



Stockholm 2011-06-23

Socialdepartementet

Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (SOU 2011:15)

Psykologförbundet har fått möjlighet att lämna synpunkter över rubricerade betänkande.

Sammanfattning

Psykologförbundet ställer sig bakom utredningens förslag att rehabiliteringsgarantin tills vidare ska omfatta personer med lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stressyndrom och/eller ospecifik smärta i rygg, axlar och nacke.

Förbundet är positivt till utredningens förslag till inrättande av dels ett rehabiliteringsregister, dels ett kunskapscenter för rehabiliteringsgarantin. Förbundet delar utredningens uppfattning att det krävs utvärdering av evidensbaserade rehabiliteringsinsatser och att det krävs ytterligare forskning inom området, inte minst för implementering av andra evidensbaserade behandlingar än de som idag finns angivna i rehabiliteringsgarantin. Psykologförbundet anser det också viktigt att vid utvärderingarna ta hänsyn till behandlarkompetensen.

Förbundet vill poängtera att det primärt är av allra största vikt att snabbt tillgängliggöra den kunskap och kompetens som redan finns genom att patienter de facto får tillgång till behandling. För området lättare psykisk ohälsa betyder det till exempel att fler psykologer måste anställas och/eller kontrakteras via avtal med vårdgivare. Dessutom måste kompetensen höjas och patienterna ges möjlighet till patientsäker psykologisk utredning, diagnostik och behandling.

Fortfarande är psykisk ohälsa den vanligaste orsaken till lång sjukskrivning. Lång sjukfrånvaro beror dock inte endast på individens ohälsa och vårdens insatser utan även på arbetsmiljön. Som utredningen tar upp så krävs det ett närmare samarbete mellan sjukvården, företagshälsovården och arbetsplatsen för att minska och förhindra sjukfrånvaron. Detta är något som ligger utanför utredningens uppdrag men det är viktigt att ännu en gång förtydliga detta.

Återgång i arbete

KI har fått i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin och göra jämförelser mellan individer som omfattats av garantin med individer som inte omfattats av den. Baserat på det resultatet föreslår utredningen att insatser ska sättas in tidigt, helst inom två

månaders sjukfrånvaro, men först när sjukfrånvaro uppstått. Dessutom föreslår man att rehabiliteringsgarantin nogga bör övervägas för individer med sjukfrånvaro över två månader.

Det är viktigt att definiera vilka ramar som gäller för att rehabiliteringsgarantin ska träda ikraft men ramarna får inte bli så snäva att sjukvården inte prioriterar de som faller utanför ramarna. Att insatser ska sättas in tidigt är viktigt att påpeka men att sjukfrånvaro måste uppstått bör inte vara ett kriterium. Att garantin bör övervägas för dem som varit sjukskrivna mer än två månader bör inte heller vara ett krav.

Utredningen föreslår att behandlingen inom garantin endast bör genomföras vid enheter specialiserade på rehabilitering med fokus på återgång i arbete. Även det förslaget är baserat utifrån resultaten av KI:s delutvärdering. Slutrapporten är klar i augusti 2011. Det är Psykologförbundets uppfattning att lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stressyndrom i första hand ska behandlas inom primärvården. Att basen för rehabiliteringen bör vara första linjens vård är viktigt för att behandling ska kunna starta i ett tidigt skede. I det avseendet är det viktigt att primärvården ges tillräckliga resurser för att kunna ge adekvat och rekommenderad rehabilitering.

Primärvården och vårdvalsreformen – dags för en gemensam definition av grunduppdraget

Förbundet instämmer i att patienters möjlighet till god rehabilitering har försvagats efter vårdvalsreformen. En grundläggande orsak till detta är att ersättningssystemen i mångt och mycket har fokuserat på kvantitet istället för kvalitet. Förbundet kan konstatera att tillgången till psykologer på vårdcentralerna har sjunkit sedan 2009 då vårdvalsreformen i primärvården infördes. Tillgången till psykologer är också mycket ojämnt fördelat över landet.¹ För att säkerställa att alla patienter ges lika vård på lika villkor oavsett var i landet man bor anser förbundet att primärvårdens grunduppdrag måste tydliggöras och preciseras, i synnerhet när det gäller vilka insatser som patienterna ska ha tillgång till samt kompetenskraven på personal som ska tillhandahålla dessa insatser. Regeringen uttalade i propositionen i samband med införandet av vårdvalsreformen att landstingens arbete med att skapa en gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag skall följas upp. Mot bakgrund av rehabiliteringsrådets förslag anser vi att behovet av en nationell översyn är högst aktuell.

