

Charlotte Ohlson
Lena Thörner

Var tredje person som sitter i väntrummet söker
hjälp för psykisk ohälsa.

Vilka får behandling enligt rekommendationerna?

Who receives Cognitive Behavioral Therapy treatment in
Primary Healthcare?

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearbetad terapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: Juni 2018
Handledare: Anna Söderpalm-Gordhs
Examinator: Anders Hammarberg

Sammanfattning

Bakgrund: Det talas mycket i media om ökade ohälsotal för psykisk ohälsa och bristande resurser. Belastningen är hög på personalen och väntetiderna är långa. Nya nationella riktlinjer läggs fram för hur man bäst ska hjälpa människor och minska samhällskostnader. Vårt syfte är att undersöka hur det förhåller sig de facto på två vårdcentraler i Västra Götalandsregionen.

Metod: Vi har undersökt vilken typ av vård man fått när man sökt för psykisk ohälsa, ångest och depressions diagnoser, under fem månader våren 2017 och jämfört hur det stämmer överens med Socialstyrelsens riktlinjer. Statistik togs fram från Närhälsans Medrave4 register som är kopplad till journalsystemet Asynja Visph. Under mätperioden sökte 7091 personer vård, vilka utgör underlag för studien.

Resultat: Under mätperioden fick 1770 patienter en depressions- och eller ångestdiagnos. Utav dessa fick 27,4 % psykologisk behandling (n=485). Av de som fick medicinsk behandling fick 38,5 % antidepressiv medicin SSRI, 31,75% fick lugnande medicin. Bensodiazepiner fick 12,75 % och Bensodiazepinbesläktade medel fick 19,25 % av patienterna. Socialstyrelsen rekommenderar i första hand KBT behandling för lättare och medelsvåra depressiva tillstånd. Benzodiazepiner avråder man från. Vårdcentralerna följer inte rekommendationerna tillfullo. Vid ångestdiagnoser rekommenderar Socialstyrelsen vid de flesta tillstånd KBT före medicin eller annan behandling.

Vad gäller diagnosen tvångssyndrom följer man i huvudsak riktlinjerna där KBT rekommenderas i första hand. Alla patienter med diagnosen tvångssyndrom fick dock inte KBT. Även för diagnosen GAD följer man i huvudsak riktlinjerna där fler får medicin än KBT och medicin rekommenderas före psykologisk behandling. För de övriga diagnoserna är det medicin, sjukskrivning eller ingen behandling som har erbjudits i högre procent än psykologisk behandling. Även psykodynamisk terapi har erbjudits där KBT rekommenderas framför denna metod.

Slutsats: Patienterna som sökte på de båda vårdcentralerna fick oftare antidepressiv medicin när riktlinjerna rekommenderar KBT behandling. Resursbrist tycks vara orsaken, men också brist på personal med KBT kompetens.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, Socialstyrelsens riktlinjer, ångest diagnoser, depressions diagnoser

Abstract

Background: In media there is discussion about increasing numbers of mental illness and lack of resources. The workload is severe and the waiting list is long. New National guidelines defines Cognitive Behavioral Therapy (CBT) as the best help to the individual and to lower the cost for society. Our aim is to investigate how it actually works in two primary health stations in the Västra Götalandsregionen in Sweden.

Method: We have investigated which form of healthcare you receive when asking for help for anxiety and depression disorders during five months the spring of 2017 and how the numbers correlate to the national guidelines. The statistics are collected from the primary healthcare system Medrave4 which is connected with the journal system AsynjaVisph. During the time of the study 7091 persons came asking for help they constitutes our examination group.

Result: The number of patients asking for help regarding anxiety and depression conditions during the period for measuring were 1770 persons. The amount of them who received psychological treatment were 27,4 % (n=485). The others received medical treatment, sick leave or no treatment at all.

National guidelines regarding depression recommends that less severe conditions should be treated with CBT as the first hand choice. The recommendations discourages Benzodiazepine. Primary healthcare stations do not follow recommendations as requested.

Regarding most anxiety diagnoses medicine, sick leave or no treatment at all has been offered in a larger extent than psychological treatment. Even psychodynamic therapy has been given when CBT is recommended. National guideline recommends CBT as prior treatment in most anxiety conditions. Regarding OCD the healthcare treatment adherence to recommendations in first hand choice is CBT. Not all patients diagnosed with OCD did however receive CBT. Guidelines are mainly followed for GAD, most patients receive medicine prior to CBT. GAD is an exception where medication is the choice a head of CBT.

Conclusion: People more often receives anti depressive medication when the guidelines recommend CBT treatment, regardless of disorder. Lack of resources and competence seems to be the course. Primary health care may be understaffed regarding competence in CBT treatment.

Keywords: psychiatric illness, national guidelines, anxiety diagnoses, depression diagnoses recommend CBT treatment, regardless of disorder. Lack of resources and competes seems to be the course. Primary health care may be understaffed regarding competence in CBT treatment.

Keywords: Psychiatric illness, national guidelines, anxiety diagnoses, depression diagnoses

Förord

Först vill vi tacka vår handledare Anna Söderpalm-Gordh för utmärkt vägledning i skrivandet. Vi vill också tacka Närhälsan Västra Götalandsregionen för tillgång till statistik och resurser i tid och rum för att ta fram det vi behövt för att kunna skriva.

Vi vill tacka våra nära och kära som stöttat oss när vi arbetat på lediga stunder och kollegor för givande diskussioner och uppslag.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	7
Följsamhet av riktlinjerna.....	13
KBT vad är det?.....	14
Vårdcentralen ger första linjens vård.....	14
METOD.....	15
RESULTAT	18
DISKUSSION	25
Hur kommer detta sig?	26
Riktlinjer för psykologiska behandlingsmetoder.....	27
Studiens begränsningar	28
Kostnader och ekonomiska system i vården.....	28
Hur ser det ut i England?	29
Forskning	29
Vad kan man göra?	30
Klinisk nytta	31
REFERENSER.....	32
Bilaga 1	35

INLEDNING

Socialstyrelsen har sedan 1813 gett nationella riktlinjer för hur sjukvården bör följa evidensbaserade metoder för bästa vård i Sveriges landsting. Sedan dess har Socialstyrelsen som då hette Kungliga Sundhetskollegiet haft i uppdrag att ha ”*öfverinseendet och styrelsen öfver sundhetstillståndet, läkarvården och sjukskötseln*”. Tillsynen skulle gälla den allmänna hälso- och sjukvården i riket. Sverige har till följd av detta legat långt fram internationellt i bevakning och bekämpande av sjukdomar och epidemier. Som första land i världen vaccinerade man i Sverige barn under två år för smittkoppor redan 1816. Omorganiseringar och samarbeten nationellt och internationellt under årens lopp har lett fram till att Socialstyrelsen 1968 antogs i den form den har idag (www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/socialstyrelsenshistoria.se). Socialstyrelsen i Sverige gör riktlinjer för att bäst fördela resurserna i vården. Den psykiska ohälsan i samhället ökar framför allt bland kvinnorna i åldern 16-29 år. I denna grupp uppgav 67 % ett gott psykiskt välbefinnande 2016. Motsvarande siffra för männen var 80 % (www.folkhalsomyndigheten/statistik/vuxnas-psykiska-halsa.se). December 2017 kom ett pressmeddelande från Socialstyrelsen att den psykiska ohälsan bland barn har ökat med 100 % på tio år och i gruppen unga vuxna 18-24 år är ökningen nästan 70 %. Kvinnor i åldern 18-24 år mår sämst. Diagnoserna som ökar mest är depressioner och olika ångestsyndrom (www.socialstyrelsen.se). Allt fler söker vård för psykiska ohälsa. Av alla sjukvårdsdiagnoser är 30 % psykiska diagnoser enligt Socialstyrelsen, år 2016. År 2017 var 46 % av alla pågående sjukskrivningarna orsakade av psykisk ohälsa. Under en femårsperiod mellan 2011-2017 ökade sjukskrivningarna på grund utav psykiatriska diagnoser med 129 % (www.forsakringskassan/psykisk-ohalsa.se).

Synen på psykisk ohälsa i förändring?

Traditionellt värderas den somatiska vården högt. Det är status att vara läkare och fortfarande lite märkligt att vara terapeut. Utvecklingen av vårdsystemen liksom synen på ohälsa har inte följt samhällets förändring. Sedan år 2010 har sjukskrivningstalet för psykisk ohälsa sexfaldigast. Bemanningen på de vårdcentraler vi tittat på har endast dubblats. Andelen som behandlats med läkemedel har varit konstant de senaste tio åren. Psykologisk behandling skulle eventuellt kunna

ersätta läkemedelsbehandling vid psykisk ohälsa, vilket också rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykisk ohälsa (www.socialstyrelsen.se). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar att många patienter med specifik ångestsjukdom inte får den behandling som har bäst evidens även om de får kontakt med läkare. Experter uppskattar att i framtiden kommer så många som 25 % av befolkningen någon gång i livet att drabbas av ångestsyndrom exempelvis paniksyndrom, fobi eller tvångssyndrom (www.sbu.se). Det finns en stor risk att dessa patienter får fel diagnos, utreds för fel diagnos i onödan och erbjuds behandling som inte ger bäst resultat (www.sbu.se).

