

Dokumentation:

Barrierer for optimal psykiatrisk behandling

**Ekspertter har defineret og dokumenteret ti barrierer,
som hindrer den bedst mulige behandling af psykisk
syge danskere**

Forfattere:
Jeanett Bauer
Hanne Børner
Pia Jeppesen
Karin Højen Johannesen
Anne Lindhardt
Merete Nordentoft
og Poul Videbech

Indhold

Introduktion

Side 3

Barriere 1: Behandlingen er ikke ensartet

Af Jeanett Bauer

Side 5

Barriere 2: Patientforløb er ikke tilstrækkeligt koordinerede

Af Anne Lindhardt

Side 8

Barriere 3: Udredning og behandling af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter er utilstrækkelig

Af Merete Nordentoft

Side 10

Barriere 4: Der er for lang ventetid på udredning og behandling

Af Jeanett Bauer

Side 16

Barriere 5: Psykiatrisk forskning er underprioriteret

Af Poul Videbech

Side 18

Barriere 6: Ny viden implementeres ikke hurtigt nok

Af Poul Videbech

Side 20

Barriere 7: Ressourcerne kunne anvendes mere hensigtsmæssigt

Af Jeanett Bauer

Side 24

Barriere 8: Pårørende inddrages ikke i tilstrækkeligt omfang

Af Anne Lindhardt

Side 28

Barriere 9: Der er ikke tilstrækkeligt fokus på kompetenceudvikling

Af Jeanett Bauer og Karin Højen Johannesen

Side 30

Barriere 10: Der mangler klare, dokumenterbare effektmål for behandling

Af Merete Nordentoft

Side 34

.....

Børne- og ungdomspsykiatri

Barriere 1-10

Af Pia Jeppesen og Hanne Børner

Side 36

Introduktion

Baggrunden for denne dokumentationsrapport er arbejdet i en Psykiatri Tænketank. I maj 2012 mødtes denne tænketank i Jægersborg til to hele dage med drøftelser af, hvilke barrierer der står i vejen for, at danskere med psykisk sygdom kan få den optimale behandling.

Psykiatri Tænketanken blev arrangeret af Dagens Medicin i samarbejde med PsykiatriFonden og Dansk Psykiatrisk Selskab, som udpegede følgende eksperter:

- **Anne Lindhardt**, centerchef, Psykiatrisk Center København, formand for Psykiatrifonden
- **Birgitte Bechgaard**, ledende psykolog, Hvidovre Hospital
- **Bodil Andersen**, praktiserende psykiater, Roskilde
- **Gitte Haussman**, speciallæge i psykiatri, Aarhus
- **Hanne Børner**, klinik- og centerchef, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup
- **Ida Hageman**, overlæge, Psykiatrisk Center København
- **Inge Birkemose**, overlæge, Behandlingscenter Odense
- **Jan Jørgensen**, ledende overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hus, Odense
- **Jan Mainz**, professor, ledende overlæge, ph.d., Syddansk Universitet & Psykiatrien i Region Nordjylland
- **Jeanett Bauer**, formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge, ph.d., Psykiatrisk Center København
- **Jens Buchhave**, ledende centeroverlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland
- **Jesper Karle**, praktiserende psykiater, dr.med., Ppclinic
- **Jette Dam-Hansen**, praktiserende læge, Aarhus
- **Karin Højen Johannesen**, ledende oversygeplejerske, psykiatrien Region Sjælland
- **Katinka Moltke**, overlæge, Psykiatrisk Center København
- **Kjeld Andersen**, overlæge, psykiatrisk afdeling, Odense
- **Knud Kristensen**, landsformand, Sind
- **Kristen Kistrup**, formand for Dansk Selskab for Distriktspsykiatri, centerchef på Psykiatrisk Center Frederiksberg
- **Lars Kessing**, professor, overlæge, dr.med., Psykiatrisk Center København
- **Leif Gjørtz Christensen**, direktør for job og velfærd, Viborg
- **Lene Agersnap**, praktiserende læge, Aarhus
- **Lene Nyboe**, fysioterapeut, cand.scient.san., ph.d.-studerende, Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitetshospital Risskov
- **Martin Lund**, direktør for Hovedstadens psykiatri, cand.scient.adm., Region Hovedstadens Psykiatri
- **Merete Nordentoft**, professor, overlæge, dr.med., Psykiatrisk Center København

- **Mia Greisen Søndergaard**, 1. reservelæge, ph.d., Psykiatrisk Center København
- **Nicole Rosenberg**, adjungeret professor, chefpsykolog, Psykiatrien i Region Midtjylland
- **Per Fink**, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet og Klinik for Funktionelle lidelser, Neurocentret, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus
- **Per Jørgensen**, cheflæge, dr.med., Region Midtjylland, Viborg
- **Peter Treufeldt**, vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri, København
- **Pia Glyngdal**, klinikchef, Psykiatrisk Center København
- **Pia Jeppesen**, forskningsoverlæge, ph.d., Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup
- **Poul Videbech**, professor, ledende overlæge ved Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitetshospital
- **Runa Sturlason**, ledende overlæge, Regionspsykiatrien Randers
- **Sonja Strøm Rasmussen**, ledende overlæge, psykiatrisk afd., Odense
- **Søren Breckjær**, vicedirektør, Psykiatrien Region Sjælland
- **Søren Dinesen Østergaard**, læge, ph.d.-studerende, Psykiatrien i Region Nordjylland
- **Thomas Middelboe**, ledende overlæge, ph.d., Psykiatrisk Center København

Tænketanken afsluttede sit møde med at udpege de ti væsentligste barrierer for den optimale psykiatriske behandling.

Efterfølgende har Jeanett Bauer, Anne Lindhardt, Poul Videbech, Merete Nordentoft, Karin Højen Johannesen, Hanne Børner og Pia Jeppesen dokumenteret disse barrierer, og dokumentationen er samlet i denne rapport for dermed at skabe et kvalificeret grundlag for det videre arbejde med at finde løsninger.

Kristian Lund
 Chefredaktør
 Dagens Medicin

Barriere 1

Behandlingen er ikke ensartet

Af Jeanett Bauer

Formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge, ph.d., Psykiatrisk Center København

Denne barriere hænger delvis sammen med barriere 4: 'Der er for lang ventetid på udredning og behandling', barriere 6: 'Ny viden implementeres ikke hurtigt nok' samt med barriere 9: 'Der er ikke tilstrækkelig fokus på kompetenceudvikling'.

Uensartethed i behandling afspejler sig på flere områder:

- Uensartet diagnostik (ensartet behandling afhænger af ensartet diagnostik)
- Uensartet adgang til behandling
- Forskelle, hvad angår såvel indlæggelse som ambulante behandling
- Forskelle i data fra de få eksisterende kvalitetsmål (NIP)

Data

Danske Regioner har i de senere år lagt arbejde i at benchmarke den psykiatriske behandling i de fem regioner. Benchmarking er foretaget med det formål at anvende en række parametre på at afdække praksis med hensigten at komme tættere på bedst mulig praksis. Foreløbig er det mundet ud i rapporter for hhv. 2009 og 2010 (1,2). Af benchmarkingrapporterne fremgår det, at der er en række forskelle i regionerne, hvad angår organisering, aktivitet og økonomi. Det skal understreges, at benchmarking er foretaget på baggrund af aktivitetstal, og således ikke giver entydigt bud på kvalitet eller effekt.

Igennem en årrække har skizofreni været en af de sygdomme, der registreres under det Nationale Indikatorprojekt (NIP). Data herfra viser, at der er forskelle i udredning og behandling.

Diagnostik

At sikre en ensartet – god – behandling har som første fase at få stillet en korrekt diagnose. Benchmarkingrapporterne demonstrerer, at der er forskel på diagnostisk praksis i de fem regioner. Som eksempel har Region Hovedstaden 30-50 pct. flere patienter med skizofreni end de øvrige regioner, Region Midt har 30 pct. flere patienter med en affektiv diagnose, og Region Syd har 70-100 pct. flere patienter med organiske lidelser (formentlig i høj grad demens). I Region Sjælland har flere en nerves-stressrelateret diagnose. I et vist omfang kan diagnoserne godt afspejle regulære forskelle. Det vides f.eks., at forekomsten af skizofreni er højere i storbyer (3), formentlig delvist et migrationsfænomen. Det kan dog ikke forklare de store forskelle alene. Forskellene må også antages at have sammenhæng med forskellige diagnostiske traditioner, betinget af faglige miljøer, samt tilstedeværelse af særlig faglig kompetence i specialiserede tilbud (stærkt fagligt miljø inden for demens i Region Syddanmark og inden for affektiv lidelse i Region Midt). Det kan dels betyde højere diagnostisk standard, dels at der faktisk findes mulighed for udredning. Endvidere kunne man overveje, om den relativt højere speciallægemangel i Region Sjælland måske kan medføre, at diagnostik ikke altid

foretages af højt kvalificerede – hvilket i teorien kan føre til mere 'forsigtige' diagnoser.

Danske Regioner har i 2011 udgivet en rapport om kvalitet i psykiatrien. Rapporten blev udarbejdet bl.a. på baggrund af benchmarkingrapporterne og som resultat af et møde, regionerne afholdt i januar 2011: 'Psykiatriens topmøde'. Her deltog en lang række centrale aktører inden for psykiatrien samt aktører med tætte relationer til psykiatrien. Rapporten beskriver en række indsatsområder, som regionerne vil arbejde med i de kommende år for at øge kvaliteten (4). Bl.a. skal de psykopatologiske kompetencer og udredningen styrkes, og regionerne ønsker i høj grad at satse på pakkeforløb for at standardisere og kvalificere behandlingen. Pakkeforløbene vil bl.a. tage udgangspunkt i eksisterende faglige retningslinjer. Her er det dog vigtigt at påpege, at der aktuelt langtfra er opdaterede, nationale kliniske retningslinjer på alle psykiatriske sygdomsområder.

Adgang til behandling

Benchmarkingrapporterne beskriver store forskelle i antal af ambulante besøg for forskellige diagnosegrupper. Der er altså forskel på, hvor tæt en ambulante behandling der tilbydes, f.eks. for skizofrene patienter, fra region til region (tabel 1).

Der er procentuelt flere borgere i psykiatrisk behandling i Region Syddanmark. Det dækker næppe over, at flest psykisk syge vælger bopæl her – især ikke i forhold til hovedstadsområdet – men formentlig over forskelle i tilbud og aktivitet.

Tabel 1. Antal patienter i voksenpsykiatrisk behandling opdelt på bopælsregion per 1000 indbyggere i 2009

	Antal patienter	Antal patienter per 1000 indb.	Andel af regionens indb. der er i psykiatrisk behandling i %
Nordjylland	7.126	15,7	1,6
Midtjylland	18.806	19,6	2,0
Syddanmark	23.668	25,5	2,5
Hovedstaden	29.370	22,4	2,2
Sjælland	12.772	20,1	2,0
Hele landet	91.742	21,4	2,1

Kilde: Landspatientregistret

Anm: Patienter i psykiatrisk behandling, både indlagt og i ambulante behandling

Anm: Voksenpsykiatrien er defineret som patienter på 18 år eller derover

Udbud af læger og psykologer i sekundærsektoren er heller ikke ens regionerne imellem. I Region Hovedstaden er der 48 patienter pr. læge/psykolog, mod 106 i region Sjælland.

Adgang til særlige tilbud som f.eks. OPUS (tidlig intervention for førstegangs psykotiske), opsøgende psykoseteams er ikke ens i forskellige områder af landet.

Tilgængelighed til praktiserende psykiatere er – i lighed med praktiserende speciallæger i andre specialer – meget forskellig landet over. Den største koncentration af speciallæger findes i Region Hovedstaden. På landsplan blev der i 2009 givet 121 ydelser i speciallægepraksis pr. 1.000 borgere – et tal, der dækker over en spændvidde fra 85 til 159 pr. 1.000 indbyggere i hhv. Region Syddanmark og

Region Hovedstaden. (Se endvidere barriere 4 om ventetid).

Indlæggelse versus ambulante behandling

Der er ikke ensartet standard i forhold til indlæggelser. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er højest i Region Nord og lavest i Region Sjælland – hhv. 50 og 23 dage. Samtidig er der forskel på, hvor hyppigt genindlæggelse forekommer (14-22 pct.), samt ret store regionale forskelle på, hvilke diagnosegrupper der hyppigst genindlægges. Region Nord har f.eks. den højests genindlæggelsesfrekvens blandt skizofrene patienter, mens Region Hovedstaden har højeste genindlæggelsesfrekvens af personlighedsforstyrrede. Forskellene i disse overordnede mål har formentlig sammenhæng med de ambulante behandlingstilbud.

Intensiteten af de ambulante tilbud følger forskellene i indlæggelserne. Regionerne med mange indlæggelser har også mange ambulante besøg.

Kvalitetsmål – NIP

I psykiatrien er NIP (5) implementeret for sygdommene skizofreni og depression. Sidstnævnte er først startet i 2011, og data haves endnu ikke.

Opgørelse af NIP-data demonstrerer, at udredning og behandling dels ikke lever op til de ønskede standarder på en række områder, dels at der er forskelle regionerne imellem.

Eksempler:

- Andelen af patienter med nydebuteret skizofreni, der ses af speciallæge, varierer fra 84-91 pct. (lavest i Region Midt, højest i Region Nord).
- Andelen af patienter med nydebuteret skizofreni, der udredes med diagnostisk interview, varierer fra 35-70 pct. (lavest i Region Sjælland, højest i Region Midt).
- Andelen af patienter med nydebuteret skizofreni, der får foretaget kognitiv udredning, varierer fra 34-51 pct. (lavest i Region Hovedstaden, højest i Region Syd).
- Andelen af skizofrene patienter, hvis pårørende får tilbud om psykoedukation (hvilket evidensbaseret har betydning for forløb, rehabilitering og risiko for tilbagefald), varierer fra 76-92 pct. (lavest i Region Sjælland, højest i Region Nord).

Tvang

Sundhedsstyrelsen opgør årligt registrering af tvangsanvendelse – frihedsberøvelse, tvangsbehandling og fysisk magtanvendelse (6). Disse opgørelser er imidlertid nationale, de opgøres ikke regionsvis eller på centerniveau. Det vanskeliggør sammenligning og dermed en af mulighederne for at arbejde systematisk med at nedbringe tvang.

Referencer

1. Benchmarking 2009. Danske Regioner, 2010
2. Benchmarking 2010. Danske Regioner, 2011
3. Laursen, TM et al. A comparison of selected risk factors for unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia from a danish population-based cohort. 2007. J.Clin.Psychiatry; Nov;68(11):1673-81
4. Kvalitet i psykiatrien. Danske Regioner, 2011
5. NIP-data skizofreni på sundhed.dk
6. Anvendelse af tvang i psykiatrien 2010. Sundhedsstyrelsen, 2011

Barriere 2

Patientforløb er ikke tilstrækkeligt koordinerede

Af Anne Lindhardt

Centerchef, Psykiatrisk Center København, formand for PsykiatriFonden

Kompleksiteten af psykiske lidelser og deres sociale konsekvenser betyder ikke sjældent, at flere sektorer og behandlingsregier er involverede i forhold til den enkelte patients behandlings- og rehabiliteringsforløb. Et mere omfattende patientforløb vil typisk rumme såvel ambulante behandling som støtte fra kommunen som f.eks. hjemmevejleder, socialpsykiatrisk bosted, hjemmesygeplejerske, jobforvaltning samt kontakt til det somatiske sygehusvæsen og den alment praktiserende læge. Hertil kan komme tiltag i forhold til eventuelle børn. Mange systemer og personer er involverede, og den eneste, der bærer kontinuiteten, er patienten og måske dennes pårørende. Overgange og kontinuitetsbrud kan ske såvel inden for den enkelte sektor som mellem sektorerne og kan såvel skyldes uoverensstemmelse imellem systemernes handlemuligheder i henhold til lovgivning som fortolkning, og det skal have individuelle grunde hos det involverede personale.

