

2017-03-30

**Handläggare: Kjell Broström
Elin Odesson**

nr-depressionochangest@socialstyrelsen.se
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
Socialstyrelsen
106 30 Stockholm

RSMH:s yttrande över Remissversion (publicerad 8 december 2016) av Socialstyrelsens förslag till *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har beretts tillfälle att avge yttrande över ovan angivet förslag och vill med anledning härav framföra följande synpunkter.

Bakgrund

RSMH, organiserar sedan mer 50 år på demokratisk grund människor med olika former av psykisk ohälsa. Många av våra medlemmar är personer som har eller har haft en långvarig och allvarlig psykisk ohälsa, inte sällan i kombination med olika psykiska funktionsnedsättningar.

RSMH, verkar på föreningsdemokratisk grund och är en del av Handikappförbunden (Funktionsrätt Sverige) och aktiv inom Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt, men verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering.

1. Inledning

Underlaget för i detta yttrande framförda synpunkter är en remissversion från Socialstyrelsen, publicerad 2016-12-08, av de reviderade riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom som planeras ersätta de nationella riktlinjerna från 2010.

Syftet med riktlinjerna anges vara både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom området samt vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Riktlinjerna riktar sig främst, enligt Socialstyrelsen, till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Andra viktiga mottagare är, menar Socialstyrelsen, yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Dessa riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom förväntas vidare av Socialstyrelsen ge vägledning på gruppnivå och omfattar följande områden

- inom vård vid depression och ångestsyndrom:
- utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom
- behandling vid egentlig depression hos vuxna
- behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar
- behandling vid ångestsyndrom hos vuxna
- behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar.

Socialstyrelsen menar att hälso- och sjukvården genom att utgå från de föreslagna riktlinjerna ska kunna erbjuda patienterna en kunskapsbaserad och därmed god och säker vård.

Riktlinjerna förväntas av Socialstyrelsen även medföra att vården och omsorgen blir mer likvärdig oavsett var man bor, då hälso- och sjukvården uppfattas få samma kunskap att utgå ifrån.

2. Sammanfattning

Grundtanken i förslaget, det vill säga att hälso- och sjukvården enbart ska tillhandahålla vissa av de etablerade och beprövade metoder som har stöd i internationell forskning, inskränker kraftigt patientens möjlighet att välja vilken behandling som passar denne bäst. Denna grundtanke strider mot såväl Patientlagens bestämmelser om patientens ställning i hälso- och sjukvården som FN-konventioner om mänskliga rättigheter och måste därför avvisas. Patienter är rättighetsbärare och Sverige har åtagit sig att följa FN:s konventioner.

Riktlinjerna lägger för stor vikt vid läkemedelsbehandling och KBT och erbjuder i mycket liten utsträckning alternativ. Patienter som av olika skäl inte vill ha läkemedel eller KBT riskerar att inte få någon hjälp. Kanske har de redan prövat och inte klarat av de negativa effekter de upplevt av läkemedlen eller haft svårt att acceptera och fungera i KBT-behandlingens struktur. Många som söker hjälp för ångest och depression har haft problemen länge. De har redan behandlats med mediciner eller KBT men med dåliga resultat. Socialstyrelsen ger ingen vägledning kring vad vården ska göra när patienter inte svarar på den föreslagna behandlingen.

Riktlinjerna bör istället rekommendera en mer individualiserad vård, där patienterna involveras och får välja. Det ökar sannolikheten för att patienterna förbättras. Respektfullt bemötande, delaktighet och valfrihet är en viktig utgångspunkt för att förmå patienter med depression och ångestsyndrom att söka hjälp tidigt och våga komma tillbaka till sjukvården.

RSMH ser inte de nationella riktlinjerna som ett användbart verktyg för kunskapsstyrning. Modellen lämnar stora tomrum inom områden som av patienter, brukare och anhöriga konsekvent lyfts fram som de allra viktigaste. Ett stort problem är gapet mellan patienterna och professionen/forskningen när det gäller valet av behandling och hur dessa ser på värdet av olika behandlingar. I praktiken innebär modellen för riktlinjer en skev detaljstyrning av vårdens resurser. Det är en brist att Socialstyrelsens indikatorer enbart mäter vårdens följsamhet till de föreslagna prioriteringarna, och det försvårar framtagandet av genomtänkta regionala vårdprogram.

RSMH anser att patienters, brukares och anhörigas samlade erfarenhet och kunskap behöver involveras och studeras vetenskapligt i lika hög grad som randomiserade kontrollerade studier av olika behandlingsmetoder. Frågor som handlar om att utveckla psykiatrins mjukare värden såsom bemötande, inflytande och delaktighet får dock mycket litet utrymme i den form som riktlinjerna har idag.

Framtagande, uppföljning och revidering av nationella riktlinjer bör vara transparent och omfatta alla kunskapskällor. Företrädare för de olika kunskapskällorna bör erbjudas samma möjligheter att medverka genom hela processen.

Den ökande psykiska ohälsan inom diagnoserna depression och ångestsyndrom är en av välfärdspolitikens stora ödesfrågor som orsakar ett stort mänskligt lidande och även stora samhällsekonomiska kostnader. För att vända utvecklingen krävs mycket stora resurstillskott och kompetensutveckling framförallt i primärvården men också i psykiatrin, som har ett mycket hårt söktryck idag och inte kan garantera bra behandling till denna stora patientgrupp. De nationella riktlinjerna ger mycket svagt stöd för att motivera en sådan resursökning. En samhällsekonomisk analys kring detta är nödvändig.

