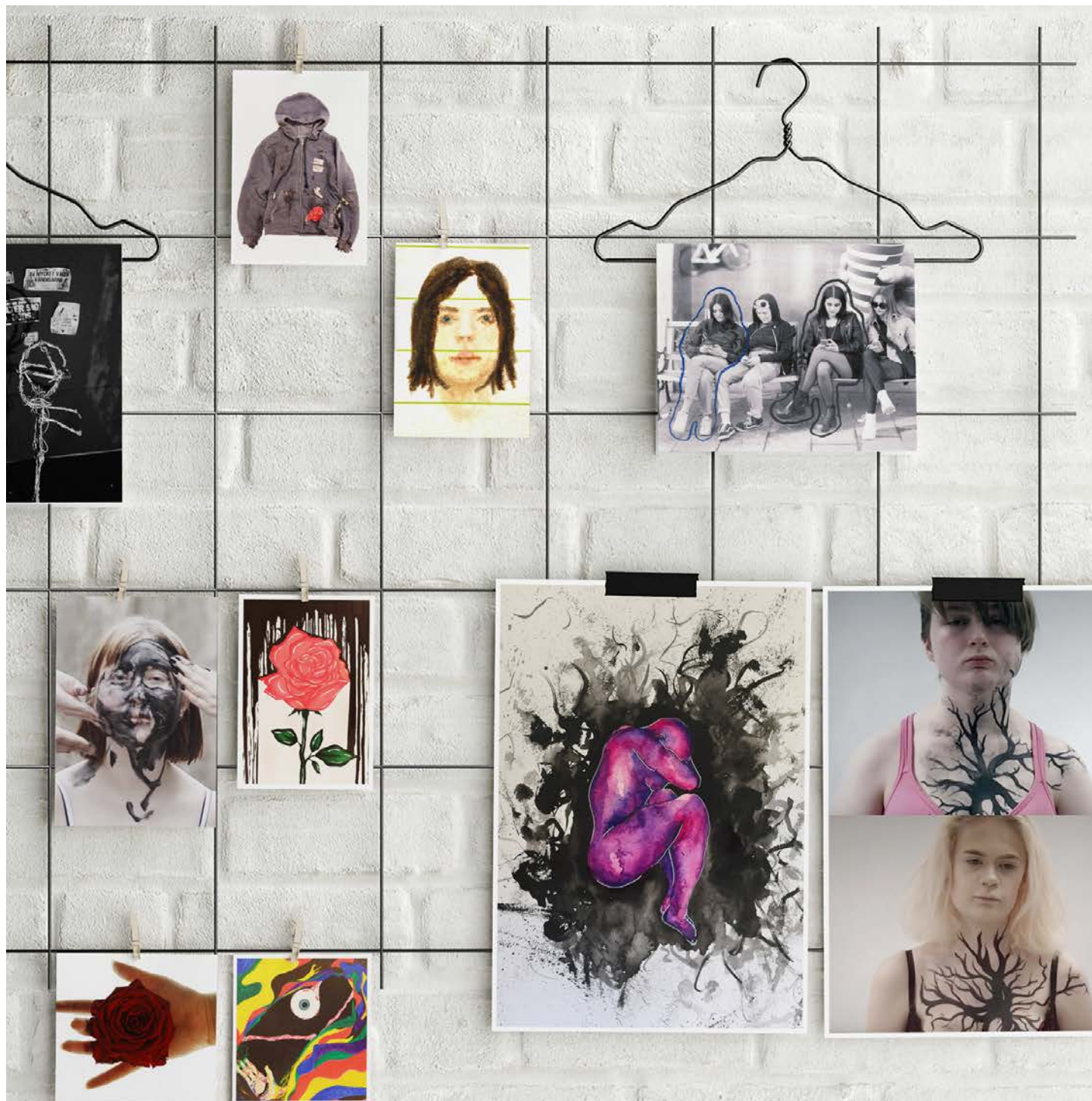




UNGA VUXNAS PSYKISKA OHÄLSA

BARN- OCH UNGDOMSRAPPORT 2017 • FEMTE ÄRGÅNGEN

KONSTPROJEKT MED FRYSHUSETS ESTETKLASS

Under våren 2017 fick eleverna på Fryshusets Estetlinje Bild och Form I uppdrag av Stockholms Stadsmission att utforska och skapa kring begreppet psykisk ohälsa bland unga. Projektet utmynnade i en konstutställning i samband med Stockholms Stadsmissions rapportsläpp den 20 september 2017. Som stöd under projektet har Martina Hoogland Ivanow varit deras konstnärliga ledare. Stort tack till Fryshusets elever, deras mentor Maria Steen och Hans Presto samt Martina – för att ni alla så frikostigt bidrog med tankar, idéer och inte minst ert konstnärliga arbete.



Eddie och Ida "Smearing Hands"

Idén till filmen är att gömma sig. Den svarta färgen i filmen symboliserar mörker och att känna sig instängd. Händerna som smetar ut färgen i Idas ansikte representerar omgivningens påverkan på ens tillvaro. De valde också att ha med händerna i filmen för att de tycker att det ger ett obehagligt intryck.

Den karga skogen som inspelningsplats valde de för att skogen är en plats som de associerar med ensamhet och mörker.

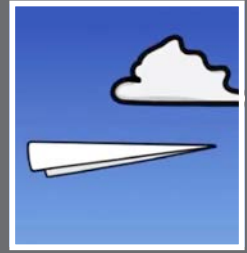


Ida "Namnlös"

De två målningarna som ingår i verket representerar två olika stadier i psykisk ohälsa. Den ena ska föra tankarna till en marionettdocka. Personen som är avmålad på bilden blir manipulerad av sin omgivning.

Den andra målningen porträtterar att om man känner ångest så vill man oftast bara få lov att krypa ihop.

Ida vill att bilderna ska vara öppna för tolkning för den som ser dem.



Anakin och Jakob, film "Paper plane"

Verket representerar att psykisk ohälsa eller sjukdomar kan vara väldigt oförutsägbara och att saker snabbt kan övergå till att bli väldigt annorlunda.

Med verket vill konstnärerna gärna att folk ska bli chockade. De vill förmedla hur fort allting kan bryta samman för en person med psykisk ohälsa.



Edit och Klara "Tvängströjan"

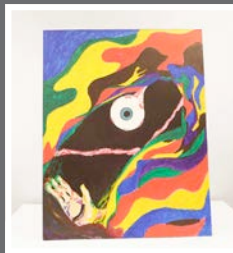
Konstverket Tvängströjan är en collegeströja som är skadad på ett flertal sätt. Den är bland annat bränd av en tändare, dragen i gatusmuts och nedspottad med bläck.

Under tiden de producerade verket kände de att de ofta var trötta eller ledsna och därför blev även ströjan trött och ledsen.



Thea, Alice och Texas "Namnlös"

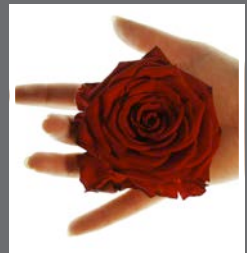
Konstnärerna valde att ta bilder på andra ungdomar för att förmedla flera olika känslor. Det är vardagliga bilder där färgerna som de målat på fotografierna representerar ungdomarnas känslor. Känslor kan associeras till olika färger – exempelvis koppla blått till att vara ledsen, svart till ångest och rött till att vara kär.



Viktor "Searching for a flame"

Viktor har under skapandet av verket känt många känslor och vill med de klara färgerna representera dessa. Ögat på bilden är själva personen där handen på målningen står i vägen från att komma vidare. Man letar efter något och kommer aldrig fram.

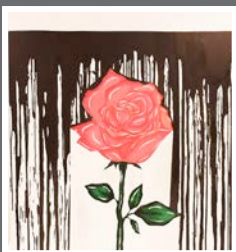
Ofta känner sig Viktor lite deprimerad men under målandet av tavlan kände han sig ganska glad och försökte trycka in alla känslorna på pappret. Men det var ingen enkel process att se sig själv och sina känslor på ett papper.



Micaela "48 Pills"

Michaela vill genom sitt verk släppa in folk i hennes huvud, detta ska underlättas genom dikten som läses upp i filmen. Hon har under processen känt sig lite sårbar och tyckt att det varit ett väldigt personligt projekt.

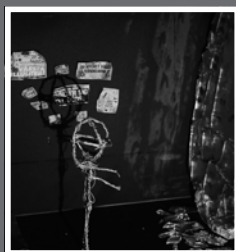
Micaela hoppas att andra kan känna att de kan relatera till verket. Att de får se en annan sida av henne som hon oftast inte visar.



Paulo "Corrupted"

Paulo har sedan han var liten haft ett tema med blommor. I hans verk är det kontrasterna av den oskyldiga rosen omringad av det svarta som fördärvat, som står i fokus. Det som förstör kan exempelvis vara sociala medier, vad folk säger till dig, allt detta påverkar din oskuldssfullhet. Rosen är så ljuv och så blir den slukad av fördärvet.

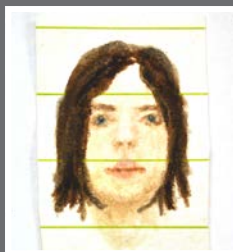
Paulo tyckte att det var ett lite svårt projekt, men idag är han nöjd med sitt verk.



Tova, Wilma och Nadja "Ensam"

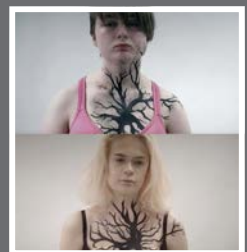
Med verket Ensam vill konstnärerna visa upp innebörden av att må dåligt, själva känslan. De vill visa upp att det kan vara en klaustrofobisk känsla.

I sitt skapande la de ihop sina gemensamma erfarenheter och det kändes skönt när det var klart. När det var klart så såg man verkligen hur deras erfarenheter gick samman.



Hedda "Gör mig synlig"

Heddas självporträtt symboliserar att det kan vara svårt för andra människor att uppfatta psykisk ohälsa hos den som mår dåligt. Därför valde hon att göra självporträttet mycket litet - hon vill att betraktaren ska behöva anstränga sig för att uppfatta vad det är på porträttet.



Alice och Sam "Det vi gömmer oss bakom"

Tanken bakom verket är att visa känslor och svagheter. Det man gör för att försvinna bort och inte hantera verkligheten när man mår dåligt. Konstnärerna har utgått från sina egna erfarenheter och de har olika strategier för att försvinna. För Sam är det smink och musik, medan Alice stannar hemma och försvinner in i animévärlden. De menar att nästan alla gömmer sig bakom något, och alla gör det på olika sätt, det var därför de ville visa två sidor i sin film.

När andra tittar på deras film vill de att andra ska känna att filmen är lite udda och att de själva ska reflektera över vad de gömmer sig bakom när de mår dåligt.

INNEHÅLL

FÖRORD	4	5. HÖGRE AMBITIONER FÖR ATT MÖTA UNGAS OHÄLSA – TRE EXEMPEL	25
SAMMANFATTNING	5	Skåne – Val av psykoteraform inom ramen för vårdval	25
DEN PSYKISKA OHÄLSAN BLAND UNGA ÄR FORTSATT HÖG	7	Tyskland – Psykoterapi en rättighet för alla	26
1. EN NULÄGESBILD AV UNGAS PSYKISKA OHÄLSA	8	Finland – Subventionerad psykoterapi	27
Självskattad ohälsa – allt fler unga vuxna uppger att de mår sämre	8	Intervju med Stephan Hau	29
Vårdinsatser – växande efterfrågan	9	6. STOCKHOLMS STADSMISSIONENS TERAPI-CENTER FÖR UNGA OCH MOTTAGNINGEN FÖR UNGA MÄN	30
Läkemedelsförskrivning	10	Varje människa har en unik personlighet och livsberättelse	30
Självskadebeteende	10	Terapicenter för unga och Mottagningen för unga män har fyra tydliga och basala hörnpelare	31
Självsmord – fortfarande på en hög nivå	11	Sam berättar om sin terapi på Terapicenter för unga och Mottagning för unga män	32
Jämförelser med andra länder – Sverige sticker ut	11	7. REKOMMENDATIONER	34
Morgondagens unga vuxna – lider redan av psykiska besvär	11	Nationell strategi för psykisk hälsa	34
Lee, som gått i Ung Hälsas psykodramagrupp, berättar om sina erfarenheter	12	8. MER OM STOCKHOLMS STADSMISSIONS VERKSAMHETER FÖR BARN OCH UNGA	36
2. BEHANDLING AV UNGAS PSYKISKA OHÄLSA	14	Unga Station	36
Behandlingsmetoder	14	Baba	36
Socialstyrelsens rekommendationer – Snävt fokus på kbt och läkemedel	15	Ung Hälsa	36
3. NATIONELLA POLITISKA INITIATIV	18	Bostad Ung – HVB och Stödboende för unga	36
Ökade anslag – 280 miljoner till ungas psykiska hälsa	18	Familjehemsvården	37
Tillsättande av en nationell samordnare	18	Råd- och stödcentret Källan	37
Vårdgarantin	19	Fritidsgårdar	37
Kommissionen för jämlik hälsa	19	REFERENSER	38
Intervju med Yasmin, som gått i terapi på Terapicenter för unga	20		
4. KOSTNADER FÖR PSYKISK OHÄLSA – INTERNATIONELL JÄMFÖRELSE	22		
De största kostnaderna är indirekta	22		
Stora kostnader även vid lindrig psykisk ohälsa	22		
Förtidspensionering – ökar bland yngre	22		
Utebliven utbildning – minskar möjlighet till arbete	23		
Kan kostnaderna minskas?	23		

FÖRORD

”Jag tror inte att jag hade levt om jag inte kommit hit. Jag mådde mycket sämre än jag förstod.”

Orden är Sams. En av många unga som genom åren sökt sig till Stockholms Stadsmissions Terapicenter för unga och Mottagningen för unga män.

Inom Stockholms Stadsmission driver vi två psykodynamiska terapimottagningar för ungdomar och unga vuxna 16–25 år. Här möter vi allt för många barn och unga som lider av depression och ångest. Under 2016 hade närmare två tredjedelar av våra patienter haft en tidigare vårdkontakt. För oss indikerar detta att de unga som söker sig till oss inte erbjuddes den vård de är i behov av och önskar. På Stockholms Stadsmissions Terapicenter för unga och Mottagningen för unga män jobbar vi med långsiktig, kontinuerlig och individanpassad behandling som vi anser är en väl fungerande metod.

Allt fler ungdomar och unga vuxna i Sverige mår psykiskt dåligt – tillgänglig statistik visar att den psykiska ohälsan i gruppen 18–25 år är ett växande problem i samhället. Ett samhällsproblem som inte bara innebär ett enormt lidande för individen utan också stora kostnader för samhället – ett samhällsproblem som är hög tid att agera kraftfullt mot. I Stockholms Stadsmissions årliga Barn- och ungdomsrapport gör vi därför en omfattande kartläggning av nuläget och studerar våra grannländer Tyskland och Finland som lyckats

bättre med att sänka ohälsotalet bland unga. Även Region Skåne har med införande av en möjlighet att välja terapiform inom ramen för vårdval, tagit initiativ för att försöka vända denna oroväckande utveckling.

Vår förhoppning är att vår rapport ska inspirera politiker, tjänstemän och profession till att agera för att förbättra och utveckla arbetet för att minska den psykiska ohälsan bland unga. Vår förhoppning är också att den som lider av psykisk ohälsa, som depression och ångest, ska få vara delaktig i sin vårdplanering och ha friheten att få välja behandlingsform och att vården ska vara lättillgänglig. Vår fasta övertygelse är att endast så uppnår vi minskad psykisk ohälsa i Sverige.

Professor Clas Rehnberg vid Karolinska Institutet har under rapportarbetet läst och lämnat synpunkter på manus, i syfte att säkerställa överensstämmelsen med aktuell forskning. Ansvar för rapporten och dess innehåll vilar dock ytterst på Stockholms Stadsmission.

Marika Markovits

Direktor Stockholms Stadsmission

SAMMANFATTNING

Psykisk ohälsa bland unga vuxna i Sverige är ett ökande samhällsproblem som innebär ett lidande för individen men också stora kostnader för samhället. Antalet självmord bland unga vuxna, den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa, är också fortsatt på en hög nivå, nollvisionen för självmord till trots. OECD pekade i en rapport 2016 på en dramatisk ökning under det senaste decenniet i Sverige av unga vuxna under 25 år som lider av psykisk ohälsa och som lever på ersättning från Försäkringskassan. En utveckling som saknar motstycke i en internationell jämförelse.

De direkta kostnader som samhället har för psykisk ohälsa innefattar kostnader för vård och läkemedel och de indirekta kostnaderna är inkomstbortfall till följd av sjukskrivningar, förtidspension, utebliven utbildning och fritidsaktiviteter. För psykisk ohälsa är de indirekta kostnaderna betydligt större än de direkta. Den senaste internationella jämförelsen visar att i flertalet länder utgör de indirekta kostnaderna för psykisk ohälsa cirka 60–70 procent av de totala samhällsekonomiska kostnaderna. Men de indirekta kostnaderna kan över tid minskas med effektiva behandlingar och förebyggande åtgärder.

Politiken i Sverige har ännu inte lyckats vända den ökande psykiska ohälsan. Detta trots att en rad omfattande nationella satsningar har genomförts som till exempel ökat anslag för psykisk ohälsa, tillsättande av nationell samordnare och vårdgaranti med fokus på bland annat ökad tillgänglighet och delaktighet.

Stockholms Stadsmission möter fler och fler unga människor med psykisk ohälsa. Sedan 2003 driver vi Terapicenter för unga och 2009 startade Mottagning för Unga Män. Det är två psykodynamiska terapimottagningar för unga kvinnor och män i åldern 16–25 år. 2016 tog terapimottagningarna emot 240 patienter per vecka. Antalet patienter som söker sig till och står i kö till terapimottagningarna är många och alla kan inte erbjudas en tid så snabbt som vi skulle önska. Drygt två tredjedelar av Terapicenters patienter, som påbörjade sin terapi under 2016, hade haft en tidigare kontakt via exempelvis vårdcentral eller psykiatri och upplevde att de inte fått tillräckligt med hjälp.

I denna Barn- och ungdomsrapport visar Stockholms Stadsmission bland annat att Tysklands och Finlands arbete för att motverka och förebygga psykisk ohälsa har

gett goda resultat. I dessa länder används terapiformerna Kognitiv beteendeterapi, KBT, Interpersonell psykoterapi, IPT och Psykodynamisk psykoterapi, PDT i lika hög grad och patienterna erbjuds både medellånga och långa terapier. Undersökningar i Finland visar att cirka 30 procent av patienterna återgår till arbete eller studier efter en längre behandling. Den enskilde patienten medverkar också vid utformningen av behandlingsupplägg och rehabiliteringsplan. Här visar studier att individens förutsättningar för god psykisk hälsa ökar.

För att häva den negativa utvecklingen av ökad psykisk ohälsa i Sverige vill Stockholms Stadsmission att en nationell strategi för psykisk hälsa tas fram där man tar intryck av länder med lägre ohälsotal.

