

# Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet

DEBATOPLÆG



Dansk Psykiatrisk Selskab

DPBO

DANSKE  
REGIONER



DANSK PSYKOLOG FORENING



# ARBEJDSMARKEDET LIDER UNDER PSYKISK SYGDOM

Der er de senere år sket en markant stigning i antallet af personer, som forlader arbejdsmarkedet, fordi de førtidspensioneres på grund af en psykisk lidelse, herunder en større gruppe under 30 år. I langt de fleste tilfælde på grund af en 'ikke-psykotisk lidelse' som f.eks. depression og angst. Det er psykiske lidelser, som vi ved, kan forebygges og behandles, så symptomerne reduceres så meget, at personen kan fungere på arbejdsmarkedet og ofte helbredes.

Psykisk sygdom, som ikke bliver opdaget og behandlet i tide, fører ikke bare til lidelse for den enkelte patient og de pårørende. Også samfundet lider store direkte og indirekte tab i form af tabt arbejdsevne, sygemeldinger og pensioneringer. Alene omkostninger af depressioner er i Danmark anslået til ca. 14 mia. kr., mens angstlidelser koster ca. 6 mia. kr. om året.

Jo senere i sygdomsforløbet psykisk sygdom opdages, jo sværere og dyrere bliver behandlingen, og jo ringere bliver chancerne for helbredelse. Samtidig fører psykisk sygdom til et overforbrug af somatiske sundhedsydelser, som kunne være undgået.

Alt i alt er det altså en dårlig samfundsøkonomisk forretning, at en stor gruppe danskere ikke modtager den behandling, der er nødvendig for, at de kan fastholde eller genoptage tilknytningen til arbejdsmarkedet. Samtidig er det uacceptabelt, at en stor og voksende gruppe borgere i et rigt velfærdsamfund som det danske, ikke diagnosticeres og modtager den forebyggende og helbredende behandling, de har brug for som psykisk syge mennesker.

Der findes ingen præcise tal for, hvor mange danskere, der lider af en psykisk sygdom. Men beregninger viser, at op mod 20 pct. af den danske befolkning har en lidelse af ikke-psykotisk karakter i løbet af et år. Lige nu er der f.eks.:

- Mindst 250.000 mennesker med en depression
- Mindst 250.000 mennesker med angst
- Ca. 75.000 med spiseforstyrrelser

Undersøgelser peger på, at halvdelen af disse behandles i almen praksis, ca. 10 pct. behandles hos en psykiater i enten speciallæge praksis eller sygehusregi, ca. 10 pct. hos en psykolog, mens ca. 30 pct. ikke modtager behandling. Dette skyldes blandt andet, at såvel det faglige som politiske fokus inden for psykiatriområdet i en årrække har været på personer med sværere psykiske sygdomme som skizofreni og psykoser. Vi ser altså i dag en underdiagnosticering og underbehandling af personer med ikke-psykotiske lidelser. Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Psykiatere og Børne-ungdomspsykiateres Organisation, Dansk Psykolog Forening og Danske Regioner mener derfor, at det er på tide at sætte fokus på, hvordan både forebyggelse, diagnosticering og behandling af denne gruppe forbedres.

Svaret ligger ikke kun i en øget og forbedret indsats inden for sundhedsvæsenets rammer, men også i den sociale sektor, i beskæftigelsesindsatsen og gennem et forbedret samarbejde mellem sektorerne samt sidst men ikke mindst på de enkelte arbejdspladser. Med dette debat-oplæg ønsker vi at sætte fokus på de muligheder, der ligger i fremtidens sundhedsvæsen. Vi mener, der er brug for en markant udvidelse af

sundhedsvæsenets behandlingstilbud til personer med ikke-psykotiske lidelser og har følgende syv anbefalinger til den fremtidige indsats i forhold til personer med ikke-psykotiske lidelser:

**Anbefaling 1**

Styrke kapaciteten i almen praksis ift. tidlig diagnosticering og behandling ved at udbygge mulighederne for efteruddannelse og supervision;

**Anbefaling 2**

Udvide den nuværende mulighed for at personer med depression og angst kan henvises til evidensbaseret psykologbehandling under sygesikringen og udvide behandlingskapaciteten hos privatpraktiserende psykologer;

**Anbefaling 3**

Sikre den bedst mulige udnyttelse af behandlingstilbud og behandlingskapacitet i psykiatrisk speciallægepraksis;

**Anbefaling 4**

Etablere modeller for shared care /collaborative care mellem almen praksis, praktiserende speciallæger i psykiatri, psykiatriske afdelinger og psykologer m.v.;

**Anbefaling 5**

Udbygge kapaciteten til behandling af personer med ikke-psykotiske lidelser ved at etablere regionale specialklinikker;

**Anbefaling 6**

Øget samarbejde med de kommunale jobcentre om screening for psykisk sygdom, midlertidig tilkendelse af førtidspension samt effektive og fleksible handlingsplaner;

**Anbefaling 7**

Styrke forskning og metodeudvikling vedrørende behandling for ikke-psykotiske lidelser.

Realiseringen af disse anbefalinger kræver, at der afsættes ekstra ressourcer til sundhedssektoren, så det sikres, at de ikke tages fra den allerede eksisterende behandling af psykisk syge.

