

Hur göra psykoterapi mer tillgänglig för dem som behöver den?

Förslag till folkhälsoreform

Psykiatri och primärvård av i dag saknar i stor utsträckning resurser att hjälpa dem med psykisk ohälsa. Vi undertecknade organisationer inbjuder härmed Sveriges riksdag och regering samt kommuner och landsting att beräkna och noga överväga kostnader och möjliga vinster – i samhällsekonomiska termer samt i termer av förbättrad folkhälsa och höjd livskvalitet – förenade med genomförandet av nedanstående förslag för att göra psykoterapi mer tillgänglig för dessa grupper.

Bakgrund

Psykisk ohälsa har blivit ett alltmer alarmerande folkhälsoproblem, som numera ökar också i de lägre åldersgrupperna. Psykisk ohälsa av varierande svårighetsgrad anses ligga till grund för så mycket som en tredjedel av besöken vid landstingens primärvårdsenheter.

Kostnaderna är enorma. För att ta ett exempel: Under perioden 1997 till 2005 fördubblades samhällets direkta och indirekta kostnader för depression till 32,9 miljarder kronor. Indirekta kostnader avser sjukskrivningar, förtidspensioneringar, självmord och för tidig död och utgör i dag 87 procent av den totala summan¹. Det är också känt att om man gavs möjlighet att välja så skulle 65 av 100 föredra att få hjälp via samtalsbehandling medan endast 12% skulle föredra enbart farmakologisk behandling².

Det finns ett starkt och omfattande vetenskapligt stöd för att olika former av psykoterapi har betydande effekt som behandling för en mängd psykiska ohälsotillstånd³. När etablerade psykoterapier jämförs med behandling med psykofarmaka ger psykoterapi ofta lika bra eller bättre resultat - särskilt på längre sikt. Psykoterapi ger inte heller de biverkningar som psykofarmaka ofta medför.

Tillgången på offentligt finansierad psykoterapi hos legitimerad psykoterapeut är emellertid mycket låg, vilket är anmärkningsvärt med tanke på de kända behoven. Merparten av den psykoterapi som bedrivs i landet finansieras därför oftast helt av klienterna själva med beskattade pengar, något som endast få har råd med – och kanske inte alltid heller de som har störst behov av den.

Den offentligt finansierade psykoterapin administreras i Sverige nästan uteslutande av psykiatrin. Till dels sker detta inom ramen för landstingens vårdinrättningar. Den hårt ansträngda arbetssituationen inom psykiatrin och gällande riktlinjer för prioritering gör dock att man är hänvisad till att koncentrera sin verksamhet till de absolut svåraste fallen. Ur såväl individ- som samhällssynvinkel är detta ett stort bekymmer då många psykiska problem som i ett tidigt skede annars skulle kunna behandlas psykoterapeutiskt hinner utvecklas till allvarigare psykiska störningar. Detta kan vara ett alltför lite beaktat skäl till att gruppen som behöver tyngre psykiatrisk vård ökar.

Övrig offentligt finansierad psykoterapi äger rum via vårdavtal med privatpraktiserande psykoterapeuter. Dock har sådana vårdavtal inte tecknats med

fler än ca fem procent av landets drygt 4000 legitimerade psykoterapeuter. I stor utsträckning rör det sig då om till intet förpliktigande ramavtal utan särskilt avsatta medel för ändamålet.

Nästan överallt råder den ordningen att det krävs en bedömning från psykiatrin för att psykoterapi via vårdavtal skall beviljas. Detta fungerar dock inte alltid på ett för patienten smidigt vis. Rapporter från storstadsregionerna ger vid handen att ett stort antal av dem som söker offentligt finansierad psykoterapi hamnar i en osynlig vårdkö där de ringer till inrättning efter inrättning och hänvisas vidare utan att få den hjälp de önskar. För många är det svårt att ens komma till bedömning. Många avvisas slutligen med hänvisning till att deras problem inte hör hemma i psykiatrin utan i primärvården. Där saknar man dock i de flesta fall möjligheten att remittera till legitimerad psykoterapeut.

Sammanfattande kritik av nuvarande system

Det nuvarande vårdavtalssystemet med remitteringsförfarande, bedömaregrupper, kontrakts- och räkningsförfarande slukar orimligt mycket resurser och pengar i förhållande till den vård som ges. Den stora kostnaden till trots blir det väldigt få patienter som får psykoterapeutisk hjälp. När så mycket psykisk ohälsa förblir obehandlad blir både det individuella lidandet och i förlängningen samhällskostnaderna onödigt höga.

