen.

Tabell 1. Presentation av ingående studier.

Studie	Syfte	Studiedesign	Studiepopulation	Huvudresultat	Land
Kendrick et al (29) 2024	Undersöka om stöd via telefon och internet kan stötta patienter att avsluta långvarig AD behandling och om det kan minska symtom vid utsättning.	RCT AD	Vuxna patienter. Rekryterade från vårdcentral Långvarig användning av AD n=330	Vid 6 månaders uppföljning hade 45,5% kunnat sluta med AD i interventionsgruppen mot 41,9% i kontrollgruppen. Ej signifikant skillnad. Avslutad behandling avsåg läkemedelsfri i två månader eller mer vid sex månaders uppföljningen. Lägre grad av utsättningssymtom och mer mentalt välbefinnande i interventionsgruppen. Endast patienter som önskade avsluta behandling inkluderades i studien.	Storbritannien
Coe et al (26) 2024	Undersöka vad som motiverar personer att söka stöd i sociala medier angående avslutande av AD behandling	Kvantitativa frågeformulär och kvalitativa öppna svarsfrågor. AD.	Vuxna deltagare i någon av de två utsedda FB grupperna för stöd vid utsättning eller dosminskning av AD. n=30	Deltagare i stödgrupp för utsättningssyndrom på FB sökte stöd där pga brist på stöd från vården och för att få del av andras kunskap och erfarenhet.	Australien
Eveleigh et al (27) 2017	Undersöka effektiviteten av en särskild utformad rekommendation till avslutande av AD.	RCT. AD	Vuxna patienter. Rekryterade från vårdcentral AD ≥ 9 månader n=119	Ingen signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp av antal som avslutade AD, ca 7%. Fler återfall i interventionsgruppen. Avslutad behandling avsåg sex månader eller mer utan AD vid 12 månaders uppföljningen och avsaknad av både återfall eller återupptagen behandling. Både patienter som önskade avsluta behandling och de som inte ville avsluta inkluderades i studien.	Nederländerna

Horowitz et al (25) 2025	Mäta incidens, grad och duration av utsättningssymtom kopplat till duration av AD behandling.	Enkätundersökning. AD	Vuxna deltagare som rekryterats via terapicentrum inom primärvården. n=310	Längre användningstid av AD gav mer utsättningssymtom samt att det var svårare att avbryta behandlingen. 25% av AD användare i >25 månader hade svåra utsättningssymtom och 80% kunde inte avbryta sin AD behandling	Storbritannien
Huijbers et al (28) 2023	Undersöka om MBCT var effektivt för att hjälpa patienter att avsluta AD behandling.	RCT. AD	Vuxna patienter. Rekryterade från vårdcentral. AD ≥ 9 månader n=119	44% kunde avsluta AD med MBCT mot 33% i kontrollgruppen, men ingen signifikant skillnad. Andelen som fullföljde interventionen MBCT var endast 27%. Avslutad behandling avsåg läkemedelsfri i två månader vid sex månaders uppföljningen. Endast patienter som önskade avsluta behandlingen inkluderades i studien	Nederländerna
Mahmood et al (24) 2024	Undersöka användares av SSRI erfarenheter av utsättning av läkemedlet.	Kvalitativ studie med semistrukturerade online intervjuer. SSRI	Vuxna deltagare Rekryterade via författarens Twitterkonto och anslag på campus på universitetet i Bath, samt universitetets forum för forskningsdeltagande för studenter. n=20	Utsättningssymtom påverkar patienternas välmående och många aspekter av det dagliga livet. Man upplevde behov av stöd och förståelse. Rädsla för återinsjuknande och utsättningssymtom hindrade avbrytande av behandlingen och resulterade till återupptagande av behandlingen.	Storbritannien

Antidepressiv behandling (AD), mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT), randomiserad kontrollerad studie (RCT), selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI), Facebook (FB)

Diskussion

I denna kartläggande litteraturstudie har sex artiklar inkluderats. I de tre RCTerna kunde man se att de olika metoderna för stöd av avbrytande av antidepressiv behandling gav olika resultat, men ingen metod var signifikant bättre än sin kontroll (27-29). Den retrospektiva enkätstudien visar på att längre duration av behandling och högre doser gav högre grad av utsättningssymtom samt större svårigheter att avsluta behandlingen (25). Den kvalitativa studien samt studien med mixad metod lyfter fram behovet av stöd i samband med utsättning av behandling, att avbrott i behandling påverkar en stor del av livet samt rädsla för återinsjuknande (24, 26). Samtliga studier visar på betydande svårigheter att avbryta SSRI och antidepressiv behandling.

