

Till
Socialutskottet
Socialförsäkringsutskottet
Socialdepartementet
Socialstyrelsen

Krav på kompetens och bredd inom psykisk hälsovård:

- att patientens valfrihet garanteras
- att Sverige inte isolerar sig
- att rehabiliteringsgarantin förändras
- att leg. psykoterapeuter med olika inriktningar omfattas av rehabiliteringsgarantin

Sammanfattning

De senaste årens omfattande miljardsatsningar på psykisk ohälsa har enligt ett flertal utvärderingar inte visat sig ha avsedd effekt. De har även medfört en rad negativa effekter:

- patienters valfrihet och tillgång till olika utprovade och internationellt etablerade behandlingsmetoder har genom riktade insatser blivit mer begränsade än tidigare;
- Sverige isolerar sig internationellt genom ensidiga satsningar på en enda behandlingsmetod;
- rehabiliteringsgarantins stöd till en enda metod strider sannolikt mot EU:s konkurrenslagstiftning;
- välutbildade och kvalificerade behandlare (leg. psykoterapeuter) har ersatts av behandlare med låg eller ingen kompetens för psykoterapeutiskt arbete;
- transfereringskostnader har ökat.

Rehabiliteringsgarantin lider stor brist på bredd, mångfald och inte minst på kompetens. Det saknas både logiska, etiska, empiriska, juridiska och vetenskapliga skäl till en fortsatt ekonomisk styrning, som endast erbjuder en behandlingsmetod (KBT) samt tillåter att behandling utförs av icke legitimerade terapeuter.

Utifrån ovanstående bör rehabiliteringsgarantin förändras så

- att patientens valfrihet, utifrån tillgång till olika vetenskapligt utprovade behandlingsformer, återigen skall stå i centrum – inte inflytelserika särintressen;
- att den för Sverige unika inriktningen på ett snävt och begränsat vårdutbud ersätts av en bred mångfald av utprovade psykoterapimetoder;
- Att rehabiliteringsgarantin insatser mot psykisk ohälsa, den del som idag är en KBT-satsning, ändras i sin skrivning så att den även omfattar psykodynamiskt inriktade leg. psykoterapeuter som behandlare och att dessa i prioriteringsordning jämföras med KBT-psykoterapeuter

Den psykiska ohälsan i Sverige

Den psykiska ohälsan är ett stort problem i och för Sverige. 20 – 40 % av befolkningen bedöms lida av någon form av psykisk ohälsa. Ca 30% av dem som söker hjälp inom primärvården lider av psykisk ohälsa. Sjukskrivningar till följd av diagnoser för psykisk ohälsa fortsätter att öka och uppgår idag till 35% för kvinnor och 25 % för män.

Den psykiska ohälsan är särskilt allvarligt bland ungdomar och yngre vuxna. Socialförsäkringsutredningen visade i en aktuell rapport att antalet ungdomar (20-24 år) med aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension) ökat i Sverige med 80% mellan år 2003-11. Huvuddelen av dessa (73%) var behäftade med psykiatriska diagnoser. Sveriges kommuner och landsting (SKL) rapporterade nyligen att köerna till psykiatrisk vård tredubblats under de senaste åren. Vetenskapsrådet har i en aktuell rapport slagit fast att den psykiska ohälsan kostar samhället ca 75 miljarder per år.

Stora satsningar med liten eller ingen effekt

Under perioden 2008-12 har ca 4 miljarder satsats via den s.k. rehabiliteringsgarantin på främst en enda behandlingsmetod, KBT. Därutöver har ca 1 miljard betalats för utbildningar, implementering och ackreditering av behandlare, varav huvuddelen gått till behandlingsmetoden, KBT. Att denna satsning, trots sin storlek och omfattning, enbart gäller en enda typ av behandlingsmetod (KBT) och att direktstöd utgått till behandlingar utförda av behandlare utan adekvat utbildning och kompetens, förklarar varför de mätbara resultaten blivit så begränsade.

Under 2009-10 utvärderade Karolinska institutet effekten av rehabiliteringsgarantin. I utvärderingen konstaterar man följande:

- att KBT riktat mot sjukskrivna inte i någon grad påverkat patienternas sjukfrånvaro;
- att huvuddelen (70%) av patienterna som erhöll KBT inom ramen för rehabiliteringsgarantin inte var sjukskrivna;
- att för de patienter som innan behandlingsstart inte var sjukskrivna blev 6-8% långtidssjukskrivna efter KBT;
- att närmare en fjärdedel (23%) av patienterna beräknas ha avbrutit KBT direkt eller tidigt i behandlingen;
- att fullt bidrag betalats ut till vårdgivaren/vårdbolagen för avbrutna eller i förtid avslutade terapier;
- att en metod som visat sig ha effekt i experimentella studier inte självklart och följdriktigt fungerar i den kliniska praktiken med verkliga patienter.

Miljardsatsningen har således inte haft avsedd effekt.