Staten lägger ner avsevärda resurser på att utbilda psykoterapeuter och att legitimera dem. Att inte i full utsträckning använda denna kompetens – som ändå är otillräcklig i förhållande till behoven – är ett enormt samhällsekonomiskt slöseri.

Ännu en negativ aspekt av nuvarande förfarande är att när så många blir inblandade i bedömningsarbetet uppstår lätt intrång på den konfidentialitet som är såväl en förutsättning för det psykoterapeutiska arbetet som en i lag reglerad skyldighet i förhållande till patienten.

Det bör dock i sammanhanget nämnas att vid ett begränsat antal primärvårdsenheter i landet äger verksamheter rum med psykosocial samtalsbehandling i anslutning till den rent somatiska vården – oftast utförd av psykologer och socionomer. Av hittills publicerade rapporter och utvärderingar framstår dessa nya insatser som över förväntan effektiva och uppskattade.

Något av samma problem som nämndes ovan uppstår även här: det återstår alltid en grupp patienter vars svårigheter är för tunga och kräver mer än de i genomsnitt 4-6 kontakttillfällen som kan erbjudas inom primärvården. Samtidigt är de för lätta för psykiatrin, som inte har annat val än att återremittera dem till primärvården. Bägge organisationer plågas av vetskapen att för denna grupp finns endast ytterst begränsade möjligheter till hjälp när patienterna sällan har råd att betala psykoterapi med beskattade pengar.

Ett samhällsexperiment och en folkhälsoreform

Som ett bidrag till de lösningar som behövs för att komma till rätta med de rådande psykiska ohälsotalen föreslår vi ett riksomfattande projekt som bygger på en folkhälsovision samt för finansieringen en ekonomisk konstruktion med skattereduktion. Den föreslagna modellen skulle göra det möjligt för landets

legitimerade psykoterapeuter att möta de stora behov som föreligger på ett väsentligt mer direkt och ur alla synvinklar effektivare sätt än vad som nu är fallet.

Vårt förslag har följande övergripande syften:

Att göra det möjligt för fler människor att oavsett kön, civilstånd och inkomst komma i åtnjutande av psykoterapeutisk hjälp vid psykisk ohälsa än vad som sker idag. En ökad tillgång till psykoterapi kan på goda grunder förmodas medföra positiva effekter för folkhälsan.

Att erbjuda ökad valfrihet för patienten vad gäller sin behandling.

Att behandla psykisk ohälsa i ett tidigare skede och då samtidigt nå vissa förebyggande effekter.

Att avsevärt minska de stora kostnader som nuvarande system innebär och därmed frigöra resurser.

Ekonomisk konstruktion

Projektet är tänkt att vara rikstäckande och alla landets legitimerade psykoterapeuter av alla förekommande inriktningar erbjuds att ansluta sig och sättas upp på en nationell lista. Projektet utvärderas efter en period om förslagsvis fem år med hjälp av forskning som redan initialt knyts till det.

Personer som önskar gå i psykoterapi kommer då att kunna göra det efter det att överenskommelse efter terapeutens sedvanliga professionella bedömning av dels behovet, dels av sina förutsättningar att hjälpa patienten med dennes problem. Legitimation som psykoterapeut innebär kompetens för att självständigt bedöma behov av och förutsättningar för behandling med psykoterapi. Remissförfarandet kan därmed slopas och i stället införs ett system för att underlätta för sjukvården att hänvisa till psykoterapi hos legitimerad psykoterapeut. På den nationella listan är det möjligt att söka utifrån sådana variabler som bostadsort, önskad psykoterapiinriktning, problemområde och så vidare.

Syftet med den ekonomiska konstruktionen är att göra psykoterapi mer tillgänglig utan att försämra de ekonomiska eller professionella villkoren för psykoterapeuten. Kärnan i den föreslagna modellen är ett civilt kontraktförhållande, som vilar på följande tre förutsättningar:

1. Beslut om att påbörja en psykoterapeutisk kontakt fattas alltid av klient och psykoterapeut gemensamt.
2. Psykoterapins omfattning i tid och frekvens överenskommes gemensamt av parterna.
3. Klienten betalar själv för sin psykoterapi. Arvodet per session överenskommes mellan parterna i varje enskilt fall. (Eventuellt bör det finnas ett ekonomiskt tak där samhällets subvention upphör eller trappas ned.)

