

Scenarier for bedre psykiatrisk behandling

Behandling efter referenceprogrammerne – hvad koster det for voksne med debuterende angsttilstande, depression og skizofreni?

Jan Christensen · Camilla Dürke Tybring

RAPPORT 2012.06



Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
Postboks 2595
2100 København Ø
Tlf. +45 35 29 84 00
Fax +45 35 29 84 99
www.dsi.dk · dsi@dsi.dk


Dansk Sundhedsinstitut

DSI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilde. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver DSI's publikationer, bedes sendt til instituttet.

Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
Postboks 2595
2100 København Ø
Tlf. +45 35 29 84 00
Fax +45 35 29 84 99
www.dsi.dk · dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-708-9 (elektronisk version)
ISSN 0904-1737
DSI rapport 2012.06

DSI projekt 3286

Design: DSI og MONTAGEbureauet ApS
Forsidefoto: Colourbox



Forord

Psykiatrimrådet har været og er fortsat til intens debat. Diskussioner blandt fagfolk omhandler blandt andet organisering af behandlingen og kontaktfladerne mellem forskellige dele af behandlingssystemet. Medierne bringer for tiden ofte personhistorier om patienters møde med systemet.

Der har hidtil været savnet overblik over problemernes omfang. Denne rapport skitserer konsekvenser af et behandlingsscenarie, som bygger på referenceprogrammerne for angstlidelser, depression og skizofreni. Scenariet er opstillet af en ekspertgruppe, som har tolket referenceprogrammerne. Det er analyseret, hvad omkostningerne vil være af at kunne tilbyde patienter med debuterende psykiatriske lidelser en behandling, som afspejler referenceprogrammerne.

En stor registerbaseret opgørelse er udarbejdet for at bestemme, hvordan behandlingen faktisk er. På den baggrund er der her lavet opgørelser over, i hvilken udstrækning den faktiske behandling lever op til behovene defineret ved scenariet.

Målet med rapporten er at bidrage til debatten om behandling af psykiatriske patienter og anskueliggøre de ressourcemæssige udfordringer, der vil være ved at implementere behandling i overensstemmelse med referenceprogrammerne.

Dansk Sundhedsinstitut vil gerne takke DAK-e, Det Centrale Psykiatriske Register og Forskningservice på Dan-

marks Statistik for at stille data til rådighed og yde værdifuld og kompetent sparring til brugen af data. Styregruppen (praktiserende speciallæge i psykiatri Niels Siebuhr, speciallæge i almen medicin, ph.d., chef for DAK-E Henrik Schroll, vicedirektør Marianne Rex Sørensen, økonomisk konsulent Anne Marie Lei og undertegnede) skal ligeledes have stor tak for et frugtbart samarbejde. Derudover vil forfatterne gerne takke projekt-assistent Thomas Tjørnelund Nielsen for kompetent arbejde med databearbejdningen og analyserne.

Projektet og udarbejdelsen af denne rapport er finansieret af Lægeforeningen og Dansk Sundhedsinstitut. Der er foretaget eksternt review af to kyndige fagfolk.

Jes Søgaard
Direktør, professor
Dansk Sundhedsinstitut

Indhold

Forord	3
Resumé	5
1. Baggrund, formål og læsevejledning	7
2. Psykiatriens mange udfordringer	8
3. Metode	9
4. Scenarier for behandling af patienter med debuterende psykiatiske lidelser	10
5. Faktisk ressourceforbrug i det psykiatiske sundhedsvæsen	14
6. Sociale udgifter	16
7. Diskussion og perspektivering.....	19
8. Sammenfatning og konklusion.....	20
Litteratur.....	21
Bilag 1: Arbejdsgruppe nedsat til at udarbejde behandlingsscenariet.....	23
Bilag 2: Datagrundlag – anvendte registre	24
Bilag 3: Repræsentativitet.....	26
Bilag 4: Afgrænsning af patientgrupper.....	28
Bilag 5: Populationsdannelse	29
Bilag 6: Ressourcebehov i behandlingsscenariet.....	31
Bilag 7: Referenceprogrammer	33

Resumé

Psykiatriområdet har været og er fortsat til intens debat. Debatten handler blandt andet om ressourcetildelingen til psykiatriområdet. Det argumenteres i flere sammenhænge, blandt andet med henvisning til den relativt større ressourcetildeling til det somatiske område, at det psykiatriske område bør opprioriteres.

Denne rapport er tænkt som et bidrag til at kvalificere debatten med konkrete beregninger. Der er skitseret alternative behandlingsscenarier inden for den traditionelle behandlingspsykiatri, som tager udgangspunkt i referenceprogrammerne for angstlidelser, depression og skizofreni. Det er analyseret, hvad omkostningerne i form af ekstra ressourcebehov vil være af at kunne tilbyde pågældende voksne med debuterende psykiatriske lidelser en behandling, som afspejler referenceprogrammerne.

En stor registerbaseret opgørelse er udarbejdet for at bestemme, hvordan behandlingen faktisk er. På den baggrund er der her lavet opgørelser over, i hvilken udstrækning den faktiske behandling lever op til behovene defineret ved scenariet. I forhold til den nuværende behandling er der behov for at tilføje yderligere ressourcer til området, hvis de opstillede scenarier skal gennemføres.

Hovedresultaterne af analyserne er, at hvis patienter med debuterende psykiatriske lidelser skal tilbydes behandling i overensstemmelse med det opstillede scenarie, er der samlet set behov for en yderligere behandlingskapacitet på næsten 1.200 ekstra fuldtidsstillinger i ambulanseregion og praksissektor. Stillingerne dækker over en ikke

nærmere specificeret sammensætning af psykiatere, speciallæger i almen medicin, psykologer og sygeplejersker. Merbehovet af ambulante besøg skyldes især et meget stort merbehov for patienter med depression samt et stort merbehov for patienter med skizofreni. Samtidig er der et behov for yderligere ca. 3.000 indlæggelsesdage. Det ekstra antal indlæggelsesdage afspejler en kombination af et stort merbehov ved behandling af personer med debuterende skizofreni og et betragteligt besparelspotentiale for især personer med debuterende depression.

Det anslås, at der er behov for ekstra ressourcer på ca. 13-25 årsværk for de specifikke forslag til en tidlig opsporing af patienter med angsttilstande og depression. Opsporingen tænkes foretaget ved screeninger på somatiske hospitalsafdelinger med mange kroniske patienter samt screening af langtidsygemeldte. Beregningerne bygger på anslåede forudsætninger om tidsforbrug og har ikke taget højde for implementeringsmæssige omkostninger, hverken direkte eller indirekte.

Hvis patienter med debuterende psykiatriske lidelser i Danmark skal kunne tilbydes behandling i overensstemmelse med det opstillede scenarie, som afspejler referenceprogrammerne, er der dermed behov for markant øget ressourcetildeling til området.