KBT behandling ska i många fall ges som första behandlings alternativ för psykiska tillstånd. Det kräver på kort sikt mer resurser men är på längre sikt den behandlingsmetoden med bäst återfallsprevention ([www.socialstyrelsen/nationella riktlinjer.se](http://www.socialstyrelsen/nationella_riktlinjer.se)).

Idag, då allt fler söker primärvården för psykisk ohälsa är det av vikt att de effektivaste metoderna används. Man utgår då ifrån vad som är mest kostnadseffektivt och har bäst evidens för att motverka återinsjuknande. Socialstyrelsen rekommenderar psykologisk behandling, framför allt i form av kognitiv beteendeterapi KBT, vid nästan alla lindriga och medelsvåra tillstånd av egentlig depression och ångestsyndrom. Orsaken till det är att KBT har god effekt och evidens vid dessa tillstånd (www.socialstyrelsen.se). Även interpersonell terapi (IPT) rekommenderas vid lindrig till medelsvår depression ([www.socialstyrelsen/riktlinjer se](http://www.socialstyrelsen/riktlinjer_se)).

Det råder i dag brist på kompetent personal inom detta växande område. Det innebär att tillgången till psykologisk behandling inte motsvarar behovet i tillräcklig utsträckning. Det gäller särskilt inom primärvården, där det krävs både mer kompetens och ökade resurser för att kunna följa rekommendationerna. Socialstyrelsens riktlinjer för psykologisk behandling kommer alltså att innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården på kort sikt. På längre sikt förväntas dock kostnaderna plana ut och hålla en fortsatt högre nivå ([www.socialstyrelsen.se/nationella riktlinjer.se](http://www.socialstyrelsen.se/nationella_riktlinjer.se)). Socialstyrelsen skriver på sin hemsida att samhällets resurser inte räcker till för att utföra alla åtgärder inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samtidigt. Därför tar man fram nationella riktlinjer som stöd för beslutsfattarna hur de skall fördela resurserna så att de kommer befolkningen till störst nytta utifrån behov. Socialstyrelsen har sett behovet av att förbättra hälso- och sjukvården för patienter med ångest, depression och schizofreni. I en utredning man gjorde 2013 med avseende på att minska dödligheten i kroppsliga sjukdomar för denna patientgrupp

kom man fram till att förbättrade rutiner för suicidriskbedömningar, tidig upptäckt, diagnos och behandling för både fysiska och psykiska sjukdomar i denna patientgrupp skulle antalet vårdtillfällen för somatiska besvär minska. Det kräver en ökad tillgång på specialistvård och förbättrad uppföljning och behandling (www.socialstyrelsen/utvärdering.se).

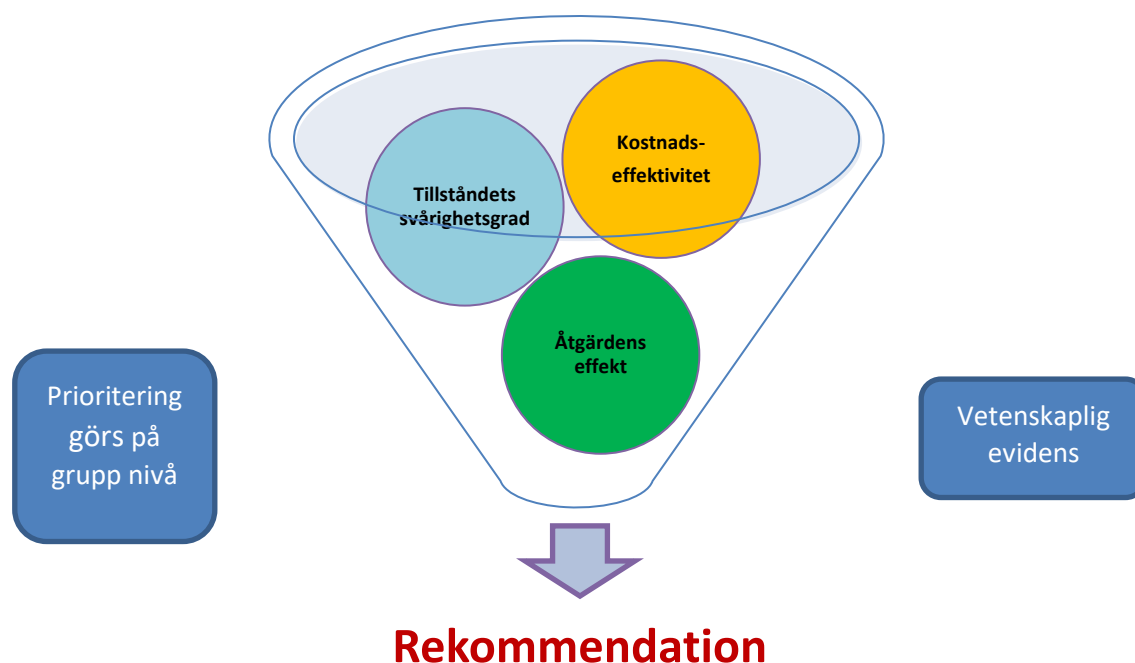
Hur tar Socialstyrelsen fram rekommendationerna?

Riktlinjerna styrs av följande komponenter kostnadseffektivitet, tillståndets svårighetsgrad och åtgärdens effekt (figur 1). För att kunna mäta och jämföra resultaten och utvärdera efterlevnaden av riktlinjerna år från år har man tagit fram 37 indikatorer och målnivåer som speglar olika aspekter av god vård. De registreras genom olika åtgärds-koder i journalsystemen.

För att mäta och gradera evidens för olika behandlingsmetoder använder man sig av en internationellt vedertagen metod, GRADE 5, Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation. Den bygger på en skala från starkt vetenskapligt stöd till otillräckligt vetenskapligt stöd. Åtgärdens effekt bestäms av antal patienter som nått remission, respons (minskning av symptom med 50 %) eller minskning av symptom. För studier av antidepressiv medicinering har jämförelsealternativet varit oftast placebo. När det gäller psykologisk behandling har jämförelse alternativet varit antidepressiv behandling, annan psykologisk behandling eller sedvanlig behandling. Man har sett att människor med psykisk ohälsa försämras på väntelista, det har alltså inte varit ett alternativ för jämförelse. När det vetenskapliga underlaget är otillräckligt använder Socialstyrelsen en konsensusgrupp som utgörs av ett flertal organisationer för yrkesverksamma som via enkäter får gradera påståenden om behandlingars effekt. När man kan se en konsensus på 75 % i svaren används de som ett mått på genomförbarhet och effekt av åtgärden på individ och organisations nivå.

Kostnadseffektivitet mäts genom att man tittar på åtgärdspar, tillstånd- behandlingseffekt och gör en bedömning av de direkta kostnader som belastar hälso- och sjukvården. Då utgår man endast från lindriga och medelsvåra tillstånd. Vid svåra tillstånd är denna rangordning av underordnad betydelse. Man jämför också med olika studier. Genom kvalitets registreringar och kodning i journalen får man via olika sökord tillgång till stora statistiska underlag. Kostnaden för en behandlingsomgång bedöms efter ett värde av ”kvalitets justerat levnadsår”. För lindrig till

medelsvår egentlig depression är det värdet 17000 kr vilket man bedömer som lågt enligt Socialstyrelsen. Man har sett att kostnadseffektiviteten är god både för psykologisk och läkemedelsbehandling för depression och ångest vid lindriga till medelsvåra tillstånd (www.socialstyrelsen/nationella_riktlinjer.se).



Figur 1.
Socialstyrelsens rekommendation styrs av dessa olika komponenter (Bergmark Hall 2018).

För vård vid depression och ångestsyndrom har de tidigare riktlinjerna reviderats då forskning visar att evidens för KBT i flera fall är större än traditionell medicin. Socialstyrelsens slutliga version för psykisk ohälsa publicerades 13 december 2017. Enligt den senaste versionen poängterar Socialstyrelsen i sina rekommendationer nyttan med en variation av behandlingsmöjligheter för psykisk ohälsa för att ge individen valmöjligheter. Man betonar nödvändigheten av en tidig insats och kontinuerlig uppföljning för att förebygga svårare sjukdomstillstånd och i värsta fall suicid (www.socialstyrelsen/nationella_riktlinjer.se).

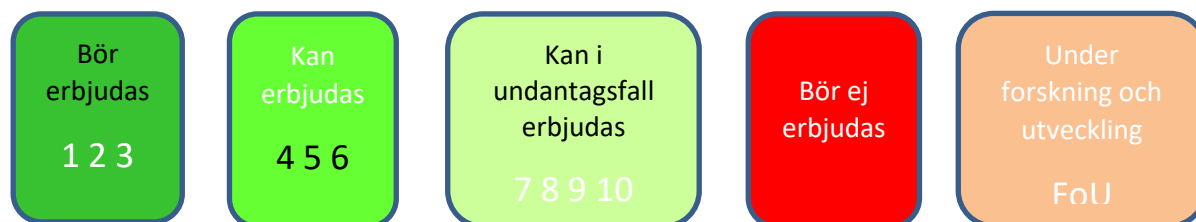
Rekommendationerna vid depression och ångestsyndrom gäller både barn, ungdomar och vuxna. Rekommendationen är att det Bör (1) vara hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehov. Riktlinjerna graderas efter evidensbaserad bäst behandling, svårighetsgrad av

tillståndet och ekonomi på kort och på lång sikt. Svårighetsgraden bedöms med hjälp av DSM-manualen som används över hela världen för att diagnosticera psykiska sjukdomar och utvecklingsrelaterade tillstånd. Manualen ges ut utav APA, American Psychiatric Association. DSM utvecklas i takt med att forskning om psykiatriska symtom förstås och behandlas. För närvarande används upplaga 5.