En modell med dubbel skattereduktion föreslås, innebärande rätt för klienten att göra avdrag för vårdavgifterna i den personliga självdeklarationen kombinerat med skattekreditering för den enskilde praktikern.

Innebörden av klientens rätt att göra avdrag är att den som går i psykoterapi tillåts att i sin deklaration minska sin skatt med 50% av årets totala terapikostnad. (Den tekniska lösningen här efterliknar liggande förslag till Riksdagen för avdrag för hushållsnära tjänster.)

Psykoterapeutens skattekreditering går till så att denne i vanlig ordning betalar in sina egenavgifter, grovt räknat 25% av rörelseöverskottet, och att han sedan krediteras samma summa från skatteverket. På detta sätt har de sociala avgifterna – inklusive pensionsavsättningar, sjukförsäkringsavgifter, med mera – betalats in med full verkan samtidigt som det blir möjligt att reducera arvodet. (Den tekniska lösningen här bygger på liggande förslag till Riksdagen om hur man skall få långtidsarbetslösa tillbaka till arbetsmarknaden.)

Låt oss ta ett enkelt räkneexempel.

För att det skall framgå vari det nya och avgörande med vårt förslag består är det nödvändigt att börja med en jämförelse med dagens system. Vi utgår då från att dagens arvode bestämts till 700:- per session, vilket är ett rätt ordinärt arvode när klienten betalar med egna beskattade pengar. Med de skattevillkor som i dag gäller för en privatpraktiker skulle terapeuten av de 700:- få ca 260:- kronor kvar efter egenavgifter och 50% marginalskatt.

Inom ramen för ett system med skattekreditering skulle terapeuten kunna sänka sitt arvode till 400:- kronor och ändå få behålla ca 250:- efter avgifter och skatt.

Klienten betalar med det nya systemet bara 200:- istället för 700:- per session.

Således en avsevärd minskning av terapikostnaden för klienten och ändå en acceptabel situation för psykoterapeuten. De facto betalar klienten nu mindre än 30% av den kostnad som gäller vid dagens villkor. Det säger sig självt att en sådan kostnadsminskning skulle göra det möjligt för betydligt fler av den växande gruppen med psykisk ohälsa att söka adekvat hjälp.

Det dubbla skattereduktionssystemet bör givetvis utformas av skatteexperter, på ett sätt som också tar hänsyn till hyror och andra avdragsgilla kostnader och hur man hanterar den del av inkomsten som inte kommer från projektet. Därtill kommer det att krävas tilläggslösningar för de klienter som helt saknar inkomst.

Resurstillskott

Som nämnts är det ett enormt slöseri att inte i full utsträckning använda den psykoterapeutiska kompetens som samhället förfogar över. Exakta siffror är svåra att uppbringa, men mellan tumme och pekfinger har vi uppskattat att hos landets privatpraktiserande psykoterapeuter ”produceras” i dag runt 600.000 sessioner psykoterapi. Med nödvändigt utrymme för omställningar, skulle den föreslagna finansieringsreformen utöver denna mängd kunna medföra ett årligt tillskott om uppemot 300.000 sessioner psykoterapi – eller 50% – på den privata marknaden. Med ett utbud om sammanlagt 900.000 sessioner psykoterapi av olika inriktningar på marknaden – därtill avsevärt billigare jämfört med dagens system för privatfinansierad psykoterapi – uppstår ett avsevärt resurstillskott för att hjälpa dem med psykisk ohälsa, bland annat just den grupp som hamnar i gapet mellan

primärvård och psykiatri. En förutsättning för detta är givetvis att både psykiatri och primärvård är beredda att rekommendera psykoterapi och tillhandahålla förteckningar över de privatpraktiserande legitimerade psykoterapeuter som verkar inom respektive distrikt eller region.

Vinster och besparingar

Ett system som det föreslagna med dubbel skattereduktion kan enkelt administreras via skattsedeln och särskilda formulär, vilket skulle minska samhällets administrativa kostnader jämfört med dagens system för subventionering av psykoterapi. Genom att den enskilde legitimerade psykoterapeuten har det fulla bedömningsansvaret befrias sjukvården från tids- och kostnadskrävande bedömnings- och remitteringsarbete. Genom att fler psykiska problem tas om hand i ett tidigt skede sparar man också på de kostnader som är förenade med psykiatrisk behandling. De resurser som frigörs inom psykiatrin kan användas till att införa och utveckla psykoterapeutiskt arbete där.

