

Har Sverige rätt vård vid psykisk ohälsa?

I Sverige omfattar vården vid psykisk problematik i huvudsak psykofarmaka samt i viss mån korta självhjälpsinsatser (kort-KBT, Internet-KBT). Andra, mer personcenterade och kontextbaserade behandlingar, som olika typer av psykoterapier, erbjuds sällan eller inte alls (förutom för de som har egna ekonomiska resurser). Frågan är om detta är rätt vård, om det är det bästa och mest kostnadseffektiva sättet att hjälpa människor med psykiska svårigheter – eller om det finns andra och bättre alternativ?

Den samlade effekten av dagens vårdmodell är nedslående, vilket framgår av en rad aktuella myndighetsrapporter. Den psykiska ohälsan i Sverige har fortsatt öka, trots mångåriga och kostsamma investeringar. En kraftigt ökad medicinförskrivning och satsning på korta självhjälpsinsatser i primärvård och psykiatri har inte gett avsedd effekt. Dagens vårdmodell har istället visat sig ge en både dyr och ineffektiv vård, ofta med långa

sjukskrivningar som följd. Bristen på effektiv och relevant vård har dessutom inneburit att både primärvård och psykiatri blivit alltmer överbelastad.

- Samhällets samlade kostnader för psykisk ohälsa har successivt ökat och utgör idag mer än 230 miljarder SEK per år.
- Fler än någonsin tidigare ges psykofarmaka. Detta gäller samtliga ålderskategorier: barn, unga vuxna, vuxna och äldre. Behandlingarna är ofta långvariga där flertalet pågår i mer än 9 år. Förskrivningen av psykofarmaka har ökat kraftigt under senare år och i särskilt hög grad till barn och unga vuxna.
- Antalet patienter med vårdskador (fetma, hjärtproblem, psykiska problem, nervskador, sexuella problem, självmordstankar) till följd av psykofarmaka har ökat kraftigt och i direkt proportion till ökningen av den totala förskrivningen.
- Trots en mångårig och kostsam satsning på denna vårdmodell har den psykiska ohälsan inte minskat, utan tvärtom fortsatt att öka. En allt större andel sjukskrivna och personer med försörjningsstöd är det nedslående resultatet.

Sammanfattningsvis är dagens vårdmodell, genom sin ensidighet och brist på patientanpassning, uppenbart en i grunden ineffektiv, oerhörd dyr och i många fall direkt skadlig vård. Det är dessutom en vård som få vill ha, samtidigt som få eller inga alternativ ges.

Så vad är alternativet?

I flera jämförbara länder (Finland, Norge, Tyskland, med flera) används sedan länge en annan modell, där patienterna i första hand erbjuds val mellan olika personcentrerade psykoterapier (psykodynamiska terapier, KBT, familjeterapier) som alternativ till behandling med psykofarmaka.

Dessa vårdmodeller har visat sig överlägsna den vård som ges i Sverige, främst då de bygger på att vården anpassas till patientens behov – inte tvärtom. Resultatet av dessa modeller är en betydligt högre träffsäkerhet och effektivitet samt färre vårdskador, minskad andel sjukskrivna och betydligt lägre samhällskostnader.

En oroväckande utveckling

Utvecklingen av den psykiska ohälsan i Sverige är alarmerande. En rad myndigheter, såsom Folkhälso-myndigheten, Socialstyrelsen, Försäkringskassan har samstämt rapporterat en kraftigt ökad psykisk ohälsa i Sverige under det senaste decenniet.

- **Nedsatt psykiskt välbefinnande:**

Enligt Folkhälsomyndigheten upplever 20 procent av kvinnorna och 14 procent av männen ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland yngre (16-29 år) är andelen ännu större. Där uppgår var tredje kvinna och var femte man nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen har ökat under de senaste 10 åren i de flesta åldersgrupper (Folkhälsomyndigheten, 2020).

- **Ökad ångslan, oro och nedstämdhet:**

I befolkningen upplever 46 procent av kvinnorna och 32 procent av männen lättare eller svårare ångslan och oro. Bland yngre (16-29 år) är andelen 52 procent (Folkhälsomyndigheten, 2020).

- **Ökad psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna:**

15 procent av alla flickor och 10 procent av alla pojkar (10-17 år) har en psykiatrisk diagnos, en ökning med 100 respektive 150 procent mellan 2006-2016 (Socialstyrelsen, 2017).