Innehåll

RSMH:s yttrande över Remissversion (publicerad 8 december 2016) av Socialstyrelsens förslag till Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.....	1
Bakgrund	1
1. Inledning.....	1
2. Sammanfattning	2
3. Allmänt om nationella riktlinjer	4
4. Små möjligheter till meningsfulla regionala vårdprogram	5
5. Behov av kvalitativ uppföljning	5
6. Nya verktyg behövs för kvalitativa mått	6
7. Viktigt med helhetssyn.....	6
8. Relationen patient – behandlare är avgörande	7
9. Stärk samarbetet mellan psykiatri och somatik.....	7
10. Öka resurserna till primärvården	8
11. Stärk rekommendationen av MINI.....	9
12. Lyssna mer på patienterna.....	9
13. Inga enkla lösningar	11
14. Farmakologisk behandling	11
15. Psykologisk behandling.....	12
16. ECT	13
17. Transkraniell magnetstimulering.....	14
18. Jämlig vård – vård på lika villkor.....	15
19. Även samhällsfaktorer påverkar.....	15
20. Evidensbasen för de föreslagna riktlinjerna	16

3. Allmänt om nationella riktlinjer

RSMH ser inte de nationella riktlinjerna som ett användbart verktyg för kunskapsstyrning. Modellen är skapad av myndigheter, forskare och experter. Det är en hårt styrd och designad modell, som inte är användarvänlig och där form och struktur gör det svårt att överblicka prioriteringarna. Modellen lämnar stora tomrum inom områden som av patienter, brukare och anhöriga konsekvent lyfts fram som de allra viktigaste.

I FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter artikel 12 erkänner konventionsstaterna ”rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa”. Att uppnå bästa möjliga hälsa är alltså en rättighet, inget allmänt tyckande. Konventionsstaterna och dess myndigheter har åtagit sig att leva upp till detta men av detta syns inga spår i förslaget till riktlinjer.

Riktlinjerna pekar på nya trender i psykiatrisk forskning och ger säkert nytt bränsle till debatten om olika behandlingsinriktningar och terapiskolor. Ibland fungerar nationella riktlinjer som stimulans för intensifierad forskning och utveckling kring en lovande metod, men lika ofta bidrar riktlinjerna till att styra bort intresset från andra viktigare områden. Vi befärar att frågor som handlar om att utveckla psykiatrins mjukare värden såsom bemötande, inflytande och delaktighet inte får några större forskningsanslag.

RSMH anser att patienters, brukares och anhörigas samlade erfarenhet och kunskap behöver sammanställas, struktureras, integreras och studeras vetenskapligt i lika hög grad som forskning om psykofarmaka. Men för sådan kunskap saknas utrymme i den form som riktlinjerna har idag.

Patienterna, professionen, administratörerna och beslutsfattarna behöver något annat om det ska gå att vända den negativa utvecklingen inom området psykisk ohälsa. Syftet med riktlinjerna borde vara att förbättra vården för personer med ångest eller depression. Framtagandet, uppföljningen och revideringen av nationella riktlinjer bör vara transparent och omfatta alla kunskapskällor. Företrädare för de olika kunskapskällorna bör erbjudas samma möjligheter att medverka genom hela processen.

En bättre modell för att ta fram riktlinjer kunde exempelvis se ut som följer:

1. Ett förslag tas genom en rådslagsprocess fram utifrån de värden, kvaliteter, metoder och insatser som önskas av brukarna.
2. Professionen granskar förslaget – tillstyrker, invänder och kompletterar. Ett nytt förslag tas fram
3. Forskarna går igenom brukarnas och professionens gemensamma förslag: Vilket forskningsstöd finns för de värden/kvaliteter/metoder/insatser som föreslagits? Vilka mått finns för de värden/kvaliteter/metoder/insatser som föreslagits? Ett nytt förslag tas fram där brukarnas, professionens och forskarnas synpunkter integreras.
4. De kunskapsstyrande myndigheterna bearbetar och förankrar förslaget hos berörda experter och huvudmän.)

4. Små möjligheter till meningsfulla regionala vårdprogram

Det är en brist att de nationella riktlinjerna inte tar upp och förhåller sig till intentionerna i Patientlagen, det vill säga patientens rätt att få information om vårdval, behandlingar och andra viktiga delar i vården så att patientens delaktighet i vården kan underlättas.

Socialstyrelsen tonar ibland ner de nationella riktlinjernas betydelse och framhåller vikten av individuell anpassning av behandling. Riktlinjerna ska vara ett stöd till huvudmännen, framhålls det, och användas vid framtagandet av regionala vårdprogram och i dessa program ska andra faktorer än dem som finns med i riktlinjerna kunna vägas in.

Men, indikatorerna för uppföljning och mätning som följer med riktlinjerna tvingar snarare huvudmännen och vårdgivarna att visa följsamhet till riktlinjerna. Här finns en inbyggd mot-sättning. För många patienter kommer det bara att finnas ett alternativ att välja. De har då i praktiken frångått sin möjlighet att välja den behandling som de bedömer passar dem bäst. Detta kan RSMH aldrig godta.

5. Behov av kvalitativ uppföljning

Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem i Sverige och internationellt. Samhällskostnaden i Sverige för enbart diagnosen depression beräknas till omkring 35 miljarder kronor årligen. Den psykiska ohälsan, framförallt depressioner och ångestsyndrom, står bakom en stor del av de ökande sjukskrivningarna och långtidsarbetslösheten. Både i psykiatri och primärvården ökar trycket vilket vi som företrädare för denna stora patientgrupp kan vittna om.

Ett viktigt syfte med de nationella riktlinjerna borde vara att de ska omfatta och integrera erfarenheter som i olika sammanhang framförs av patienter, brukare och anhöriga. Detta görs inte idag. Socialstyrelsen och andra myndigheter bjuder kontinuerligt in brukarrörelsen till olika former av rådslag och arbetsgrupper men de ståndpunkter som framförs sätter sällan några avtryck i de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen tycks sakna strategier och metoder för hur detta ska gå till.

Sanningen är att vi vet mycket lite om vad de vårdinsatser som ges har för effekt för dessa största av psykiatriens patientgrupper. Det saknas kvalitativa system för uppföljning, som både mäter vilka behandlingsresultat vården ger och hur effektiv vården är i förhållande till de kostnader den medför.

De psykiatriska verksamheterna följs idag upp och styrs främst med volymbaserade variabler istället för i vilken utsträckning de skapar värden eller kvalitet för patienterna. Det försvarar för vården att göra relevanta prioriteringar eller att få en uppfattning om de gör ett bra arbete eller ej utifrån ett patientperspektiv. Som en konsekvens av ovanstående kan svensk psykiatri idag inte garantera tillgänglig kvalitativ vård för dessa patientgrupper, vilket RSMH förstås ser allvarligt på.