Världshälsoorganisationen (WHO) ger också ut en manual med diagnoskoder för klassificering av sjukdomar ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem). På vårdcentralerna används ICD-10 för att sätta diagnos i journalsystemet och DSM-5 för att komma fram till vilken diagnos det är.

Svårigheten med att ha två diagnos system att förhålla sig till uppkommer i de fall då de skiljer sig åt. Vissa diagnoser finns inte i båda systemen och då kan tolkningar av symptom leda till olika bedömningar för behandling och diagnosättning. Utmattningssyndrom är ett exempel på detta.

Socialstyrelsen rangordnar sina rekommendationer från 1-10. 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 har lägst (figur 2).



Figur 2. Prioritering av rekommendationerna från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen graderar efter evidensbaserad prioritering enligt DSM-5 diagnoser. Tabell 1 visar rekommendationerna från Socialstyrelsen på skalan 1-10 och vad man i primärvården inte bör göra.

Tabell 1. Socialstvrelsens rekommendationer vid psykisk ohälsa.

Diagnoser	Behandling i 1 hand	Behandling i 2 hand	Behandling i 3 hand	Behandling i 4 hand	Behandling i 5 hand	Behandling i 6 hand	Behandling i 7 hand	Behandling i 8 hand	Behandling i 9 hand	Behandling i 10 hand	Bör ej göra
Depression Lång		KBT	Antidepressiv Medicinering IPT								Ljus terapi
Depression Medelsvår		KBT	Antidepressiv Medicinering IPT								Ljus terapi
Depression Svår	ECT	Antidepressiv Medicinering + Litium									
Depression Recidivver.	Antidepressiv Medicinering Om det vid tidigare recidiv gett god effekt		KBT MBKT Mindfulness Baserad kognitiv terapi								
Dystymi			Antidepressiv Medicinering								
Panik syndrom			KBT		Antidepressiv Medicinering					Psykdynamisk korttids terapi	Benso diazepiner
Tvångs Syndrom	KBT	Antidepressiv Medicinering	Antidepressiv Medicinering Med tillägg av antipsykotisk medicin								
Social fobi			KBT		Antidepressiv Medicinering					Psykdynamisk korttids terapi	Benso diazepiner
Generaliserat Ängest Syndrom			Antidepressiv Medicinering		KBT						Benso diazepiner
Post Traumatiskt stressyndrom			KBT Traumafokus exponering		Antidepressiv Medicinering		EMDR				Benso Diazepiner Debriefing

Utmattnings syndrom redovisas inte i rekommendationerna från Socialstyrelsen eftersom forskningsunderlaget av detta tillstånd är otillräckligt. Vi kommer att redovisa statistik även gällande Utmattnings syndrom från de vårdcentraler vi undersöker. Allt fler får denna diagnos vilken kräver mycket resurser i primärvården. Gruppen utgörs av människor som lider av både ångest och depression kopplat till fysisk trötthet och kognitiva nedsättningar. Symptomen grundar sig i långvarig stress kopplat till arbetet och eller livssituationen. Det är endast i Sverige man ställer denna diagnos i ICD - 10 systemet. Motsvarande diagnos i DSM - 5 kallas Kroniskt stressyndrom (Bergmark Hall 2018). I andra studier använder man diagnos Anpassningsstörning (Sundqvist et al 2017).

Flera ångest och depressions behandlingar saknar tillräckligt forskningsstöd för bevisad effekt i större studier än så länge (FoU). De finns med i Socialstyrelsens beskrivning (tabell 2) (www.socialstyrelsen.se/nationella_riktlinjer).

Diagnos	Forskningsstöd	Behandling
Generaliserat ångest syndrom	FoU	Mindfulnessbaserad kognitiv terapi MBKT Korttids Psykodynamisk terapi PDT
Depression, lindrig och medelsvår	FoU	Mindfulnessbaserad kognitiv terapi MBKT
Socialfobi	FoU	Mindfulnessbaserad kognitiv terapi MBKT
Posttraumatiskt stress syndrom PTSD	FoU	Traumafokuserad korttids terapi PDT Interpersonell terapi IPT

Tabell 2. Otillräckligt forskningsstöd för dessa metoder.

Följsamhet av riktlinjerna

Socialstyrelsen utvärderar med jämna mellanrum följsamheten av de nationella riktlinjerna. En sådan utvärdering gjordes 2013 för depression, ångest och schizofreni. Då såg man att personer med psykisk ohälsa löpte större risk att få sämre hälsa och sämre levnadsförhållanden samt ökad dödlighet. Vidare visade utvärderingen att patienterna inte fick tillgång till evidensbaserad vård i

den omfattning som de skulle behöva (www.socialstyrelsen/utvärdering.se). Det pågår en ny utvärdering för ångest och depression som skall vara klar våren 2019 (www.socialstyrelsen/utvärdering.se). Bevakning av behoven i relation till tillgång av resurser och uppdatering av de nationella riktlinjerna sker av en grupp experter. De bevakar även händelser i omvärlden som kan tänkas påverka riktlinjerna. Vid behov ändras rekommendationerna. Den senaste revisionen kom hösten 2017. Sverige har tagit intryck av hur man i England gjort en stor satsning för att möta behoven av hjälp vid psykisk ohälsa (Kendrick, Peveler (2010), Mukuria et al 2013). Som jämförelse har man i England massutbildat och anställt 5000 terapeuter mellan 2007-2014. Programmet fick namnet Improvning Access to Psychological Therapies (IAPT). Terapeuterna utbildades i evidens baserade metoder som rekommenderades av motsvarande Englands Socialstyrelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). KBT behandling var den metod terapeuterna utbildades i (Clark 2011).

KBT vad är det?

KBT är en strukturerad samtalsbehandling som bygger på en förståelse för människans tankar, känslor, kroppsliga upplevelser och beteenden i interaktion med sin omgivning. I relation till andra psykologiska behandlingar är det en kortare behandlingsform med 5-30 samtal. Det finns en rad interventioner och metoder inom KBT. Utvecklingen av evidensbaserade metoder och manualer sker i takt med forskning och med den allt ökade kunskapen om hur hjärnan fungerar. KBT har sina rötter i inlärningspsykologi, kognitiv psykologi och beteende psykologiska metoder (Westbrook, Kennerly, Kirk 2011).

Vårdcentralen ger första linjens vård

Vårdcentralen är den första instans man uppsöker när man på något sätt mår dåligt. Från forna tiders husläkare som kom hem till den sjuke har man under 1900 talet i varje kommun inrättat minst en vårdcentral där medborgarna kan få ett första utlåtande och behandling för tillstånd som inte kräver avancerad vård. Vårdcentralerna styrs organisatoriskt av länets Landsting och finansieras av skattemedel. I takt med att befolkningens behov av snabb hjälp och vårdkontakt har ökat genomförde regeringen 2008 ett sätt för privata aktörer att sluta vårdavtal, det så kallade Vårdvalet. Det fanns ett behov och ekonomisk nödvändighet att effektivisera vården under dessa

förutsättningar. Det innebär att medborgarna får välja vilken vårdcentral de vill vända sig till. Alla ska ha rätt till en jämlik vård oavsett var man söker hjälp. Den primära vården blev en marknad där man konkurrerar om patienterna. Detta nya system regleras av Socialdepartementet i nationella riktlinjer. Diagnoser och behandlingar ger olika behovsanpassade ersättningar till vårdcentralen genom ett kodningssystem kopplat till journalen.

METOD

Syfte

Vårt syfte var att undersöka efterlevnaden av socialstyrelsens riktlinjer för psykisk ohälsa på två vårdcentraler i Västra Götalandsregionen från januari till och med maj 2017 och vid behov lyfta frågan till diskussion på våra arbetsplatser.

Frågeställningar

Följer man Socialstyrelsens riktlinjer vad det gäller behandling av psykisk ohälsa på två vårdcentraler i Västra Götalandsregionen under 5 månader? Hur fördelas resurserna mellan somatiska och psykiska insatser?

Metod

Under 5 månader 1 januari till och med 31 maj 2017 togs statistik fram över alla som sökt två vårdcentraler i Västra Götalandsregionen och hur många av dessa som fick en diagnos för psykisk ohälsa. Genom att undersöka statistik från vårdcentralernas statistikprogram Medrave4 som är kopplat till journalsystemet AsynjaVisph kan man se vilken vård som ges vid olika diagnoser. Därefter analyserades data och uppgifter togs fram hur många av dessa som fått KBT enligt Socialstyrelsens riktlinjer för psykisk ohälsa december 2017. Då Socialstyrelsens rekommendationer är KBT som första val för tvångssyndrom (1), lindrig- och måttlig depression (2), social ångest (3), paniksyndrom (3) och posttraumatisk stressyndrom (PTSD) har dessa diagnoser särskilt granskats se tabell 1. Även om KBT har fått en 2-a eller en 3-a som rekommendation så finns det ingen behandling som har en fått en högre rekommendation se tabell 1. Vid generaliserat ångestsyndrom (GAD) rekommenderar Socialstyrelsen läkemedel i 3-e hand och KBT först i 5-e hand även denna diagnos har undersökts. För utmattningssyndrom har

Socialstyrelsen ingen rekommendation. Vi har ändå valt att redovisa resultat för denna diagnos då antal patienter som får diagnosen utmattningssyndrom är ansenlig och ökar i primärvården.