Ud over sundhedsforbruget opgøres de sociale udgifter forbundet med de psykiatriske diagnoser. Patienter med debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni får samlet udbetalt overførselsindkomster på godt 3,7 mia. kr. det første år, efter diagnosen er stillet.



1

Baggrund, formål og læsevejledning

Psykiatrien er i en årrække blevet tildelt relativt færre ressourcer end det somatiske sundhedsvæsen. I perioden 2000-2011 steg bevillingerne til det somatiske område med 45 %, mens stigningen i samme periode kun var 15 % for psykiatriområdet (1). Psykiatriske lidelser er hyppigt forekommende og medfører betydelige omkostninger for samfundet i form af behandlingsomkostninger og tabt arbejdsfortjeneste samt udgifter til overførsler til sygedagpenge, kontanthjælp og førtidspensioner. Dertil kommer de menneskelige omkostninger for den enkelte patient og pårørende. Denne vurdering sammen med et øget fokus på de psykiatriske lidelser og behandlingen af disse har skabt et ønske om at kvalificere debatten med konkrete tal.

Der er behov for at få regnet på scenarier for forskellige behandlingsforløb i form af omkostninger ved at tilbyde alternativer til den nuværende behandling. Denne rapport skitserer et muligt scenarie, som er baseret på indførelse af behandling i overensstemmelse med referenceprogrammerne for psykiatriske lidelser. Scenariet er opstillet af en ekspertgruppe med indsigt og erfaring i det psykiatriske område og behandlingen af psykiatriske patienter. Som grundlag for at vurdere, hvad der skal til for at realisere scenariet, sammenholdes det med, hvordan situationen ser ud i dag. Projektet er afgrænset til diagnoser indenfor depression, angsttilstande og skizofreni.

Formålet med projektet er en analyse af, hvor mange ressourcer psykiatrien skal tilføres, hvis patienter med henholdsvis debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni skal modtage behandling i overensstemmelse med referenceprogrammerne. Analysen skal indgå i den sundhedspolitiske debat om psykiatrien i det danske sundhedsvæsen.

Rapporten består af forord, resumé, kapitel 1 (dette kapitel) til kapitel 8, samt bilag 1 til 7. For at få et hurtigt overblik over essensen af rapporten og resultaterne af analyserne, kan man med fordel blot læse kapitel 8 "Sammenfatning og konklusion". En skitsering af de problemstillinger, som psykiatrien står overfor udover de ressourcemæssige udfordringer, som adresseres i denne rapport, fremgår af kapitel 2 "Psykiatriens mange udfordringer". De anvendte metoder er kort skitseret i kapitel 3 "Metode". Opgørelser af ressourcebehovet for at give alle patienter behandlingsforløb er præsenteret i kapitel 4 "Scenarier for behandling af patienter". Som baggrund for opgørelserne af ressourceforbrug er der i kapitel 5 "Faktisk ressourceforbrug i det psykiatriske sundhedsvæsen" opgjort, hvordan det nuværende forbrug af sundhedsydelser er, mens det i kapitel 6 "Sociale udgifter" er opgjort, hvor stort forbruget af sociale ydelser er. Der perspektiveres over analyserne i kapitel 7 "Diskussion". Bilagene redegør i detaljer for datagrundlaget og analyserne.

2 Psykiatriens mange udfordringer

Psykiatriske lidelser medfører store omkostninger for patienten og dennes pårørende. Sygdommen kan have alvorlige indvirkninger på dagligdagen og arbejdslivet. Tilmed er der blandt psykisk syge en markant overdødelighed. Samtidig med de store personlige omkostninger er der også store samfundsmæssige omkostninger i form af behandling og indirekte omkostninger, når patienten på grund af sygdommen er hindret i at uddanne sig og i at varetage et job. Eksempelvis udgør psykiatriske lidelser begrundelsen for ca. 50 % af tilkendelser af førtidspension (2).

Den ressourcemæssige situation på det psykiatriske område er et erkendt problem fra de statslige sundhedsmyndigheders side (3). Det anbefales, at tilbuddene til mennesker med psykiske lidelser udbygges og forbedres. Blandt andet anføres det som del af de overordnede mål for den nationale strategi for psykiatri at "styrke psykiatriske patienters muligheder for at blive helbredte eller så raske og velfungerende som muligt", samt at "sikre at personer med psykiske lidelser modtager en lettilgængelig, tilstrækkelig og effektiv diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning af høj kvalitet". Udfordringerne gælder ikke kun for Danmark, men findes på globalt plan (4).

Problemstillingerne i behandlingen af psykiatriske patienter er ikke begrænset til et rent ressourceproblem. I det følgende sættes nærværende rapport ind i en ramme ved at berøre en række andre tilgrænsende problemstillinger og udfordringer i relation til den psykiatriske behandling.

Det psykiatriske område bliver ofte opdelt i to overordnede dele: den behandlende psykiatri og en række sociale støtteforanstaltninger til psykiatriske patienter. Sidstnævnte benævnes i nogle sammenhænge socialpsykiatri. Den sociale støtte til personer med psykiatriske lidelser omfatter blandt andet støtte i hjemmet og støtte til at klare dagligdagen. Samspillet mellem den behandlende psykiatri og de sociale støtteforanstaltninger udgør en af de konkrete udfordringer indenfor den psykiatriske behandling (5). Overførsel af opgaver på det psykiatriske område fra regionerne har givet kommunerne en række nye udfordringer (6). Blandt andet stiller de nye opgaver anderledes krav til medarbejdernes kompetencer.

Ikke-psykotiske patienter behandles ofte i almen praksis. For den patientgruppe er samspillet mellem almen praksis

og behandlingspsykiatrien derfor vigtig. Med baggrund i et litteraturstudie er der udarbejdet en række anbefalinger til optimering af samarbejdet (7).

Psykiske lidelser kan for mange være en direkte årsag til sygemelding og dermed fravær fra arbejdsmarkedet. Med udgangspunkt i et ønske om at forbedre mulighederne for at komme tilbage i arbejde er der udarbejdet en række anbefalinger (8). Der inddrages her forhold i patientens arbejdsliv som elementer i en samlet indsats for at sikre tilbagevenden.

Patienter med de såkaldte dobbelt diagnoser har samtidig med den psykiatriske lidelse også et misbrugsproblem. Gruppen af patienter er særligt sårbar, da problemerne synes at forstærke hinanden. Tilmed er behandlingssystemet ikke tilstrækkeligt gearret til at håndtere de komplekse patienter (9).

Retspsykiatriske patienter udgør ligeledes en særlig udfordring for den psykiatriske behandling (10). Også denne patientgruppe har behov for, at deres komplekse lidelse bliver behandlet hensigtsmæssigt. Især fremhæves udfordringerne med at koordinere metoder i retspsykiatrien med det øvrige behandlingssystem. Dertil kommer forskelle i systemernes syn på mulige sammenhænge mellem den psykiatriske lidelse og den kriminelle adfærd. Det anbefales at fokusere på identifikation og målrettet behandling af patienter, som har risiko for at begå kriminalitet (11).