Fordelingen af det offentlige ansvar mellem en sundhedssektor, en socialsektor og en jobsektor stiller store og indimellem urealistiske krav til samarbejdet og medfører ikke sjældent, at patienterne bliver kasterbolde imellem systemerne.

Koordinering og kontinuitet har været nøgleord siden distriktpsykiatriens start og beskrives fortsat som en forudsætning for en vellykket deinstitutionalisering (1,2,3).

Kontinuitet er ofte forstået som en langvarig ubrudt kontakt mellem én patient og én behandler. I realiteten et uhensigtsmæssigt krav, når det gælder de komplekse forløb. I stedet beskriver Målsætningsrapport for kvalitet i voksenpsykiatrien kontinuitet forstået som en dynamisk proces, der »indebærer en planlagt og ubrudt bevægelse af patienten gennem behandlingssystemets forskellige elementer, en bevægelse der udelukkende bestemmes af patientens behov« (p. 27) (4). Denne opfattelse har overvejende vundet indpas.

De to kvalitetsrapporter (4,5) beskriver de 'kritiske faser' i patientforløb som faser, der kræver samarbejde mellem sektorer og/eller regier. Det drejer sig om henvendelsesfasen, udredningsfasen, behandlingsfasen, stabiliseringsfasen, rehabiliteringsfasen og afslutningsfasen. Disse kritiske faser findes såvel under indlæggelse som under ambulante behandling og er principielt uafhængige af diagnoser, men afhængige af behov for social støtte. Målsætningsrapporten for kvalitet i distriktpsykiatrien (5) anbefaler, at der indføres en behandlingsplan, der gælder for alle faser i et behandlingsforløb uafhængigt af aktuelt behandlingsregi. Man kan konstatere, at først med indførelse af akkreditering i psykiatrien er dette krav blevet opfyldt.

For at sikre sammenhæng i behandlingen blev i en årrække anbefalet en organisatorisk model, der vægtede en distriktpsykiatrisk organisering med kontinuitet mellem sengeafsnit (stamafsnit)

og distriktpsychiatrisk team – idet samme personale skulle følge patienten såvel under indlæggelse som ambulant (6). Selv om der har eksisteret en række projekter, der afprøvede denne model, har den ikke for alvor vist sig bæredygtig.

De landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser i psykiatrien senest foretaget i 2009 rummer som en af de seks hovedoverskrifter: Tilfredshed med koordination og kontinuitet. Undersøgelsen viste, at lidt under 70 pct. havde aftaler efter udskrivning. Tallet var faldet fra lidt over 80 pct. ved den foregående undersøgelse i 2005. Noget lignende gjaldt samarbejdet mellem instanser. Ca. 40 pct. angav, at de savnede behandlingstilbud (7).

Efter strukturreformen er der kommet en mere klar økonomisk ansvarsfordeling mellem sundhedsvæsen og socialvæsen. Det betyder, at hver sektor er selvrådende i sin beslutningskompetence. Samtidig er psykiatri og somatik adskilt, så det, der før kunne være et samarbejde inden for rammerne af samme sygehusorganisering, skal nu reguleres gennem samarbejdsaftaler mellem forskellige sygehuse. Psykiatrien arbejder med behandlingsplaner, socialvæsenet har sociale handleplaner, og jobforvaltninger har ligeledes jobhandleplaner. De tre typer af planer er ukoordinerede, og der er intet forpligtende samarbejde omkring den enkelte patient.

Der er gjort en række forskellige tiltag på lovgivnings- og forvaltningsplan. Psykiatriloven indførte i 1998 udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i et forsøg på at forpligte de mange aktører i forhold til den enkelte patient. Imidlertid har det været meget trægt at få disse aftaler til at fungere. (8).

Sundhedsloven indfører samarbejdsaftaler og samordningsudvalg mellem de psykiatriske afdelinger og de enkelte kommuner.

Den seneste rapport fra danske regioner om kvalitet i psykiatrien (9) anbefaler formaliserede lokale saamarbejdsaftaler med somatikken, der bl.a. indeholder aftaler om gensidigt tilsyn og undervisning.

Shared care imellem psykiatrien og almen praksis anbefales (10) som endnu en vej til at komme over barrieren i patientforløb for patienter med ikke-psykotiske lidelser.

Barrieren er således velkendt og veldokumenteret, har eksisteret længe, der er gjort mange men ineffektive forsøg på at overkomme den. Akkrediteringen efter den danske model kan måske være medvirkende til at nedbryde barrieren inden for sundhedsvæsenets egne rammer, men den intersektorielle systemtræghed er vanskeligere at overkomme. Det kræver politisk og forvaltningsmæssig nytænkning at indføre fleksible modeller, der arbejder ud fra et reelt patientbehov.

Referencer

1. Bachach, L. Continuity of care for the chronic mental patients. A conceptual analysis, *American J psych*, 1981; 138: 1449-55
2. Lindhardt A, Reisby N. Distriktpsychiatriske projekter i Danmark udgående fra sygehusvæsenet. *Ugeskr læger* 1984, 146: 1733-40
3. Thornicroft G. and Szmulker G. *Textbook of community psychiatry*. Oxford University Press, Oxford 2011
4. Målsætning for kvalitet i voksenpsykiatrien. Rapport, Sundhedsstyrelsen, København, 1996
5. Målsætning for kvalitet i distriktpsychiatrien. Rapport, Sundhedsstyrelsen, København, 1998
6. Omstilling på psykiatriområdet: Afrapportering af temaplanrunde 1989-1991. Sundhedsstyrelsen, København, 1991
7. Patienterne og de pårørende har ordet. Rapport. Center for kvalitetsudvikling, Danske Regioner, Århus, feb. 2010
8. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien. Rapport, Sundhedsstyrelsen, København, 2011
9. Kvalitet i psykiatrisk udredning og diagnostik. Rapport, Danske Regioner, København, 2011
10. Hvidbog 2012-2012. Dansk Psykiatrisk Selskab, København, 2011

Barriere 3

Udredning og behandling af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter er utilstrækkelig

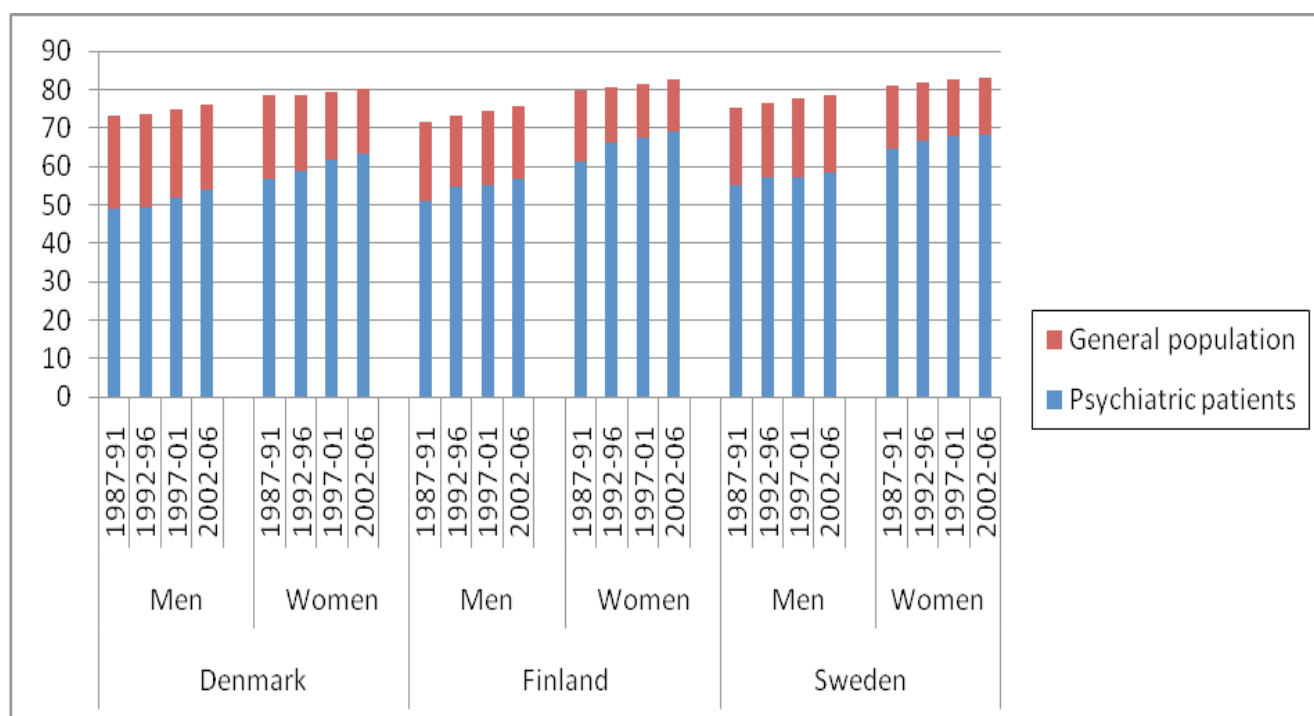
Af Merete Nordentoft

Professor, overlæge, dr. med., Psykiatrisk Center København

Overdødelighed og forkortet livslængde

Der er en kendt øget somatisk sygelighed og dødelighed på grund af somatiske sygdomme blandt mennesker med psykiske lidelser. I en stor nordisk undersøgelse er det for nylig påvist, at psykiatriske patienter lever 15 til 20 år kortere end andre mennesker (figur 1) (1). Denne overdødelighed er i nogen grad forklaret af selvmord og ulykker, men størstedelen af de tabte leveår skyldes overdødelighed på grund af somatisk sygdom (2).

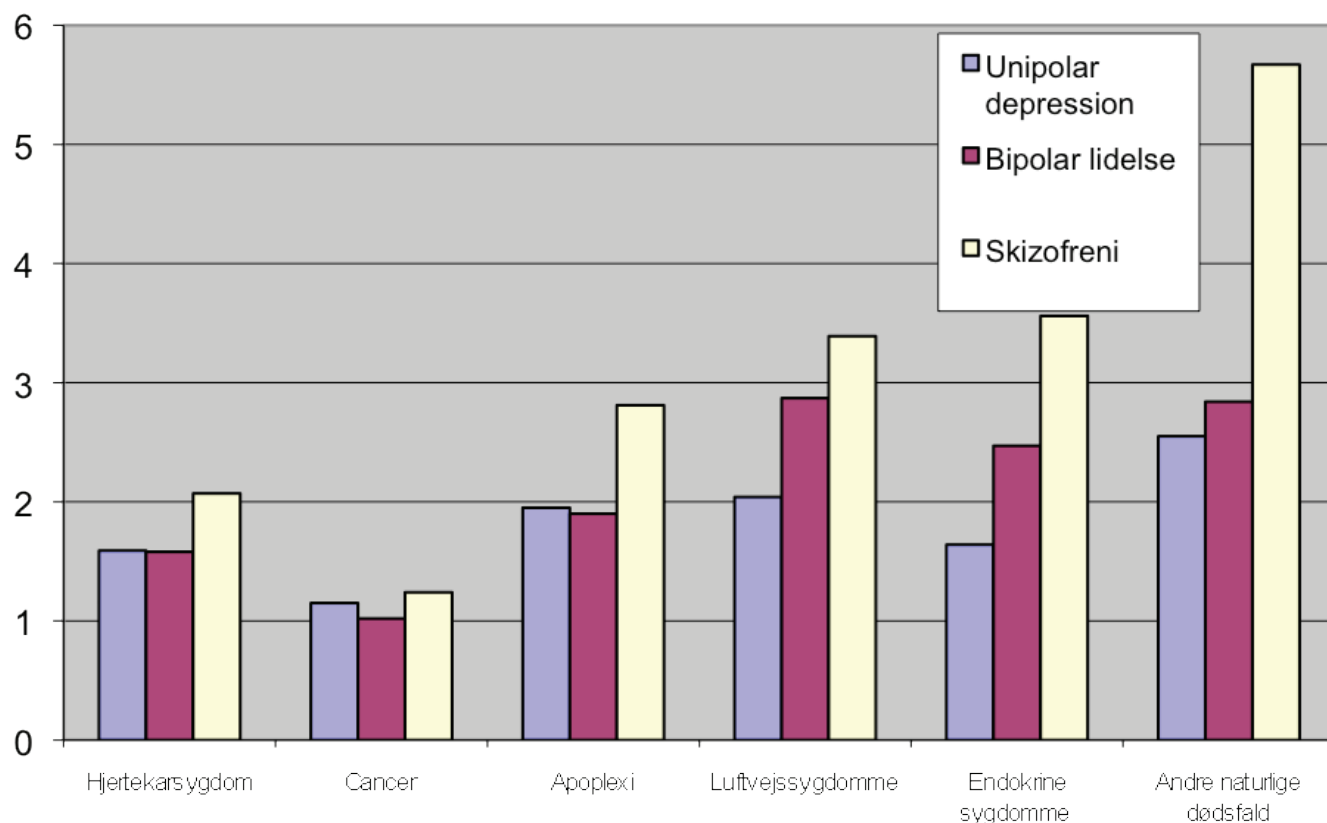
Figur 1. Forventet livslængde i baggrundsbefolkningen og blandt psykiatriske patienter i Danmark, Sverige og Finland, 1987-2006.



Kilde: Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler and Laursen, *British Journal of Psychiatry*, 2011.

Detaljerede analyser af dødelighed ved specifikke dødsårsager viser, at der er en overdødelighed på grund af praktisk talt enhver somatisk sygdom, og der er for mange sygdommes vedkommende tale om en fordobling af dødeligheden (figur 2).

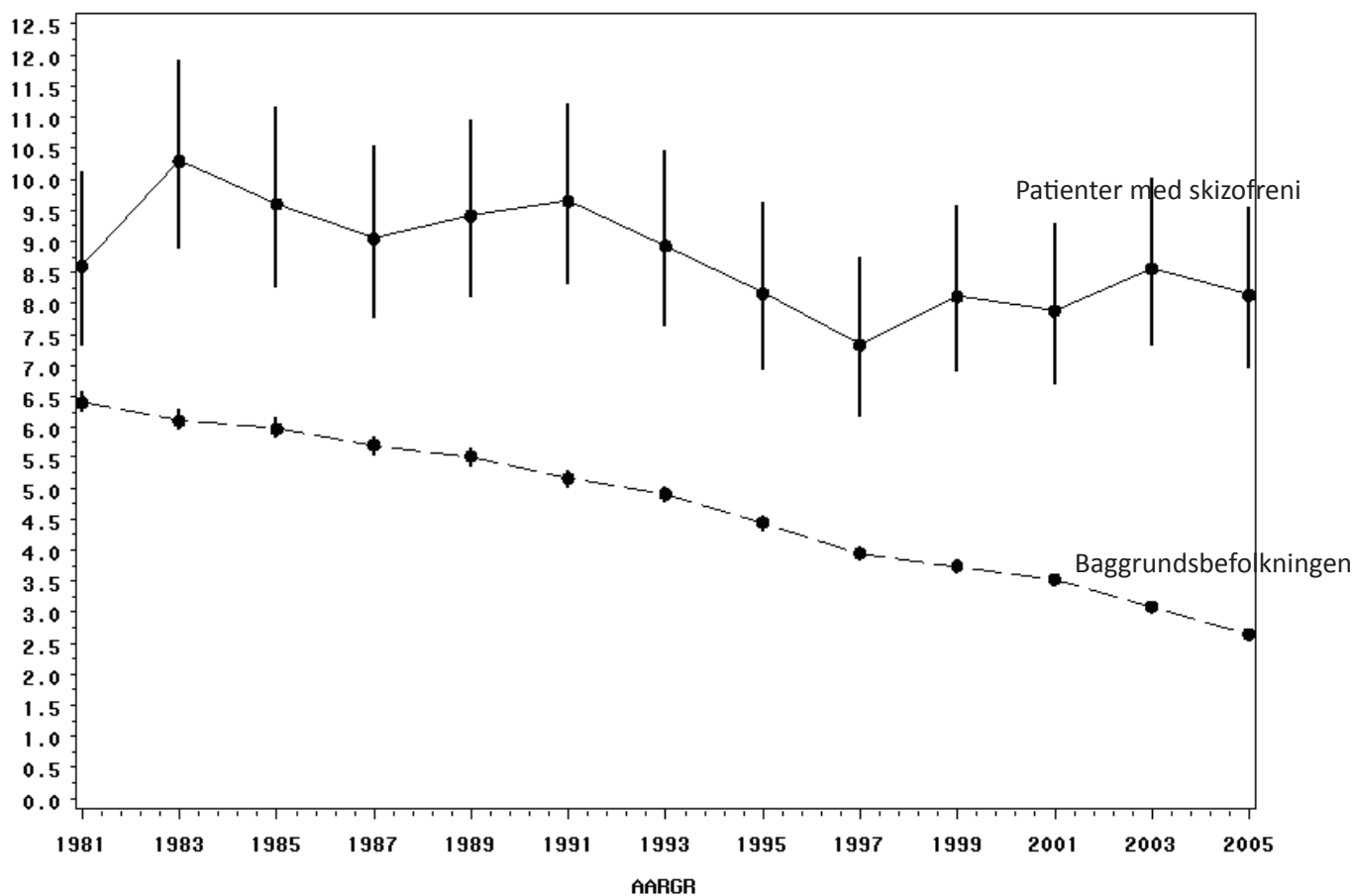
Figur 2. Overdødelighed ved specifikke dødsårsager blandt mandlige patienter med skizofreni og affektive sygdomme sammenlignet med mænd i baggrundsbefolkningen, som aldrig har været indlagt på psykiatrisk afdeling. Danmark 1973-2000.