Det är känt sedan tidigare att avbrott i behandlingen med SSRI och andra antidepressiva läkemedel kan ge utsättningssymtom (11, 15). Av de ingående artiklarna i denna litteraturstudie var det endast en som specifikt undersökte effekter av utsättning av SSRI (24). I övriga studier särskilde man inte på de olika antidepressiva preparaten, vilket inte direkt svarar på frågan om utsättning av SSRI. I två studier angav man andel av användarna som tog SSRI till 81% och 73%, vilket kan indikera att användare av SSRI tenderar behandlas längre tid än för övriga antidepressiva preparat i primärvård, alternativt att andelen SSRI är högre i primärvård jämfört med totalt. Knappt 60% av antidepressiva är SSRI i Sverige inom all vård (2).

De tre RCTerna (27-29) utvärderade var sin metod där syftet var att med stöd öka andelen patienter som lyckades sluta med sin antidepressiva behandling. Ingen studie hade signifikant skillnad i andel som avslutat antidepressiv behandling jämfört med kontrollen. I Eveleigh et al (27) var andelen som behandlades med SSRI tydligt högre i interventionsgruppen, men ingen signifikant skillnad. Eventuellt skulle det ändå kunnat ha påverkat resultatet av studien.

I avseende av resursåtgång är den avsevärd för MBCT, men även påtaglig för kontrollgruppen som innebar tre besök hos psykiatrisjuksköterska. Om man använder en mer stringent tolkning av avslutad behandling som börjar närma sig den Eveleigh et al (27) använder blir andelen som avslutat antidepressiv behandling endast 15% mot angivna 44% (28). Vilket visar på en mycket resurskrävande behandling med en liten andel som avslutar antidepressiva. Endast 27% av deltagarna i MBCT fullgjorde behandlingen, vilket skulle kunna indikera att interventionen var för omfattande. Metoden kan inte bedömas som kliniskt relevant i syfte att underlätta utsättning av SSRI eller annan antidepressiv behandling i Sverige.

I jämförelse med MBCT var resursåtgången mer begränsad för stöd via telefon och internet, men man kunde inte visa på någon ökad andel som kunde avsluta

behandling med antidepressiva (29). Metoden gav däremot stöd till deltagarna under nedtrappningstiden. På grund av bortfallet kunde andelen som avslutat behandling vid 12 månader inte beräknas. Vid sex månader hade ca 45% avslutat behandling med antidepressiva, men det var inte signifikant skillnad mot kontrollen. Metoden bedöms inte som relevant för primärvården. Eveleigh et al (27) hade betydligt lägre andel som avslutade behandling, vilket stämmer med litteraturen, i vilken ca 7% utan stöd i primärvård och 40-95% med stöd, ej i primärvård, avslutade antidepressiv behandling (17). I angiven systematiska översikt framgår dock inte hur man har definierat avslutad behandling (17). Studien i primärvård som hänvisas till i översikten är Eveleigh et al (27) med sin strikta definition med 6 månader utan antidepressiva, inget återfall och inget återinsatt läkemedel vid 12 månaders uppföljningen. Utan en tydligare definition av vad avslutad behandling innebär är det svårt att översiktligt jämföra metoder.

Både i Coe et al (26) och Mahmood et al (24) lyfte studiepersonerna att man upplevde brist på kompetens hos allmänläkare avseende utsättningssymtom och hur en utsättning bör planeras. Även i litteraturen är detta återkommande där läkare i stort ser sig som kompetenta att sätta ut antidepressiva, men man önskar mer vägledning (8, 31). Patienter har i tidigare forskning även gett uttryck för bristande stöd från vården och avsaknad av att deras allmänläkare inte lyfter frågan om utsättning av behandlingen (7).

