

Psykisk ohälsa – en tickande bomb



Ett jobbcentrum i Bromley, Kent, i augusti 2009. Enligt officiell statistik var arbetslösheten i Storbritannien närmare 8 procent under årets andra kvartal.

FOTO: CARL DE SOUZA/AFP PHOTO-SCANPIX

Psykisk ohälsa är på väg att bli ett av våra största samhällsproblem. Det menar arbetsmarknadsforskaren Richard Layard, professor emeritus vid London School of Economics. Med Storbritannien som exempel vill han visa att det är nödvändigt med breda satsningar på terapi av hög kvalitet. Men rätten till arbete måste också ses som en central del av människors väg tillbaka till ett gott liv.

För utomstående betraktare står det klart att alltför lite görs till förmån för dem som lider av psykisk ohälsa i dagens Storbritannien. Jag vill hävda följande:

- Ett stort antal människor lider i det tysta. Många får ingen behandling för sitt lidande och de samhällsekonomiska kostnaderna blir alltmer betungande.

- Vi har kunskap om effektiva botemedel för lidandet, men saknar i nuläget resurser för att omsätta kunskapen i praktik. Särskilt saknas tillgång till kognitiv beteendeterapi (KBT) och annan evidensbaserad psykoterapi.

- Genom en större utbildningsinsats kan vi inom fem till tio år möta behovet av terapeuter. För att detta ska bli kostnadseffektivt krävs dock att utbildningen och terapin håller god kvalitet.

- Arbete är en viktig del av behandlingen och rehabiliteringen för många patienter. För närvarande är gruppen individer med psykisk ohälsa som får förtidspension i Storbritannien större än det totala antalet arbetslösa. Men det finns pilotprogram som visar att många förtidspensionerade kan komma tillbaka i arbete.

Detta är alltså mina fyra teman: lidandets omfattning och kostnader, vetenskapen

om effektiva botemedel, kvalitetssäkrade behandlingscentrum för terapeutisk verksamhet, samt arbetets nyckelroll för rehabiliteringen.

OM MAN FRÅGAR SIG vilka som är olyckligast i vårt samhälle, blir svaret inte de fattiga utan människor som lider av psykisk ohälsa. Det framgår av en brittisk undersökning, där upplevelsen av att vara olycklig visade sig vara tre gånger så starkt kopplad till psykisk ohälsa som till fattigdom.

För närvarande satsas merparten av de offentliga medlen för åtgärder mot psykisk ohälsa på en kvarts miljon människor som lider av psykos. Samtidigt finns cirka en miljon människor drabbade av depression och fyra miljoner som lider av ångest i klinisk mening. För de två senare grupperna finns nästan ingen behandling alls, fränsett några minuter hos husläkaren och recept på psykofarmaka. Men många människor vill inte ha piller – de vill ha terapi.

En stor undersökning visade att mindre än hälften av dem som drabbats av depression fick någon typ av behandling, och färre än 10 procent fick psykoterapi. För dem som lider av ångest i klinisk mening kan dessa siffror halveras. ➤

► Situationen är fullständigt oacceptabel. En person som lider av kronisk fysisk sjukdom, som astma, högt blodtryck eller hudsjukdom, erbjuds specialistvård. Men denna grundregel gäller alltså inte dem som plågas av psykisk ohälsa.

Det finns två skäl till denna underlåtenhet. Det första är stigmatiseringen av de psykiskt sjuka. Det andra är samhällets osedvanligt långsamma reaktion på att vi i dag har effektiva behandlingsformer – vilket vi inte hade för femtio år sedan.

I dag finns psykofarmaka som inom fyra månader effektivt förmår hjälpa 60 procent av dem som lider av depression. Vi har också terapiformer, särskilt KBT, som uppnår samma resultat genom en session per vecka. Risken att insjukna på nytt i depression efter avslutad medicinering minskar om patienten också har fått tillgång till KBT.

I kostnadstermer är det alltså inte självklart att det är medicinering som är mest effektivt. Dessutom finns det många människor som inte vill ta psykofarmaka, och det av mycket rimliga skäl: de vill helt enkelt uppleva att de själva har kontroll över sin sinnesstämning.

Mot denna bakgrund anser brittiska *National Institute for Health and Clinical Excellence* (som ger vårdrekommendationer av liknande slag som Socialstyrelsen ger i Sverige, översättarens anm.) att kognitiv beteendeterapi ska erbjudas, eftersom den är lika effektiv som antidepressiv medicin. I anslutning till riktlinjerna presenteras också beräkningar som visar att sådan behandling betalar sig rent ekonomiskt, samtidigt som den ger uppenbara hälsovinster för patienterna.

