

Stockholm 2010-08-28

## **Synpunkter på SoS preliminära förslag till nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2010.**

Riksföreningen PsykoterapiCentrum (RPC) är en intresseförening för psykodynamisk psykoterapi och den förening som organiserar flest legitimerade psykoterapeuter. RPC har för närvarande ca 1200 medlemmar. En betydande del av dessa har erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete med patienter med psykosproblematik och av handledning av personal i arbete med sådan problematik. RPC har tagit del av de preliminära riktlinjerna och vill lämna följande synpunkter.

### **Generellt**

Nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är tänkta att användas som ett underlag för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten i beslut om fördelning av resurser. Man skriver också att rekommendationerna är på gruppnivå. Icke desto mindre kommer rekommendationer på gruppnivå få stor effekt på vad som blir möjlig behandling på individnivå om viss behandling lyfts fram och annan mönstras ut. Riktlinjerna får betydelse för hur lokala vårdprogram utformas, för hur resurser fördelas mellan verksamheter och för olika utbildningsinsatser.

Därför är det givetvis oerhört viktigt vilken utgångspunkt man tar, vilken vetenskaplig grund man vilar på och hur man värderar den när man utformar rekommendationerna.

RPC tycker att det finns många positiva aspekter på de preliminära riktlinjerna, dessa kommer vi endast att omnämna. RPC har också en del synpunkter av mer kritisk karaktär och förslag till omprövning. Dessa kommer vi att beröra mer utförligt.

### **Positivt**

RPC ser det som positivt att

- det skapas en förteckning över olika metoder som kan användas. Viktigt med information till gemene man, allmänläkare och hos de som möter unga.
- det finns en strävan efter och betoning av behov av samverkan mellan olika verksamheter, myndigheter.
- tidiga interventioner lyfts fram (om än med vissa reservationer) och betydelsen av familjarbete samt kontaktmannaskap.

-socialstyrelsen förtydligar anledningen till att riktlinjer behövs. T ex sid 35, under ekonomiska och organisatoriska konsekvenser, framkommer att man inte vet så mycket om vilka verksamheter som bedrivs. Man vet inte vem som gör vad. Följden är "det är därför svårt att bedöma vilka konsekvenser som rekommendationerna leder till."

- bilaga 3 betonar betydelsen av likvärdig värdering av vetenskap, önskemål och erfarenheter. Här resoneras också kring bristande kunskaper som psykiatrin har om relationens betydelse för vården.

### **Riktlinjernas utgångspunkter**

Socialstyrelsen skriver att lämplig läkemedelsbehandling är utgångspunkten och hänvisar till att SBU får i uppdrag att göra en kunskapsöversikt för personer med schizofreni där läkemedelsbehandling kommer att tas upp. RPC tycker att det är anmärkningsvärt att socialstyrelsen gör ett så avgörande ställningstagande innan man sett vad den översikten resulterar i .

Därutöver rekommenderas psykosociala åtgärder, men enbart som ett tillägg till läkemedel. Genom den skrivningen har man a priori och underförstått utgått från att schizofreni, psykos och liknande tillstånd är en biologisk sjukdom. Detta utan att redovisa något vetenskapligt säkert belegg för att så skulle vara fallet. Tvärtom framgår av aktuell forskning att genesen måste ses som beroende av flertalet samverkande faktorer av biologisk, social och psykologisk art.

Det här är en patientgrupp som till stor del är i behov av komplexa vård- och stödsatser och beprövad erfarenhet visar att läkemedelsbehandling i många fall endast bör ses som en del av behandlingsutbudet.

### **Brister och oklarheter i riktlinjerna**

Det är i Socialstyrelsens skrivning oklart hur man *avgränsar* de olika tillstånden från varandra. Schizofreni och liknande tillstånd respektive psykos används i skrivningen. Schizofreni är mer avgränsat, psykostillstånd en vidare grupp av tillstånd som även inbegriper personlighetsstörningar och som vi idag vet drar stor nytta av psykologisk behandling.