Mahmood et al (24) lyfter konsekvenserna för patienterna att avsluta behandling med SSRI med de utsättningssymtom som upplevs. Det framkommer att symtomen kan påverka hela livet och vara svåra att hantera på egen hand. Det framkommer en önskan om stöd från sin allmänläkare för att hantera utsättningen (24, 26), vilket även stämmer med litteraturen (7, 32). Det framkommer även att en stor andel patienter får sina receptförnyade utan någon ny medicinsk bedömning. Detta tolkas av patienter som att de ska fortsätta med sin behandling och man lyfter inte frågan om att sätta ut den (7, 32). Hos både patienter och allmänläkare finns en otydlighet om vem som ska lyfta frågan om utsättning (8). Allmänläkare ger även uttryck för behov av metoder och ökat interprofessionellt samarbete för utsättning av antidepressiva läkemedel (21).

Resultaten av utsättning är i nivå med litteraturen (17), men utan signifikant skillnad mot kontrollen. Resultaten indikerar således att det är svårt att avsluta antidepressiv behandling i primärvården även hos motiverade patienter. Utmaningarna kvarstår även med strukturerade stödinsatser. En möjlig förklaring kan vara patienternas motivation, oro för återfall och utsättningssymtom spelar större roll än typen av stödmetod (10, 24). Detta stödjer tidigare forskning som visar att utsättning inte är en linjär farmakologisk process, utan snarare kräver individualiserat och kontinuerligt stöd (7, 8, 31).

Metoddiskussion

Syftet med denna kartläggande litteraturstudie var att undersöka utsättning av SSRI i primärvård, men även studier som undersökte utsättning av antidepressiva läkemedel inkluderades. Sökningen efter litteratur visade att det endast var en studie som uppfyllde kriteriet, utsättning av SSRI i primärvård. Det identifierades ytterligare ett fåtal studier som undersökte utsättning av antidepressiv behandling i primärvård. SSRI behandling är både i Sverige och internationellt (5, 6) förstahandspreparat vid läkemedelsbehandling mot depression och ångest. Utifrån det bedömdes det kunna finnas värdefull information om utsättning av SSRI i primärvård även i dessa studier, även om tolkningen behövde göras med vetskapen om att det var antidepressiva som undersökts i de studierna.

De tre RCTerna hade olika definition av vad avslutad behandling innebar. Det medför att det är svårt att göra jämförelser mellan metoder. Definitionen av avslutad behandling är helt avgörande för vad resultatet visar, vilket också kan ses på att det inte är signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollen i någon av RCTerna.

Samtliga ingående RCTer var kluster-RCTer där vårdcentraler i olika områden randomiserades. Studierna hade svårt att rekrytera både forskningsdeltagare och vårdcentraler. För Kendrick et al (29) innebar det tillsammans med ett oväntat stort bortfall att man inte kunde svara på frågan om avslutad behandling vid tolv månader. RCTerna var till viss del blindade vid lottning och statistisk bearbetning, men studiedeltagarna var medvetna om de var i interventionsgruppen eller ej. Bristen på blindning av forskningsdeltagare kan ha medfört påverkan på resultaten. Därtill var resultaten självrapporterade vilket sammantaget leder till stor risk för bias. Svårigheterna med rekrytering och brist på blindning medför en svaghet för samtliga studier. Där till var bortfallet stort i RCTerna. Studiernas styrka var däremot att de genomfördes i primärvård i Europa under liknande förhållanden som de i Sverige och att studiepopulationerna var jämförbara med svenska primärvårdspatienter. Riktlinjerna för behandling av depression och ångesttillstånd var likartade med svenska förhållanden (4-6). Det medför att resultaten bedöms kunna generaliseras till svensk primärvård.

Styrkan med detta arbete är att det specifikt fokuserar på ett problem inom primärvård och undersöker vad som är studerat i just primärvård. Flertalet av de studier som gjorts avseende utsättningssymtom och svårigheter med att avsluta behandling med SSRI och antidepressiva läkemedel är utförda i en annan kontext. Det kan misstänkas vara olika förutsättningar i olika kontexter som kan påverka resultatet. Möjligheten till inkludering av studier som inte undersökte SSRI behandling enbart utan även antidepressiv behandling visar på styrkan hos en kartläggande litteraturöversikt.