Deltagare

Under mätperioden sökte 7091 patienter på de båda vårdcentralerna. En vårdcentral finns i centrum med många listade unga vuxna och äldre. Den andra vårdcentralen finns i ett nybyggt område med barnfamiljer samt landsbygd med äldre befolkning. Det finns även ett mindre område med lägenheter och befolkning i huvudsak av utländsk härkomst. Under mätperioden arbetade på de båda vårdcentralerna två psykologer tjänstgöringsgrad 190 % Den ena med inriktning psykodynamisk terapi 100 % den andra med inriktning KBT. Två socionomer tillsammans med tjänstgöringsgrad 120 % samt en sjukgymnast alla tre med utbildning i KBT steg 1.

Design

Kvantitativ metod har använts för att analysera data. Studien är total det vill säga samtliga patienter som sökte på vårdcentralerna under mätperioden är inkluderade. Därefter har samtliga patienter som fått en diagnos för psykiskt ohälsa plockats ut. Resultat redovisas i siffror, stapeldiagram och i cirkeldiagram. Statistiken avser diagnoser satta av: Läkare, KBT- terapeut, psykolog och sjuksköterska.

Datainsamlingsmetod

Vårdcentralernas statistik program Medrave4 kopplat till journal programmet Asynja Visph användes. Programmet ger information om diagnoskoder, antal besök och vilken behandling man fått. Statistiken togs fram på samma sätt och under samma tidsperiod i Medrave4 från båda vårdcentralerna.

För psykisk ohälsa har det inte gått att finna några artiklar eller studier som belyser följsamhet av riktlinjer. Det har däremot gjorts studier vad beträffar följsamheten för antibiotika.

Artiklar har sökts på Ebsco PsycINFO, Medline och på Google Scholar. Sökord som använts är; national guidelines, primary care, mental health, mental illness, mental disorder, psychiatric illness, anxiety, depression.

Databearbetning

De som fått KBT behandling är till största delen vuxna personer. På den ena vårdcentralen

behandlas endast patienter över 18 år. Man har där i samarbete med andra vårdcentraler samlat kompetensen i området för att bäst kunna möta barngruppen i en enskild mottagning för barn och unga. För att inte få en felaktig bild av hur många som får KBT har vi valt att ta med koden ospecificerad depression och ospecificerad ångest. För att eliminera felkällor vid diagnosställningen har vi tagit fram statistik för varje psykolog och terapeut och för samtliga depressions- och ångest diagnoser.

Samsjukligheten är hög för depressions- och ångestdiagnoser. För att minimera denna felkälla har statistik på antal patienter för varje psykolog och terapeut sammanställts för samtliga diagnoser. Den psykologiska behandlingen skiljer sig mellan de olika professionerna i behandlingsgrupperna på de båda vårdcentralerna. Vi har tittat på vilken terapimetod som används.

Bortfall

Det är inte tillämpligt för den här uppsatsen.

Reliabilitet och validitet

Statistik programmet Medrave4 har använts i flera år för att ta fram data från journaler. Tillförlitligheten tros därför vara god och statistiken som kom fram ansågs vara rimlig och därmed giltig.

Etiska överväganden

Vi har valt att inte i Medrave4 gå in på person utan har använt avpersonifierad statistik. De två vårdcentralerna som ingår i studien har vi valt att inte namnge av etiska skäl. Kodning av behandlingsinsatser används också som ett ekonomiskt styrmedel och vi har inte för avsikt att belysa den aspekten i denna studie.

Vi har undersökt följande

Hur stor andel som får KBT behandling, medicinering eller annan behandling vid följande diagnoser: Depression, ångest, social fobi, tvångssyndrom, paniksyndrom, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), generaliserad ångest (GAD) och utmattningssyndrom. Den psykologiska behandlingen skiljer sig mellan de olika professionerna i behandlingsgrupperna på de båda vårdcentralerna. Vi har tittat på vilken terapimetod som används.

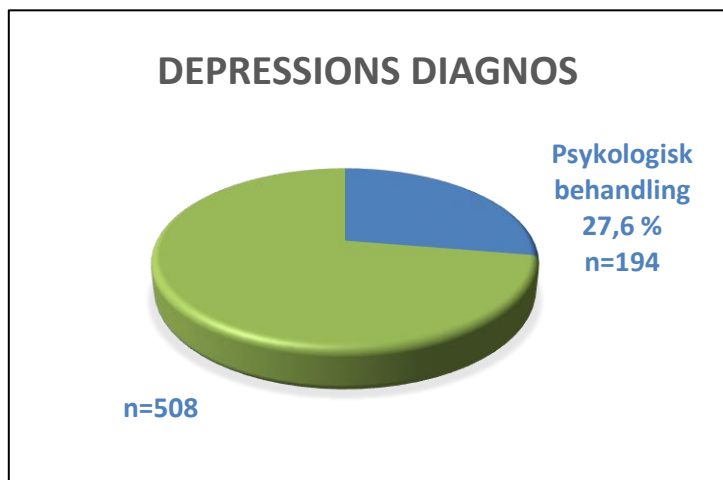
Vi kommer också att titta på Utmattnings syndrom. Det finns inte som diagnos i DSM 5 där man ibland använder Anpassnings störning eller Stressreaktion för samma åkomma. Diagnosen Utmattnings syndrom finns inte med i Social styrelsens prioriterings lista för psykisk ohälsa. Däremot finns ett flertal rekommendationer som visar att arbetsmarknaden bör anpassas efter individens förmåga ([www.socialdepartimentet/åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.se](http://www.socialdepartimentet/åtgärdsprogram_för_ökad_hälsa_och_minskad_sjukfrånvaro.se)).

RESULTAT

Vid mätperioden, 1 januari till 31 maj 2017, hade de båda vårdcentralerna tillsammans cirka 19200 listade patienter. Antal listade patienter är inte konstant utan varierar under en månad då det blir allt vanligare att patienter byter vårdcentral. Under mätperioden sökte totalt 7091 patienter hjälp på de båda vårdcentralerna.

Alla depressionsdiagnoser

Andelen av dem som fick en depressions diagnos var 702 stycken enligt ICD-10 F32-F34, F38-F39 (bilaga 1). Av dem fick 27,6 % (n=194) psykologisk behandling. De övriga 72,4 % fick medicinskbehandling, sjukskrivning eller ingen behandling alls. Av de som fick medicinsk behandling fick 45,5 % SSRI, 10 % fick Bensodiazepiner och 20,5 % fick Bensodiazepin-besläktade medel. Antal som fick diagnosen lindrig och medelsvår depression var 200 stycken. Av dem fick 36 % KBT (n = 72), psykodynamisk terapi fick 9 % (n = 18) och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling fick 55 % (n=110). Andel som fick både KBT och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling redovisas inte av etiska skäl då vi inte sökte information på individ nivå. Drygt hälften av patienterna, 53,5% fick fler diagnoser än den för depression. Samsjuklighet är vanlig för depression och ångestsyndrom F40-F48 (bilaga 1).

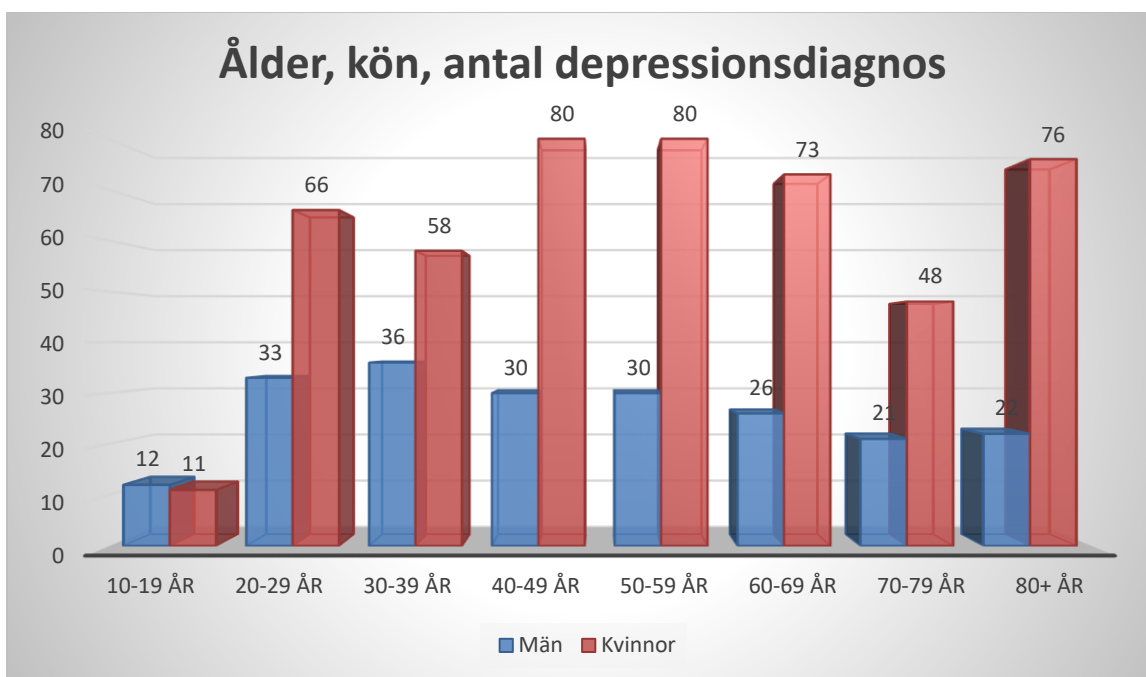


Riktlinjerna anger:

KBT bör i princip erbjudas alla med lindriga och medelsvåra tillstånd i första hand.