- **Ökad sjukskrivning vid psykisk ohälsa:**

Psykisk ohälsa utgör 46 procent av alla pågående sjukskrivningar i Sverige, en ökning med 129 procent mellan 2011 och 2017. Psykiatriska diagnoser utgör den största andelen av alla sjukskrivna och varar också längre än andra sjukfall (Försäkringskassan, 2017).

- **Ökad suicid i yngre åldersgrupper:**

Själv mordstalen har ökat i åldersgruppen 15-24 år och bland kvinnor i åldersgruppen 25-44 år under de senaste tjugo åren. Nio av tio har haft mer än en kontakt med vården men bara 9 procent hade identifierats med hög suicidrisk (Karolinska institutet, 2019).

- **Samhällets totalkostnad för den psykiska ohälsan i Sverige beräknas till mer än 230 miljarder**

Skr/år – de mänskliga kostnaderna oräknade (OECD/EU, 2018). Samtidigt har staten satsat 10 miljarder under de senaste tio åren avseende psykisk ohälsa – utan någon påtaglig effekt (SOU, 2018).

Hur kan denna utveckling förstås?

En ökad psykisk ohälsa kan ses i många västländer. Dock är omfattningen, ökningstakten och kostnaderna särskilt höga i Sverige. Olika förklaringar till detta har framförts, som ett mer krävande samhälle, konkurrens på arbetsmarknaden, sämre arbetsmiljö, ökade prestationskrav, hög grad av ensamboende, med flera. Samtidigt är det svårt att belägga att dessa förhållanden skulle vara svårare i Sverige än i andra jämförbara länder.

En annan förklaring är att samhällets insatser för att hjälpa och utveckla den enskildes resurser att möta olika livshändelser är alltför otillräckliga. Den hjälp som erbjuds (främst psykofarmaka och kort-kbt) framstår som alltför ensidig, ospecifik och kortsiktig och är dessutom ofta insatser som kommer alltför sent. Den vård som efterfrågas är istället fler och mer personcentrerade alternativ som kortare och längre psykoterapier med olika metoder. En aktuell metaanalys visar att 75 procent av alla patienter föredrar psykoterapi före psykofarmaka (Mc Hugh, 2013).

En alltför ensidig, ospecifik och kortsiktig vård

Den genomgående vanligaste åtgärden vid psykisk ohälsa i Sverige är förskrivning av psykofarmaka. En

genomgång av aktuella data (Socialstyrelsen, 2022) visar följande:

- **SSRI/SNRI** (så kallade antidepressiva): 10,7 procent av befolkningen (1 109 540 personer) behandlas med SSRI/SNRI idag (2021), en ökning med 30 procent sedan 2006. Användningen är 1,5 gånger högre än genomsnittet i OECD. Störst är förskrivningen till kvinnor över 35 år, där 15-34 procent (beroende på åldersgrupp) tar antidepressiva medel. Störst ökning mellan år 2006-2021 finns hos barn, en ökning med 345 procent för de mellan 5-9 år, med 414 procent för 10-14 åringar och en ökning med 204 procent för 15-19 åringar. 44 183 barn (0-19 år) fick SSRI/SNRI 2021, varav 555 var barn under 10 år.
- **Neuroleptika** (så kallade antipsykotiska): 1,6 procent av befolkningen (170 411 personer) ges neuroleptika idag (2021), en ökning med 33 procent sedan 2009. Störst är användningen över 50 år (2-6 %, beroende på åldersgrupp). Störst ökning mellan år 2006-2021 finner man hos barn, en ökning med 200 procent för de mellan 5-9 år, med 300 procent för 10-14 åringar och en ökning med 150 procent för 15-19 åringar. 8 650 barn (0-19 år) behandlades med neuroleptika 2021, varav 2 962 var barn under 15 år.
- **Sömnmedel och lugnande medel**: Ca 8,3 procent (858 882 personer) av befolkningen tar sömnmedel och lugnande medel idag (2021), en ökning med 17 procent sedan 2006. Störst ökning mellan år 2006-2021 finner man hos barn, en ökning med 1580 procent för barn mellan 0-4 år, med 2109 procent för de mellan 5-9 år, en ökning med 2551 procent för 10-14 åringar och med 6533 procent för de mellan 15-19 år. 83 768 barn (0-19 år) erhöll behandling med sömnmedel eller lugnande medel 2021, varav 14 093 var barn under 10 år.
- **Centralstimulerande medel** (så kallad ADHD medicin): 1,6 procent av befolkningen (167 094 personer) tar centralstimulerande medel idag (2021), en konstant ökning med ca 10 procent per år eller med drygt 1000 procent sedan 2006. Störst ökning mellan år 2006-2021 finner man hos barn, en ökning med 4769 procent för barn mellan 5-9 år, med 5477 procent för 10-14 åringar och med

7801 procent för de mellan 15-19 år. 73 974 barn (0-19 år) behandlades med centralstimulerande medel 2021, varav 7 900 är barn under 10 år.