For mange psykisk syge har pårørende en afgørende betydning i forhold til at bakke op om patienten, yde omsorg og pleje. Aktiv inddragelse af pårørende kan blandt andet reducere risikoen for genindlæggelse. Som illustration kan nævnes en cost-benefit analyse, som giver et bud på størrelsesordenen af effekterne af at forøge inddragelsen af pårørende i behandlingen af psykiatrisk sygdom (11). Analysen finder, at ressourcer investeret i at inddrage pårørende kommer flere gange igen, og at der dermed er tale om en god investering.

I denne rapport fokuseres på ressourcetildelingen i behandlingspsykiatrien. Ikke fordi de øvrige områder er af mindre betydning, men udelukkende af afgrænsningsmæssige årsager. Rapporten giver et bud på behovet for tildelingen af ressourcer til behandlingspsykiatrien, der er nødvendige for at indføre et scenarie, som afspejler referenceprogrammerne for angstlidelser, depression og skizofreni.

3 Metode

I efteråret 2011 nedsatte Lægeforeningen en arbejdsgruppe bestående af eksperter på det psykiatriske område. Gruppen har udarbejdet scenarier for behandlingsforløb for voksne med debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni. Scenarierne omfatter den del af behandlingen, som ligger i behandlingspsykiatrien. Det drejer sig om diagnosticering og vurdering af patienterne, ambulante behandling, eventuel stationær behandling og opfølgning og efterbehandling. Scenarierne bygger på referenceprogrammerne for de pågældende sygdomme. I bilag 7 gives en kort beskrivelse baseret på (12) af, hvad et referenceprogram er. Sammensætningen af gruppen og beskrivelser af gruppens arbejdsform er gengivet i bilag 1. De skitserede scenarier er gengivet i bilag 6 i deres helhed. Bilagene 2-5 beskriver de anvendte metoder i detaljer. Her følger en kort gennemgang af metoderne.

Det er opgjort, i hvilken udstrækning den eksisterende behandling imødekommer behovene for at kunne opnå en behandling i overensstemmelse med scenariet. Det er gjort ved at opgøre eventuelle forskelle i forhold til den behandling, som patienter med debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni modtager under de nuværende forhold. Det behandlingsforløb, som patienterne faktisk modtager, er opgjort som det registrerede forbrug af sundhedsydelser. Opgørelserne er baseret på et omfattende registermateriale for pågældende patienter.

Patienterne er inkluderet som debuterende psykiatriske patienter i eksempelvis 2009, hvis de har fået stillet en diagnose inden for angstlidelse, depression og/eller skizofreni og

ikke i årene forud har fået stillet en tilsvarende diagnose. Den inkluderende diagnose kan være stillet hos enten den praktiserende læge eller i det psykiatriske behandlingssystem. Mens data fra det Centrale Psykiatriske Register (13) har været anvendt i en lang række forsknings- og analyseprojekter, så er brugen af data fra de praktiserende læger, i form af DAMD-registeret (Dansk Almen Medicinsk Database) (14), til denne type analyser relativt nyt. Det særligt nye, som denne rapport gør brug af, er muligheden for at knytte diagnoser til besøgene hos den praktiserende læge.

På denne baggrund er beregnet omfanget af den yderligere behandlingsindsats, der er behov for. Opgørelsen er lavet som årlige ekstra behandlingstimer og årlige ekstra indlæggelsesdage.

De bagvedliggende scenarier specificerer nogle behandlingsforløb, men ikke i detaljer, hvilke sundhedspersoner der skal levere ydelserne. De skønnede sundhedspersonalebehov dækker derfor over en ikke nærmere specificeret blanding af psykiatere, speciallæger i almen medicin, psykologer og sygeplejersker.

Ud over den behandlingsrelaterede opgørelse gives der indikationer af omfanget af de indirekte omkostninger, som er forbundet med patienter med debuterende psykiatriske lidelser. For patienterne er der lavet opgørelser over forbrug af sociale ydelser (sygedagpenge, kontanthjælp og førtidspension). Selvom der her er tale om en kasseøkonomisk analyse, giver det alligevel en antydning af størrelsen af de indirekte omkostninger. Til sammenligning sættes forbruget af sociale ydelser over for forbruget hos den danske befolkning som helhed.

4 Scenarier for behandling af patienter med debuterende psykiatriske lidelser

Det analyserede scenarie er beskrevet i detaljer i bilag 6 og kan overordnet set inddeles i to dele. Dels handler det om at få psykiatriske patienter hurtigt i behandling. Der kan herved påbegyndes behandling på et tidligt stadie i sygdomsforløbet. For at opspore sygdommen tidligt foreslås, at særligt udsatte grupper screenes for eventuel psykisk sygdom. Dels handler det om tilrettelæggelsen af selve behandlingsforløbet, når den psykiatriske lidelse er konstateret. Først gennemgås tilrettelæggelsen af de tre forløb, og dernæst præsenteres forslagene til tidlig opsporing.

Behandlingsforløb – Scenarie for patienter med debuterende angsttilstande

Behandlingsforløbet af patienter med debuterende angsttilstande deles op i tre faser. Først stilles diagnosen, og patientens tilstand vurderes. Dernæst kommer den egentlige behandling, og afslutningsvis følges op med kontrol og efterbehandling. Hver af de tre faser i behandlingsscenariet er her opgjort i omfanget af behandling målt i antal timers behandling. Patienter med angst oplever forskellige sværhedsgrader af sygdommen. Patienter med debuterende angsttilstande er delt op i let, moderat og svær grad af sygdom. Tabel 1 indeholder ressourceforbruget beregnet som gennemsnit over alle diagnosticerede angstpatienter det første år, efter diagnosen er stillet.

I tabel 1 ses ressourcebehovet for at tilbyde behandling efter det opstillede scenarie af patienter med debuterende angsttilstande. Der er behov for 23,5 timers ambulante behandling, mens der ikke er behov for, at angstpatienter indlægges. Det faktiske forbrug for den gennemsnitlige angstpatient er 6,0 timers ambulante behandling, og patienten er indlagt gennemsnitligt 1,4 dage på psykiatrisk afdeling. Når forudsætningerne i scenariet og det faktiske forbrug stilles overfor hinanden, ses det, at der udover de ambulante timer, som faktisk gives patienterne med debuterende angsttilstande, er behov for yderligere 17,5 timers behandling. Da angstpatienter ikke bør indlægges, er der en potentiel besparelse på gennemsnitligt 1,4 indlæggelsesdage pr. debuterende angstpatient.