# FLERE OG FLERE FORLADER ARBEJDSMARKEDET PÅ GRUND AF PSYKISKE LIDELSER

## Markant stigning i førtidspensioneringer begrundet med psykisk lidelse

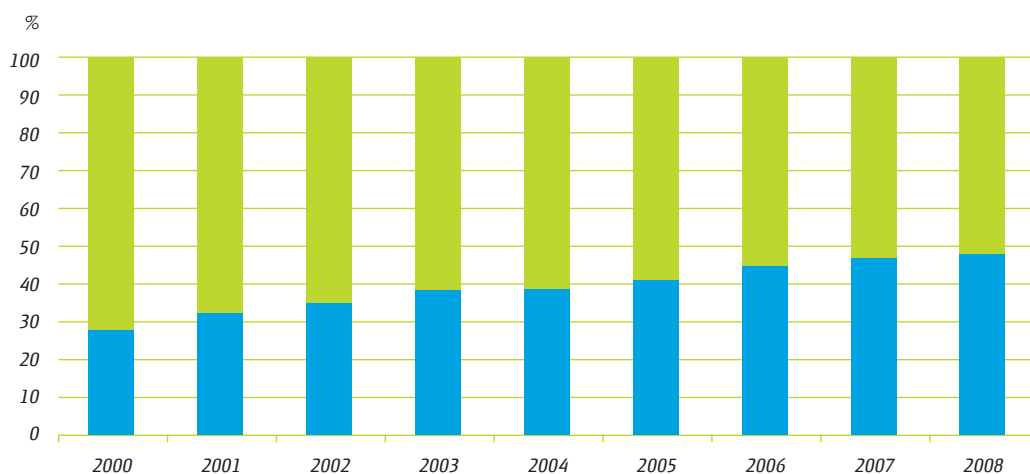
Der er sket en markant stigning i antallet af mennesker, der får førtidspension på grund af psykisk sygdom. Siden 2001 er antallet steget med 60 pct., så personer med psykiske lidelser nu udgør næsten halvdelen af dem, der tilkendes førtidspension. Langt størstedelen af førtidspensioneringskendelserne begrundes med ikke-psykotiske lidelser f.eks. angst og depression.

### FAKTA OM PSYKISK SYGDOM, FØRTIDSPENSIONERING OG SYGEMELDING

- I 2008 fik mere end 7.500 personer tilkendt førtidspension begrundet med en psykisk lidelse
- Antallet af personer, der får tilkendt førtidspension på grund af en psykisk lidelse, er øget markant (60 pct.) siden 2001
- Personer med psykiske lidelser udgør samtidig en markant større andel (48 pct.) af de personer, der tilkendes førtidspension jf. figur 1
- Ca. 16 pct. af dem, der tilkendes førtidspension begrundet med en psykisk lidelse, er under 30 år gamle
- Langt størstedelen (ca. 2/3 dele) af førtidspensioneringskendelserne begrundes med ikke-psykotiske lidelser særligt depression og angst, jf. figur 2
- Der er sket en markant stigning i antallet af førtidspensionskendelser begrundet med ikke-psykotiske lidelser, jf. figur 3
- Ca. 50 pct. af de langtidssygemeldte har en psykisk lidelse, heraf er knapt halvdelen opdagede
- Forskning viser gode muligheder for behandling så symptomerne reduceres eller der opnås helbredelse

Figur 1

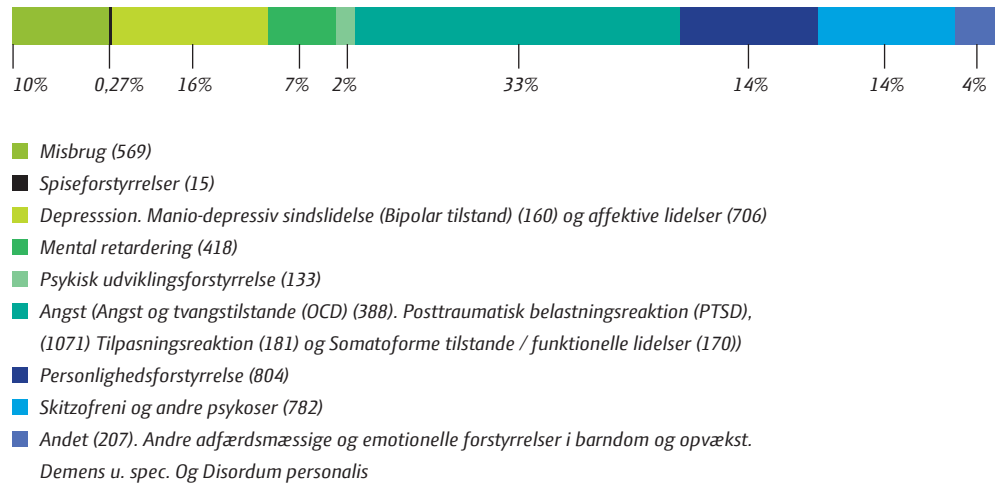
Andel nytilkendte førtidspensioner med begrundelsen psykisk lidelser, 2001-2008



■ Førtidspension ekskl. psykisk lidelser ■ Psykiske lidelser Kilde: Ankestyrelsens database om førtidspensioneringer

**Figur 2**

**Fordeling i % af diagnoser ved nytilkendte førtidspensioner, 2007**

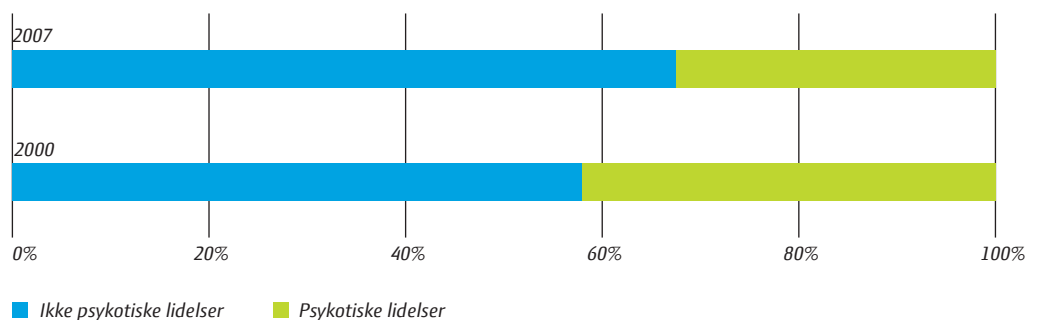


Kilde: Ankestyrelsens nøgletalsdatabase

Note: Andre undersøgelser viser at funktionelle lidelser (somatoforme tilstande) udgør ca. 8 pct. af de psykiatriske diagnoser og ligger til grund for 4 pct. af tilkendelse om førtidspension.