Sammanfattningsvis är behandling med psykofarmaka omfattande i Sverige. Detta gäller samtliga läkemedelsgrupper: antidepressiva, antipsykotiska, sömnmedel och centralstimulerande medel. Under de senaste 15 åren kan man se en särskilt kraftig ökning av förskrivningen, inte minst till barn och unga vuxna. Förutom att detta är den etablerade vårdmodellen i Sverige är det också en konsekvens av en minskad tillgång till andra typer behandlingar, som olika former av psykoterapier.

Verkan av psykofarmaka

Användning av psykofarmaka påverkar nervsystemet (liksom kroppen i övrigt) på olika sätt. Drogerna kan upplevas – eller inte upplevas – som lindrande vid psykisk ohälsa. Samtidigt orsakar psykofarmaka olika former av negativ verkan (biverkan), skador och utsättningsvårigheter (Guy et al, 2019. FASS – Vårdpersonal, 2022).

- **SSRI/SNRI**: 30-40 procent av patienterna upplever en positiv effekt, vilket är i samma nivå som effekten av placebo (Kirsch & Jacobsen, 2018; Hengartner & Ploderl, 2018). Enligt FASS är biverkan i form av yrsel, huvudvärk, sömnproblem, muntorrhet, illamående, sexuella problem och trötthet mycket vanlig (>10 procent). En annan konsekvens av drogen är allvarliga hjärtproblem hos äldre vilket innebär en fördubblad dödlighet för de patienter som använder vissa antidepressiva (Socialstyrelsen, 2019 a). Viktuppgång, ångest, depression och ökad självmordsbenägenhet är vanliga (>1 procent). Utsättningsproblem är vanliga.
- **Neuroleptika**: Drogen har en starkt dämpande effekt på mentala processer, emotioner och motivation, vilket i många fall dämpar psykotiska symtom. Enligt FASS är biverkan i form av extra pyramidala symtom, psykotisk störning, agitation, parkinsonism, huvudvärk, sömnproblem, sexuella problem och trötthet mycket vanlig (>10 procent). Viktuppgång, ångest, depression, muskelspasmer, inkontinens och yrsel är vanligt (>1%). Utsättningsproblem är mycket vanliga.

- **Sömnmedel och lugnande medel:** Dessa droger har en ångestdämpande effekt i det korta perspektivet och en viss effekt vid sömnstörning. Effekten avtar över tid på grund av toleransökning. De är i allmänhet starkt beroendeframkallande. Utsättningsproblem är därför mycket vanliga.

- **Centralstimulerande medel:** Drogen har en generell effekt på koncentrationsförmåga, aptit och oro hos i stort sett alla individer, oavsett diagnos eller ej. Enligt Fass är biverkan i form av nedsatt aptit, sömnsvårigheter, huvudvärk och nervositet mycket vanligt (>10 procent). Anorexi, ångest, depression, affektlabilitet och panikattacker är vanliga (>1 procent). Utsättningsproblem är vanliga.

Vad kostar farmakologisk behandling?

De direkta kostnaderna för behandling med psykofarmaka har under senare år stigit kraftigt. Av Socialstyrelsens statistikdatabas framgår att totalkostnaden var 2 796 miljoner SEK år 2018 och för år 2020 3 504 miljoner, en ökning med 708 miljoner kr eller 25 procent på två år. Kostnader för enbart centralstimulerande medel (så kallad ADHD medicin) uppgick till 1,2 miljarder år 2020 (Socialstyrelsen, 2022). Till detta skall läggas kostnader för läkarbesök i samband med medicineringen.

Föreskrivning av psykofarmaka sker i huvudsak genom läkarbesök i primärvård och i öppen psykiatrisk vård. Den genomsnittliga kostnaden för besök i psykiatrisk öppenvård är enligt Socialstyrelsen 4 100 kronor. Beräknat för 2018 blir kostnaderna för läkarbesök 4,6 miljarder eller 11 480 kronor per patient och år (baserat på 2,8 läkarbesök/år och 1 121 149 läkarbesök) (Socialstyrelsen, 2022).