Socialstyrelsen har som utgångspunkt för riktlinjearbetet utgått från den biologiskt inriktade psykiatrins synsätt vars definitioner helt utgår från symptombeskrivningar. Med denna utgångspunkt blir det svårt att skilja olika tillstånd från varandra eftersom symptomöverlappning mellan de olika tillstånden är vanligt. Att man inte dragit nytta av den stora psykoanalytiska/psykodynamiska kunskaps- och erfarenhetsbank som finns inom detta område anser vi innebär en allvarlig brist i behandlingsmöjligheterna för den aktuella patientgruppen.

### **De psykosociala insatsernas syfte och mål**

RPC ser en stor risk i att riktlinjernas rekommendationer kan tolkas som om målsättningen med de psykosociala insatserna är att hela patientgruppen skall betraktas som kroniker, dvs att det huvudsakligen handlar om symtomlindring och beteendeanpassning. Vi vet idag att många i den här gruppen, med rätt sammansatta vårdinsatser, har stora möjligheter till återhämtning, tillfrisknande och personlighetsutveckling. I detta sammanhang tycker vi också att det är nödvändigt med ett klagörande av begreppet följsamhet i jämförelse med t ex inflytande.

### **Vetenskapligt underlag**

När det gäller det vetenskapliga underlaget har man valt att endast söka efter översikter som omfattar RCT-studier och i en del fall, då översikter saknas, att titta på enskilda RCT-studier. Genom att bortse från all övrig forskning inom området såsom naturalistiska och kvalitativa studier samt även från beprövad erfarenhet har det redovisade vetenskapliga underlaget

genomgående blivit mycket tunt. Det konstateras också vid ett flertal tillfällen att det är otillräckligt för att göra någon bedömning. Trots detta görs ändå bedömningar som sen blir underlag för rekommendationer.

Värderingen av psykodynamisk psykoterapi (s.32, vetenskapligt underlag) utgör ett exempel på detta. Bedömningen grundar sig på endast en Cochrane-översikt från 2009. Man kommer fram till att "... vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om psykodynamisk terapi har effekt jämfört med medicinering eller i tillägg till medicinering eller i jämförelse med annan psykologisk behandling." Trots detta drar man sedan i rekommendationerna mycket långtgående slutsatser när man skriver att hälso- och sjukvården endast i undantagsfall bör erbjuda psykodynamisk terapi och ger det prioritet 10.

RPC ser det som ytterst olyckligt och anmärkningsvärt att den internationellt renommerade behandlingsforskning som gjorts i Norden ej tas tillvara. Erfarenheter de senaste decennierna från t ex Finland (Alaananen m fl.), Norge (Karterud m fl.) och Sverige (Cullberg, Levander, Sandin, Werbart, Villemoes m fl.) och mer internationellt (Read, Mosher m fl.) lyser med sin frånvaro i det vetenskapliga underlaget för rekommendationerna.

RPC menar att riktlinjearbetet skulle ha mycket att vinna på att ta hänsyn till all den övrig forskning och utvärdering utöver rena RCT studier som gjorts på området. RCT studier lämpar sig inte för att studera annat än avgränsade insatser, vilket när det gäller psykosbehandling oftast inte är relevant. Oftast är vårbilden komplex, varierande och utsträckt över en längre tidsrymd.

Vi kan också konstatera att de beskrivningar av psykodynamisk psykoterapi som ges inte berör psykodynamisk psykospsykoterapi utan är mer teoretiska beskrivningar som rör psykoterapi med väsentligt jagstarkare personer.

RPC ser det som anmärkningsvärt att man vare sig i beskrivning av problematik eller av behandling relaterat till den samlade kunskap om psykodynamisk psykospsykoterapi som finns.

### **Psykologisk behandling**

Stödterapi rekommenderas som icke-göra. Men det är oklart hur riktlinjerna avgränsar begreppet stödterapi. Den vanligaste stödterapeutiska interventionen är medicinering. Stödterapi innefattar att ta över ansvar och funktioner, att lugna, skydda och trösta, ge råd. Man ordnar mer i den yttre miljön som kan underlätta för personen, än att rikta sig mot den inre miljön och personlig förändring och utveckling.

