

Regeringens storsatsning mot psykisk ohälsa äventyrar patientsäkerheten

Regeringens rehabiliteringsgaranti kan få förödande konsekvenser för tilltron till kognitiv beteendeterapi som behandlingsmetod och för den enskilda patienten som tror sig få KBT av en kompetent behandlare. Orsaken är regeringens lågt ställda krav på behandlarnas kompetens. Rehabiliteringsgarantin bör omformuleras, anser nio KBT-företrädare.

I december 2008 skrev staten och Sveriges Kommuner och Landsting avtal om en rehabiliteringsgaranti med det huvudsakliga syftet att åstadkomma en återgång i arbete för sjukskrivna personer. Garantin vänder sig till personer med långvarig funktionsnedsättning på grund av icke-specifik smärta och/eller lindriga till måttliga tillstånd av depression, ångest eller stress.

MATS FREDRIKSON
professor i klinisk psykologi,
Uppsala universitet

STEVEN LINTON
professor i klinisk psykologi,
Örebro universitet

JAN LISSPERS
professor i psykologi,
Mittuniversitetet

LENNART MELIN
professor i klinisk psykologi,
Uppsala universitet

ÖRJAN SUNDIN
professor i klinisk psykologi,
Mittuniversitetet

ARNE ÖHMAN
professor i psykologi,
Karolinska institutet

LARS-GÖRAN ÖST
professor i klinisk psykologi,
Stockholms universitet

BENJAMIN BOHMAN
ordförande
benjamin.bohman@ki.se

CAROLINA LUNDIN
ledamot; båda i Föreningen för
Sveriges KBT-psykologer,
Sveriges psykologförbund

Rehabiliteringsgarantin gäller vetenskapligt utvärderade psykologiska behandlingsmetoder, vilket vid psykisk ohälsa till stor del är detsamma som kognitiv beteendeterapi (KBT). Enligt överenskommelsen började rehabiliteringsgarantin att träda i kraft under 2008. För 2009 har staten avsatt medel för rehabiliteringsgarantin till landstingen med 560 miljoner kronor och för 2010 med 960 miljoner kronor.

Vi applåderar detta initiativ. Det är både vällovligt och välbehövligt. Smärta, ångest, depression och stress orsakar mycket lidande och svår funktionsnedsättning hos en stor del av befolkningen. Den näst vanligaste orsaken till sjukskrivning är psykiatriska diagnoser; 30 procent av personer som söker hjälp i primärvården lider av psykisk ohälsa. KBT har ett starkt vetenskapligt stöd (så kallad evidens) och är en effektiv behandlingsmetod vid dessa tillstånd. Problemet är att behovet av KBT är långt större än tillgången. Detta vill staten råda bot på med rehabiliteringsgarantin.

Vi vill dock hävda att rehabiliteringsgarantin tyvärr medför att patientsäkerheten äventyras. I en bilaga

till överenskommelsen redogörs i fyra punkter för de yrkesgrupper och den kompetens som anses tillräcklig för att »utföra behandlingar i överensstämmelse med de evidensbaserade metoderna« individuellt eller i grupp och därmed kunna få ersättning inom ramen för garantin. De fyra punkterna är:

1. Legitimerad psykolog med KBT-inriktning.
2. Legitimerad psykolog med annan inriktning men som använder KBT-metoder eller interpersonell terapi (IPT).
3. Behandlare som har en adekvat grundutbildning som t ex sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare eller pedagog, med utbildning i KBT eller IPT i en omfattning som motsvarar en grundläggande psykoterapiutbildning.
4. Behandlare som har en adekvat grundutbildning som t ex sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut eller läkare, med utbildning i KBT i en omfattning om minst 7,5 högskolepoäng, eller psykolog under utbildning. Dessa behandlare ska ha kontinuerlig handledning, minst två gånger per månad, av handledar-kompetent psykolog.

Dessa punkter är inte i närheten av att sammanfatta de nödvändiga förutsättningarna för en patientsäker tillämpning av KBT.