För läkarbesök i primärvården är kostnaden beräknad till 3 200 kronor per besök (enligt region Östergötland). Beräknat för 2019 och med ett läkarbesök/år blir kostnaderna för läkarbesöken totalt 3 200 000 000 kronor (baserat på 1000 000 besök).

Vårdens direkta kostnader för läkemedelsbehandling (läkemedel och läkarbesök) uppgår därmed till ca 11,3 miljarder svenska kronor per år. Därutöver tillkommer kostnader för diagnostiska utredningar, behandling av vårdskador och biverkan av medicinen, medicinberoende och utsättningsvårigheter samt påvisade skador på miljön (psykofarmaka avskiljs inte utan passar orenat ut i miljön).



FOTO INGEGERD WACHTMEISTER

Det är vanligt med långa behandlingstider vid läkemedelsbehandling. Det gäller samtliga grupper av psykofarmaka. Av Socialstyrelsens utvärdering 2019 av vård vid depression och ångest framgår att 40 procent av behandling med SSRI avslutas inom två år medan 60 procent av behandlingarna fortgår i mer än nio år (Socialstyrelsen, 2019 b). Detta faktum innebär att vårdkostnaderna för behandling med psykofarmaka i regel är omfattande, med en beräknad totalkostnad mellan 50 000 och 100 000 kronor per behandling.

Annan psykiatrisk behandling

Vid psykisk ohälsa används även andra behandlingar i syfte att påverka hjärnans funktion, som ECT, rTMS, Litium och Esketamin (Spravato). Samtliga data angående dessa behandlingar är hämtat från Kvalitetsregister ECT, 2019 och 2020, samt från Socialstyrelsen (2020).

Under år 2019 behandlades 4 020 patienter med ECT varav 227 barn och unga vuxna (0-24 år). 804 personer eller 22 procent av patienterna behandlades med ECT under tvång. Mindre än hälften av patienterna (45 procent) var symtomfria direkt efter behandlingen. För de under 40 år var andelen symtomfria betydligt lägre (25 procent). 40 procent av patienterna återinsjuknade inom 6 månader och hälften (50 procent) efter ett år. Av de patienter som behandlades med ECT under år 2016 eller 2017 (5 889 pat) suiciderade 118 personer (ca 2 %). Var femte patient (20 %) upplevde minnesförlust och 32 procent av patienterna fordrade behandling med ångestdämpande medicin efter behandlingen.

Under år 2020 behandlades 486 patienter med rTMS, varav 52 unga vuxna (18-24 år). 17 % av de behandlade patienterna uppnådde symtomfrihet efter behandlingen. Under år 2020 behandlades 11 428 patienter med Litium. Då njurpåverkan är en vanlig biverkan omfattar behandlingen även uppföljning och provtagning tre till fyra gånger per år.

Kostnaderna för dessa olika behandlingar är relativt höga per patient och behandlingsserie: ECT 68 800 kronor, rTMS 108 900 kronor, Litium 35 900 kronor och för Spravato ca 203 400 kronor.

För år 2020 uppgick totalkostnaderna för ECT till 254 miljoner, för rTMS till 53 miljoner och för Litium till 410 miljoner (för Spravato finns ännu inga uppgifter). Sammantaget kostar dessa behandlingar 717 miljoner svenska kronor per år.

Psykologisk behandling

I Sverige är den vanligaste insatsen vid psykisk ohälsa farmakologisk behandling. Det gäller även barn där 70-80 % av de med depressionsdiagnos medicineras med psykofarmaka (Socialstyrelsen, 2017).

Till en del förekommer annan behandling, som psykoedukativa insatser, psykologisk behandling (KBT) och psykosocialt stöd. Dessa ges dock i allmänhet inom ramen för samma organisation som för farmakologisk behandling och med samma utgångspunkt i generella symtomdiagnoser.

Personcentrerad och kontextbaserad vård förekommer sällan eller inte alls då den inte ryms inom den diagnosinriktade vården, ett faktum som har kritiserats, bland annat av Riksrevisionen (2013).

Totalkostnaden för personcentrerad behandling är i regel lägre än läkemedelsbehandling då behandlingstiden är kortare och behandlingen inte heller fodrar återkommande läkarbesök.