Antidepressiv medicin bör ges endast för svåra depressiva tillstånd i första hand.

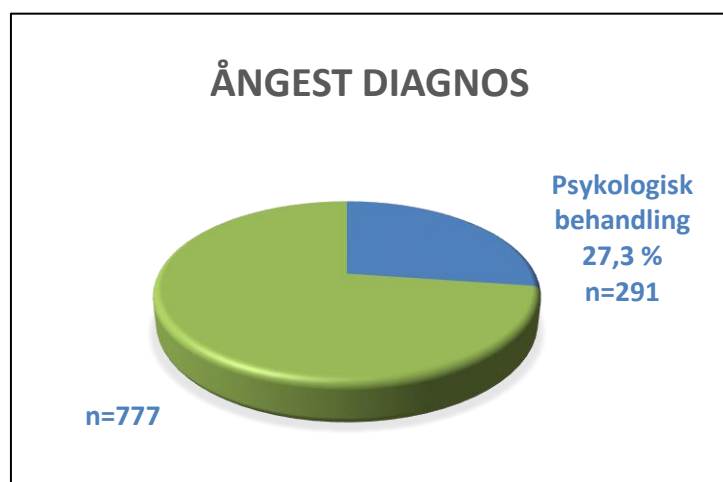
Tabell 3. Cirkeln visar antal som fått en depressionsdiagnos. Blått visar antal av dessa som fick psykologisk behandling. Grönt visar antal som fick annan behandling exempelvis medicin och sjukskrivning.



Tabell 4. Ålder- och könsfördelning samt antal som fått en depressionsdiagnos eller depression ospecificerad.

Alla ångest diagnoser

Andelen patienter som fick någon ångest diagnos enligt ICD-10 F40-F48 (bilaga 1) var 1068 personer. Av dessa fick 27,3 % (n=291) psykologisk behandling. De övriga 72,7 % fick medicin, sjukskrivning eller ingen behandling alls. Av dem som gavs medicin fick 31,5 % SSRI, 15,5 % fick Bensodiazepiner och 18 % fick Bensodiazepinbesläktade medel. Andel som fick diagnoserna Social fobi, Tvångssyndrom, Paniksyndrom, PTSD och GAD var 171 stycken. Utav dem fick 38 % KBT (n=65), psykodynamisk terapi fick 20 % (n=34) och medicinsk behandling, sjukskrivning eller ingen behandling fick 42 % (n=72). Andelen som fick både KBT och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling redovisas inte av etiska skäl. Av patienterna som diagnosticerades med ångest fick 25,5 % även diagnos depression F32-F34, F38-F39 (bilaga 1).

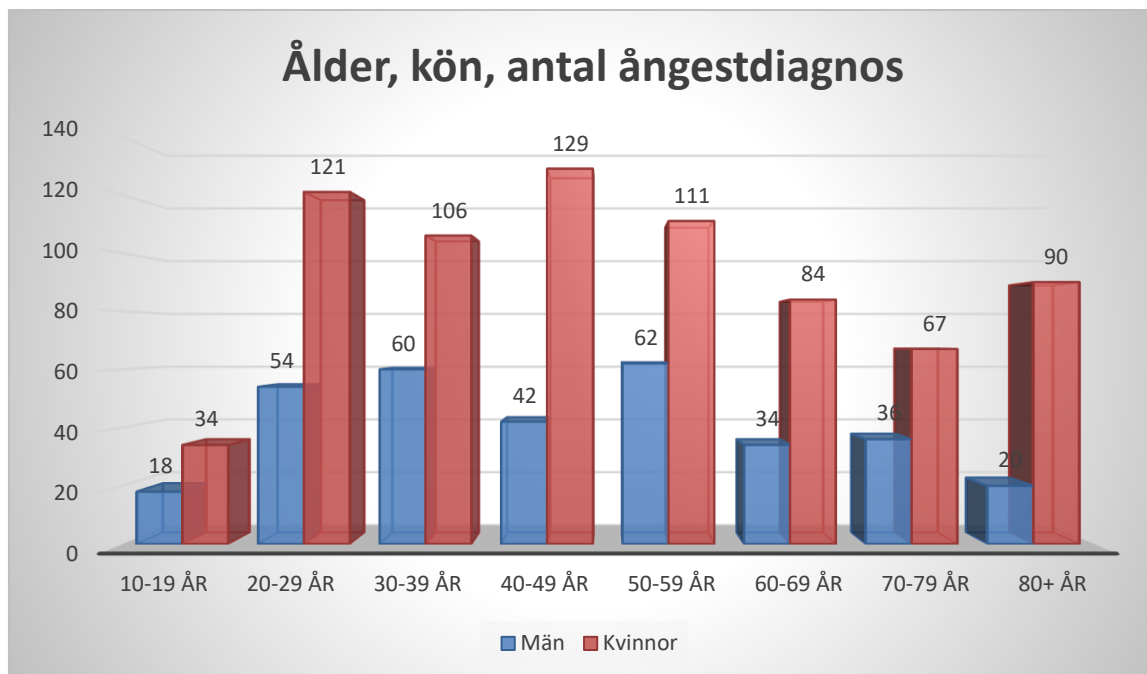


Riktlinjerna anger:

KBT bör erbjudas alla personer med lindriga och medelsvåra tillstånd i första hand.

Antidepressiv medicin bör endast ges vid svåra tillstånd i första hand.

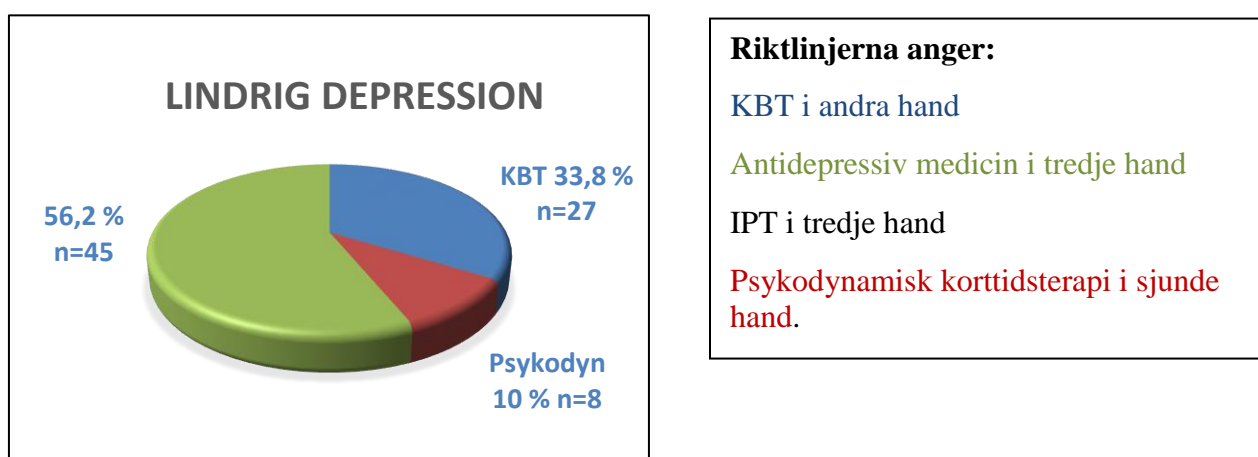
Tabell 5. Cirkeln visar antal som fått en ångestdiagnos. Blått visar antal av dessa som fick psykologisk behandling. Grönt visar antal som fick annan behandling exempelvis medicin och sjukskrivning.



Tabell 6. Ålder- och könsfördelning samt antal som fått en ångestdiagnos eller ångest ospecificerat.

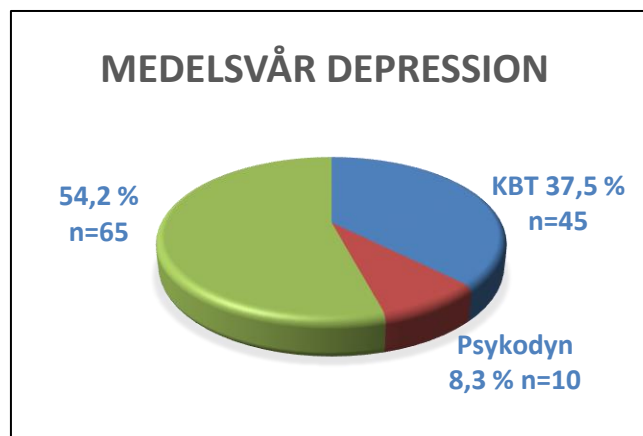
Depressions diagnoser specificerade

Under tidsperioden fick 80 personer diagnosen **Lindrig depression**. Av dem fick 33,8 % KBT (n=27), psykodynamisk terapi fick 10 % (n=8) och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling fick 56,2 % (n=45).



Tabell 7. Fördelning lindrig depression. Cirkeln visar antal som fått diagnosen. Grönt antal som fick medicin, sjukskrivning eller inte ingen behandling. Blått antal som fick KBT och rött antal som fick psykodynamisk terapi.