Kilde: Laursen, Munk-Olesen, Nordentoft and Mortensen, J Clin Psych 2007.

En dansk registerundersøgelse tyder på, at der har været en stigende forskel i hjertekardødelighed mellem patienter med skizofreni og den generelle befolkning (figur 3).

Figur 3. Antal døde per 1.000 personår på grund af hjertekarsygdom blandt mænd i Danmark, 1994-2006.



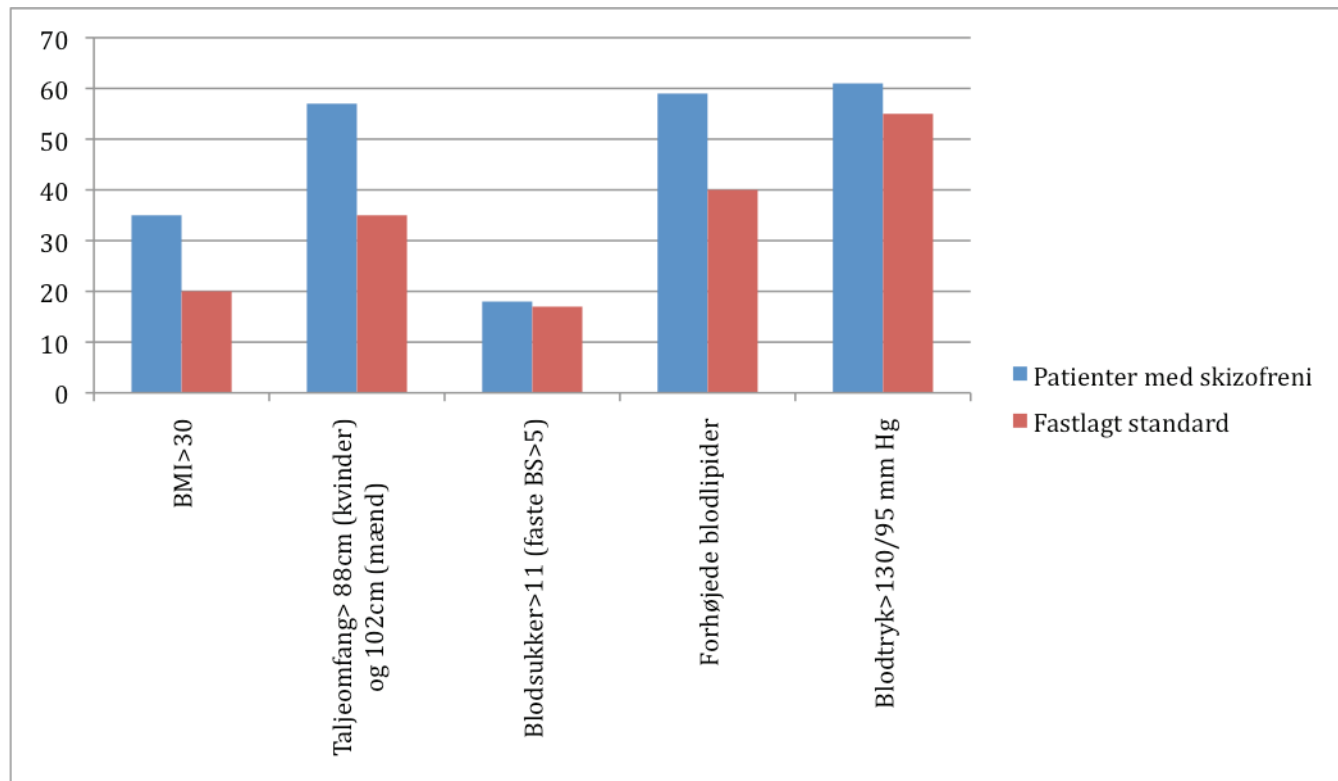
TML 14 NOV 08

Kilde: Laursen and Nordentoft, Psychiatric Research, 2010

Oversygelighed

Data fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) viser, at der blandt patienter med skizofreni er en større andel, der har risikomarkører for diabetes og hjertekarsygdom (figur 4). Blandt de 5.000 patienter med skizofreni, som i 2011 fik rapporteret data til det nationale indikatorprojekt havde 24 pct. metabolisk syndrom.

Figur 4. Risikomarkører for hjerte-kar-sygdom og diabetes blandt 5.000 patienter med skizofreni, 2011. Opgjort i procent.



Kilde: Årsrapport for Det Nationale Indikatorprojekt for skizofreni (Sundhed.dk).

Danske Regioner har i 2011 udgivet en rapport med titlen: 'Højere middellevetid for psykiatriske patienter' (3), hvori der redegøres for overdødelighed og oversygelighed, og der lægges op til, at der skal ske en intensivering af fokus på somatisk sygelighed blandt patienter med psykiatriske lidelser.

Underdiagnostik og underbehandling

Danske registerundersøgelser har vist, at patienter med psykiatriske lidelser har en høj hjertedødelighed, men sammenlignet med andre, der er døde af hjerte-kar-sygdomme, har de sjældnere været indlagt. Dette tyder på, at hjerte-kar-sygdomme er underbehandlede og formentligt underdiagnosticerede (4,5). Laursen et al (5) dokumenterede, at sandsynligheden for, at en person med psykiatrisk lidelse bliver opereret for hjertesygdom efter at have været indlagt med en hjerte-kar-sygdom, kun er halvt så stor som for en tilsvarende person med hjertesygdom og uden psykiatrisk lidelse. Dette tyder på underbehandling af hjertesygdom. Undersøgelsen kan ikke afsløre, om der er tale om, at lægerne ikke tilbyder operation til patienter, som eventuelt måtte være henvist til operation, eller om patienterne ikke møder op trods henvisning og tilbud, om patienterne ikke henvises til operation, eller om behovet for operation slet ikke udredes.

Barrierer

Der er en lang række årsager til den øgede dødelighed på grund af somatiske sygdomme. De vigtigste er formentligt livsstilsfaktorer, medicinbivirkninger i form af vægtøgning og risiko for diabetes og underbehandling af somatisk sygdom. Det er væsentligt at sætte ind på alle tre områder. I forhold til underdiagnostik og underbehandling af somatisk sygdom kan identificeres flere barrierer:

1. Patienter med psykiatriske lidelser er mindre tilbøjelige til at søge læge med somatiske helbreds-klager
2. Praktiserende læger og psykiatere fokuserer på de psykiske problemer og undlader at undersøge de somatiske problemer
3. Praktiserende læger og psykiatere, som diagnosticerer somatisk sygdom hos patienter med psykiatriske lidelser, undlader at henvise til og initiere relevant behandling
4. De psykiatriske patienter, som får diagnosticeret somatisk sygdom har ikke kapacitet til at søge og følge somatisk behandling
5. Vi ved ikke, i hvilket omfang disse forskellige barrierer spiller en rolle, men det vil være hensigtsmæssigt at undersøge, om man kan adressere alle fire barrierer.

Referencer

1. Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., El Laursen, T. M. 2011, Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders, *British Journal of Psychiatry*
2. Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Nordentoft, M., El Mortensen, P. B. 2007, Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia, *J.Clin.Psychiatry*, vol. 68, no. 6, pp. 899-907
3. Højere middellevetid for psykiatriske patienter. Danske Regioner, 2011
4. Laursen, T. M. El Nordentoft, M. 2010, Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder - Changes in the danish population between 1994 and 2006, *J.Psychiatr.Res*
5. Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Agerbo, E., Gasse, C., El Mortensen, P. B. 2009, Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder, *Arch.Gen.Psychiatry*, vol. 66, no. 7, pp. 713-720

Barriere 4

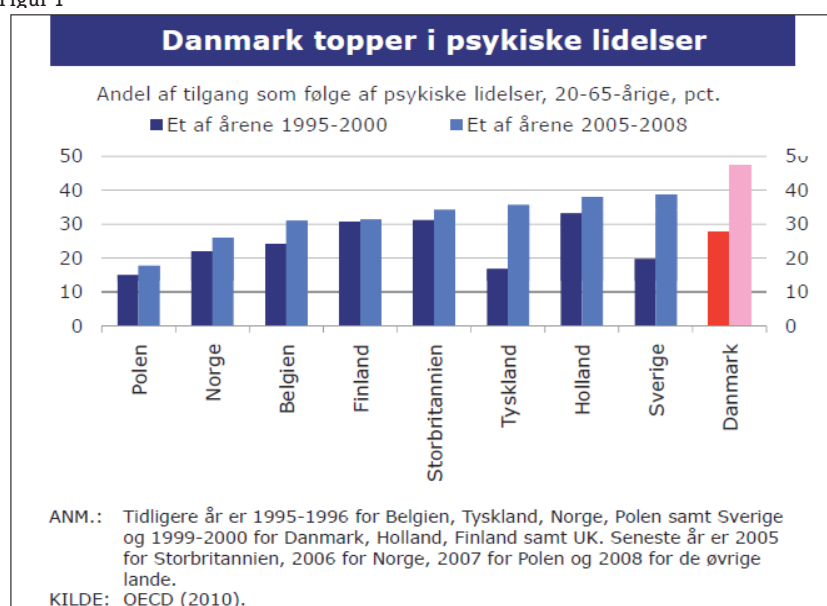
Der er for lang ventetid til udredning og behandling

Af Jeanett Bauer

Formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge, ph.d., Psykiatrisk Center København

Udviklingen i tildeling af førtidspensioner kan i et vist omfang ses som udtryk for blandt andet for lang ventetid til udredning og behandling. Danmark har på nuværende tidspunkt en førerposition blandt OECD-lande som det land, hvor flest får tilkendt førtidspension på baggrund af psykisk sygdom (figur 1).

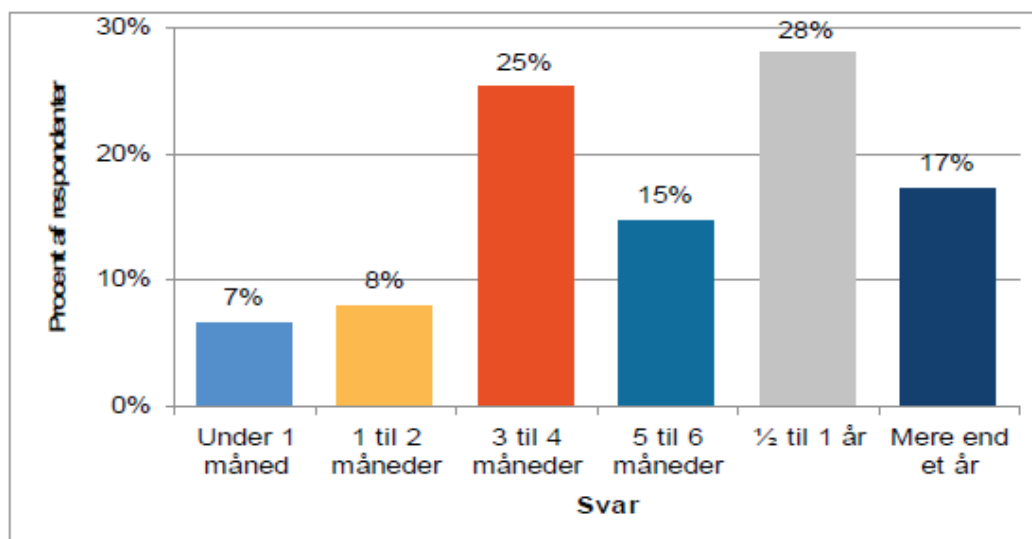
Figur 1



Omkring to tredjedele af alle de pensioner, der gives grundet en psykisk sygdom, gives i dag (2009) på grund af ikke-psykotiske sygdomme – dvs. sygdomme, der af natur kan behandles. 16 pct. af alle førtidspensioner, der gives grundet en psykisk lidelse, gives til personer under 30 år (1). Det skønnes endvidere, at omkring 50 pct. af alle langtidssygemeldte har en psykisk sygdom, der ofte ikke er diagnosticeret. Man kan således godt frygte, at en årsag til det høje antal førtidspensioner, der tilkendes i Danmark pga. psykisk sygdom, er utilstrækkelig diagnostik og behandling.

Lægeforeningen har i 2010 opgjort ventetid til praktiserende psykiater (2). Ventetiden til behandling i speciallægepraksis er uhensigtsmæssig lang – 85 pct. af patienterne venter mere end tre måneder og 45 pct. mere end seks måneder (figur 2). De praktiserende psykiatere behandler ca. 50.000 patienter årligt, heraf 25.000 nyhenviste.

Figur 2. **Hvor lang er ventetiden i din psykiatripraksis?**



Det anslås, at 80-90 pct. af patienter med angst og depression behandles i almen praksis. Der er ikke opgørelser over, hvor længe patienter, der senere henvises til praktiserende psykiater eller til sekundærsektoren, har været behandlet i almen praksis. Det er dog klinisk indtrykket, at mange patienter, når de henvises, har været syge længe. Dertil kommer så ventetid på praktiserende psykiater.

Ventetid til behandling i sekundærsektoren fremgår af Sundhedsstyrelsens opgørelse fra 2008-2010 at være gennemsnitligt 33 dage (fra 21 dage i Region Sjælland til 40 dage i Region Nord) (3). Det er primært ambulant behandling, der her er tale om, indlæggelser i psykiatrien er for ca. 90 procent vedkommende akutte (4). Der kan være betragteligt længere ventetid på specialiseret behandling. F.eks. er der aktuelt 160 patienter på venteliste til behandling i OPUS (tidlig intervention ved debuterende skizofreni) i Region Hovedstaden, og ventetiden er op til 15 mdr.

Referencer

1. Arbejdsmarkedsrapport 2010. Helbred, arbejdsliv og offentlig forsørgelse. Dansk Arbejdsgiverforening, 2010
2. Ventetid skader psykiatriske patienter. Lægeforeningen, 2011
3. Sundhedsstyrelsen
4. Den akutte indsats i psykiatrien. Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen, 2009

Barriere 5

Psykiatrisk forskning er underprioriteret

Af Poul Videbech

Professor, ledende overlæge ved Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitetshospital

Psykiatrisk forskning er af største vigtighed for den kliniske dagligdag, fordi anvendelsen af forskningsresultater i klinikken har betydning for at:

- stille gode forskningsspørgsmål, så faget videreudvikles til gavn for patientbehandlingen, ved at:
- sikre, at nye behandlinger udvikles og implementeres.
- sikre bedre somatiske og psykiatriske undersøgelsesprogrammer.
- modvirke stigmatisering af psykisk syge gennem viden.
- fremme rekrutteringen af unge læger, idet forskning f.eks. af medicinstuderende opfattes som en rekrutteringsparameter (1).
- kunne give god undervisning til alle ansatte.