Många forskare och utredare har påpekat det paradoxala i att trots ökad konsumtion av psykofarmaka och korta självhjälpsinsatser (KBT) minskar inte den psykiska ohälsan (SOU, 2018; Whitaker, 2014). En förklaring till detta kan vara det missförstånd som lett till prioritering av behandlingsmetoder enbart utifrån deras evidensstyrka (antalet studier) utan att beakta effektstyrka, det vill säga hur pass verksam behandlingen är i klinisk praxis. Senare forskning har visat att effektstyrkan sällan påverkas av metodskillnader (*treatment differences*) utan avgörs i betydligt högre utsträckning av person- och relationsspecifika faktorer som *patientanpassat mål, behandlarens empati och allians mellan patient och behandlare* (Wampold & Imel, 2015). Denna kunskap saknas i allmänhet i SBU:s och Socialstyrelsens behandlingsöversikter och rekommendationer inom området.

Sannolikt kan inte effektiv vård åstadkommas för en så pass heterogen grupp patienter genom ensidiga och alltför generella åtgärder. Exempelvis visar forskningen att då enbart en metod erbjuds (såsom kort-KBT eller internet KBT) avbryter 25-60 procent av patienterna behandlingen varvid den samlade effekten blir relativt liten (Health and Social Care Information Center, 2016; therapymeetsnumbers.com/iapt, 2018; SBU, 2021).

Från brukarorganisationerna har man kritiserat den ensidiga inriktningen på psykofarmaka och bland annat framfört att vårdens ensidighet *i sig* bidrar till en ökad psykisk ohälsa (Equalsthlm, 2019).

Det torde vara rimligt att en bredd av olika terapier, som möjliggör val av behandling utifrån patienters individuella behov, har en större relevans och effekt än då enbart en och samma behandlingsmetod erbjuds till alla.

Behov av personcentrerad vård vid psykisk ohälsa

Regeringen tog 2019 initiativet till en utredning avseende en förbättrad vårdmodell vid psykisk ohälsa (SOU, 2019). Regeringen avser här ett vårdbehov som inte självklart fångas av gängse psykiatriska diagnoser (där utgångspunkten är vissa specifika symtom, operationellt definierade som diagnoser genom en standardiserad manual, exempelvis DSM V). Istället efterlyses ett dynamiskt och holistiskt perspektiv som utgår från patientens egna situation och sammanhang.

Betydelsen av denna skillnad, av forskare formulerad som skillnaden mellan en *medicinsk* och en *kontextuell modell*, har studerats i omfattande metastudier under senare år. Man har där funnit avgörande fördelar med det kontextuella perspektivet (Wampold & Imel, 2015).

Behovet av en ny vårdmodell, baserad på personcentrerad vård, har också framförts av svenska forskare inom området. Så exempelvis publicerade prof. Rolf Holmqvist och psykiater Jörgen Herlofson i Läkartidningen en uppmärksammat artikel i ämnet (Holmqvist & Herlofson, 2019). De förordar starkt en övergång till personcentrerad vård vid behandling av psykisk ohälsa.

Vad är personcentrerad vård?

Ensidigt fokus på diagnoser, mediciner och tekniker har aktualiserat ett starkt behov av en vård som istället utgår från patientens egna situation och dess unika komplexitet av tidigare erfarenheter och relationer.

Personcentrerad vård är inte en specifik metod eller teknik. Det är istället ett perspektiv som utgör grunden för ett flertal utprovade evidensbaserade psykoterapier, som PDT, MBT, familjeterapi med flera. Även längre KBT kan i vissa fall vara personcentrerad. Personcentrerad behandling utformas utifrån patientens behov och preferenser, liksom utifrån hennes unika erfarenheter och kontext. Holmqvist & Herlofson beskriver detta:

Strävan att identifiera psykiska problem som tecken på specifika sjukdomar och sedan behandla

dem med »den evidensbaserade metoden« bygger på en analogi med somatiska sjukdomar som inte har stöd i forskning eller i den psykiatriska kliniken. I stället möter vi i psykiatin en människa med medfödd och förvärvad biologi, livserfarenheter och levnadssammanhang, som sammantaget innebär både belastningar och möjligheter. Det är i avlyssnandet av patientens syn på sig själv, sin historia och sina relationer som den personcentrerade behandlingen kan börja.

(Holmqvist & Herlofson, 2019)

Detta förutsätter en tillgång till olika behandlingsalternativ vilket också utgör grunden i Hälso- och sjukvårdslagen:

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar (SFS nr: 1982:763 § 3 a).