Följden är att många människor sjukskrivs under onödigt långa perioder, återinsjuknar i större utsträckning än nödvändigt och i många fall hamnar i långa utanförskap och arbetslöshet. I allra värsta fall begår individer självmord då inte vården kunnat leverera en tillräckligt hög kvalitet och säkerhet. Samhällskostnaderna för dessa brister är mycket stora.

Inte minst därför borde det vara angeläget att skapa uppföljningssystem som låter patientens egen bedömning av hälsoutfall spela en tydlig roll. Ett sådant system skulle vara till stor nytta

för alla. Det skulle möjliggöra uppföljning av en enskild behandling och av varje vårdgivares resultat. Jämförelser mellan vårdgivare skulle underlättas och därmed även utvecklingen av vården.

6. Nya verktyg behövs för kvalitativa mått

Varken utformningen av de nationella riktlinjerna eller processen som föregått den bidrar till att skapa konsensus kring vilken kvalitet vården ska leverera, vare sig mellan professionella med olika inriktning eller mellan professionen, forskarna och patienterna.

Det pågår en hel del utvecklingsarbete inom området men helhetssyn och samordning av aktiviteterna saknas. Det har tagits fram mätinstrument som fokuserar på hur patienter/brukare upplever vården och som bedömer kvaliteten på insatserna men dessa används sällan.

Personer ur professionen anser ibland att brukarrapporterade mått är otillförlitliga. Vår bild är att sådana uppfattningar beror dels på fördomar och dels på att inte tillräckliga ansträngningar görs för att utveckla mätmetoder som bygger på brukarens kunskap och erfarenhet. Ytterligare en förklaring kan vara att personal i psykiatrien vant sig vid att de ska föra patienternas talan. En återkommande ståndpunkt är att vissa saker, särskilt i psykiatrien, inte går att mäta och att vi därför bör nöja oss med kliniska hårddata och överlåta åt professionen att utvärdera och utforma vården.

Den vetenskapliga litteraturen inom depression diskuterar i relativt liten utsträckning vilka värden som är viktiga för patienterna i depressionsvården. Mycket av litteraturen bygger istället på grundantagandet att depressionsvård ska sträva mot symtomreducering och ökad funktionsnivå. Det är två viktiga parametrar men det finns också mjukare värden och där är vetenskapen dåligt utvecklad. Det gäller exempelvis studier om bemötande, relationer, delaktighet, trygghet och tillit. Studier finns som betonar vikten av att följa upp dessa variabler, men ingen studie har lyckats utveckla ett strukturerat, heltäckande verktyg som fångar dessa parametrar.

7. Viktigt med helhetssyn

I RSMH är vi angelägna om en helhetssyn och om att se människan i sitt sammanhang. Individen är inte bara en patient eller en symtombärare, utan lever i ett samspel med den omgivande miljön och andra människor. När vi talar om psykisk ohälsa måste vi därför beakta det viktiga samspel som sker mellan den enskilde och omgivningen och hur detta påverkar vägar och möjligheter till återhämtning, i bästa fall tillfrisknande.

Personer med allvarliga och långvariga tillstånd som olika psykoser eller bipolärt syndrom, har en påtagligt kortare livslängd än genomsnittet. Detta beror på suicid liksom på sekundär ohälsa, som följer med behandlingen liksom med de effekter som sjukdomen får på personens levnadsvillkor och livsstil.

Det saknas - så vitt vi vet - forskning som ger evidens för att ångest och depression skulle förkorta livslängden generellt. Vi vet dock att personer med psykisk ohälsa löper betydligt större risk än andra att drabbas av somatiska sjukdomar. Självmordsrisken kan vara betydande vid dessa tillstånd. Behandling med antidepressiva kan initialt öka självmordsrisken. På samma sätt som vid psykoser eller bipolärt syndrom, finns flera faktorer som talar för att även personer med långvariga depressioner eller ångesttillstånd kan få en ökad överdödlighet och leva kortare

liv. Ohälsosam livsstil, svåra levnadsvillkor, beroendeproblematik, bristande självbild, stigmatisering, negativ särbehandling och svårigheter att ställa krav på utredning och vårdinsats när sjukvården ser de somatiska symtomen som psykiatriska.

Ångest och depression är tillstånd som ofta är långvariga, inte sällan sträcker sig problemen över mer eller mindre hela personens livstid. Vissa personer har episodiska besvär eller symtom som varierar i intensitet över tid. Samsjukligheten är hög, det vill säga personen har flera olika diagnoser samtidigt eller varierande över tid. Symtomen kan också förekomma tillsammans med andra uttryck för psykisk ohälsa. Ångest blir inte sällan lindrigare över tid, i takt med att människor får nya livserfarenheter och lär sig att hantera de negativa känslorna. Då kan istället graden av depressivitet eller andra besvär tillta, eftersom den grundläggande sårbarheten ofta är bestående.

Detta innebär för det första att vi med alla medel bör verka för att människor inte hamnar i den grupp som får långvarig och allvarlig ohälsa. Här finns åtskilliga faktorer – individuella och i omgivningen – som behöver uppmärksammas i förebyggande syfte. De som trots allt får en långvarig ohälsa/funktionsnedsättning, ska erbjudas fullgod vård. Vården får inte ge upp eller hemfalla åt slentrianmässig behandling (exempelvis förskrivning av läkemedel). Kvalificerad vård ska erbjudas alla, vård baserad på mänskliga insatser och mänskligt stöd och med hänsyn till individuella behov och variationer.

Psykisk ohälsa är ett komplext begrepp. Det handlar inte om ett antal fasta och konstanta sjukdomstillstånd. Istället bygger diagnos och behandling ofta på kartläggning av olika symtom och kluster av symtom. Diagnoser förändras över tid, och nya diagnoser tillkommer. Detta är ett angeläget problem i sig, som kräver djupare analyser både praktiskt och teoretiskt.