**Figur 3**

**Udvikling nytilkendte førtidspensioner med begrundelsen ikke-psykotisk lidelse, 2001 - 2007**



Kilde: Ankestyrelsens nøgletalsdatabase

### **Sygemeldte med psykiske lidelser opdages for sent**

Forud for tilkendelse af førtidspension går oftest en længere periode med sygemelding og forsøg på at oprette eller genoprette en tilknytning til arbejdsmarkedet. Forskning viser, at ca. 50 pct. af de langtidssygemeldte har en psykisk lidelse. Knap halvdelen af disse diagnoser er uopdagede. Af en undersøgelse fra 2007 gennemført i 6 kommuner fremgår det, at ca. 26 pct. af de langtidssygemeldte (sygemeldte mere end 8 uger) er sygemeldt pga. en psykisk lidelse. Et forsøg med screening for psykisk sygdom blandt alle langtidssygemeldte viser, at der derudover er 22 pct. som har en uopdaget psykisk lidelse. Et studie af langtidssygemeldte i Århus kommune viser tilsvarende, at det kun i ca. 44 pct. af tilfældene alene var en somatisk lidelse, der var årsag til sygemeldingen. Endvidere tog det meget længere tid før personer med psykiske lidelser blev raskmeldt - eller fik tilkendt førtidspension.

De uopdagede sager er et problem for den langtidssygemeldte. Livskvaliteten daler og der er risiko for at helbredet forværres, hvis den sygemeldte ikke er i stand til at gennemføre job og aktiveringstilbud, hvilket kan være en direkte konsekvens af den psykiske lidelse. Den psykiske lidelse kan blive opdaget på et senere tidspunkt og den syge vil så alligevel blive henvist til psykiatrisk eller psykologisk behandling. Dette sker dog ofte på et tidspunkt, hvor situationen er mere fastlåst for den psykisk syge med dårligere muligheder for behandling og helbredelse og mindre chance for tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

De uopdagede psykiske lidelser blandt langtidssygemeldte er derfor også et samfundsøkonomisk problem. Den syge bliver sværere og dyrere at behandle og helbrede og har stor risiko for at ryge helt ud af arbejdsmarkedet.

### **Midlertidig førtidspensionering anvendes ikke i tilstrækkelig grad**

Det er muligt at beslutte, at sager om tilkendelse af førtidspension til personer med psykiske lidelser skal genoptages på et senere tidspunkt. Men muligheden anvendes ikke særlig tit. Dette er bemærkelsesværdigt, da der er opnået succes med en lang række behandlingsformer og flere af de meget udbredte ikke-psykotiske psykiatriske diagnoser. F.eks. har personer med depression og angst gode prognoser for helbredelse og dermed mulighed for at opretholde eller helt eller delvist at genoptage tilknytningen til arbejdsmarkedet f.eks. via deltidssygemelding eller et fleksjob. Et andet eksempel er diagnosen "tilpasningsreaktion", som er defineret som en kortvarig tilstand (under 6 måneder). Man kan derfor stille spørgsmålstejn ved, om det er hensigtsmæssigt at denne diagnose berettiger varig førtidspension.

Alt i alt betyder dette altså, at personer med forbigående psykiske lidelser får tilkendt varig førtidspension. Det forhindrer dem ikke blot i at vende tilbage til arbejdsmarkedet, men kan også forværre deres sygdom. Vi ved, at arbejdsløshed generelt ikke er sundhedsfremmende og udenlandske undersøgelser peger på, at depression ligefrem kan afhjælpes ved, at de syge kommer i arbejde.

Den eksisterende mulighed for at tilkende en førtidspension midlertidigt bør altså anvendes oftere og kombineres med tilbud om behandling, hvis personen har en psykisk lidelse. Denne løsning vil også kunne hjælpe den gruppe af personer med ikke-psykotiske lidelser, som i dag venter på afgørelse i deres pensionssag, da det har vist sig, at ventetiden og uvisheden kan have en negativ effekt på denne gruppes helbred.

# PSYKISK SYGE MENNESKER KAN HELBREDES OG VENDE TILBAGE TIL ARBEJDSMARKEDET

Der er videnskabeligt belæg for, at mange ikke-psykotiske lidelser kan forebygges og helbredes. Der er vækst i den videnskabelige evidens for effekt af specifikke behandlingsmetoder ved afgrænsede og veldefinerede psykiske sygdomme af ikke-psykotiske karakter. En del af disse er i begrænset omfang indført i Danmark og der findes en række positive erfaringer fra udlandet.

## Depression

Der findes flere behandlingsformer, som er effektive i forhold til behandling af depression. Det er påvist, at såvel medicinsk antidepressiv behandling som kognitiv/interpersonel terapi virker effektivt ved udbrud af sygdommen. Behandlingsformerne forebygger desuden tilbagefald, hvilket er helt centralt, da depression ofte er tilbagevendende. Forskning viser, at for hver ny sygdomsperiode øges risikoen for tilbagefald og forværring af sygdomsforløbet. Derfor er det vigtigt, at personer med depression bliver diagnosticeret og kommer i behandling så tidligt som muligt. Allerhelst skal behandlingen igangsættes første gang en depression indtræder, så personen lærer at forebygge nye episoder af depression. Det vil give langt bedre mulighed for helbredelse, samt for at blive på arbejdsmarkedet eller hurtigt genoptage arbejde eller uddannelse.

