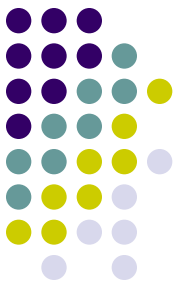


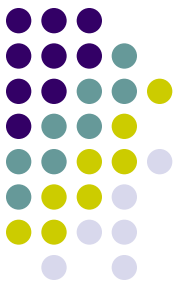
Psykisk ohälsa i Sverige: Omfattning



- 20-40% av befolkningen lider av psykisk ohälsa
- Psykisk ohälsa utgör en femtedel av den samlade sjukdomsördan
- 1/3 av samtliga patienter i primärvården har en psykisk ohälsa som kräver behandling
- Andelen sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa försätter att öka: är idag 35% för kvinnor, 25 % för män
- Ungdomar särskilt utsatta: 80% ökning av aktivitetsersättning, huvudsak kopplat till psykiatriska diagnoser, mellan 2003-2011
- 70% ökning av antidepressiv medicinering hos 15-19 åringar mellan 2006-2011
- Köerna till psykiatrisk vård har tredubblats under de senaste åren

(SBU, 2004; Socialstyrelsen, 2007; Psykologförbundet, 2010; SKL, 2011; Socialförsäkringsutredningen, 2011; Ungdomsstyrelsen, 2012)

Psykisk ohälsa i Sverige: Kostnader



- Kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige fördubblades mellan 1997-2005 och beräknas idag till mellan 60 och 75 miljarder per år
- Psykiska diagnoser utgör den största diagnosgruppen då den svarar för 37 % sjukförsäkringskostnaden (2009)
- Stora kostnader över tid för bestående psykisk ohälsa:
Kostnad/individ, 5 år: 3 miljoner (real 1,8 milj + prod.bortfall 1,2 milj)
Kostnad/individ, 30 år: 14 miljoner (real 8 milj.+ prod.bortfall 6 milj)
- Stora ”männsliga kostnader” i nedsatt välbefinnande, minskad livskvalité och risk för utslagning + spridningseffekter (anhöriga, barn, arbetsplatser)

Vetenskapsrådet, 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2004;
Socialförsäkringsrapport, 2011

Kort historisk exposé:

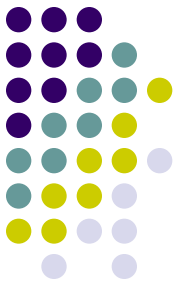
Psykiatrins historia:



~ *De brustna förhoppningarnas historia* ~

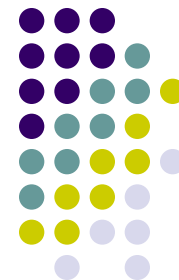
- 1900-1930: Etablering av statliga mentalsjukhus/asyler
- 1940-talet: Barbiturater, lobotomi
- 1949: Nobelpriset i medicin - för lobotomi (Egas Moniz)
- 1950-talet: Lobotomi,, neuroleptika, ECT
- 1960-talet: Bensodiazepiner, insulin
- 1970-talet: Miljöterapi, gruppterapi, beteendeterapi
- 1980-talet: Socialpsykiatri, psykodynamisk terapi
- 1990-talet: SSRI, kommunpsykiatri,, diagnosstyrning
- 2000-talet: Neuropsykiatri, evidenspsykiatri, KBT
- 2010-talet: ???

Olika kunskapsintressen:



- ❑ **Tekniskt, nomotetiskt kunskapsintresse:**
*Beskriva, förklara och kontrollera
genom allmängiltiga lagar*
- ❑ **Hermeneutiskt, idiografiskt
kunskapsintresse:**
*Förstå innebörden i ett specifikt mänskligt
agerande genom dess kontext och motiv*

Naturvetenskap Humanvetenskap



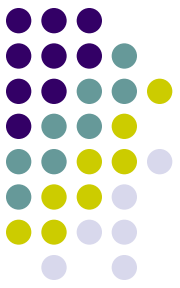
Förklaring Kausalitet Predicerbarhet, kontroll Operationella definitioner Reduktionism	Innebörd, mening Intentionalitet Medvetenhet, sammenhang Helhet och mönster Komplexitet
--	--



Psykodynamisk teori:

Grundantaganden:

- **Människan som i grunden *dynamisk*:**
 - I ständig rörelse, i ett spänningsfält i relation till sig själv, till andra och till världen
 - Specifik och föränderlig – snare än generell och stabil



Psykodynamisk teori:

Grundantaganden:

- **Människan skapas genom *sin subjektiva historia*:**
 - Där tidigare adaptiva system revideras, via kriser och påfrestningar, till nya utvecklade synsätt
 - Där historien framstår mer som en aktivitet – snarare än som determinism



Psykodynamisk teori:

Grundantaganden:

- **Människan som *i grunden meningsskapande*:**
 - Som har en frihet att välja, både i handlingar och i förhållningssätt, för att finna sin egen mening
 - Som förutom *hur hon har det* också präglas av *hur hon tar det*

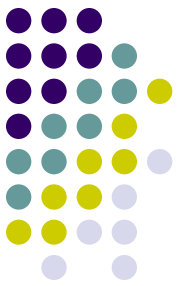


Psykodynamisk teori:

Grundantaganden:

- **Människan som *ständig* utvecklingsbar:**
 - Formas successivt, primärt via relationer, till att handha sig själv och sin omvärld.
 - Som reflekterar och handlar – inte enbart reagerar
 - Som är en aktör, ett subjekt i sitt liv

Rehabiliteringsgarantin: 2009-2012



Resultat:

- **Ingen effekt på sjukskrivning:**

KBT, riktat mot sjukskrivna, *har inte i någon grad påverkat patienternas sjukfrånvaro*

- **Ökad - ej minskad sjukskrivning:**

Huvuddelen (70 %) av patienterna som erhöll KBT inom ramen för rehabiliteringsgarantin *var inte sjukskrivna*. Av dessa blev 6 - 8% *långtidssjukskriva* efter KBT (6 762 pers = ca 1.1 miljarder för 2009-2012 i ökade sjukskrivningskostnader)

- **Ersättning, trots utebliven behandling:**

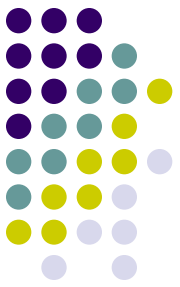
Närmare en fjärdedel (23 %) av patienterna beräknas ha *avbrutit* KBT direkt eller tidigt i behandlingen (460 miljoner i ersättning för behandling som inte blev av betalades ändå ut till vårdgivaren/vårdbolagen).

Rehabiliteringsgarantin: 2009-2012



Felaktiga och föråldrade grundantaganden:

- ~ **Generell användning av en evidensbaserad behandling ger effektiv vård:**~
Stämmer inte: Evidens (antalet studier) är inte detsamma som hög och varaktig effekt. Olika etablerade terapimetoder har idag ett starkt forskningsstöd, har samma effektstyrka - och där den samlade effekten är större då de tillåts komplettera varandra - än var för sig.
- ~ **En metod passar alla patienter:**~
Stämmer inte. Aktuell forskning visar istället att psykisk problematik är komplex och specifik och att valet av behandlingsmetod måste anpassas till patienten (problematik, egenskaper, preferenser), inte tvärtom, för att behandlingen ska vara effektiv.
- ~ **Utbildning och klinisk kunskap är av underordnad betydelse:**~
Stämmer inte. All forskning visar tvärt om, att terapeutens utbildning, skicklighet och engagemang är av avgörande betydelse för behandlingsresultatet.



Aktuell forskning visar:

- Att det inte längre är meningsfullt att fråga. ”*Vilken terapimetod som är bäst*”. Etablerade terapimodeller (PDT, KBT) har i dag samtliga en väldokumenterad och kraftfull effekt.
(Cuijpers, van Staten, Oppen & Andersson, 2008; Stiles et al., 2006, 2008; Gerber et al, 2011; Thoma et al. 2011; Andersson, 2012; APA, 2012).
- Samtidigt har terapier, lanserade utifrån föråldrade evidenskriterier, inte visat utlovad evidens i klinisk praxis.
(Wampold, 2001; Westen & Morrison, 2001; Norcross & Lambert, 2006; Levy & Ablon, 2009).
- Flexibla behandlingar och ett brett behandlingsutbud har bättre träffsäkerhet än en standardiserad teknik.
(Wampold, 2001; Westen & Morrison, 2001; Norcross & Lambert, 2006; Levy & Ablon, 2009).