8. Relationen patient – behandlare är avgörande

Vid alla psykiska tillstånd – inte minst ångest och depression – är relationen mellan behandlaren och patienten av största vikt. Det måste finnas ett förtroende och den enskilde måste känna sig sedd och respekterad. Vi vill därför särskilt lyfta fram frågan om bemötande. Den nya lagstiftningen inom området patienträtt och patientsäkerhet ska följas. Först och främst måste alla personer och professioner som är inblandade bemöta patienten som en jämlike. Vidare måste behandling och behandlingsplaner som upprättas verkligen vara korrekt förankrade med patienten.

Dokument om delaktighet och bemötande får inte bli papperstigrar. Teori måste omsättas i praktik. Vi har sett att vården slarvar när det gäller patientens delaktighet och rätt att göra sin röst hörd. Det är lätt att hasta fram en plan för att uppfylla lagens krav, men i form av ett på förhand fixerat förslag som presenteras patienten eller genom att vårdpersonal exempelvis ställer ledande frågor.

9. Stärk samarbetet mellan psykiatri och somatik

RSMH vill lyfta fram den höga förekomsten av psykiatriska- och somatiska samsjukligheter som finns inom depressionsvården. Det finns även en hel del vetenskapliga studier som lyfter fram denna samsjuklighet. Eftersom den har ofta negativ påverkan på behandlingsutfallet borde behovet av att vid depressionsbehandling identifiera samsjukdom ägnas mer utrymme i de nat-

ionella riktlinjerna. Exempelvis diabetes har mycket stor påverkan på funktionsnedsättningsnivå efter behandling där bägge samsjukligheterna kraftigt försämrade den förväntade funktionsnivån efter behandling.

Ett nära samarbete mellan psykiatrisk och somatisk vård är viktigt. Idag bedrivs vården ofta i avgränsade ”stuprör” där varje vårdgivare arbetar med ett strikt avgränsat sakområde. Detta gäller såväl generellt som inom respektive specialitet. Kropp och själ är en helhet. Psykiska besvär påverkar den somatiska hälsan och omvänt.

Vi vet att den som lider av psykisk ohälsa inte bara har sämre allmäntillstånd, utan även får sämre somatisk vård. Det är inte ovanligt att vården missar allvarliga somatiska besvär, som bortförklaras som psykiska eller psykosomatiska. Detta kan vara mycket ödesdigert och i värsta fall leder till att patienten avlider.

Många behandlingar vid psykisk ohälsa påverkar dessutom individens somatiska tillstånd. Detta gäller i synnerhet när det krävs mediciner som är kända för att ge omfattande biverkningar. Men det finns även åtskilliga preparat som ger sådant som trötthet eller muntorrhet. Detta påverkar aktivitet, näringsintag mm, vilket leder till nedsatt kroppslig hälsa.

I remitterade underlag betonas vikten av att tidigt göra en utredning av patientens somatiska hälsa, vilket RSMH ser som positivt. RSMH anser att när det gäller långtidssjuka i depression eller ångest bör det stå tydligt i riktlinjerna att särskilda hälsokontroller ska genomföras minst en gång per år.

10. Öka resurserna till primärvården

Depression och ångestsyndrom ska i första hand hanteras inom primärvården men resurser för att åstadkomma en sådan utveckling saknas. Primärvården ska ta hand om initial utredning, diagnosättning, uteslutande av somatiska orsaker till depressiva symtom samt utföra 1-2 behandlingsförsök innan patienten remitteras till öppenvårdspsykiatri.

Enbart i undantagsfall ska patienterna direkt remitteras till psykiatri. Exempel på undantag är svårt depressiva patienter, patienter med komplex depression samt om det föreligger en betydande suicidrisk.

De resurser som finns i primärvården är i regel: allmänläkare, sjuksköterska, kurator/socionom (ibland) och psykolog (sällan). Med dessa resurser kan primärvården erbjuda antidepressiv läkemedelsbehandling, begränsade psykologiska interventioner (om psykolog finns på vårdcentralen kan vårdcentralen i regel erbjuda 3-5 KBT-sessioner) samt psykosocialt stöd.

I de rapporter vi får om situationen i primärvården framkommer ofta att vårdpersonalen inte är rustad att hantera depressions- och ångestpatienter på ett relevant och kvalitativt godtagbart sätt. Dels saknas fortfarande på ganska många vårdcentraler psykolog/psykoterapeut vilket begränsar möjligheten att erbjuda psykologisk behandling. Enligt Socialstyrelsens rapport (2013) rapporterade 83 procent av vårdcentralerna att de, antingen via avtal med externa parter eller i egen regi, hade tillgång till någon form av psykologisk behandling. Tillgängligheten varierar kraftigt i landet men motsvarade inte alls behoven.

Riktlinjerna ger mycket svagt stöd för att motivera den kraftiga resursökning som är nödvändig om primärvården ska kunna vara stommen i vården av depression och ångestsyndrom. Flera av de undersökningar och insatser som föreslås erbjudas i primärvården har fått låg prioritet. I riktlinjernas konsekvensanalys talas det endast försiktigt om behovet av mer resurser. Ökningen

kommer snart att plana ut och ge pengarna tillbaka i en total kalkyl, är bedömningen. En tydligare samhällsekonomisk analys skulle behövas kring vinsterna med att öka resurserna till primärvård inom ångest och depression.

11. Stärk rekommendationen av MINI

RSMH noterar att diagnosstödet MINI rekommenderas, främst i specialistvården. Enligt vår mening bör rekommendationen göras kraftfullare - även gentemot primärvården. Utbildning i MINI skulle göra primärvårdens behandlande personal bättre skickad än idag att verkligen bli en första linjens vård inom psykiatri. Vi tycker att ordet ska användas i rekommendationerna både gentemot specialistpsykiatri och primärvården, inte bör och kan. Vi tror att detta är viktigt eftersom en stor andel av antidepressiva läkemedel idag förskrivs av läkare inom primärvården och att det är angeläget att snarast möjligt få en primärvård som är kompetent när det gäller psykisk ohälsa.

