



Stockholm 2010-08-31

Socialstyrelsen 106 30 Stockholm

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2010 – stöd för styrning och ledning (Preliminär version).

Psykologförbundet har fått möjlighet att lämna synpunkter över rubricerade förslag till nationella riktlinjer och vill anföra följande.

Allmänna synpunkter

Sveriges Psykologförbund har tagit del av riktlinjerna och är generellt positiv till dem. De utgör en mycket gedigen genomgång av det aktuella kunskapsläget när det gäller psykologiska och psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, adekvata och kloka rekommendationer för vilka insatser som hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda samt de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna av dessa. Framlyftandet av evidensbaserad psykologisk praktik - som betonar löpande och konsekvent utvärdering av insatser och föreslagna indikationer - kan ge god vägledning för relevant verksamhet och för utvärdering av densamma.

Förbundet är dock tveksam till benämningen ”psykosociala insatser”, i riktlinjernas titel. Många av de insatser som beskrivs är psykologiska eller t ex sjukgymnastiska. Lagstiftaren har i den nya Skollagens avsnitt om Elevhälsan (SFS 2010:800, 2 kap § 25) skilt mellan medicinska, psykologiska och psykosociala insatser som tydligare beskriver ett område med ibland komplicerade samband och behov. Till dessa insatser är också kopplat krav på vissa yrkeskompetenser. Ett tydliggörande av detta bör göras i riktlinjerna.

Specifika synpunkter

1. Bedömning av behov av insatser

Dokumentet har en mycket gedigen genomgång av olika insatser samt rekommendationer för dessa. Något som dock saknas i dokumentet är riktlinjer vad gäller bedömning inför psykosociala insatser. Detta är olyckligt eftersom en initierad och adekvat bedömning är nödvändig för en lyckosam insats. Dokumentets användbarhet skulle sannolikt förbättras om det även innehöll rekommendationer förbedömning. Sveriges Psykologförbund vill understryka vikten av att riktlinjerna kompletteras med ingående beskrivningar av den diagnostiska processen som behöver föregå all behandling och insatser. Sådan diagnostik kan inte inskränkas till angivande av diagnoser hänförliga till DSM eller ICD, utan fördjupas och förfinas för att ställningstaganden till adekvat insats ges till varje enskild individ. Diagnostiken måste därför utföras av personal med god diagnostisk kompetens. Dokumentets användbarhet skulle sannolikt förbättras om den även innehöll rekommendationer för bedömning inom det psykosociala området. Detta är visserligen ett område där det inte finns lika tydlig utfallsforskning att luta sig mot, men man kan dock exempelvis låta sig inspireras av National Institute for Clinical Excellence's riktlinjer vid schizofreni.

Ändringsförslag: Rekommendationer för bedömning av behov av psykosocial insats hos personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd bör ingå i dokumentet. Dokumentet bör rekommendera att följande ingår i en allmän bedömningen angående behovet av psykosocial insats:

- Boende
- Kulturell tillhörighet/ethnicitet
- Ekonomi
- Sysselsättning
- Livskvalitet
- Risk för skada av själv eller andra
- Sexuell hälsa
- Sociala nätverk

Vidare bör dokumentet specificera och ge riktlinjer till mer yrkesspecifika bedömningsförfaranden, exempelvis bedömning av kognitiv funktionsnivå (psykolog) och bedömning av förmåga att klara vardagliga aktiviteter (arbetsterapeut) osv.

2. Yrkesgrupper

Riktlinjerna påpekar vilka yrkeskategorier som bör ingå i de multidisciplinära team som ska handlägga och leverera insatserna. Riktlinjerna är dock inte riktigt lika tydliga med vilka yrkesgrupper som ska göra vad. Riktlinjerna skulle kunna bli tydligare om de även innehöll rekommendationer för vilka som ska göra vad. Riktlinjerna har en stark tonvikt på psykologisk behandling och det är därför naturligt att legitimerade psykologer bör ha en framträdande roll i dessa team givet deras utbildning.