VI FÖRESLÅR ATT DET I DEN NATIONELLA STRATEGIN INGÅR:

1.

En utökad behandlingsgaranti som omfattar alla barn och unga upp till och med 25 år

2.

Ökad tillgänglighet av psykoterapi och möjlighet till val av terapiform

3.

Värnande av ungdomsmottagningarnas uppdrag att främja fysisk, psykisk och sexuell hälsa samt utreda möjligheten till utökad uppdrag



Ida, "Namnlös", 2017

DEN PSYKISKA OHÄLSAN BLAND UNGA ÄR FORTSATT HÖG

Psykisk ohälsa är fortsatt ett stort problem i Sverige, läget är särskilt allvarligt för unga människor. Allt fler unga anger att de lider av oro, ångslan och ångest. En grupp där problem med psykisk ohälsa växt mycket på senare år är barn som kommer ensamma och är under asylprövning samt barn till papperslösa föräldrar. Hälsan bland utrikesfödda är generellt sämre än bland inrikesfödda och flyktingar har ett betydligt sämre psykiskt hälsotillstånd än övriga befolkningen. Vi i Stockholms Stadsmission, som möter dessa barn som kommer ensamma samt barn och deras föräldrar i eller utanför asylprocessen, upplever detta starkt i våra verksamheter i hela Stockholmsområdet.

I den här rapporten har vi valt att fokusera på den psykiska ohälsan i gruppen 18–25 år i Sverige, och i första hand på unga med medborgarskap eller permanent uppehållstillstånd i Sverige. Barn och unga som kommer ensamma är en ny grupp i samhället sedan en kort tid tillbaka. Det är lite för tidigt att dra slutsatser om denna grupps långsiktiga behov av vård. Dessutom kräver det en diskussion som även tar hänsyn till de särskilda omständigheter som många barn och unga i denna grupp lever i. Läs gärna Stockholms Stadsmissions rapport 2015 "Ensamkommande barn" om samhällsuppgiften att möta barn och unga som kommer ensamma och deras behov av en trygg uppväxt.

I årets Barn- och ungdomsrapport ges en övergripande nulägesbeskrivning av den psykiska ohälsan i gruppen 18–25 år. Nationell statistik som visar att läget är allvarligt, särskilt för unga kvinnor. Men det finns sätt att motverka den psykiska ohälsan. Senare i rapporten presenteras ett regionalt initiativ från Skåne där ett hälsoval har införts som innebär att patienten i större utsträckning kan välja terapiform. Vi kommer även blicka ut mot några av våra grannländer för att se hur de har utvecklat den psykiatriska vården.

Vi beskriver även arbetet på Stockholms Stadsmissions Terapicenter för unga och Mottagningen för unga män (Mum) som är två psykodynamiska terapimottagningar för ungdomar och unga vuxna 16–25 år. Sedan 2013 bildar dessa tillsammans med Stockholms Stadsmissions ungdomsmottagning en enhet: Ung Hälsa. Här ges också en beskrivning av metod och filosofi kring bra och framgångsrik terapibehandling. Rapporten avslutas med slutsatser och rekommendationer från Stockholms Stadsmission.

1. EN NULÄGESBILD AV UNGAS PSYKISKA OHÄLSA

Allt fler unga vuxna i Sverige mår psykiskt dåligt. Vare sig det handlar om mindre allvarliga psykiska besvär så som nedstämdhet eller oro eller om mer allvarliga psykiatriska tillstånd, visar tillgänglig statistik att den psykiska ohälsan i gruppen 18–25 är ett växande problem i samhället. Statistiken visar även att utvecklingen i Sverige skiljer sig från utvecklingen i flera jämförbara länder där den psykiska ohälsan snarare tenderar att minska.

Flera myndigheter och organisationer publicerar regelbundet statistik om hur den psykiska ohälsan utvecklas i Sverige. Folkhälsomyndigheten genomför årligen en nationell folkhälsoenkät som bland annat mäter de svarandes psykiska välbefinnande, förekomsten av ångslan, oro eller ångest samt självmordstankar och genomförda självmordsförsök.¹ Myndigheten, liksom föregångaren Statens folkhälsoinstitut, publicerar också oregelbundna kartläggningar och studier.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) har regeringens uppdrag att ta fram kunskap om den upplevda psykiska ohälsan i åldersgruppen 13–25 år.²

Även EUs statistikavdelning Eurostat samt samarbetsorganisationen OECD publicerar regelbundet statistik om psykisk ohälsa i Sverige.

Därutöver genomförs på regional och lokal nivå mindre enkätundersökningar på initiativ av till exempel kommuner eller enskilda skolor.

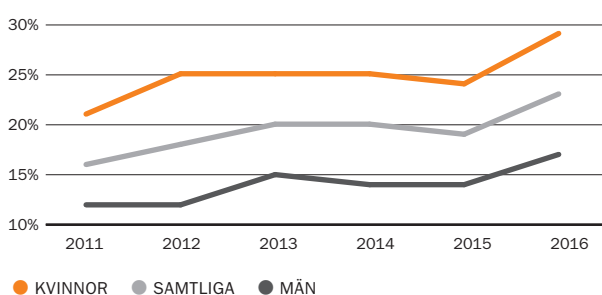
I rapporten sammanfattas aktuell statistik kring unga vuxnas psykiska ohälsa. Ansvariga myndigheter presenterar sin statistik utifrån varierande åldersintervall. Statistiken presenteras för de intervall som är mest överlappande med gruppen 18–25 år.

SJÄLVSKATTAD OHÄLSA – ALLT FLER UNGA VUXNA UPPGER ATT DE MÅR SÄMRE

Eftersom psykisk ohälsa till viss del handlar om enskilda människors upplevelser är det svårt både att definiera begreppet och att avgöra problemets omfattning i befolkningen. Den statistik som finns bygger därför i hög grad på självskattningar. Resultatet av dessa visar tydligt att den självrapporterade psykiska ohälsan bland unga vuxna ökar. 23 procent i åldersgruppen 16–29 år bedömdes ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande³, enligt den Nationella

folkhälsoenkäten 2016. Andelen kvinnor som mår dåligt är större än andelen män (29 respektive 17 procent).⁴ Statistiken visar på en negativ trend. Andelen som bedömdes ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande 2011 var 16 procent. Det motsvarar en ökning med sju procentenheter under de senaste fem åren.

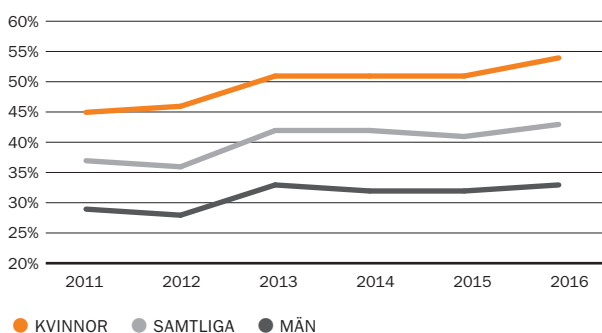
VÄXANDE ANDEL UNGA VUXNA MÅR DÅLIGT



Även förekomsten av ångest förefaller öka i åldersgruppen 16–29 år. År 2011 svarade 37 procent att de upplevde ångslan, oro eller ångest. Fem år senare hade andelen ökat till 43 procent, enligt den Nationella folkhälsoenkäten. I likhet med tidigare statistik mådde kvinnor överlag sämre än män. Andelen som ansåg sig lida av svår ångest ökade under åren 2011–2016 från 7 till 10 procent.⁵

Den självrapporterade ohälsan är ett varningstecken. Enligt Socialstyrelsen finns en ökad risk för en senare

ÅNGESTEN ÖKAR BLAND UNGA VUXNA



Källa: Folkhälsomyndigheten, Nationella folkhälsoenkäten 2016, riket, ålder 16–29 år, nedsatt psykiskt välbefinnande GHQ5, 2011–2016

Källa: Folkhälsomyndigheten, Nationella folkhälsoenkäten 2016, riket, 16–29 år, ångest, 2011–2016

1. Folkhälsomyndigheten (2017), Psykisk hälsa – Nationella folkhälsoenkäten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/>

2. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2016), Ungas psykiska ohälsa, <https://www.mucf.se/ungas-psykiska-ohalsa>

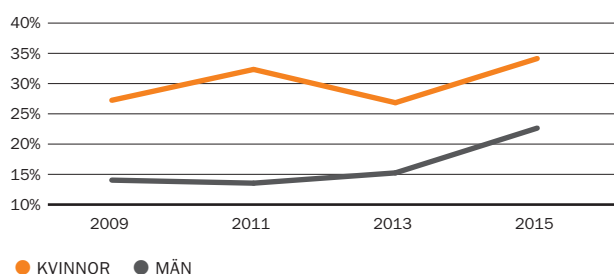
3. Nedsatt psykiskt välbefinnande är resultatet av fem frågor där de svarande ska besvara följande frågor: 1) "Har du ständigt de senaste veckorna känt dig olycklig och nedstämd? 2) Har du de senaste veckorna förlorat tron på sig själv? 3) Har du ständigt känt dig spänd de senaste veckorna? 4) Har du tyckt att du varit värdelös de senaste veckorna? 5) Har du de senaste veckorna kunnat ta itu med dina problem?"

4. Folkhälsomyndigheten (2016), Nationella folkhälsoenkäten <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2016/november/nya-siffror-om-folkhalsan-2016/>

5. Nationella folkhälsoenkäten (2016), <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2016/november/nya-siffror-om-folkhalsan-2016/>

psyisk sjukdom, självmordsförsök eller andra skador och olyckor.⁶ Den oroväckande utveckling som Folkhälsomyndigheten identifierar bekräftas i andra undersökningar. Enligt en studie som Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor publicerade 2016 ökade andelen unga i åldrarna 16–24 år som uppger sig lida av oro, ångslan och ångest från 20,5 procent åren 2008–2009 till 28 procent åren 2014–2015.⁷

VÄXANDE ANDEL UNGA BESVÄRAS AV ÅNGSLAN, ORO OCH ÅNGEST



VÅRDINSATSER – VÄXANDE EFTERFRÅGAN

Medan barn och ungdomar ofta har flera olika ställen dit de kan vända sig för stöd, så som elevhälsan, ungdomsmottagningar eller Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), är myndiga personer som upplever psykiska besvär i första hand hänvisade till primärvården. Det finns också flera stödlinjer dit man kan ringa för stöd och rådgivning, till exempel Sjukvårdsrådgivningens "Hjälplinje".

Öppenvård för psykisk ohälsa

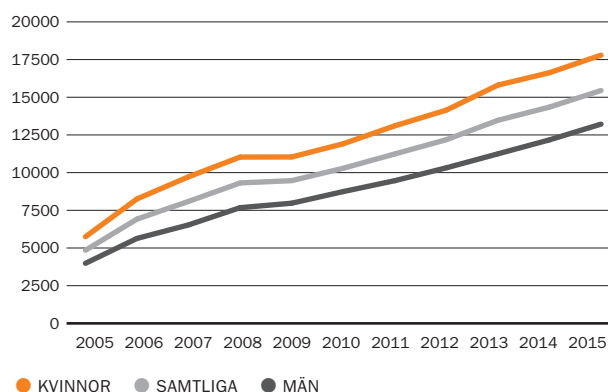
Sedan flera år tillbaka pågår ett arbete med att utveckla och hitta former för en vårdnivå mellan den generella och specialiserade, "första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa". Dess uppgift är att ta emot barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa med rätt insatser i rätt tid, oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker. Hur den organiseras ser olika ut i olika regioner.

Många unga med psykisk ohälsa vänder sig till en ungdomsmottagning, som med sitt uppdrag att erbjuda både medicinskt och kurativt stöd, är möjliga att kontakta. Vad en

ungdomsmottagning kan erbjuda för stöd för psykisk ohälsa varierar. I vissa kommuner/regioner är ungdomsmottagningen en del av "första linjen", i andra delar av landet är den inte det.

Unga konsumerar mer psykiatrisk vård än tidigare. Den statistik som Socialstyrelsen publicerar om besöken i öppenvården visar på en kraftig ökning av hur många som diagnostiseras med psykiska besvär. Det senaste året som det finns nationell statistik för är 2015. Då registrerades i åldersgruppen 20–29 år drygt 15 000 besök i öppenvården/100 000 invånare med diagnoser inom psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. Fem år tidigare låg siffran på drygt 10 000 besök/100 000 invånare. 2005 var antalet knappt 5 000 besök. Statistiken visar att kvinnor står för fler besök än männen.⁸

ÖPPENVÅRDEN FÅR BESÖK AV FLER UNGA VUXNA MED PSYKISKA SJUKDOMAR OCH BETEENDESTÖRNINGAR



Utvecklingen i Stockholms län under samma period är om möjligt ännu mer dramatisk. Under perioden 2005–2015 ökade åldersgruppens besök i öppenvården till följd av psykiska besvär från cirka 700/100 000 invånare till drygt 22 000/100 000 invånare.⁹ Bilden bekräftas av andra aktörer så som Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin på Stockholms läns landsting som bland annat pekar på en ökad efterfrågan av öppenvård bland unga vuxna i åldrarna 18–24 år.¹⁰

6. Socialstyrelsen (2013), Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>

7. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2016), Nya siffror: Psykisk ohälsa ökar bland unga, <https://www.mucf.se/nya-siffror-psykisk-ohalsa-okar-bland-unga>

8. Socialstyrelsen (2017), Statistikdatabas för diagnoser i öppen vård, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserioppenvard>

9. Socialstyrelsen (2017), Statistikdatabas för diagnoser i öppen vård, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserioppenvard>

10. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2016), Fortsatt ökning av psykiatrisk vårdkonsumtion bland unga i Stockholms län år 2015 – Faktablad 2016:3, http://dok.slso.se/CES/FHG/Psykisk_halsa_och_ohalsa/Faktablad/Fortsatt-okning-av-psykiatrisk-varldkonsumtion-bland-unga-i-Sthms-lan-Faktablad-2016.3.pdf

Akutvård

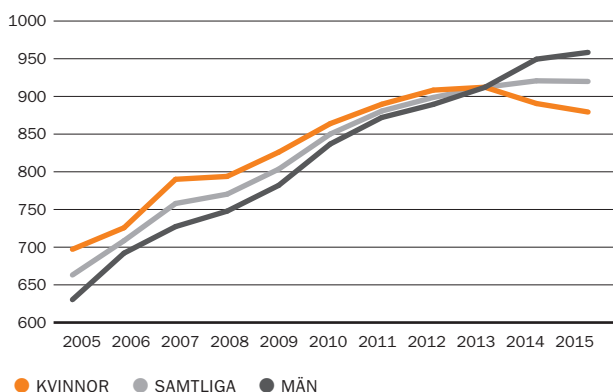
Vid akuta problem vänder sig många till akutsjukhusen, varav flera numera har psykiatriska akutmottagningar. Statistik kring akutvård av personer med psykiska problem samlas in i viss grad, men denna statistik är i nuläget inte tillräckligt omfattande för att ge en tillförlitlig bild av utvecklingen i riket som helhet.

Slutenvård

Vid behov av slutenvård läggs patienten in på sjukhus för vård och behandling. Exempelvis om det finns risk för självmord. Här visar Socialstyrelsens statistik att en växande andel unga vuxna i åldersgruppen 20–29 år är föremål för slutenvård till följd av olika typer av psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. År 2005 handlade det om drygt 600 patienter/100 000 invånare, tio år senare var siffran drygt 900. Under samma period minskade medelvärde av antalet vård dagar, från 18 dagar 2005 till knappt 13 tio år senare.¹¹

Enligt Socialstyrelsen tvingas personer i åldrarna 16–24 år som vårdats för psykisk sjukdom ofta besöka sjukhusvården på nytt inom fem år. Det gäller svåra tillstånd som schizofreni, men även depressioner och ångestsjukdomar.¹²

LÅNGSIKTIG ÖKNING AV ANDELEN UNGA VUXNA SOM FÅR SLUTENVÅRD

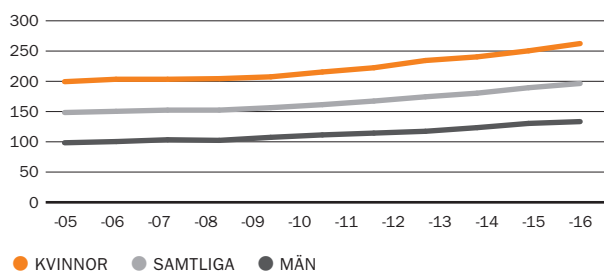


LÄKEMEDELSFÖRSKRIVNING

Det finns läkemedelsbehandling för olika typer av psykisk ohälsa. Vanligast är att läkemedel används för att behandla svår depression, ångestsyndrom samt schizofreni och

psykoser. Det vanligaste läkemedlet mot depression ingår i gruppen selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI). Ett alternativ till detta är läkemedel i gruppen selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI). Vid svår depression brukar tricykliska antidepressiva (TCA) användas. Förskrivningen av depressionshämmande läkemedel i gruppen SSRI har stadigt ökat under det senaste decenniet, enligt statistik från Socialstyrelsen från 148,2 recept/1000 invånare 2006 till 197,11 recept/1000 invånare 2016. Kvinnor är en större brukare än män. Även förskrivningen av övriga antidepressiva läkemedel har ökat under perioden visar statistiken.¹³ De här siffrorna stärker bilden av att många unga vuxna lider av psykisk ohälsa.

FÖRSKRIVNINGEN AV ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL TILL UNGA VUXNA FORTSÄTTER ATT ÖKA



SJÄLVSKADEBETEENDE

Självskadebeteende tenderar att uppkomma i de yngre tonåren och avtar i regel i vuxen ålder. Studier visar att ungdomar som skadat sig har en ökad risk för att drabbas av psykisk sjukdom senare i livet, de riskerar även att senare i livet hamna i missbruk.

De undersökningar som har genomförts av självskadebeteende hos ungdomar i svenska högstudier och gymnasier har gett förhållandevis överensstämmande resultat. När ungdomar fått svara på enkäter med förtryckta exempel på olika självskadebeteenden svarar 35–42 procent att de vid åtminstone ett tillfälle avsiktligt skadat sig med någon av de omnämnda metoderna under det senaste halvåret eller året. Flertalet av ungdomarna i dessa grupper visade inga övriga tecken på psykisk ohälsa.¹⁴

Självskadebeteende förekommer oftast i åldersgruppen 15–24 år och i gruppen är det mer än dubbelt så vanligt

Källa: Socialstyrelsen, Förskrivning av antidepressiva läkemedel (SSRI), riket, 2006–2016 (recept/1 000 inv)

11. Socialstyrelsen (2017), Statistikdatabas för diagnoser i slutenvård, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>

12. Socialstyrelsen (2013), Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013,

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>

13. Socialstyrelsen (2017), Statistik för läkemedel, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel>

14. Nationella självskadeprojektet (2016), Vad vet vi om självskadebeteende?, <http://nationallasjvalvskadeprojektet.se/om-sjvalvskadebeteende/>

att kvinnor läggs in på sjukhus än män. På senare år visar statistiken från Folkhälsomyndigheten dock på att antalet sjukhusinläggningar bland kvinnor minskar, om än från höga nivåer.