Trots detta kan riktlinjerna inte omsättas i praktiken, därför att det råder brist på KBT-utbildade terapeuter. Nästa steg för att förbättra vården för människor med psykisk ohälsa måste alltså bli att utbilda terapeuter med sådan kompetens. Det är hög tid att konkretisera diskussionen om hur detta ska bli verklighet.

En rimlig uppskattning visar att cirka en miljon människor per år i Storbritannien

skulle efterfråga terapi. Om man räknar med tio sessioner per patient krävs ungefär 10 000 fler terapeuter än i dag.

TVÅ TYPER AV TERAPEUTER behövs: kliniska psykologer som leder satsningen och mer specialiserade terapeuter som erbjuds en tvåårig deltidstudium. Det finns mycket stor efterfrågan på utbildningsplatser i klinisk psykologi, så det borde vara möjligt att utbilda cirka 5 000 fler sådana inom fem eller tio år. Till exempel kan två års deltidstudium erbjudas personer med lämpliga erfarenheter och meriter, exempelvis sjuksköterskor inom psykvården och socialarbetare. Förutsättningen är att de efter utbildningen sadlar om och blir terapeuter på heltid.

Om satsningen ska betala sig är det helt nödvändigt att utbildningen håller god kvalitet. Halvdana insatser duger inte och den terapeutiska verksamheten måste vila på en helt annan kunskapsnivå än den rådgivning som många allmänläkare nu erbjuder sina patienter.

Hur ska då behandlingen organiseras för att uppnå största möjliga effektivitet? Jag vill peka på fem kriterier: Patienter bör för det första erbjudas behandling i närheten av sitt hem. Terapin bör bedrivas med effektiv översyn och under professionell ledning. Varje terapeut bör ingå i ett team där man samarbetar och stöttar varandra. För det fjärde måste resurser öronmärkas så att de nationella riktlinjerna kan upprätthållas. Slutligen bör organisationen vara så likartad som möjligt i hela landet, så att information om vården exempelvis kan förmedlas i nationella media.

DESSA KRITERIER KAN inte uppfyllas inom ramen för ett husläkarsystem, utan i stället vill jag föreslå ett system med behandlingscentrum. På detta sätt kan översyn och utvärdering av verksamheten underlättas, liksom internutbildning och utveckling i yrket. Systemet borde också göra det möjligt att matcha terapeuter och patienter, och därmed utnyttja de personella resurserna så effektivt som möjligt. Sist men inte minst ska

husläkaren, om patienten så önskar, kunna hållas ovetande om behandlingen.

Dessa behandlingscentrum skulle ledas av psykologer/terapeuter och främst erbjuda kognitiv beteendeterapi. De bör dessutom vara fristående från de kommunala team för psykisk ohälsa som främst behandlar patienter med svårare diagnoser.

Ett rimligt mål är ungefär ett behandlingscentrum per 250 000 invånare inom fem år från i dag. Viss behandling kan äga rum vid dessa centrum, men terapeuterna ska framför allt finnas vid husläkarmottagningarna. Behandlingen sker enligt tydliga nationella riktlinjer och dess effektivitet bör utvärderas med standardiserade metoder.

BÄTTRE VÅRD FÖR MÄNNISKOR med psykisk ohälsa är ett absolut krav, men samtidigt ska man inte glömma bort att arbete ofta är en viktig del i rehabiliteringen. Ett sådant perspektiv gynnar förstås också skattebetalarna, som finansierar samhällets kostnader för alla som står utanför arbetsmarknaden.

Men här finns flera hinder att överbrygga. Det är till exempel ofta lättare för läkarna att förorda sjukskrivning än att diskutera rehabilitering. Dessutom brukar intresset från arbetsgivarhåll vara svagt när det gäller psykiskt sjuka människor.

Den brittiska regeringen har dock nyligen sjösatt ett pilotprojekt för att råda bot på problemen. Personer med förtidspension får i projektet en gång per månad träffa en rådgivare och diskutera sina förutsättningar att arbeta. De erbjuds även arbetsförberedande träning, och allmänläkare utbildas i att inse de många vinsterna med att få arbeta.

Resultaten hittills har varit synnerligen goda. I områden där pilotprojekten pågått har andelen förtidspensionärer som återvänt i arbete under de första sex månaderna ökat med hela 50 procent. Hur man än väljer att mäta så överstiger vinsterna projektens kostnader.

