

Till

Anna Nergårdh

Utredningen

Samlad utveckling för god och nära vård

2020-06-15

## **Synpunkter på utredningsuppdraget att utveckla en ny vårdform för lättare psykisk ohälsa inom primärvården**

NSPH vill genom denna skrivelse framföra synpunkter på utredningens tilläggsuppdrag att utveckla en ny vårdform för lättare psykisk ohälsa. Uppdraget har många aspekter som är viktiga i vårt arbete så vi utvecklar och diskuterar dem gärna mer vid ett kommande möte. Vår förhoppning är att vi under hösten 2020 ska ha en fortsatt dialog kring våra synpunkter men även kring andra idéer eller förslag som utredningen överväger.

### **Patienternas upplevelse avgörande när målgruppen definieras**

Även om det finns en oro för att självskattningar ska leda till att målgruppen blir för stor är det viktigt att man inte behöver kvalificera sig för den nya vården genom att först få en psykiatrisk diagnos. Om man skapar kriterier som tydligt begränsar målgruppen riskerar satsningen på förebyggande insatser och tidiga insatser att utebli. Att målgruppen kan komma att bli stor och mångfasetterad menar vi att man får lösa genom att genomföra differentieringar och länka till andra vård- och servicegivare i nästa steg.

### **Insatser bör sättas in omgående**

Vi vill lyfta fram vikten av tidiga insatser. Risken för att ohälsan blir långvarig eller bestående ökar markant redan efter ganska kort tid. Många har också levt med sina problem under lång tid (månader och år) innan de söker hjälp.

Väntelistor är ingen god idé i denna verksamhet. Om man måste vänta på behandling är det viktigt att andra stödjande och pedagogiskt inriktade insatser kan pågå under tiden. Detta kräver att vården får tillräckliga resurser – både för psykologisk behandling och för stödjande och pedagogiska insatser.

### **Ett breddat behandlingsutbud**

Den absolut vanligaste kritiken - från patienter, brukare och anhöriga med psykisk ohälsa – mot primärvårdens verksamhet är att man där bara får psykofarmaka (oftast antidepressiva). Sådan medicin förskrivs för lättvindigt, för mycket och sällan erbjuds patienterna någon annan form av behandling. Uppföljningen av behandlingen är för dålig - och läkarna underskattar för det mesta patientens biverkningar och andra negativa effekter av behandlingen. Många patienter beskriver också att deras önskemål om psykologisk behandling sällan leder till någon åtgärd. Här tycks finnas stor variation – mellan regioner, vårdcentraler och olika läkare. En växande grupp patienter som får psykologisk behandling – via psykolog på vårdcentralen eller remiss till annan verksamhet - är överlag mycket positiva.



### **Behandlingen skall utformas i samråd med patienten**

Vården ska enligt lagstiftningen utformas och genomföras tillsammans med patienten. När patienten är delaktig ökar möjligheterna till tillfriskande och återhämtning.

Vi anser att patientens personlighet, läggning, livsstrategier och preferenser ska kunna påverka valet av behandling/insats, vilket tyvärr ofta en främmande tanke – både inom primärvården och i specialistpsykiatrin. Vårdsökande är olika och ser olika på vilka behandlingar och psykoterapeutiska metoder man vill ha. Många anser att de kan ha nytta av flera olika - beroende på vilka problem de för tillfället behöver ha hjälp med och på hur deras livssituation ser ut just då.

### **Psykisk och somatisk ohälsa vid ångest och depression**

Vi vill även lyfta fram den höga förekomsten av psykiatrisk- och somatiska samsjukligheter som finns inom området ångest och depression.

Integration av psykiatrisk och somatisk bedömning är viktigt så att man inte skapar ny ”stuprör” när den nya verksamheten ska byggas upp. Psykiska besvär påverkar den somatiska hälsan och omvänt. Vi vet att den som lider av psykisk ohälsa inte bara har sämre allmäntillstånd, utan även får sämre somatisk vård. Att sjukvården inte sällan missat allvarliga somatiska besvär, som bortförklaras som psykiska. Vi vill betona vikten av att det vid behov tidigt görs utredningar även av patientens somatiska hälsa.