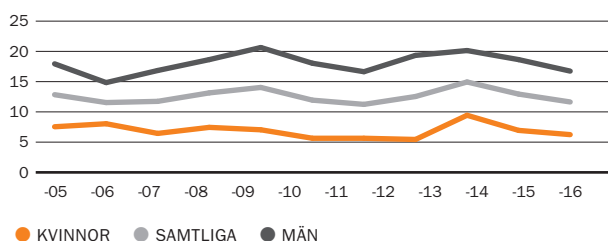
SJÄLMORD – FORTFARANDE PÅ EN HÖG NIVÅ

Den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa är att en människa väljer att ta sitt eget liv.

En minskning av antalet självmord kan noteras sedan 1990-talet, men det rör sig om marginella förändringar. I åldersgruppen 20–29 år har antalet självmord under perioden 2005–2015 minskat från 12,9 självmord/100 000 invånare till 11,7/100 000 invånare. Självmord är alltså vanligt bland män än bland kvinnor.¹⁵

Det är en större andel unga män som begår självmord än unga kvinnor trots att fler kvinnor uppger att de upplever psykisk ohälsa, försökt begå självmord och fått vård inom psykiatri, än unga män. Normer kring maskulinitet kan vara en del av förklaringen till detta. Normer som även kan påverka bemötandet inom vården och som gör att det blir svårt för mannen att be om hjälp eller ta emot stöd.

ANTALET SJÄLMORD BLAND UNGA VUXNA PÅ EN FORTSATT HÖG NIVÅ



JÄMFÖRELSE MED ANDRA LÄNDER – SVERIGE STICKER UT

Flera internationella organisationer sammanställer regelbundet jämförelser av det psykiska välbefinnandet hos människor i olika länder.

Samarbetsorganisationen OECD publicerar till exempel regelbundet statistik som visar på förekomsten av psykisk ohälsa. Sverige har länge utmärkt sig som ett land med höga ohälsotal. OECD publicerade 2016 en studie om den psykiska ohälsan i Sverige och lyfte då fram den bristande

tillgängligheten till skolhälso- och hälso- och sjukvården samt de långa väntetiderna för att få träffa en psykolog som särskilt illavarslande.

OECD konstaterar att den dramatiska ökningen under det senaste decenniet av unga vuxna under 25 år som lider av psykisk ohälsa och lever på ersättning från Försäkringskassan saknar motstycke i en internationell jämförelse.¹⁶

Även Eurostat publicerar jämförelser, bland annat baserade på självskattningar om förekomsten av depression. Enligt en undersökning gjord 2014 om förekomsten av depressionssymptom hos unga vuxna i åldrarna 20–29 år i EUs 28 medlemsländer hamnar Sverige på tredje plats från slutet med 9,2 procent. Bara Ungern och Portugal får sämre siffror.¹⁷

MORGONDAGENS UNGA VUXNA

– LIDER REDAN AV PSYKISKA BESVÄR

Vart fjärde år genomförs en stor multinationell studie där Sverige, tillsammans med ett fyrtiotal andra länder, ingår. Ett nationellt urval av 11-, 13- och 15-åriga elever får svara på frågor om psykisk ohälsa och om de har haft psykiska besvär det senaste halvåret. Från den första studien som genomfördes under åren 1985–1986 till den senaste som genomfördes åren 2013–2014 hade andelen 13- och 15-åringar som uppgett att de haft minst två besvär mer än en gång i veckan successivt ökat. Från 1985–1986 till 2013–2014 kan man se en fördubbling både bland pojkar och flickor som anger att de har haft minst två somatiska eller psykiska besvär mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna. Bland gruppen 15-åriga pojkar hade andelen ökat från 15 procent till 31 procent. Bland gruppen 15-åriga flickor har andelen ökat från 29 procent till hela 57 procent.¹⁸ Inget tyder i nuläget på att denna trend kommer att brytas. I stället vet vi från tidigare forskning att personer som lidit av psykisk ohälsa i ung ålder löper en större risk att drabbas av psykiska besvär även senare i livet.¹⁹

Källa: Socialstyrelsen, Självmord, riket, 20-29 år, 2005-2015 (antal döda/100 000 inv)

15. Socialstyrelsen (2017), Statistikdatabas för dödsfall, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>

16. OECD (2016), Mental Health and Work Sweden, http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/mental-health-and-work-sweden_9789264188730-en#WNP0DRjCveQ#page2

17. Eurostat (2017), Self-perceived health and well-being, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>

18. Folkhälsomyndigheten (2016), Folkhälsan i Sverige 2016 Årlig rapportering, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23257/Folkhalsan-i-Sverige-2016-16005.pdf>

19. Socialstyrelsen (2013), Psykisk ohälsa bland unga – Underlagsrapport till Barn och ungas hälsa, vård och omsorg, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>

LEE, SOM GÅTT I UNG HÄLSAS PSYKODRAMAGRUPP, BERÄTTAR OM SINA ERFARENHETER

Jag hade en kompis som tipsade mig om att komma till er. Hon hade gått hos kuratorn på ungdomsmottagningen. Vi hade upplevt ungefär samma sak – hade brutit upp från en lång relation som vi hade haft sen vi var unga. Och nu försökte vi hitta tillbaka till livet. Först fick jag träffa en socionomstudent, så jag behövde inte vänta särskilt länge. När hon slutade fick jag träffa den ordinarie kuratorn. Ganska tidigt sa hon att hon trodde att psykodrama var något för mig, hon trodde att jag skulle kunna ha nytta av det. Men jag trodde inte det. Jag tyckte att det lät väldigt läskigt. Men sen när tiden gick började jag känna att jag kanske inte hade så mycket att säga själv men att jag hade saker att bearbeta och att jag inte riktigt visste hur jag skulle komma dit själv. Då bestämde jag mig för att testa. Det var verkligen läskigt, jag gick långt utanför min "comfort zon".

”Jag vågar inte tänka på vad som hade hänt om jag inte gått i gruppen. Jag tror inte att jag hade mått så bra. Jag hade fortsatt göra saker av fel anledning och kanske fortsatt leva i en destruktiv relation.”

Hela första halvåret var som ett töcken, många intryck av att vara i en grupp med andra personer och att hitta ett sätt att kunna ta plats. Det var väldigt mycket nytt för mig. Samtidigt som jag inte mådde särskilt bra. Många gånger tänkte jag "det här funkar inte". Det gick långsamt. Jag tyckte att jag bara stod och stampade, att jag inte kom framåt. Att jag inte fick ut något, jag ville se resultat. Men jag stannade ändå kvar. Det var ett sammanhang där jag förstod att jag kunde få en regelbunden trygg punkt för att kunna känna saker och prata om det jag behövde prata om. Så småningom började jag landa lite och förstå hur saker funkade i gruppen och började lära känna de andra i gruppen och terapeuterna.

När jag sökte hjälp från början var jag väldigt ledsen, hade mycket oro och sov dåligt. Det var något som gnagde hela tiden. Jag tvivlade så på mig själv att jag var rädd för att falla, trilla ner i avgrunden. Jag höll mig krampaktigt fast. Det gjorde att jag inte kunde komma vidare.

"Jag behövde hjälp för att kunna börja tänka på vad jag ville."

Jag ville bearbeta den långa relation jag haft. Jag behövde hjälp för att kunna börja tänka på vad jag ville. Samtidigt hade jag en konflikt med min mamma. Jag hade ingen kontakt med henne, hade inte haft det på tio år. Det var säkert också därför jag sökte samtalsstöd. För att ta reda på hur jag skulle förhålla mig till min mamma. I gruppen kom det även upp andra saker som var närvarande i mitt liv. Jag gick till exempel in i en ny relation till en kille som inte var så bra. Jag kunde arbeta med alla de känslorna i gruppen. Det var nödvändigt och något som verkligen har hjälpt mig. En annan sak som jag fick utrymme att hantera och prata om är min knöliga relation till min pappa och hans fru.

"Gruppen har verkligen hjälpt mig."

I samma veva som jag började gå i gruppen fick jag kontakt med min mamma igen. Den relationen visade sig vara mindre komplicerad än vad jag hade trott. Och min relation till pappa och hans fru visade sig vara mer komplicerad än jag hade förstått. Framförallt har jag nog lärt mig hur jag själv ska hantera, acceptera och relatera till dem. Med stöd av gruppen har jag vågat gå in i konfrontationer och konflikter. Jag fick hjälp att hantera det. Till exempel kontaktuppehållet med min mamma på tio år. Egentligen sa vi aldrig upp kontakten utan jag bara flyttade till pappa. Det var inte så lätt det heller. Jag vågade göra saker och det fanns andra som lyssnade på mig. Gruppen har verkligen hjälpt mig. Jag har också lärt mig att man inte ska underskatta tidens kraft. Det finns inte lika stort behov längre för mig att ta upp allt. Men med pappa är såret inte riktigt läkt ännu.

Jag har alltid fått lära mig att klara mig själv – alltid fått höra att det är viktigt. Det gick till överdrift. I gruppen fick jag träna på att ta emot och få hjälp av de andra. Och faktiskt inse att det går att vara sårbar och att det finns något mänskligt i att inte vara perfekt och att det faktiskt är något som gör att folk kan få förtroende för en. Att öppna på locket och känna mig trygg i att andra inte dömer mig.

Det som verkligen var utmärkande i gruppen var att det var mycket fokus på känslor. Tidigare hade jag inte känt så mycket, jag hade tryckt tillbaka känslorna. Det var helt nytt för mig att hamna i ett sammanhang där man verkligen tilläts att få känna oavsett vilken känsla det var. Det kommer jag att bära med mig hela livet. Det har verkligen varit livsavgörande för mig. Det är jag så himla tacksam för.

I slutet när jag bestämde mig för att jag var färdig insåg jag att det

fanns en poäng med att det hade gått långsamt. Jag förstod det då. Jag hade ju mått så himla dåligt samtidigt som jag gick i gruppen. Med hjälp av gruppen hade jag tagit mig igenom det. Jag insåg att det inte handlade om resultat utan om processen, hur man hanterar det som händer.

När jag började i gruppen hade jag precis tagit min examen som sjuksköterska och jag jobbade som det. Det var väldigt slitsamt och nog ett sätt för mig att slippa tänka på mig själv, att ägna all min tid i vardagen åt andra. Det insåg jag mer och mer, hur jag levde mitt liv och vart min energi gick till. Nu har jag börjat plugga igen. Jag har valt en helt annan bransch – ekonomi. Ibland kan jag sakna de mjuka värdena. Men det är så otroligt häftigt att kunna investera i sig själv, att kunna göra saker man valt själv. Innan tänkte jag att det inte var ok.

Att få gå i en psykodrama-grupp var nog "högsta vinsten" för mig. Jag har investerat mycket i mig själv genom att gå i gruppen, det var nog nyckeln till att jag har kommit vidare. Man kan ju komma fram till saker genom att prata och få bekräftelse. Men i gruppen har jag fått så mycket mer, jag har lärt mig så mycket om mig själv och om andra. Både genom mina egna dramor, att få vara med i andras och genom att observera. Det går nog inte att förklara hur mycket det har betytt för mig, det är obeskrivligt. När man gör ett drama, eller är med i någon annans, hamnar man i ett känsloläge som inte går att få fram genom att bara prata. Man skiftar perspektiv hela tiden. Det kan kännas utelämnande och är verkligen utmanande. Det är väldigt viktigt att gruppen är en trygg miljö. Det var den, grupperapeuterna skapade verkligen det.

Jag vågar inte tänka på vad som hade hänt om jag inte gått i gruppen. Jag tror inte att jag hade mått så bra. Jag hade fortsatt göra saker av fel anledning och kanske fortsatt leva i en destruktiv relation.

2. BEHANDLING AV UNGAS PSYKISKA OHÄLSA

Vid lättare former av psykisk ohälsa såsom depressioner och ångestsjukdomar sker behandlingen vanligtvis inom primärvården och på landets ungdomsmottagningar. Vid allvarigare fall av psykisk ohälsa, där primärvårdens resurser och kompetens inte räcker till, remitteras patienterna till den specialiserade öppenvården för vidare behandling. I Sverige erbjuds som regel kortare psykoteraupetisk behandling, vanligtvis 5–10 terapisaftal men ibland även mellan 12–40 samtal. I särskilt allvarliga fall av psykisk ohälsa där den specialiserade öppenvårdens kompetens och resurser inte räcker till remitteras patienten till slutenvården. Till slutenvården remitteras exempelvis patienter med självskadebeteende där vården bedömer risken för självmordsförsök och självskadebeteende som hög. Vid allvarigare fall av psykisk ohälsa rekommenderas behandling med både antidepressiva läkemedel och psykoterapi.^{20, 21}

BEHANDLINGSMETODER

Det finns flera olika behandlingsmetoder för den som drabbats av psykisk ohälsa. Behandlingsmetoderna ska anpassas individuellt utefter patientens behov och typ av hälsoproblematik. Olika psykologiska behandlingsåtgärder och behandling med psykofarmaka är de vanligaste metoderna, och sker ofta i kombination enligt Socialstyrelsens kunskapsguide. Psykologiska behandlingsåtgärder används som ett samlingsbegrepp för olika evidensbaserade behandlingsmetoder. Dessa kan användas vid flera olika former av psykisk ohälsa. Den vanligaste och kanske mest kända metoden är psykoterapi. Kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk psykoterapi är två former av psykoterapi.^{22, 23}

Nedan beskrivs två behandlingsmetoder – psykoterapi och läkemedelsbehandling – som är vanligast i behandling av unga vuxnas psykiska ohälsa.

Psykoterapi

Det finns olika inriktningar och metoder inom psykoterapi. Det beror bland annat på att de utgår från olika teorier och antaganden om människans normala utveckling och om hur problem och störningar uppkommer och hur de behandlas. Individualterapi är den vanligaste formen av psykoterapi. Det finns även gruppterapi, par- och familjeterapi. En skillnad som finns mellan olika terapiformer är

synen på symtomens betydelse och vilken förändring som den psykoteraupetiska behandlingen ska leda till.

KOGNITIV BETEENDETERAPI, KBT

Kognitiv beteendeterapi, KBT, är en sammanslagning av Kognitiv psykoterapi och Beteendeterapi. Kognitiv psykoterapi bygger på teorier om en persons tankar och informationsbearbetning. Beteendeterapi utgår från inlärningsteori men numera innefattar KBT även andra metoder. Exempel på nya inslag inom KBT är mindfulness-begreppet som har sina rötter i österländsk meditation.

En kognitiv beteendeterapi brukar inledas med en beteendeanalys. Man analyserar vad som är det problematiska beteendet, vad som utlöser det och vilka konsekvenser det får. Enligt inlärningsteorin så har alla beteenden någon gång lärts in. Att ändra på dem blir då en fråga om att lära om, eller lära sig något nytt. Har man till exempel vid något tillfälle blivit skrämmd kan det ha lett till att man kopplar ihop en viss sak med en känsla av obehag.

INTERPERSONELL PSYKOTERAPI, IPT

Interpersonell psykoterapi, IPT, är en strukturerad form av psykoterapi som har fokus på hur problem i mänskliga relationer leder till psykologisk stress och vice versa: hur psykologiska problem påverkar relationer till andra. Terapin kan till exempel fokusera på att bearbeta kriser, ständiga gräl, ny fas i livet eller svår sorg. Terapin startar med att ringa in grunden till patientens problem, till exempel brister i kommunikation eller dåliga relationer till vissa personer. Därefter är fokus på alternativa sätt att hantera svåra känslor eller problematiska situationer. Grundtanken är att när en människa kan hantera relationsproblem bättre och mer effektivt minskar oftast de psykiska symtomen.

PSYKODYNAMISK PSYKOTERAPI, PDT

Psykodynamisk psykoterapi, PDT, har sitt ursprung i psykoanalysen, en teori och behandlingsmetod med Sigmund Freud som upphovsman. Den har utvecklats och förändrats under det dryga århundrade som gått sedan psykoanalysen började växa fram. I en psykodynamisk terapi läggs stor vikt vid relationen mellan patient och terapeut. En relation som kommer att spegla och kanske upprepa patientens tidiga relationsmönster.

20. Socialstyrelsen (2016), Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning Remissversion, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20405/2016-12-6.pdf>

21. Socialstyrelsen (2016), Depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation, <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Kunskapsunderlag/Rekommendationer/Sidor/Lakemedelsbehandling-av-depression-angestsyndrom.aspx>

22. Socialstyrelsen (2016), Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning Remissversion, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20405/2016-12-6.pdf>

23. Socialstyrelsen (2016), Behandlingsåtgärder vid psykisk ohälsa, <http://www.kunskapsguiden.se/alldre/Teman/behandlingsatgarder-psykisk-ohalsa/Sidor/default.aspx>



Två viktiga utgångspunkter i PDT är patientens unika livshistoria och att psykiska symtom är meningsbärande och möjliga att förstå. I psykoterapin arbetar man med att bearbeta upplevelser och minnen från patientens tidiga livshistoria. Detta möjliggör att man skapar en förståelse för patientens liv här och nu. Psykiska symtom anses uppstå som en följd av att individen, ofta på ett omedvetet plan, försöker hantera och lösa motstridiga och problematiska relationer och inre konflikter. Därför är målet i första hand inte symtomlindring – även om det också är viktigt – utan målet med psykoterapin är att klienten ska få hjälp att förstå och bearbeta de inre konflikter som ligger till grund för symtomen.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling har sedan lång tid varit central för behandling av psykiska besvär och sjukdomar. Läkemedelsbehandling sker ofta i kombination med andra insatser. Läkemedelsbehandling används för att lindra, häva eller underhållsbehandla olika, ibland kroniska, psykiatriska tillstånd.²⁴

Behandlingsformen har dock fått kritik som framför allt har handlat om överförskrivning och felaktig behandling. Sverige ligger relativt högt när det gäller konsumtion av anti-depressiva läkemedel. Det har i flera internationella sammanställningar visats att den svenska nivån för anti-de-

pressiva läkemedel för lindrig och medelmåttig depression ligger över den genomsnittliga nivån för OECD-länderna. Länder som Tyskland, Nederländerna och Italien uppvisar betydligt lägre nivåer.²⁵

SOCIALSTYRELSENS REKOMMENDATIONER – SNÄVT FOKUS PÅ KBT OCH LÄKEMEDEL

Socialstyrelsen har i uppdrag att utforma nationella riktlinjer för vården, i syfte att främja kunskapsspridning och användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva metoder. Riktlinjerna är inte bindande men fungerar normgivande. Riktlinjerna riktar sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer samt yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.²⁶

Behandling av psykisk ohälsa styrs i första hand av Socialstyrelsens riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom. För närvarande är dessa riktlinjer under översyn. Ett nytt förslag till riktlinjer har tagits fram, men ännu är riktlinjerna inte formellt uppdaterade. I praktiken har dock de nya riktlinjerna redan börjat gälla, då kommuner och landsting redan har ombetts att påbörja genomförandet av dessa i sin verksamhet.