Antal som fick diagnosen **Medelsvår depression** var 120 stycken. Av dem fick 37,5 % KBT (n=45), psykodynamisk terapi fick 8,3 % (n=10) och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling fick 54,2 % (n=65).



Riktlinjerna anger:

KBT i andra hand

Antidepressiv medicin i tredje hand

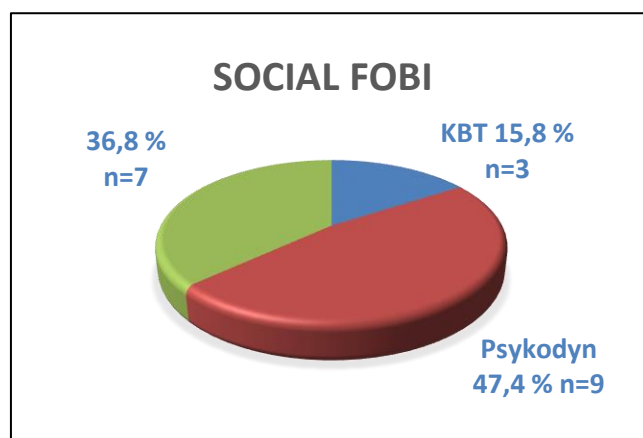
IPT i tredje hand

Psykodynamisk korttidsterapi i sjunde hand

Tabell 8. Fördelning medelsvår depression. Cirkeln visar antal som fått diagnosen. Grönt visar antal som fick medicin, sjukskrivning eller ingen behandling. Blått antal som fick KBT och rött antal som fick psykodynamisk terapi.

Ångest diagnoser specificerade

Antal som fick diagnosen **Social fobi** i var 19 stycken. Av dem fick 15,8 % KBT (n=3), psykodynamisk terapi fick 47,4 % (n=9) och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling fick 36,8 % (n=7).



Riktlinjerna anger:

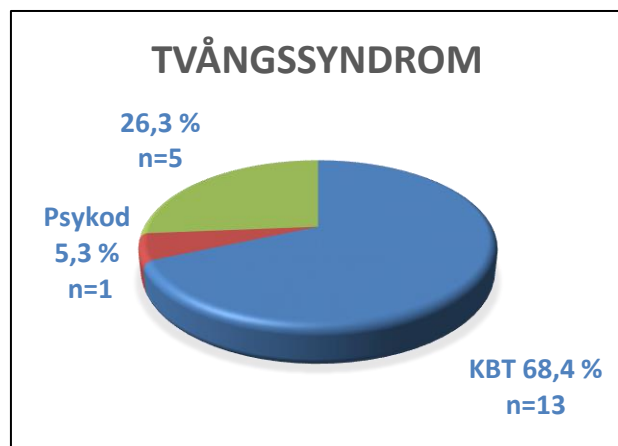
KBT i tredje hand

Antidepressiv medicin i femte hand

Psykodynamisk korttidsterapi i tionde hand

Tabell 9. Fördelning Social fobi. Cirkeln visar antal som fått diagnosen. Grönt visar antal som fick medicin, sjukskrivning eller ingen behandling. Blått antal som fick KBT och rött antal som fick psykodynamisk terapi.

Antal som fick diagnosen **tvångssyndrom** var 19 stycken. Av dem fick 68,4 % KBT (n=13), psykodynamisk terapi fick 5,3 % (n=1) och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling fick 26,3 % (n=5).



Riktlinjerna anger:

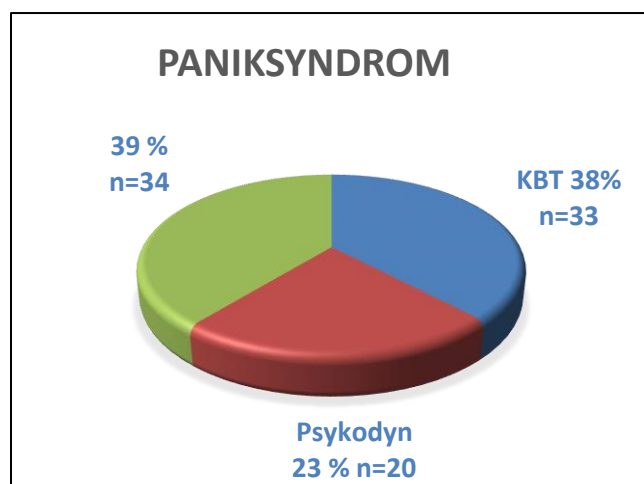
KBT i första hand

Antidepressiv medicin i andra hand

Psykodynamisk terapi finns inte med

Tabell 10. Fördelning tvångssyndrom. Cirkeln visar antal som fått diagnosen. Grönt visar antal som fick medicin, sjukskrivning eller ingen behandling. Blått antal som fick KBT och rött antal som fick psykodynamisk terapi.

Antal som fick diagnosen **Paniksyndrom** var 87 stycken. Av dem fick 38 % KBT (n=33), psykodynamisk terapi fick 23 % (n=20) och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling fick 39 % (n=34).



Riktlinjerna anger:

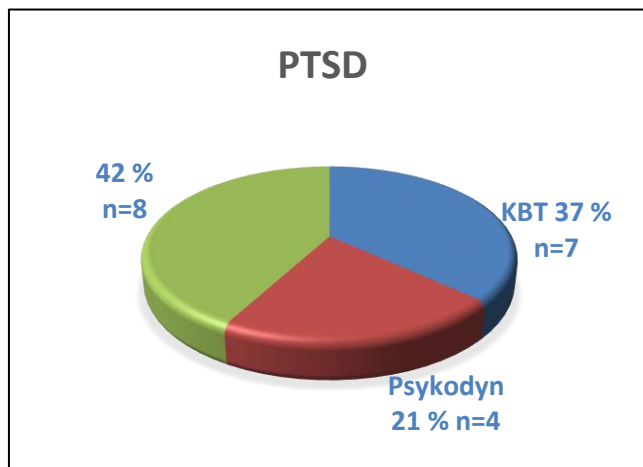
KBT i tredje hand

SSRI i femte hand

Psykodynamisk korttidsterapi i tionde hand

Tabell 11. Fördelning paniksyndrom. Cirkeln visar antal som fått diagnosen. Grönt visar antal som fick medicin, sjukskrivning eller ingen behandling. Blått antal som fick KBT och rött antal som fick psykodynamisk terapi.

Antal som fick diagnosen **PTSD** var 19 stycken. Av dem fick 37 % KBT (n=7), psykodynamisk terapi fick 21 % (n=4) och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling fick 42 % (n=8).



Riktlinjerna anger:

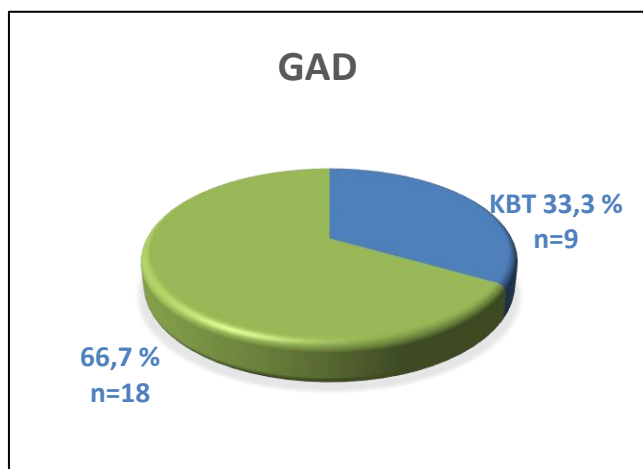
KBT i tredje hand

Antidepressiv medicin i femte hand

Psykodynamisk terapi finns inte med

Tabell 12. Fördelning PTSD. Cirkeln visar antal som fått diagnosen. Grönt visar antal som fick medicin, sjukskrivning eller ingen behandling. Blått antal som fick KBT och rött antal som fick psykodynamisk terapi.

Antal som fick diagnosen **Generaliserat ångest syndrom (GAD)** var 27 stycken. Av dem fick 33,3 % KBT (n=9), ingen fick psykodynamisk terapi och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling fick 66,7 % (n=18)



Riktlinjerna anger:

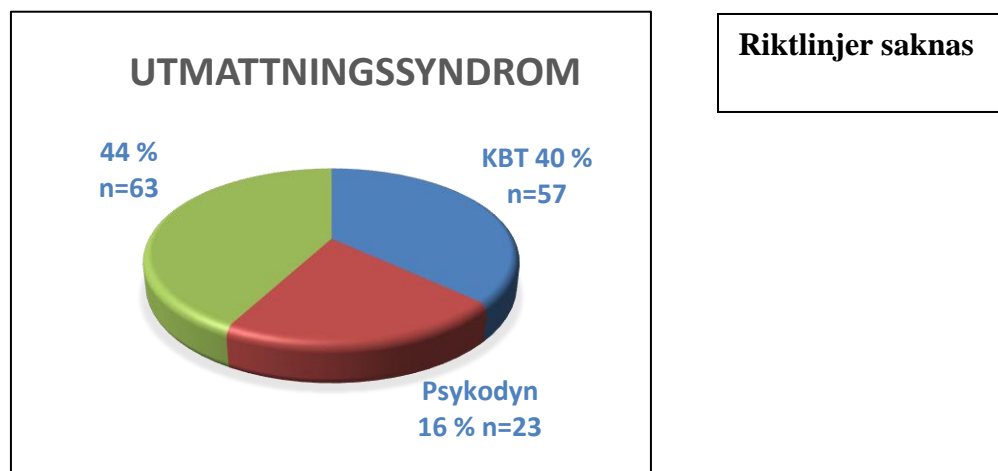
Antidepressiv medicin i tredje hand

KBT i femte hand

Psykodynamisk terapi finns inte med

Tabell 13. Fördelning GAD. Cirkeln visar antal som fått diagnosen. Grönt visar antal som fick medicin, sjukskrivning eller ingen behandling. Blått antal som fick KBT.

