

Stockholm 2011-06-19

Remissvar från RPC avseende Rehabiliteringsrådets slutbetänkande

I Sverige finns en väletablerad och reglerad specialistutbildning för läkare, psykologer, socionomer m.fl. som ger behörigheten leg. Psykiaterapeut. Specialisering sker inom flera vetenskapligt utprovade behandlingsmetoder, varav flertalet specialister (tre fjärdedelar av kåren) har kompetens inom området psykodynamiska behandlingsmetoder. Riksföreningen PsykiateriCentrum (RPC) är en intresseförening för psykodynamisk behandling och den förening som organiserar flest legitimerade psykiaterapeuter i Sverige. RPC har för närvarande ca 1150 medlemmar.

RPC har följt implementeringen av rehabiliteringsgarantin avseende behandling av patienter med psykiska besvär för återgång i arbete. RPC har noga följt de utvärderingar och rapporter som skrivits och därutöver tagit del av mängder av bekymrade kommentarer från patienter, behandlare och organisatörer ute på fältet.

Vi finner till vår förvåning att nu aktuella förslag i Rehabiliteringsrådets slutbetänkande, trots omfattande kritik och ringa resultat i utvärderingar, innehåller mycket av de grunddrag som lett till rehabiliteringsgarantins begränsade resultat och negativa konsekvenser.

Vi vill därför lämna följande synpunkter, avseende främst tre problemområden som vi kan se: *Hänsyn till patientgruppens komplexitet, Krav på behandlarnas utbildning och kompetens samt Behovet av bredd och mångfald av behandlingsmetoder.*

Hänsyn till patientgruppens komplexitet

RPC tycker det är mycket **bra** att man bestämt sig för att satsa stort på behandling och rehabilitering för gruppen med psykiska svårigheter. I denna grupp dominerar, avseende vårdkonsumtion och sjukskrivning, främst patienter med komplex problematik (samsjuklighet) av samtidigt olika psykiatriska symtombilder, personlighetsstörningar och social utsatthet. Obehandlad, eller med alltför okvalificerad behandling, leder komplex psykisk problematik ofta till långa sjukskrivningar och svårigheter att återgå i arbete. Samhällets kostnader för detta, tillsammans med det mänskliga lidandet för patienter och deras familjer, är självfallet enormt. Traditionellt har vården för dessa patienter mest erbjudit kortare, symtomdämpande insatser, i form av psykiofarmaka eller KBT. Detta gäller tyvärr också rehabiliteringsgarantins inriktning.

I Rehabiliteringsrådets slutbetänkande nämns känd effekt av psykodynamisk behandling för denna grupp, dock utan att detta syns i föreslagna förändring eller ny vårdinsatsning. Det är mycket förvånande då psykodynamisk terapi, utifrån senare års studier och metastudier, väl uppfyller kraven på empiriskt validerad och evidensbaserad behandling. Aktuell empirisk forskning har också visat att särskilt vid komplex problematik har psykodynamisk terapi visat kraftfull och varaktig effekt. Behandlingsmetodens inriktning på förändring av patienters specifika strategier och förhållningssätt, bakom olika (ofta flera) former av svårigheter och symtom utgör dess påtagliga styrka i klinisk praxis.

Krav på behandlarnas utbildning och kompetens

Det finns idag ett robust vetenskapligt stöd för att kvalificerad utbildning, avseende bedömning, diagnostisering och skicklighet i terapeutiska tekniker, liksom terapeutens förmåga till värme, empati och *alliance*, är en huvudfaktor bakom patienters förändring och utveckling. Detta faktum gäller oavsett vilken terapeutisk teknik eller metod som används. Kvalitén i psykiaterisk behandling regleras i Sverige (liksom i flertalet andra länder) genom kravet på omfattande specialistutbildning och klinisk erfarenhet. I Sverige garanteras kraven på adekvat, vetenskaplig grundad teoretisk utbildning genom psykiateritjänstexamen, via HSV:s tillsyn. Personlig lämplighet garanteras genom utbildningens krav på handledning, egenterapi och klinisk erfarenhet. Psykiateritjänstexamen, som leder till legitimation i psykiateri, omfattar, *efter* grundläggande psykiateriutbildning inom läkar-, psykolog- eller annan högskoleutbildning, minst 2 års klinisk psykiaterisk praktik + 3 års specialistutbildning.

Rehabiliteringsgarantin förordade att personer med enbart 7–8 veckors snabbkurs i KBT kunde anförtros ansvar för terapi med psykiatriska patienter. Förutom att detta är ett brott mot patienters rätt till säker vård visade resultatet av detta experiment (föga förvånade) inget eller svagt resultat. Det är självfallet mycket allvarligt att patienter med t.ex. depressiva symptom och samtidigt i grunden allvarligare personlighetsrelaterade problem kan hänvisas till personal som saknar kompetens för att bedöma och behandla detta. Detta är att riskera patientsäkerheten.