Den har även medfört flera negativa konsekvenser inom svensk vård och omsorg. Rehabiliteringsgarantin har fått till följd att patienter utifrån sin individualitet och komplexitet på detta sätt har förvägrats adekvat vård. De har, främst genom rehabiliteringsgarantin, begränsat patienters tillgång till andra bevisat effektiva och ofta efterfrågade psykoterapier. Därmed har mångfald och bredd i vården radikalt minskat, vilket direkt beskurit möjligheterna att optimalt behandla olika typer av problematik.

Bidrag har dessutom betalats ut för en psykoterapimetod utan att erforderlig kompetens (leg. psykoterapeut) krävts med konsekvensen att okvalificerad behandling gynnats på bekostnad av kvalificerad psykoterapeutisk kompetens.

Satsningarna åsidosätter patientens valfrihet

Patientens valfrihet skall stå i centrum. Valfrihet, utifrån tillgång till olika vetenskapligt utprövade behandlingsformer, är inte enbart ett honnörsord. Det är framförallt en lagstadgad rättighet.

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) står följande: ”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.”(SFS 1982:763§3a). Regeringen åsidosätter därmed Hälso- och sjukvårdslagen genom rehabiliteringsgarantins ensidiga KBT-satsning.

För att nå en träffsäker och varaktig förbättring för den enskilde patientens individualitet och komplexitet, krävs en betydligt bredare kunskaps- och metodarsenal än den som nu tillhandahålls. De stora förlorarna på den nuvarande ensidiga satsning är främst de patienter vars rehabilitering är helt beroende av kvalificerad psykoterapeutisk kompetens med tillgång till olika etablerade psykoterapimetoder. Ett symtomfokus (enbart psykofarmaka och KBT) har svårt att möta den individualitet och komplexitet, som är karakteristisk för psykisk problematik.

Att endast de med goda ekonomiska resurser kan få adekvat hjälp genom tillgång till andra terapiformer som baseras på forskning och klinisk beprövad erfarenhet är en alarmerande och helt osvensk utveckling.

Satsningarna isolerar Sverige

Den nuvarande inriktningen på ett snävt och begränsat vårdutbud är dessutom unikt för Sverige. Övriga Nordiska länder och EU tillhandahåller olika former av utprövade psykoterapimetoder inom ramen för den offentligt finansierade vården. I modern forskning förordas därför en satsning på flera, var för sig vetenskapligt utprövade terapimetoder, vilket möjliggör en grund för patientens val utifrån individualitet och komplexitet. Utifrån dessa förutsättningar uppnås evidens också i praktiken.

Inom EU pågår ett vetenskapligt samarbete för utveckling av psykoterapi, där olika behandlingsmodeller ses som likvärdiga, varandra kompletterande och vetenskapligt förankrade metoder. Det finns inte något vetenskapligt stöd för att Sverige skall avvika från övriga länder i detta avseende.

Rehabiliteringsgarantins direkta företagsstöd från staten till enbart en typ av behandlingsmetod torde heller inte vara förenlig med EU:s konkurrenslagstiftning.

Satsningarna saknar logik

Att tillhandahålla endast en behandlingsmetod inom ett komplext område är helt främmande inom andra medicinska specialiteter. Det är en självklarhet i all behandling att den skall ske utifrån ett brett och mångsidigt perspektiv, där både patientens behov och preferenser vägs in i valet mellan fler var för sig vetenskapligt förankrade behandlingsmetoder.

Satsningarna saknar evidens och relevans

Syftet med regeringens KBT-satsning, att vården skulle effektiviseras genom en massiv implementering av en enstaka terapimetod, saknar vetenskapligt stöd. Modern forskning förordar istället en satsning på flera, var för sig vetenskapligt utprovade terapimetoder, vilket gör det möjligt att ta hänsyn till patientens individualitet för att nå evidens, också i praktiken.

Sammanfattning

Mot bakgrund av ovanstående är det uppenbart att vården vid psykisk ohälsa lider stor brist på bredd, mångfald och på kompetens. Det saknas både logiska, etiska, empiriska, juridiska och vetenskapliga skäl till en fortsatt ekonomisk styrning, som endast tillhandahåller en behandlingsmetod (KBT) samt tillåter att behandling utförs av icke legitimerade terapeuter.

Utifrån ovanstående föreslår RPC:

- att patientens valfrihet, utifrån tillgång till olika vetenskapligt utprovade behandlingsformer, återigen skall stå i centrum – inte inflytelserika särintressen;
- att den för Sverige unika inriktningen på ett snävt och begränsat vårdutbud ersätts av en bred mångfald av utprovade psykoterapimetoder;
- Att rehabiliteringsgarantin insatser mot psykisk ohälsa, den del som idag är en KBT-satsning, ändras i sin skrivning så att den även omfattar psykodynamiskt inriktade leg. psykoterapeuter som behandlare och att dessa i prioriteringsordning jämställs med KBT-psykoterapeuter

Stockholm 2012-08-20

Lance Cederström

Ordförande för RPC – Riksföreningen Psykoterapicentrum

lance.c@psykoterapicentrum.se

070-5233118