Socialstyrelsen har länge rekommenderat kognitiv beteendeterapi, KBT, och läkemedel i behandlingen av psykisk ohälsa. I sina uppdaterade riktlinjer för vård vid depression

24. Socialstyrelsen (2016), Läkemedel, <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/behandlingsatgarder-psykisk-ohalsa/Sidor/behandlingsatgarder-vid-psykisk-ohalsa-lakemedel.aspx>

25. OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

26. Socialstyrelsen (2016), Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning Remissversion, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20405/2016-12-6.pdf>

och ångestsyndrom har Socialstyrelsen i ännu högre grad fokus på dessa behandlingsmetoder. Nedan beskrivs Socialstyrelsens förslag till uppdaterade riktlinjer i korthet.

Stockholms Stadsmission är kritisk till Socialstyrelsens snäva fokus på KBT och läkemedel som behandlingsalternativ.²⁷ Såväl depression som ångest är breda kategorier av symtom och besvär som kan innebära en rad olika problem som skiljer sig från patient till patient, trots samma diagnos. Forskningen visar att flera systematiska och genomtänkta behandlingar ger effekt för en stor del av patienterna, men olika patienter med samma diagnos kan föredra och ta till sig olika sorters behandling.²⁸

KBT är en terapiform som fungerar bra för vissa, men för depression och sannolikt för flera ångesttillstånd är både psykodynamisk psykoterapi, PDT, och interpersonell terapi, IPT, lika bra, särskilt för unga personer.²⁹ Aktuell psykoterapiforskning visar att faktorer som patientens önskemål och problembild, samarbetet mellan patient och terapeut och terapeutens relationsskapande förmåga har större betydelse än den specifika metoden. Att ge en viss behandlingsform en generell prioritet före andra behand-

lingsmetoder ifrågasätts av forskare, särskilt då psykisk ohälsa är ett heterogent område.³⁰

Översiktsstudier har visat att skillnaderna mellan olika etablerade psykoterapiformer som PDT, KBT och IPT varit obefintliga eller ytterst små. Större betydelse har patientens personlighet och livssituation, den terapeutiska samarbetsalliansen och terapeutens skicklighet.³¹

Stockholms Stadsmissions erfarenhet och bedömning är att lättillgänglig och individanpassad behandling är det som fungerar mest effektivt, inte minst för unga vuxna. En önskvärd inriktning på riktlinjerna i framtiden vore därför rekommendationer av större bredd av behandlingsalternativ, större möjlighet för den enskilde att medverka i utformningen av behandlingsplanen och större möjlighet att få behandling en längre tid.

FYRA REKOMMENDATIONER FRÅN SOCIALSTYRELSEN:

I sina uppdaterade riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom lyfter Socialstyrelsen fyra rekommendationer som särskilt viktiga:

1. Effektivt omhändertagande

Personer som lider av depression eller ångestsyndrom och inte får rätt behandling i tid riskerar att få en försämrad funktionsförmåga, även risken för självmord ökar om en patient lämnas obehandlad under en längre tid. Socialstyrelsen rekommenderar därför sjukvården att tillhandahålla en hög tillgänglighet för att snabbt kunna erbjuda en strukturerad första bedömning av personer som uppvisar symtom på depression eller ångestsyndrom.

2. Undersökning av samsjuklighet med kroppslig sjukdom

Samsjuklighet med somatiska sjukdomar är vanligt vid depression och ångestsyndrom. Tidigare utvärderingar som Socialstyrelsen gjort visar att personer med psykisk ohälsa riskerar att inte få fullgod behandling av kroppsliga sjukdomar. Därför rekommenderar Socialstyrelsen sjukvården att erbjuda en undersökning av patientens kroppsliga hälsa vid symtom på depression eller ångestsyndrom.

3. Tillgång till psykologisk behandling

Socialstyrelsen rekommenderar psykologiska behandlingsåtgärder och då särskilt kognitiv beteendeterapi vid i princip alla lindriga till medelsvåra tillstånd av exempelvis depression och ångestsyndrom. Huvudskälet till detta är att KBT har visat sig ha god effekt vid dessa tillstånd. Socialstyrelsen rekommenderar även interpersonell terapi vid lindrig till medelsvår depression.

4. Behandling vid medelsvår till svår egentlig depression

Vid medelsvår till svår egentlig depression rekommenderar Socialstyrelsen sjukvården att framför allt erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel eller elektrokonvulsiv behandling, även kallad ECT. Socialstyrelsen rekommenderar även sjukvården att i vissa fall använda sig av repetitiv transkraniell magnetstimulering, rTMS.

Källa: Socialstyrelsen³²

27. Stockholms Stadsmission (2017), Remissyttrande till Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning.

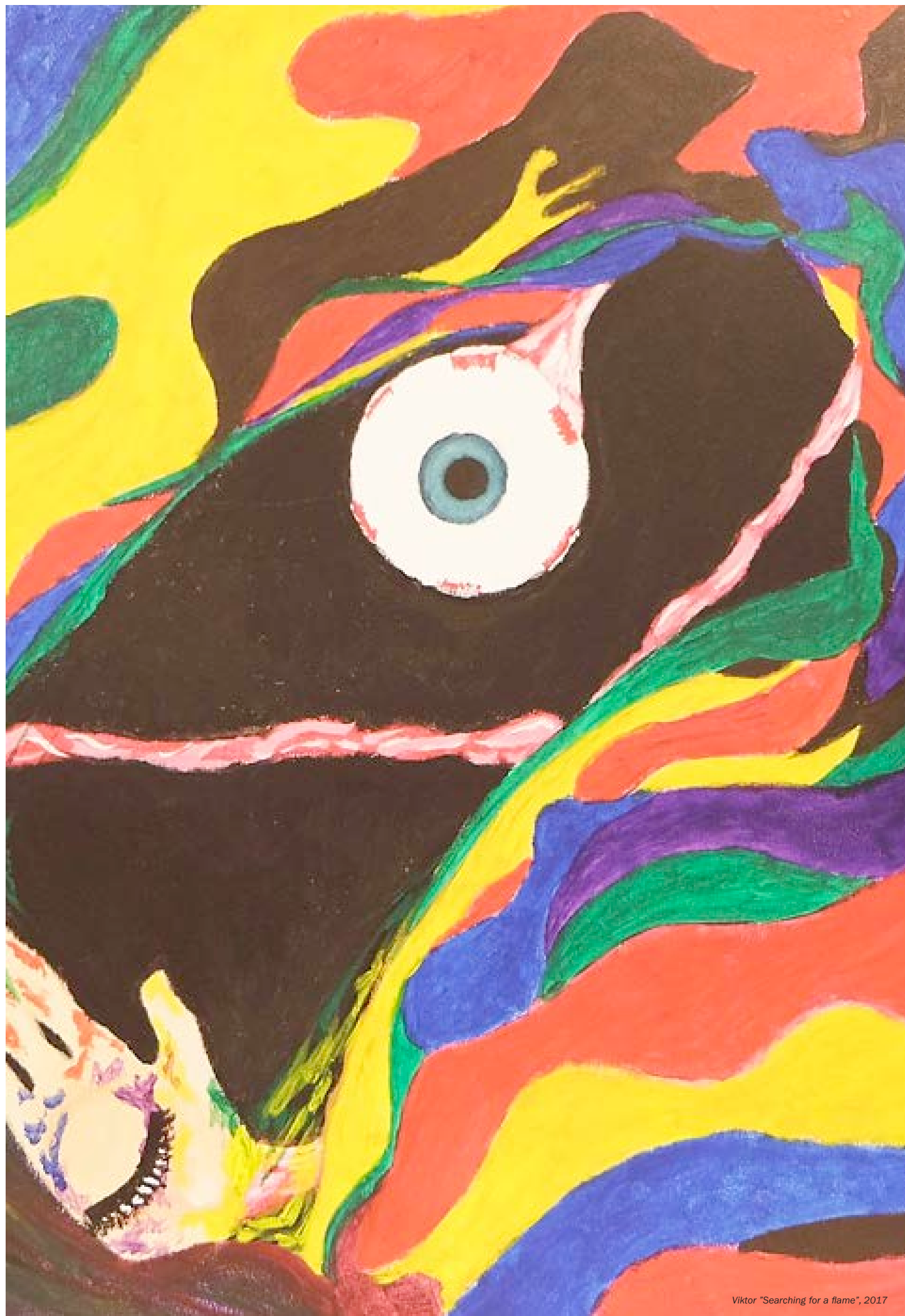
28. Amundsen Nissen-Lie, H. et al. (2017), Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression. Dagens Nyheter. 17 januari.

29. Goodyer et al. (2016), Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial.

30. Lambert, M. J. (2013), The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy, I M. J. Lambert, (red), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 6th Edition (ss. 169-218). New York: Wiley.

31. Gerber, A. J. et al. (2011), A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy. Am J Psychiatry 168:1. Shedler, J., (february-march 2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. American Psychologist.

32. Socialstyrelsen (2016), Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning Remissversion, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20405/2016-12-6.pdf>



Viktor "Searching for a flame", 2017

3. NATIONELLA POLITISKA INITIATIV

Den ökande psykiska ohälsan, i synnerhet bland unga, har uppmärksammats av politiken. Under de senaste 20 åren har statliga satsningar ökat fokus på den psykiska ohälsan. Detta har bidragit till en utveckling av vården, bland annat genom stödfunktioner som personliga ombud, patient- och brukarrörelser samt utbildningsinsatser.

Som framgår av statistiken i denna rapport fortsätter dock den psykiska ohälsan bland unga vuxna att vara ett stort problem, trots dessa omfattande satsningar. Socialstyrelsen slog fast i sin årliga lägesrapport om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården att det finns allvarliga brister vad gäller tillgängligheten till vård och omsorg och att tillgången till evidensbaserade metoder är otillräcklig.³³

Stockholms Stadsmission har bred erfarenhet av att arbeta med barn och unga som lider av psykisk ohälsa. Det stöd som Stockholms Stadsmission erbjuder barn och unga utgår från en holistisk syn på människan där helheten är större än summan av delarna. Utgångspunkten är att se till den ungas hela situation och problembild och att individen själv ska få välja vilken behandling hen föredrar. Det stöd som Stockholms Stadsmission erbjuder är individanpassat, kontinuerligt och vid behov långsiktigt.

Nedan sammanfattas fyra av de viktigaste nationella politiska initiativ som tagits i närtid för att motverka den ökande psykiska ohälsan.

ÖKADE ANSLAG – 280 MILJONER TILL UNGAS PSYKISKA HÄLSA

Både den nuvarande och den tidigare regeringen hade som mål att personer med psykisk ohälsa ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet som personer med somatisk ohälsa.³⁴ Den 12 september 2015 presenterade den rödgröna regeringen tillsammans med Vänsterpartiet ett förslag på ökade satsningar för att motverka psykisk ohälsa bland unga.

Förslaget, som var en del av budgetförslaget för 2016, innebar att den befintliga satsningen inom området psykisk ohälsa förstärktes med ytterligare 280 miljoner kronor per år mellan åren 2016-2019. Satsningen, som riktade sig

till barn och unga vuxna upp till och med 30 år, bestod av två delar, dels 130 miljoner kronor årligen till att rusta upp ungdomsmottagningarna och deras arbete med psykisk ohälsa, dels 150 miljoner kronor årligen till landstingen för att fortsätta stimulera och rusta nya initiativ för att nå unga såsom självinsatser och första linjens psykiatri.

Ett skäl till satsningen var den ökande andelen unga mellan 16-24 år som anger att de har sömnproblem eller lider av oro eller ångest, en grupp som mellan 80- och 90-talet ökade kraftigt och som än i dag ligger på höga nivåer.^{35, 36} Satsningen resulterade i en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting och utgör utgångspunkten för det fortsatta arbetet de närmaste åren utifrån behovet av en långsiktig plan för att motverka psykisk ohälsa.³⁷

TILLSÄTTANDE AV EN NATIONELL SAMORDNARE

2015 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare, i form av en nationell samordnare, med uppdrag att stödja myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa. Den nationella samordnaren arbetar för att utveckla och samordna statens insatser mot psykisk ohälsa. Detta görs bland annat genom att engagera, involvera och stödja berörda aktörer på nationell, regional och lokal nivå. Utredaren fick i uppdrag att identifiera utvecklingsbehov inom området samt redovisa dessa löpande till regeringen. Regeringen har pekat ut fem fokusområden som ska gälla fem år framåt;

- Förebyggande och främjande insatser
- Tillgängliga tidiga insatser
- Utsatta grupper
- Delaktighet och rättigheter
- Organisation och ledarskap

2016 gavs den nationella samordnaren ett tilläggsdirektiv som bestod i att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Den nationella samordnaren ska vid översynen även bedöma om det finns tvångsåtgärder som bör avskaffas, ersättas

33. Socialstyrelsen (2016), Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2016, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20105/2016-3-16.pdf>

34. Regeringskansliet (2012), PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016, <http://www.regiondalen.se/wp-content/uploads/2016/01/prio-psykisk-ohalsa-plan-for-riktade-insatser-inom-området-psykisk-ohalsa-2012-2016-s2012.pdf>

35. Vänsterpartiet (2015), 280 miljoner kronor till ungas psykiska hälsa, <http://www.vansterpartiet.se/280-miljoner-kronor-till-ungas-psykiska-halsa>

36. Regeringskansliet (2015), Ur budgetpropositionen för 2016: Förbättrad psykisk hälsa för unga, <http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2015/09/ur-budgetpropositionen-for-2016-forbatt-rad-psykisk-halsa-for-unga/>

37. Sveriges kommuner och landsting (2016), Överenskommelsen för psykisk hälsa 2017, <https://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/overenskommelsen-psykiskhalsa.234.html>

38. Nationell samordnare inom området psykisk hälsa (2016), <http://samordnarepsykiskhalsa.se/uppdraget/>



Hedda "Gör mig synlig", 2017

av andra tvångsåtgärder eller ändras.³⁸ Regeringen har i tilläggsdirektivet fastslagit att utgångspunkten för förslagen ska vara att minska eller om möjligt avskaffa användningen av tvångsåtgärder utan att försämra förutsättningarna att bereda barn nödvändig vård. Den nationella samordnaren ska redovisa uppdraget senast den 31 december 2017.³⁹ Tilläggsdirektivet tillkom mot bakgrund av den kritik som riktades mot Sverige från FN:s Barnrättskommitté gällande den psykiatriska vården för barn. Kommittén riktade skarp kritik bland annat mot användningen av bältesläggning och isolering inom barn- och ungdomspsykiatri. Sverige uppmanades då att omedelbart förbjuda dessa tvångsåtgärder.⁴⁰ Frågan fick stort medialt utrymme.⁴¹

VÅRDGARANTIN

Vårdgarantin säkerställer att en patient ska få tid för besök och eventuell behandling inom vissa bestämda tidsgränser. Den som söker vård ska exempelvis samma dag få kontakt med vården, detta kan ske både genom telefon eller via ett besök. Om vårdpersonal gör bedömningen att det behövs ska en läkartid erbjudas inom sju dagar. En patient ska heller inte behöva vänta mer än 90 dagar för att få besöka en specialist. Vårdgarantin reglerar inte om vård ska ges eller vilken sorts vård som ska erbjudas, den reglerar endast hur länge en patient som längst ska behöva vänta för att komma i kontakt med vården. Det är alltid vårdens egna bedömning som ligger till grund för vilken vård som erbjuds.⁴²

2011 förstärktes vårdgarantin och Socialstyrelsen fick i uppdrag av regeringen att fördela 214 miljoner kronor till landstingen. Syftet med denna förstärkning var att förbättra tillgängligheten till behandling för barn och unga med psykiska besvär. Satsningen genomfördes genom en överenskommelse om en förstärkt vårdgaranti inom BUP mellan regeringen samt Sveriges kommuner och landsting.⁴³

KOMMISSIONEN FÖR JÄMLIK HÄLSA

Den 4 juni 2015 tillsatte regeringen en kommission för jämlik hälsa. Kommissionen fick i uppdrag att återkomma med förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Till grund för kommitténs uppdrag låg reger-

ingens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Kommissionen skulle särskilt se över hälsoskillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper i samhället men även belysa eventuella hälsoskillnader mellan könen. Kommissionens arbete skulle ske i bred dialog med relevanta aktörer om jämlik hälsa.⁴⁴

I augusti 2016 överlämnade kommissionen sitt första delbetänkande *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete*. I januari 2017 överlämnades det andra delbetänkandet *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket*. Den 2 juni 2017 kom slutbetänkandet *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*.⁴⁵

Kommissionen slår fast att hälsoläget i Sverige är generellt sett gott men att det trots det finns en del orosmoln. Kommissionen pekar särskilt ut den psykiska ohälsan som ett orosmoln. Att den psykiska ohälsan ökar, inte minst bland yngre, ses som ett allvarligt problem. Psykisk ohälsa bland barn och unga tillskrivs flera olika faktorer; socioekonomisk utsatthet, prestationssvårigheter i skolan och osunda familjeförhållanden lyfts särskilt fram. Kommissionen varnar även för att den psykiska ohälsan bland flyktingar som en utmaning som hälso- och sjukvården behöver hantera nu men även i framtiden.⁴⁶

39. Riksdagen (2015), http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/tillaggsdirektiv-till-nationell-samordnare-for_H4B1106

40. Riksdagen (2015), http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/tillaggsdirektiv-till-nationell-samordnare-for_H4B1106

41. Sveriges radio (2015), <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/641198?programid=1316>

42. 1177 Vårdguiden (2016), Vårdgaranti, <https://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Vardgarantier/>

43. Socialstyrelsen (2013), Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19016/2013-3-15.pdf>

44. Regeringen 2017, <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>

45. Regeringen 2017, <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>

46. SOU 2017:47, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa, http://www.regeringen.se/49ba4e/contentassets/3917644bbd69413bbc0c017647e53528/nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-slutbetankande-av-kommissionen-for-jamlik-halsa_sou2017_47.pdf

INTERVJU MED YASMIN, SOM GÅTT I TERAPI PÅ TERICENTER FÖR UNGA

”Mer och mer började det handla om mig, vad jag ville och kände. Hade jag bara fått tio träffar på en vårdcentral hade det inte räckt. Jag hade inte varit där jag är nu.”

Jag blev tipsad om Stockholms Stadsmissions Terapicenter några år innan jag sökte till er. Det var när jag gick på gymnasiet och pratade med en kurator. Hon tyckte att ni skulle vara bra för mig. Men det kändes svårt att byta person. Några år senare kom jag ihåg hennes tips. Då kände jag att allt var övermäktigt, hade inget hopp. Det var deppigt, jag orkade inte träffa klasskompisar, grät mycket. Och jag hade en relation som var jobbig. Hos kuratorn upptäckte jag att det var väldigt skönt att ha en egen plats att få prata på. Jag ville hitta en sådan plats igen. Det behövdes ju ingen remiss - så det kändes möjligt. Jag behövde inte gå genom en läkare. Jag ringde innan sommaren och fick börja under hösten.

”Jag ville att det skulle gå snabbt och jag förstod nog inte riktigt att det tar tid att bygga upp en.”