Svagheten med denna studie är framför allt att det inte kunde undersöka endast utsättning av SSRI utan behövde inkludera antidepressiv behandling. Studien är även begränsad i sin omfattning och möjligt är att det finns ytterligare studier som inte hittades i nuvarande sökning, utan att det hade krävts en bredare sökterm för att identifiera fler relevanta studier. Samtidigt gick referenslistor igenom både hos de granskade artiklarna samt övrig referenslitteratur, där ytterligare en relevant artikel identifierades. Vid litteratursökningen användes endast två databaser vilket medför risk för att ytterligare relevanta artiklar kan ha missats. I denna studie begränsades de ingående artiklarna till originalstudier och systematiska översikter, vilket innebär att andra typer av studier eller annan typ av referenslitteratur inte inkluderades. Andra former av referenslitteratur hade möjligen kunnat tillföra ytterligare kunskap i och med att de vetenskapliga studierna var få om utsättning av SSRI i primärvård. Denna litteraturöversikt genomfördes med en ensam granskare i urval och dataextraktion, vilket medförde risk för bias. Möjligheten finns även att en annan sökstrategi än antagen PEO skulle ge ett annat utfall i datainsamling och urval.

Implikationer för vården och framtida forskning

Genom tydligare utsättningsplaner samt ett grundligt risk/nytta övervägande i samband med uppstart av behandling kan troligtvis utsättningen underlättas när det blir aktuellt. Riktlinjer kring när och hur utsättning bör ske skulle kunna underlätta för allmänläkare att lyfta frågan med patienten samt stödja hen genom processen.

Metoder behöver utvecklas för att ge patienter det stöd de behöver för att avsluta SSRI och annan antidepressiv behandling. Mer forskning behövs för att öka förståelsen kring vad som hindrar och kan underlätta utsättning av behandling och om svårigheten att sluta är preparatberoende eller generell. Ytterligare studier behövs för att undersöka patientpopulationen med svårigheter att avsluta SSRI i aspekter av ursprunglig diagnos, föreställningar och patientcentrerade konsekvenser av utsättning.

Konklusion

Slutsatsen i detta arbete är att det är svårt att sätta ut antidepressiv behandling och troligtvis även SSRI i primärvård, även hos motiverade patienter. Det som får antas finnas är ett behov av att bedöma risk/nyttan av antidepressiv behandling innan insättning samt att det tidigt upprättas en plan för utsättning. Fler studier behövs för att förstå vad som hindrar patienter och även läkare att avsluta pågående behandling med antidepressiva som saknar aktuell indikation. De ingående studierna i denna litteraturstudie utfördes i primärvård där studiepopulationen och vården liknade den

i Sverige, vilket medför att resultaten bedöms kunna generaliseras till svensk primärvård.

Referenslista

1. Alabaku O, Yang A, Tharmarajah S, Suda K, Vigod S, Tadrous M. Global trends in antidepressant, atypical antipsychotic, and benzodiazepine use: A cross-sectional analysis of 64 countries. *PLoS One*. 2023;18(4):e0284389.
2. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för läkemedel [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005- [updated 2025 11 30; cited 2025 11 30]. Hämtad från: sdb.socialstyrelsen.se/ifa_lak/resultat.aspx.
3. SCB. Sveriges befolkning [Internet]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2025 [updated 2025 02 21; cited 2025 12 01]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/sveriges-befolkning/>.
4. VGR. Regional Medicinsk Riktlinje Depression [Internet]. Västra Götalandsregionen; 2024 [cited 2025 11 05]. Hämtad från: mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn11800-2140136717-190/native/Depression.pdf.
5. SKR. Depression och ångestsyndrom [Internet]. Sveriges kommuner och regioner; 2025 [cited 2025 11 05]. Hämtad från: www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/.
6. NICE. Depression in adults: treatment and management [Internet] London: NICE; 2022 [updated 2024 09 19; cited 2025 12 01]. Hämtad från: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>.
7. Leydon GM, Rodgers L, Kendrick T. A qualitative study of patient views on discontinuing long-term selective serotonin reuptake inhibitors. *Fam Pract*. 2007;24(6):570-5.
8. Bosman RC, Huijbregts KM, Verhaak PF, Ruhé HG, van Marwijk HW, van Balkom AJ, et al. Long-term antidepressant use: a qualitative study on perspectives of patients and GPs in primary care. *Br J Gen Pract*. 2016;66(651):e708-19.
9. Read J, Moncrieff J, Horowitz MA. Designing withdrawal support services for antidepressant users: Patients' views on existing services and what they really need. *J Psychiatr Res*. 2023;161:298-306.
10. Maund E, Dewar-Haggart R, Williams S, Bowers H, Geraghty AWA, Leydon G, et al. Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. *Journal of Affective Disorders*. 2019;245:38-62.
11. Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, Ascroft RC, Krebs WB. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomized clinical trial. *Biol Psychiatry*. 1998;44(2):77-87.
12. Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E. Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. *Psychother Psychosom*. 2015;84(2):72-81.
13. Read J, Davies J. Incidence of antidepressant withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2024;11(10):788-9.

