

Behandling av psykisk ohälsa i Sverige

Björn Philips

Docent i klinisk psykologi, leg psykolog/psykoterapeut

Vad forskare är ense om:

Biopsykosociala sårbarhet-stress-modellen

Sårbarhet

Biologi (ex. gener, störd biokemi)

Sociala

faktorer (ex. fattigdom, diskriminering)

Psykologi

(ex. omedvetna konflikter, felinlärning)



Stress

Biologi (ex. infektion, giftiga ämnen)

Sociala

faktorer (ex. arbetslöshet, migration)

Psykologi (ex.

förlust av närstående, kränkning)



Psykisk störning

Hur svensk vård av psykisk ohälsa är organiserad

- Ensidig medicinsk modell
- Styrs och organiseras inom sjukvårdssystemet
- Svåra psykiska sjukdomar/besvär behandlas inom psykiatrin
- Milda till måttliga psykiska besvär behandlas inom primärvården
- Primärvården styrs av allmänläkare med specialistkunskaper inom kroppssjukvård, med varierande kunskap om psykisk ohälsa
- Primärvården i vissa delar av Sverige har anställt psykoterapeuter/psykologer/kuratorer eller har samarbetsavtal med sådana, men på andra håll brister detta kapitalt
- Utvärdering av och riktlinjer för vård av psykisk ohälsa görs av ensidigt medicinska instanser som SBU och Socialstyrelsen

Nuvarande system för finansiering

- **Stora bidrag från staten till landstingen för satsning på befintlig vård - med liten eller ingen effekt:**

16 miljarder under 20 år - utan tydlig och mätbar effekt

Psykisk hälsa – en gemensamt ansvar, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2015.

- **Stora bidrag från staten till landstingen för satsning på enbart kort-KBT - med liten eller ingen effekt:**

8 miljarder under 8 år – utan avsedd effekt

Rehabiliteringsgarantin – lägg ner eller gör om, Riksrevisionen, 2015

- **Olikartad tillgång till psykoterapi över landet, genom olika temporära avtal i olika landsting - med varierande bredd, kompetenskrav och valfrihet**

Vad gör en person i Sverige som mår psykiskt dåligt?

- Söker till psykiatrin, men blir avvisad pga att personen inte är akut självmordsbenägen eller psykotisk (eller ställs på lång väntelista)
- Söker hjälp hos primärvården, får 15 minuters samtal med husläkaren och ett recept på antidepressiv medicin
- I gynnsamma fall: Får psykoterapi/psykologisk behandling via primärvården – i bästa fall med en terapimetod som passar personen
- Annan möjlighet: Psykologisk behandling inom rehabgarantin – kanske hos icke-legitimerad behandlare som snabbutbildats i KBT
- Söker privat psykoterapi – betalar själv
- Söker ”alternativ behandling” – betalar själv

Vad blir resultatet av
den svenska
modellen?

- Enligt OECD kostar den psykiska ohälsan i Sverige: **Mer än 70 miljarder per år (2013) (en ökning med 40 % eller 20 miljarder under 10 år)**
- Stora ”männskliga kostnader” i nedsatt välbefinnande, minskad livskvalitet, utslagning, förtidig död + spridningseffekter (anhöriga, barn, arbetsplatser)

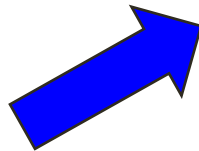
Vetenskapsrådet, 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2004; Socialförsäkringsrapport, 2011; OECD-rapport, 2013

2010-2015:

Alla kurvor pekar ”uppåt”:

Sjukpenningstalen:

(antal sjukdagar /vuxen)

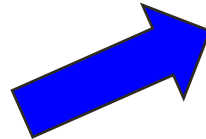


Kvinnor: +100% (från 7-14 d.)

Män: +40% (från 5-7 d.)

Psykisk ohälsa:

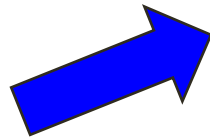
**(antalet nya sjukfall
med psykiatrisk diagnos)**



Kvinnor: +100% (från 55 000
till 110 000)

Män: +60% (från 25 000
till 40 000)

**Psykisk ohälsa hos
barn och ungdomar:**



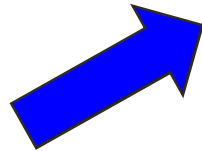
25 % av unga vuxna mår
psykiskt dåligt

*(Sjukfrånvarons utveckling 2016
Socialförsäkringsrapport 2016:7)*

2010-2015:

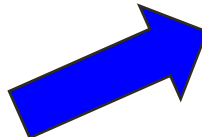
Alla kurvor pekar ”uppåt”:

Antipsykotisk medicin:
(neuroleptika): 632 milj kr



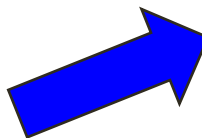
+ 12 % (146 000 pat)
Barn (0-14 år): +67 % (2000)

Lugnande medicin:
(bensodiazepiner): 185 milj kr



+ 11 % (567 000 pat)
Barn (0-4 år): + 99 % (4991)
Barn (5-14 år): + 64% (7371)

Antidepressiv medicin:
(ssri): 655 milj kr



+ 21 % (919 000 pat)
Barn (0-14 år): + 100 % (4400)
*(Statistik om läkemedel 2015,
Socialstyrelsen 2016)*

Tillgång till psykoterapi i olika europeiska länder:

- **Cypern, Grekland, Portugal:**

Ingen statlig finansiering, ingen reglering av utbildning/legitimation.

- **Storbritannien, Sverige:**

Statlig finansiering, enbart för en metod (KBT för allt och alla), lågt krav på utbildning/legitimation, enbart korta insatser

(KI, 2011; IFAU och ISF, 2012, 2014, Richards & Borglin, 2011, IAPT,2012, IAPT-data, 2014-2015)

- **Tyskland, Finland, Danmark, Norge, Italien, Nederländerna, Österrike, Schweiz:**

Statlig finansiering, tillgång till olika utprovade och etablerade metoder, högt krav på utbildning/legitimation, patientanpassade insatser, både korta och längre

2013, 2014)

(Aaltonen & Lind, 2008, OECD,

Resultat:

Storbritannien, Sverige:

Stora avhopp:

Ca en fjärdedel av patienterna *avbröt KBT direkt eller tidigt i behandlingen* (i Storbritannien: närmare hälften, eller 38-65 %).

Svagt resultat och ingen effekt på sjukskrivning:

Ingen eller minimal *påverkan på patienternas sjukfrånvaro* (Sverige: 0%, Storbritannien: 0-4 %)

(Karolinska institutet, 2011; SKL, 2011, IFAU och ISF 2012; Riksrevisionen, 2015, Department of Health, nov 2012, IAPT-data, 2014-2015)

Resultat:

Tyskland, Finland, Danmark, Norge, Italien,
Nederländerna, Österrike, Schweiz:

Få avhopp:

Patienten väljer själv behandling och behandlare vilket ger få avhopp

Bra resultat med kraftigt minskad sjukskrivning:

Kliniskt signifikant förbättring med olika typer av psykoterapi

En tredjedel av de sjukskrivna i Finland (33%) återvände till arbetsmarknaden

Avlastar akut och ordinarie vård

(Aaltonen & Lind, 2008, OECD, 2013, 2014)