Diagnosen **Utmattningssyndrom** fick 143 patienter. Av dem fick 40 % KBT (n=57), psykodynamisk terapi fick 16 % (n=23) och medicin, sjukskrivning eller ingen behandling fick 44 % (n=63).



Tabell 14. Fördelning utmattningssyndrom. Cirkeln visar antal som fått diagnosen. Grönt visar antal som fick medicin, sjukskrivning eller ingen behandling. Blått antal som fick KBT och rött antal som fick psykodynamisk terapi.

DISKUSSION

Vi fann att

Var tredje person som sitter i väntrummet varje dag söker hjälp på vårdcentralen för psykisk ohälsa. Ett flertal av de andra som söker för kroppsliga symptom lider också av ångest och eller depression. Tidigare studier visar att patienter vanligtvis presenterar sina problem som kroppsliga. Det gjorde cirka 80 % av depressions- och ångest patienterna enligt SBU 2005. Därmed kan de psykiska diagnoserna vara både underdiagnostiserade och underbehandlade. Uppskattningar har gjorts och 1997 antogs det att mellan var tredje och fjärde patient som sökte primärvården hade ett psykiskt lidande (Bodlund 1997). Många av dem får inte den vård som Socialstyrelsen rekommenderar enligt evidensbaserade riktlinjer. Vårdcentralerna har båda tre till fyra månaders kö för KBT behandling. Att få en bedömning inom en vecka som riktlinjerna

rekommenderar kan man sällan leva upp till. Man vet att långa väntetider försvårar tillstånden och förlänger behandlingstiden. Det får oss att ifrågasätta hur resurserna inom vården fördelas.

Då får man också ta i beaktande hur dessa människors hälsa påverkar anhöriga och kollegor på deras arbetsplatser. Vi kan bara konstatera att bemanningen är i nuläget inte adekvat för att möta behoven.

Hur kommer detta sig?

Man söker av tradition vård för somatiska besvär. Det handlar till stor del om hur man ser på sjukdom men också om att doktorn och vårdsystemet har haft fokus på biologisk medicin. Sättet vi lever våra liv har förändrats med tiden och åkommor som stress och utmattning är resultat av samhällsutvecklingen. Statistik visar att det är 30 % av de som lider av psykisk ohälsa som söker vård (Läkartidningen 2014). Då samsjukligheten är hög mellan psykisk- och fysisk ohälsa kan psykisk ohälsa gömma sig bakom andra diagnoser. Studier visar också att den psykiska ohälsan är underdiagnostiserad inom vården (Läkartidningen 2014). Brist på kunskap, personal och ekonomiska resurser leder inte till förbättring av situationen. Läkarens bedömning, erfarenhet, kommunikationen i mötet, väntetider, kunskap om psykologisk behandling och påtryckningar från Försäkringskassan är faktorer som påverkar vilken form av behandling som erbjuds patienterna

Terapeuter och psykologer ligger ständigt i bakvattnet medan köerna växer. Man märker en försämring hos de patienter man nu möter i primärvården. De förvärras i sitt tillstånd genom att vänta på behandling. En annan komplicerande faktor är att psykiatrin heller inte klarar sitt uppdrag. Många patienter söker primärvård som inte tas emot någon annanstans. Även de patienter psykiatrin anser vara färdigbehandlade återremitteras till vårdcentralerna för att ha en stödkontakt där över tid. I primärvården finns inte den tiden. Det är uppenbara systemfel där människor blir lidande.

Det går inte längre att fortsätta värdera den somatiska vården högst när statistiken tydligt visar att psykisk ohälsa utgör nästan hälften av de som söker vård på vårdcentral. Fördelningen av somatisk personal i förhållande till terapeuter är tolv till en på de vårdcentraler vi studerat.

Ett annat problem som politikerna försöker råda bot på är att det finns för få utbildade KBT terapeuter. I Socialstyrelsens rekommendationer tar man hänsyn till samhällets resurser och av den orsaken graderas KBT behandling lägre i rekommendationerna. Det finns inte tillräckligt med kompetent personal för att bedriva evidensbaserad vård. Man tvingas därför förespråka en bredd i alternativa psykologiska och medicinska behandlingar.

Patienter vill ibland inte heller ha KBT behandling. Det kan vara för tidskrävande eller kännas utlämnande tycker en del. Man kan också ha ett motstånd att behöva göra förändringar i livet.

Riktlinjer för psykologiska behandlingsmetoder

Riktlinjerna följs heller inte vad gäller vilken psykologisk behandlingsmetod som används. Psykodynamisk metod erbjuds trots att evidens och riktlinjerna förespråkar KBT. Dan Katz psykolog och psykoterapeut skrev en debattartikel om "Terapi kriget" där PDT (psykodynamisk terapi) terapeuterna som är i majoritet i Sverige idag, motarbetar Socialstyrelsens riktlinjer i stället för att utbilda sig i de metoder som har starkast vetenskapligt stöd, d.v.s. KBT (metrodebatt 2018). Inom den somatiska vården skulle detta inte få fortgå. Evidens för nya behandlingar implementeras i vården och äldre metoder men mindre evidens ersätts. Denna självklarhet gäller inte inom psykologisk behandling och som Dan Katz skriver, förlorarna är patienterna (som sällan vet vilken metod de skall efterfråga utan tar förgivet att metoderna som används är de med mest evidens).

Under åren 2007-2014 var det ett krav att vårdcentralerna skulle erbjuda psykologisk behandling med inriktning KBT, av terapeut med minst steg 1 KBT utbildning. Detta har ersatts med att vårdcentralerna skall ha tillgång till psykolog. Vilken metod som psykologen ska arbeta utefter är för tillfället inte viktigt för politikerna. Riktlinjerna anger att primär vården ska erbjuda psykologisk behandling, det står inte att den måste utföras av psykolog. Västra Götalands regionen har gjort en utbildningssatsning där man utbildar personal till leg. Psykoterapeuter med inriktning KBT. Det är en vidareutbildning även för psykologer som erbjuds för att öka kompetensen för evidensbaserade behandlingar.

Studiens begränsningar

Begränsningar i studien kan vara att diagnosticeringen kan vara felaktig. Personalen kan även missa att sätta koder. Det tar tid att ställa en korrekt diagnos. Tiden på VC är begränsad, särskilt för läkare som sätter de flesta diagnoserna, vilket givetvis påverkar vilken behandling patienten får. Vid vissa tillstånd som t.ex. utmattning är patienten kognitivt nedsatt vilket påverkar möjligheten att man med säkerhet kan ställa ytterligare diagnoser initialt.

Vi gör en tolkning av statistiken utifrån vårt perspektiv som författare under den givna tidperioden. Det är en möjlig felkälla.

En annan felkälla utgörs av de som av olika anledning uteblir från behandlingsinsats eller de som erbjudits medicin som de inte tar. Även de som själva väljer att söka tillsammans mottagning med egen remiss efter att de erbjudits medicinbehandling som de inte fullföljt.

Kostnader och ekonomiska system i vården

I Västra Götaland styrs vilken vård som skall utföras på vårdcentralerna politiskt genom en handlingsplan kallad ”krav och kvalitetsbok”. Vissa vårdcentraler använder statistiksystemen som ett sätt att via en hög kodning öka det synliga resultatet och på så vis få större ekonomiskt stöd från Västra Götalands regionen. Man registrerar diagnoser som inte är aktuella, vilket påverkar utfallet. Genom ersättningssystemet uppmuntrar man i Sverige olika former av behandlingar och samarbeten mellan professioner. Detta styrs politiskt och varierar med tidsandan inte alltid med behovet hos patienter och personal.

Vi vet lite om hur psykisk ohälsa påverkar kroppen på lång sikt. Det finns studier som påvisar högre risk för hjärt- och kärlsjukdom som en konsekvens av långvarig stress, och andra där man kan se kopplingar till Alzheimer (Nakamura et al 2018). Det finns stora studier på koppling mellan depression och tidig död. Bara kostnaden vid suicid är omfattande för samhället då unga arbetsföra människor avlider. De efterlevande blir även de begränsade i sin hälsa och livsföring och så vidare. Trots att tidigare forskning visat att ökad tillgång psykologisk behandling betalade sig själv med råge (Layard 2007). Kostnader för behandling av depression och ångest sjukdomar i relation till minskade sjukskrivningstal, ökad produktivitet och ökade skatteintäkter innebär en vinst för samhället.

