



Stockholm 2009-06-11

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm

Remissvar: Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar

Psykologförbundet har fått möjlighet att lämna synpunkter över rubricerade riktlinjer.

Sammanfattning

Psykologförbundet välkomnar initiativet till Nationella riktlinjerna för depressionssjukdom och ångestsyndrom. Att psykologisk behandling lyfts fram i riktlinjerna som ett alternativ till läkemedel för personer som lider av depression eller ångest är mycket positivt. SBU lämnade redan 2004 en rapport om evidensbaserad vård för depressionssjukdomar, och där angavs flera psykologiska behandlingsmetoder med god evidens. Trots detta har väldigt lite hänt och patienter erbjuds psykologisk behandling som behandlingsalternativ i mycket liten omfattning. Förhoppningsvis kommer riktlinjerna att bidra till att det skapas incitament och förutsättningar för en bättre och en mer patientfokuserad vård för personer med depression och ångest och att patienter med psykisk ohälsa ges en reell möjlighet att välja behandlingsalternativ och att den psykiska hälsovården blir mer jämlik.

Förbundet konstaterar att när begreppet psykologisk behandling för kanske första gången så uttryckligen anges i, av Socialstyrelsen utgivna, riktlinjer så nämns inte med ett enda ord den enda yrkesgrupp som i sitt yrkesutövande har formell kompetens att bedriva psykologisk behandling – psykologerna. I riktlinjerna nämns dock på ett flertal ställen andra yrkeskategorier som ska ansvara, bedöma, behandla och utvärdera vården av patienterna. Förbundet anser det är mycket anmärkningsvärt att psykologer överhuvudtaget inte nämns i riktlinjerna. Socialstyrelsen betonar vikten av att psykologisk behandling ska bedrivas med god kvalitet och ges av behandlare med god kompetens inom området. Psykologer har genom sin grundutbildning och praktik fördjupade kunskaper i psykologisk utredning, diagnostik och behandling. För att adekvat diagnostik, kanske främst inom primärvården, och patientsäker vård med psykologiska behandlingsmetoder ska kunna bedrivas så måste detta kvalitets- och kompetenssäkras genom psykologer.

Enligt Socialstyrelsen kommer den slutliga versionen att kompletteras med diagnostik och bedömning. Förbundet vill understryka vikten av att riktlinjerna kompletteras med ingående beskrivningar av den diagnostiska processen som behöver föregå all behandling. Sådan diagnostik kan inte inskränkas till angivande av diagnoser hänförliga

till DSM eller ICD, utan fördjupas och förfinas för att ställningstagande till adekvat behandlingsinsats ges till varje enskild individ. Diagnostiken måste därför utföras av personal med god kompetens.

Förbundet kommer inledningsvis att lämna allmänna synpunkter på riktlinjerna för att sedan kapitelvis ge kommentarer och synpunkter. Specifika synpunkter kring funktionshindrade, respektive postnatal depression samt depression och ångest under graviditet bifogas från förbundets föreningar inom respektive område, POMS - Handikappspsykologernas Yrkesförening och Mödra- och barnhälsovård psykiologernas förening.

Allmänna synpunkter

Att genomföra de förändringar i hälso- och sjukvården som måste komma till stånd med anledning av riktlinjerna är ett omfattande arbete men som bygger för framtida mera adekvata vårdutbud. Primärvården har som institution och i sin organisation inte anpassats till förändringen av sjukdomsdiagnoser. Tyngdpunkten ligger alltså på att ta hand om människors kroppsliga symtom. Undersökningar visar till exempel att patienter inte tar upp psykiska problem eftersom man inte tror att man kan få sådan hjälp på vårdcentralen eller att det inte ges tid att ta upp sådana problem med läkaren (*Den dolda psykiska ohälsan bland unga vuxna som uppsöker vårdcentral*, Karolinska institutets folkhälsoakademi 2009:3). Den psykiska hälsovården inom primärvården måste förändras och anpassas efter patienternas behov.

Förbundet menar att det är viktigt att uttrycka sig generellt om hälso- och sjukvårdspersonal. För att stärka patientsäkerheten och kontinuiteten i vården är det viktigt att patienten får träffa den personal som är bäst lämpad att utföra vården. Till exempel bör kraven på att återbesök ska ske hos läkare ersättas med att återbesök ska ske hos ansvarig behandlare. Detsamma gäller vem som ska göra den första bedömningen samt uppföljning och utvärdering.

Socialstyrelsen hänvisar till brist på adekvat kompetens, särskilt KBT och IPT. Förbundet efterlyser en kartläggning med anledning av denna kompetensbrist.

Förbundet saknar i riktlinjerna ett avsnitt om prioriteringarna. En tydlig beskrivning av kopplingen mellan bedömd effekt och prioriteringar bör finnas med.