Den första tiden handlade det om att få en plats att släppa ut allting på. Det var väldigt skönt och inte så ångestladdat. Jag behövde bli lyssnad på. Det tog ett tag att hitta gränserna

för vad rummet skulle innehålla. Jag var nog ganska försiktig i början. I början längtade jag till nästa tillfälle. Ville att det skulle gå snabbt och jag förstod nog inte riktigt att det tar tid att bygga upp en. Det var ganska frustrerande. Tänkte att jag skulle gå i KBT – en quick fix. Men jag hade förtroende för min terapeut så jag fortsatte. Även när jag sa ”det här fungerar inte” – stod han kvar. Han sa inte ”du kan sticka”, det betydde jättemycket för mig. Det var jätteskönt att jag fick så lång tid på mig – jag har gått igenom olika faser i terapin. I början var jag fokuserad på att lösa problem. Trodde att jag snabbt skulle må bättre, att problemen skulle försvinna. Från början handlade det om att hitta verktyg för att kunna fungera tillsammans med andra. Jag hade en idé om att det var jag som skulle ändras för andras skull. Men min bild av varför jag skulle gå i terapi förändrades. Mer och mer började det handla om mig, vad jag ville och kände. Det tog tid, säkert mer än ett år, att komma till den platsen. Att bli utmanad i sina tankemönster tog emot mycket. I början kunde jag inte svara på frågorna vad jag vill eller vad jag behöver. De var väldigt utmanande och frustrerande. Var lite dragkamp innan det släppte. Jag ville inte prata om mig – jag ville bara att min dåva-



rande relation skulle fungera, att min pojkvän till exempel inte skulle vara arg på mig.

Jag har alltid tyckt om att prata i det där rummet, har litat på min terapeut. Med tiden kom det upp andra aspekter, som insikter. Till exempel att mitt ursprung finns med, min uppväxt, familjen och strukturer i vårt samhälle. Då handlade det inte längre bara om att kunna hantera relationer. Jag behövde inte längre redovisa exakt vad som hänt. Jag blev snabbt utmanad i att inte lägga skulden på mig själv. Man kan säga att jag slutade gå i terapi för någon annans skull och började göra det för mig själv. Mina livsvillkor, vilka relationer jag hade, vilka mina smärtor var kom upp. I början var det mer relationsorienterat och mot slutet mer existentiellt. Kanske för att jag började må lite bättre och kunde titta tillbaka lite mer och våga se de strukturer som gjort att jag mått dåligt och att det inte bara handlar om mig själv.

”Att inte bli utslängd eller behöva sluta för att man inte har råd, ger en stor trygghet.”

Hade jag bara fått tio träffar på en vårdcentral hade det inte räckt. Jag hade inte varit där jag är nu. Att inte bli utslängd eller behöva sluta för att man inte har råd att fortsätta, ger en stor trygghet. Jag har inte fått rådgivning utan det har funnits tid för mig att prata, även om jag ibland varit inne på fel spår.

När jag började ställa frågor till mig själv – även om jag inte hade svaren - kände jag att jag började bli klar. Jag hade fått in det, ett koncept, som jag tror på. Jag började känna att det skulle bli skönt att klara det själv. Då tänkte jag att nu är jag nog klar. Rummet behövdes inte. Nu har jag fått möjlighet att gå vidare, göra saker som jag inte vågade förut. Som att lita på att det går att göra sig förstådd och att jag nu går en utbildning som jag drömt om. Genom terapin har jag kunnat värdera andra saker. Det var skönt att få avsluta så organiskt.

YASMIN HETER EGENTLIGEN NÅGOT ANNAT.

4. KOSTNADER FÖR PSYKISK OHÄLSA – INTERNATIONELL JÄMFÖRELSE

Den psykiska ohälsan är vid sidan av hjärt-kärlsjukdomar och cancer de mest kostnadskrävande sjukdomarna, såväl i Sverige som i andra jämförbara länder.

Kostnader för psykisk ohälsa kan delas in i två kategorier. Dels direkta kostnader, som avser behandling i form av vård och läkemedel. Dels indirekta kostnader, som avser förluster i samhället i form av uteblivet arbete. Härtill kommer konsekvenser som är svåra att värdera i ekonomiska termer, som smärta, lidande och funktionsbegränsningar.

I detta avsnitt redogörs för samband kring de samhälls-ekonomiska kostnaderna och indirekta kostnader för psykisk ohälsa, där Sverige sätts i ett internationellt perspektiv.

DE STÖRSTA KOSTNADERNA ÄR INDIREKTA

Vid sidan av att samhället använder resurser för behandling av psykisk ohälsa uppstår även förluster i samhället, till följd av att individer som är sjukskrivna och förtidspensionerade inte kan gå till sitt arbete. Även vid mortalitet så som självmord uppstår dessa förluster. Andra förluster är utebliven utbildning, men även uteblivna fritidsaktiviteter. Denna typ av förluster i samhället kallas sammantaget de indirekta kostnaderna.⁴⁷

Medan de direkta kostnaderna tydligt framgår i sjukvårdshuvudmännens budget och resurstilldelning för vårdgäver, är de indirekta kostnaderna inte lika uppenbara. Ofta saknas kunskap om storleken på dessa förluster.

Internationella jämförelser av produktionsförluster görs inte regelbundet, och den senaste genomgången är från 2007, baserad på data från 2004. Denna visar att indirekta kostnader är stora. Psykisk ohälsa skiljer sig från flertalet andra sjukdomar genom att de indirekta kostnaderna är större än de direkta. Indirekta kostnader för dödlighet och sjuklighet utgör cirka 60–70 procent av de totala samhälls-ekonomiska kostnaderna i flertalet länder.⁴⁸

Sett över tid har de indirekta kostnaderna för psykisk ohälsa också ökat i samhället. Produktionsbortfall till följd av psykisk ohälsa har ökat med fler sjukskrivningar och förtidspensioneringar. De direkta kostnaderna har däremot legat relativt oförändrade över tid. En förklaring är minskningen av psykiatrisk slutenvård och mer behandling i öppenvård samt med läkemedel. Denna trend gäller såväl Sverige som internationellt.

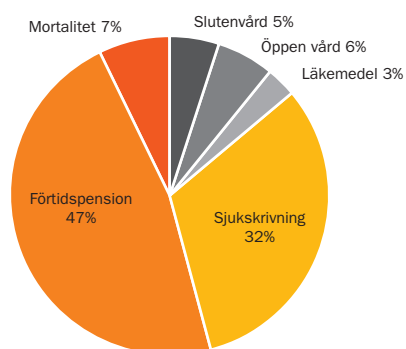
STORA KOSTNADER ÄVEN VID LINDRIG PSYKISK OHÄLSA

Ett sätt att förstå varför psykisk ohälsa leder till stora indirekta kostnader är att titta specifikt på diagnosen depression. Depression betraktas ofta som en lindrig till medelsvår psykisk sjukdom och är en av de vanligaste diagnoserna inom svensk primärvård. Sannolikheten att en person drabbas av depression under sin livstid är cirka 20 procent för män och 35 procent för kvinnor.⁴⁹

Trots att depression alltså inte betraktas som en svår psykisk sjukdom utgör den ett av de stora folkhälsoproblemen i samhället, som ger upphov till betydande kostnader. Det beror dels på att sjukdomen är relativt vanlig i befolkningen, det vill säga har hög prevalens, och dels på att den passiviserar individer som drabbas, vilket ger upphov till uteblivet arbete och därmed indirekta kostnader.

Som framgår av figuren nedan utgör produktionsförluster till följd av sjukskrivning och förtidspensionering 79 procent av de totala samhällskostnaderna. Därtill kommer förluster till följd av mortalitet, bland annat självmord som utgör ytterligare 7 procent. De direkta kostnader som samhället lägger på vård och behandlingsinsatser utgör endast 14 procent av de totala kostnaderna.⁵⁰

SAMHÄLLSEKONOMISKA KOSTNADER AV DEPRESSION, SVERIGE



Källa: Sobocki et al., 2007

FÖRTIDSPENSIONERING – ÖKAR BLAND YNGRE

Den dominerande delen av de indirekta kostnaderna utgörs av förluster till följd av sjukskrivning och förtidspensionering, som innebär uteblivet arbete i samhället.

47. OECD (2014), Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies. OECD, Paris. <http://www.oecd.org/publications/making-mental-health-count-9789264208445-en.htm>

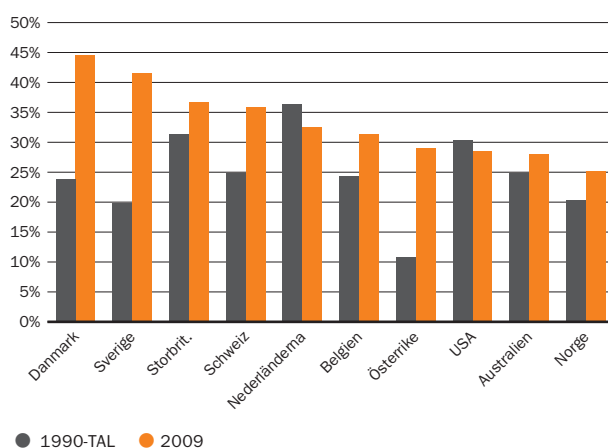
48. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C (2006). Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ. Jun;9(2):87–98.

49. Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P, Munk-Jorgensen P, Bhugra D. First incident depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947–1972 and 1972–1997. J Affect Disord 2005;87: 151–60.

50. Sobocki P, Lekander I, Borgström F, Ström O, Runeson B (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. Eur Psychiatry. Apr;22(3):146–52.

Flera länder visar en trend där förtidspensionering till följd av psykisk ohälsa ökar. I figuren nedan redovisas utvecklingen för nybeviljade förtidspensioner i ett antal OECD-länder. Som framgår utgör förtidspensionering till följd av psykisk ohälsa och sjukdom en allt större del av det totala antalet nybeviljade förtidspensioner. Detta gäller i synnerhet för Danmark och Sverige.⁵¹

ÖKANDE TREND AV FÖRTIDSPENSION ORSAKAD AV PSYKISK OHÄLSA



Nybeviljade förtidspensioner orsakad av psykisk ohälsa som andel av samtliga nybeviljade pensioner, utvalda OECD-länder.

Förtidspension hos yngre individer har särskilt stor effekt på de indirekta kostnaderna, då detta leder till uteblivet arbete under stor del av personens liv. Studier visar att andelen unga som förtidspensioneras skiljer sig mellan länder. Som framgår i figuren till höger är Sverige ett av de länder där andelen unga som förtidspensioneras har ökat. Detta är också en förklaring till ökade indirekta kostnader av psykisk ohälsa i Sverige.⁵²

UTEBLIVEN UTBILDNING – MINSKAR MÖJLIGHET TILL ARBETE

Psykisk ohälsa innebär en ökad risk för den drabbade att inte kunna påbörja studier, eller att avbryta dem i förtid. Individer med psykiska problem avbryter i högre utsträckning skolgången före 15 års ålder. Detta är en indirekt kostnad, genom att utebliven utbildning påverkar individens möjlig-

heter att komma ut på arbetsmarknaden och erhålla en inkomst. Detta minskar i sin tur mängden arbete som utförs i samhället och värdet av detta.

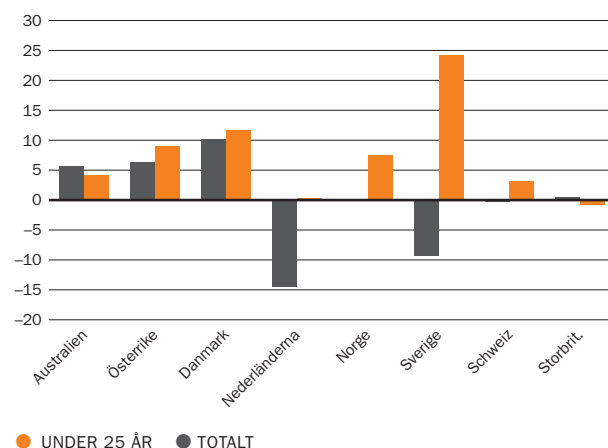
KAN KOSTNADERNA MINSKAS?

Kostnader till följd av psykisk och annan ohälsa är till stor del oundvikliga. Oavsett vem som finansierar de direkta kostnaderna och kompenserar för förlusterna av de indirekta så finns ekonomiska konsekvenser av psykisk ohälsa och sjukdom i samhället.

Det finns dock ett beroende mellan de direkta och indirekta kostnaderna. Med effektiva behandlingar och förebyggande åtgärder kan satsningar på direkta kostnader leda till minskade indirekta kostnader över tid genom att individer kan börja arbeta eller återgå till tidigare sysselsättning. Man kan således se direkta kostnader som investeringar, vilka leder till högre sysselsättning och tillväxt i samhället. I ett samhällsperspektiv kan insatser av vård och rehabilitering påverka annan vård samt inte minst förlusterna i samhället. Detta kan även innebära att de totala samhällskostnaderna till följd av psykisk ohälsa kan reduceras.

Eftersom de indirekta kostnaderna utgör en så stor del av de totala kostnaderna för psykisk ohälsa finns också ett stort värde i att investera i effektiv och förebyggande vård.

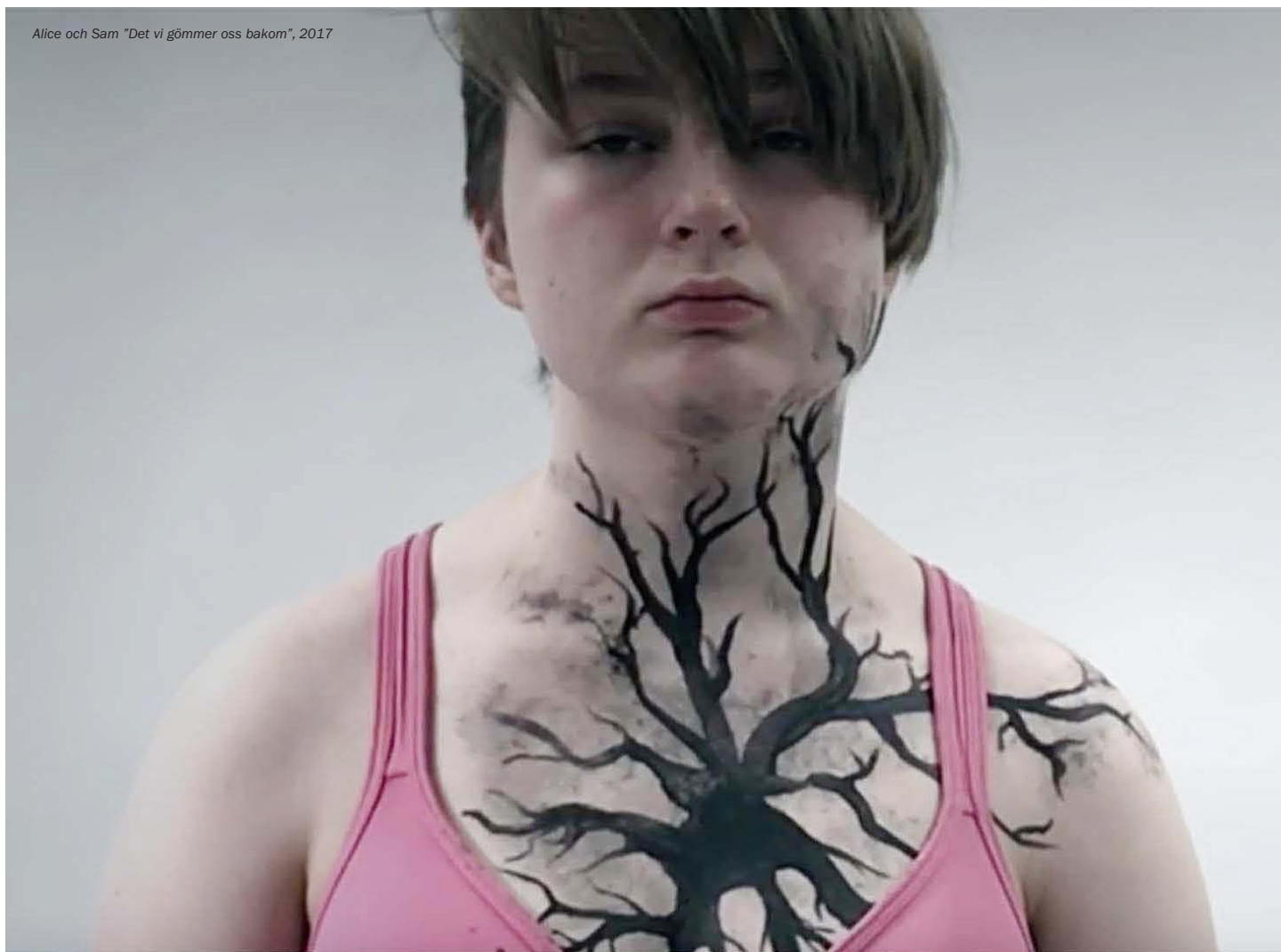
NYBEVILJADE FÖRTIDSPENSIONER ORSAKAD AV PSYKISK OHÄLSA FÖR UNGDOMAR UNDER 25 ÅR SAMT FÖR HELA BEFOLKNINGEN



51. OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. OECD, Paris. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en

52. OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. OECD, Paris. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en

Alice och Sam "Det vi gömmer oss bakom", 2017



5. HÖGRE AMBITIONER FÖR ATT MÖTA UNGAS OHÄLSA – TRE EXEMPEL

Som beskrivits i rapporten finns alltså åtskilliga begränsningar i vilken vård som finns tillgänglig i Sverige för unga vuxna som lider av psykisk ohälsa. Den snäva inriktningen på läkemedel och KBT i Socialstyrelsens riktlinjer gör att många andra behandlingsalternativ inte erbjuds och försvårar för aktiv delaktighet hos patienten i utformningen av behandlingen. Fokus på psykologisk behandling med relativt få behandlingstillfällen är inte tillräckligt för många patienter som lider av psykisk ohälsa.

Det finns dock exempel på vård som bygger på andra principer och som kan tjäna som inspiration för en mer ambitiös vård av unga vuxna med psykisk ohälsa.

I Skåne har till exempel regionen valt att utforma ett system inom ramen för så kallat Hälsoval som innebär ett bredare utbud av behandling och större möjlighet till delaktighet för patienten i val av behandlingsmetod. I våra grannländer Tyskland och Finland ser de nationella systemen annorlunda ut och innehåller färre av de begränsningar som finns i Sverige. Vården kan därmed i dessa system utformas mer utifrån den enskilda patientens behov och egen vilja, vilket ökar förutsättningarna för ett bättre resultat.