### **Samsjuklighet – psykisk ohälsa och missbruk/beroende**

Att denna grupp far illa mellan vårdens och omsorgens stuprör fick stor uppmärksamhet under 2019. Bristerna gäller inte enbart psykiatrin, beroendevården och sjukvården utan i hög grad också primärvården. Det är många ungdomar och unga vuxna som drabbas.

Personer som söker hjälp för psykiska eller somatiska besvär och har eller har haft en beroendeproblematik hänvisas ofta till beroendevården eller socialtjänsten. Inte sällan sker detta utan att någon godtagbar somatisk undersökning och utredning har genomförts. Många av dessa patienter har mycket små möjligheter att få en bedömning av sin psykiska hälsa utan hänvisas regelmässigt tillbaka till beroendevården där vården går ut på att lämna urinprov under ett antal månader för att visa att man är drogfri. Att bli drogfri är svårt när man inte har något stöd. Inom brukarrörelsen ser vi att en erfarenhetsbaserad stödjande gruppverksamhet skulle kunna vara avgörande för att motivera denna grupp att inte återfalla i beroende och därmed diskvalificera sig från behandling.

### **Lättare psykisk ohälsa är ofta långvarig**

Lättare psykisk ohälsa kan vara kortvarig eller episodisk – kriser av olika slag. Men ångest och depression kan också vara långvariga tillstånd, inte sällan sträcker sig problemen – med varierande intensitet - över många år. Samsjukligheten är hög, det vill säga personen kan ha flera olika diagnoser samtidigt eller varierande över tid.

Allt bör göras för att förhindra att människor inte hamnar i den grupp som får långvarig och allvarlig ohälsa. Här finns åtskilliga faktorer som behöver uppmärksammas i förebyggande syfte. De som trots allt får en långvarig ohälsa/funktionsnedsättning, ska erbjudas fullgod vård.



## **Relationen mellan patient och behandlare**

Vid alla psykiska tillstånd – inte minst ångesttillstånd och depression – är relationen mellan behandlaren och patienten av största vikt. Det måste finnas ett förtroende och den enskilde måste känna sig sedd och respekterad. Vi vill därför särskilt lyfta fram frågan om bemötande.

Den nya lagstiftningen inom området patienträtt och patientsäkerhet ska följas men det är inte tillräckligt för att nå framgång. Först och främst måste alla personer och professioner som är inblandade bemöta patienten som en jämlike. Vidare måste behandling och behandlingsplaner som upprättas vara korrekt förankrade med patienten.

Dokument om delaktighet och bemötande får inte bli papperstigrar. Teori måste omsättas i praktik. Vi har sett att vården slarvar när det gäller patientens delaktighet och rätt att göra sin röst hörd. Det är lätt att hasta fram en plan för att uppfylla lagens krav. Detta kan ske i form av ett på förhand fixerat förslag som presenteras för patienten eller genom att personalen ställer ledande frågor.

Behandlarens attityder, värderingar och förhållningssätt är mycket viktiga. Många vittnar om att det är behandlaren som person och den relation de fått som varit viktig och verksam – inte så mycket metoden som sådan. Men vanligast är att patienterna inte fått möjlighet att välja. De har fått vad det funnits tillgång till eller det som behandlaren bestämt.

Primärvård riktad till personer med lättare psykiska problem är rimligen ett av de områden där värdet av mänskliga resurser i behandlingen av patienterna är störst. Och behovet av förtroendefulla samtal viktigast.

## **Stigma och självstigma**

Stigmatisering är en företeelse i samhället som har sin utgångspunkt i samhällets fördomar och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa. Stigmatiseringen förorsakar negativ särbehandling och diskriminering på olika nivåer i samhället – allt ifrån strukturell och institutionell diskriminering till individuell.

Självstigmatisering innebär att du som patient tar över och införlivar samhällets fördomar och negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa. Detta utgör en stark motkraft till de behandlingsinsatser som ges. Fördomarna kring psykisk ohälsa är enligt modern forskning lika vanliga - eller till och med vanligare - i yrkesgrupper inom vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa.

Hos professionen finns också känslan av otillräcklighet, brist på resurser, begränsat behandlingsutbud, att vården har så lite att erbjuda. Men där finns inte sällan också en överskattning av den egna förmågan och samtidigt en underskattning av vad patienten själv och andra återhämtade personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa kan bidra med.

