



Stockholm 2017-03-31

Socialstyrelsen

Synpunkter på remissversion: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion.

Sveriges Psykologförbund har beretts möjlighet att lämna yttrande över rubricerade riktlinjer och vill lämna följande synpunkter.

Inledningsvis menar vi att det är mycket bra att Socialstyrelsen betonar vikten av hög tillgänglighet, god kontinuitet och uppföljning. Vi ser positivt på betoningen av tidiga insatser och att insatser följs upp. Vi ser också positivt på betoningen av noggranna somatiska undersökningar för dem som också lider av ångestsyndrom eller depression. Detta är av särskild vikt för stora delar av populationen med depression- och ångestproblematik som löper en förhöjd risk att drabbas av ett flertal olika somatiska åkommor. Vi ser också mycket positivt på att det forskningsstöd för psykologisk behandling som idag finns leder till starka rekommendationer. Det är också ovärderligt för verksamheterna att ett arbete görs kring att sammanställa och jämföra studier av åtgärder inom denna breda patientgrupp.

Dock finns några områden som vi menar måste utvecklas, rörande bland annat frågor kring kompetenskrav, värderingen av forskningsläget och kvalitetsindikatorer.

1. Om kompetenskrav

1.1. Specificera kompetenskraven

Det är otydligt i remissversionen vilka professioner som åsyftas vad gäller olika ansvarsområden, och vilken kompetens och kompetensutveckling som krävs för att kunna axla dessa ansvarsområden. Ett exempel är att man specifikt rekommenderar vidareutbildning av all personal i instrument för bedömning, istället för att tala om vilken grundläggande kompetens personalen som gör bedömningar bör ha. Det är också oklart vad som avses med "terapeut" i riktlinjerna. Terapeut är vare sig en skyddad eller en legitimationsgrundad titel. Det faller på sin egen orimlighet att

personal utan specificerade krav på utbildning och kompetens ska ansvara för bedömning och behandling av komplexa psykiatriska sjukdomstillstånd inom ramen för hälso- och sjukvård.

Konsekvensen av denna otydliga benämning av vilka som bör utföra psykologisk behandling, blir i värsta fall att Socialstyrelsen härigenom ger sanktion till en utbildningsmarknad som ligger utanför de regleringar som gäller för examina vid högskola. Vi menar att formuleringar av det här slaget i ett dokument för styrning och ledning riskerar att skapa en ansvarsdiffusion och i förlängningen inte gynna patientsäkerheten.

Legitimerade psykologer har i sin sexåriga yrkesutbildning gedigen kunskap om klinisk psykologi, vilket gör att psykologer kan bedöma, diagnosticera, behandla och utvärdera 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 att det är av högsta vikt att den som ska fatta beslut om behandling av personer med ångest och depression, kan göra en allsidig psykologisk bedömning och utvärdering för att behandlingen ska bli så effektiv som möjligt. Differentialdiagnostisk kompetens är avgörande för patientsäkerheten. Det kan exempelvis röra bedömning av neuropsykologisk funktionsnivå, utvecklingsrelaterad problematik eller komplexitet i form av samsjuklighet med personlighetssyndrom, smärttillstånd, beroendeproblematik, med mera. De flesta lärosäten ger även psykologer möjlighet att fördjupa sig i både KBT och PDT, vilket utifrån nuvarande rekommendationer och riktlinjer ger psykologen tillgång till flera metoder med god evidens vid ångest och depression. Uppmärksammas bör också att det för närvarande finns 817 psykologer med specialistbehörighet inom området klinisk psykologi i Sverige och att närmare 2500 psykologer i nuläget genomför sin kliniska specialistutbildning. Dessa psykologer är en resurs vid mer komplex bedömning och behandling.

Vi föreslår att Socialstyrelsen tydliggör kompetenskraven på de olika professionerna, och därtill vilka professioner som åsyftas när det gäller behov av vidareutbildning och kompetensutveckling. Vi bedömer att sådana ändringar skulle öka patientsäkerheten för patienter med psykisk ohälsa.