Behandlingsforløb – Scenarie for patienter med debuterende depression

Behandlingsforløbet af debuterende depressive patienter deles op i tre faser. Først stilles diagnosen, og patientens tilstand vurderes. Dernæst kommer den egentlige behandling, og afslutningsvis følges op med kontrol og efterbehandling. Behandling i overensstemmelse med scenariet for hver af de tre faser er her opgjort i omfanget af behandling målt i antal timers behandling og antal indlæggelsesdage. Patienter med debuterende depression oplever forskellige sværhedsgrader af sygdommen. Der opdeles milde, moderate, svære og komplicerede tilfælde. Tabel 2 indeholder ressourceforbruget beregnet som gennemsnit over alle diagnosticerede depressive patienter det første år, efter diagnosen er stillet.

I tabel 2 ses ressourcebehovet for at tilbyde behandling som defineret ved scenariet af patienter med debuterende depression. Der er behov for 27,2 timers ambulante behandling, mens der vurderes at være behov for indlæggelse i gennemsnitligt 1,5 dage. Gennemsnittallet dækker dog over, at indlæggelserne kun er relevante for komplicerede tilfælde, som anslås at udgøre 5 %. Det faktiske forbrug for den gennemsnitlige depressive patient er 5,4 timers ambulante behandling, og patienten er indlagt gennemsnitligt 2,6 dage på psykiatrisk afdeling. Når scenariet og det faktiske forbrug stilles overfor hinanden, ses det, at der udover de ambulante timer, som faktisk gives patienter med debuterende depression, er der behov for yderligere 21,8 timers behandling, mens der er en potentiel besparelse på gennemsnitligt 1,1 indlæggelsesdage pr. patient.

Behandlingsforløb – Scenarie for mennesker med skizofreni

Behandlingsforløbet af patienter med debuterende skizofreni deles op i tre faser. Først stilles diagnosen, og patientens tilstand vurderes. Dernæst kommer den egentlige behandling, og afslutningsvis følges op med kontrol og efterbehandling. Ifølge det opstillede scenarie er behandling for hver af de tre faser her opgjort i omfanget målt i antal timers behandling og

Table 1: Ressourceforbrug ved indførelse af behandlingsscenarie i overensstemmelse med referenceprogrammet for patienter med debuterende angsttilstande, året efter diagnosen er stillet

	Antal timers behandling ambulante ***	Antal indlæggelsesdage
Scenarie*		
Diagnostik og vurdering	4	-
Behandling	12	-
Efterbehandling og opfølgning	7	-
I alt	23,5	0
Faktisk forbrug af ressourcer**	6,0	1,4
Forskel mellem scenarie og faktisk behandling	+17,5	-1,4

* Kilde: Scenarie som afspejler referenceprogrammet (bilag 6), udarbejdet af arbejdsgruppe (bilag 1).

** Kilde: Egne beregninger baseret på baggrund af data beskrevet i bilag 2.

*** Dækker over behandling i almen praksis, ved speciallæge, psykolog og ambulante besøg på sygehusene. Timerne behøver ikke at være lægetimer i hele patientforløbet. Det kan være kombination af almen læge/psykolog eller speciallæge/sygeplejerske. Dog skal lægen initiere og følge behandlingsforløbet.

Tabel 2: Ressourceforbrug pr. patient ved indførelse af behandlingsscenarie i overensstemmelse med referenceprogrammet for voksne patienter med debuterende depression, året efter diagnosen er stillet.

		Antal timers behandling ambulant ***	Antal indlæggelsesdage
Scenarie*	Diagnostik og vurdering	4	-
	Behandling	16	1,5
	Efterbehandling og opfølgning	7	-
	I alt	27,2	1,5
Faktisk forbrug af ressourcer**		5,4	2,6
Forskel mellem behov og faktisk behandling		+21,8	-1,1

* Kilde: Scenarie som afspejler referenceprogrammet (bilag 6), udarbejdet af arbejdsgruppe (bilag 1).

** Kilde: Egne beregninger baseret på baggrund af data beskrevet i bilag 2.

*** Dækker over behandling i almen praksis, ved speciallæge, psykolog og ambulante besøg på sygehusene. Timerne behøver ikke at være lægetimer i hele patientforløbet. Det kan være kombination af almen læge/psykolog eller speciallæge/sygeplejerske. Dog skal lægen initiere og følge behandlingsforløbet.

Tabel 3: Ressourceforbrug pr. patient ved indførelse af behandlingsscenarie i overensstemmelse med referenceprogrammet for voksne med debuterende skizofreni, året efter diagnosen er stillet

		Antal timers behandling ambulant ***	Antal indlæggelsesdage
Scenarie*	Diagnostik og vurdering	10	-
	Behandling	9	55
	Efterbehandling og opfølgning	180	-
	I alt	199,2	55
Aktuelt forbrug af ressourcer**		6,3	27,5
Forskel mellem behov og faktisk behandling		+192,9	+27,5

* Kilde: Scenarie som afspejler referenceprogrammet (bilag 6), udarbejdet af arbejdsgruppe (bilag 1).

** Kilde: Egne beregninger baseret på baggrund af data beskrevet i bilag 2.

*** Dækker over behandling i almen praksis, ved speciallæge, psykolog og ambulante besøg på sygehusene. Timerne behøver ikke at være lægetimer i hele patientforløbet. Det kan være kombination af almen læge/psykolog eller speciallæge/sygeplejerske. Dog skal lægen initiere og følge behandlingsforløbet.

antal indlæggelsesdage. Patienter med debuterende skizofreni oplever forskellige sværhedsgrader af sygdommen. Der opdeles i ukompliceret, kompliceret og alvorlig skizofreni. Tabel 3 indeholder ressourceforbruget beregnet som gennemsnit over alle diagnosticerede patienter med skizofreni, det første år efter diagnosen er stillet.

I tabel 3 ses ressourcebehovet for at efterleve behandlingskravene som defineret ved scenariet af patienter med debuterende skizofreni. Der er behov for godt 199 timers ambulant behandling, mens der vurderes at være behov for indlæggelse i gennemsnitligt 55 dage. Det faktiske forbrug for den gennemsnitlige patient med debuterende skizofreni er 6,3 timers ambulant behandling, og patienten er indlagt gennemsnitligt 27,5 dage på psykiatrisk afdeling. Når behovet og det faktiske forbrug stilles overfor hinanden, ses det, at der udover de ambulante timer, som faktisk gives patienter med debuterende skizofreni, er behov for væsentligt flere timers behandling og indlæggelsesdage. Merbehovet er estimeret til 192,9 timer og 27,5 indlæggelsesdage.

Tidlig opsporing

For psykiatriske patienter er det vigtigt at komme i behandling hurtigt. Derved imødegår man progressionen i sygdommen. For at opdage sygdommen tidligt, foreslås det, at særligt udsatte grupper screenes for eventuel psykisk sygdom. Screeningerne laves i forhold til angsttilstande og depression. Der foreslås screening af patienter på sygehusafdelinger med mange kroniske patienter og screening af langtidsygemeldte personer.