1 – SKÅNE

VAL AV PSYKOTERAPIFORM INOM RAMEN FÖR VÅRDVAL

Alla landsting har sen 2010 valfrihetssystem i primärvården som ofta kallas Vårdval eller Hälsoval. I landstingens övriga verksamhet och i kommunernas verksamhet är det upp till varje kommun eller landsting att utforma och införa system enligt LOV.⁵³ Vårdval i primärvården ger invånarna rätt att fritt välja mellan olika vårdgivare, dessa bestämmelser gällde hälsovården generellt. I Region Skåne finns för närvarande tolv valfrihetssystem inom primärvård, som benämns Hälsoval Skåne.⁵⁴

Sedan 2009 har Region Skåne infört KBT/IPT som vårdval enligt Lagen om Valfrihet. Dessa insatser sker inom ramen för den rehabiliteringsgaranti Region Skåne har. Från politiskt håll har man därefter utvecklat LOV-avtalet inom Hälsovalet från att tidigare endast innehålla KBT och IPT till att även omfatta psykodynamisk terapi.⁵⁵ Fördelarna ansågs vara flera; dels att medborgarna fick en ingång via sin listade vårdcentral till psykoterapi, dels att det skulle underlätta för medborgarna att hitta rätt i det psykoteraeutiska utbudet. Dessutom skulle tillgängligheten öka genom ackreditering av fler terapeuter vilket skulle innebära minskade väntetider. Även frågan om valfrihet för patienten lyftes som ett viktigt argument för det nya systemet – en utökad kundvalsmodell skulle öka möjligheterna för medborgarna att göra egna val och kunna välja bland fler utförare.

Därför infördes 2014 vårdval psykoterapi genom att komplettera det befintliga vårdvalet KBT/IPT med psykodynamisk terapi. Patienten kunde nu välja mellan psykoterapi som lämpar sig för kort behandling, KBT eller IPT, eller psykoterapi som kräver längre behandling, så kallad KBT långtidsterapi eller psykodynamisk terapi.⁵⁶

Patienten väljer terapiform tillsammans med läkaren

Från och med 2014 kan den som bor i Skåne, är 16 år eller äldre och lider av lättare till medelsvår depression, ångest, stress eller en mer komplex problematik välja vilken mottagning och terapiform personen vill ha. Patienten kan välja mellan KBT, IPT, eller PDT. För att få psykoterapi på remiss krävs att patienten får en tid på den vårdcentral där personen är listad och blir efter besöket där remitte-

53. Anna Häger Glenngård (2015), Primärvården efter vårdvalsreformen valfrihet, kvalitet och produktivitet, https://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/07/primarvarden_efter_vardvalsreformen.pdf

54. Vårdgivare Skåne (2017), LOV - hälso- och vårdval, <http://vardgivare.skane.se/uppdag-avtal/lov/#23106>

55. Region Skåne (2013), Vårdval avseende psykoterapi, https://www.skane.se/globalassets/styrandedokument/rf_130617_arende-15.pdf

56. Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning (2016), Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne, https://www.slf.se/upload/Lokalföreningar/MellerstaSkane/oversyn_halsoval_anell.pdf

rad av sin läkare. Tillsammans med läkaren avgörs vilken behandlingsform som passar patienten bäst. Läkaren får inte rekommendera någon specifik terapeut utan det fria vårdvalet ska understrykas. Det är under terapins fem första tillfällen möjligt att ändra metod och terapeut.⁵⁷

I samband med att patienten skrivs in svarar patienten och terapeuten var för sig på ett frågeformulär. Vid utskrivning, samt vid det uppföljningssamtal som alltid görs tre månader efter avslutad behandling, ska samma frågor besvaras. Även uppföljningen ses som en viktig del av terapin. Vid uppföljningen får patienten möjlighet att tala om viktiga framsteg, men även om svårigheter. Om terapeut och patient under uppföljningssamtalet kommer fram till att det behövs ytterligare terapibehandling är det möjligt att få det tidigast tolv månader efter uppföljning eller femton månader efter avslutad behandling.⁵⁸

Skånemodellen, som den ser ut i dag, är inne på sitt fjärde år. Hittills har ingen heltäckande utvärdering av effekterna publicerats.

2 – TYSKLAND

PSYKOTERAPI EN RÄTTIGHET FÖR ALLA

I Tyskland och Finland erbjuds patienten olika behandlingsmetoder och involveras i behandlingsupplägg och rehabiliteringsplan. I både de tyska och finska riktlinjerna för behandling av depression rekommenderas KBT, PDT och IPT i lika hög grad och det tydliggörs i riktlinjerna att det saknas grund för att någon av dessa behandlingsmetoder skulle vara bättre än de andra.^{59, 60}

Den tyska sjukförsäkringsreformen från 2007 kräver att samtliga medborgare och alla bofasta i Tyskland är försäkrade, antingen genom den statliga sjukförsäkringen eller genom privata sjukförsäkringar. 2012 kostade den tyska sjukvården 300 miljarder euro, 11,4 procent av Tysklands BNP vilket var en av de högsta inom EU. Endast en liten del av sjukvården finansieras via skattemedel, merparten finansieras via de obligatoriska sjukförsäkringarna.^{61, 62}

Uppskattningar som gjorts tyder på att upp till 15 miljoner personer lider av någon form av psykisk ohälsa i Tyskland. Av dessa är drygt 4,5 miljoner registrerade för sina psykiska besvär vid Krankenkassen, den tyska motsvarigheten till Försäkringskassan. Av dessa 4,5 miljoner patienter behandlas cirka 3,4 miljoner med psykoterapi.⁶³

I Tyskland är psykoterapi en rättighet för samtliga invånare. Personer som lider av psykisk ohälsa kan få upp till 300 timmar gratis psykoterapi. Kostnaderna står sjukförsäkringen för genom Krankenkassen.⁶⁴ Stephen Hau, professor i klinisk psykologi vid Stockholms universitet, och en av dem som varit med och tagit fram riktlinjer kring psykisk ohälsa i Tyskland, har beräknat att denna reform kostar tyska staten cirka 1,5 miljarder euro per år.

Så fungerar systemet i Tyskland

Långvarig och avgiftsfri psykoterapi infördes redan på 1960-talet inom öppenvården i Tyskland.⁶⁵ Sedan 1998 är tillgången till psykoterapi lagstadgad i Tyskland och gäller i hela landet.⁶⁶

Behandlingslängden är individualiserad och anpassad utifrån varje patients behov och förutsättningar. För psykodynamisk terapi är taket 100 samtal, för KBT höjdes det nyligen till 90 samtal och för psykoanalys är taket 160, som i särskilda fall kan utökas till 300 samtal, vilket innebär tre samtal i veckan under tre år. Om terapeuten finner skäl till att fortsätta behandlingen så förlängs ofta terapierna, och två år efter avslutad behandling kan ny behandling påbörjas.⁶⁷

I Tyskland är alla, inklusive studenter, arbetslösa, pensionärer och barn försäkrade. I de fall en person inte har en privat sjukförsäkring ingår man i den obligatoriska sjukförsäkringen.⁶⁸ I normalfallet delar arbetsgivaren och arbetsstägaren lika på kostnaden för sjukförsäkring. Då psykoterapi ingår i försäkringsskyddet blir vården näst intill avgiftsfri likt vilken annan behandling som helst.⁶⁹

57. 1177 Vårdguiden (2017), Välj mottagning för psykoterapi i Skåne, <http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Valj-mottagning-for-psykoterapi/>

58. Vårdgivare Skåne (2015), Psykoterapi, <http://vardgivare.skane.se/uppdag-avtal/lov/psykoterapi2/>

59. Suomalainen Lääkäri-seura. Duodecim. Depressio. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00044>

60. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, et al. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression. 2. Auflage, Version 1, November 2015.

61. How To Germany (2017), <http://www.howtogermy.com/pages/healthinsurance.html>

62. Reinhard Busse (ed.). Germany - Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 16 No. 2 2014

63. Hau, Stephan (2017), Behandling av psykisk ohälsa i Tyskland, Seminarium i Riksdagen den 22 februari 2017

64. Modern psykologi (2015-11-25), Thomas Heldmark, Freud bor i Berlin.

65. Stephan Hau (ed.) & Marianne Leuzinger-Bohleber (ed.), Psychoanalytic Therapy, German Society for Psychoanalysis, Psychotherapy, Psychosomatics and Depth Psychology <https://www.scribd.com/document/135901883/Psychoanalytic-Therapy>

66. Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG). <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/BJNR131110998.html>

67. Beta Institut (2016), Psychotherapie. http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Psychotherapie-326.html

68. Reinhard Busse (ed.) (2014), Germany - Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 16 No. 2 2014

69. Germany Health Insurance System (2017), German Health Care System – an Overview <http://www.germanyhis.com/compulsory-health-insurance-germany/>

Andra vetenskapliga bedömningar av psykoterapi

Genom utvärderingar har man i Tyskland konstaterat att medellånga och långa terapier är bra för patienterna och lönsamma för samhället. Flera studier visar att de som genomgått terapi med psykoanalys eller psykodynamisk terapi är friskare än genomsnittsbefolkningen. De konsumerar mindre läkemedel, har färre sjukhusinläggningar och har även avsevärt färre sjukdagar.⁷⁰ Tyskland ligger även i topp i The Economists årliga ranking av europeiska länders psykiatri. Tysklands förmåga att rehabilitera personer som lider av psykisk ohälsa och hjälpa dem tillbaka in i samhället lyfts fram som en viktig orsak till att landet lyckas hantera psykisk ohälsa bättre än andra europeiska länder.⁷¹

Det tyska vetenskapsrådet för psykoterapi har en annan syn på vetenskaplig evidens än den svenska Socialstyrelsen, vilket har lett till att olika behandlingsmetoder rekommenderas.⁷² I Tyskland har man valt att inte i lika hög utsträckning förlita sig på randomiserade studier med kontrollgrupper, det vill säga en grupp som inte får vård och som sedan jämförs med den grupp som fått vård. På engelska förkortas dessa studier RCT, något som Socialstyrelsen i Sverige i stor utsträckning stödjer sig på. Det tyska vetenskapsrådet anser att RCT har vissa svagheter, bland annat menar man att urvalsprocessen är skev. Det är oftast korta behandlingar som utvärderas enligt RCT. Längre psykodynamiska terapier och psykoanalyser testas inte med RCT då det anses vara oetiskt att hålla svårt sjuka patienter i kontrollgrupper i flera år.

RCT-utvärderingarna har även tenderat att sälla ut de patienter med svåra diagnoser och endast inkludera dem med en diagnos. På så sätt blir det lättare att tolka resultaten. Patienter med endast en diagnos är dock ovanliga inom vården. Av denna anledning beslöt tyska vetenskapsrådet att vidga evidensbegreppet och från 2008 inkluderas även naturalistiska studier in i evidenskriterierna, det vill säga studier av verkliga behandlingar i vården på patienter som själva söker hjälp.^{73, 74}

3 – FINLAND

SUBVENTIONERAD PSYKOTERAPI

Offentlig sjukvård är tillgänglig för alla med permanent uppehållstillstånd i Finland, oberoende av deras ekonomiska situation. Primärvårdstjänster tillhandahålls av vårdscentrerna, tervveysasemat, och den specialiserade sjukvården ges av distriktssjukhus, sairaalat. Sjukvård i Finland är inte avgiftsfri men kraftigt subventionerat och avgifterna har lagstiftade maxtak.^{75, 76}

I Finland har man sedan drygt 30 år tillbaka organiserat psykiatri på ett sätt där patienter i ett första skede får tre månaders behandling i primärvården. Om patienten efter detta fortfarande lider av psykisk ohälsa får patienten subventionerad psykoterapi i upp till 200 samtal under tre års behandling. Denna terapi kan antingen vara KBT, PDT eller psykoanalytisk. Patienten betalar en liten del av terapin, vanligtvis 5–10 euro per session, resterande betalas via offentliga medel.⁷⁷ Denna form av behandling har visat sig vara effektiv och undersökningar visar att cirka 30 procent av patienterna återgår i arbete eller studier.⁷⁸

Så fungerar systemet i Finland

Från och med januari 2011 är rätten till ersättning för rehabiliterande psykoterapi lagstadgad i Finland. Målsättningen med rehabiliteringen är att återställa eller förbättra arbets- eller studieförmågan för patienten så att hen kan stanna kvar i, eller återgå till, arbete eller fortsätta med sina studier.⁷⁹

Det är den offentliga hälso- och sjukvården i Finland som har det primära ansvaret för vård av psykisk ohälsa. Största delen av behandlingen sker inom primärvården, antingen på vårdcentralerna eller inom företagshälsovården och studenthälsovården. Personer med svårare psykisk ohälsa behandlas i regel inom den specialiserade sjukvården, med det uttalade målet att, när så är möjligt, överföra patienten till den öppenvårdscentrerade behandlingen.⁸⁰

Folkpensionsanstalten, FPA, betalar ut ersättning för psykoterapi till försäkrade personer i åldern 16–67 år vars

70. <http://www.germanyhis.com/compulsory-health-insurance-germany/>

71. Modern psykologi (2015-11-25), Thomas Heldmark, Freud bor i Berlin.

72. The Economist Intelligence Unit (2014), Germany leads Europe in dealing with mental illness, <http://www.eiimedia.com/index.php/latest-press-releases/item/1515-germany-leads-europe-in-dealing-with-mental-illness>

73. Modern psykologi (2015-11-25), Thomas Heldmark, Freud bor i Berlin.

74. Tyska Vetenskapsrådet för Psykoterapi (2007), Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie – Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. <http://www.wbpsychotherapie.de/>

75. Kela (2012), National Health Insurance: What it covers, <http://www.kela.fi/web/en/national-health-insurance>

76. Elias Mossialos (ed.), Finland - Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 10 No. 4 2008

77. Psykodynamisktforum (2015), Så fungerar offentligt finansierad psykoterapi i Finland och Tyskland, <http://psykodynamisktforum.se/landsting/sa-fungerar-offentligt-finansierad-psykoterapi-i-finland-och-tyskland/>

78. Sveriges Radio (2016), Psykoterapi minskar sjukfrånvaro i Tyskland, <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=96&artikel=6514774>

79. Kela (2016), Rehabiliterande psykoterapi, http://www.kela.fi/web/sv/16-64-ar_psykoterapi

80. RP 68/2010 rd, <http://www.finlex.fi/sv/esitykset/he/2010/20100068.pdf>



Paulo "Corrupted", 2017

arbets- eller studieförmåga på grund av psykisk ohälsa är hotad.⁸¹ Ett villkor för att terapin ska ersättas är att den försäkrade haft en tillbörlig vårdkontakt i minst tre månader, att en specialistläkare i psykiatri har bedömt patientens diagnos och rehabiliteringsbehov samt att den försäkrade sannolikt kommer att uppnå det mål som ställts på rehabiliteringen.^{82, 83}

I Finland ansvarar flera olika instanser för rehabiliteringen av personer med psykisk ohälsa. Dessa instanser är bland annat FPA, Arbets- och näringsförvaltningen, den offentliga social- och hälsovården och arbetspensions- och försäkringsanstalterna. Alla instanser har dessutom en lagstadgad skyldighet att agera i samverkan med varandra.⁸⁴

Beslut om psykoterapi tas på basis av läkarremiss och ska grunda sig på en individuell bedömning av behovet och lämpligheten av rehabilitering samt en skriftlig rehabiliteringsplan, vilken upprättas vid den hälso- och sjukvårdsenhet som ansvarar för patientens vård. Den enskilde kan välja vilken läkare som skriver remiss och kan således påverka valet av terapiform. Patienter har rätt till högst 80 samtal under en ettårig rehabiliteringsperiod och högst 200

samtal under en treårsperiod, utan krav på läkarutlåtande. Om det efter en treårig terapiperiod finns särskilda skäl för ytterligare rehabilitering kan FPA ersätta en ny period av rehabilitering, dock måste minst fem år förflutit från föregående behandling.⁸⁵ Om antalet besök är fler än 50 per år under denna nya rehabiliteringsperiod tas ärendet upp i en FPA-expertgrupp som behandlar ersättningar kring långvarig psykoterapi. Utifrån ett läkarutlåtande ger expertgruppen sin rekommendation om ersättning kring kostnaden för den fortsatta rehabiliteringen.⁸⁶

Psykoterapi kan ges antingen genom psykodynamisk psykoterapi, kognitiv psykoterapi, interpersonell psykoterapi och systemisk psykoterapi. Terapi kan ges i form av individuell terapi, familje- eller parterapi samt gruppterapi. Den kan vara både kortvarig eller långvarig, alternativen utesluter inte varandra.⁸⁷ Studier visar dock att långvarig psykodynamisk terapi tenderar att vara mer effektiv än andra mer kortsiktiga terapiformer.^{88, 89}

De senaste två decennierna har antalet diagnostiserade personer med psykisk ohälsa ökat i Finland, och till följd av det har även sjukpenningperioderna och sjukpensionerna ökat. På 2000-talet har andelen sjukpenningperioder och nya påbörjade sjukpensioner relaterade till depressioner ökat markant, framför allt i gruppen unga och unga vuxna yngre än 30 år.⁹⁰

Den 1 september 2016 tillsattes Social- och hälsovårdsministeriet en kommitté för att reformera rehabiliteringssystemet. Målet med översynen är att få till stånd ett mer jämnt och kostnadseffektivt system där ansvarsfördelningen inom det offentliga ska förtydligas.⁹¹

81. FPA (2016), http://www.kela.fi/web/sv/16-64-ar_psykoterapi

82. RP 68/2010 rd, <http://www.finlex.fi/sv/esitykset/he/2010/20100068.pdf>

83. FPA:s statistiska årsbok (2015), http://www.kela.fi/documents/10180/1630875/Statistical_Yearbook_of_the_Social_Insurance_Institution_2015.pdf/883b1394-71a6-48c3-b0e9-224571c0bcfe

84. RP 68/2010 rd, <http://www.finlex.fi/sv/esitykset/he/2010/20100068.pdf>

85. Kela (2016), *Rehabiliterande psykoterapi*, http://www.kela.fi/web/sv/16-64-ar_psykoterapi

86. RP 68/2010 rd, <http://www.finlex.fi/sv/esitykset/he/2010/20100068.pdf>

87. RP 68/2010 rd, <http://www.finlex.fi/sv/esitykset/he/2010/20100068.pdf>

88. Knekt et al. (2016), *The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment*. Psychological Medicine, Page 1 of 14. Cambridge University Press 2016.

89. Lindfors et al. (2015), *The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up*. Journal of Affective Disorders 173 (2015) 31–38

90. RP 68/2010 rd, <http://www.finlex.fi/sv/esitykset/he/2010/20100068.pdf>

91. Social- och hälsovårdsministeriet (2016), *Kommitté dryftar reform av rehabiliteringssystemet*, http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/komitea-pohtii-kuntoutuksen-uudistamista?_101_INSTANCE_yr7QpNmIjmsJ_languageld=sv_SE

92. DN Debatt (2017), *Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression* <http://www.dn.se/debatt/enfaldiga-riktlinjer-for-behandling-av-depression/>

Intervju med

STEPHAN HAU

”11 procent av Sveriges befolkning äter någon form av antidepressiva läkemedel.”

Stephan Hau som är professor i klinisk psykologi vid Stockholms universitet gick i januari, tillsammans med 16 nordiska forskare, ut i en debattartikel i DN under rubriken *Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression*.⁹² Debattartikeln skrevs med anledning av Socialstyrelsens förslag till nya nationella riktlinjer för behandling av depression och ångest, där Socialstyrelsen bland annat lyfter fram KBT som den bästa psykologiska behandlingen för de allra flesta diagnoser. Stephan Hau och hans forskarkollegor ställer sig starkt kritiska till riktlinjerna och skriver bland annat *”Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för depression och ångest skulle ge sämre vård och kosta mer pengar”*.