Den stora vinsten och kostnadsbesparingen torde dock komma ur den förbättring av folkhälsan som sannolikt kommer ur en friare tillgång till psykoterapi för en bredare allmänhet. Denna reform bör ur samhällelig synvinkel närmast betraktas som en generell välfärdsåtgärd inriktad på att förbättra folkhälsan. I det avseendet kan den jämföras med det allmänna barnbidraget, mödravård och barnavård eller sjukförsäkringen. Alla familjer är inte i behov av barnbidrag, alla medborgare i samhället är för sitt personliga hälsovårn inte i behov av sjukförsäkringen, men på goda grunder kan deras förekomst antas öka den allmänna välfärden och höja befolkningens allmänna hälsotillstånd. I en rapport till Nationella folkhälsokommittén har man gjort ett liknande antagande rörande tillgången på psykoterapi.

Utifrån moderna demokratiska ideal är folkhälsa ett positivt värde i sig som i första hand varken kan eller bör mätas i pengar. Ändå förhåller det sig så att förbättringar i dessa avseenden kan antas medföra minskade kostnader för samhället. Kostnaden för att genom skattesubventionerad psykoterapi uppnå bara något av de möjliga vinsterna i detta avseende kan på samma goda grunder antas bli avsevärt lägre än de ”vinster” i form av utgiftsminskningar som kan förväntas.

Det finns internationell forskning som visar att det lönar sig att göra psykoterapi lättillgängligt. En jämförelse mellan Australiens psykiatriska vård, där psykoterapeutisk behandling inklusive psykoanalys är kostnadsfri och lättillgänglig, och Nya Zeelands psykiatriska vård där samma behandling är begränsad, visar att kostnaderna per capita för psykiatrisk vård är 44% högre i Nya Zeeland, på grund av fler inläggningar på klinik⁴.

Forskning, kvalitetssäkring och utvärdering

Projektet bör kvalitetssäkras, följas upp och utvärderas med hjälp av kvalificerade forskare under hela försöksperioden. Vilka uppgifter som samlas in och hur blir beroende på vilka frågor man önskar belysa. Detta bör man också ta ställning till i projektets början, men en grundläggande och viktig del av utvärderingen utgörs av information om de psykoterapier som ges och bedömningar av klienternas funktions- och besvärnivå innan och efter behandlingen, skattade både av klient och psykoterapeut.

När det gäller till exempel depression så ligger de stora kostnaderna i Sverige idag inte på behandling eller läkemedel utan, som nämndes inledningsvis, på de stora utgifterna för sjukskrivning och förtidspension. Tillgång till effektiv psykoterapeutisk behandling i ett tidigt skede kan sannolikt på relativt kort sikt ha betydande verkan på de siffrorna, något som vore värdefullt att undersöka.

En farhåga en del har inför att göra psykoterapi lättillgängligt genom subventionering är att det ska missbrukas. Men internationella studier visar att även när psykoterapi är lättillgänglig och kostnadsfri för patienten, så efterfrågas den bara av 4.3% av populationen, och den genomsnittliga behandlingens längden är 11 sessioner⁵. Också detta vore värdefullt att undersöka, liksom vilka faktorer som kan ligga bakom enskilda val av psykoterapiform och liknande.

På den övergripande delen av den utvärderingsforskning som knyts till experimentet bör läggas ett folkhälsoperspektiv. Det finns också i ett nationellt projekt av detta slag möjlighet att göra hälsoekonomiska studier och analyser.

¹ Patrik Sobocki, Ingrid Lekander, Fredrik Borgström, Oskar Ström and Bo Runeson. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, In Press, Corrected Proof, Available online 27 December 2006.

² Psykisk hälsovård och psykologiska behandlingsmetoder. Temo AB, för Sveriges psykologförbund, 2004.

³ Lambert MJ (red.) (2004). Bergin and Garfield`s handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York, Wiley

⁴ Andrews G: Private and public psychiatry: a comparison of two healthcare systems. *Am J Psychiatry* 146: 881-886, 1989

⁵ Manning WG Jr et al: Howcost sharing affects the use of ambulatory mental health services. *JAMA* 256: 1930-1934, 1986