Screening på sygehusafdelinger

Screening af alle patienter på sygehusene foreslås lavet på de onkologiske, de neurologiske og de reumatologiske afdelinger. Det anslås at tage 5-10 minutter pr. patient. Tidsforbruget bygger dog på en række forudsætninger. Det forudsættes blandt andet, at screeningen inddrages som en fast del af arbejdsgangene på sygehusene, og at resultaterne af screeningen indgår på en hensigtsmæssig måde i den videre behandling af patienten. Der er dermed en række forudsætning

ger for det opstillede screeningsscenarie, og det ligger udover denne analyse at vurdere, hvorvidt de er opfyldt. Det forudsættes, at screeningen foretages af en sygeplejerske. I tabel 4 er beregnet ressourceforbrug for screeningen baseret på de opstillede forudsætninger. Beregningen bygger på antallet af patienter på de pågældende afdelinger samt på et anslået tidsforbrug pr. patient. Afhængigt af hvilken forudsætning der lægges for tidsforbruget, vil screeningen kræve 2,8-5,6 sygeplejerskeårsværk pr. år.

Det vil dog være nødvendigt med yderligere analyser for at fastlægge effekterne af screeningen, herunder hvor mange psykiatriske patienter, som vil blive diagnosticeret ved screeningen og ellers ikke ville være blevet diagnosticeret. Derudover er der behov for at fastlægge, hvor meget tidligere diagnosen stilles, når patienterne screenes, for de patienter, som siden hen ville være blevet diagnosticeret i anden sammenhæng. Dertil kommer behov for yderligere analyser til at afdække de afledte effekter, der måtte være på forbrug af sundhedsydelse og øvrige afledte omkostninger.

Screening af langtidssygemeldte

Langtidssygemeldte udgør ligeledes en risikogruppe i forhold til forekomst af psykisk sygdom. Forsøgsordninger har vist, at knapt hver fjerde langtidssygemeldte har en ikke-diagnosticeret psykiatrisk lidelse (15).

Det foreslås at screene alle personer, som er sygemeldte i mere end 8 uger. Et scenarie kunne være, at selve screeningen tænkes foretaget i forbindelse med andre former for udredning af langtidssygemeldte. Det er dog ikke i denne rapport afklaret, hvilke muligheder der reelt er. Der kunne hentes inspiration fra projektet "Tilbage til arbejdet" (TTA), som introducerer en række tiltag for at håndtere problemstillingerne, som den langtidssygemeldte står over for (16). Når en borger har været sygemeldt i mere end 8 uger, sættes en række tiltag i gang for at sikre en ordentlig udredning af den sygemeldte. Herunder skal der være et møde med en psykolog. Der er dermed opstillet en struktur til at tage hånd om langtidssygemeldtes sundhedstilstand. TTA-projektet er ved at blive indført i 22 kommuner. Metoderne i TTA kan tjene til inspiration i forhold til en eventuel realisering af

screeningsscenariet for psykisk sygdom blandt de langtidssygemeldte.

Ved beregning på sygedagpengeregistret ses, at der årligt er ca. 200.000 danskere, som er sygemeldte i mere end 8 uger. Da der ikke er etableret organisatoriske rammer, hvori screeningen kan implementeres, er det meget vanskeligt at estimere tidsforbruget hertil. Hvis det som for screeningen på sygehusafdelingerne anslås at tage 5-10 minutter pr. patient, vil det kræve et merforbrug på ca. 10-20 årsværk.

Tidlig opsporing og tidligere igangsætning af behandling vil i de fleste tilfælde imødegå progression i sygdomsudviklingen og dermed reducere sværhedsgraden af sygdommen. Beregning af disse effekter ligger dog udenfor rammerne af denne analyse.

Samlet ressourcebehov

Indsatserne i forhold til tidlig opsporing omfatter ifølge scenarierne af såvel indlagte på sygehusafdelinger med mange kroniske patienter som screening af langtidssygemeldte. Hvis de opstillede forudsætninger holder, vil det kræve et samlet ressourcebehov på 13-26 årsværk at indføre screeningerne.

Merbehovet for behandling af patienter med debuterende psykiatriske lidelser ved indførelse af scenariet er beregnet i ovenstående tabeller 1, 2 og 3. Som det beskrives i det følgende kapitel 5, gives et estimat for antal mennesker med debuterende psykiatriske lidelser i Danmark. Antal patienter med debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni estimeres til ca. 68.500 årligt. Tallene er samlet i tabel 5.

For at yde en behandling i overensstemmelse med det opstillede scenarie, har hver af de 4.700 patienter med debuterende angsttilstande brug for yderligere 17,5 timers behandling. Som anført i tabel 5 kræver det i alt ca. 82.000 timers yderligere behandling, for at alle diagnosticerede patienter med debuterende angsttilstande kan tilbydes behandling i overensstemmelse med referenceprogrammet. På tilsvarende måde beregnes det samlede behov i scenariet for patienter med debuterende depression og debuterende skizofreni. Som det fremgår af tabel 5, er der samlet set behov for over 1,9 millioner timers behandling for at løfte be-

Tabel 4: Antal indlæggelser og anslået ressourceforbrug ved screening for psykiatrisk sygdom på visse somatiske sygehusafdelinger med mange kroniske patienter, forudsat at forudsætningerne kan realiseres

Afdelinger	Antal indlæggelser	Antal årsværk for screening
Onkologiske	20.000	1,00 - 2,00
Neurologiske	29.000	1,45 - 3,90
Reumatologiske	7.000	0,35 - 0,70
I alt	56.000	2,8 - 5,6

Kilde: Antal indlæggelser er optalt fra sst.dk som gennemsnit af de 3 seneste tilgængelige år med afdelingsoptalte tal for indlæggelser 2003-2005. Antal årsværk er beregnet på baggrund af antal patienter og et anslået tidsforbrug på 5-10 minutter pr. screening. Tidsforbruget er anslået af den faglige gruppe tilknyttet projektet.

Tabel 5: Ressourcebehov for opgradering på besøg for psykiatrisk behandling ved indførelse af behandlingsscenarier baseret på referenceprogrammerne

Diagnose	Antal debuterende patienter i Danmark	Merbehov på ambulante behandling (tusinde timer) *	Merbehov på ambulante behandling (antal årsværk) *
Angsttilstande	4.700	+82	+49
Depression	61.000	+1.330	+791
Skizofreni	2.800	+540	+322
I alt	68.500	+1.952	+1.162

* Dækker over behandling i almen praksis, ved speciallæge, psykolog og ambulante besøg på sygehusene. Timerne behøver ikke at være lægetimer i hele patientforløbet. Det kan være kombination af almen læge/psykolog eller speciallæge/sygeplejerske. Dog skal lægen initiere og følge behandlingsforløbet.