Der er særligt positive erfaringer med sammensatte behandlingsprogrammer, som bygger på aktiv deltagelse af både alment praktiserende læge, speciallæger i psykiatri, psykologer samt omfatter psykosocial støtte. Det er påvist, at såkaldte 'shared care/ collaborative care' forløb, hvor der etableres et formaliseret tværsektorielt samarbejde mellem f.eks. en speciallæge i psykiatri, en psykolog eller en psykiatrisk sygeplejerske og den alment praktiserende læge omfattende supervision og klinisk vejledning, forbedrer prognosen og øger tilfredsheden for patienter med let til moderat depression.

## Angst og OCD

Angst og OCD (obsessive-kompulsive tilstande) kan behandles både medicinsk og med psykoterapi, herunder eksponeringsterapi og kognitiv adfærdsterapi. Forskning viser, at psykoterapi - særligt kognitiv adfærdsterapi - har en længere effekt end medicinsk behandling og at det mest effektive er at kombinere medicin og psykoterapi. De bedste behandlingsresultater ses blandt personer med panikangst, hvor ca. 2/3 helbredes inden for en periode på 8 år. Andelen er ca. 1/3 ved social angst, og der er gode behandlingsmuligheder ved specifikke fobier f.eks. angst for dyr, højder, lukkede rum og synet af blod. Også for angst gælder det, at jo tidligere behandlingen igangsættes jo bedre effekt er der. Da en del personer, som lider af angst, også har et alkoholmisbrug er det nødvendigt at indtænke dette i behandlingen for angst og tilbyde kombinationsbehandling.

## Spiseforstyrrelser

Der er evidens for både medicinsk behandling og kognitiv terapi. Studier har vist, at ca. 50 pct. med tiden klarer sig godt og at 30 pct. med tiden klarer sig rimelig godt, men fortsætter med at have symptomer, mens 20 pct. har en dårlig prognose. Det tager i gennemsnit 5 - 6 år at komme sig over anoreksi.



## Funktionelle lidelser

Der foreligger efterhånden en solid dokumentation for effekten af behandling af funktionelle lidelser. Funktionelle lidelser er tilstande, hvor patienterne er plaget af fysiske symptomer, som ikke kan forklares ud fra medicinsk-kirurgiske lidelse. Det drejer sig om personer med somatoforme lidelser f.eks. helbredsangst, kronisk træthedssyndrom og kronisk piskesmæld. Det er bevist, at samtalebehandling (psykoterapi) under diverse former kan forbedre patienternes velbefindende og funktionsniveau samt reducere forbruget af sundhedsydelse. Endvidere er det bevist, at medicinsk behandling (primært midler mod depression) er effektiv for nogle patienter.

### DE SAMFUNDSØKONOMISKE OMKOSTNINGER

Psykiske sygdomme påfører ikke blot den enkelte person og de pårørende store lidelser, men har også store omkostninger for samfundet. Samlet set koster psykiske sygdomme det danske samfund mere end 30 mia. årligt. Alene omkostninger af depressioner er i Danmark anslået til ca. 14 mia. kr., mens angstlidelser koster ca. 6 mia. kr. om året.

Dette er endda lavt sat, fordi særligt de indirekte udgifter ved psykisk sygdom er svære at sætte kroner og ører på og fordi udgifterne til sygedagpenge og førtids pensioner ikke er indregnet i disse tal.

Omkostningerne ved psykiske lidelser omfatter:

- Direkte sundhedsudgifter f.eks. konsultationer i almen praksis og speciallæge praksis, sygehusudgifter, medicinudgifter
- Direkte udgifter uden for sundhedssektoren f.eks. transport, patient og pårørendes forbrug af tid
- Indirekte udgifter f.eks. tabt arbejdsfortjeneste, afbrudte uddannelsesforløb, sygedagpenge, pensioner, øget forekomst af somatiske lidelser, tabte leveår

Hvis vi i Danmark begynder at behandle flere psykiske lidelser betyder det selvfølgelig i første omgang en øgning af de direkte sundhedsudgifter. Disse udgifter vil dog hurtigt opvejes af de samfundsøkonomiske besparelser i forhold til de indirekte udgifter. Alene udgifterne til at dække pensionen til de personer, der fik tilkendt førtidspension i 2008 med begrundelsen psykisk lidelse, løber op på ca. 1 mia. kr. årligt.

Studier fra udlandet f.eks. Spanien og Canada har vist at behandling af angstpatienter medfører en reduktion i de direkte og indirekte omkostninger ved angst, at denne reduktion er i en størrelsesorden, der modsvarer omkostninger til behandlingen.

## VEJEN TIL ARBEJDSMARKEDET GÅR GENNEM SUNDHEDSVÆSENET

Der er en vej tilbage til arbejdsmarkedet for de personer, der allerede er sygemeldte eller førtidspensioneret pga. en ikke-psykotisk lidelse. Der kan også gøres rigtig meget for, at personer med psykiske lidelser bevarer deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Indsatsen starter naturligvis ude på de enkelte arbejdspladser, som oftest vil være det første sted, der finder ud af, at en kollega eller medarbejder har en psykisk lidelse. Indsatsen slutter også på arbejdspladserne, som skal kunne rumme kolleger og medarbejdere, som er i gang med eller har færdiggjort behandling for en psykisk lidelse.

Men vejen til arbejdsmarkedet går også ofte gennem sundhedsvæsenet, som allerede i dag byder på en hel palet af muligheder for forebyggelse og behandling. Men der er brug for at anvende, blande og intensivere flere af palettens farver for at dæmme op for den stigende tendens til førtidspensioneringer af psykisk syge og forebygge, at personer med psykiske lidelser skubbes ud af arbejdsmarkedet via langtidssygemeldinger og tilkendelse af førtidspension.

Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Psykiatere og Børne-ungdomspsykiateres Organisation, Dansk Psykolog Forening og Danske Regioner mener, at der er brug for en markant udvidelse af sundhedsvæsenets behandlingstilbud til personer med ikke-psykotiske lidelser og har følgende syv anbefalinger til, hvordan dette kan gøres.

### Anbefaling 1

#### **Styrke kapaciteten almen praksis ift. tidlig diagnosticering og behandling ved at udbygge mulighederne for efteruddannelse og supervision**

For at sikre tidlig opsporing og behandling og dermed give mulighed for at forebygge langtidssygemeldinger og førtidspensioneringer af personer med ikke-psykotiske lidelser, må opsporing og behandling i almen praksis styrkes. I dag modtager mere end halvdelen af personer med ikke-psykotiske lidelser behandling i almen praksis. I kraft af almen praksis rolle som visitator er almen praksis samtidig borgerens indgang til hele sundhedsvæsenet. Egen læge spiller altså en helt central rolle i forhold til både diagnosticering, behandlingen og henvisning til psykolog, speciallæge og sygehusvæsenet, samt ikke mindst vurdering af diagnosens betydning for arbejdsevnen.

De alment praktiserende læger kan styrkes i denne rolle gennem:

- Bedre koordinering af regelmæssig og relevant efteruddannelse indenfor diagnostik og behandling af ikke-psykotiske lidelser herunder kurser i samtaleterapi og kurser i udredning af arbejdsevne hos personer med psykisk sygdom
- Koordinering, kvalitetssikring og yderligere udbredelse af supervisorsordninger for praktiserende læger af psykiatere vedrørende diagnostisk, behandlingsplaner, samtaleterapi og henvisning til psykolog. Desuden mulighed for supervision ved psykologer vedr. samtale terapi i almen praksis
- Udbygge mulighederne for direkte adgang til telefonisk rådgivning og vejledning i det specialiserede sundhedsvæsen omkring diagnosticering og behandling af patienter

- Akutte og subakutte vurderinger: Som næste niveau efter telefonrådgivning anbefales, at der indføres mulighed for akutte og subakutte vurderinger af patienter i det specialiserede sundhedsvæsen med henblik på diagnostik, vurdering og behandlingsforslag
- Speciallægekonsultationer i almen praksis: Besøg i almen praksis - inklusiv speciallægekonsultationer - med henblik på diskussion og faglig rådgivning omkring patienter og fælles problemstillinger
- Fælles patientforløb med konsultationer dels hos speciallæger i psykiatri eller hos psykologer hvert kvartal eller ved halvårige kontakter, dels hos patientens egen læge i den mellemliggende periode
- Specialiserede samarbejdsmodeller f.eks. TERM (The Extended Reattribution and Management Model), som er velkendt i udlandet og har vist gode resultater i Danmark, og hvor de alment praktiserende læger gennemgår et intensivt kursus i en specifik behandlingsmodel
- Udarbejdelse og opdatering af kliniske vejledninger for diagnosticering og behandling af ikke-psykotiske lidelser i almen praksis f.eks. angst, misbrug, spiseforstyrrelser og funktionelle lidelser
- Praksiskonsulentordning: En udvidelse af den eksisterende praksiskonsulentordning som bindeled mellem psykiatriske afdelinger, psykiatriske speciallæge praksis og almen praksis. Ordningen bør udvides med mere konkrete tiltag som medvirken til udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelse, retningslinjer for kommunikation og samarbejde mellem sektorerne
- Etablering og evaluering af shared care og collaborative care modeller

En væsentlig forudsætning for en øget indsats fra almen praksis på dette felt er dog at almen praksis oplever et generelt løft og strukturændringer, som styrker sektoren.

## Anbefaling 2

### **Udvide den nuværende mulighed for at personer med depression og angst kan henvises til evidensbaseret psykologbehandling under sygesikringen og udvide behandlingskapaciteten hos privatpraktiserende psykologer**

Den eksisterende ordning, hvor alment praktiserende læger kan henvise patienter med let til moderat depression eller angst til psykologbehandling med tilskud via sygesikringen skal udvides fra den nuværende målgruppe (18-37 årige) til også at omfatte de 38-65 årige. Beslutningen om henvisning til psykolog vil være mest effektiv, hvis den foregår under supervision af en fast tilknyttet psykiater. Det skal endvidere sikres, at psykologbehandling er evidensbaseret samt at egen læge modtager epikrise fra behandlende psykolog.

## GODE RESULTATER MED EVIDENSBASERET PSYKOLOGISK BEHANDLING AF PERSONER MED DEPRESSION

Erfaring med evidensbaseret psykologisk behandling af personer med lette og moderat svære depressioner viser:

- At ca. 60 pct. af patienterne blev helt fri for depression under behandlingen
- At størstedelen af de personer, der var sygemeldt før behandlingen, genoptog deres arbejde efter behandlingen
- Høj tilfredshed blandt både patienter, læger og psykologer bl.a. fordi ordningen giver en tiltrængt aflastning af de praktiserende læger og giver patienterne mere følelse af kontrol med egen situation og redskaber til at håndtere eget liv og der med større evne til at modvirke forekomsten af nye depressioner

Ved en udvidelse af den nuværende målgruppe for depressionsbehandling, som kan henvises af egen læge til psykologbehandling, vil der blive brug for at et øget antal psykologer med erfaring i behandling af depressioner indgår aftale med sygesikringen.

