

2017-02-28

Remissvar: Socialstyrelsens uppdaterade riktlinjer för depression- och ångesttillstånd

Vi vill först och främst tacka för möjligheten med att få komma med synpunkter på Socialstyrelsens nya riktlinjer för depression- och ångesttillstånd.

Hälso- och sjukvården står idag inför en betydande nationell utmaning. Primärvården har länge haft svårigheter med att detektera och diagnosticera patienter med ångest- eller depressionsproblematik¹. En logisk konsekvens av detta är att tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling i dagsläget är kraftigt eftersatt. En aktuell studie från primärvården i Stockholm (en del av landet där tillgången till psykologisk behandling är förhållandevis hög²) visar exempelvis att endast 7 procent av patienterna fick en diagnos och mindre än 3 procent fick träffa "psykosocialt skolad personal" exempelvis psykolog vid minst ett tillfälle³. I Sverige har förskrivningen av antidepressiva mediciner ökat markant det senaste decenniet och OECD⁴ varnar oss i en aktuell rapport för en överförskrivning vid diagnoser som i första hand ska behandlas med psykologiska metoder.

Socialstyrelsens uppdaterade riktlinjer är därför efterlängtade och viktiga. SKPF:s styrelse har läst dokumentet noggrant och bedömt följande punkter:

Värdering av forskningen enligt GRADE

1. SKPF:s styrelse har detaljgranskat Socialstyrelsens metod, resultat och slutsatser på flertalet behandlingar och indikationer. Vi anser att Socialstyrelsen har gjort ett formidabelt jobb avseende metod, resultat och värdering av forskningsläget. Den värdering/slutsatser av forskning som Socialstyrelsen drar är giltig och rimmar väl med andra riktlinjer från ex. NICE och Cochrane.

Ändringsförslag: Inga.

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

2. SKPF:s styrelse har detaljgranskat Socialstyrelsens text kring ekonomiska konsekvenser. Vi anser att Socialstyrelsens slutsatser är välgrundade och rimmar väl med internationell forskningslitteratur i ämnet.

Ändringsförslag: Inga.

3. Vi instämmer i Socialstyrelsens analys av vikten att genomföra en noggrann somatisk anamnes/undersökning. Detta är av särskild vikt för stora delar av populationen med depression- och ångestproblematik som löper en förhöjd risk att drabbas av flertalet olika somatiska åkommor. Slutsatserna rimmar väl med internationell vetenskaplig litteratur i ämnet.

2017-02-28

Ändringsförslag: Inga.

4. Vi instämmer till stora delar i Socialstyrelsens analys av vikten med psykopedagogiska insatser. En potentiell fara vi ser är att insatsen stannar just vid psykoedukation och att många patienter inte får den fulldosbehandling som de behöver. Det finns exempelvis en välgjord studie vid barn med OCD som visar att enkom psykoedukativa insatser är signifikant sämre än att ge fulldos KBT eller SSRI⁵. Vi ser en potentiell risk att vården använder det minst resurskrävande alternativet här vilket riskerar att man ger en billigare behandling men med avsevärt sämre effekt.

Ändringsförslag: Vi föreslår att man i dokumentet understryker vikten av att psykopedagogisk behandling ska fungera som ett komplement men inte ska ersätta mer resurskrävande psykologisk behandling för de med svår psykiatrisk problematik.

5. Vi instämmer delvis i Socialstyrelsens analys av hur bäst etablera kvalitetsindikatorer. Vi är eniga med Socialstyrelsen att patientregistret kan fungera som en god metod för att undersöka vissa aspekter av psykologisk/farmakologisk behandling. Dock saknar vi riktlinjer för mer symptomspecifika utfallsmått. Vi anser att varje enskild mottagning bör systematiskt utvärdera sina behandlingseffekter och dessa effektmått ska kunna vara jämförbara med andra mottagningar i landet. Ett lyckat exempel på just detta är IAPT (improving accessibility to psychological treatments) i England där samtliga mottagningar i landet använder diagnosspecifika utfallsmått och det är enkelt att jämföra effektiviteten mellan olika mottagningar. Man har nyligen etablerat ett globalt kvalitetsregister (ICHOM) med standardiserad mått för samtliga ångest- och depressionstillstånd⁶.

Ändringsförslag: Vi föreslår att Socialstyrelsen utvecklar en plan för att standardisera och rekommendera symptomspecifika utfallsmått. Om Sverige lyckas med detta skulle hälso- och sjukvården smidigt kunna identifiera mottagningar med undermåliga resultat och därmed få underlag för kvalitetsförbättring. Detta skulle öka den geografiska jämlikheten och därmed också öka patientsäkerheten. Resursutnyttjandet skulle öka på kort sikt men de skulle förmodligen löna sig på längre sikt.

6. Det är oklart vad som avses med "terapeut" i riktlinjerna. Terapeut är vare sig en skyddad eller en legitimationsgrundad titel. Det innebär att vem som helst kan kalla sig terapeut, exempelvis en skötare, en präst eller en busschaufför. Det faller naturligtvis på sin egen orimlighet att personal utan någon som helst krav på utbildning eller kunskaper, anses kunna handha komplexa psykiatriska sjukdomstillstånd inom ramen hälso- och sjukvården. Det blir vidare märkligt att Socialstyrelsen på detta sätt ger sanktion till en utbildningsmarknad som ligger utanför de regleringar som gäller för examina vid högskola. Vi menar att formuleringar av denna typ i ett dokument för styrning och ledning, riskerar att skapa en ansvarsdiffusion och i förlängningen inte gynna patientsäkerheten.