## **Primärvårdens personalresurser**

De resurser som idag finns i primärvården är i regel: allmänläkare, sjuksköterska, kurator/socionom (ibland) och psykolog (sällan). Med dessa resurser kan primärvården erbjuda antidepressiv läkemedelsbehandling, psykosocialt stöd och begränsade psykologiska interventioner.



I de rapporter vi får om situationen i primärvården framkommer ofta att befintlig vårdpersonal inte är rustad att hantera lättare psykisk ohälsa. Enligt NSPH:s uppfattning behövs det fortbildning av befintlig personal och en rejäl personalförstärkning för att primärvården ska kunna vara stommen i vården av personer med lättare psykisk ohälsa. Hittills har det talats för lite om behovet av mer resurser.

### **Bättre resurser, nya tjänster och kompetensutveckling inom primärvården**

Den erfarenhetskunskap som finns inom patient- brukar- och anhörigrörelsen måste börja användas för att utveckla kunskaperna om psykisk ohälsa i primärvården.

Det finns stora problem med gapet mellan patienterna och professionen när det gäller valet av behandling och hur man ser på värdet av olika behandlingar. Det gäller både vid nyinsjuknande där många blir besvikna när de söker hjälp och för patienter som levt många år med sin sjukdom.

För många är den dominerande känslan och upplevelsen låg tillit och tilltro till att de kan få hjälp från vården. De har inget hopp om att kunna bli bättre, känner frustration över bemötandet, fyrkantigheten, bristen på inflytande och delaktighet, bristen på alternativ, resursbrist och väntetider. Många känner sig ifrågasatta, att de inte är viktiga, de får dålig feedback på sina frågor och önskemål. Det råder brist på kontinuitet, tydlighet och förutsägbarhet.

### **Kunskap om hur man bäst tar hand om sig själv för att må så bra som möjligt i livet. (Dialogfråga 1)**

Det är inte ovanligt att brukarna saknar kunskap om hur man bäst tar hand om sig själv men det är ännu vanligare är att man saknar lust och motivation att använda de kunskaper man faktiskt har. Man hittar inte ett sätt att komma igång och göra det som man egentligen vet att man mår bra av. Man saknar hopp, livslust och meningsfullhet. Man saknar medmänniskor som är positiva förebilder som man kan ha en dialog med.

Inom primärvården finns idag en hel del kunskap om hur kost, motion, stress, och sömnsvårigheter och alkohol- och droganvändande har negativa effekter på den psykiska och fysiska hälsan. Däremot saknas ofta kunskap och vilka strategier, metoder och förhållningssätt som kan användas för att förmedla denna kunskap till patienter/brukare och förmå dem att omsätta sin kunskap i praktiken. Vården saknar ofta strategier och metoder för hur man kan förmedla dessa kunskaper och färdigheter till brukarna.

Inom flera andra viktiga områden finns förvånansvärt lite kunskap, exempelvis följande:

- Privatekonomi - hur får man sina pengar att räcka bättre, ofta ett tabuområde i Sverige.
- Allmän social livskunskap, hur man planerar sin tillvaro och andra saker som man inte har lärt sig eller tränat tillräckligt på.
- Hur kan man klara av myndighetskontakter (exempelvis med Försäkringskassan) något som ofta skapar stor oro och ångest. Det är inte ovanligt att man uteblir, inte vågar tala om sina egentliga svårigheter eller bara försöker vara till lags.
- Hur man kan hantera stigma och diskriminering?
- Hur man stärker sin självkänsla och motverkar självstigma?



- Hur man lär sig identifiera och hantera jobbiga situationer eller triggers?
- Hur man kan hantera andra former av beroende (än droger) och undvika situationer som man vet är energitjuvar eller på andra sätt kommer att bli jobbiga?

### **Ny syn på våldsökande**

Det första som måste förändras är vården och omsorgens attityder, den rådande synen på brukare och patienter med psykisk ohälsa. Vi ser inte sällan verksamheter där man – aningslöst och omedvetet - utvecklat en bemötandekultur som gör det svårt för brukarna att känna delaktighet och vinna tillit till personalen. Detta försvårar gemensam vårdplanering och möjligheten att framgångsrikt genomföra vård- och stödinsatser.

Den kunskap- och det förhållningssätt vi efterlyser finns ofta hos patienter, brukare och anhöriga och deras intresseorganisationer. Där har man sedan många år – inom ramen för olika projekt – utvecklat strategier och metoder inom olika problemområden. Men man saknar resurser och möjligheter att marknadsföra och sprida metoderna när projekten är avslutade.