Vårdmodeller i andra länder

Olika länder använder olika vårdmodeller för vård vid psykisk ohälsa. I Europa erbjuds i allmänhet någon form av psykoterapeutisk hjälp utöver gängse psykiatrisk vård, dock med stora variationer mellan länder avseende både bredd, omfattning, terapeuternas kompetens liksom grad av finansiering genom offentliga medel.

- **Finland:** Här finns sedan 2011 en lagstadgad rätt till *rehabiliterande psykoterapi*, vid sidan av övrig sjukvård. Med denna lag har varje patient rätt till psykoterapi (efter konsultation med öppenvården) och väljer själv privatpraktiserande psykoterapeut. Förutsatt att terapeuten är legitimerad och certifierad av Försäkringskassan (FPA) ges en kostnadsersättning med 600 SEK/timme upp till 200 timmar eller under 3 år. Närmare 5 000 psykoterapeuter är anslutna. Ersättningen var 870 miljoner svenska kronor för år 2019 och betalades för cirka 1 450 000 behandlingstillfällen. Utvärderingar av vårdssystemet visar en hög kostnadseffektivitet och över 30 procent minskad sjukskrivning och återgång i arbete (www.kelfi.fi; Aaltonen & Lind, 2008).
- **Tyskland:** Även här är tillgängligheten för psykoterapi god. Behandlingen finansieras av

försäkringskassan och omfattar 25-100 timmar (PDT eller KBT). För behandling hos legitimerad terapeut ges full ersättning. Tyskland har cirka 20 000 leg psykoterapeuter. Runt 3,7 miljoner patienter erhåller varje år psykoterapi. Utvärderingar av vårdssystemet visar en mycket hög kostnadseffektivitet (en vinst med 2,70 till 5,50 euro/investerad euro) genom minskad användning av psykofarmaka och minskad andel sjukskrivna (Psykologtidningen, 2017). Möjligheten att själv välja terapeut och metod har inneburit att färre patienter avbryter behandlingen jämfört med andra system där enbart en metod erbjuds (som i England, Norge, Sverige).

- **England:** I England genomfördes 2007 en större satsning (IAPT) på i huvudsak en metod, kort KBT, riktat mot patienter med depression eller ångestsyndrom. Projektet innebar att befintlig vårdpersonal i primärvården gavs en kort vidareutbildning i KBT för att sedan ge KBT-behandling (5 tillfällen under 10 veckor) till patienter med depression och ångestsyndrom. Initialkostnaden var cirka 3 miljarder SEK och därefter ca 1 miljard SEK per år. Resultatet av IAPT (2015-2018) visar att av de patienter som remitterades till vårdprogrammet påbörjade 70 procent KBT, 40 procent fullföljde behandlingen och enbart 16-19 procent blev återställda (Department of Health, England, 2012; Health and Social Care Information Center, 2016; therapymeetsnumbers.com/iapt, 2018).
- **Norge:** I Norge har man prövat en vårdmodell liknande den i England. Befintlig vårdpersonal med kort vidareutbildning i KBT erbjuder en kort intervention (5 tillfällen under 10 veckor) för patienter med depression och ångestsyndrom. Resultatet var liknande det i England: Drygt hälften av patienterna fullföljde behandlingen och hos dessa registrerades symtombortfall i hälften av fallen och en något ökad återgång i arbete (5 %) (Folkehelseinstituttet, 2016).
- **Sverige:** Vårdprogram liknande de i England och Norge har också implementerats i Sverige. Programmet betecknat som *Rehabiliteringsgarantin* 2009-2015 och därefter som *Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta* använder främst samma metod,

kort-KBT, som i England. Programmet har funnits i 13 år och finansierats med ett statligt stöd på mellan 0,5 – 1 miljard kr/år. Fler utvärderingar har visat att programmet *inte i någon grad påverkat patienternas sjukfrånvaro* och att ca 1/4 avbryter behandlingen (Karolinska institutet, 2011; Inspektionen för Socialförsäkringen, 2012). I Riksrevisionens rapport: *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner* (RR, 2015) kritiserar särskilt stödets ensidighet och brist på patientanpassning liksom dess brist på kostnadseffektivitet.

Förslag på ny vårdform vid psykisk ohälsa

Idag finns ett starkt behov av en ny vårdmodell i syfte att minska den psykiska ohälsan, förebygga utvecklingen av allvarlig psykisk ohälsa samt avlasta övrig sjukvård.