### Anbefaling 3

#### Sikre den bedst mulige udnyttelse af behandlingstilbud og behandlingskapacitet i psykiatrisk speciallægepraksis

For mange personer med ikke-psykotiske lidelser vil det være mest optimalt at gennemgå et behandlingsforløb hos en privat praktiserende psykiater. De psykiatriske speciallægepraksis løfter allerede i dag en stor opgave i forhold til udredning og behandling af personer med ikke-psykotiske lidelser. Men set i lyset af den tiltagende mangel på speciallæger i psykiatri og almen praksis og behovet for at udvide behandlingskapaciteten, er det centralt i fremtiden at styrke og sikre den bedst mulige udnyttelse af ressourcer og behandlingstilbud i psykiatrisk speciallægepraksis.

De privatpraktiserende psykiatere kan bl.a. styrkes i rollen som udredere og behandle gennem:

- Gode muligheder for regelmæssig og relevant efteruddannelse og vedligeholdelse af kompetencer, peer-supervision og sam-rating inden for diagnostik og behandling af ikke-psykotiske lidelser og kurser i udredning af arbejdsevne hos personer med psykisk sygdom
- Udvide mulighederne for samarbejde med almen praksis, psykiatriske afdelinger, psykologer, sociale myndigheder m.v. omkring den enkelte patient
- Mulighed for at henvise til psykoterapi under sygesikring. Dette vil give mulighed for et synligt og koordineret parallelt behandlingsforløb hos psykolog og psykiater med mulighed for løbende dialog, som også inkluderer den alment praktiserende læge. Endvidere vil det give mulighed for, at henvise til psykolog for psykologiske test til at supplere klinisk psykiatriske vurderinger, når dette er hensigtsmæssige i undersøgelse forløbet

- Etablering af aftaler mellem praktiserende speciallæger og regionen om korte accelererede diagnosticeringsforløb med behandlingsforslag til personer, hvis arbejdsmarkedstilknytning er truet
- Etablering af muligheder for ansættelser af klinik personale i psykiatriske speciallæge praksis f.eks. sygeplejerske, psykolog og socialrådgiver, som kan arbejde i en team funktion under tæt supervision af psykiateren
- Etablering og evaluering af shared care og collaborative care modeller

#### Anbefaling 4

#### **Etablere modeller for shared care/collaborative care mellem almen praksis, praktiserende speciallæger i psykiatri, psykiatriske afdelinger, psykologer m.v.**

International forskning viser, at modeller for shared care /collaborative care med samarbejde mellem almen praksis, speciallæger i psykiatri og psykiatriske afdelinger samt psykologer og andre faggrupper kan sikre at bedre diagnosticering og behandling af personer med depression, angst og andre ikke-psykotiske lidelser.

Der er evidens for effekten af shared care og collaborative care, og undersøgelser tyder på, at det er vigtigt, at tovholderen har psykiatrisk erfaring og løbende supervisors af en psykiater.

Økonomiske analyser viser, at shared care/collaborative care er dyrere end almindelig behandling, men kan gøres mere rentabel ved graduering efter behov uden at det går ud over effekten. Modellerne er især afprøvet for patienter med depression, men kan sandsynligt også anvendes ved andre psykiske lidelser samt i andre samarbejdsrelationer.

- På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at der er behov for at udvikle, afprøve og indføre shared care/collaborative care modeller tilpasset til danske forhold.

Set i lyset af manglen på speciallæger er det også helt centralt at indføre andre modeller, som inddrager andre faggrupper f.eks. psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere. Der er enkelte erfaringer fra Danmark og mange udenlandske erfaringer på disse modeller, som bl.a. omfatter:

- Rådgiversamtaler, som fokuserer på mestringsstrategier og gennemføres af sygeplejersker og socialrådgivere under supervision af læger og psykologer
- Behandlende hjælpepersonale i psykiatrisk speciallægepraksis og i psykologens praksis
- Mobilteams dvs. et team af psykiatrisk uddannede sygeplejersker med psykiater/ psykolog som konsulent/supervisor. Teamet kan kontaktes af såvel primærsektoren som socialektoren

Der er vigtigt, at der fastlægges decentrale rammer for lokalt samarbejde og arbejdsdeling om patienter med psykiske lidelser i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Desuden kan der regionalt etableres tværfaglige koordinationsudvalg med deltagelse af praktiserende læger, praktiserende psykiatere, psykologer, andre relevante faggrupper og psykiatriske afdelinger.

## Anbefaling 5

### Regionale specialklinikker til behandling af personer med ikke-psykotiske diagnoser

Der er et stort behov for at behandlingskapaciteten i regionerne til tidlig behandling af ikke-psykotiske patienter på specialklinikker udbygges. Det vil ikke alene betyde, at flere kan behandles i tide og dermed bl.a. bevare eller genoptage tilknytning til arbejdsmarkedet, men også et mindre pres på de psykiatriske afdelinger. Der findes allerede enkelte klinikker, som har fokus på behandlingen af specifikke ikke-psykotiske lidelser f.eks. angst, som har opnået positive resultater (se boks 4). Set i lyset af de begrænsede speciallægeressourcer er det også væsentligt at bemærke, at det i høj grad er psykologerne og andre faggrupper, der arbejder med patienterne under supervision af speciallæger i psykiatri dvs. behandlingen kan gennemføres med en relativt lav speciallægenormering.

#### EKSEMPLER PÅ REGIONALE SPECIALKLINIKKER

Psykoterapeutisk center Stolpegården, København: På centeret behandles personer over 18 år, som er henvist med symptomer på spiseforstyrrelser, angst, depression, personlighedsforstyrrelser m.v. Stolpegårdens behandlere er: læger, psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker. Alle har psykoterapeutisk erfaring eller uddannelse og arbejder under ledelse af psykiatriske speciallæger. De fleste tilbydes ambulans behandling, som kan foregå som gruppe-terapi, i specialgrupper f.eks. om angst, OCD og depression, som par- og familierapi eller i individuelle forløb. Personer med behov for intensiv behandling kan indlægges.