Begreppet stödterapi innefattar numera ofta jagstärkande terapi. Jagstärkande förhållningssätt innebär att erbjuda utrymme för bekräftelse av känslor, tankar och bekymmer. Grunderna för jagstärkande effekter är att erbjuda person- och tidsmässig kontinuitet, förutsägbarhet, erbjuda utrymme för känslor och tankar som då kan sorteras och bli meningsfulla, att erbjuda möjlighet att sätta ord på företeelser så de blir mer konkreta och hanterbara, erbjuda identifikation och modellinläring. Social träning, som ju är arbete i, med och av en grupp, är också jagstärkande och tillhör grupp- respektive beteendeterapins metoder.

Rekommendationerna beskriver kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk psykoterapi utifrån helt olika utgångspunkter. Beteendeterapin beskrivs utifrån hur och när den kan tillämpas, emedan psykodynamisk psykoterapi beskrivs enbart teoretiskt och utifrån arbete med klienter som har avgränsade besvär och är mer självständiga individer. Psykodynamisk behandling anpassad till psykosproblematik berörs inte alls, vilket är anmärkningsvärt eftersom den bild som ges blir missvisande.

Familjearbete och tidig intervention nämns. Krisperspektivets betydelse, som finns rikligt dokumenterat i ett flertal studier, nämns inte alls i detta sammanhang, vilket är oroväckande.

D:\Hemsidor\RPC-ny2010\dokument\Synpunkter-riktlinjer-SoS-Schiz.doc

**Postadress**  
Engelbrektsgatan 35 B  
114 32 STOCKHOLM

**Telefon**  
Kansli 08 - 20 15 89  
**E-post** rpc@rpc.nu

**Telefax**  
08 - 20 92 57

**Bankgiro**  
5809-4467

**Postgiro**  
850620-6

**Org nr**  
802005-7132

Det torde inte vara svårt att föreställa sig att närstående upplever psykosinsjuknandet som traumatiskt, eller patientens ångest och kris i att världen runtomkring tycks vara förändrad och mer hotfull än den tidigare kända.

Rangordningen i prioriteringsgrader av olika psykologiska behandlingsmetoder verkar på ett ensidigt sätt styrts av tillgången till RCT-studier. Detta har fått till följd att man helt utmönstrar psykodynamisk psykoterapi till förmån för kognitiv psykoterapi. När det gäller icke-verbala behandlingsmetoder utmönstrar man bildterapi men lyfter fram musikterapi, som det verkar av liknande skäl. Detta ser RPC som märkligt och olyckligt.

Rekommendationerna har utformats utan att redovisa betydelsen av att använda sig av den erfarenhet och kunskap om schizofrena och andra psykotiska tillstånd, som finns inom det psykodynamiska fältet när det gäller de enskilda individernas upplevelser av sig själva och andra. Många i målgruppen lider av ångest, svårigheter att vara självständiga och att tänka symboliskt. Nationella riktlinjer bör ju vara stöd för en organisation som bemöter denna psykologiska situation adekvat. Hur är det tänkt att bemötande och effektiv behandling av psykosproblematik ska äga rum och utvecklas utan hjälp av den djupare förståelse av de ofta förvirrande processer som utvecklas i möten med psykotiska patienter som just det psykoanalytiska/psykodynamiska kunskapsområdet bidrar med? Någon konsekvensanalys av att man utmönstrar psykodynamisk psykoterapi redovisas inte heller. Det är den farmakologiska, medicinska behandlingen som har företräde och vidare diskussion av konsekvenser av detta ignoreras. RPC anser utifrån erfarenhet och kunskap att de nationella riktlinjer självfallet måste medföra stöd för att kvalificerad psykoterapeutisk behandling med självklarhet ingår i behandlingsutbudet för denna patientgrupp. I den psykiatriska verkligheten är det stora problemet helt klart den allt för ringa tillgången till psykoterapi!

#### **Avdelningsvård**

Riktlinjer för dygnsvård, avdelningsvistelse, saknas. De flesta schizofrenipatienter och klienter kommer i tid efter annan att befinna sig i olika former av gruppsammanhang.