I artikeln nämns också de nationella riktlinjer som Danmark, Norge, Finland och Tyskland kom med under 2015 och 2016 för depressionsbehandling. Våra grannländer rekommenderar KBT, PDT och IPT i lika hög grad då betydelsen av faktorer som patientens problembild, önskemål och samarbetet mellan patient och terapeut samt dennes förmåga till relationsskapande är det som avgör vilken metod som passar för patienten.

Ingen enskild terapi fungerar för alla patienter

Stockholms Stadsmission kontakta- de Stephan Hau för att bland annat höra lite mer om tankarna kring varför Socialstyrelsens riktlinjer fokuserar på KBT när våra grannländer tänker och agerar annorlunda. Stephan Hau är tydlig med att säga att han inte kan bedöma vad som ligger bakom Socialstyrelsens riktlinje att prioritera KBT och medicinering i så stor utsträckning. Men han pekar på att flera av våra grannländer dragit slutsatsen

att det krävs fler fungerande terapier för att på rätt sätt bemöta de olika behandlingsbehov som depressiva patienter uppvisar. Ingen enskild terapi fungerar för alla patienter. Stephan Hau betonar vikten av att sätta patienten i centrum, att ha respekt för patientens röst, vikten av behandlaren kliniska kompetens och inte minst ett väl fungerande samarbete mellan patient och behandlare – det är först då en god och jämlik vård uppnås enligt Stephan.

Behandlingar är oftast för korta och det är svårt att hitta adekvat hjälp

Den psykiska ohälsan är fortsatt hög i Sverige jämfört med grannländerna. Stephan Hau tror att det beror på att det saknas en tydlig prioritering av psykoterapi i Sverige som en väl fungerande metod mot psykisk ohälsa och att det är en av anledningarna varför ohälsotalet är så högt i Sverige. Psykoterapi ingår inte i försäkringsskyddet och tillgången till psykiater är inte fritt. Behandlingar är oftast för korta och det är svårt att hitta adekvat hjälp vid allvarigare psykiska problem med krav på psykoterapi över en längre tid. Här menar Stephan Hau att konsekvensen blir att man istället för psykoterapi ordinerar läkemedel. Av den svenska befolkningen äter hela 11 procent någon form av antidepressiva läkemedel, vilket är en häpnadsväckande siffra enligt Stephan Hau.

Att investera i psykoterapi lönar sig

I Tyskland bekostas flera år långa terapier av samhället som en del av sjukförsäkringssystemet. På frågan om den tyska modellen möjligen skulle vara applicerbar i Sverige svarar

Stephan Hau att det onekligen är en bra investering för samhället då varje Euro som investeras i psykoterapi ger en spareffekt på mellan 2,5–5,5 Euro. Att investera i psykoterapi lönar sig därmed. Stephan Hau pekar också på att det utbildas ett stort antal psykoterapeuter i Sverige, men att deras kunskap och resurser borde utnyttjas i högre grad. Här behövs en lag som reglerar hur psykoterapeuter med legitimation från Socialstyrelsen ska integreras i ett sjukförsäkringssystem som täcker kostnader för psykoterapi – likt det system som finns i Tyskland.

Stephan Hau anser att för medelsvår och lindrig depression och ångest är det psykoterapi som ska vara förstahands val. Sedan är det viktigt att tillsammans med patienten utreda vilken typ av behandling som krävs. Det betyder inte att medicinering ska uteslutas. Men att se till individen och att anpassa behandlingen är det primära. För vissa patienter är kortare behandlingar tillräckligt, medan andra patienter behöver längre och intensivare behandlingar. Ingen enskild terapi fungerar för alla. Det är framgångsfaktorerna för behandling av depression och ångest enligt Stephan Hau.



6. STOCKHOLMS STADSMISSIONS TERICENTER FÖR UNGA OCH MOTTAGNINGEN FÖR UNGA MÄN

Terapicenter för unga och Mottagningen för unga män (Mum) är två psykodynamiska terapimottagningar för ungdomar och unga vuxna 16–25 år. Sedan 2013 bildar dessa tillsammans med Stockholms Stadsmissions ungdomsmottagning en enhet: Ung Hälsa.

När Terapicenter startade för 14 år sedan var tanken och idén att den skulle utgöra ett komplement till den offentliga vården genom att erbjuda psykodynamisk terapi till en låg kostnad. Mottagningen ville finnas i glappet mellan Barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Glappet har inte blivit mindre och möjligheten till psykodynamisk terapi har snarare minskat än ökat. Idag är vi ofta dessvärre det enda alternativet som finns för de unga som söker sig till oss.

Mottagningen för unga män startade 2009 utifrån en önskan att nå fler unga män. Männen utgjorde då endast 25 procent av dem som sökte sig till Terapicenter. Idén föddes att på försök skapa en mottagning för unga män med enbart manliga terapeuter. Medel till projektet söktes från Allmänna Arvsfonden. Att Mottagningen för unga män startade har medfört att idag, åtta år senare, är ungefär hälften av våra patienter unga män om vi ser till båda våra mottagningar. Under 2016 tog de tillsammans emot 240 patienter per vecka. För de som avslutade sina terapier 2016 var genomsnittet 62 terapitimmar.

Mottagningarna erbjuder individuella terapier, grupppsykoterapier och en psykodramatisk terapigrupp. Hos Mottagningen för unga män erbjuds även föräldrar konsultationer.

Då vi vill få en bild av hur de unga patienter vi möter mår använder vi oss av självskattningsformuläret SCL-90. SCL-90 mäter hur en person själv tycker sig ha mått psykiskt och fysiskt under den senaste veckan, som symtom på depression, ångest och tvångsmässighet etc. Utifrån SCL-90 kan man utläsa att våra patienter ligger betydligt högre på symtomskalan jämfört med normgruppen (icke patienter) när terapin startar. Självskattningen graderas 0–4, där 0 motsvarar inga symtom, 1 eller högre psykiatrisk diagnos, 2,5 eller högre allvarliga psykiatriska symtom och 4 motsvarar mycket allvarlig psykiatrisk diagnos.

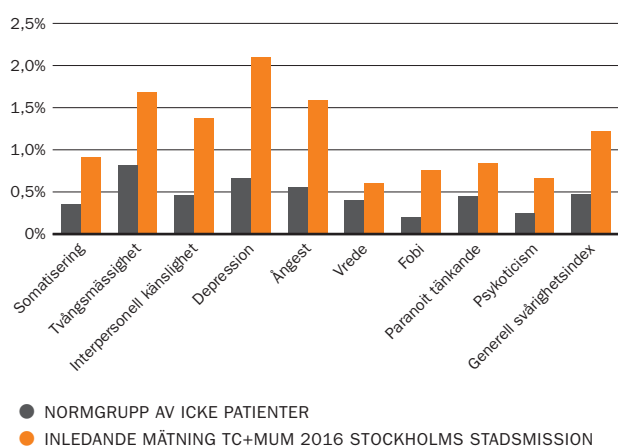
VARJE MÄNNISKA HAR EN UNIK PERSONLIGHET OCH LIVSBERÄTTELSE

De båda mottagningarna har en gemensam målsättning som utgår från Stockholms Stadsmissions värdegrund:

”Varje människa har en unik personlighet och livsberättelse. Varje försök att beskriva en människa är bristfällig. Ingen är bara det du ser.”

Överfört till det terapeutiska arbetet betyder det att vi erbjuder psykodynamisk terapi, att det är den unge själv som beskriver sitt lidande och att vi erbjuder oss att arbeta tillsammans i terapin så länge den unge önskar. I den psykodynamiska terapin, som är ett relationsarbete, är målet att patienten ska få möjlighet att uppleva nya erfarenheter. I terapin utforskar man sina känslor, tankar, behov och hur den egna livshistorien finns med och påverkar den aktuella livssituationen. En erfarenhet som kommer att finnas med i patientens relationer till andra människor och fortsatta liv. De mest förekommande problemen, som de som söker terapi beskriver, är oro, ångest och depression. Men även relationsproblem och självskadeproblematik är vanliga. Det är vanligt att patienterna haft en tidigare vårdkontakt med till exempel psykiatri eller socialtjänsten, men att de upplever att de inte fått tillräckligt med hjälp. När Stockholms Stadsmissions verksamhet Ung Hälsa i januari 2016 genomförde en uppskattning bland de unga besökarna på Terapicenter visade det sig att minst 25 procent hade haft självmordstankar.

SCL 90 INLEDANDE MÄTNING 2016



TERAPICENTER FÖR UNGA OCH MOTTAGNINGEN FÖR UNGA MÄN HAR FYRA TYDLIGA OCH BASALA HÖRNPELARE

1. Ingen remiss krävs. Det är den unge själv som ska kontakta oss under telefoniderna. Under telefonintervjun får den unge själv beskriva sitt mående och berätta om sina svårigheter. Ambitionen är att aldrig avvisa någon som söker sig till oss. Var och en som uppfyller ålderskriterierna är välkommen och får en psykoterapeutisk kontakt.

2. Tre orienterande samtal. Efter dessa tre samtal får patienten fatta ett beslut om att fortsätta hos terapeuten eller välja en annan terapeut. Att kunna välja sin terapeut är en möjlighet och uppmuntran att ta ansvar för sina relationer.

3. Psykoterapin pågår så länge den unge önskar, det finns ingen i förväg bestämd gräns för hur länge.

4. Det ska vara möjligt för alla, oavsett ekonomisk situation, att gå i terapi hos oss. Samtalen är avgiftsfria om man går på gymnasiet eller saknar inkomst. För dem som har ekonomiska möjligheter, som studielån eller lön i någon form, är kostnaden 75 kronor per timme. Om man hinner bli över 26 år under pågående terapi betalar man det dubbla, 150 kronor, om det är möjligt.

På terapimottagningarna arbetar även basutbildade och legitimerade psykoterapeuter volontärt. Sedan 2005 har psykoterapeuter skänkt psykoterapitimmar i form av tid till Stockholms Stadsmission. 2016 arbetade 35 terapeuter volontärt på mottagningarna och deras arbete utgör nästan en tredjedel av det terapeutiska arbetet på de båda mottagningarna.

Tova, Wilma och Nadja "Ensam", 2017



SAM BERÄTTAR OM SIN TERAPI PÅ TERICENTER FÖR UNGA OCH MOTTAGNINGEN FÖR UNGA MÄN

Jag flyttade till Stockholm när jag var 19, är uppvuxen i ett litet samhälle i södra Sverige. Jag hade släktingar här och ville börja en transutredning. Jag är uppvuxen som tjej men har identifierat mig som kille. Därför flyttade jag hit. Jag kunde börja på en transutredning ganska fort. Fick också kontakt med en kurator, men det kändes inte helt rätt. Hon kunde nog inte så mycket. Stockholms Stadsmissions Terapicenter hittade jag själv på nätet och ringde dit. Först sa han jag pratade med att det var tre månaders väntetid för det var kö. Då blev jag väldigt stressad. Jag visste att jag skulle fatta livsavgörande beslut och då måste jag veta vad jag ville. Det handlade inte bara om trans för mig utan också om min identitet – vem är jag, vem ska jag vara, inte bara om mitt kön utan om hur ska jag bli vuxen. Jag kände mig värdelös och allt var jobbigt.

”Jag hade depressiva symtom och självmordstankar.”

Jag hade med mig ganska mycket i bagaget. Min mamma var sjuk, det blev hon när jag var åtta år och jag har alltid tagit jättemycket ansvar för mina yngre syskon. Vi har aldrig kunnat prata om jobbiga saker i min familj. Jag hade depressiva symtom och självmordstankar. Som 14-åring insåg jag att jag var trans, läste om det på nätet. Men det tog många år innan jag vågade prata om det. Hade ingen

att prata med. Nu när jag var 19 och i Stockholm och det inte fanns någon färdig plan för mig blev det jättejobbigt. Jag var sjukskriven, mårde så dåligt så jag utvecklade psykosomatisk värk i ryggen och nacken. Det fanns inget sammanhang i mitt liv. Jag behövde inte vänta i tre månader utan fick komma efter ett par veckor. 2006 började jag i terapi. Jag fick träffa en vuxen, som inte var min förälder men som kunde ha en sådan roll. Jag kunde prata om allt jag varit med om tills jag var 19. De första gångerna kändes lite konstigt. Med kuratorn pratade jag mest om hur den senaste veckan varit och vad som varit jobbigt då. Min terapeut började istället fråga om hur det varit när jag var liten. Jag minns att jag tänkte ”Hallå – jag är stressad nu och vill ha hjälp med min ångest!” Men han var tydlig med att det kan kännas lite rörigt att börja i terapi.

Efter två månader dog min mamma. Att jag klarade av det berodde nog på att jag lärt känna min terapeut. Precis efter att min mamma dog tog en kompis livet av sig, han hoppade framför pendeltåget. Vi har inte bara pratat om det i terapin, utan min terapeut fanns ju med när det hände.

Jag fick ett starkt band till min terapeut. Han klarade av det – det gör nog inte alla. Efter ett halvår började vi träffas två gånger i veckan. Det var så mycket för mig då, jag mårde dåligt och så hade jag min utredning. Han har kunnat guida mig som en förälder skulle ha gjort. Han har varit med mig i processen. Jag kände att jag inte kunde bli vuxen med den kroppen jag hade, alla såg på mig som en 14-årig

kille. Jag fick bli vuxen och en i världen tillsammans med min terapeut. Det hade jag inte kunnat göra själv. Han har vågat säga det som skaver. I början tänkte jag ”Om jag säger det här kommer han tycka jag är konstig”. Min prestationsångest gjorde att jag ville prestera en bra terapi. Det tog tid för mig att lita fullt ut på honom. Har haft tendens att ge upp. Men genom att jag fick förtroende för min terapeut fortsatte jag terapin.

”Men jag har fått bearbeta min rädsla för att bli övergiven och min rädsla för att bli vuxen.”

Här har jag kunnat landa i lugn och ro, har fått tid på mig. Mot slutet hann vi också reflektera över vad terapin betytt för mig. Som till exempel ”nu behöver du inte mig längre”. Som att jag skulle ”flytta hemifrån”. Jag var rädd att jag inte skulle klara av det.

Idag behöver jag inte en terapeut längre men jag saknar att träffa honom. Jag har ingen förälder som finns för mig. Pappa har väldigt svårt att acceptera mig som jag är. Är fortfarande lite ensam. Att sluta i terapin var att sörja, lite som när mamma dog. Men jag har fått bearbeta min rädsla för att bli övergiven och min rädsla för att bli vuxen. Jag kan handskas med de känslorna nu. Det var viktigt att jag fick gå kvar så länge som jag fick. Jag har varit i kontakt med psykiatrin



också, för tvånget. Fick KBT-terapi. Jag ville ha kontroll över mitt liv. Där fick jag titta på mina "tvång" och fick praktisk hjälp. Och med min terapeut samtalade jag om varför man utvecklar tvång.

*”Jag har fått det så bra
det kunde bli utifrån
de förutsättningar
som finns.”*

Idag pluggar jag heltid och jobbar. Det är tre år sedan jag avslutade min terapi. Nu har jag blivit ganska trygg – kan reflektera över det som händer, även med andra. Jag har fått det så bra det kunde bli utifrån de förutsättningar som finns. Allt är inte perfekt, men jag känner mig grundtrygg. Jag har börjat mitt liv nu efter 20. Man kan säga att jag är lite efter. Jag har några vänner och ett sammanhang. Vad som än händer kan jag hantera det.

SAM HETER Egentligen Något Annat.

*”Jag tror inte att jag hade
levt om jag inte kommit
hit. Jag mådde mycket
sämre än jag förstod.”*

7. REKOMMENDATIONER

All tillgänglig statistik visar att psykisk ohälsa bland unga vuxna, trots omfattande nationella satsningar, fortsätter att öka i Sverige. Antalet självmord hos unga vuxna befinner sig fortsatt på en hög nivå, nollvisionen för självmord till trots. Utvecklingen i Sverige skiljer sig därmed från den i många jämförbara länder, där psykisk ohälsa tenderar att minska.

Stockholms Stadsmission har i denna rapport studerat Tyskland, Finland och Region Skånes arbete med psykisk ohälsa. Inte minst Tyskland utmärker sig med sin strategi för att rehabilitera personer som lider av psykisk ohälsa och hjälpa dem tillbaka in i samhället. Landet har lyckats hantera psykisk ohälsa bättre än andra europeiska länder genom långsiktig, kontinuerlig och individanpassad behandling, vilket fungerar mycket effektivt, inte minst för unga vuxna.

Stockholms Stadsmission kräver nu att samhället agerar kraftfullt, med breddat angreppssätt för att stoppa den ökande psykiska ohälsan, som leder till ökat mänskligt lidande och ökade kostnader för samhället.

NATIONELL STRATEGI FÖR PSYKISK HÄLSA

Stockholms Stadsmission föreslår att en nationell strategi för psykisk hälsa utvecklas och implementeras, där intryck tas av de länder som har lägre ohälsotal. I denna strategi bör följande delar ingå:

1.

UTÖKA BEHANDLINGSGARANTIN TILL ATT OMFATTA ALLA BARN OCH UNGA UPP TILL OCH MED 25 ÅR

För att garantera att alla barn och unga får den hjälp de behöver måste den nationella behandlingsgarantin utvecklas och breddas så att den även omfattar alla patienter upp till 25 år. Patienter inom BUP ska inte bara garanteras tillgänglighet i form av ett första besök och en första behandling. En bedömning och eventuell diagnos samt val av behandling ska även läggas upp tillsammans med barnet och vårdnadshavaren alternativt med den unge inom tiden för behandlingsgarantin. En flexibel åldergräns behöver skapas mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Ingen ungdom ska behöva avsluta sin behandling av åldersskäl hos BUP. För att behandlingsgarantin ska uppnås och fungera och kunna tillgodoses behöver ett förnyat samarbetsavtal mellan den offentliga vården, privata vårdgivare och de ideburna organisationer som erbjuder vård.

2.

ÖKA TILLGÄNGLIGHET AV PSYKOTERAPI OCH INFÖR ETT VAL AV TERAPIFORM

Obehandlad psykisk ohälsa innebär stora samhällskostnader. Därför behöver tillgängligheten på behandling öka och då är det av stor vikt att inget remisskrav finns för vård i form av psykoterapi. Stockholms Stadsmission rekommenderar också att ett utvecklingsarbete sker för att öka mäns benägenhet att söka vård. Detta med utgångspunkt från att fler kvinnor söker vård för psykisk ohälsa, medan fler män begår självmord.

Det finns ett flertal forskningsstudier som på olika sätt visar på effekterna av psykoterapeutisk behandling. För närvarande pågår en diskussion om hur man ska bedriva forskning för att säkerställa psykoterapiers effekter och

om någon enskild terapiform ger bättre resultat än andra. Socialstyrelsens nya riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom har aktualiserat frågan då de främst lyfter KBT som psykoterapiform. I de tyska och de finska riktlinjerna för behandling av depression rekommenderas Kognitiv beteendeterapi, KBT, Interpersonell psykoterapi, IPT och Psykodynamisk psykoterapi, PDT i lika hög grad och där tydliggörs att det saknas grund för att någon av dessa behandlingsmetoder skulle vara bättre än de andra. Region Skåne har också utökat sina valbara behandlingsmetoder till att innefatta KBT, IPT och PDT.