Pilotprojekten borde därför snarast dras igång över hela Storbritannien, och arbetsgivare borde göras mer vänligt sinnade till dem som lider av psykisk ohälsa. Det visar

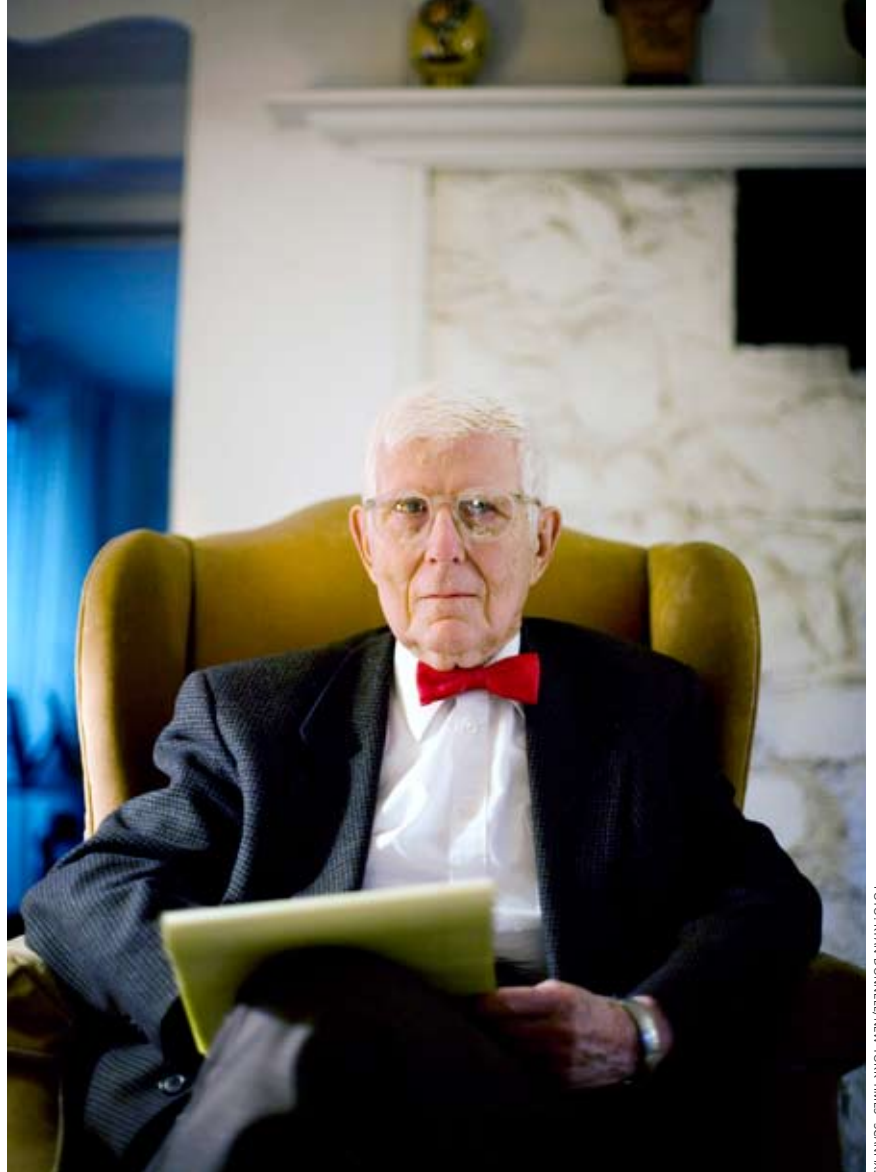


FOTO: RYAN DONNELLY/NEW YORK TIMES-SCANPIX

sig att alla tjänar på att människor ges en andra chans.

JAG HAR ÄGNAT HUVUDETEN av mitt arbetsliv åt arbetslöshetsfrågan. Massarbetslösheten var tidigare en skam för Storbritannien och en del svårigheter återstår fortfarande att lösa. Men i dag är det psykisk ohälsa som är vårt största sociala problem – större än arbetslöshet och större än fattigdom.

Våra politiker måste inse faktum, att så upplevs problemen av den tredjedel av alla brittiska familjer som är drabbade av psykisk ohälsa. Tecken tyder på att man från politikerhåll börjar orientera sig i rätt riktning. Nu är det dags att politikerna också börjar agera.

Richard Layard är professor emeritus i arbetsmarknadsforskning vid London School of Economics. Artikeln har tidigare publicerats i tidskriften CentrePiece.

Översättning: Susanne Alm

Det var på 1960-talet som den amerikanske psykiatern Aaron Beck utformade den kognitiva beteendeterapin. Beck menar att deprimerade personer formar negativa bilder av sig själva, omvärlden och framtiden. Hans terapi bygger på medvetandet – inte det omedvetna – och på nuet snarare än det förflutna.