Vårdmiljöbegreppet och de kunskaper som finns kring hur vårdklimatet utformas och bör innehålla, saknas helt. En avdelning har en grupp av patienter att vårda och det bör finnas riktlinjer för hur man bäst organiserar detta. Som exempel kan en avdelning ha möten med patienter och personal, där det ges tillfälle till pedagogik, information och att realitetsanpassning tränas. Vidare kan avdelningar ha olika former av gruppbehandling, där ytterligare framsteg kan göras i förmåga till mellanmänskliga erfarenheter som kan verka för ökad autonomi. Men gruppterapi anges i riktlinjerna enbart utifrån beteendeterapi och i forskningssammanhang. Hur ska man som medarbetare på avdelningar för psykosproblematik tolka och förhålla sig till detta, där man organiserar arbetet i olika grupper?

#### **Handledning**

Förslaget på riktlinjer tar endast i liten utsträckning upp frågan om handledning av personal, som arbetar nära personer med psykosproblematik. Eftersom funktionsnedsättningen berör teman som beroende, osjälvständighet, ångest, svårigheter med gränser inifrån/utifrån i kontakten med den andre, kommer personal/behandlare att påverkas i känslor och tankar. Men detta svåra arbete kräver ett tryggt utrymme för medarbetare att kunna känna och tänka efter i, så att kontakten och relationen med brukaren leder till utveckling. Detta utrymme organiseras i olika typer av handledning. Arbete med psykosproblematik medför att man som personal/behandlare emellanåt kommer att förlora fotfästet, bli osäker, förvirrad och uppgiven. Dessa känslor är ofta ett gensvar på att man är i kontakt med den andres förvirring och svårigheter. God kontinuerlig handledning ger förståelse för dessa processer samt en ökad förmåga att härbärgera svåra känslor, vilket i sin tur ökar förståelsen för patienten. RPC anser att handledning måste vara en självklar del i vården av denna patientgrupp.

### **Samarbete mellan olika vårdgivare**

Riktlinjer bör i detta sammanhang ange hur vi tar itu med att patienter/klienter ofta bemöts på olika sätt av ett stort antal vårdgivare. Konsekvenser av detta problematiseras helt riktigt i de preliminära riktlinjerna, i bilaga 3, sid 121, sista stycket; "... relationer och kontakter med ett flertal behandlare/personal." Psykiatri och socialtjänst är viktiga för att erbjuda omsorg och omvårdnad. Psykoterapi är viktigt för att sätta igång en personlighetsutveckling. Ömsesidig respekt är viktigt för att båda instanserna måste och ska dra åt samma håll. Om detta inte fungerar överger vi personer med schizofreni och psykosproblematik!

### **Sammanfattningsvis anser RPC att:**

Riktlinjerna ska beskriva hur vård och åtgärder ska sträva mot ökad självständighet för brukaren.

Riktlinjerna ska ta hänsyn till att det är nödvändigt med anvisningar om hur man etablerar samarbete och vidmakthåller en relation för att kunna sätta sig in i brukarens situation och upplevelsevärld.

Riktlinjerna ska ge möjlighet till att det kan utvecklas ett grundläggande innehåll inom slutenvård, såsom krav på vårdmiljöfaktorer, gruppmöten och gruppterapi.

Riktlinjerna ska stödja olika former av psykoterapi, likvärdig andra interventioner.

Riktlinjerna ska betona betydelsen av tidig intervention, familjearbete, krisintervention.

Riktlinjerna ska betona betydelsen av handledning för personal.

Stockholm som ovan

Bengt Sandström

leg psykolog, leg psykoterapeut, psykoanalytiker IPA, lärare och handledare i psykoterapi  
Ordförande i Riksföreningen PsykoterapiCentrum - RPC

Paul Benér

leg psykolog leg psykoterapeut, lärare och handledare i psykoterapi  
styrelseledamot i riksstyrelsen Riksföreningen PsykoterapiCentrum - RPC

Hanna Sitter Randén

leg psykoterapeut, psykospsykoterapeut, lärare och handledare i psykoterapi  
sakkunnig i psykosfrågor för RPC

Margareta Mörner

leg sjukgymnast, leg psykoterapeut, lärare och handledare i psykoterapi  
VU riksstyrelsen RPC