Lösningen står att finna i ett organiserat långsiktigt samarbete mellan vården/omsorgen och brukarrörelsen. Vi återkommer till detta längre fram i skrivelsen.

### **Kunskap om hur man bör förstå tidiga tecken som kan leda till exempel ångest, sömnproblem, depression eller självmord samt kunskap om hur man agera när man själv eller någon närstående drabbas (Dialogfråga 2)**

Överlag finns för lite kunskap om hur man kan uppmärksamma och förstå tidiga tecken på psykisk ohälsa. Det är svårt att fånga in sådana signaler i de manualer och bedömningsinstrument som vården använder.

Tidiga signaler kan däremot uppmärksammas av erfarna behandlare med fina känslspröt. Inom brukarrörelsen har man ibland utvecklat en sådan erfarenhetsbaserad kunskap som gör att man är lyhörd.

Den bäst utvecklade kunskapen om just suicid finns förmodligen inom den självmordsförebyggande verksamhet som utvecklats i samarbete mellan regioner, forskare och brukarorganisationer inom detta område. Utredningen föreslås vända sig direkt till Suicide Zero och SPES angående denna fråga.

### **Bättre samverkan mellan primärvården och det civila samhället i frågor som rör psykiskt välbefinnande (Dialogfråga 3)**

Lösningen inför framtiden står även här att finna i ett organiserat långsiktigt samarbete mellan vården/omsorgen och brukarrörelsen. De verksamheter vi skisserar lämpar sig väl för samverkansformen Idéburet Offentligt Partnerskap (IOP).

### **Ytterligare förslag**

#### **1. Inrätta tvärprofessionella team för lättare psykisk ohälsa inom primärvården**

Inrätta tvärprofessionella team för att ta emot personer med lättare psykisk ohälsa i primärvården där minst en person har egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Teamen kan exempelvis bestå av 1 specialistkompetent sjuksköterska, 1–2 peer supportrar och 1 socionom eller psykolog.



På senare år har kunskap och praktik, med stöd av forskning, kunnat visa på mervärden av verksamhet som utförs av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Peer support innebär att dessa personer med stöd av sin egen erfarenhet arbetar som professionella kamratstödjare. Detta skapar mervärden som inte andra professioner kan erbjuda.

Brukare/patienter får en ökad tillit och motivation när de tillsammans med den professionella kamratstödjaren kan spegla sig i de gemensamma erfarenheterna. Innehållet i insatserna rör sig ofta om stödjande och pedagogiskt baserad verksamhet inom områden som återhämtning, egenmaktsutveckling, nyorientering och att motverka självstigmatisering.

Vanliga verksamhetsområden för peer support har hittills varit psykiatrisk hälso- och sjukvård, socialpsykiatri och arbetsrehabilitering. Det pågår också diskussioner om att vidga verksamheten till primärvård, skola samt ungdomsmottagningar och andra verksamheter som vänder sig till ungdomar och unga vuxna.

I ett pågående projekt i Västra Götaland har peer supportrar via webben fungera som dialogpartners och coacher till patienter inom primärvården. Projektet utvärderas av forskare som jämför webbaserad KBT med webbaserad KBT samt webbaserad peer support. Resultaten för den grupp som fått både terapi och peer support är mer positiva.

Ett alternativ är att egnerfarna brukare anställs och sköts av vården. Sådana modeller har prövats i Sverige och internationellt men resultaten har inte varit lika positiva. Peer supportrar som anställs och "ägs" av vården eller omsorgen har ofta tilldelats andra arbetsuppgifter än att vara just professionella kamratstödjare.

Eftersom de saknar kontakt med brukarrörelsen och andra brukare bli deras inriktning mer och mer som en personal med ordinarie arbetsuppgifter. De har visserligen egen erfarenhet av psykisk ohälsa men arbetar inte specifikt med de verktyg, metoder och förhållningssätt som har utvecklats inom brukarrörelsen. Dessutom har avhopp, utbrändhet och långtidssjukskrivning varit mindre vanligt bland de supportrar som har stöd och handledning från den regionala brukarrörelsen.

