

Till vederbörande landstingspolitiker

Västmanlands läns landsting

Psykoterapeuter i allmänhet har en tendens att uppfattas som en "tyst" yrkesgrupp, som arbetar hårt innanför sina stängda dörrar. Det är till viss del sant, men detta beror också på att många arbetar ensamma eller i mycket små grupper, vilket gör det svårare att samlas kring gemensamma intressen.

Vi vill lyfta fram två frågor som berör oss psykoterapeuter direkt, men inte bara oss utan även många människor ute i samhället. De som är i behov av psykoterapi är också en "tyst" grupp. Det är naturligtvis inte lätt att ställa krav och hävda sig om man inte mår bra – där fyller brukarorganisationerna en viktig roll.

Vi vet att samhällsutvecklingen ställer allt högre krav på individerna. Det märks till exempel på att antalet singelföräldrar ökar och att yngre kvinnor står för den högsta andelen sjukskrivna för utmattningsdepression. Vården i dag klarar inte denna ökade efterfrågan. Psykologförbundets sammanställning 2010 ger en skrämmande bild av hur läget ser ut:

- Från 1997-2005 fördubblades kostnaderna för depressionssjukdom.
- Psykisk ohälsa som sjukskrivningsorsak ökade från 18 – 30 % från 1999 – 2003.
- 20 % av befolkningen drabbas någon gång i livet av depression.
- 70 % av dem som söker vård för depression och ångest söker till primärvården, endast 54 % av vårdcentralerna kan erbjuda adekvat vård.
- 66 % av allmänheten vill ha behandling och endast 9 % medicinering. Trots detta blir medicinering ofta alternativet som erbjuds.
- Kostnaderna för antidepressiva läkemedel uppgick 2007 till 1 miljard kronor.
- Från Försäkringskassan rapporteras att år 2006 utgjorde psykiska sjukdomar den största andelen av nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar; 41,5 % för kvinnor och 39,8 % för män. Detta kan jämföras till exempel med hjärt- och kärlsjukdomar där siffrorna var 3,8 % för kvinnor och 9,7 % för män.

Siffrorna talar sitt tydliga språk, och kan fyllas på i det oändliga.

Med detta som bakgrund vill vi peka på två frågor där behovet av psykoterapeutisk behandling inte sätts i förgrunden.

### **1. Vårt första problem gäller upphandlingar av psykoterapi**

Under många år har psykiatrin i Västmanland, via avtal, samarbetat med privatpraktiserande psykoterapeuter som ett komplement till den ordinarie psykiatriska vården. Man har från psykiatrins sida varit angelägen om att upphandla ett så brett utbud av psykoterapi som möjligt för att täcka behoven som finns ute i samhället. Därför har man haft tillgång till psykoterapi med flera olika inriktningar: psykodynamisk, familjeterapeutiska, systemiska samt KBT/KPT. Cirka 20 privat-praktiserande psykoterapeuter har sådana avtal.

Det 4-åriga avtal som nu finns går ut 2011-12-31. Det har under hösten varit svårt att få besked om hur avtalet kommer att se ut framöver. Vid kontakt med den remiss- och bedömningsgrupp som finns i vuxenpsykiatrin känner man inte till om det ska bli nya avtal. Inte heller vet man hur upphandlingarna i så fall ska gå till, och har inte blivit tillfrågade om hur behovet ser ut. Detta trots att denna grupp i flera år har arbetat med att göra bedömningar av de patienter som varit aktuella för remiss på vårdavtal.

Plötsligt dyker en upphandling upp, som enbart riktar sig mot KBT/KPT. Hur har det gått till? Vad baserar man detta reducerade utbud av psykoterapi på? KBT och KPT är viktiga behandlingsformer, som naturligtvis också ska finnas, men inte som enda alternativ. Det finns inga motsättningar mellan olika terapiformer – alla alternativ måste finnas. Det är numera en självklarhet som också stöds av forskningen.

Modern forskning av psykoterapi visar att det inte i första hand är metoderna som är verksamma i psykoterapeutisk behandling av alla slag, utan behandlingsrelationen och alliansen som skapas mellan terapeut och patient. Vi vet också, genom den omfattande evidensbaserade forskning som bedrivs, att effekten av psykoterapi rent generellt är imponerande stor. Effektstorleken (ES:0,6-0,8) ligger väl i linje med de mest effektiva somatiska behandlingarna (Lambert 2004). När man sedan jämfört de olika behandlingarna (exempelvis KBT, psykodynamisk terapi, interpersonell terapi etc.) visar sig dessa vara lika effektiva (Luborsky 1995; Glass & Miller 1980; Wampold et al 2002; Cuijpers, van Staten, Open & Andersson 2008; Stilens et al 2006, 2008).