2. Om värdering av forskningsläget vid psykologisk behandling och psykoterapi

2.1. Balansera upp värderingen med effectivenessstudier

Den värdering och de slutsatser Socialstyrelsen gjort av forskningen ter sig överlag välgjord och rimmar också i allmänhet väl med andra riktlinjer från till exempel NICE och Cochrane. Det finns dock en del svårigheter med att direkt översätta GRADE-systemet från medicin till psykologiska behandlingsstudier. För det första är det mycket svårt att kunna använda sig av en dubbelblind design då behandlaren knappast kan vara ovetande om vilken behandlingsmetod man levererar. Detta gör det svårare att kontrollera för förväntanseffekter. Vidare är placebo ett ganska problematiskt begrepp inom psykologisk behandlingsforskning då variabler såsom uppmärksamhet, terapeutisk allians etc. är en integrerad del av behandlingen. Det är alltså svårt att direkt översätta dubbelblind läkemedelsbehandling (där ett visst preparat ska ge en effekt oavsett andra variabler såsom tilltro till behandlingen eller uppmärksamhet från läkare) till psykologisk behandlingsforskning.

Ett effektivt sätt att öka precisionen i Socialstyrelsens riktlinjer vore att i högre utsträckning integrera effectivenessforskning i värderingen av forskningsläget. Det skulle tydligare visa hur behandlingen står sig i klinik jämfört med randomiserade prövningar som ofta har mycket snäva inklusionskriterier. Detta ser vi också som helt i linje med de moderna synsätten i Evidensbaserad Psykologisk Praktik (EBPP). En sådan sammansatt värdering korresponderar också bättre med hur den kliniska verkligheten ser ut. Visserligen finns kriterier för bedömning av observationsstudier i GRADE. Men i praktiken har ändå RCT-studier och metaanalyser som bygger på RCT-design fått större genomslag i arbetet med GRADE. Vi bedömer alltså att studier med hög extern validitet (översättningsbart till reguljär klinik) bör få högre vikt i jämförelse med studier med hög intern validitet (RCT-studier).

Vi föreslår att Socialstyrelsen anpassar bedömningen för att göra en mer balanserad viktning mellan resultat från effectiveness- och efficacy-studier vid graderingen.

2.2. Förtydliga och betona vikten av ett brett och komplementärt behandlingsutbud i vården

Ett problem i riktlinjerna som vi ser det är att man tagit mycket lite hänsyn till hur den reguljära kliniska verkligheten ser ut. Ett riktlinjedokument bör inte bara betona forskningsläget utan även föra resonemang kring hur man förankrar bästa tillgängliga forskning i verksamhetens olika kontexter. Detta i ljuset av klinikernas egen expertis, där professioner samarbetar och kombinationer av åtgärder ofta används, av att ångest och depression ofta kompliceras av samsjuklighet, samt av patientens eget perspektiv.

Vi menar att riktlinjer bör lägga lika stor vikt vid resonemang kring den professionelles kliniska expertis, patientens erfarenheter och önskemål, som vid den för tillfället bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen om åtgärdernas effekter. Om man inte tar hänsyn till dessa aspekter är det inte fråga om riktlinjer i ordets bästa bemärkelse, utan snarare en ”Sammanställning av forskningsläget vid ångest/depression”.

I reguljär psykiatrisk vård är det i många fall svårt att välja en åtgärd enkom på basis av tillstånd utifrån vad som framkommit i RCT-studier. Det är helt enkelt ofta så att det inte finns några ett till ett-förhållanden mellan tillstånd och åtgärd i många fall av komplex ångest och depression.

Socialstyrelsen skriver att man lämnar rekommendationer på övergripande patientgruppsnivå och inte på individnivå samt att behandlingen måste anpassas individuellt. Men när riktlinjer skickas till beslutsfattare, så riskerar det att signalera ”det här ska ni göra” och minskar därmed förutsättningarna för att ge ett brett behandlingsutbud och minskar förutsättningar för fortsatt forskning inom områden där resultaten ser lovande ut men där mer forskning krävs.