Att använda diagnosstödet MINI brett i läkarkåren och de legitimationsyrken som arbetar nära dem i primärvården skulle enligt vår mening kunna vara ett sätt att delvis ”snabbutbilda” (förenkla och förbättra fokus för) primärvårdsläkarna i ämnesområdet psykiatri. Idag har de alldeles för liten kunskap inom området samtidigt som de sitter på ordnationsrätten till de psykiatriska preparat, t ex antidepressiva, som används för behandling av mycket av vardagssjukligheten i befolkningen.

Om vi fick igång en primärvård där läkarna är riktigt kunniga på att använda t ex antidepressiva mediciner och med tillgång till psykologer som behärskar både psykodynamisk samtalsbehandling och beteendebehandling skulle vi få en kvalitativt mycket bättre första linjens psykiatri – och som på allvar skulle kunna avlasta specialistpsykiatri.

RSMH vill därför säga följande:

- MINI bör användas i primärvården
- Bättre resurser, nya tjänster och kompetensutveckling behövs i primärvården.
- Använd erfarenhetskunskapen för att utveckla kunskaperna om psykisk ohälsa i primärvården
- Uppmärksamma kombinationen depression och ångestsyndrom
- Uppmärksamma och åtgärda samsjuklighet: somatiska sjukdomar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Främja förebyggande åtgärder - suicidförsök och suicid
- Förebyggande verksamhet och tidig upptäckt är viktigt och motiverar en kompetenshöjning i den första linjen av vård. Utöver inom primärvården är det viktigt att sådana insatser också lyfts fram och prioriteras inom skolans hälsovård på alla nivåer samt vid ungdomsmottagningar, MVC och BVC.

12. Lyssna mer på patienterna

Det ligger inom ramen för nationella riktlinjer att bedöma och prioritera evidensen kring olika behandlingsalternativ. Vilka behandlingsmetoder som används sätts i relation till graden av evidens och utifrån detta sätts mål för hur mycket resurser som bör läggas på en viss behandling. I praktiken medför denna modell en detaljstyrning av vårdens resurser.

Det finns stora problem med gapet mellan patienterna och professionen/forskningen när det gäller valet av behandling och hur dessa ser på värdet av olika behandlingar. Det gäller både vid nyinsjuknande där många blir besvikna när de söker hjälp och för patienter som levtt många år med sin sjukdom. För många är den dominerande känslan och upplevelsen låg tillit och tilltro till att de kan få hjälp från vården, de har inget hopp om att kunna bli bättre, känner frustration över bemötandet, fyrkantigheten, bristen på inflytande och delaktighet, bristen på alternativ, resursbrist och väntetider. Många känner sig ifrågasatta, att de inte är viktiga, de får dålig feedback på sina frågor och önskemål. Det råder brist på kontinuitet, tydlighet och förutsägbarhet. Frustrationen ökar.

Stigmatisering är en företeelse i samhället som har sin utgångspunkt i samhällets fördomar och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa. Stigmatiseringen förorsakar negativ särbehandling och diskriminering på olika nivåer i samhället – allt ifrån strukturell och institutionell diskriminering till individuell.

Självstigmatisering innebär att du som patient tar över och införlivar samhällets fördomar och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa. Detta utgör en stark motkraft till de behandlingsinsatser som ges. Fördomarna kring psykisk ohälsa är enligt modern forskning lika vanliga eller till och med vanligare inom de yrkesgrupper som finns inom den psykiatriska vården.

Hos professionen finns också känslan av otillräcklighet, brist på resurser, begränsat behandlingsutbud, att vården har så lite att erbjuda. Men där finns inte sällan också en överskattning av den egna förmågan hos den som behandlar. Samtidigt förekommer ofta en underskattning av patientens utsagor. Vårdpersonal tror inte att patienten har förmågan att välja vad som passar henne eller honom bäst eller att patienten själv kan bedöma och rapportera hur framgångsrika olika insatser har varit.

Även oviljan att göra en ny medicinsk bedömning kan kopplas till dessa brister i den professionella självbilden. Vi har tolkat riktlinjerna som att vården - när det är konstaterat att en depression är allvarlig och långvarig - bör sluta med olika former av psykoterapi och koncentrera sig på medicinbehandling, ECT och rTMS. Vi har svårt att acceptera ett sådant synsätt. I sådana utsatta situationer behövs just den terapi som patienten har önskemål om (KBT, psykodynamisk psykoterapi eller andra former).

Psykisk ohälsa är inte något exakt system av avgränsade sjukdomstillstånd. Det är i högsta grad ett relativt begrepp, som kräver helhetssyn och flexibilitet. Inom många andra medicinska områden kan man på ett tydligt sätt identifiera en viss sjukdom och sedan ge en viss behandling för denna, en behandling som grundar sig på strikt evidens (exempelvis dubbelblindstudier).

Den som skall utforma rekommendationer om behandling vid psykiska tillstånd, måste ha detta i beaktande. Det är lätt att söka förklaringar och behandlingar efter samma modell som gäller inom allmän medicin. Detta är dock inte rimligt vad avser området psykiatri.

I de föreslagna riktlinjerna betonas vikten av tidiga insatser. Vi vill också lyfta fram detta synsätt. Risker för att ohälsan blir långvarig eller bestående ökar markant redan efter en ganska

kort tid. Detta kräver att man vid alla de vårdgivande enheter som skall ta hand om dessa patienter (primärvård respektive specialiserad psykiatri) också har tillräckliga resurser, så att behandling kan sättas in mer eller mindre omgående.

En samordnad individuell plan för behandlingen, SIP, skall alltid upprättas då flera vårdgivare / huvudmän är inblandade. Denna plan är en förutsättning för god vård och skall utformas med patientens aktiva medverkan.

13. Inga enkla lösningar

RSMH vill betona det orimliga i att söka enkla förklaringar och botemedel. Det finns ytterst sällan någon "Quick fix" vid psykiska besvär. Det handlar istället om att kartlägga problemen utifrån en helhetssyn och med hänsyn till individuella variationer.