En ansvarsfördelning som är på väg att utvecklas till en standard i Sverige är följande.:

- Anställning och arbetsgivaransvar för professionella kamratstödjare ligger på huvudmännen (de verksamheter där de arbetar).
- Ansvaret för utbildning, fortbildning, implementeringsstöd (både till peer supportrar och till verksamheter), handledning, kollegial reflektion och dialog med patienter, brukare och anhöriga ligger däremot på den regionala brukarrörelsen.

Genom en sådan ansvarsfördelning bygger man upp en god samverkan och dialog mellan brukarrörelsen och verksamheterna. Man minskar påtagligt risken för att peer supportrar blir utbrända eller långtidssjukskrivna.

Man slår vakt om peer supportrarnas viktiga kamratstödjande funktion och erbjuder dem möjlighet till långsiktig utveckling. På sikt hoppas vi att peer support ska bli en självklar kompletterande yrkeskategori inom vård, omsorg och utbildning med inriktning på psykisk hälsa/ohälsa.

Sverige ligger efter andra länder i den utveckling som pågår. Det har hittills inte funnits intresse från departement, statliga myndigheter eller SKR att utreda eller initiera verksamhet





med peer support. Däremot växer intresset för verksamheten underifrån bland professionella, FOU-enheter och bland huvudmän.

Med stöd av Allmänna arvsfonden och ett antal huvudmän har ett antal pilotverksamheter genomförts och utvärderats. 2020 finns eller planeras implementering av peer support i ett tiotal regioner. I Västra Götaland, Stockholm stad och Region Skåne finns verksamheter som har pågått under flera år och kontinuerligt utvärderats av forskare från Forskningscentret CEPI.

## **2. Ge oss möjlighet att bidra med en sannare bild av hur den nya vårdformen utvecklas**

Vi vet mycket lite om vad de vårdinsatser som ges vid psykisk ohälsa i primärvården har för effekt. Ändå är det inom primärvården den största av psykiatrins patientgrupper får sin behandling. Det saknas kvalitativa system för uppföljning, som mäter vårdens behandlingsresultat och hur effektiv vården är i förhållande till de kostnader den medför.

Man kan anta att ett stort antal av de människor som sjukskrivs under långa perioder får sin behandling inom primärvården. Det tar i allmänhet många månader eller år innan dessa patienter blir aktuella inom specialistpsykiatri. Många är redan när de är i primärvården att betrakta som långtidssjuka. De kan dessutom ha drabbats av utanförskap och arbetslöshet. Samhällskostnaderna för denna grupp är mycket stora.

Det borde vara angeläget att skapa uppföljningssystem som låter patientens egen bedömning av hälsoutfall spela en tydlig roll. Ett sådant system skulle vara till stor nytta för alla. Det skulle möjliggöra uppföljning av en enskild behandling och av varje vårdgivares resultat. Jämförelser mellan vårdgivare skulle underlättas och därmed även utvecklingen av vården.

Ett sätt att påbörja ett uppföljningssystem inom primärvården kan vara att från början planera in och genomföra brukarrevisioner av den nya vårdformen. Brukarrevisioner kan beställas från den regionala brukarrörelsen och omfattar kartläggning av verksamheten, framtagande av intervjuformulär och/eller enkät, genomförande av granskningen, sammanfattning, analys och presentation av resultat samt återkoppling och uppföljning till patienter/ brukare och till verksamheten. Brukarrevisionerna bör återupprepas och kontinuerligt följa upp hur vården utvecklas.

## **3. Ge plats för medverkan från brukarrörelsen och funktionsrättsrörelsen**

Oavsett om patienter är nöjda med vården och omsorgens insatser eller om de är kritiska och missnöjda ska de bli lyssnade till. Detta oavsett om vården och omsorgen upplever att de är besvärliga eller följsamma. Personer som är aktiva som spetspatienter eller i levande bibliotek är särskilt kunniga och intresserade och lagom kritiska, men de representerar oftast enbart sig själva. Risken är då att man väljer bort alla de som inte kvalificerar sig som särskilt kunniga och intresserade. Det vill säga de allra flesta.