Angstklinikkerne på Rigshospitalet og Psykiatrisk Hospital i Risskov: På klinikkerne behandles personer med angst og tvangslidelser (OCD) med en kombination af kognitiv adfærdsterapi og medicinsk behandling. Behandlingen foregår primært i grupper, men kan også tilrettelægges som individuelle forløb. Behandlere omfatter både speciallæger i psykiatri, psykologer, sygeplejersker og ergoterapeuter.

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik, Århus Sygehus, Liaisonpsykiatrisk Enhed, Psykiatrisk Center Bispebjerg, Liaisonpsykiatrisk Klinik, Vordingborg: På klinikkerne behandles personer med funktionelle lidelser samt psykiske lidelser hos patienter med somatisk sygdom. Personer med funktionelle lidelser er plaget af fysiske symptomer, som ikke kan forklares ud fra en kendt somatisk sygdom eller har en sygelig frygt for at have eller pådrage sig en alvorlig sygdom. Psykiske lidelser som angst og depression hos somatisk syge patienter kan forværre tilstanden og forlænge forløbet. Afdelingerne behandler patienter med funktionelle lidelser og helbredsangst i individuelt og grupper. Behandlingen er tværfaglig og består af medicin og/eller psykoterapi. Der indgår forskning.

I regioner med store geografiske afstande kan man i stedet for specialklinikker oprette kompetencecentre, der kan rådgive lokale psykiatriske afdelinger, om behandling af patienter med specifikke lidelser, bl.a. ikke-psykotiske lidelser.

## Anbefaling 6

### **Øget samarbejde med jobcentrene om screening for psykisk sygdom, midlertidig tilkendelse af førtidspension samt effektive og fleksible handlingsplaner**

Opsporing kan også ske ved at uddanne de mennesker, der arbejder tæt på borgerne, til at genkende og tackle psykisk sygdom. Og ved at gøre det lettere for dem at henvise brugere til en psykiatrisk udredning, hvis der er mistanke om psykisk sygdom. Derfor er samarbejde og uddannelse af sagsbehandlere på de kommunale jobcentre til at genkende og tackle psykisk sygdom vigtig.

Det regionale sundhedsvæsen har på flere fronter mulighed for at styrke samarbejdet og støtte indsatsen på kommunalt niveau i forhold til tidlig identifikation af personer med psykiske lidelser. Dette kan bl.a. ske gennem:

- Kompetenceudvikling (undervisning og vejledning) af sagsbehandlere omkring de ikke-psykotiske lidelser og de samtalemeter og – redskaber, som kan anvendes i forhold til opsporing af disse
- Øget samarbejde mellem jobcentrene, socialvæsenet og sundhedsvæsenet i forhold til vurdering om tilkendelse af førtidspension. Der må særligt fokus på mulighederne for tilkendelse af tidsbegrænsede førtidspensioneringer herunder muligheden for at tilbyde personen fleksjob, før der tilbydes førtidspension. Men også andre områder, som løntilskudsjob og deltidssygemeldinger, hvor reglerne kunne anvendes mere optimalt og fleksibelt, med det formål at sikre psykisk syges tilknytning til arbejdsmarkedet

Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og beskæftigelsessektoren omkring screening for psykisk sygdom blandt langtidsygemeldte er endnu kun udført på forsøgsplan. Set i lyset af de begrænsede lægefaglige ressourcer både i almen praksis og blandt praktiserende psykiatere, må der startes forsigtigt og meget målrettet ift. at igangsætte screeningsprogrammer.

Målrettet screening kan gennemføres af de alment praktiserede læger eller foretages af sagsbehandlere på de kommunale jobcentre. Pba. screeningerne kan jobcentrene henvise til borgerens alment praktiserende læge for yderligere udredning, diagnostisering og eventuel behandling hos enten den alment praktiserende læge selv eller ved henvisning fra den alment praktiserende læge til psykolog, psykiater eller arbejdsmedicinsk klinik. En god mulighed for en højt kvalificerede screening er, at jobcenter kan anmode om speciallæge undersøgelse, som udbydes over nettet og besvares indenfor 2 måneder med vurdering af diagnose, prognose og behandlingsforslag.

Eventuelle målrettede screeninger kan foretages ift.

- Matchgruppe 3, 4 og 5 dvs. ledige, hvor der er et vist match mellem kvalifikationer og arbejdsmarkedet (matchgruppe 3); ledige, der vil kunne varetage jobfunktioner på nedsat tid og/eller med begrænsede krav til kvalifikationer (matchgruppe 4); og ledige, der aktuelt ikke har nogen arbejdsevne, der kan anvendes på det ordinære arbejdsmarked (matchgruppe 5). Matchgrupper 4 og 5 har typisk andre problemer end ledighed f.eks. sygdom, misbrug eller hjemløshed
- Screening af langtidssygemeldte dvs. personer, som har været sygemeldt i mere end 8 uger. Forsøgsordninger og forskning viser, at knapt en fjerdedel af de langtidssygemeldte har uopdagede psykiske diagnoser og at det samlet set er ca. halvdelen af de langtidssygemeldte, der har psykiske diagnoser
- Ansøgere om førtidspension særligt med henblik på at identificere personer, som bør tilkendes tidsbegrænset førtidspension og modtage behandling for ikke-psykotisk lidelse for at kunne genoptage tilknytningen til arbejdsmarkedet