Psykologförbundet värnar om pluralism och att det ska finnas ett brett och komplementärt evidensbaserat behandlingsutbud till patienterna (i vårt arbete om psykiatrikers och psykologers samarbeten och rollfördelning fann vi att det är lättare för klinikerna att samarbeta, om det finns en öppenhet för ett brett behandlingsutbud att erbjuda patienten; se vår rapport ”Tänk nytt kring psykiatri”). Mer specifikt menar vi att det inte framkommer tillräckligt tydligt i riktlinjerna att sjukvården rekommenderas att erbjuda psykologiska behandlingar som KBT, IPT och PDT.

Vi föreslår att Socialstyrelsen förtydligar och betonar vikten av ett brett och komplementärt behandlingsutbud i vården i sina riktlinjer.

2.3. Uppdatera forskningsläget kring PDT

Vi har tagit del av nyligen genomförda sammanställningar kring det aktuella forskningsläget för PDT vid exempelvis depression (sammanställningar som också enligt uppgift kommer att skickas som svar på remissversionen till Socialstyrelsen). Mot bakgrund av den information som vi har tagit emot gällande det stärkta forskningsläget för PDT förefaller det sannolikt att PDT har blivit för lågt värderad i remissversionen.

Vi föreslår att Socialstyrelsen genomför en reviderad granskning av forskningsläget gällande effekter av PDT.

2.4. Ta in ytterligare psykologisk kompetens till projektledningen

Vi kan konstatera att många psykologer har bidragit i arbetet men att projektledningen har en övervikt inom det medicinska området. Vi förmodar att de slutgiltiga besluten fattas i projektledningen varför vi ser det som ytterst viktigt med en bred psykologkompetens i projektledningen, eftersom en så stor del av riktlinjerna berör psykologisk behandling. Ett alternativ vore att Socialstyrelsen tar in oberoende expertis på psykologisk behandling när remissvaren går igenom.

Vi föreslår att Socialstyrelsen överväger att ta in ytterligare psykologisk kompetens till projektledningen.

3. Om kvalitetsindikatorer

3.1. Utvärdera även behandlingseffekter

Vi instämmer med Socialstyrelsens analys när det gäller värdet i att använda kvalitetsindikatorer. Vi är eniga med Socialstyrelsen om att patientregister kan fungera som en god metod för att undersöka vissa aspekter av psykologisk och farmakologisk behandling. Däremot utvärderas inte behandlingar när det gäller den centrala frågan om patienten förbättras. Detta kan göras både utifrån patientens självrapportering och med mer objektiva mått. Att detta inte görs idag är en brist. Vi anser att varje mottagning systematiskt bör utvärdera sina behandlingseffekter och att dessa effektmått ska kunna användas för att göra jämförelser med andra mottagningar i landet. Ett lyckat exempel på just detta är IAPT i England där samtliga mottagningar i landet använder diagnosspecifika utfallsmått vilket gör det enkelt att jämföra effektiviteten mellan olika mottagningar. Utöver utfallsmått av behandlingsresultat borde man dessutom vad gäller depression och ångesttillstånd överväga mått på i vilken grad patienter, som har avslutats i vården, och som har ansetts vara förbättrade, inte återinsjuknar inom specificerade tidsperioder, förslagsvis både kortare perioder (såsom exempelvis 6 månader) och flerårsperioder.

Om Sverige lyckas med detta skulle hälso- och sjukvården smidigt kunna identifiera mottagningar med sämre resultat än man kunde förvänta och därmed få underlag för kvalitetsförbättring. Detta skulle öka den geografiska jämlikheten och därmed också öka patientsäkerheten. Det skulle kräva ökade resurser på kort sikt men skulle förmodligen löna sig på längre sikt. Det finns också stora möjligheter att utnyttja samnordiska system på detta område eftersom man i både Norge och Danmark planerar att införa sådana.