Vi finner det oerhört förvånade att Rehabiliteringsrådet i sitt förslag inte tydligt ansluter sig till och klart markerar att leg. Psykiateri är ett grundkrav för att utöva psykiateri. Det faktum att etablerade och utprovade terapier, som psykodynamisk terapi, interpersonell terapi, kognitiv beteendeterapi, m.fl. i forskning visat sig vara effektiva behandlingar *gäller enbart* under förutsättning att terapeuten har en omfattande och adekvat utbildning.

Behovet av bredd och mångfald av behandlingsmetoder

Vid forskning och forskningsvärdering av behandling är det numera internationellt vedertaget att tillämpa EBP (Evidence-Based Practice). Att som tidigare enbart se till antalet publicerade RCT-studier, och utifrån detta göra prioriteringslistor (som skedde i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*, 2010) rekommenderas inte av forskningen. Experimentella studier övervärderas därmed och hänsyn tas inte till kliniskt relevanta faktorer som effektstyrka, resultatets varaktighet, patientens lämplighet och egna preferenser. Numera förordas istället följande tre faktorer att gälla för att evidens skall föreligga: (1) att behandlingsmetoden har gott samlat vetenskapligt stöd för behandling av både homogena och heterogena diagnosgrupper (där både RCT-studier och naturalistiska studier beaktas), (2) att patientens specifika behov och resurser beaktas samt (3) att hänsyn tas till patientens egna önskemål. Detta innebär att evidens alltid innebär att patientens behov och preferenser vägs in i valet mellan flera, var för sig vetenskapligt förankrade, behandlingsmetoder.

Patientens valfrihet, att välja mellan olika vetenskapligt utprovade behandlingsalternativ, bör garanteras och vara i linje med internationell vårdstandard.

Inom EU pågår ett vetenskapligt samarbete för utveckling av psykiateri, där både psykodynamiska och kognitiva beteendeterapeutiska behandlingsmodeller ses som likvärdiga och vetenskapligt förankrade metoder. Vi har inte funnit något vetenskapligt stöd, eller något annat

skäl, för att Sverige skall avvika från övriga EU i denna ståndpunkt och därmed riskera att stå utanför samarbete och gemensam utveckling.

Sammanfattande synpunkter

1. Psykiska problem som orsak till svårigheter att återgå i arbete härrör i allmänhet från en komplex psykisk problematik, där både symtom, personlighetsfaktorer och social belastning är av betydelse. Detta faktum är avgörande för val av behandlingsmetod där en generell prioritering av enkla symtominriktade modeller i allmänhet är otillräckligt (vilket påvisats genom ett bristfälligt resultat av rehabiliteringsgarantin, liksom i aktuell forskning).

2. Kvalitet i psykioterapeutisk behandling kan enbart garanteras genom att använda legitimerade psykioterapeuter vid bedömning och behandling. Val av adekvata metoder för varje unik patient är en fråga inom ramen för denna kompetens, inte ett vårdideologiskt ställningstagande för Rehabiliteringsrådet.

3. Genom direkt finansiellt stöd (1,5 miljarder för 2010 och 2011) från SKL till enbart KBT-behandling (oavsett kompetens hos behandlare) har patienters rätt och mottagningars möjligheter till bred och patientanpassad behandling starkt begränsats. Åtgärden saknar helt vetenskapligt stöd (och kan enbart förstås utifrån inflytande från specifika särintressen). Psykiodynamisk behandling och KBT är båda evidensbaserade behandlingar, med ett kraftfullt vetenskapligt stöd för generell lika effektstyrka. Ett brett behandlingsutbud, där olika vetenskapligt baserade metoder finns tillgängliga och kan komplettera varandra, är bättre än ett snävt, ensidigt.

I enlighet med ovan rekommenderar vi att Rehabiliteringsrådet ger SKL i uppdrag att garantera en bredd i vårdens behandlingsutbud avseende psykioterapi, där både Psykiodynamisk behandling och KBT ges lika tillgänglighet, ekonomiska villkor och kompetensförankring.

Samtidigt som detta innebär ett större vårdutbud och en större valfrihet för patienter, innebär det också ett bättre utnyttjande av befintlig kompetens av erfarna och välutbildade psykioterapeuter, med direkt effekt utan stora kostsamma utbildningssatsningar. Det anknäyer också på ett adekvat sätt till hur behandling idag organiseras, både inom EU och inom övriga nordiska länder.

Stockholm som ovan

Lance Cederström
Leg psykioterapeut
Ordförande i RPC

Gunnar Bohman
Leg psykolog, leg psykioterapeut
Med. Dr. i psykioterapi
Styrelseledamot i RPC