## Anbefaling 7

### Styrke forskning og metodeudvikling vedrørende behandling for ikke-psykotiske lidelser

Vi skal være sikre på, at de behandlingstilbud vi har til personer med ikke-psykotiske lidelser virker. Derfor må forskning og metodeudvikling styrkes. Dette kan bl.a. gøres ved at:

- Formulere en national forskningsstrategi. Strategien skal styrke en dansk specialisering inden for de områder, hvor vi allerede er langt fremme og øge brugen af internationale forskningsresultater og standarder inden for forebyggelse, udredning og behandling herunder shared care /collaborative care modeller
- Udvikle og udbrede evidensbaserede programmer til udredning og behandling af alle væsentlige psykiske sygdomme
- Skaber en øget faglig specialisering understøttet af kompetencecentre f.eks. i forbindelse med regionale specialklinikker for de væsentligste ikke-psykotiske psykiske sygdomme



## CITERET OG ANDEN CENTRAL LITTERATUR

*Birket-Smith og Eplov, Psykiske lidelser og førtidspension, 2007*

*Birket-Smith M, Rasmussen A. Screening for mental disorders in cardiology outpatients. 2008*

*Bower, P. & Gilbody, S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. BMJ 2005; 330, 839-842.*

*Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. Br J Psychiatry. 2006;189:484-93.*

*Christensen og Fjedsted, Evaluering af forsøgsprojekter vedrørende psykologbehandling af personer med lette og moderat svære depressioner i Fyn og Århus Amter, 2007*

*DSI, Depression en folkesygdom, 1999.*

*Dansk Psykiatrisk Selskab, Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, 2001*

*Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin, Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, 2004*

*Fink P, Hansen MS, Oxhøj ML., The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients., J Psychosom Res 2004*

*Fink P, Steen HM, Søndergaard L., Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service, Psychosomatics 2005*

*Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med. 2006; 166:2314-21*

*Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression: systematic review of randomised economic evaluations. Br J Psychiatry. 2006;189:297-308*

*Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj ML., Use of health services, mental illness, and self-rated disability and health in medical inpatients, Psychosom Med 2002*

*Kroenke K, Swindle R., Cognitive-Behavioural Therapy for Somatization and Symptom Syndromes: A Critical Review of Controlled Clinical Trials. Psychother Psychosom, 2000*

*K. S. Christensen, P. Fink, T. Toft, L. Frostholm, E. Ornbøl, and F. Olesen. A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ. Fam Pract 22 (4):448-457, 2005*

*K. S. Christensen, F. Olesen, M. Rosendal, and P. Fink. Computerbaseret diagnostik af funktionelle og psykiske lidelser i almen praksis. Ugeskr.laeger 2009.(In Press)*

*K. S. Christensen, T. Toft, L. Frostholm, E. Ornbøl, P. Fink, and F. Olesen. Screening for common mental disorders: who will benefit? Results from a randomised clinical trial. Fam Pract 22 (4):428-434, 2005*

*K. S. Christensen. Screening for functional and mental disorders in general practice. Results from a randomised controlled trial. PhD thesis. Research unit for Functional Disorders, Aarhus University, Faculty of Health Science. 1-113, 2004*

- K. S. Christensen, T. Toft, L. Frostholt, E. Ørnbøl, P. Fink, and F. Olesen. *The FIP study: a randomised, controlled trial of screening and recognition of psychiatric disorders.* *Br J Gen Pract* 53 (495):758-763, 2003
- London School of Economics, *The Depression Report*, 2006
- Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI, Dalgard OS, Engberg M, Hansson L et al., *Psychiatric morbidity in primary public health care. A multicentre investigation. Part II: Hidden morbidity and choice of treatment.* *Acta Psychiatr.Scand*, 1997
- Olesen et.al., *Cost of disorders of the Brain in Denmark*, Informa Healthcare, 2007
- Olesen et.al., *Cost of disorders of the Brain in Europe* *European Journal of Neurology*, 2005
- Pedersen L, Birket-Smith M. *Depression hos cancerpatienter - med fokus på cancerpatienter i den palliative fase*, 2007
- Sundhedsstyrelsen, *Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*, 2007
- Sundhedsstyrelsen, *Referenceprogram for unipolar depression hos voksne*, 2007
- O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K., *Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes.* *J.Fam.Pract.* 1999
- Søgaaard, *Psyriske lidelser hos langtidssygemeldte*, 2007
- Sørensen, Karen et al.: *Om sygefravær. Med fokus på sygemeldte i 8. fraværssuge*, *Forskningssklinikken for funktionelle lidelser og psykosomatik, Århus Universitetshospital og Center for folkesundhed i Region Midt*
- P. Fink, E. Ørnbøl, F. J. Huyse, P. de Jonge, A. Lobo, T. Herzog, J. P. J. Slaets, G. Cardoso, V. Arolt, M. Rigatelli, and M. S. Hansen. *A Brief Diagnostic Screening Instrument for Mental Disturbances in General Medical Wards.* *J.Psychosom.Res.* 57 (1):17-24, 2004
- P. Fink, E. Ørnbøl, M. S. Hansen, L. Sondergaard, and P. de Jonge. *Detecting mental disorders in general hospitals by the SCL-8 scale.* *J Psychosom Res* 56 (3):371-375, 2004
- P. Fink, H. Ewald, J. Jensen, L. Sorensen, M. Engberg, M. Holm, and P. Munk-Jørgensen. *Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization.* *J Psychosom Res* 46 (3):261-273, 1999
- Toft T, Fink P, Oerboel E, Christensen K, Frostholt L, Olesen F., *Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study.* *Psychol Med* 2005



DANSKE  
REGIONER



Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00

F 35 29 83 00

E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

[www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)

Danske Regioner, marts 2009

Design: Etcetera Design

Tryk: Danske Regioner

ISBN trykt udgave: 978-87-7723-596-2

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7723-597-9