Vi föreslår att Socialstyrelsen utvecklar en plan för att rekommendera utfallsmått på behandlingar enligt ovan.

4. Övriga synpunkter

4.1. Förtydliga hur förmedlingssätt skulle kunna utgöra en aspekt av riktlinjerna

I riktlinjerna tas inte hänsyn till hur psykologisk behandling förmedlas, t ex individuellt, i grupp eller familjeinsatser. Argumentet för detta beslut är att e-hälsa utvecklas snabbt, och att digitala förmedlingssätt kan förändras på kort tid. Det är svårt att se att det argumentet har bäring på grupp- eller familjeterapi. Det finns också den invändningen att forskningen genomgående skiljer på olika modaliteter och undersöker skillnader dem emellan. Det finns till exempel ett antal metastudier där modaliteterna grupp och individuell psykoterapi har jämförts, ofta med inriktning KBT, där forskarna inte kunnat visa på skillnader i utfall mellan de olika förmedlingssätten. Vilken modalitet som ska erbjudas har dessutom stor betydelse för utbildning och kompetensförsörjning. Många kliniker pekar på en trend av marginalisering av grupp- och familjebehandling fastän dessa i en del fall anses vara mer kostnadseffektiva; särskilt gruppbehandling är en attraktiv form om vi önskar ge psykologisk behandling till många.

Vi föreslår att Socialstyrelsen utifrån resonemangen ovan överväger hur förmedlingssätt skulle kunna utgöra en aspekt av riktlinjerna.

4.2. Addera/korrigera metoder som kan användas

Avsnittet ”Behandling av egentlig depression hos vuxna”, sidan 26–27, samt Bilaga 1 ”Beskrivning av åtgärder”: I denna översiktliga sammanfattning presenteras inte metoder som anses ”kan erbjudas” för depression (grad 6). I riktlinjerna från 2010 fanns PDT beskriven som metod i Bilaga 2, bland beskrivningen av andra åtgärder. I 2016 års remissversion saknas beskrivningen av denna metod i Bilaga, trots att metoden får graderingen 6 vad gäller lätt och måttlig depression. Vi gissar att detta helt enkelt har glömts bort.

Vi föreslår att dessa två avsnitt korrigeras i enlighet med ovanstående.

4.3. Gör en kompletterande faktagranskning kring tillgänglighet av kliniska psykologer

Vi bedömer att Socialstyrelsens beskrivning av primärvården och vad som sker på ”psykologiska institutioner”, sidan 53, utifrån ett par enskilda exempel är missvisande. Psykologförbundet har undersökt frågan 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 närmare 2500 psykologer sin kliniska specialistutbildning. Psykologer är den yrkeskår som är väl skaffade för att bedriva psykologiskt bedömnings- och behandlingsarbete

direkt efter sin femåriga yrkesutbildning och 1 års PTP.

Vi föreslår att Socialstyrelsen gör en kompletterande faktagranskning kring tillgänglighet av kliniska psykologer.

4.4. Tydliggör psykologens roll vid implementering och kvalitetssäkring

Minst lika viktig som frågan om vilka psykologiska metoder vi bör använda för att behandla olika former av psykisk ohälsa, är frågan hur vi bäst ska implementera de evidensbaserade psykologiska utrednings- och behandlingsmetoderna som rekommenderas. Vi menar att det i remissversionen saknas en tydlighet kring detta. Vi ser psykologer som den profession som är bäst lämpad att omsätta beslut kring implementering av evidensbaserad psykologisk praktik (utredning och behandling) i den kliniska vardagen.

Vi föreslår att Socialstyrelsen tydliggör psykologens roll vid implementering och kvalitetssäkring av psykologisk utredning och behandling.

Sveriges Psykologförbund



Ulrika Edwinson

Förbundsdirektör



Martin Björklind

Professionsansvarig