Om man vänder sig till brukar- eller funktionshinderrörelsen får man del av en bred och samlad erfarenhet och kunskap. Vår metodik är empirisk, det vill säga att vi genom att fortlöpande samla in erfarenheter bildar oss en uppfattning om hur patienter, brukare och anhöriga upplever vården och dess effekter. När vi stöter på företeelser eller frågeställningar som verkar särskilt problematiska eller är svåra att få grepp om genomför vi rådslag eller fördjupade undersökningar. Det kan vara enkäter, intervjuer, fokusgrupper eller



brukarrevisioner. Eftersom den psykiska ohälsan och vägarna till att bli frisk eller återhämtad varierar från individ till individ samlar vi in och sammanställer mångas erfarenhet och kunskap. Vi begränsar oss inte till medlemmar utan går ut brett och inhämta synpunkter från alla som är intresserade. Det skapar en positiv mångfald

Vi är medvetna om att ett skäl till att vända sig till Levande bibliotek eller Spetspatienter är att brukar- och funktionsrättsrörelsen inte varit tillräckligt bra på att ta fram relevanta och kvalificerade representanter. Men gör vårt bästa att bli bättre på detta.

I framtiden ser vi gärna att primärvården prioriterar öppenhet och forum där brukare får tycka till. Men det får inte ske på bekostnad av den demokratiska fristående brukarrörelsens inflytande och delaktighet. Den samlade kunskapen om hur insatserna kan förbättras på individ, verksamhets och systemnivå – helhetsperspektivet - får inte gå förlorad.

#### **4. Brukarmedverkan i frågor om kompetensförsörjning och kompetensutveckling**

Detta område bör utvecklas. Trots att prognoserna pekar mot en mycket allvarlig brist på personal inom vården intresserar man sig inte för hur utbildare själverfarna personer, exempelvis Peer supportrar, brukarcoacher, mentorer och brukarrevisorer skulle kunna innebära en både kvantitativ och kvalitativ förstärkning av vårdens kompetensförsörjning. Socialstyrelsen och SKR borde få ett uppdrag att snarast ta tag i denna fråga och brukar- och funktionshinderrörelsen bör vara representerad i detta arbete.

Interprofessionellt lärande lyfts fram och man har med alla tänkbara yrkesgrupper i sina förslag - men man missar den nya viktiga yrkesgruppen av själverfarna peer supportarbetare. Det är de som man skulle ha mest att lära av om de bjöds in att medverka i det interprofessionella lärandet.

#### **5. Anhörigas behov bör uppmärksammas i utredningen**

Anhöriga behöver stöd - både i egenskapen som stödjure till sina närstående och för att de själva mår dåligt och behöver stöd. Flera studier visar att många anhöriga själva blir sjuka för att vård- och omsorgsbördan blir dem övermäktiga. Svensk vård och omsorg är dock väldigt fokuserad på den individ som behöver insatser och glömmer lätt bort de anhöriga som också berörs av att någon i familjen eller i ens närhet blir sjuk eller har en funktionsnedsättning. Detta trots att vi vet att många anhöriga, även barn, drar ett tungt lass för att stödja och ställa upp för sina närstående.

Vår utgångspunkt är att anhöriga har rätt att själva ha ett bra och självständigt liv utan att tyngas av en orimligt stor vård- och omsorgsbörda och en ständigt gnagande oro med täta akututryckningar. För att nå dit krävs att de anhöriga känner sig trygga med att ens närstående får bästa möjliga vård och omsorg. Idag är detta ett stort svart hål i primärvården. Inte ens de förstärkta vårdcentralerna – till exempel Gustavsberg – har något att er bjuda de anhöriga.

#### **6. Standardisering och manualbaserade metoder bör kompletteras**

Utredningens inriktning på tydliga strukturer, standardisering och manualbaserade metoder skulle behöva kompletteras med öppnare, flexiblare och mer behovsanpassat stöd – gärna bedrivet i samverkan med civilsamhället och brukarrörelsen. Sådan verksamhet finns inte i de verksamheter som utredningen ser som sina förebilder – Gustavsberg, Uppsala, Norge och England. Detta är en svaghet som riskerar att glömmas bort när den nya vårdformen för lättare





psykisk ohälsa ska fortsätta utredas. Det man talar om – utredningen, myndigheterna och politikerna - är manualbaserade, KBT-inspirerade psykoterapeutiska metoder. Det är inte dåligt, men otillräckligt och inte relevant i alla situationer och insatser.

### **Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa**

**Ann-Kristin Sandberg**  
**Ordförande NSPH**