*"För varje komplicerat problem, finns det
en enkel lösning, och den är fel..."*
Umberto Eco

Dessvärre konstaterar vi, att tendensen att söka enkla lösningar tilltagit över tid. Det viktiga är att patienten ges inflytande och möjlighet att välja bland alternativa behandlingsformer, även mer djupgående och långvarig samtalsbehandling. Kortsiktiga effektivitetskrav och högre kostnader har lett till att sådan behandling nästan försvunnit.

Samtidigt visar nyare forskning att långtidsbehandling med psykoterapi har mer bestående behandlingsresultat och därför över tid kan vara mer kostnadseffektiva.

14. Farmakologisk behandling

SSRI är första linjens farmakologiska behandling av mild och måttlig depression. Först ska sägas att väldigt många patienter har god hjälp av läkemedelsbehandling och är nöjda med hur den förskrivs och följs upp. Detta gäller framförallt behandling inom specialistpsykiatrin.

Det har rapporterats ett flertal biverkningar från användandet av antidepressiva. Dels milda biverkningar såsom näsblod, kräkningar och viktuppgång, men även i ett fåtal fall svåra biverkningar såsom hyponatremi, GI-blödningar och osteoporosfrakturer.

Den absolut vanligaste kritiken mot psykiatrisk vård inom detta område handlar om att läkare förskriver för mycket antidepressiva läkemedel och erbjuder för lite annan behandling. Uppföljningen av behandlingen är ofta dålig om det överhuvudtaget sker någon uppföljning. Det senare gäller framförallt inom primärvården. Det andra är att behandlaren underskattar patientens biverkningar och andra negativa effekter av behandlingen. Önskemål om psykologisk behandling leder ofta inte till någon åtgärd. Ibland sätts patienten upp på en väntelista men om patienten inte själv driver på händer inget.

Många slutar på egen hand med antidepressiva på grund av biverkningar eller andra diffusa effekter – känsla av avstängdhet mm. Ibland upplevs också långvarig behandling som ett slags beroende vilket leder till att patienten slutar ta läkemedlet eller tar det sporadiskt – inte sällan som en behovsmedicin för att dämpa ångest – ibland också i kombination med andra droger.

Läkarna har ofta en stark tilltro till de läkemedel de ordinerar. Om de inte får bra effekt handlar det i första hand om val av preparat och dosering – inte om att behandlingen i sig inte

skulle ha effekt. Läkarna (samt även andra behandlare) överskattar ofta de positiva effekterna av läkemedel samtidigt som de underskattar patientens rapporter om biverkningar/negativa effekter. Det är inte ovanligt att behandlarna har svårt att upptäcka och ta till sig att patienten mår sämre under pågående behandling.

Om det inte är patientens uttryckliga önskemål bör läkemedel inte användas som enskild behandling. I de fall där läkare förskriver läkemedel, ska det ha föregåtts av en djupgående utredning där hela patientens livs- och hälsoomständigheter tas i akt. Läkemedel bör, om inte patienten motsätter sig det, kombineras med annan behandling vilket också enligt forskningen ofta är det mest effektiva. Även om läkemedel är det som patienten önskar bör vården informera om andra alternativ och erbjuda möjlighet att pröva till exempel psykoterapi. Positiva och negativa effekter av läkemedelsbehandling bör noga vägas och behandlingen skall utformas i samråd med patienten. Samrådet där patienten beslutar om vilka insatser patienten själv vill ha är en lagstadgad patienträttighet. Delaktigheteten ökar i hög grad möjligheterna till återhämtning.

All behandling med läkemedel skall följas upp, utvärderas och omprövas löpande. Vi vet att många patienter får sina recept förnyade utan att träffa läkaren eller på annat sätt ha aktiv kontakt med förskrivaren. Det får aldrig bli slentrian, så att en patient under en längre tid får mediciner som inte är optimala, alternativt behandlas i onödan.

Riktlinjer avseende farmakologisk behandling måste vara flexibla. Idag finns ett mycket begränsat antal standardläkemedel i dokument som den så kallade Kloka Listan. Det är en "lathund" och ett beslutsstöd för vårdpersonal. Listan finns även i patientversion. Det rör sig ofta om väl beprövade men inte optimala mediciner, som har en förmånlig prisbild. Ekonomiska faktorer får inte styra valet av preparat. Patientens bästa ska alltid utgöra grund för behandlingen.

Vad gäller läkemedel tycks förskrivningen av främst antidepressiva vara i ständig ökning. Antidepressiva rekommenderas vid ett flertal tillstånd, och antalet användningsområden har utvidgats. Dessutom förekommer så kallad off label-förskrivning, alltså att ett visst läkemedel ordineras för ett annat område än det egentligen är avsett för. Det är dock inte klarlagt hur många som de facto hämtar ut sin medicin och i än mindre grad hur många som faktiskt följer ordinationen.

15. Psykologisk behandling

Att patientens personlighet, läggning och livsstrategier ska kunna påverka valet av behandlingar/insatser tycks vara en främmande tanke i riktlinjearbetet. Detta ser RSMH som en stor brist.

I arbetet med riktlinjerna tycks föreställningar om olika psykoterapiformer, brist på objektivitet, identifikation och lojalitet med kollegor inom skolan samt olika trosföreställningar ha fått påverka uppfattningarna och tolkningarna i processen. Forskningsstudier har gått igenom och olika referenser anges men brukarfokus saknas.

Psykologiska behandlingar såsom kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell beteendeterapi (IPT) består vanligtvis av 16 - 20 terapisesioner, utspridda över 3 - 4 månader. Milda depressiva episoder kan effektivt behandlas med lågintensiva psykologiska terapier (exempelvis internet-KBT) medan måttliga depressiva episoder kräver mer intensiva psykologiska interventioner.

Psykologiska terapier ska enligt riktlinjerna enbart användas som komplement till farmakologisk terapi hos svårt deprimerade patienter på grund av lägre effekt i denna patientgrupp. Utöver KBT och Interpersonell psykoterapi rekommenderas inga andra psykoterapiformer.

Vi ser en stor brist i förslaget till nationella riktlinjer i detta avseende. Strävan måste vara att ge dessa metoder en chans att visa upp sin effektivitet med de medel som praktiskt sett existerar – nämligen framför allt att den behandlade känner sig bättre i olika avseenden.