At psykiatrisk forskning ikke er tilstrækkeligt højt prioriteret, kan bl.a. aflæses af følgende:

Det er ikke nødvendigt at have forsket for at få en slutstilling i psykiatrien. Dette skyldes selvfølgelig lægemanglen, men tendensen var også til stede, før lægemanglen satte ind

Der er efterhånden adskillige forskningsuddannede med ph.d. inden for psykiatrien, men de opfører sig med at være forskningsaktive ved erhvervelsen af deres grad. I stedet burde de vejlede yngre kolleger. Dette er et generelt problem inden for alle specialer, men kunne afhjælpes med delestillinger (halvt forskning, halvt klinik).

Lægemanglen betyder, at megen psykiatrisk forskning i dag udføres af ikke-læger. Dette sikrer på den ene side tværfagligheden, og at flere facetter af den psykiatriske klinik bliver gjort til genstand for forskning. Men på den anden side er det problematisk, hvis lægerne, der som faggruppe står centralt i behandlingsindsatsen, pga. arbejdsbelastningen nedprioriterer forskningsarbejdet. Den psykiatriske forskning bliver derved kun delvist integreret i fagudviklingen.

Generelt er et fåtal af lægerne forskningsaktive og -orienterede, og selv ansatte med forskningskompetence har svært ved tidsmæssigt at forene forskning med de kliniske opgaver. Dette peger også på betydningen af, at der på alle større afdelinger oprettes stillinger, som er delt mellem forskning og klinik.

Vore forskningsmiljøer er små og spinkle. Skal man klare sig internationalt, skal der være et samarbejde mellem mennesker fra mange forskellige fagområder og professioner. Moderne psykiatrisk forskning kræver ligesom al anden forskning en 'kritisk masse' – dvs. et tilstrækkeligt stort antal forskere og ph.d.-studerende til, at der opstår et kreativt miljø. Det er derfor af uvurderlig betydning, at der findes centerdannelser på universitetssygehusene, der kan fungere som kraftcentre og vidensbanker og stille vejlederkrafter til rådighed. Det kræver centralisering og tilstrækkelige midler, hvis et forskningsmiljø skal opbygges og forskningen klare sig i den internationale konkurrence om

talenter og penge. Dette er også vigtigt, hvis man ønsker at styrke samarbejdet med de andre lægelige specialer og tiltrække udenlandske forskere. Det er derfor helt nødvendigt, at man ikke alene bevarer de relativt få centre, der findes i Danmark, men plejer dem og udbygger dem. Spørgsmålet er, hvordan dette konkret sikres i dagens Danmark?

Reference

1. Medicinstuderende og yngre lægers valg af speciale. 2006. Dansk Sundhedsinstitut.

Barriere 6

Ny viden implementeres ikke hurtigt nok

Af Poul Videbech

Professor, ledende overlæge ved Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitetshospital

Eksempler fra det ikke-psykotiske område

På trods af, at der nu eksisterer omfattende viden om depressionsbehandling, ved vi, at den har store mangler.

Insufficient diagnostik og behandling

Både dansk og international forskning tyder på, at mennesker med depression ikke altid diagnosticeres, og at behandlingen er insufficient. En række forhold gør sig gældende:

1. Patienter med de nævnte sygdomme opsøger ofte ikke behandling. Undersøgelser fra udlandet viser, at kun godt halvdelen af mennesker med ikke-psykotisk psykisk lidelse opsøger deres praktiserende læge. Hvordan sikrer vi, at mennesker, der har behov for det, også får hjælp?
2. Når patienterne opsøger behandling, diagnosticeres de ofte ikke korrekt. Prævalensen af depression blandt det klientel, der opsøger egen læge, er ca. 20 pct. Af disse diagnosticeres kun ca. halvdelen som havende en depression. Tilsvarende er andelen af falsk positive ca. 15 pct. (1). Hvordan sikrer vi tilstrækkelig grundig diagnostik i almen praksis?
3. Hvis patienterne diagnosticeres korrekt, er samfundets tilbud meget begrænsede, til trods for at cost-benefit-beregninger har vist sig at være særdeles gunstige. En dansk ph.d. viste, at omkring 20 pct. af alle deprimerede var i behandling hos en læge (2). Hertil kommer et ukendt antal, som er i behandling hos psykologer. Først for nylig er dette blevet muligt (dog med egenbetaling) uanset alder. Men der er stadig ikke krav fra det offentlige om evidensbaseret behandling hos psykologerne.
4. Medierne er meget optaget af det stigende forbrug af antidepressiva, og umiddelbart skulle man tro, at et stigende antal mennesker kommer i behandling med disse midler. En skotsk undersøgelse viste imidlertid, at det stigende forbrug stort set kan forklares med, at lidt flere mennesker, der allerede er i behandling med SSRI, tager disse stoffer i længere tid (3). I perioden 1995 til 2005 steg incidensen af nye brugere af SSRI således ikke, mens lidt flere end før tog medikamenterne i længere tid. Hovedparten af recepterne blev således givet som langtidsbehandling eller mod recidiverende depressioner. Hvordan sikrer vi ordentlige behandlingstilbud til mennesker med ikke-psykotiske lidelser?
5. Hvis de, der tilbydes behandling, ikke umiddelbart responderer på denne, opgiver mange læger umiddelbart. I mit arbejde med at skrive erklæringer til brug for førtidspensionering ser jeg mange patienter med angst og depression, som er blevet insufficient behandlet, og som derefter er opgivet. Problemet er, at jo længere tid man går med en ubehandlet depression, jo sværere bliver det at blive rask. Eller sagt med andre ord: remissionsraten aftager som funktion af tiden.

De egentlige behandlingsrefraktære patienter, som har prøvet 2-3 slags antidepressiv medicin fra forskellige stofgrupper i tilstrækkelig lang tid og i tilstrækkelig dosis samt kognitiv terapi og ECT, udgør omkring 20 pct. Hvad kan vi gøre bedre for mennesker med tilsyneladende behandlingsresistente depressioner og for dem, der virkelig har behandlingsresistent depression?

6. Mennesker med somatisk sygdom har hyppigt udiagnosticeret depression og angst. Disse sygdomme er overordentligt almindelige i forbindelse med en række somatiske sygdomme. F.eks. får omkring 30 pct. af alle med apopleksi (blodprop i hjernen) en depression. Hertil kommer, at hvis man udvikler en depression i efterforløbet, er prognosen mht. at overleve samt mht. rehabilitering langt dårligere. Desuden går depression oftere end forventet forud for en apopleksi.
7. Et andet eksempel er myokardieinfarkt (AMI, blodprop i hjertet). Undersøgelser har vist, at op til 20 pct. af de patienter, der udvikler myokardieinfarkt, og et tilsvarende antal patienter, der har hjerteinkompensation, får en depression (4). Patienter med AMI, som udvikler depression, har ringere chance for at vende tilbage til arbejdsmarkedet, højere risiko for nye infarkter og øget dødelighed. Desuden har patienter med depression dobbelt så stor risiko for udvikling af AMI sammenlignet med ikke-deprimerede.
8. En række somatiske sygdomme kompliceres således hyppigt af depression og angst, og dette medfører alvorligere prognose for den somatiske sygdom. Dette skyldes bl.a., at patienterne ikke magter genoptræningen og heller ikke kan efterleve råd om sund levevis samt den øvrige nødvendige medicinske behandling.
9. Det største antal psykiatriske patienter ligger således i de somatiske senge. Dichotom tænkning hos lægerne og i sundhedsvæsenet i øvrigt forhindrer, at man ser den psykiske lidelse hos den somatiske patient og vice versa. Hvordan skal vi sikre, at mennesker med somatiske sygdomme får ordentlig psykiatrisk hjælp?
10. Et af de forhold, der gør det vanskeligt at løse problemet med den alt for hyppige førtidspensionering af mennesker med ikke-psykotiske lidelser, er, at den investering, der er nødvendig for at forbedre forholdene (øget diagnostik og behandling), skal ske for regionernes budgetter, mens de afledte reducerede omkostninger (til sygedagpenge og pensioner) opnås i den kommunale sektor. Hvordan kan man ændre på dette forhold?

For at måle på kvaliteten af depressionsbehandling har Danske Regioner indført det såkaldte Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, som måler kvaliteten vha. en række indikatorer. Det drejer sig om følgende information inden for depressionsområdet:

- Er patienten vurderet af speciallæge i psykiatri og somatisk udredt i forbindelse med start af behandling?
- Er de sociale støttebehov udredt?
- Rating med HAM-D17 før og efter behandling?
- Er der undersøgt for selvmordsrisiko?
- Givet ambulante tilbud om psykoterapi?
- Er pårørende kontaktet eller inddraget?

- Er der planlagt konkret opfølgning ved udskrivelse?
- Bliver patienten genindlagt inden for 30 dage efter udskrivelsen?
- Er patienten afgået ved døden inden for 30 dage efter udskrivelsen?

Aktuelt foreligger første opgørelse i dette meget omfattende indrapporteringssystem, men afdelingernes indrapportering er endnu ikke komplet. Der er arbejdsgange, der skal tænkes igennem, og som personalet skal vænne sig til, så de bliver stabil rutine. Det er fortsat ikke alle afdelinger, der er begyndt at registrere data. Derfor vil disse data ikke blive kommenteret her. Imidlertid er der datakomplethed vedr. genindlæggelser af patienter inden for 30 dage, da disse oplysninger bygger på registerdata.

Indikatorer på insufficient behandling

1. Genindlæggelser

Der er mange formål med at indlægge mennesker med depression på psykiatrisk afdeling: Diagnosen kan være endog meget svær at stille, så observation af adfærd døgnet igennem, søvnmønster og døgnrytme er vigtig. Andre sygdomme, herunder legemlige, skal diagnosticeres og behandles. Da patienterne er så dårlige, skal der oftest iværksættes medicinsk behandling, som skal justeres i forhold til bivirkningerne, ligesom patienten skal støttes i at fortsætte med behandlingen i håb om, at bivirkningerne vil mildnes med tiden.

Desuden plejer, støtter og aflaster sygeplejersker og andet personale patienten gennem samtaler, træning af sociale funktioner og undervisning i sygdommen. Sidst, men ikke mindst, udgør indlæggelsen en nødvendig skærmning af de patienter, der er selvmordsfarlige eller så påvirkede af sygdommen, at de vanskeligt kan tage vare på sig selv og skaffe sig livsfornødenheder som mad og drikke.

Ved udskrivelsen håber og tror personalet, patienten og de pårørende, at tilstanden nu er så stabil, at man kan fortsætte med ambulat behandling. Skulle en hurtig genindlæggelse vise sig nødvendig, vil patienten derfor ofte opleve det som et nederlag. Man risikerer også, at nogle af de gunstige resultater, der var opnået under indlæggelsen, går tabt, og man skal starte forfra. Det kan f.eks. ske, hvis patienten pga. svære symptomer har genoptaget et misbrug eller er ophørt med behandlingen.

Det må derfor betegnes som særdeles problematisk, at en del afdelinger har 25-50 pct. patienter, der genindlægges inden for 30 dage. Dette resultat er vel at mærke opnået, efter at endagsindlæggelser er filtreret fra. Sådanne indlæggelser kunne f.eks. være planlagte indlæggelser mhp. ECT eller overnatning i psykiatrisk skadestue mhp. visitation til andet behandlingstilbud. Tallene er registerdata og er derfor komplette, og det bør undersøges nøje, hvad baggrunden for disse tal er. Når indrapporteringen af de øvrige indikatorer er blevet pålidelig, vil man kunne danne sig et vist overblik over, hvad det er for patienter, det drejer sig om. Hvorfor er tallene så høje for visse afdelinger, og hvordan får vi dem ned?

2. Udgliden af arbejdsmarked

Den vigtigste indikator for, at noget er galt i behandlingen af de psykiske sygdomme, er, at disse sygdomme i stigende grad medfører tildeling af førtidspension.

Antallet af danskere, der modtager offentlig forsørgelse pga. sygdom, er på 25 år steget fra 280.000 til 445.000. Stigningen skyldes i høj grad de psykiske lidelser, som er steget fra 30 pct. til 52,6 pct. af tilkendelserne. Fra første kvartal af 2010 til første kvartal af 2011 ses dog et lille fald på 4 procentpoint (5).

Omkring to tredjedele af alle de pensioner, der tildeles pga. psykisk sygdom, gives pga. ikke-psykotiske sygdomme – dvs. angst og depression. Lidelser, som det ofte er muligt at behandle så effektivt, at den pågældende kan fungere normalt igen. En stor del af tilkendelserne sker endvidere til personer under 30 år. Hertil kommer, at undersøgelser viser, at omkring 50 pct. af alle langtidssygemeldte har en psykisk sygdom, der ofte ikke er diagnosticeret. Igen drejer det sig først og fremmest om depression og angst.

Det er derfor nærliggende at tro, at en årsag til disse alarmerende tal kan være insufficient diagnostik og behandling. Andre faktorer har selvfølgelig også betydning, som f.eks., at arbejdsmarkedet er blevet mere krævende, hvilket gør det vanskeligere for sårbare personer at bevare tilknytningen hertil.

Referencer

1. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009. Aug 22;374(609-19)
2. Olsen. P. Measurements of depressive illness and mental distress in the Danish general population. Ph.d.-afhandling
3. Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kndrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ*. 2009. OCT 15;339:b3999
4. Celana CM, Huffman JC. Depression and cardiac disease: a review. *Cardiol. Rev.* May-jun;19(3):130-42
5. Arbejdsmarkedsrapport 2010. Helbred, arbejdsliv og offentlig forsørgelse. Dansk Arbejdsgiverforening, 2010

Barriere 7

Ressourcerne kunne anvendes mere hensigtsmæssigt

Af Jeanett Bauer

Formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge, ph.d., Psykiatrisk Center København

Med ressourcer tænkes der her dels på økonomiske ressourcer og faglige ressourcer, dels på ressourcer, der mere hensigtsmæssigt kunne være anvendt forebyggende.

Økonomiske ressourcer

Danske Regioners samlede budget for det psykiatriske område (inkl. børne- og ungepsykiatri og speciallægepraksis) var i 2008 på knap 6,7 mia. kr. (1). Behandling af psykiske lidelser i almen praksis er ikke medregnet her. Det vides, at ca. 8 pct. af henvendelser i almen praksis angår psykiske symptomer, og det anslås, at 80-90 pct. af psykiske lidelser behandles her – primært angst og depression (2). Trods en støt stigning i aktiviteten i den regionale psykiatri, der over en otte års periode har øget andelen af patienter i behandling med 40 pct. (3), er allokering af ressourcer til psykiatrien ikke fulgt med det somatiske område (figur 1).

Figur 1

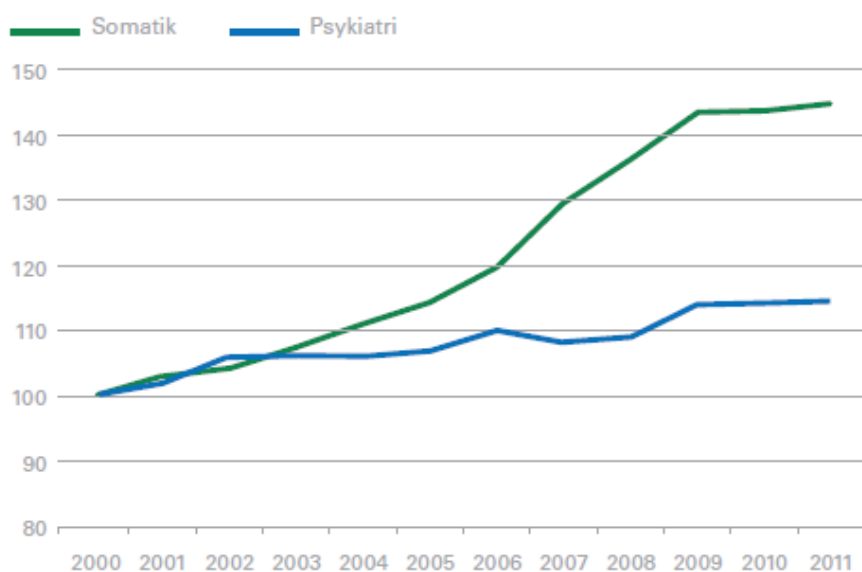


Fig. 11.2 Indekseret økonomisk udvikling for psykiatri og somatik på sygehusene samt udvikling i aktivitet i psykiatri. Kilde: Danske Regioner

Man må imidlertid konstatere, at hvad der ikke tildeles til udredning og behandling, til gengæld bruges i andre sammenhænge, som f.eks. på førtidspensioner og sygefravær. Det gælder især for de ikke-psykotiske sygdomme. De afledte omkostninger i form af f.eks. førtidspensioner og sygefravær er anslået til at være 55 mia. kr. (4).