Tabel 6: Ressourcebehov til opgradering på psykiatriske indlæggelser ved indførelse af behandlingsforløb i overensstemmelse med det opstillede scenarie (et minus betyder, at der ifølge scenariet er en potentiel besparelse i forhold til det nuværende forbrug)

Diagnose	Antal debuterende patienter i Danmark	Årligt merbehov på indlæggelser (i tusinde indlæggelsesdage)
Angsttilstande	4.700	-6,6
Depression	61.000	-67,1
Skizofreni	2.800	+77,0
I alt	68.500	+3,3

handlingen op på et niveau, der svarer til referenceprogrammerne. Hvis de scenarier, som afspejler referenceprogrammerne, bliver gennemført, svarer det estimerede merbehov i behandlingen til 1.162 fuldtidsstillinger. Beregningen antager en årlig arbejdstid på 1.680 timer.

Det er meget vanskeligt at foretage en beløbsmæssig omregning af omkostningerne, da der ikke umiddelbart findes tilgængelige prisopgørelser for så store udvidelser af behandlingsskapaciteten. At estimere omkostningerne for at gearere behandlingssystemet anderledes ligger udenfor rammerne af denne analyse.

Som for opgørelsen af behandlingsbehovet i form af timers ambulante behandling beregnes i tabel 6 det samlede ressourcebehov i form af indlæggelser, hvis det forudsættes, at der skal tilbydes behandling, som afspejler referencepro-

grammet. Beregningerne baserer sig på opgørelserne i tabel 1, 2 og 3 for hver af de tre psykiatriske lidelser, som indgår. De 4.700 patienter med debuterende angsttilstande har, ifølge scenariet, ikke behov for at være indlagt. Derfor er der for angstpatienterne en potentiel besparelse på gennemsnitligt 1,4 indlæggelsesdage pr. patient. Ved implementering af scenariet giver det samlet set en potentiel besparelse på godt 6.000 indlæggelsesdage. På tilsvarende måde beregnes den potentielt store besparelse på antal indlæggelsesdage for de depressive og det store merbehov for mennesker med debuterende skizofreni. Samlet set har patienterne behov for ca. 3.000 ekstra indlæggelsesdage, hvis der skal tilbydes en behandling, som afspejler referenceprogrammerne.

5 Faktisk ressourceforbrug i det psykiatriske sundhedsvæsen

I kapitel 4 indgår beregninger af det faktiske ressourceforbrug for voksne med debuterende psykiatriske lidelser. I dette kapitel beskrives, hvordan opgørelserne er lavet, og der gives resultater på et mere detaljeret niveau.

Patienter med debuterende psykiatriske lidelser identificeres ved registreringer i de tilgængelige registre. Der er tale om patienter, som er diagnosticeret ved den praktiserende læge og/eller i det psykiatriske behandlingssystem. Der er tale om et repræsentativt udsnit af den danske befolkning. Tallene angives for Danmark som helhed og er derfor opregnede tal. Populationsdannelsen er beskrevet i bilag 5.

Populationsdannelse – voksne med debuterende psykiatriske lidelser

Indledningsvis identificeres patienter ved registreringer i DAMD-registeret, hvor indberetningerne stammer fra de praktiserende læger. Patienterne identificeres ved diagnosekoderne for angsttilstande, depression og skizofreni. Analyserne er afgrænset til voksne patienter. Derudover inkluderes patienter, som har fået stillet en diagnose indenfor angsttilstande, depression eller skizofreni ved psykiatrisk indlæggelse, ambulante besøg på en psykiatrisk afdeling eller ved besøg på psykiatrisk skadestue.

For nogle patienter gælder, at der er registreret mere end én psykiatrisk diagnose blandt diagnoserne angsttilstande, depression og skizofreni. I analyserne antages den sværeste lidelse at være den, som patienten reelt har fejlet i hele forløbet. Diagnosen angsttilstand betragtes som en mildere lidelse end depression, der er mildere end skizofreni.

For at sikre at patienten ikke tidligere har fået konstateret psykiatrisk sygdom, inkluderes kun patienter, som ikke tid-

ligere har fået konstateret angsttilstande, depression eller skizofreni. Herefter er der en renset population med estimerede antal patienter med debuterende psykiatriske lidelser som angivet i tabel 7.

Inkluderede patienter er registreret med tidspunktet for den første gang, diagnosen stilles, og hvilken diagnosegruppe patienten tilhører. Oplysningerne danner udgangspunkt for at beregne ressourceforbrug det første år efter debut med den psykiatriske lidelse.

Faktisk forbrug af sundhedsydelser

Følgende opgørelse dækker forbruget af psykiatriske sundhedsydelser året efter inklusion med en debuterende psykiatrisk lidelse beregnet på baggrund af alle inkluderede patienter:

Ambulante besøg i psykiatrien, besøg hos psykiatrisk speciallæge eller psykolog og besøg hos almen praktiserende læge betragtes i væsentlig grad som substitutter. I ressourceberegningerne i kapitel 3 anvendes derfor summerede tal, som udtrykker det samlede gennemsnitlige antal besøg. Det antages, at der gennemsnitligt går 30 minutter til et besøg. Besøg på den psykiatriske skadestue er ikke en del af et planlagt behandlingsforløb, men har derimod netop en funktion i akutte situationer.

Der er foretaget beregninger med forskellige grupperinger af patienterne. Ved at anvende forskellige inddelinger fås forskelle i gennemsnitlige forbrug af sundhedsydelser. Der er taget højde for variationen ved at anvende et gennemsnit, som er beregnet på dels en køns- og aldersgruppering, dels en køns- og urbaniseringsgruppering.

Tabel 7: Estimeret antal voksne med debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni årligt i Danmark

Diagnose	Estimeret antal debuterende patienter årligt i Danmark
Angsttilstande	4.700
Depression	61.000
Skizofreni	2.800
I alt	68.500

Tabel 8: Gennemsnitligt forbrug pr. patient af sundhedsydelse for voksne med debuterende psykiatiske lidelser, året efter diagnosen er stillet.

	Angst	Depression	Skizofreni
Gennemsnitligt antal dage indlagt i psykiatrien	1,4	2,6	27,5
Gennemsnitligt antal ambulante besøg i psykiatrien	2,4	1,4	5,7
Gennemsnitligt antal skadestuebesøg i psykiatrien	0,2	0,1	0,7
Gennemsnitligt antal besøg hos psykiatrisk speciallæge eller psykolog	1,9	1,9	1,3
Gennemsnitligt antal besøg hos almen praktiserende læge	7,6	7,5	5,7
Summeret gennemsnitligt antal ambulante besøg i psykiatrien og antal besøg hos psykiatrisk speciallæge, psykolog og almen praktiserende læge	11,9	10,8	12,7
Summeret gennemsnitligt antal timer* forbrugt på ambulante besøg i psykiatrien og antal besøg hos psykiatrisk speciallæge, psykolog og almen praktiserende læge	6,0	5,4	6,3

* Antal timer er baseret på en antagelse om, at et besøg gennemsnitligt tager 30 minutter.