Bland patienterna finns olika uppfattningar representerade för och emot olika behandlingar och psykoterapeutiska metoder. Många anser att de kan ha nytta av flera olika beroende på vilka problem de för tillfället behöver ha hjälp med och på hur livet och livssituationen ser ut just då. Många vittnar om att det är behandlaren som person och den relation de fått som varit viktig och verksam – inte så mycket metoden som sådan. Men vanligast är att patienterna inte fått möjlighet att välja. De har fått vad det funnits tillgång till eller det som behandlaren bestämt.

Psykiatri är rimligen den vårdgren där värdet av mänskliga resurser i behandlingen av de sjuka är störst och behovet av samtal viktigast. Studier har visat att halva behandlingseffekten i både läkemedelsbehandling och terapier ligger i engagemanget hos läkaren eller terapeuten. Stor vikt bör därför läggas vid olika psykoterapiformer, inklusive psykodynamiska sådana, även för människor med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa. I detta avseende finns ett tydligt behov av att ändra förslaget till nationella riktlinjer.

16. ECT

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) minskar depressiva symtom genom att inducera tonisk-kloniska kramper i hjärnan. De neurobiologiska mekanismerna bakom ECT:s effekt på depression är inte helt klarlagda men vetenskapen pekar mot att ECT ökar neurontillväxten i hjärnan och stimulerar banor som motverkar depression. ECT upplöser ungefär 50 procent av alla svåra depressioner men problemet är att recidivriskerna fortfarande är höga (trots sekundärpreventiv antidepressiv behandling).

Bland patienter finns diametralt olika uppfattningar om ECT. Från att det är den enda behandlingen som varit dem till hjälp till att ECT borde förbjudas. Behandlingsmetoden är belastad av historien och påminner många om en omänsklig och förtryckande psykiatri. Samtidigt visar forskning att många patienter upplever positiv effekt av ECT-behandling.

För behandling med ECT ska krävas skriftligt informerat samtycke. Detta är RSMH:s uttryckliga uppfattning. Även Europarådets antitortyrkommitté har vidare uppmanat Sverige att genast åtgärda denna idag högst påtagliga brist i svensk lagstiftning. Socialstyrelsen har här ett självständigt ansvar, menar RSMH, att främja en fördragskonform praxis genom utformningen av de föreslagna riktlinjerna så att de är i harmoni med gällande internationella konventioner som Sverige åtagit sig att följa.

I fråga om tidigt insatt ECT aktualiseras tyvärr ofta makt och tvångsdynamiken i den psykiatriska vården på ett sätt som inblandad personal inte alltid är kompetent att hantera. RSMH vet att det förekommer informellt tvång, övertalning och så vidare, för att patienter ska acceptera behandling med ECT per omgående. Även om personal inte på egen hand fullt ut inser att de genom att forcera förlopp underminerar patientens autonomi och informerade val borde huvudmän och myndigheter med ansvar för området – som till exempel Socialstyrelsen – engagera sig mer för att motverka risken för kränkningar. Någon illustrativ beforskad diskurs om detta presenteras dock tyvärr inte direkt i Socialstyrelsens förslag till riktlinjer.

RSMH vill här också peka på några komplikationer:

- Den kraftiga ökningen av ECT. Behandlingen ges allt oftare och tidigare (första val), till fler diagnoser, i längre återupprepade serier samt kontinuerligt.
- Det bedrivs en kampanj kring ECT både på system- och individnivå, som hävdar att fler bör få behandlingen. Marknadsföring görs i media, och inom vården sker individuell övertalning.
- ECT får inte ges utan samtycke.
- Att acceptera behandling med ECT innebär att avstå från att ha kontroll över vad som händer med en under behandlingen. Att göra detta samtidigt som du kanske har dålig tillit till behandlaren kan göra att behandlingsinsatsen – även om du sagt ja - uppfattas som ett övergrepp.
- Minnesstörningar förekommer. Dessa underskattas av psykiatrin. De märks inte alltid i minnestester men påverkar exempelvis arbets- och studieförmåga.
- Brister i informationen om behandlingen, framförallt beträffande effektens varaktighet, biverkningar och negativa effekter.
- Attityderna till patienter som upplever att deras minne och/eller andra kognitiva funktioner har försämrats. De blir ofta dåligt bemötta. Påståendet att det skulle bero på deras grundsjukdom upplevs som en kränkning oavsett om det är sant eller falskt.
- Enligt vår uppfattning är ECT ingen behandlingsform som säkerställer positiva långsiktiga effekter.
- Enligt vår uppfattning prövas ECT i alltför stor omfattning på annat än depression – för att se om det ger effekt. Reglerna kring ECT och dess användning måste, anser RSMH, skärpas.
- När en person kan ha kommit upp i hundratals behandlingstillfällen bör vi ifrågasätta om det är rimligt att ge en behandling som uppenbart bara åstadkommer korta effekter.

17. Transkraniell magnetstimulering

RSMH delar inte uppfattningen att behandlingsformen rTMS, transkraniell magnetstimulering, är tillräckligt utvärderad för att kunna tas i bruk som en evidensbaserad behandling.

rTMS har på senare år presenterats som en ny behandling och får, såvitt vi kan förstå, fritt fram i och med förslaget till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det framförs att det på senare år tillkommit några studier som visar på god effekt vid medelsvår till svår depression. Behandlingen anses vara en lindrigare metod än traditionell ECT. Det framhålls att det finns evidens för denna behandlingsform. Vi ställer oss tveksamma till detta.

Metoden är alltför ny och mer studier behövs, på kortare och längre sikt. Hur effektiv är behandlingen? Vilka verkningar och biverkningar har den, generellt och i enskilda fall? Finns studier om effekter eller bieffekter över längre tid? Hur vägs nyttan mot eventuella risker för patienten?