En mio. sygedage årligt

Angst og depression er sygdomme i stigning såvel i Danmark som globalt. WHO angiver, at depression globalt set er nr. 1 på listen over sygdomme, der er årsag til størst belastning (målt i YLD, et af WHO's sygdomsbelastningsmål, der udtrykker år levet med sygdom). Danmark har i OECD-sammenhænge en førerposition mht. andelen af førtidspensioner, der tildeles på baggrund af psykiske lidelser. Denne andel har været i kraftig stigning og udgør nu ca. 50 pct. Stigningen er vel at mærke forårsaget af tildeling på baggrund af ikke-psykotiske sygdomme som bla. angst og depression (5). Herudover er angst og depression årsag til langvarige sygefravær. Det skønnes, at psykiske lidelser giver anledning til ca. en mio. sygedage årligt (2). En SWOTT-analyse fra Copenhagen Consensus Center har nævnt forbedret psykiatrisk behandling som et af ti forslag til, hvordan det danske sundhedsvæsen kan opnå »mere sundhed for pengene« (6). Forslaget lyder: »Intensiveret behandling af depression og angst. Gennemførelse af stor-skala pilotforsøg med styrket indsats for tidlig opsporing, bedre medicinsk behandling og bedre opfølgning via bl.a. hjemmebesøg ved alvorlige depressioner. – Igangsætte parallelt med evaluering af de sundhedsøkonomiske effekter.« Det anføres desuden: »Det skal bemærkes, at størstedelen af indsatsen utvivlsomt skal foregå i almen praksis. Danske Regioner har ganske vist i marts 2009 fremlagt en handlingsplan for psykiatri, hvor der foreslås at oprette særlige angst- og depressionsklinikker. Dette vil imidlertid kun hjælpe en mindre del af målgruppen, men har en indbygget fare ved at få behandling af en ret stor patientgruppe gjort hospitalsorienteret, hvor den i stedet især burde være orienteret mod primærsektoren.«

Faglige ressourcer

Psykiatrien er presset af mangel på lægefaglige ressourcer. Prognosen for udviklingen i antallet af speciallæger er ikke så dystert som for ca. fem år siden, men der kommer stadig til at gå en rum tid, før antallet er stigende (Se udviklingen i antallet af speciallæger i psykiatrien under Barriere 9).

Specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje medfører øget kvalitet i sygeplejen, men det kommer ikke alle patienter til gavn, da der kun er uddannet knap 1.000 specialuddannede sygeplejersker over 15 år. Som konsekvens heraf er der mange afsnit, der ikke har nogen eller kun en enkelt specialuddannet sygeplejerske ansat.

Samtidig er antallet af patienter, der behandles, som nævnt stærkt stigende. Trods disse vilkår bruges mange læge- og sygeplejefaglige ressourcer på ikke-patientrelaterede opgaver. Det drejer sig især om registreringsopgaver. En del af den dokumentation, der aktuelt foregår, er enten dobbelt eller ikke relevant. En stor del af den relevante dokumentation udføres af læger, selvom det ikke er nødvendigt. Der er stort tidsspilde forbundet med utidssvarende, uhensigtsmæssigt og utilstrækkeligt it-udstyr.

Det faktum, at psykiatrien nu konsekvent er organiseret selvstændigt, og ikke som en del af det somatiske sundhedsvæsen, har betydet, at mange faglige og økonomiske ressourcer nu anvendes på administrative og ledelsesmæssige opgaver, frem for på kerneopgaverne.

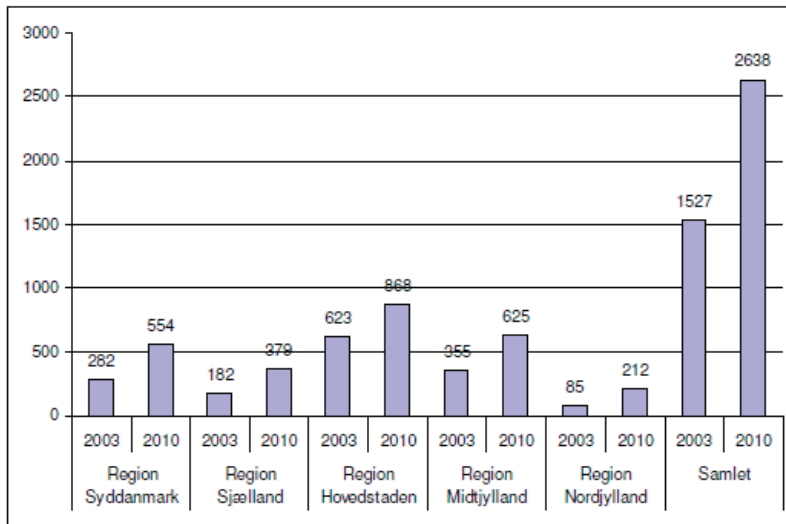
Forebyggelse

Forebyggelse deles traditionelt i primær, sekundær og tertiær (7). I psykiatrisk sammenhæng vil primær forebyggelse være tiltag, der sigter mod at undgå udvikling af psykisk sygdom (f.eks. fødselskomplikationer, der øger risiko for skizofreni, eller stresset arbejdsmiljø, der øger risiko for stress og depression). Det er således områder, der ligger uden for det psykiatriske behandlingssystem. Sekundær forebyggelse er tiltag, der forsøger at reducere en sygdoms skadevirkning, biologisk og socialt, ved tidlig opsporing og behandling. Tertiær forebyggelse sigter mod at hindre tilbagefald og deraf følgende forværring og kronificering. Såvel sekundær som tertiær forebyggelse falder således inden for behandlingspsykiatrien.

Psykiatrien har igennem en lang årrække arbejdet mod omlægning til ambulante behandling. Det har betydet kortere indlæggelser. Genindlæggelsesfrekvensen, der er opgjort i regionernes benchmarkinger (8), tyder imidlertid på, at den ambulante behandling ikke i tilstrækkelig grad er rustet til at varetage de mere omfattende opgaver, som en reduktion af senge-psykiatrien betyder. De mange genindlæggelser betyder et stort ressourceforbrug, fordi det er i starten af indlæggelserne, at den store arbejdsindsats ligger (gennemgange, behandlingsplaner, evt. genoptagelse af medicinsk behandling, pårørendekontakt, kontakt til ambulante behandlere, evt. tvangsanvendelse, erklæringskrivning osv.). Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser med knap 60 pct. fra 2002 til 2010 kunne tyde på samme problem med at tilbyde en tilstrækkelig ambulante behandling til at forhindre nye indlæggelser (9).

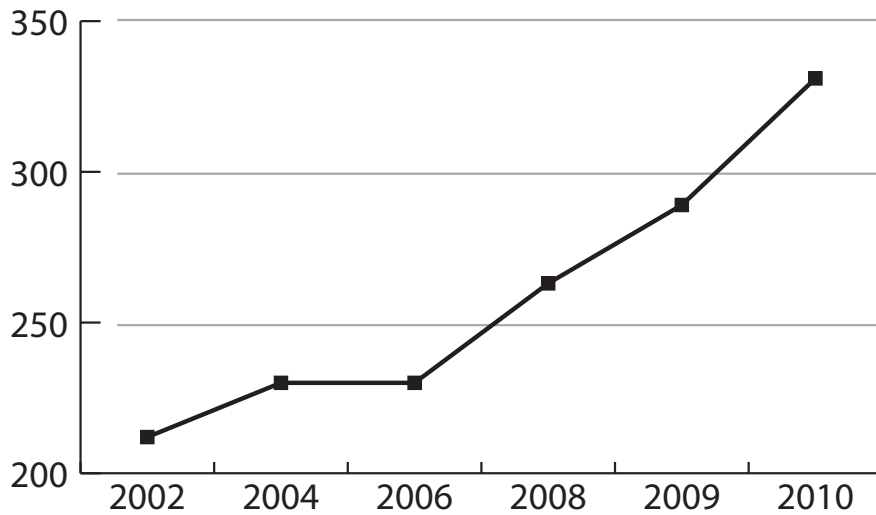
Antallet af retspsykiatriske patienter har været i markant stigning over en årrække (figur 2), og det har medført en øgning i den retspsykiatriske behandlingsskapacitet. Blandt andet har man på dette område, i modsætning til i almenpsykiatrien, øget sengekapaleten (figur 3) (10). Undersøgelser har vist, at psykisk sygdom er forbundet med risiko for kriminalitet – især voldskriminalitet (11). Kriminaliteten er klart relateret til forekomst af psykotiske symptomer. Sufficent behandling har således potentielt en forebyggende effekt i forhold til udvikling af kriminalitet. Forebyggelse af ny kriminalitet hos patienter, der allerede har opnået retspsykiatrisk status, er også internationalt vist at kunne opnås ved blandt andet langvarig indlæggelse og langsom udslusning. Stigningen i antal af retspsykiatriske patienter må antages at have flere forskellige årsager, f.eks. også ændring i anmeldelsespraksis. Imidlertid må man sætte spørgsmålstegn ved, om det er hensigtsmæssig ressourceudnyttelse at udsulte almenpsykiatrien for så at sikre en mere intensiv behandling i et tilsvarende udbygget retspsykiatrisk system, når patienterne har fået retspsykiatrisk status.

Figur 2. Antal retspsykiatriske patienter i 2003 og 2010⁶



Figur 3: Udviklingen i antallet af retspsykiatriske sengepladser.

Kilde: Danske Regioner



Referencer

1. Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2008. Danske Regioner, 2009
2. National Strategi for psykiatri. Sundhedsstyrelsen, 2009
3. Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Dansk Sundhedsinstitut, 2011
4. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2010
5. Arbejdsmarkedsrapport 2010
6. En analyse af det danske sundhedsvæsen og 10 løsningsforslag. Copenhagen Consensus Center, 2011
7. Jørgensen, P. et al. Forebyggelse af psykiske sygdomme. Munksgaard, 2010
8. Benchmarking 2009 og 2010. Danske Regioner, 2010 og 2011
9. Tvang i psykiatrien 2010. Sundhedsstyrelsen, 2011
10. Retspsykiatri og kvalitet. Danske Regioner, 2011
11. Psykisk sygdom og kriminalitet. Indenrigs- og sundhedsministeriet 2006

Barriere 8

Pårørende inddrages ikke i tilstrækkeligt omfang

Af Anne Lindhardt

Centerchef, Psykiatrisk Center København, formand for PsykiatriFonden

Pårørende har ført en noget omflakkende tilværelse i psykiatrien. Groft set har familierne gennem psykiatriens historie indtaget to modsatrettede positioner – som en begrænsning for udvikling eller som en ressource. Begrebet familierterapi har været kendt siden 1950'erne, formålet har været at styrke familiens mulighed for at fungere som en ressource. En række forskellige former for familieintervention/terapi har været i anvendelse. Nogle med fokus på familien som et socialt system, i hvilke sygdommen opstod, men i de senere år mere baseret på psykoedukation af familien om patientens sygdom og på at yde de berørte familier støtte og hjælp til den emotionelle belastning, det udgør at have et sygt familiemedlem

Selv om det er vanskeligt at få entydige resultater af familieinterventionsstudier, fordi familieinterventionen aldrig kan stå alene, findes dog en ekstensiv litteratur om virkning af forskellige interventionsformer, ikke mindst vedrørende familier til patienter med skizofreni. Et Cochrane-studie fra 1996 (1) viste således, at familieintervention reducerer tilbagefaldsrisko med 50 pct. i op til to år. Mange og formentlig samvirkende forklaringer er på spil: forbedret compliance, bedret emotionelt klima i familien – ikke mindst i forhold til kritiske attituder – bedre involvering af familien i behandlingsplanlægning og endelig, at familien får viden og dermed handlemuligheder og realistiske forventninger til udkommet af behandling.

Pårørendeorganisationer som Bedre Psykiatri og Sind har sat pårørendes situation på den politiske dagsorden. Psykiatriens udvikling med reduktionen af senge og øget vægt på ambulant behandling gør, at patienter udskrives hurtigere og mere er overladt til de pårørendes omsorg. De pårørende stiller krav om bedre involvering og kontakt til psykiatrien.

Gentagne landsdækkende tilfredshedsundersøgelser har vist manglende tilfredshed fra de pårørende med kontakt til såvel sengeafsnit som ambulant psykiatri. Men der var store variationer, derfor blev iværksat et nationalt Gennembrudsprojekt, hvis evalueringsrapport kom i 2009 (2). Der var fokus på at forbedre de pårørendes oplevelse af information og medinddragelse samt at forbedre den organisatoriske kvalitet af pårørendearbejdet. Gennembrudsprojektet stillede krav om større konkret inddragelse af pårørende i samarbejdet, og den øgede bevidsthed herom samt en bedre tilrettelæggelse gav en god effekt. Ved endnu en landsdækkende tilfredshedsundersøgelse i 2011 (3) er der fortsat større tilfredshed end i 2005, især er der et øget tilbud om psykoedukation, og de pårørende oplever større støtte end tidligere. Resultaterne er dog bedst for pårørende til patienter i distriktskykiatrien i forhold til sengeafsnit.

Bedre Psykiatri har i samarbejde med CBS gennemført en sundhedsøkonomisk analyse (4), som viser, at pårørende udgør et kæmpe økonomisk potentiale. Rapporten konkluderer, at øget pårøren-

deinddragelse ville kunne medføre en besparelse på samfundsudgifter på 1,5 mia. kr. i form af færre sengedage og bedre fastholdelse på arbejdsmarkedet.

Psykoedukation er en metode, der uddanner såvel patienter som pårørende i specifikke sygdomme. Selv om evidensen er begrænset, giver det klinisk god mening og er da også omfattet af kravene i NIP – skizofreni og i Standarder i Den Danske Kvalitetsmodel. I alle regioner er der udarbejdet manualiserede programmer for psykoedukation.

Recovery betyder at komme sig og er i princippet en holdningsmæssig tilgang til psykisk sygdom, der rummer håb og muligheder. Det er fra pårørendeside et krav, at psykiatrien arbejder mere recovery orienteret og ser på muligheder og ikke kun begrænsninger.

I 2005 udgav Folketinget et fælles nationalt værdigrundlag for psykiatri (5). Tre værdier blev identificeret som de mest efterspurgte – også af pårørende: respekt, faglighed og ansvar. Værdierne er lige aktuelle og indgår i de fleste værdigrundlag i psykiatrien i regionerne.

Referencer

1. Mari J. og Streiner D. Family interventions for those with schizophrenia. Schizophrenia module of the Cochrane database, Oxford, 1996
2. Pårørende i Psykiatrien. Nationalt kvalitetsprojekt til udvikling af pårønderarbejdet i psykiatrien. Århus, 2009
3. De pårørende har ordet. Landsdækkende psykiatriundersøgelser. Danske Regioner, Århus, 2011
4. Højbjerg Jacobsen, R. Effekt af pårørendeinddragelse i behandlingen af mennesker med psykisk sygdom. Cost-benefit-beregning. CBS København, 2011
5. Det fælles nationale værdigrundlag for psykiatri. Sundheds – og Socialministeriet, København, 2005

Barriere 9

Der er ikke tilstrækkeligt fokus på kompetenceudvikling

Af Jeanett Bauer

Formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge ph.d., Psykiatrisk Center København

Af Karin Højen Johannesen

Ledende oversygeplejerske, Psykiatrien Region Sjælland

Af Pia Glyngdal

Medlem af Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse, klinikchef Psykiatrisk Center Hvidovre.