Inledning

Samsjuklighet

Socialstyrelsen har valt att avgränsa riktlinjerna till att gälla diagnoserna depressionssjukdomar och ångestsyndrom. Det är dock viktigt att påpeka att dessa sjukdomstillstånd sällan är så avgränsade som de är i många av de studier som ligger till

grund för effektbedömningen. Graden av samsjuklighet är omfattande vilket ställer höga krav på kompetens vid diagnostik och behandling.

Dessutom vill förbundet uppmärksamma att kategorin ”psykisk ohälsa” som Socialstyrelsen undantar från målgruppen för dessa riktlinjer, men som enligt vissa studier utgör 25-30 % av primärvårdens patienter, rymmer mänskligt lidande av ofta betydande grad, även bland dem som inte formellt till fullo uppfyller kriterierna för diagnoserna depression och ångest. Detta ställer krav på stor psykologisk kompetens i bemötande, bedömning och behandling.

Kompletteringar i slutlig version

Förbundet vill särskilt understryka vikten av att riktlinjerna kompletteras med rekommendationer om diagnostik och bedömning. För att rätt insatser ska sättas in måste behandlingen föregås av en kvalificerad utredning och bedömning.

Socialstyrelsen avser komplettera riktlinjerna med ett avsnitt som förtydligar de lagstadgade skyldigheterna kring patientinformation. Det är förbundets uppfattning att information till patienten om innehållet i vården och patientens rätt till val av behandlingsmetoder är av avgörande betydelse för att patienternas valmöjligheter ska kunna bli en realitet. Förbundet vill särskilt understryka vikten av att informationen ska vara individanpassad, så att även patienter med olika funktionshinder kan ta till sig informationen.

Rekommendationer

Åtgärder för att förebygga

Förbundet anser att det förebyggande arbetet inom primärvården generellt bör ges en hög prioritet. Förbundet delar Socialstyrelsens uppfattning om skolans betydelse som hälsofrämjande arena för barn och ungas psykiska hälsa. Socialstyrelsen skriver att flera av de föreslagna åtgärderna ligger inom skolans ansvarsområde. För att skolan ska kunna ta detta ansvar måste elevhälsan vara fullt bemannad så att man kan tillgodose behov av såväl medicinsk som psykologisk och social kompetens. Eftersom skola och hälso- och sjukvård lyder under olika huvudmän behövs ett fortsatt arbete för diskussion och utformning av samverkansformer. Förbundet anser att primärvården dock inte kan frångå sig ansvaret för förebyggande åtgärder när det gäller barn och unga.

Flera rapporter pekar på att unga kvinnor tillhör den grupp som har störst risk att drabbas av depression och ångest. Förbundet anser det viktigt att denna grupp särskilt uppmärksammas.

Bedömning och omhändertagande

Detta avsnitt ger ett oklart intryck. Möjligen beror det på att det är i detta avsnitt som rekommendationerna om diagnostik och bedömning av svårighetsgrad slutligen kommer att ligga. En orsak till oklarheten i resonemanget kan vara att gränsdragningen

mellan omhändertagande och diagnostik/ bedömning är diffus och/eller inte klarlagd. Om syftet med denna första fas är att den ska mynna ut i ställningstagande till och rekommendation av adekvat behandling är det nödvändigt att ansvaret för den ligger hos personal med formell och reell kompetens inom områden psykologisk diagnostik och behandling.

Begreppen låg respektive hög intensitet används här i resonemanget om stegvis vård utan att de definieras. Innebär övergången från låg till hög intensitet ”mer av samma” eller kan det även rymma en övergång från en behandlingsform till en annan?

De åtgärder som rekommenderas har enligt genomgången och effektmåtten liten effekt, men rekommenderas ändå. Ett exempel på detta är att ”sammansatta vårdåtgärder” rekommenderas som förstahandsval, trots att stödet för effekten bedöms som litet.

Åtgärder vid egentlig depression och ångestsyndrom

Generellt när de gäller dessa rekommendationer och bedömning av effekt är, att ingen enskild metod kan bedömas fristående från kompetensen hos dess utövare.

I de fall där flera olika behandlingsformer har visat sig vara i stort sett likvärdiga bör detta framgå tydligt i rekommendationerna. I takt med att resultat av vetenskapliga studier om olika behandlingsformer växer fram och presenteras måste detta få återspeglas i riktlinjer och rekommendationer.

Indikatorer för vården av depression och ångestsyndrom + bilaga 5

Förbundet delar Socialstyrelsens uppfattning att det är angeläget att satsa på utveckling av ett modernt kvalitetsuppföljningssystem för att möjliggöra en uppföljning av riktlinjerna. Förbundet vill särskilt peka på vikten att utveckla indikatorer inom primärvården.