6 Sociale udgifter

Ved siden af de direkte udgifter til behandling af psykiatiske patienter er der indirekte udgifter og indirekte omkostninger. Herunder kan patienterne være nødt til at forlade jobmarkedet, midlertidigt eller varigt, som følge af sygdommen. De forskellige typer af overførselsindkomst afspejler forskellige grader af fravær og tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. For at være berettigede til sygedagpenge har personer på sygedagpenge en konkret tilknytning til arbejdsmarkedet. Kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister har ikke en egentlig tilknytning til arbejdsmarkedet. Kontanthjælpsmodtagere står til rådighed med henblik på at kunne komme i beskæftigelse, mens førtidspensionister permanent er trådt tilbage fra arbejdsmarkedet. En formaliseret model af processen beskriver, hvordan sygdom kan forårsage forskellige grader af tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (17). Figur 1 præsenterer visuelt en konceptuel sammenhæng mellem progression af sygdom og forskellige grader af tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Analysen har anslået, at de årlige indirekte udgifter relateret til personer med depression er ca. 3,3 mia. kr. årligt i form af sygedagpenge og pensioner (18). For personer med angsttilstande er de indirekte omkostninger knyttet til sygefravær anslået til ca. 2,9 mia. årligt (19). En senere analyse, som i vid udstrækning bygger på (18) og (19), når frem til et skøn over de samlede indirekte omkostninger relateret til psykiatiske lidelser som følge af nedsat produktivitet, sygefravær og ophør af jobaktivitet på ca. 49 mia. kr. årligt (8). Der er tale om anslåede beløb, som omfatter alle psykiatiske lidelser og byg-

ger på en række antagelser. Der er dog ikke tvivl om, at ikke kun de direkte sundhedsomkostninger, men også de afledte omkostninger, er betydelige for de psykiatiske patienter.

Vedrørende tildeling af førtidspension er ca. 50 % af tildelingerne af førtidspension sket på grund af psykisk lidelse (2). Det er således en relativt stor andel af personerne på førtidspension, og dermed omkostningerne hertil, som hidrører fra psykiatisk sygdom. Her er der dog ikke kun angsttilstande, depression eller skizofreni. Hos unge under 25 år er det over 80 %, som får tildelt førtidspension på grund af en psykisk lidelse (20), mens det for personer over 60 år kun er 24 %.

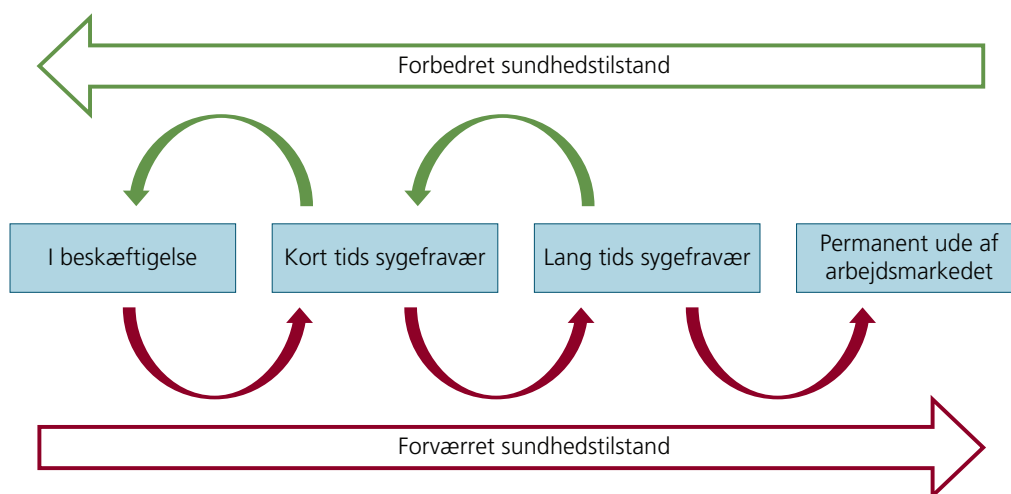
I analysen af patienter med debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni opgøres de indirekte effekter i form af størrelsen af indkomstoverførsler. Der medtages kontanthjælp, dagpenge og førtidspension. Der er dermed ikke tale om egentlige omkostninger, men udelukkende en opgørelse af udgifter for det offentlige. Det er heller ikke analyseret, i hvilket omfang udgifterne kan relateres til den psykiatiske sygdom. Analyserne dækker den erhvervsaktive aldersgruppe 19-64 år.

Da analysen dækker et år, fra diagnosen bliver stillet, kan der være patienter, som modtager mere end én af de sociale ydelser, der indgår.

Sygedagpenge

Psykiatiske lidelser kan indebære, at jobaktive patienter er nødt til at tage væk fra jobbet i en periode. Sygedagpenge er en ydelse for personer med en tilknytning til arbejdsmarkedet

Figur 1: Sammenhæng mellem sygdomsprogression og grader af tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet



Kilde: Modificeret efter (17).

Tabel 9: Antal og andel af patienter med debuterende psykiatriske lidelser i den erhvervsaktive alder (19-64 år) berørt af sygedagpenge i året, efter diagnosen er stillet. Tilsvarende antal for den danske befolkning som reference

Diagnose	Antal patienter	Antal berørt af sygedagpenge i året efter diagnosen	Andel berørt af sygedagpenge i året efter diagnosen	Samlet udbetalt beløb i mio. kr. (i år 2010 priser)	Andel i den erhvervsaktive befolkning berørt af sygedagpenge i 2010
Angsttilstande	4.100	1.100	27,3 %	101	12,5 %
Depression	49.600	18.600	37,5 %	1.888	12,5 %
Skizofreni	2.400	600	25,9 %	63	12,5 %
I alt	56.100	20.300	36,3 %	2.052	12,5 %

og vil derfor afspejle noget af det fravær, som skyldes sygdom. Tabel 9 angiver antal personer i den erhvervsaktive alder, som har været berørt af sygedagpenge i løbet af et år. Blandt patienter med debuterende psykiatriske lidelser er opgørelsen lavet i året, efter den psykiatriske diagnose er stillet. Andelene af patienter, som har været berørt af dagpenge, er ca. hver fjerde patient med angst, ca. hver tredje patient med depression og hver fjerde blandt personer med skizofreni.

Til sammenligning er der i den erhvervsaktive del af den danske befolkning som helhed 12,5 %, der modtog sygedagpenge i 2010. Sammenligningen tages med forbehold, da der ikke er justeret for øvrige faktorer, som kan være medvirkende til tilbøjeligheden til, at man modtager sygedagpenge. Herunder er jobfrekvensen ikke nødvendigvis den samme for de psykiatriske patienter som for resten af befolkningen.

I et litteraturstudie er fundet, at psykiske lidelser har stor betydning for omfanget af sygefravær (21). Et studie har estimeret, at risikoen for at blive langtidssygemeldt er mere end dobbelt så stor, hvis man har fået konstateret en depression (22).