Medan punkt 1 är självklar kan inte detsamma sägas om de psykologer med annan psykoterapeutisk in-



Illustration: Airi Illiste

Kraven i regeringens rehabiliteringsgaranti är för lågt ställda för en patientsäker tillämpning av kognitiv beteendeterapi, anser artikelförfattarna.

riktning som nämns i punkt 2. Dessa psykologer har av naturliga skäl inte de kunskaper och färdigheter som krävs för att tillämpa KBT eftersom de saknar utbildning i behandlingsmetoden. Rehabiliteringsgarantin bör inte gälla för dem, med mindre än att de kompletterar sin utbildning med en grundläggande psykoterapiutbildning i KBT.

Yrkesgrupper i punkt 3 som saknar klinisk yrkesutbildning och legitimation (dvs socionomer och pedagoger) bör överhuvudtaget inte kunna komma i fråga för rehabiliteringsgarantin. Skälen till detta borde vara uppenbara. En patientsäker tillämpning av en behandling kräver klinisk yrkesutbildning. En patientsäkerhet värd namnet kräver dessutom legitimation hos utövaren, dels som en samhällelig garanti att klinikern är betrodd att utöva sitt yrke, dels som en kontroll över kvaliteten på utövarens verksamhet. Punkt 3 kan gälla i övrigt under förutsättning att varje patient inför behandling bedöms av psykolog eller psykiater och att utövaren har regelbunden handledning av legitimerad psykolog med

KBT-inriktning, helst med handledarkompetens.

Det är vår bedömning att en patientsäker tillämpning av KBT kräver en kliniskt utbildad legitimerad utövare och en grundläggande psykioterapiutbildning. Detta är ett lägsta krav. Därmed faller punkt 4. En person med så pass begränsad utbildning i KBT, helt utan eller med otillräckliga inslag av klientarbete och handledning, har inte tillräckliga teoretiska och praktiska kunskaper och färdigheter för att utöva behandlingsmetoden, inte ens under handledning av psykolog.

Psykologkandidater som har valt KBT-inriktning och som inom ramen för psykologutbildningen behandlar patienter under handledning av legitimerad KBT-psykolog bör dock kunna omfattas av rehabiliteringsgarantin.

Till våra övriga synpunkter hör att gruppbehandlingar

bör ledas av legitimerad psykolog med KBT-inriktning och att tillämpning av IPT bör ersättas inom ramen för rehabiliteringsgarantin enbart vid det tillstånd som det finns vetenskapligt stöd för och som omfattas av garantin, det vill säga depression, inte vid ångest- och stresstillstånd.

Dessa synpunkter kan verka strikta och konservativa, men de är inte utan skäl. En vida spridd – men felaktig – uppfattning om KBT är att det bara är en samling skilda behandlingstekniker som det är lätt att lära sig att tillämpa. Så är inte fallet; KBT kräver en gedigen klinisk yrkesutbildning och erfarenhet för att tillämpas på ett riktigt sätt, något som säkerligen många nyutexaminerade KBT-psykologer känner igen.

KBT har på senare år blivit en mycket populär och kommersialiserad behandlings-

metod, och utbildningar i KBT har blivit vanliga på den privata marknaden. Tyvärr är dock kvaliteten på dessa utbildningar ofta mycket låg och omfattningen alldeles för liten, yrkesgrupper utan klinisk utbildning kan antas och studenterna saknar all form av rättssäkerhet eftersom denna utbildningsmarknad är helt oreglerad och utan tillsyn. Att dessa omständigheter både innebär en risk för sämre behandling och äventyrar patientsäkerheten bör vara uppenbart.

I det rådande läget och med statens rehabiliteringsgaranti kan KBT i en ökande omfattning komma att tillämpas på ett oriktigt sätt av personer med avsaknad av eller bristfällig klinisk kompetens i allmänhet och i KBT i synnerhet. Detta kan få förödande konsekvenser för tilltron till KBT som behandlingsmetod och inte minst för

den enskilde patienten, som tror sig få KBT av en kompetent behandlare, med i värsta fall en försämrad psykisk hälsa som följd.

För staten innebär dock rehabiliteringsgarantin en dubbel seger: med garantin kan den utge sig för att med hjälp av en effektiv och efterfrågad behandlingsmetod ta tag i ett skenande folkhälsoproblem och detta till en billig penning på grund av de lågt ställda kraven på utövarnas kompetensnivå. Rehabiliteringsgarantin bör omformuleras så att kvaliteten på tillämpningen av KBT kan säkerställas, risken för undermålig behandling minimeras och patientsäkerheten garanteras. En evidensbaserad metod är inte mer evidensbaserad än dess tillämpning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*