Utifrån ovan beskrivna internationella och nationella erfarenheter tycks en vårdmodell, som 1) garanterar hög kompetens, 2) erbjuder olika psykoterapeutiska metoder och 3) ger valfrihet hos patienten att välja behandling och behandlare, vara den modell som har störts förutsättningar att nå dessa mål. Först därigenom kan vården erbjuda en vård anpassad efter individens behov, har hög tillgänglighet och kontinuitet och som är påvisat kostnadseffektiv:

- **Hög behandlarkompetens.** All psykisk ohälsa, också lättare sådan, kan utvecklas till allvarliga och svårbehandlade tillstånd om de behandlas fel, för sent eller inte alls. Detta förutsätter hög och adekvat behandlarkompetens, i linje med modellen i Tyskland och Finland, det vill säga specialistutbildning till legitimation som psykoterapeut.
- **Personcentrerad vård.** Lättare psykisk ohälsa ligger till grund för merparten av all sjukskrivning i Sverige. Det är svårigheter som ofta inte kan förstås och hanteras enbart i termer av psykiatriska diagnoser utan som framförallt fordrar ett fokus på patientens specifika sammanhang, tidigare erfarenheter och specifika behov. Detta gäller inte minst barn och unga vuxna. Först genom en bred meny av olika psykoterapeutiska metoder kan en personcentrerad vård nås.
- **Hög tillgänglighet för alla.** Tillgänglighet av vård på lika villkor för alla är både en etisk och juridisk fråga. Dagens system erbjuder i huvudsak tillgång

till farmakologisk behandling och kort-KBT vid psykisk ohälsa. Annan, psykoterapeutisk och personcentrerad vård finns bara för de med egna ekonomiska möjligheter att finansiera behandlingen. Här skiljer sig vården i Sverige från vården i flera motsvarande länder inom EU.

- **Kostnadseffektiv vård.** Befintlig vårdmodell i Sverige vid psykisk ohälsa är tyvärr både dyr och ineffektiv. Utprovade modeller, i bland annat Finland och Tyskland, uppvisar en betydligt större träffsäkerhet för denna heterogena patientgrupp och därmed också hög kostnadseffektivitet.

Ett nytt vårdsystem för psykisk problematik, i linje med etablerade system i Finland och Tyskland, har många fördelar:

- Genom att komplettera vården vid psykisk problematik med en egen profession (psykoterapi) och med eget behandlingsansvar förflyttas fokus från sjukdom till förebyggande vård. Därmed ges ett efterfrågat alternativ till kostnadskrävande åtgärder som medicinering och sjukskrivning.

- Både primärvård och psykiatrisk vård avlastas då systemet innebär att färre patienter blir kvar i långa, kostsamma medicinbehandlingar.

- Modellen innebär kraftigt minskade samhällskostnader genom lägre totalkostnad per behandling, kortare vårdtider och färre avbrutna behandlingar och därmed ”betydligt mer vård för pengarna”. Därutöver visar erfarenheterna från Finland och Tyskland att sjukskrivning, medicinanvändning och vårdskador minskar kraftigt, vilket innebär en samhällsekonomisk vinst med tiotals miljarder SEK per år.

- De mänskliga kostnaderna vid psykisk ohälsa minskar med en vårdmodell som ger anpassning till patientens behov genom personcentrerad behandling. Följden blir färre otillräckligt eller felbehandlade patienter, färre vårdskador och i många fall mer av stabila och varaktiga förändringar.



Slutord

Det är uppenbart att Sverige idag saknar en ändamålsenlig vård vid psykisk ohälsa. Behovet av en ny vårdmodell är angeläget, både för att minska samhällets kostnader och för att lindra de mänskliga kostnaderna som en alltmer ökad psykisk ohälsa medför.

Olika vårdssystem har provats både i Sverige och i andra länder. Erfarenheterna från dessa visar att det är enbart med en bredd av olika behandlingsalternativ och hög kompetens hos behandlarna som en verkningsfull vård kan åstadkommas för denna heterogena patientgrupp.

All problematik, även lättare psykisk ohälsa, innebär risk för en försämring om den behandlas fel, inte alls eller försent. Ensidiga, korta och okvalificerade insatser ökar – inte minskar – denna risk. Det framgår entydigt av de omfattande utvärderingar av prövade modeller som genomförts.