Læger

For lægers vedkommende deler problemet sig i to:

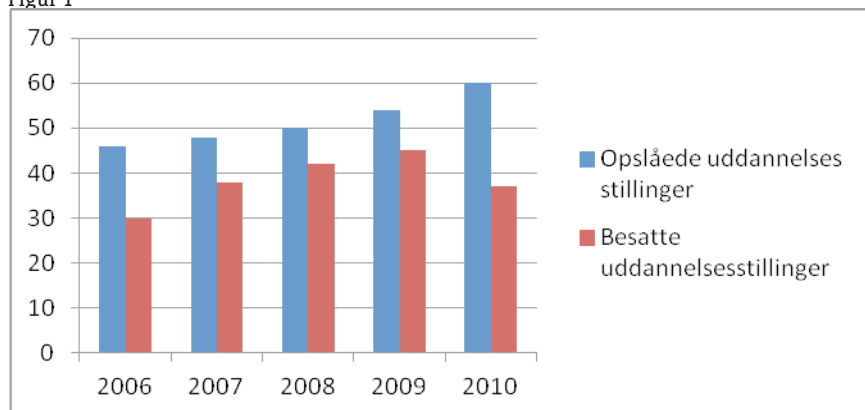
1. Læger under uddannelse
2. Speciallæger

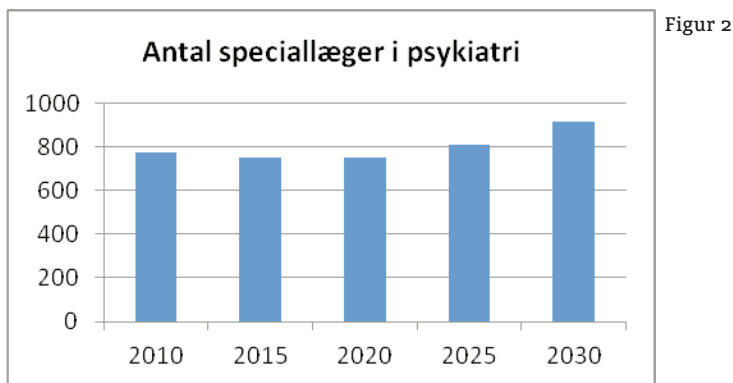
For begge områder gælder, at der er stor forskel på styrken af de faglige miljøer i forskellige psykiatriske afdelinger.

Læger under uddannelse

Manglen på speciallæger og den høje produktivitet medfører, at læger under uddannelse i høj grad indgår som ren arbejdskraft. Der er for sparsom tid afsat til at fokusere på de kompetencer, der skal udvikles under uddannelsen, og for få speciallæger til at sikre tilstrækkelig supervision. Læger under uddannelse bliver brugt til blot at varetage de rutineprægede arbejdsopgaver ud fra kompetencer, de allerede behersker. Ligeledes har man på flere afdelinger - hvor der mangler seniore læger - valgt at lade de yngre læger avancere hurtigt, så de får administrative opgaver og dermed ikke får lært det psykiatriske speciales mere avancerede områder tilstrækkeligt. Selvom der har været fokus på rekruttering, med heldig indflydelse på søgning til specialet, vil der gå en længere årrække, før der er flere speciallæger (figur 1+2).

Figur 1





I 2011 er den nye specialpsykologuddannelse trådt i kraft, således er de første specialpsykologer nu under uddannelse. Selvom man på længere sigt kan imødesee, at denne gruppe kan varetage flere opgaver, så kræver de aktuelt supervision fra læger, hvilket yderligere lægger pres på den tid, der er til at vejlede yngre læger.

Speciallægeuddannelsen i Danmark afsluttes ikke med en eksamen. Til gengæld skal de yngre læger have dokumentation for (underskrifter fra vejledere) at have opnået de krævede kompetencer inden for de syv roller (medicinsk ekspert, kommunikator, professionel, sundhedsfremmer, samarbejder, leder, forsker). Et stort pres i hverdagen medførende mindre fokus på uddannelse samt utilstrækkelig supervision kan sænke tærsklen for, hvor restriktiv vejleder og uddannelsessøgende er med underskrifter.

Speciallægeuddannelsen er af samme varighed som i de lande, vi almindeligvis sammenligner os med. Kravene til faglige færdigheder er også på niveau med andre lande bortset fra den psykoterapeutiske uddannelse. I Danmark er kravet i alt cirka 180 timer; andre lande har det dobbelte eller mere. I fagkredse blev dette diskuteret omkring 2006, men man valgte at fortsætte med det aktuelle timetal, fordi man ikke mente at ville kunne afse det estimerede - 6000 timer/pr år - fra det lægelige arbejde på hospitalerne. Dertil har man i Danmark valgt at lade størstedelen af uddannelsen bestå i at lære den uddannelsessøgende læge at praktisere de to retninger - psykodynamisk og kognitiv - oftest med patienter med såkaldte lettere lidelser som patienter.

Kun et fåtal af uddannelses timerne er relateret til almene kommunikationsfærdigheder og generel psykoterapi. Dette er u hensigtsmæssigt, da der nu er god evidens for, at også kontakten med den svært psykisk syge - psykotiske - patient er betydningsfuldt for behandlingsresultatet. Den ukonstruktive dualisme, hvor svært psykisk syge især behandles med medicin, hvor imod de såkaldte lettere lidelser behandles med psykoterapi, fortsætter. I mange andre lande er generelle psykoterapeutiske tilgange basisindholdet i uddannelsen.

Speciallæger

Efter endt speciallægeuddannelse i Danmark er der ikke videre krav om dokumenteret efteruddannelse. Det er således op til den enkelte. En betragtelig del af psykiaternes efteruddannelse er foregået via medicinalindustri sponsorerede arrangementer, bl.a. udenlandske konferencer, men denne aktivitet er for nedadgående. Der er en aftale om, at speciallæger har ti dage årligt til uddannelse, men ingen sikring af, at de faktisk får dem, og hvilke tilbud de vælger.

Andet personale

Der er ansat mange forskellige faggrupper inden for psykiatrien. Relateret til den daglige pleje er disse faggrupper sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der er enkelte plejere, og i nogle områder af landet er der også ansat ergoterapeuter i døgnbemanding. I børne- og ungdomspsykiatrien er der ansat pædagoger i døgnbemanding. Fælles for disse faggrupper er, at de alle søger ind i faget med en grunduddannelse. Derudover er der ikke mere fælles. Og dog, i forbindelse med akkrediteringsprocesser rundt om i landet er der et fælles krav om hjertestopkurser.

Der er ikke formelle krav til kompetenceudvikling af personale inden for psykiatrien. Det får den konsekvens, at det er forskelligt uddannet personale, man møder rundt om i landet. I Region Syddanmark har man prioriteret relationsuddannelse, i Region Hovedstaden prioriteres den kognitive tilgang, og i Region Sjælland er der fokus på relationer med fokus på patienten og netværket – brugerstyret psykiatri.

Ikke desto mindre er der konsensus om, at personalet skal have kommunikative kompetencer, psykofysiske kompetencer, psykofarmakologiske kompetencer og viden om psykiatriske sygdomme. Der er grundlæggende enighed om, at relationen er vigtig.

Oplæringsprogrammer m.m. udspringer i dag af krav fra Den Danske Kvalitetsmodel, men er fortsat baseret på, hvad der nu kan lade sig gøre og best practise. Der er f.eks. ikke krav om, at man skal gennemgå et introduktionsforløb af en nærmere defineret varighed, før man kan gå i vagt på en psykiatrisk afdeling.

Heldigvis begynder de specialuddannede psykiatriske sygeplejersker at fylde noget i landskabet i Danmark. Uddannelsen var længe under planlægning, men nu er der blevet uddannet sygeplejersker i 13 år. Uddannelsen foregår tre steder i landet med et årligt optag på ca. 20 hvert sted. Der er tale om en systematisk uddannelse, der kvalificerer sygeplejersken til specielt at tage sig af mennesker med psykiatriske problemstillinger, en uddannelse, der er beskrevet i både uddannelsesordninger og cirkulærer. Den specialuddannede psykiatriske sygeplejerske har en omfattende viden om netop den psykiatriske sygepleje. En sygepleje, som anvendes både i mødet med patienten, og når sygeplejersken deltager i arbejdsgrupper og på den måde er med til at påvirke hele patientens pleje- og behandlingsforløb.

Sådan er det ikke med alle uddannelser og titler inden for sygeplejen.

Det er et broget område, der bærer præg af personlige præferencer. Rundt om i landet er der etableret alverdens uddannelser og dermed titler. Blot for at nævne nogle eksempler: vedligeholdelsesinstruktør, klinisk vejleder, miljøterapeut, medicinskabsansvarlig sygeplejerske, ernæringsansvarlig sygeplejerske, plejeplansansvarlig sygeplejerske, aktivitetsmedarbejder osv.

Nogle uddannelser er et diplommodul eller en hel diplomuddannelse, andre uddannelser er side- og mandsoplæring, nogle er mindre kurser, og fælles for alle er, at sammenligningsgrundlaget ikke er til stede.

Sammenligningsgrundlaget er til stede, når man taler om en sygeplejerske med specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje, fordi uddannelsen er ens i hele landet. Alle sygeplejersker med denne

titel har den samme teoretiske baggrund. En baggrund, der i høj grad påvirker patienten, fordi sygeplejersken er uddannet til at være i tæt kontakt med patienten. Alle opgaver har en klinisk problemstilling med den psykiatriske sygepleje som omdrejningspunkt, og på den måde bliver psykiatrisk sygepleje et naturligt og vigtigt bidrag i det samlede patientforløb.

Der eksisterer også en retspsykiatrisk efteruddannelse for plejere og social- og sundhedsassistenter. Den er ikke autoriseret, men den er planlagt på baggrund af behov i retspsykiatrien og initieret af oversygeplejersker i retspsykiatrien. Aktuelt er man i gang med at planlægge et diplommodul for sygeplejersker i retspsykiatrien.

Derudover eksisterer der lokale uddannelser af kortere eller længere varighed, herunder uddannelser til miljøterapeut, kontaktpersoner, casemanager, relationsmedarbejder m.m.

Der er et stort behov for at formalisere uddannelse af personale, der arbejder i psykiatrien. Der er også behov for, at efter- og videreuddannelse er ens i hele landet, f.eks. et introforløb for de enkelte faggrupper over et til to år. Det bør herefter være muligt at specialisere sig inden for mere terapeutiske områder, som mange jo er interesserede i, men igen er det vigtigt, at fokus også er på det enkelte fags særlige faglighed. Derfor er det vigtigt, at der tages udgangspunkt i den enkelte gruppes faglighed og uddannelsesniveau – om man er faguddannet eller har en mellemlang videregående uddannelse.

Som tidligere nævnt er en formaliseret videreuddannelse for nylig etableret inden for psykiatrien i form af specialuddannede psykologer, der gennemgår en fireårig specialuddannelse med et praktisk forløb under vejledning, kombineret med teoretisk uddannelse.

Hvis psykiatrien på landsplan skal udvikle sig i samme retning og med mulighed for forskning som basis for nye tiltag, er der et stort behov for en større ensretning af efter- og videreuddannelse for alle faggrupper, dvs. der skal være tilbud til social- og sundhedsassistenter, pædagoger, sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Barriere 10

Der mangler klare, dokumenterbare effektmål for behandling

Af Merete Nordentoft

Professor, overlæge, dr.med., Psykiatrisk Center København

Effekten af psykiatrisk behandling er undersøgt i en lang række randomiserede forsøg, hvor både psykoterapeutiske, psykosociale og psykofarmakologiske interventioner er undersøgt. Der er en langvarig veletableret tradition for en række validerede psykometriske mål, der anvendes til dokumentation af klinisk effekt. Der findes velvaliderede mål for sværhedsgrad af psykotiske og negative symptomer (1,2), mani (3), depression (4,5), angst (6), og der er internationalt betydelig enighed om, hvilke instrumenter der betragtes som guldstandarder. Når det drejer sig om bivirkninger ved medicinsk behandling, er der også gode, velvaliderede instrumenter (7,8), som kan klassificeres som guldstandard.

Når det drejer sig om blødere effektmål som socialt netværk, empowerment, socialt funktionsniveau, selvagtelse, livskvalitet, brugertilfredshed og andre meget relevante dimensioner, så er effektmålene mindre velkonsoliderede, og der er ikke på samme måde instrumenter, der er etablerede som guldstandarder. Det er derfor en metodologisk udfordring at udvikle disse væsentlige områder, så der kan etableres instrumenter, der er velvaliderede og måler de dimensioner, der er relevante.

Evidenshierarkiet

Effekten af behandling undersøges optimalt set i randomiserede forsøg og metaanalyser, baseret på randomiserede forsøg. I randomiserede forsøg har man mulighed for at kontrollere for den støj, der ofte vil være ved såkaldt naturalistiske undersøgelser. Derfor står disse undersøgelser højest i evidenshierarkiet. I naturalistiske undersøgelser kan man ikke være sikker på, at en tilsyneladende positiv effekt hos patienter, der har fået en given behandling, skyldes behandlingen, fordi det også kan skyldes forhold hos de patienter, der er i stand til at skaffe sig præcis denne behandling. Man kan ikke vise, om det er *selektive* eller *kausale* forhold, der har ansvaret for forskelle i effektmål. Derfor står undersøgelser med en ikke-randomiseret kontrolgruppe længere nede i evidenshierarkiet. Før-efter-undersøgelser uden kontrolgruppe rangerer længere nede på evidenshierarkiet, og baggrunden er, at det ikke er muligt at finde ud af, om en udvikling i sygdomstilstanden skyldes behandlingen, eller om den ville være indtrådt af sig selv.

Længst nede i evidenshierarkiet står ekspertvurderinger, da disse kan være meget divergerende og idiosynkratiske. Samtidig er det dog sådan, at der er en lang række interventioner, der dårligt kan eller aldrig vil blive underlagt en randomiseret undersøgelse. Derfor er man i en række tilfælde henvist til at basere beslutninger på mindre tungtvejende evidens.

Effektmål i psykiatrien

Der er således nogle effektmål, der kan måle klinisk tilstand og bivirkninger acceptabelt, men der mangler udvikling og konsolidering af effektmål på andre vigtige områder.

Hertil kommer den vanskelighed, at når man vil bruge effektmål til at dokumentere effekten af behandlingen i en almindelig klinisk setting, så kan resultaterne i visse tilfælde blive misvisende. I det Nationale Indikatorprojekt for skizofreni har remission af psykotiske symptomer og socialt funktionsniveau målt ved Global Assessment of Functioning (9) været effektmål, men indikatorgruppen har valgt at ophøre med at bruge dem som effektmål, fordi det var vanskeligt at definere, om det for eksempel var dårligt, at en stor andel blev udskrevet med et lavt socialt funktionsniveau, eller om det eventuelt kunne være udtryk for et velfungerende samarbejde mellem hospitalsafdelingerne og distriktpspsykiatrien og socialpsykiatrien. Det kunne også være udtryk for, at det var lykkedes hospitalsafdelingen at prioritere indlæggelse til de dårligst fungerende.

Barrierer

Der er fortsat brug for randomiserede kliniske undersøgelser af høj kvalitet, hvor effekten af psykoterapeutiske, psykosociale og psykofarmakologiske interventioner undersøges med relevante og validerede effektmål. For at have tilstrækkelig styrke skal sådanne undersøgelser være ambitiøst tilrettelagt, have tilstrækkelig styrke og gennemføres med metodologisk stringens. Det kræver betydelige fondsbevillinger, som ofte vil være vanskelige at opnå. En barriere er derfor vanskeligheder ved at sikre økonomisk støtte og forskningsmæssig infrastruktur til at understøtte relevante kliniske randomiserede forsøg

Det er en barriere, at de effektmål, som er veletablerede og validerede, primært er udviklet til at undersøge effekten af psykofarmakologisk behandling, mens instrumenter, der måler sociale dimensioner, er mindre veletablerede. Det betyder, at forskning, der har sociale dimensioner som effektmål, opnår mindre prestige. Det er derfor en barriere, at effektmål, der evaluerer sociale dimensioner, er utilstrækkeligt valideret.