Diagnosspecifika förslag rörande lättare psykisk ohälsa

Förbundet ställer sig bakom utredningens diagnosspecifika förslag. Förbundet vill särskilt understryka vikten av att väntetiderna för psykologisk behandling förkortas jämfört med dagens situation samt att patienter ska screenas med avseende på psykisk ohälsa. En förutsättning för att detta ska kunna ske på ett bra sätt är att det finns kompetent personal samt att det finns tillgång till psykologer i primärvården. Det krävs också att man möjliggör att fler psykologer specialiserar sig inom primärvårdpsykologi/rehabilitering. De senaste åren har satsningar gjorts för att utöka

¹ Totalkartläggning av tillgången till psykolog på vårdcentraler, genomförd av Psykologförbundet 2009 och 2011.

baskompetensen. Detta har skett genom att flera olika yrkesgrupper har fått grundläggande utbildningar i framför allt KBT. För att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård när det gäller utredning, diagnostik och behandling inom det psykologiska området krävs det enligt Psykologförbundet en bättre tillgång till psykologer och satsning på specialistutbildning för psykologer som arbetar inom området.

För att förbättra och säkerställa vårdkvaliteten vid lättare psykisk ohälsa behöver bedömning inför behandling inom rehabiliteringsgarantin genomföras av legitimerad psykolog. Enligt Socialstyrelsens uppföljning av de behandlingsserier som ersattes enligt rehabiliteringsgarantin år 2009 hade psykolog deltagit i bedömningen av behandlingens lämplighet i 63 % av fallen (Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin, 2010). Denna siffra anser vi är för låg. Ett rimligt mål är att psykologisk behandling föregås av psykologbedömning i samtliga fall. Patientgrupperna inom kategorin "lättare psykisk ohälsa" är heterogena. Därför är det av särskild vikt att en noggrann bedömning görs, så att behandlingen kan optimeras. Bedömningen bör bland annat fokusera på diagnosticering, kartläggning av patientens resurser, arbetslivsaspekter och sociala aspekter, samsjuklighet samt bedömning av patientens möjligheter att tillgodogöra sig psykologisk behandling. Vi anser att psykologer är den yrkesgrupp som är bäst lämpad att bedöma interaktioner mellan samtidiga psykiska besvär (ömsesidigt vidmakthållande) och hur dessa kan behandlas, samt analysera grupp- och organisationsfaktorer i den specifika arbetssituationen som påverkar möjligheterna för lyckad återgång till arbete. Psykologen kan också, i nära samarbete med sjukskrivande läkare, bedöma behovet av insatser från andra professioner (som sjukgymnast och arbetsterapeut) i rehabiliteringsprocessen.

I de fall där primärvården bedömer att de inte har resurser att hjälpa vissa patienter (ex. vid längre sjukskrivningar, vid komplicerande samsjuklighet, svårare psykiatrisk eller psykosocial problematik), eller i de fall där andra insatser behövs efter en genomförd primärvårdsbehandling, ska patienter remitteras till specialistvård för bedömning eller eventuellt fortsatt behandling.

Kompetens

Enligt utredningen måste kompetensen kvalitetssäkras men det är oklart vad man menar med det. Det är fortfarande så att det är oklart hur kompetensen hos vårdgivaren kring en korrekt inledande bedömning och diagnostik ska se ut och lyfts inte fram i tillräcklig utsträckning. Patientsäker psykologisk utredning, diagnostik och behandling kräver fördjupade kunskaper över det psykologiska spektrumet för att kunna identifiera och hantera avvikelser i behandlingarna. Det krävs kunskaper i differentialdiagnostik och kunskap för att hantera komplikationer och samtidiga sjukdomstillstånd som kan uppenbara sig i behandlingen.

Förbundet anser att kompetenskraven för att få utföra psykologisk behandling enligt rehabiliteringsgarantin fortfarande är för lågt ställda. Förbundet anser inte att personer

med kortare utbildning i en behandlingsmetod besitter sådana kunskaper som krävs för att bedriva patientsäker psykologisk diagnostik och behandling. Till exempel anger man fortfarande steg 1-utbildning som kompetenskrav. Trots att det idag inte finns någon reglerad steg-1 utbildning eller grundläggande psykoterapiutbildning och de utbildningar som finns på marknaden varierar kraftigt när det gäller kvalitet, innehåll och omfattning. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av rehabiliteringsgarantin visar att hela 34 procent av behandlingarna utfördes av personal med endast grundläggande kbt-utbildning. Endast 39 procent av behandlingarna utfördes av legitimerad psykolog. Dessa borde vara betydligt fler andelsmässigt.

Avslutningsvis vill Psykologförbundet också förespråka mer av statliga ekonomiska incitament av den typ som rehabiliteringsgarantin är ett uttryck för. För att säkra psykologkompetensen som både värnar patientsäkerheten och tillvaratar potentialen i en mycket stor mänsklig och ekonomiskt lönsam investering kommer det att krävas omfattande satsningar på en helt annan nivå än dagens både avseende ekonomi, långsiktighet och nationella krav.

Sveriges Psykologförbund



Lars Ahlin
Förbundsordförande