Legitimerade psykologer har i sin femåriga yrkesutbildning gedigen kunskap om klinisk psykologi, vilket gör att psykologer kan bedöma, diagnosticera, behandla och ut-

2017-02-28

värdera direkt efter yrkesexamen och utfärdande av legitimation. Psykologer har dessutom gedigen kunskap i vetenskaplig metod och har avancerade kunskaper i att bedöma och värdera nya forskningsrön. Vi bedömer det av högsta vikt att den som skall behandla personer med ångest och depression, kan göra en allsidig psykologisk bedömning och utvärdering för att behandling ska bli så effektiv som möjligt. Det kan röra en första neuropsykologisk screening för att se tecken på demens hos äldre nedstämda, eller utvecklingsrelaterad problematik. Det kan också röra komplexitet i form av avancerad samsjuklighet med eller utan personlighetssyndrom, smärttillstånd eller beroendeproblematik. Utan en sådan bedömning blir behandlingen ineffektiv, då evidensbaserad psykologisk behandling idag är syndromspecifik och förutsätter en adekvat diagnostik. De flesta lärosäten ger även psykologer möjlighet att fördjupa sig i både kognitiv- beteendearterade terapier och psykodynamiska, vilket utifrån nuvarande rekommendationer och riktlinjer, ger psykologen tillgång till flera metoder med god evidens vid ångest och depression.

Ändringsförslag: Vi föreslår att Socialstyrelsen ändrar benämningen "terapeut" till "legitimerad psykolog och/eller legitimerad psykoterapeut". Vi bedömer att en sådan ändring skulle öka patientsäkerheten för patienter med psykisk ohälsa vilket vi bedömer ligger Socialstyrelsens intresse.

7. Vi bedömer att Socialstyrelsens beskrivning om primärvården och vad som sker på "psykologiska institutioner" utifrån ett par enskilda exempel är missvisande och saknar empirisk grund. SKPF:s styrelse har undersökt frågan noggrant och funnit följande:

Vid de olika lärosätena som har examinationsrätt för psykologer så examinerades det, enligt de uppgifter vi har fått fram, 643 psykologstudenter 2016. Det innebär en ökning med 220% under de senaste tio åren. Det finns dessutom 817 specialistbehöriga psykologer inom området klinisk psykologi i Sverige. För närvarande genomför cirka 2400 psykologer sin kliniska specialistutbildning.

Det finns 1178 vårdcentraler i Sverige och flertalet av dessa vårdcentraler saknar helt tillgång till psykolog². Som Socialstyrelsen skriver⁷ så finns det ett för stort underskott av kompetent personal inom primärvården, för att riktlinjerna skall kunna implementeras och efterföljas. Trots att var tredje patient på vårdcentralen har psykisk ohälsa, klarar vården bara av att diagnostisera var fjärde fall av ångest- eller depression. Ännu färre erbjuds rekommenderad behandling¹. Psykologer är den yrkeskår som är väl skaffade för att bedriva psykologiskt bedömnings- och behandlingsarbete direkt efter sin femåriga yrkesutbildning och 1 års PTP. Psykologisk behandling, speciellt KBT, fungerar inom primärvården och är som mest effektiv om kliniska psykologer ger behandlingen⁸.

Ändringsförslag: Vi föreslår att Socialstyrelsen gör en kompletterande faktakoll rörande fakta kring tillgänglighet av kliniska psykologer. Vi föreslår vidare att Socialstyrelsen stryker beskrivningen om primärvården och vad som sker på "psykologiska in-

2017-02-28

stitutioner”, samt rekommenderar att varje vårdcentral bör ha en legitimerad psykolog som kan ansvara för bedömning, diagnosticering, behandling och utvärdering för patienter med ångest- och depression. Vi menar att detta är nödvändigt för att på ett patientsäkert sätt kunna implementera Socialstyrelsens riktlinjer i primärvården, vilket ligger i Socialstyrelsens intresse och uppdrag.

Vi ber att få tacka återigen för möjligheten att få komma med synpunkter i denna remissrunda, och även tacka Socialstyrelsen för ett gott och viktigt arbete med att ta fram de nya riktlinjerna.

Å styrelsens och granskningsgruppens (SKPF) vägnar

Erik Andersson, leg. psykolog, med. dr.

Pia Faller, leg. psykolog

Linda Gjertsson, leg. psykolog, specialist i klinisk psykologi

Gustav Jonsson, psykologstudent

Emil Lager, psykologstudent

Olof Molander, leg. psykolog, doktorand

Moa Pontén, psykologstudent

Peter Westberg, leg. psykolog

2017-02-28

Referenser

1. Bodlund O. Ångest och depression. Dolt problem i primärvården. *Läkartidningen*. 1997.;94.(49.).
2. Vårdcentralsundersökning 2015. Patienters tillgång till psykolog på landets vårdcentraler. [press release]. 2015.
3. Åsbring N, Dal H, Ohrling M, Dalman C. One in five who visited a health center received help for mental illness. But only 7 percent were given a psychiatric diagnosis, as shown in a database study in Stockholm. *Läkartidningen*. 2014;111(41).
4. Publishing O. *Health at a Glance*. Paris: Paris : OECD Publishing; 2015.
5. Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB, et al. Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *JAMA*. 2011;306(11):1224-1232.
6. (ICHOM). <http://www.ichom.org/>.
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. 2010.
8. Seekles W, Cuijpers P, Kok R, Beekman A, van Marwijk H, van Straten A. Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis. 2013;43(2):351-361.