Referencer

1. Andreasen, N. C., Flaum, M., Swayze, V. W., Tyrrell, G., & Arndt, S. 1990. Positive and negative symptoms in schizophrenia. A critical reappraisal. *Arch.Gen.Psychiatry*, vol. 47, no. 7, pp. 615-621
2. Kay, S. R., Opler, L. A., & Lindenmayer, J. P. 1989. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *Br.J.Psychiatry Suppl* no. 7, pp. 59-67
3. Youngstrom, E. A., Danielson, C. K., Findling, R. L., Gracious, B. L., & Calabrese, J. R. 2002. Factor structure of the Young Mania Rating Scale for use with youths ages 5 to 17 years. *J Clin Child Adolesc.Psychol.*, vol. 31, no. 4, pp. 567-572
4. Hamilton, M. 1960. A rating scale for depression. *J.Neurol.Neurosurg.Psychiatry*, vol. 23, pp. 56-62
5. Montgomery, S. A. & Asberg, M. 1979. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br.J.Psychiatry*, vol. 134, pp. 382-389
6. Hamilton, M. 1969. Diagnosis and rating of anxiety. *Br.J.Psychiatry*, vol. (special publication), pp. 76-79
7. Lingjaerde, O., Ahlfors, U. G., Dencker, S. J., Elgen, K., & Beck, P. 1987. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, vol. 334, pp. 7-100
8. Simpson, G. M. & Angus, J. W. 1970. A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl.* vol. 212, pp. 11-19
9. Pedersen, G., Hagtvet, K. A., & Karterud, S. 2007. Generalizability studies of the Global Assessment of Functioning-Split version. *Compr.Psychiatry*, vol. 48, no. 1, pp. 88-94

Barriere 1-10

Ti barrierer for bedre behandling i børne- og ungdomspsykiatrien

Af Pia Jeppesen

Forskningsansvarlig overlæge, ph.d. og lektor, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri

Af Hanne Børner

Center- og klinikchef, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri

De ti barrierer for en bedre behandling i børne- og ungdomspsykiatrien er formuleret som følger:

1. Behandlingen er ikke ensartet
2. Patientforløb er ikke tilstrækkeligt koordinerede
3. Udredning og behandling af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter er utilstrækkelig
4. Der er varierende ventetid på udredning og behandling
5. Psykiatrisk forskning er underprioriteret
6. Ny viden implementeres ikke hurtigt nok
7. Ressourcerne kunne anvendes mere hensigtsmæssigt
8. Pårørende inddrages i varierende omfang
9. Der er ikke tilstrækkeligt fokus på kompetenceudvikling
10. Der mangler klare dokumenterede effektmål for behandling

Dokumentationsrapporten for børne- og ungdomspsykiatrien fokuserer på de vigtigste barrierer for 1) bedre behandling af den enkelte familie med et psykisk sygt barn/ung, der skal sikres så normal en udvikling som muligt, 2) gode overgange til behandlingen i primærsektoren og voksenpsykiatrien, og 3) øget omkostningseffektivitet.

Dokumentationen er begrænset af de tilgængelige data, oplysningerne er angivet med kildehenvisning.

Hvor dokumentationen mangler, har vi valgt at angive erfaringer på et overordnet niveau.

Børne- og Ungdomspsykiatrien (BUP) behandler på nuværende tidspunkt 1,8 pct. af en børneårgang, hvilket er det mål, som Sundhedsstyrelsen har sat. Målet er skønnet af Sundhedsstyrelsens følgegruppe for børne- og ungdomspsykiatri og ikke fastsat ud fra epidemiologiske undersøgelser af sygeligheden i børnebefolkningen. Sådanne undersøgelser har påvist, at en væsentlig højere andel af børn og unge (mindst 10-12 pct.) opfylder kriterierne for en eller flere psykiatriske sygdomme, når der på et givent tidspunkt spørges til symptomer og funktion inden for de seneste måneder (1,2).

Ad 1. Behandlingen er ikke ensartet

Der er betydelige forskelle mellem centre og regioner i diagnostik

ADHD er den hyppigste henvisningsdiagnose til Børne- og Ungdomspsykiatrien og udgør 25 pct. af alle henvisningsdiagnoser i 2009 og 2010 (svarende til 3.863 patienter i 2010). Autismespektrumforstyrrelse (ASD) er den næst hyppigste henvisningsdiagnose og udgør 12 pct., fulgt af affektive

lidelser, som udgør 10 pct. af henvisningsdiagnoserne. Der er markante regionale forskelle i forekomsten af de forskellige diagnoser (BupBasen har i sin årsrapport 2010 kun rapporteret oplysninger for henvisningsdiagnosen, som er modtagende afdelings bedste faglige skøn på tidspunktet, hvor henvisningen modtages).

I alt 35 pct. har ADHD som henvisningsdiagnose i Region Sjælland, mens ADHD kun udgør 19 pct. i Regionerne Midtjylland og Nordjylland. Der er også betydelige forskelle i fordelingen af andre hyppige tilstande. F.eks. har 12 pct. en affektiv lidelse som henvisningsdiagnose i Region Hovedstaden, mens gruppen af affektive lidelser kun udgør 4 pct. i Region Midtjylland og 8 pct. i Region Nordjylland.(3)

Forskelle i adgang til evidensbaseret behandling – især psykoterapi

Nye evidensbaserede behandlinger implementeres langsomt – afhængigt af adgangen til behandlere, som er uddannet og trænet i de pågældende behandlingsmetoder. Særligt mangler der uddannelse af læger og psykologer til supervision af yngre behandlere i kognitiv adfærdsterapi (KAT) og specifikke træningsprogrammer inden for områderne social kognition og kognitiv remediering.

Psykoterapiuddannelsen af speciallæger er under udvidelse. Af ressourcemæssige hensyn er det planlagt at ske over en periode på 12 år fra 2008 og frem. Det indebærer en lang overgangsperiode med reducerede krav til godkendelsen som specialist i psykoterapi. Psykoterapiudvalget har måttet opfordre kommende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere til at gennemføre specialistuddannelsen i psykoterapi for at sikre tilgængeligheden af supervision for læger i grunduddannelse. Dette bør ifølge psykoterapiudvalget understøttes af ansættelsesmyndigheden, ved at den betaler uddannelsen og sikrer den enkelte læge mulighed for at gennemføre det nødvendige psykoterapeutiske arbejde som en integreret del af den kliniske hverdag. På trods af den særligt lempelige overgangsordning for at blive godkendt specialist i KAT er det få psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere, som har valgt denne terapiform. Det antages at hænge sammen med, at der fortsat er begrænset tid og mulighed for at udøve psykoterapi under supervision som led i det kliniske arbejde. (Ref. Psykoterapiudvalgets betænkning 2008)

Forskelle mellem centre og regioner i afviste henvisninger

Antallet af børn og unge henvist til børne- og ungdomspsykiatrien (BUP) er steget voldsomt siden 1996. Det er derfor forventeligt, at andelen af afviste henvisninger også er steget, men der er overraskende store forskelle i andelen af afviste henvisninger mellem regionerne.

I 2009 blev 14 pct. af henvisningerne afvist i Region Syddanmark, mens tallet var 35 pct. i Region Midtjylland og 36 pct. i Region Nordjylland. I gennemsnit for hele landet blev 23 pct. afvist. ADHD og uspecificerede diagnoser er de hyppigste henvisningsdiagnoser på afviste patienter.(3)

Tallene viser, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger sætter en højere tærskel for, hvornår der er behov for specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling, end de læger, psykologer og socialrådgivere, som henviser børn og unge med problemer fra primærsektoren.

Dette – sammenholdt med de regionale forskelle i andelen af afviste henvisninger – tyder på store uklarheder og forskelle i afgrænsningen af målgruppen for børne- og ungdomspsykiatrien.

Der findes samarbejdsaftaler mellem den enkelte kommune og regionerne/BUP om, hvilke børn der kan og skal henvises til BUP, og hvordan samarbejdet mellem BUP og kommunen skal forløbe om disse børn.

Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer skal børn og unge med psykiske lidelser henvises, når de er alvorligt syge eller den samlede problemstilling er for indviklet til, at barnet/den unge kan få tilstrækkelig hjælp i primærsektoren. I en række tilfælde skal der ske en vurdering ved speciallæge i BUP: 1) mistanke om psykose, affektiv lidelse (mani/depression), udtalte tvangstanker/handlinger, anoreksi, gennemgribende udviklingsforstyrrelse; 2) alvorlige selvmordsforsøg; 3) psykofarmakologisk behandling; 4) alvorlige diagnostisk uafklarede tilstande.

Mistanke om ADHD tegner sig for ca. 25 pct. af alle henvisningerne til BUP. Det nationale referenceprogram (guideline) for udredning og behandling af børn og unge ADHD (4) anbefaler, at barnet/den unge henvises til BUP, når der er mistanke om ADHD ledsaget af moderate til svære vanskeligheder, som ikke kan klares i primærsektoren. Samtidig anbefales en primær udredning i kommunalt regi forud for henvisningen.

Ifølge samarbejdsaftaler mellem kommunerne og BUP bør den primære udredning i kommunalt regi inkludere en beskrivelse af:

- Aktuel funktion og problemer i hjem, skole og daginstitution
- Familiens indstilling til henvisning
- Psykisk udvikling
- Vurdering/testning af generel kognitiv funktion
- Oplysninger om tidligere undersøgelser
- Oplysninger om vigtige helbredsmæssige og psykosociale forhold

De praktiserende læger bør følge en tilsvarende vejledning fra Sundhedsstyrelsen. Det sker, at henvisninger afvises, fordi den indledende undersøgelse og beskrivelse af barnet er mangelfuld. Det er erfaringen, at de praktiserende læger er ansvarlige for flertallet af ufuldstændige henvisninger.

Det er behov for en faglig afklaring mellem de involverede faggrupper om, hvad der bør defineres og opfattes som trivselsmæssige, sociale og indlæringsmæssige problemstillinger, der skal håndteres i de relevante kommunale sammenhænge, og hvad der må anses for psykiske problemer eller psykiatriske sygdomme, herunder hvad der bør henvises til diagnostisk udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet (5).

Samlet set er der behov for en mere ensartet indsats over for børn og unge med psykiske helbredsproblemer i primærsektoren. Udviklingen af dette område er af helt central betydning for en effektiv udnyttelse af ressourcerne i børne- og ungdomspsykiatrien. Det vil kræve et koordineret tværfagligt samarbejde mellem kommunerne inklusive skolerne, daginstitutionerne og de pædagogisk-psykologiske rådgivninger (PPR), de praktiserende læger, socialforvaltningerne og kommunallægerne.

Der mangler målbare indikatorer og standarder for udredning og støtte i primærsektoren, og der

mangler ledelsesmæssige strukturer, der kan understøtte udviklingen af den tværfagligt velkoordinerede indsats i forhold til psykisk syge børn og unge på tværs af sektorer. Det er i den sammenhæng vigtigt at forstå, at psykiske sygdomme hos børn og unge er komplekse og ofte kroniske tilstande, der påvirker barnets udvikling fysisk, psykisk og socialt. Derfor må støtte og behandling løbende tilpasses det enkelte barn i dets livsforløb for at sikre så optimal en udvikling som muligt i hjemmet, i skolen og i fritiden.

Ad 2. Patientforløb er ikke tilstrækkeligt koordinerede

Nationale retningslinjer, den Danske Kvalitetsmodel og de nye pakkeforløb vil bidrage til en større grad af koordinering og standardisering af behandlingen inden for BUP.

Problemerne ligger i koordinering på tværs af sektorer. Her er det vigtigt at forstå, at hovedparten af den non-farmakologiske behandling af psykisk syge børn og unge varetages af kommunerne.

Ifølge samarbejdsaftalerne mellem den enkelte kommune og regionerne/BUP skal den sagsansvarlige behandler (sagslederen) i BUP informere den kommunale sagsbehandler/psykolog, så snart det vurderes, at der er behov for kommunale foranstaltninger. Det skal ske hurtigt, for at kommunen kan begynde at udarbejde en eventuel § 50-undersøgelse parallelt med det videre forløb i BUP. Endvidere er det aftalt, at BUP arrangerer koordinerende netværksmøder, når det vurderes nødvendigt af en af parterne, og at BUP afgiver erklæring til kommunen senest ti arbejdsdage efter udskrivning. Erklæringen skal bl.a. indeholde en redegørelse for undersøgelsesresultaterne, beskrive barnets/den unges ressourcer og støttebehov, give et realistisk skøn over effekten af den anbefalede psykosociale støtte og vurdere, hvad der vil ske, hvis støtten ikke bliver etableret.

Ifølge Serviceloven § 52 stk. 3 kan kommunalbestyrelsen iværksætte hjælp inden for følgende typer af tilbud:

- Konsulentbistand
- Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet
- Familiebehandling eller behandling af barnet eller den unges problemer
- Døgnophold for forældre og barn
- Aflastningsordning
- Personlig rådgiver for barnet eller den unge
- Fast kontaktperson for barnet, den unge eller familien
- Formidling af praktiktilbud
- Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte
- Økonomisk støtte, hvis støtten erstatter en ellers mere indgribende foranstaltning
- Dagbehandlingstilbud med både skole- og behandlingstilbud
- Anbringelse

Der er således jf. serviceloven en bred vifte af muligheder for at yde hjælp til børn og unge med behov for særlig støtte. Når der er tale om en vedvarende psykisk udviklingsforstyrrelse, skal barnet og familien ofte støttes igennem hele barnets opvækst og udvikling.

Der mangler modeller for 'stepped care' for psykisk syge børn og unge, der kan danne bro mellem BUP og kommunerne. Som det er i øjeblikket, må professionelle behandlere fra de forskellige sektorer selv opfinde og koordinere en plan, hver gang et barn og en familie har behov for en tværfaglig støtte – med risiko for uensartet og tilfældig indsats afhængigt af de lokale tilgængelige ressourcer.

Manglen på 'stepped care' eller anden form for pakkeforløb på tværs af sektorerne er tidrøvende bl.a. fordi de enkelte behandlere i hvert enkelt tilfælde må bruge tid på at opnå fælles sygdomsforståelse og fælles forståelse af, hvilke konkrete støttemuligheder der er tilgængelige i den pågældende kommune. Det indebærer også en risiko for, at barnet/familien bliver gidsel i et spil mellem BUP og kommunerne, hvor BUP har retten til at diagnosticere og dermed anbefale støtteforanstaltninger, mens det er op til kommunerne at bestemme, hvilken støtte og behandling barnet og familien rent faktisk tilbydes.

Inspiration til udvikling af 'stepped care' for psykisk syge børn og unge kan findes i det engelske National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), som har udviklet guidelines, der beskriver forskellige sværhedsgrader af depression hos børn og unge – og dertil svarende forskellige niveauer af intervention startende med interventioner i skole og primærsektor ved mild sygdom. Når intervention på et lavere niveau er utilstrækkelig, henvises til interventioner på stigende specialistniveauer i sekundær sektor. Modellen kan med fordel inkludere evidensbaserede programmer for forebyggende interventioner over for unge med depressioner og/eller selvskadende adfærd i skolerne.(6)

På ADHD-området findes evidensbaserede programmer for familietræning, skolebaserede pædagogiske tiltag og modeller for skole-hjem-samarbejde, der har til formål at modificere barnets adfærd og styrke dets skolefaglige og sociale funktion. (4)

To børne- og ungdomspsykiatriske centre er netop gået sammen om at afprøve et systematisk træningsprogram, der tilbydes forældre til førskolebørn med ADHD. Programmet (New Forest Parenting Programme (NFPP)) (7) afprøves i et klinisk lodtrækningsforsøg. Programmet er ét blandt flere eksempler på psykologiske, adfærdsmodificerende behandlinger, der har vist god effekt i kliniske forsøg i udlandet, men som alt for sjældent implementeres i standardbehandlingen.