Samhällsekonomin har en direkt inverkan på vilken behandling en person får. Försäkringskassans lagar tvingar läkarna att anpassa sin bedömning efter gällande ramar för grad av arbetsförmåga och hur länge patienten varit sjukskriven. Det leder ibland till att man som läkare är försiktig med att sätta vissa diagnoser som t.ex., utmattnings syndrom. Det är en diagnos som finns i Asynja visp journal system men som saknas i DSM 5 vilket är det system som Försäkringskassan följer. För att kunna hävda en längre sjukskrivning måste läkaren bedöma patientens aktivitets förmåga utifrån de observationer hen gör i besöksrummet. Detta är en källa till frustration bland läkare och alla patienter som får avslag på sin ansökan om sjukpenning. Dessa två olika myndigheters interaktion måste utvecklas (Budget propositionen 2018). Det ersättningssystem som gemene man tror aktiveras vid sjukdom, "sjukpenningen" tar ingen hänsyn till sjukdomstillstånd. Sjukpenning är i realiteten en försäkring som gäller under vissa tidsperioder då arbetsförmågan är sänkt. Det pågår en debatt i media i denna fråga (Kluket land, SR P1).

Hur ser det ut i England?

I England meddelade regeringen 2007 att de ämnade förbättra tillgången på psykologisk behandling för depression och ångest sjukdomar. Målet var att kunna erbjuda åtminstone 15 % av invånarna som led av psykisk ohälsa psykologisk behandling. NICE riktlinjer påminner mycket om Socialstyrelsens riktlinjer för psykisk ohälsa (Clark 2011).

Studier från England påtalar svårigheter att i gällande strukturer i primärvården har svårt att möta och följa upp de ökade behoven av hjälp för psykisk ohälsa. I en jämförelse mellan orter där man följde programmet för Improvning Access to Psychological Therapies IAPT och där man inte implementerat detta arbetssätt var det svårt att se någon ökad kostnadseffektivitet med IAPT. (Mukuria.2013) För den enskilda individen spelar det stor roll hur läkaren bedömer hans svårigheter för vilken vård som erbjuds. Sociala faktorer och samsjuklighet med fysiska åkommor eller ett flertal psykiska diagnoser lämnar övrigt att önska i riktlinjerna (Kendrick, Peveler 2010).

Både i England och i Sverige upplever sig psykodynamiskt skolade terapeuter åsidosatta av riktlinjerna. De hävdar att den evidens som läggs fram för KBT behandling av i svenska Socialstyrelsen och engelska NICE är ensidig och inte stöds i internationell forskning.

Forskning

KBT ligger i framkant av flera orsaker när man gör vårdprioriteringar, dels för att antalet sessioner för en behandling är färre än flera andra psykologiska behandlingar och dels för att forskningen ligger i framkant på detta växande fält. Det pågår diskussioner om olika metoders effektivitet och från psykodynamiskt inriktade psykologer ifrågasätts KBT som bästa metod. Man hävdar att resultaten man visar upp beror på att antalet forskningsrapporter med KBT behandling som grund är mycket fler och därigenom blir det missvisande. Dessa diskussioner handlar till stor del om bristen på resurser inom vården. Man tvingas inom olika yrkeskategorier hävda sin bit av kakan, vilket inte bidrar till bättre vård för patienterna. Forskningen av effekten av olika behandlingar på lång sikt är otillräcklig. Vi ser med tillförsikt framåt vad det gäller utvecklingen av KBT. Man satsar stora summor i USA på forskning i neuropsykologi bland annat som kommer att hjälpa oss i framtiden i bedömningen av vilken vård som är mest effektiv.

Vad kan man göra?

Det är angeläget att kunskaperna om psykisk hälsa får ta större plats i samhället, från skolan och föreningslivet till företagen och äldreboenden. På samma sätt som vikten av motion och hälsosam kost har fått stort genomslag i vårt medvetande behöver vi förstå hur vi påverkas i vårt känsloliv och hur vi kan hjälpa oss själva och våra barn att må bättre. Framtidens samhälle ställer andra krav på oss och vår organism. Vi behöver ökad kunskap och utbildningsinsatser för att skapa en framtid där vi mår bra.

Ett första steg är att utöka bemanningen i primärvården. Befintlig personal behöver ges utrymme för reflektion så att man orkar stanna kvar inom yrket. Ett sätt kan vara att införa mentorssystem där mer erfarna finns till hands för de som är mindre erfarna. En korsbefruktning mellan primärvård och forskningsuniversitet kan bidra till utveckling av nya behandlingsmetoder.

Grundskolan behöver ge lärare kunskaper i psykisk hälsa att förmedla i alla årskurser. Barn och ungdomar behöver få lära sig hur de fungerar och få strategier att hantera oro och nedstämdhet som en självklar del i utbildningen.

Klinisk nytta

Genom att tydliggöra hur det ser ut kan vi föra en diskussion på våra arbetsplatser. Vi kan belysa och både öka kunskapen och förståelsen för professionernas olika förhållningssätt till psykisk ohälsa men också förhoppningsvis fortsätta att gemensamt söka efter bättre arbetssätt så vi kan ge en mer effektiv vård som kommer fler till del.

Möjligen kan uppsatsen bidra till en diskussion om hur fördelningspolitiken i vården fallit ut. Ofta överförs de riktade resursernas överskott till den totala kassan för vårdcentralen istället för att som tanken var att fortsätta utveckla arbetssätt och öka bemanning.

REFERENSER

Böcker

- American Psychiatric Association. (2014). *Mini-D 5 diagnostiska kriterier enligt DSM – 5*.
Pilgrim press.
- Westbrook, D., Kennerly, K., Kirk, J. (2011). *An introduction to Cognitive Behavior Therapy, Skills and Applications*, 2nd Edition: Sage Publications Ltd.

Tidskrifter

- Bodlund, O. (1997). Ångest och depression dolt problem I primärvården. Endast vart fjärde fall identifieras. *Läkartidningen*. 1997; 94: 4612-8
- Clark, D. M (2011). Implementing NICE guidelines for psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, August 2011;23:318-327.
- Katz, D. (2018). Jag skäms för mina kollegor – i terapikriget är patienterna förlorarna. *Metero Debatt*, 9 mars, 26.
- Kendrick, T., Peveler, R. (2010). Guidelines for the management of depression: NICE work? *The British Journal of Psychiatry*, 197, 345-347.
- Layard, R., Clark, D.M., Knapp, M. & Mayraz, G. (2007). Cost benefit analysis of psychological therapy, *National Institute Economic Review*, 202, 90-98.
- Mukuria, C., Brazier, J., Barkham, M., Connell, J., Hardy, G., Hutten, R., Saxon, D., Dent-Brown, K. & Parry, G. (2013). Cost-effectiveness of an Improving Access to Psychological Therapies service. *British Journal of Psychiatry*, 202, 220-227.
- Nakamura, A., Kaneko N., Yangagisawa K (2018) High performance plasma amyloid-B biomarkers for Alzheimer's disease. *Nature*, 554, 249-254.
- Sundqvist J., Olsson H., Sundqvist K. & Kendler K (2017). Common adult psychiatric disorders in Swedish primary care where most mental health patients are treated. *BMC Psychiatry* 17, 235-244.

Elektroniska källor

Bergmark, Hall, C (2018). Bedömning av patienter med psykisk ohälsa i primärvård, Att arbeta evidensbaserat, Lunds Universitet.

Folkhälsomyndigheten. Statistik psykisk hälsa. (2016). Hämtad 7 januari, 2018.

Online via: <http://www.folkhalsomyndigheten/statistik-psykisk-halsa.se>

Försäkringskassan. Psykisk ohälsa bakom nästan hälften av alla pågående sjukskrivningar.

(2017). Hämtad 7 januari 2018. Online via <http://www.forsakringskassan/psykisk-ohalsa.se>

Läkartidningen. Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. 2014. Hämtad

7 januari 2018. Online via <http://www.lakrtidningen/klinik-och-vetenskap.se>

SBU. Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2005. SBU rapport nr 171.

Socialdepartementet/åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. (2015) Hämtad 7 januari 2018. Online via <http://www.socialdepartementet/atgardsprogram.se>.

Socialstyrelsens historia. Hämtad 20 november 2017. Online via:

<http://www.socialstyrelsen/omsocialstyrelsen/socialstyrelsenshistoria.se>

Socialstyrelsen statistik psykisk ohälsa. (2017). Hämtad 7 januari 2017. Online via:

<http://www.socialstyrelsen/psykisk-ohalsa.se>

Socialstyrelsen. Om nationella riktlinjer. Hämtad 15 maj 2017. Online via:

<http://www.socialstyrelsen/om-nationella-riktlinjer.se>

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. (2017). Hämtad 14 december 2017. Online via:

<http://www.socialstyrelsen/nationella-riktlinjer/psykisk-ohalsa.se>

Socialstyrelsen. Utvärdering av följsamhet till nationella riktlinjer. (2016). Hämtad 10 februari 2017. Online via: <http://www.socialstyrelsen/nationella-riktlinjer/utvardering.se>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Ångest: Fler borde snabbt få rätt hjälp. (2005). Hämtad 3 februari 2018. Online via: <http://www.sbu/psykisk-ohalsa.se>

Radioprogram

Sveriges Radio P1, Kluvet land, Sjukförsäkringen en trygghet i upplösning? 2 nov 2017.

Bilaga 1

Förklaring av F diagnoser: F32 Depressiv episod,

F33 Recidiverande episod,

F34 Kroniska förstämningssyndrom,

F38 Andra förstämningssyndrom

F39 Ospecificerat förstämningssyndrom.

F40 Fobiska syndrom,

F41 Andra ångestsyndrom,

F42 Tvångssyndrom,

F43 Anpassningsstörning och reaktioner på svår stress,

F44 Dissociativa syndrom

F48 Andra neurotiska syndrom.