En patient får aldrig, som ovan nämnts, behandlas utifrån tanken om enkla lösningar. Hittills har forskningen inte lyckats finna någon enskild medicin eller annan behandling som ger snabb

och säker lindring till samtliga patienter, även vad gäller sådana som har identisk diagnos. När rTMS lanseras som en ny evidensbaserad behandling i de nya riktlinjerna befarar vi att de väcker förhoppningar om en sådan snabb lösning istället för att patienten får en gedigen och seriös (men kanske resurskrävande) utredning och behandling.

I förslaget till riktlinjer anges att ”Metoden tycks ha främst lindriga biverkningar...”. Detta uttrycksätt när det gäller biverkningar gör att RSMH inte kan hålla med om att metoden skulle vara tillräckligt utvärderad för att börja användas i större utsträckning. RSMH:s uppfattning är att riktlinjerna måste ändras på den punkten och avsnittet om rTMS arbetas om.

18. Jämlik vård – vård på lika villkor

För RSMH är jämlik vård ett ledord. Vården får aldrig missgynna vissa individer eller grupper av individer. All vård och behandling skall bedrivas på lika villkor och med patientens bästa i centrum.

RSMH konstaterar att valet av behandling inte är rättvist som det ser ut idag. Ofta är det helt irrelevanta faktorer som styr vilken medicin som skrivs ut till en viss patient eller vilka alternativa behandlingar som erbjuds och/eller ordineras. Män får bättre vård än kvinnor, den som har högre utbildning får bättre vård än lågutbildade. Personer med stabil socioekonomisk situation får företräde framför mindre lyckligt lottade. Den som är nyinsjuknad får bättre behandling än den som har mer långvarig ohälsa eller en psykisk funktionsnedsättning.

Bemötande är en del av jämlik vård. Alla patienter måste bemötas med respekt och utifrån sina personliga förutsättningar. Varje patient är en unik individ med en livshistoria och livssituation. Behandlaren måste vara lyhörd och inta ett förhållningssätt baserat på alla människors lika värde och mänskliga rättigheter. Detta är grundläggande men behandlas inte i riktlinjerna.

19. Även samhällsfaktorer påverkar

Tillfrisknande eller återhämtning är målet för all behandling. Då måste vi även ta hänsyn till de yttre faktorer som kan orsaka eller bidra till psykisk ohälsa. Ökningen av depressions- och ångesttillstånd behöver ses i ett större sammanhang. Vi lever i en tid med ständigt ökande tempo och där allt större krav ställs, inte minst i arbetslivet.

Indikationer finns på att också den ökande användningen av digitala medier och digitalt förmedlad information är påfrestande för individen och ytterligare bidrar till stress, ångest och utmattning. Tillstånden blir då en konsekvens av eller symtom på något större, nämligen förändringarna i den omgivande miljön.

Behandlingsutbudet måste breddas och anpassas till alla de dimensioner som är viktiga för att uppnå psykisk hälsa. Psykiatrin fastnar ofta i ett medicinskt - ibland också psykologiska – perspektiv och tappar bort det tvärvetenskapliga. Exempel på vad som saknas är pedagogiska insatser, fysisk aktivitet, livsstil, avstressande och återhämtningsbefrämjande miljöer, pengar att leva av samt kamratstöd, självhjälp och egenmaktsutveckling genom patient-, brukar- och anhörigföreningar.

Det fungerar inte att framgångsrikt behandla ångest och depressioner utan att också se detta sociala och psykosociala sammanhang. Insatser kommer att krävas, inte enbart i vården utan också i arbetslivet, i studieorganisationer och motsvarande.

20. Evidensbasen för de föreslagna riktlinjerna

Med det föreliggande förslaget till riktlinjer har Socialstyrelsen, i RSMH:s ögon, frångått sina egna kriterier för evidens. Begreppet skall vila på de tre likvärdiga fundamenten (1) bästa tillgängliga forskningsunderlag, (2) professionens beprövade erfarenhet och (3) brukarnas erfarenheter och upplevda behov. Riktlinjerna baseras nästan uteslutande på det första fundamentet via SBU, *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*, och överordnas dessutom de två övriga. Endast i de fall då det saknas forskningsunderlag, har arbetsgruppen hämtat stöd i professionens beprövade erfarenhet. Något genomslag för brukarperspektivet kan över huvud taget inte urskiljas.

Rekommendationerna om läkemedelsbehandling vilar i hög utsträckning på studier, som har utvärderats av läkemedelsbolagen själva. Under senare år har det framkommit uppgifter om att flera av dessa studier är manipulerade och att negativa utfall har mörklagts. Även inom professionen pågår en debatt om läkemedelsforskningens oberoende och trovärdighet och de vinstmaximerande läkemedelsföretagens marknadsföring och jakt på nya indikatorer för sina preparat. Ibland syns tecken på försiktig självrannsakan bland läkare som börjar inse att de kanske haft en övertro på SSRI-antidepressiva och att forskningsresultaten vid en närmare granskning inte är helt övertygande. Men dessa diskussioner har ännu inte nått till Socialstyrelsen som utan förbehåll är beredd att ge hög prioritet åt läkemedelsbehandling vid depression och ångest-syndrom.

I fråga om ECT finns en stor samlad erfarenhet av minnesstörningar bland brukarna. Eftersom effekten av ECT-behandling dessutom oftast är kortvarig, finns det även i det fallet skäl att ifrågasätta Socialstyrelsens prioritering.

Evidensen vid psykiatriska behandlingar bygger inte alltid på objektiva mätresultat, utan också på subjektiva tolkningar. Det innebär att sådant som kortsiktigt kan uppfattas som goda resultat, mycket väl kan tolkas på helt andra sätt, kanske framförallt i ett längre perspektiv. Vi behöver bara kasta en blick i backspeglarna för att inse detta.

Slutligen vill RSMH rikta kritik mot Socialstyrelsens alltför stora vårdgivarfokus och avsaknaden av brukarperspektiv. Dessutom saknas helt en strukturerad och transparent genomgång av FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna eller specifikt exempelvis FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning för att säkerställa att riktlinjerna är konforma med desamma.

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Jimmie Trevett
Förbundsordförande

Kristina Båth Sågänger
Kanslichef

**CC: Handikappförbunden
NSPH**