Min förhoppning är att denna genomgång av kunskapen kring behandling av psykisk ohälsa ska inspirera och tjäna som utgångspunkt för alla som arbetar inom vården och som vill utveckla ett vårdssystem som har en rimlig möjlighet att erbjuda en ändamålsenlig vård – också i Sverige. ○



GUNNAR BOHMAN

Med. dr., specialist i klinisk psykologi, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, tidigare universitetslektor, Stockholms universitet. gunnarmaglehem@icloud.com

REFERENSER

- Aaltonen, T. & Lind, J. (2008). Hur påverkas arbetsförmågan av psykoterapeutisk rehabilitering med FPA-stöd? *Social trygghet och hälsa: undersökningar 95*. Helsingfors: FPA.
- ECT Kvalitetsregister, Årsrapport 2019, 2020.
- Equalsthlm (2019). *Psykisk ohälsa ökar – kan det bero på psykiatrin?*
- FASS (2022) www.fass/vardpersonal.se
- Folkhelseinstituttet (2016). *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*.
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Nedsatt psykiskt välbefinnande*. Försäkringskassan: *Socialförsäkringsrapport 2017*:13.
- Guy, A., David, J., Rizg, R. (Eds.) (2019). *Guidance for Psychological Therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs*. London: APPG for Prescribed Drug Dependence.
- Health and Social Care Information Centre (2014/2015). *Psychological Therapies, Annual Report of the use of IAPT Services*. England. <http://www.hscic.gov.uk/pubs/psyther1415>.
- Hengartner, M. P. & Ploderl, M. (2018). Statistically significant antidepressant-placebo differences on subjective symptom rating scales do not prove that the drugs works. Effect size and method bias matter! *Front Psychiatry*, 9, 517.
- Holmqvist, R. & Herlofson, J. (2019). Fokus på individen – framtidens melodi inom psykiatrisk behandling. *Läkartidningen*, 15. <https://www.equalsthlm.se/artiklar/psykisk-ohalsa-okar-kan-det-bero-pa-psykiatrin/>
<https://www.kela.fi/web/sv/rehabiliterande-psykoterapi>
<http://www.NPCE.eu/nat-developments.html>
<http://psykologtidningen.se/2017/02/23/> <https://therapy-meetsnumbers.com/iapt-2018-why-do-less-than-1-in-5-referrals-reach-recovery/>
<https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Ekonomi/Kostnader/Sa-mycket-kostar-varden/>
<https://therapymeetsnumbers.com/iapt-2018-why-do-less-than-1-in-5-referrals-reach-recovery/>
- IAPT three-year report: *The first million patients*. (2012). Department of Health, England.
- Inspektionen för Socialförsäkringen. Rapport 2012:17 *Rehabiliteringsgarantin*. psykologisk-behandling-prioriteras-i-tyskland/
- Inspektionen för Socialförsäkringen. Rapport 2012:17 *Rehabiliteringsgarantin*.
- Karolinska institutet (2011). *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa*. Slutrapport Del I och Del II.
- Kirsch, I. & Jacobsen, J.C. (2018). Correspondence: Network meta-analysis of antidepressants. *The Lancet*, 392 (10152).
- McHugh, K. R. et al. (2013). Patient Preference for Psychological vs. Pharmacological Treatment of Psychiatric Disorders. A Meta-Analytic Review. *J Clin Psychiatry*, 74, (6), 595-602.
- Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention, Karolinska institutet, 2019.
- OECD/EU (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/EU; Brussels. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Riksrevisionen (2013:4). *Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?*
- Riksrevisionen (2015:19). *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner*.
- SBU (2021). *Internetföremödd psykologisk behandling*.
- Socialstyrelsen (2010; 2016). *Nationella Riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*.
- Socialstyrelsen (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*.
- Socialstyrelsen (2019 a.). *Läkemedel som kan orsaka allvarliga rubbningar av hjärtats rytm. Fokus på förskrivning av anti-depressiva och antipsykotiska läkemedel till äldre*.
- Socialstyrelsen (2019 b. s. 24ff). *Nationella Riktlinjer – Utvärdering 2019 Vård vid depression och ångest*.
- Socialstyrelsen (2020). *Nationella Riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Bilaga – Hälsoekonomiskt underlag.
- Socialstyrelsen (2022). *Statistikdatabas för läkemedel*.
- SOU 2018:90. *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt*. Slutbetänkande av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa.
- SOU (Dir. 2019:49). *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.
- Wampold, B. & Imel, Z. (2015). *The Great Psychotherapy Debate, The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. NY: Routledge.
- Whitaker, R. (2014). *Pillerparadoxen. Varför lider fler och fler av psykiska problem när medicinerna bara blir bättre och bättre?* Karneval förlag.