Via forskningen vet vi idag också att det finns en god evidens för längre psykodynamisk psykoterapi vid behandling av både komplex problematik och svårare depressiva och/eller ångestsyndrom (Leichsenring & Rubung 2008). Forskningen pekar således mot att en mångfald av metoder vad gäller psykoterapeutisk behandling är överlägset bäst, för att på bästa sätt kunna möta patienternas individuella behov.

Tyvärr har Socialstyrelsen i sina riktlinjer utgått från forskningsresultat från APA 1995 (American Psychological Association) och inte från den reviderade modellen EBP (Evidence Based Practice) som APA gjorde 2005 och där man väger samman inte bara forskningsresultat utan andra faktorer som man sett vara lika viktiga i kliniska sammanhang:

– Terapeuten, utifrån klinisk kompetens, måste göra en bedömning om vilken behandling som passar bäst utifrån den enskilda patienten och dennes behov.

– Patientvariablerna (patientens förmåga, personlighet, kultur och preferenser) påverkar behandlingsresultatet med 40-50 %.

– Terapeutvariablerna (klinisk kompetens, erfarenhet etc.) påverkar till 30-40 %.

– Metoden påverkar resultatet endast med maximalt 7 %!

Med detta som bakgrund är det häpnadsväckande med den upphandling som psykiatrin nu gör, där konsekvenserna blir att en mängd patienter plötsligt ställs utan denna typ av behandling. En mängd erfarna psykoterapeuter med goda behandlingsresultat ställs utanför. Var kommer dessa beslut ifrån och vad grundar man sig på?

Vid kontakt med intresseorganisationen RSMH visar det sig att inte heller de är införstådda med hur utbudet av privat psykoterapi är tänkt att se ut. De upprörs naturligtvis av det faktum att många av deras medlemmar kommer att stå utan psykoterapeutisk hjälp.

***Vi vill alltså att denna fråga lyfts till politikernivå, och vill att upphandlingarna ändras så att fler psykoterapeutkompetenser blir aktuella!***

## **2. Vårt andra problem gäller de pengar som landstinget ger till familjeläkarna (kapitering)**

Att familjeläkarna under flera år har fått disponera pengar för psykoterapeutisk behandling har inte märkts i form av ökad efterfrågan av våra tjänster. I stället hänvisar man ofta till oss – men med förbehållet att patienterna måste betala själva!

Det har visat sig att de miljoner som primärvården får för att kunna köpa extern vård i form av psykoterapeutisk behandling inte utnyttjas i den omfattning som är avsedd. Det har uppmärksammats och också lyfts fram i media att den privata primärvården i Västmanland gör stora vinster. Man måste då ställa sig frågan: På vilkas bekostnad?

– Som exempel kan nämnas att en vårdcentral (Vivalla Vårdbolag) gjorde en vinst på 29 miljoner på fyra år.

– Under 2008 visade det sig att av 1 000 listade patienter använde sig de landstingsdrivna familjeläkarenheterna 47,41 behandlingar/1000 listpoäng av kurator och 10,71 behandlingar/1000 listpoäng av psykolog. Siffran för de privata familjeläkarenheterna låg på 29,06 LP för kurator och 8,9 LP för psykolog!

Även här talar siffrorna sitt tydliga språk.

Den aktuella statistiken för 2010 har, trots flera påstötningar, inte gått att få fram via tjänstemän på landstinget.

***Vi vill att de pengar som familjeläkarna nu får för psykoterapeutisk behandling lyfts ut, på samma sätt som man gjort för sjukgymnastisk behandling, så att man vid behov kan söka direkt till den legitimerade psykoterapeut man vill samarbeta med.***

En lista på de psykoterapeuter som stödjer denna skrivelse och står bakom kraven bifogas.

Västerås 2011-10-03

Astrid Rindbäck

socionom/leg psykoterapeut

verksamhetschef S:t Lukas psykoterapimottagning i Västerås och Eskilstuna