Om Hälso- och sjukvården skulle kunna erbjuda olika psykoterapiformer som KBT, IPT och PDT utan krav på remiss skulle det innebära att fler unga vuxna som lider av psykisk ohälsa kan bli delaktiga och kunna välja en för dem effektiv behandling. Information om de olika terapiformerna ska också vara utformad så att den unge lätt kan tillgodogöra sig den och därmed kunna bli delaktig i val av terapiform.

Längden på psykoterapi behöver vara flexibel utifrån patientens behov. I Tyskland och Finland erbjuds patienter medellånga och långa terapier med goda resultat. Behandlingar som är bra för patienterna och lönsamma för samhället. Undersökningar i Finland visar att cirka 30 procent av patienterna återgår till arbete eller studier efter en längre behandling.

I Finland, Tyskland och Region Skåne medverkar den enskilde också vid utformningen av behandlingsupplägg och rehabiliteringsplan, vilket studier visar ökar förutsättningarna för individen till psykisk hälsa. Stockholms Stadsmission hävdar också den icke-myndiges rätt till inflytande över sin behandling och rekommenderar att en översyn av lagskydd görs för att om nödvändigt stärka denna rätt.

I Tyskland visar också fler studier att de som genomgått psykoanalys eller psykodynamisk terapi är friskare än genomsnittsbefolkningen. De konsumerar mindre läkemedel, har färre sjukhusinläggningar och har även avsevärt färre sjukdagar, vilket är bra såväl för individen som för samhället.

3.

VÄRNA UNGDOMSMOTTAGNINGARNAS UPPDRAG ATT FRÄMJA FYSISK, PSYKISK OCH SEXUELL HÄLSA SAMT UTRED MÖJLIGT UTÖKAT UPPDRAG

Många unga med psykisk ohälsa söker sig i första hand till sin ungdomsmottagning. Hur ungdomsmottagningarna är organiserade varierar över landet vad gäller öppettider och åldersgränser. Grundtanken med ungdomsmottagningarnas verksamhet är att den organiseras utifrån ett holistiskt perspektiv och att man ska kunna erbjuda både medicinskt och psykosocialt stöd. Att resurserna fördelas jämbördigt mellan den medicinska vården och det kurativa stödet på en ungdomsmottagning är av stor betydelse för att kunna se den unges hela livssituation.

Stockholms Stadsmission rekommenderar också en utredning av möjligheten för ungdomsmottagningarna att på landstingens uppdrag erbjuda psykoanalytisk behandling. Ett eventuellt utökat uppdrag får dock inte äventyra ungdomsmottagningarnas uppdrag att främja fysisk, psykisk och sexuell hälsa. Därför ska det ingå en konsekvensanalys, både på kort och lång sikt, som görs i samarbete med landets ungdomsmottagningar. I utredningen bör också ingå Kommissionen för jämlik hälsas förslag om en sammanhängande barn-, elev- och ungdomshälsovård där ungdomsmottagningarna ingår, liksom en reglering av ungdomsmottagningarna för att skapa förutsättningar för en jämlik vård.

8. MER OM STOCKHOLMS STADSMISSIONS VERKSAMHETER FÖR BARN OCH UNGA

Stockholms Stadsmission har en bred barn- och ungdomsverksamhet. Här finns öppna mötesplatser där alla barn och unga är välkomna och även stöd i form av samtal eller ombudskap, psykoterapi och kollo under loven. Här får alla chansen att berätta sin livshistoria och tid att utveckla trygga relationer.

I över 160 år har Stockholms Stadsmission drivit skolor och i dag finns de över hela Mälardalen. Vi driver även fritidsgårdar och erbjuder utflykter och fritidsaktiviteter. I maj 2014 öppnade Stockholms Stadsmissions första boende för ensamkommande flyktingungdomar i Stockholm och sedan flera år har vi även ett träningsboende för unga.

Stockholms Stadsmission arbetar för varje människas rätt till lika möjligheter. Det främsta redskapet är det personliga mötet, där relationer byggs mellan människor i ömsesidig respekt för varandras egenart och integritet.

Stockholms Stadsmissions värdegrund genomsyrar allt arbete och innebär att Stockholms Stadsmissions anställda arbetar på deltagarens – i det här fallet ungdomens – uppdrag. Alla möten och samtal utgår från att det är den unga som är uppdragsgivare och vi erbjuder den tid som behövs för att skapa förtroendefulla relationer.

UNGA STATION

Unga Station är Stockholms Stadsmissions verksamheter för barn och unga och familjer som på olika sätt lever i utsatthet och upplever svårigheter i livet. Unga Station erbjuder både öppna verksamheter och stöd i olika former. De öppna verksamheterna är en plats där man kan vara anonym och få tillgång till värme, mat och vila i en trygg miljö. Där ges förutsättningar för att bygga tillitsfulla relationer. När man önskar få hjälp med att försöka förändra eller undersöka något i sitt liv går man vidare till olika stödjande samtal – individuella eller i grupp. Man kan även få stöd i form av ombudskap, nätverksarbete, föräldrautbildning samt ekonomisk rådgivning och stöd. Eftersom gemenskap och pauser i vardagen är viktiga för att få kraft erbjuds också kollo för barn, ungdomar och familjer, öppen förskola för unga föräldrar, en öppen verksamhet för unga tjejer,

utflykter och aktiviteter för familjer på helger och skollov samt gemensam middag en kväll i veckan. Unga Station finns på Söder, i Järva och Vårberg.

BABA

Vänder sig till ungdomar upp till 20 år som kommit ensamma till Sverige och står utanför samhällets insatser av olika anledningar. De kan till exempel ha avvikit från sin placering, valt att inte söka asyl i Sverige eller "gömt" sig på grund av avslag, eller rädsla för avslag, på sin asylansökan. Baba ger akut stöd såsom mat och kläder samt stöd genom ungdomscoacher som arbetar på uppdrag av ungdomen.

UNG HÄLSA

Terapicenter för unga

Är en av Stockholms psykoterapimottagningar för unga, 16–25 år. Terapicenter för unga arbetar utifrån ett psykodynamiskt perspektiv och erbjuder terapi individuellt eller i grupp till ett lågt patientarvode. Problem som de unga själva uppges handla oftast om oro, ångest och depression.

Mottagningen för unga män, Mum

Här erbjuds psykodynamisk terapi både individuellt och i grupp till unga män, 16–25 år. Mottagningen har manliga psykoterapeuter och erbjuder även konsultationer för föräldrar som oroar sig för sitt/sina barn.

Ungdomsmottagningen

Vänder sig till ungdomar och unga vuxna upp till 23 år, eller upp till 26 år för den som är i behov av extra stöd. Här kan man få hjälp med rådgivning om preventivmedel, test och behandling för könssjukdomar samt samtal om livet och sexualiteten. Här finns kurator och barnmorska som erbjuder mer tid för samtal än andra ungdomsmottagningar.

BOSTAD UNG – HVB OCH STÖDBOENDE FÖR UNGA

Erbjuder unga två olika boendeformer som kombinerar omsorg, vägledning och coachning. På HVB-boendet är målgruppen barn 14–18 år, som kommit ensamma till Sverige, och stödboendet i lägenhetsform tar emot alla unga mellan 16–25 år som av någon anledning inte kan bo kvar i sina befintliga nätverk eller har flyttat ut från institution. Verksamheten är HBTQ-certifierad.

FAMILJEHEMSVÅRDEN

För tonåringar från 13 år, men även unga vuxna och vuxna, med olika problematik som är i behov av trygghet och

stabilitet samt stöd och struktur i hemmiljö. Målet är att erbjuda den boende en omstart och skapa förutsättningar för förändring. Verksamheten startar under 2017.

RÅD- OCH STÖDCENTRET KÄLLAN

Källan är ett samarbete mellan företrädare för olika kulturer och religioner som arbetar för ökad integration.

På råd- och stödcentret Källan ges information om hur det svenska samhället fungerar, om svensk kultur och om de olika religionerna som finns i Sverige. Källan erbjuder även samtalsstöd och praktisk hjälp i kontakter med myndigheter och organisationer. Källan finns både i Fisksätra och i Flemingsberg. De som arbetar på Källan kan många språk och har både religiös och mångkulturell kompetens. Källan i Fisksätra är ett samarbete mellan Nacka församling, Muslimernas förening i Nacka, Stockholms Katolska stift och Stockholms Stadsmission.

Källan Flemingsberg är ett samarbete mellan Svenska kyrkan, Stockholms Katolska stift och Stockholms Stadsmission. Syrisk-ortodoxa församlingen i Flemingsberg och Islamska kulturföreningen i Flemingsberg finns med i samtal och medverkan.

FRITIDSGÅRDAR

Stockholm Stadsmission driver två fritidsgårdar på entreprenad: Blå Huset i Tensta och Väsbygården i Upplands Väsby. Fritidsgårdarna är en viktig, öppen mötesplats och en del av Stockholms Stadsmissions förebyggande arbete med barn och unga. Verksamheterna arbetar med deltagarinflytande och projekt som initieras av ungdomarna själva.

Thea, Alice och Texas "Namnlös", 2017



REFERENSER

1177 Vårdguiden (2016), *Vårdgaranti*, <https://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Vardgarantier/>

1177 Vårdguiden (2017), *Välj mottagning för psykoterasi i Skåne*, <http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Valj-mottagning-for-psykoterasi/>

Amundsen Nissen-Lie, H. et al. (2017), *Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression*. Dagens Nyheter. 17 januari.

Beta Institut (2016), *Psychotherapie*. http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Psychotherapie-326.html

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2016), *Fortsatt ökning av psykiatrisk vårdkonsumtion bland unga i Stockholms län år 2015 – Faktablad 2016:3*, http://dok.siso.sll.se/CES/FHG/Psykisk_halsa_och_ohalsa/Faktablad/Fortsatt-okning-av-psykiatrisk-vardkonsumtion-bland-unga-i-Sthlms-lan-Faktablad-2016.3.pdf

Dagens Nyheter Debatt (2017-01-14), *Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression* <http://www.dn.se/debatt/enfaldiga-riktlinjer-for-behandling-av-depression/>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, *Psychosomatik und Nervenheilkunde*, et al. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression. 2. Auflage, Version 1, November 2015.

Elias Mossialos (ed.). Finland Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 10 No. 4 2008

Eurostat (2017), *Self-perceived health and well-being*, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>

Folkhälsomyndigheten (2017), *Psykisk hälsa – Nationella folkhälsoenkäten*, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/>

Folkhälsomyndigheten (2016), *Folkhälsan i Sverige 2016 Årlig rapportering*, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23257/Folkhalsan-i-Sverige-2016-16005.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2016), *Nationella folkhälsoenkäten* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2016/november/nya-siffror-om-folkhalsan-2016/>

FPA:s statistiska årsbok (2015), http://www.kela.fi/documents/10180/1630875/Statistical_Yearbook_of_the_Social_Insurance_Institution_2015.pdf/883b1394-71a6-48c3-b0e9-224571c0bcfe

Gerber, A. J. et al. (2011), *A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy*. Am J Psychiatry 168:1.

Shedler, J. (february-march 2010), *The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy*. American Psychologist.

Germany Health Insurance System (2017), *German Health Care System – an Overview* <http://www.germanyhis.com/compulsory-health-insurance-germany/>

Gesetz über die Berufe des Psychologischen *Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* (Psychotherapeutengesetz – PsychThG). <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/BJNR131110998.html>

Glenngård. A. H. (2015), *Primärvården efter vårdvalsreformen valfrihet, kvalitet och produktivitet*, https://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/07/primarvarden_efter_vardvalsreformen.pdf

Goodyer et al. (2016), *Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multi-centre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial*.

Hau S. (ed.) & Leuzinger-Bohleber M. (ed.), *Psychoanalytic Therapy, German Society for Psychoanalysis, Psychotherapy, Psychosomatics and Depth Psychology* <https://www.scribd.com/document/135901883/Psychoanalytic-Therapy>

Hau S. (2017), *Behandling av psykisk ohälsa i Tyskland*, Seminarium i Riksdagen den 22 februari 2017

Kela (2016), *Rehabiliterande psykoterasi*, <http://www.kela.fi/web/sv/16-64-ar-psykoterasi>

Knekt et al. (2016), *The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment*. Psychological Medicine, Page 1 of 14. Cambridge University Press 2016.

Kela (2012), *National Health Insurance: What it covers*, <http://www.kela.fi/web/en/national-health-insurance>

Lambert, M. J. (2013), *The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy*, I M. J. Lambert, (red), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 6th Edition (ss. 169–218). New York: Wiley.

Lindfors et al. (2015), *The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up*. Journal of Affective Disorders 173 (2015) 31–38

Modern psykologi (2015-11-25) Thomas Heldmark, Freud bor i Berlin. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2016), *Nya siffror: Psykisk ohälsa ökar bland unga*, <https://www.mucf.se/nya-siffror-psykisk-ohalsa-okar-bland-unga>

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2016), *Ungas psykiska ohälsa*, <https://www.mucf.se/ungas-psykiska-ohalsa>

Nationella självskadeprojektet (2016), *Vad vet vi om självskadebeteende?*, <http://nationellasjvalvskadeprojektet.se/om-sjvalvskadebeteende/>

Nationell samordnare inom området psykisk hälsa (2016), <http://samordnarepsykiskhalsa.se/uppdraget/>

OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

OECD (2016), *Mental Health and Work Sweden*, http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/mental-health-and-work-sweden_9789264188730-en#.WNpODRjCveQ#page2

Psykodynamisktforum (2015), *Så fungerar offentligt finansierad psykoterapi i Finland och Tyskland*, <http://psykodynamisktforum.se/landsting/sa-fungerar-offentligt-finansierad-psykoterapi-i-finland-och-tyskland/>

Reinhard Busse (ed.). Germany – Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 16 No. 2 2014

Regeringskansliet (2015), Ur budgetpropositionen för 2016: *Förbättrad psykisk hälsa för unga*, <http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2015/09/ur-budgetpropositionen-for-2016-forbatttrad-psykisk-halsa-for-unga/>

Regeringskansliet (2012), *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*, <http://www.regiondalarne.se/wp-content/uploads/2016/01/prio-psykisk-ohalsa-plan-for-riktade-insatser-inom-området-psykisk-ohalsa-2012-2016-s2012.pdf>

Region Skåne (2013), *Vårdval avseende psykoterapi*, https://www.skane.se/globalassets/styrandedokument/rf_130617_arende-15.pdf

Riksdagen (2015), http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/tillaggsdirektiv-till-nationell-samordnare-for_H4B1106

RP 68/2010 rd, <http://www.finlex.fi/sv/esitykset/he/2010/20100068.pdf>

Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning (2016), *Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne*, https://www.slf.se/upload/Lokalföreningar/MellerstaSkane/oversyn_halsoval_anell.pdf

Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C (2006), *Cost of depression in Europe*. J Ment Health Policy Econ. Jun;9(2):87–98.

Sobocki P, Lekander I, Borgström F, Ström O, Runeson B (2007), *The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005*. Eur Psychiatry. Apr;22(3):146-52.

Socialstyrelsen (2017), *Statistikdatabas för diagnoser i slutenvård*, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>

Socialstyrelsen (2017), *Statistikdatabas för diagnoser i öppen vård*, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserioppenvard>

Socialstyrelsen (2017), *Statistikdatabas för dödsfall*, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>

Socialstyrelsen (2017), *Statistik för läkemedel*, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel>

Socialstyrelsen (2016), *Behandlingsåtgärder vid psykisk ohälsa*, <http://www.kunskapsguiden.se/alldre/Teman/behandlingsatgarder-psykisk-ohalsa/Sidor/default.aspx>

Socialstyrelsen (2016), *Depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation*, <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Kunskapsunderlag/Rekommendationer/Sidor/Lakemedelsbehandling-av-depression-angestsyndrom.aspx>

Socialstyrelsen (2016), *Läkemedel*, <http://www.kunskapsguiden.se/alldre/Teman/behandlingsatgarder-psykisk-ohalsa/Sidor/behandlingsatgarder-vid-psykisk-ohalsa-lakemedel.aspx>

Socialstyrelsen (2016), *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning Remissversion*, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20405/2016-12-6.pdf>

Socialstyrelsen (2016), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2016*, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20105/2016-3-16.pdf>

Socialstyrelsen (2013), *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>

Socialstyrelsen (2013), *Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19016/2013-3-15.pdf>

Social- och hälsovårdsministeriet (2016), *Kommitté dryftar reform av rehabiliteringssystemet*, http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/komitea-pohdii-kuntoutuksen-uudistamista?_101_INSTANCE_yr7QpNmJm-Sj_languageld=sv_SE

Stockholms Stadsmission (2017), *Remissyttrande till Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning*.

Stockholms Stadsmission (2016), *Barn- och Ungdomsrapporten 2016*, <https://www.stadsmissionen.se/sites/default/files/files/Barn-%20o%20ungdomsrapport%202016%20Psykisk%20ohalsa%20bland%20barn%20och%20unga.pdf>

Suomalainen Lääkäriseura. *Duodecim. Depressio*. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00044>

Sveriges kommuner och landsting (2016), *Överenskommelsen för psykisk hälsa 2017*, <https://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/overenskommelsenpsykiskhalsa.234.html>

Sveriges Radio (2016), *Psykoterapi minskar sjukfrånvaro i Tyskland*, <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=96&artikel=6514774>

Sveriges Radio (2016), *Lång eller kort terapi?*, <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1650&artikel=6514615>

Sveriges radio (2015), <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/641198?programid=1316>

The Economist Intelligence Unit (2014), *Germany leads Europe in dealing with mental illness*, <http://www.eiimedia.com/index.php/latest-press-releases/item/1515-germany-leads-europe-in-dealing-with-mental-illness>

Tyska Vetenskapsrådet för Psykoterapi (2007), *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie – Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. <http://www.wbpsychotherapie.de/>

U.S National Library of Medicine (2016), *A guide to psychotherapy in Germany: Where can I find help?*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed-health/PMH0072697/>

Vänsterpartiet (2015), *280 miljoner kronor till ungas psykiska hälsa*, <http://www.vansterpartiet.se/280-miljoner-kronor-till-ungas-psykiska-halsa>

Vårdgivare Skåne (2015), *Psykoterapi*, <http://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/lov/psykoterapi2/>

Vårdgivare Skåne (2017), *LOV - hälso- och vårdval*, <http://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/lov/#23106>

©Stockholms Stadsmission

Textproduktion: Paues Åberg Communications, professor Clas Rehnberg, Karolinska Institutet samt Inger Ekbohm, Marika Hjelm Siegwald och Maria von Sydow, Stockholms Stadsmission

Referensgrupp: Marika Hjelm Siegwald, Inger Ekbohm, Anna Johansson och Maria von Sydow, Stockholms Stadsmission

Grafisk form: Petter Paulin

Illustrationer/bilder: Elever från Estetklassen Bild och Form, Fryshuset Gymnasium våren 2017

Tryck: Taberg Media Group. Uppdaterad version 2017-09-21.

www.stadsmissionen.se