Det er et fælles problem, verden over, at de evidensbaserede psykoterapeutiske behandlinger kun anvendes på de universitetsafdelinger, som har en særlig interesse på området og således kun er tilgængelige for få patienter.

Overgangen til voksenpsykiatrien kan også forårsage brud i kontinuiteten i behandlingen. Det sker ofte, når den unge påbegynder psykiatrisk behandling lige før den alder, der er fastlagt som en rigid grænse mellem BUP og voksenpsykiatrien. Den psykisk syge unge må da starte behandling i et system (BUP) og pludselig overflyttes til et andet system (voksenpsykiatrien). Det sker ofte ved 18-års-alderen, som samtidig er den alder, hvor den unge flyttes fra børn- og ungeafdelingen i kommunen til et dissemineret system for voksne i kommunernes jobcenter, bistandskontor og handicapafdeling. Dette er meget uhensigtsmæssigt, taget i betragtning at 18-års-alderen er den alder, hvor de store psykiatriske sygdomme ofte debuterer, og der netop er brug for kontinuitet, koordinering og helhedstænkning i den socialpsykiatriske behandling.

Ad 3. Udredning og behandling af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter er utilstrækkelig

BUC-centrene har et godt samarbejde med de pædiatriske afdelinger både om udredningen af de vanskelige neuropsykiatriske tilstande med fysisk og psykisk komorbiditet og om monitoreringen af patienter i psykofarmakologisk behandling. Der er en barriere, når den geografiske afstand mellem de somatiske og de psykiatriske afdelinger bliver for stor i forhold til at gennemføre akutte tilsyn og fælles lægefaglige konferencer.

Ad 4. Der er varierende ventetid på udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien

I overensstemmelse med de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder er det et servicemål, at undersøgelse skal starte inden for to måneder efter modtagelse af henvisning. Der er sket en positiv udvikling, idet 60 pct. nu venter under 60 dage.

I BupBasen er ventetiden opgjort som ventetid fra henvisning til start på undersøgelse. Der er store forskelle i ventetiden på tværs af centre og regioner, mens der ikke er meget forskel fra 2009 til 2010.

Andelen af forløb, som startes inden for 60 dage, ligger i alle regioner (fraset Region Nordjylland) med en gennemsnitlig opfyldelse af indikatoren (sevicemålet) på 43 til 65 pct. Region Hovedstaden og Region Midtjylland har begge lidt bedre målopfyldelse i 2010 i forhold til 2009, mens Region Sjælland og Region Syddanmark har lidt flere, som venter over 60 dage. De fleste regioner har markant størst andel af forløb, som startes inden for 60 dage og kun få forløb med start efter 120 dage. Kun Region Nordjylland viser et anderledes mønster.(3)

Siden 1. april 2009 har Danske Regioner fulgt udviklingen i form af kvartalsvise ventetidsopgørelser. Også heraf fremgår det, at ca. 60 pct. af de ventende har ventet under to måneder. Sundhedsstyrelsens følgegruppe konkluderer, at der er sket fremskridt på området i relation til ventetider, men at der fortsat er behov for forbedring af situationen (5).

Udvidet aktivitet siden udvidelsen af udrednings- og behandlingsretten inden for to måneder

Fra 1. august 2008 har børn og unge under 19 år, ved ventetider til undersøgelse på mere end to måneder, haft ret til undersøgelse på en klinik eller et hospital, som regionerne har en aftale med. Fra 1. januar 2009 har børn og unge under 19 år, som efter undersøgelse har behov for hurtig behandling i børne- og ungdomspsykiatrien (eller voksenpsykiatrien, hvor aldersgrænsen mellem specialerne er ved det fyldte 18. år), ved ventetider på mere end to måneder ret til behandling på en klinik eller et hospital, som regionerne har en aftale med.

Samtidig med indførelse af de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder, blev der afsat midler fra centralt hold til udbygning af kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien, hvilket også er sket:

I henhold til Landspatientregistret udgjorde det samlede antal af ambulante besøg i 2007 ca. 85.000, og i 2010 ca. 121.000, hvilket svarer til en stigning i den ambulante aktivitet på ca. 42 pct. på tre år. (5)

I samme periode var antallet af heldøgnspladser næsten konstant, mens der var et lille fald i antallet

af registrerede dagpladser på ca. 15 pct. Samtidig er aktiviteten øget målt som antallet af udskrivninger. Antallet af udskrivninger fra heldøgnspladser steg således fra 1.477 til 1.707 svarende til ca. 16 pct. fra 2007 til 2010. (5)

Hjemtagning af egne patienter

I 2010 er registreret 47 indlæggelser af børn (0-14-årige) og 228 indlæggelser af 15-17-årige på voksenpsykiatrisk afdeling. Ud af det samlede antal registrerede heldøgnsindlæggelser af 0-17-årige under en psykiatrisk diagnose tegner børne- og ungdomspsykiatrien sig for 42 pct., mens 9 pct. fandt sted i voksenpsykiatriske afdelinger, 39 pct. i pædiatriske afdelinger og 10 pct. i medicinske afdelinger. En stor andel af indlæggelserne i de voksenpsykiatriske og i de somatiske afdelinger er akutte og skyldes formentlig den begrænsede mulighed for døgnnet rundt at kunne modtage akutte patienter i børne- og ungdomspsykiatrien. Region Hovedstadens Psykiatri har netop åbnet landets første akutmodtagelse for psykisk syge børn og unge.

De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger udøvede kun ca. 27 pct. af tilfældene af tvang over for under 18-årige i 1999, mens de i 2007 varetog 70 pct. af tvangen over for de under 18-årige, og i 2010 så meget som 87 pct. af tvangen over for de under 18-årige. Tallene indikerer, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i højere grad selv varetager de aggressive, selvdestruktive eller selvmordstruede patienter, således at de uhensigtsmæssige overflytninger til voksenpsykiatrien undgås for denne patientgruppe. Det bør understreges, at andelen af patienter under 18 år berørt af tvang har ligget nogenlunde konstant på ca. 20 pct. i samme periode. (5)

Ad 5. Psykiatrisk forskning er underprioriteret

Dansk børne- og ungdomspsykiatri har et relativt ungt forskningsmiljø med et bredt interessefelt. Forskningen udgår hovedsagelig fra universitetsafdelingerne i Aalborg, Århus, Odense og København (Glostrup og Bispebjerg). Der er projekter med fokus fordelt på alle patientaldersgrupper. Designmæssigt er der fokus på såvel epidemiologi, hjerneudvikling og billeddannende teknikker som kliniske effektstudier, databaser, litteraturstudier og kvalitetssikring. Det er en klar forventning, at den positive udvikling vil fortsætte med aktiviteter, som ligger på internationalt niveau. Men det er et ungt felt, og sammenlignet med sygeligheden og samfundets direkte omkostninger til behandling og støtte af psykisk syge børn og unge er forskningsaktiviteterne fortsat meget begrænsede. F.eks. har specialet indtil videre på landsplan kun produceret 0-2 ph.d.-grader årligt.

Der mangler gode tal for de samlede bevillinger til området, men det er fair at antage, at disse ikke er øget i takt med de øgede omkostninger til støtte og behandling af psykisk syge børn og unge. Det betyder, at vi halter bagud med forskning både i sygdommenes årsager, risikofaktorer og udviklingsforløb. Vi har næsten ingen af den type forsøg (lodtrækningsforsøg), der er nødvendige for at afgøre, præcis hvilken behandling der er den mest effektive for en given klinisk problemstilling. Den manglende dokumentation af effekt og tolerabilitet af behandlingen gælder både de farmakologiske og de psykologiske/pædagogiske interventioner.

Det betyder med andre ord, at samfundet poster store ressourcer ind i udredningen og diagnostik-

ken af et stigende antal børn, men kun få ressourcer i den forskning og kvalitetsudvikling, der skal udvikle og afprøve behandlinger til denne gruppe af børn og unge.

Desuden bør det bemærkes at forskning i udviklingsmæssig psykopatologi og tidlige risikofaktorer og sygdomsmarkører har relevans for hele psykiatrien i forhold til at forstå tidlige sygdomsårsager og mekanismer også for de store psykiatriske sygdomme, som debuterer i voksenalderen, det gælder angst, depression, psykotiske sygdomme og personlighedsforstyrrelser.

I øvrigt henvises til DPS' rapport om, at psykiatrisk forskning er underprioriteret set i forhold til andre store komplekse sygdomme såsom hjertesygdomme og cancer.

Ad 6. Ny viden implementeres ikke hurtigt nok

Se punkt 1 vedr. manglende tilgængelighed af kognitiv adfærdsterapi (KAT) og andre psykologiske behandlinger, der har vist sig effektive i udenlandske studier.

Et andet eksempel på manglende brug af ny viden:

Ny viden og nye ideer fra udlandet om, hvordan it og mobiltelefoner kan anvendes til kommunikation med patienterne, herunder til påmindelse om aftaler, monitorering af medicinindtagelse og bivirkninger samt til psykoterapi og færdighedstræning, anvendes slet ikke i Danmark. Disse muligheder har særlig relevans for børn og unge, som ville kunne kommunikere med deres behandler i 'real life' og 'real time' på en ung, smart måde, der er langt mindre stigmatiserende end den traditionelle behandling.

I stedet for at udnytte it konstruktivt i behandlingen, må læger og psykologer dagligt kæmpe med at logge ind og ud af langsomme og tunge datasystemer, der ikke tjener andet formål end registrering.

Ad 7. Ressourcerne kunne anvendes mere hensigtsmæssigt

Der er tilført ekstra ressourcer i form af satspuljemidler til børne- og ungdomspsykiatrien. Midlerne har været målrettet udbygning af kapaciteten bl.a. med henblik på at nedbringe ventetiden til udredning og behandling.

Midlerne er udmøntet til regionerne som permanente bevillinger og udgjorde i 2009 225 mio.kr., i 2010 264 mio. kr. og i 2011 300 mio. kr. I 2012 er satspuljebevillingen til børne- og ungdomspsykiatrien på samlet 339 mio. kr.

Regionernes samlede udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien var i 2009 1.017 mio.kr.

Det er således en meget stor andel af de samlede budgetter, der bevilges i form af satspuljemidler.

Den procentvise stigning i de samlede udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien har resulteret i en tilsvarende procentvis stigning i de samlede aktiviteter indenfor samme periode. Arbejdet med akkreditering, den Danske Kvalitetsmodel og Lean har haft til hensigt at effektivisere de grundlæggende og velkendte arbejdsgange.

Det er problematisk, at den øgede aktivitet ikke i tilstrækkelig grad har været fulgt op af systematisk udvikling eller afprøvning af nye og potentielt mere effektive undersøgelsesinstrumenter og behandlingsmetoder. Vi mangler således forskning og kvalitetsudviklingsprocesser, der kan fortælle os, om

ressourcerne kunne anvendes mere effektivt. Senest har begrebet 'Patient Empowerment' kastet lys på behovet for at udvikle konkrete terapeutiske og gerne it-baserede metoder, der kan understøtte et gensidigt og respektfuldt samarbejde med barnet/den unge og familien og udvikle deres muligheder for selv-kontrol og for at klare hverdagen med en psykisk sygdom.

Ad 8. Pårørende inddrages i varierende omfang

Samtidig med den store aktivitetsøgning især på det ambulante område med tilsvarende øget 'caseload' og øget flow gennem afdelingerne er de pårørendes tilfredshed med behandlingen i de børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier samlet set øget i perioden 2010-2011 sammenlignet med perioden 2007-2008. (8)

I alt 88 pct. af patienterne på 15 år og derover har svaret bekræftende på spørgsmålet om, hvorvidt afsnittet havde kontakt med patientens familie. Kun 12 pct. af patienterne svarer nej til, at afsnittet havde kontakt med patientens familie. Patienter, som har svaret nej til dette spørgsmål, er blevet spurgt, om de gerne ville have, at afsnittet havde haft kontakt med familien. Her svarer kun 29 pct. af de 12 pct. af patienterne, at de i høj grad eller i nogen grad gerne ville have, at afsnittet havde haft kontakt med familien, mens 71 pct. af patienterne kun i mindre grad eller slet ikke har ønsket dette.

Forældrene bliver spurgt, om der er lavet aftaler om tiden efter barnets/den unges udskrivning. Hertil svarer 79 pct. af forældrene bekræftende, mens 21 pct. af forældrene svarer nej. Forældre, som har svaret nej, bliver spurgt, om de gerne ville have haft, at der var lavet aftaler om tiden efter barnets/den unges udskrivning. I alt 87 pct. af disse forældre svarer, at de i høj grad eller i nogen grad gerne ville have haft, at der var lavet aftaler, mens 13 pct. kun i mindre grad eller slet ikke har ønsket, at der var lavet aftaler.

Samlet set er der en høj grad af tilfredshed hos de pårørende, men der er også mulighed for at forbedre pårørendes inddragelse og tilfredshed, særligt når der gælder behandlingsdelen. Det gælder også planlægningen af behandlingen efter udskrivning fra ambulatoriet.

Der mangler kliniske databaser med mere detaljerede oplysninger om behandling, der involverer de pårørende. Det er indtrykket, at forældrene kunne inddrages langt mere systematisk i psykoedukative og adfærdsmodificerende træningsprogrammer, der kan hjælpe dem til at mestre dagligdagen med et psykisk sygt barn.

Ad 9. Der er ikke tilstrækkeligt fokus på kompetenceudvikling

Børne- og ungepsykiatri er et lille speciale, og den store stigning i antallet af ydelser i de seneste år har betydet, at der har været meget lidt tid til uddannelse og kompetenceudvikling af de behandlere, der ikke har været i formaliserede uddannelsesforløb. Dertil kommer, at uddannelseskapaleten mht. uddannelsen af speciallæger, og nu også specialpsykologer, er udvidet, hvilket yderligere har lagt beslag på kræfterne hos de færdiguddannede speciallæger. Der er således et efterslæb mht. at sikre videreuddannelsen inden for specialet, især videreuddannelsen inden for psykoterapi og psyko-farmakologisk behandling.

Ad 10. Der mangler klare dokumenterede effektmål for behandling

Manglen på klare, dokumenterede og dokumenterbare effektmål for udredning og behandling betyder, at ingen rigtig ved, hvornår en aktivitet er tilstrækkelig og hverken mere eller mindre indgribende end nødvendigt.

Det betyder formentlig, at der foretages undersøgelser og behandlinger, som kunne undværes, uden at kvaliteten blev afgørende reduceret, mens der samtidig mangler at ske en implementering af nyere, mere specifikke og potentielt mere effektive undersøgelses- og behandlingsmetoder.

Dette er endnu et eksempel på det store gab, der er opstået mellem den stærkt øgede kliniske aktivitet i BUP og den meget begrænsede mængde af forskning og kvalitetsudvikling.

Set i den sammenhæng er det problematisk, at BupBasen er lukket som landsdækkende klinisk database for alle diagnoseområder i BUP.

Referencer

1. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005 Oct;44(10):972-86
2. Petersen DJ, Bilenberg N, Hoerder K, Gillberg C. The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006 Mar;15(2):71-8
3. Bupbase Årsrapport 2010
4. Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD. 2008
5. Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed. Sundhedsstyrelsen, 2011
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. CG28 Depression in children and young people: NICE Guideline. 2012
7. Daley D, Jones K, Hutchings J, Thompson M. Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: current findings, recommended interventions and future directions. *Child Care Health Dev* 2009 Nov;35(6):754-66
8. Landsdækkende Psykiatriundersøgelser. Patienterne og deres forældre har ordet. Undersøgelse i børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier 2010-2011. Folkesundhed og kvalitetsudvikling. Under udgivelse 2012