14. Läkemedelsverket. Antidepressiva läkemedel [Internet] Stockholm: Läkemedelsverket; 2025 [updated 2025 11 20; cited 2025 12 31]. Hämtad från: <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/sok-behandlingsrekommendationer/depression-angest-och-tvangssyndrom-behandlingsrekommendation/behandling-av-depression-hos-vuxna/antidepressiva-lakemedel#h1>.
15. Kalfas M, Tsapekos D, Butler M, McCutcheon RA, Pillinger T, Strawbridge R, et al. Incidence and Nature of Antidepressant Discontinuation Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(9):896-904.
16. Zhang MM, Tan X, Zheng YB, Zeng N, Li Z, Horowitz MA, et al. Incidence and risk factors of antidepressant withdrawal symptoms: a meta-analysis and systematic review. *Mol Psychiatry*. 2025;30(5):1758-69.
17. Maund E, Stuart B, Moore M, Dowrick C, Geraghty AWA, Dawson S, et al. Managing Antidepressant Discontinuation: A Systematic Review. *Annals of Family Medicine*. 2019;17(1):52-60.
18. Kendrick T. Strategies to reduce use of antidepressants. *Br J Clin Pharmacol*. 2021;87(1):23-33.
19. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(6):538-46.
20. Sinclair JE, Aucott LS, Lawton K, Reid IC, Cameron IM. The monitoring of longer term prescriptions of antidepressants: observational study in a primary care setting. *Fam Pract*. 2014;31(4):419-26.
21. Vukas J, Brisnik V, Sanftenberg L, Henningsen P, Gensichen J, Dreischulte T. Barriers and facilitators to antidepressant deprescribing - A qualitative interview study with general practitioners in Germany. *Eur J Gen Pract*. 2025;31(1):2531879.
22. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
23. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
24. Mahmood R, Wallace V, Wiles N, Kessler D, Button KS, Fairchild G. The lived experience of withdrawal from Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) antidepressants: A qualitative interview study. *Health Expect*. 2024;27(1):e13966.
25. Horowitz MA, Buckman JEJ, Saunders R, Aguirre E, Davies J, Moncrieff J. Antidepressants withdrawal effects and duration of use: a survey of patients enrolled in primary care psychotherapy services. *Psychiatry Res*. 2025;350:116497.
26. Coe A, Abid N, Kaylor-Hughes C. Social media group support for antidepressant deprescribing: a mixed-methods survey of patient experiences. *Aust J Prim Health*. 2024;30.
27. Eveleigh R, Muskens E, Lucassen P, Verhaak P, Spijker J, van Weel C, et al. Withdrawal of unnecessary antidepressant medication: a randomised controlled trial in primary care. *BJGP Open*. 2017;1(4):bjgpopen17X101265.
28. Huijbers MJ, Wentink C, Lucassen P, Kramers C, Akkermans R, Spijker J, et al. Supporting antidepressant discontinuation using mindfulness plus monitoring versus monitoring alone: A cluster randomized trial in general practice. *PLoS One*. 2023;18(9):e0290965.

29. Kendrick T, Stuart B, Bowers H, Haji Sadeghi M, Page H, Dowrick C, et al. Internet and Telephone Support for Discontinuing Long-Term Antidepressants: The REDUCE Cluster Randomized Trial. *JAMA Netw Open*. 2024;7(6):e2418383.
30. Coe A, Abid N, Kaylor-Hughes C. Social media group support for antidepressant deprescribing: a mixed-methods survey of patient experiences. *Australian Journal of Primary Health*. 2024;30(3).
31. Kelly D, Graffi J, Noonan M, Green P, McFarland J, Hayes P, et al. Exploration of GP perspectives on deprescribing antidepressants: a qualitative study. *BMJ Open*. 2021;11(4):e046054.
32. Van Leeuwen E, Anthierens S, van Driel ML, De Sutter A, De Beir R, Christiaens T. Should I, can I, dare I? Patients' view on stopping long-term antidepressant use, a qualitative study. *Acta Clin Belg*. 2022;77(6):962-9.