Kontinuiteten är viktig för att skapa en god relation mellan patienten och behandlaren. God kontinuitet ökar förutsättningar för följsamhet i behandlingen. Förbundet anser det självklart att kontinuiteten också ska mätas när det gäller hur många patienter som har träffat samma behandlare och inte enbart mäta kontakten med samma läkare.

Beskrivning av åtgärder (bilaga 1)

Psykologisk behandling av god kvalitet

Psykologförbundet ifrågasätter starkt att psykologer inte nämns under punkten kompetenskrav för psykologisk behandling. Psykologer är den enda yrkeskategori vars examensmål explicit kräver fördjupad förmåga att bedriva psykologisk behandling.

För legitimation som psykolog krävs dessutom ett års praktisk tjänstgöring. Enligt föreskrifterna ska minst hälften av den praktiska tjänstgöringen omfatta individriktat psykologarbete, vilket innebär psykologisk utredning och bedömning samt behandling och rådgivning. Psykologer har således formell kompetens att självständigt under eget yrkesansvar bedriva psykologisk behandling.

För de fall psykologisk behandling utförs av personer som saknar legitimation för yrket är det viktigt ur patientsäkerhetssynpunkt att behandlingsansvaret tydliggörs. Förbundet anser att behandlingsansvaret bör ligga hos handledaren som bör vara en erfaren psykolog eller psykoterapeut. Handledaren har då också ansvaret för att bedöma om behandlaren har tillräcklig kompetens och erfarenhet för varje enskilt patientärende.

Det kan inte nog betonas hur viktig den psykologiska kunskapen och kompetensen är för att psykologisk behandling ska utövas på ett patientsäkert sätt! God kompetens innebär något mer än specifik utbildning i *en* metod. Detta gäller för övrigt även inom andra yrkesområden inom vården. Diagnostik, behandling och kunskap att kunna agera och förhålla sig till komplikationer, och till patientkaraktäristiska faktorer – individuella förutsättningar – förutsätter en bredd i den psykologiska kompetensen. Detta kan inte tillgodoses genom metod-/teknikspecifika kurser.

Socialstyrelsen har angivit att behandlaren ska ha minst grundläggande utbildning i psykoterapi. Eftersom den grundläggande psykoterapiutbildningen inte är reglerad och att kvaliteten och innehållet på utbildningarna varierar kraftigt ställer sig förbundet tveksamt till att man i riktlinjerna anger en sådan utbildning som kompetenskrav. Högskoleverket har också i sin rapport - Utvärdering av psykoterapeututbildningar vid universitet och enskilda utbildningsanordnare (2007:30 R) – starkt ifrågasatt att utbildningen är helt oreglerad och att den inte granskas av någon. Högskoleverket har nu fått regeringens uppdrag att bl.a. utreda den grundläggande psykoterapiutbildningen. Förbundet anser att man i riktlinjerna istället bör lyfta fram kravet på att behandlaren ska ha reell kompetens och att handledaren ansvarar för att bedöma om behandlaren har tillräcklig kompetens.

Vidare anser förbundet att detta avsnitt bör kompletteras med kompetensbeskrivning när det gäller utredning och diagnostik.

Förbundet föreslår följande lydelse för avsnittet som gäller kompetens för psykologisk behandling. (s. 57)

"Åtgärder inom hälso- och sjukvården ställer krav på formell behandlarkompetens för psykologisk såväl som läkemedelsbehandling/annan medicinsk behandling. Formell kompetens att självständigt under eget yrkesansvar bedriva psykologisk behandling har den som är legitimerad psykolog eller genomgår föreskriven praktisk tjänstgöring för psykologer eller är legitimerad psykoterapeut. Annan hälso- och sjukvårdspersonal som saknar formell kompetens för psykologisk behandling men som bedöms ha reell kompetens för uppgiften kan efter delegation och under handledning av en erfaren legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut utföra viss psykologisk behandling. För att uppnå reell kompetens krävs minst grundläggande utbildning i psykologisk behandling/psykoterapi. Behandlingen sker i dessa fall inom ramen för den handledande psykologens eller psykoterapeutens yrkesansvar.

Vid behandling av komplexa tillstånd rekommenderas att behandlaren är legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut."

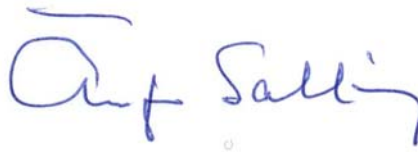
Bilagor:

Yttrande från POMS - Handikappspsykologernas Yrkesförening och Mödra- och barnhälsovårdpsykologernas förening.

Sveriges Psykologförbund



Lars Ahlin
Förbundsordförande



Örjan Salling
Förbundsdirektör