De nationella riktlinjerna tar inledningsvis upp att allmänläkare i primärvården skall få utbildning i tidig upptäckt av psykostecken. En sådan utbildning borde även erbjudas till psykologer i primärvården som blir en allt viktigare yrkesgrupp i denna verksamhet. Vidare så är beskrivningen av de tidiga insatserna från psykiatri när det gäller diagnostik och utredning inte så tydlig. Här är psykologer viktiga för att tidigt kunna fastställa psykossjukdom, men också för att göra utredning i samband med insjuknande. En sådan psykologutredning ger viktig information om prognos, inför planering av insatser från psykiatri och kommun samt inför arbetsinriktad rehabilitering.

Ändringsförslag: Legitimerad psykologer bör ha det övergripande ansvaret för bedömning inför samt genomförande och utvärdering av insatser definierade som psykologisk behandling. Andra yrkeskategorier med adekvat kompetens kan dock genomföra vissa insatser i samarbete med legitimerad psykolog under dennes överinseende.

3. Psykologisk behandling

I dokumentets nuvarande utformning sorteras insatsen *Basal kroppskännedom* under kategorin *Psykologisk behandling*. Vi menar dock att denna insats inte bör sorteras under denna kategori då den inte grundar sig på teoribildning som man finner inom området klinisk psykologi. *Basal kroppskännedom* bör istället sorteras under kategorin *psykiatrisk sjukgymnastik*. Vidare borde *Kognitiv träning* och *Integrerad psykologisk terapi* sorteras under *Psykologisk behandling* då dessa insatser är utvecklade och beforskade av psykologer och naturligt tillhör psykologisk teoribildning.

Ändringsförslag: *Basal kroppskännedom* bör sorteras under *Psykiatrisk sjukgymnastik*. *Kognitiv träning* och *Integrerad psykologisk terapi* bör sorteras under *Psykologisk behandling*. Denna ändring föreslås bli genomgående i dokumentet.

4. Behandlarkompetens

I dokumentet hävdas att det generella kravet på utbildning/specialisering i KBT och psykodynamisk terapi brukar innebära steg 1 under handledning eller steg 2 i behandlingsformen. Dock verkar yrkesgrupper med legitimation under eget yrkesansvar och har själva att avgöra från fall till fall om handledning är nödvändig. Handledning bör således inte anses som ett "krav", som hävdas i dokumentet. En ytterligare synpunkt är att vid komplexa tillstånd bör psykoterapeut eller psykolog vara att rekommendera: psykolog bör ingå i rekommendationen eftersom en psykolog har de kunskaper i differentialdiagnostik/komorbiditet i kombination med behandling som är nödvändiga för att hantera komplexa fall adekvat. En annan synpunkt är att det vid svårare fall inte är självklart att enbart en grundläggande utbildning i psykoterapi är tillräcklig; det kan behövas större kompetens än så, i form av insatser av psykolog eller psykoterapeut.

Slutligen bör dokumentet genomgående byta ut "steg 1" mot *grundläggande psykoterapiutbildning* samt "steg 2" mot *legitimationsgrundande psykoterapeututbildning* eftersom dessa termer formellt inte används längre i utbildningssammanhang.

Ändringsförslag: Den som utför psykologisk behandling ska ha utbildning i den teori och metod som arbetet avser. Personer med grundläggande kompetens kan genomföra behandlingsinsatser på delegation. Vid svårare fall kan större kompetens vara nödvändig, i form av insatser genomförda av legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut. Varje behandling bör föregås av en bedömning av psykolog eller psykiater. Behandlaren bör även av

patientsäkerhetsskäl inneha yrkeslegitimation. Behandlaren avgör under eget yrkesansvar och från fall till fall huruvida handledning är nödvändig.
Termerna ”steg 1” och ”steg 2” ersätts genomgående av *grundläggande psykoterapiutbildning* respektive *legitimationsgrundande psykoterapeututbildning*.

5. Övriga synpunkter

Familjeinterventionsbegreppet bör förtydligas eftersom det kan innebära såväl familjeinriktade insatser till den insjuknade såväl som insatser för att minska påfrestningar i den insjuknades familj.

Uppmärksamhet kring små barn – under skolåldern – i familjer med allvarlig psykossjukdom saknas. Samverkan med BHV, Socialtjänst och BUP bör tillfogas dokumentet.

SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND

Lars Ahlin
förbundsordförande

Örjan Salling
förbundsdirektör