Kontanthjælp

Ligesom for sygedagpengene så vil kontanthjælpsudbetalinger også afspejle noget fravær fra arbejdsmarkedet. For patienter med debuterende angsttilstande, debuterende depression eller debuterende skizofreni modtager ca. 7 % kontanthjælp i løbet af året efter diagnosen. Procentandelen er størst for personer med skizofreni, som det fremgår af tabel 10. Til sammenligning er det kun ca. 5 % af den samlede danske befolkning i den erhvervsaktive alder, der modtog kontanthjælp i løbet af 2010. Ligesom for opgørelsen af personer på dagpenge skal sammenligningen tages med forbehold. Der er heller ikke her justeret for øvrige faktorer, som kan være medvirkende til tilbøjeligheden til at modtage kontanthjælp. Umiddelbart synes tallene dog at underbygge resultater fra tidligere analyser, der konkluderer, at personer, som får stillet en psykiatrisk diagnose, samtidig også i højere grad modtager sociale ydelser.

Tabel 10: Antal og andel af patienter med debuterende psykiatriske lidelser i den erhvervsaktive alder (19-64 år), som har modtaget kontanthjælp, i året efter diagnosen er stillet. Tilsvarende tal for den danske befolkning som reference

Diagnose	Antal patienter	Antal som har modtaget kontanthjælp	Andel	Samlet udbetalt beløb i mio. kr. (i år 2010 priser)	Andel i den erhvervsaktive befolkning
Angsttilstande	4.100	560	13,6 %	55	5,0 %
Depression	49.600	10.300	20,8 %	953	5,0 %
Skizofreni	2.400	940	39,7 %	86	5,0 %
I alt	56.100	11.800	21,1 %	1.094	5,0 %

Førtidspension

Personer på førtidspension er reelt permanent trukket tilbage fra arbejdsmarkedet. For patienter med debuterende psykiatriske lidelser får godt 7 % årligt tilkendt førtidspension, som det fremgår af tabel 11. Andelen er størst for personer, som debuterer med skizofreni, hvor ca. hver femte patient tilkendes førtidspension.

Andelen af nye førtidspensionister, som kom fra beskæftigelse, er kun 13 % (10), mens 32 % var på kontanthjælp, og 21 % var på sygedagpenge. En stor del af patienterne, der får tildelt førtidspension, har således været sygemeldt, inden de permanent træder ud af arbejdsmarkedet.

Og dermed er det langt fra alle, som ved tidspunktet for diagnosen trækkes ud af arbejdsmarkedet. Herved bekræftes mekanismerne skitseret i figur 1 i nogen udstrækning.

Samlede sociale udgifter

I tabel 12 summeres resultaterne fra ovenstående tabeller 9, 10, og 11. Der beregnes samlede beløb for udbetalte overførselsindkomster til patienter med debuterende psykiatriske lidelser, året efter diagnosen er stillet. Det ses, at de samlede udbetalte sociale indkomstoverførsler til patienter med debuterende psykiatriske lidelser er ca. 3,7 mia. kr. i året, efter diagnosen er stillet.

Tabel 11: Antal og andel af patienter med debuterende psykiatriske lidelser i den erhvervsaktive alder (19-64 år), som har fået tilkendt førtidspension i året efter inklusionen. Tilsvarende tal for den danske befolkning som reference

Diagnose	Antal patienter	Antal som har modtaget kontanthjælp	Andel	Samlet udbetalt beløb i mio. kr. (i år 2010 priser)	Andel i den erhvervsaktive befolkning
Angsttilstande	4.100	300	6,8 %	46	0,5 %
Depression	49.600	3.200	6,4 %	514	0,5 %
Skizofreni	2.400	500	20,7 %	75	0,5 %
I alt	56.100	4.000	7,1 %	635	0,5 %

Tabel 12: Samlet udbetalte beløb i overførselsindkomst i året efter debut med den psykiatriske lidelse

Diagnose	Samlet udbetalt beløb i sygedagpenge i mio. kr. (i år 2010 priser)	Samlet udbetalt beløb i kontanthjælp i mio. kr. (i år 2010 priser)	Samlet udbetalt beløb i førtidspension i mio. kr. (i år 2010 priser)	Samlet udbetalt beløb i overførselsindkomst i mio. kr. (i år 2010 priser)
Angsttilstande	101	55	46	202
Depression	1.888	953	514	3.355
Skizofreni	63	86	75	224
I alt	2.052	1.094	635	3.781

7

Diskussion og perspektivering

Analyserne er baseret på behandlingsscenarier. Scenarierne bygger på referenceprogrammerne for behandling af psykiatriske patienter. Referenceprogrammerne samler viden om patientbehandlingen, som kan indgå som pejlemærker og beslutningsstøtte ved tilrettelæggelsen af indsatserne over for patienterne. Det er således ikke tale om standarder, som det er hensigten, at alle patienter nødvendigvis skal behandles efter, men derimod skal referenceprogrammerne opfattes som rammer. Analyserne og resultaterne i rapporten skal ses i det lys, og derfor betragtes anbefalingerne som mulige scenarier for behandling af mennesker med debuterende psykiatriske lidelser.

Tidlig opsporing samt tidlig igangsættelse af behandling vil i de fleste tilfælde imødegå progression i sygdomsudviklingen. Hvis dette kombineres med forbedrede rammer for behandling, er der skabt basis for at forbedre sygdomsforløbet for patienter med diagnosen angsttilstand, depression og skizofreni. Udover en bedre dagligdag for disse patienter vil der formodentlig også være en besparelse på de sociale udgifter samt en reduktion i efterspørgslen efter sundhedsudgifter, der ikke er direkte relateret til behandling af den psykiatriske sygdom. Der indgår dog ikke en opgørelse af effekter af behandlingsscenarierne i denne analyse. Scenarierne er dermed ikke evalueret i forhold til, om de er omkostningseffektive.

Ved tilrettelæggelsen af analyserne er der foretaget en række afgrænsningsmæssige valg. Her diskuteres en række begrænsninger og afgrænsningsmæssige valg, som kan have påvirket resultaterne i analysen.

Analyserne er afgrænset til voksne patienter, som faktisk har fået konstateret angsttilstande, depression eller skizofreni. Da personer med ikke-diagnosticeret psykiatrisk sygdom ikke er inkluderet, dækker resultaterne således ikke alle med angsttilstande, depression eller skizofreni. Da kun tre grupper af psykiatriske lidelser er medtaget, er resultaterne således heller ikke dækkende for alle former for psykiatrisk sygdom.

I DAMD-registeret bruges de registrerede diagnoser for patienterne. Beregningerne bygger på relativt få indberet-

tende læger. Derfor er registreringspraksis hos de indberettede læger et meget vigtigt element. Bedømmelsen af patientens tilstand i forhold til diagnose vil i hvert tilfælde bero på en individuel vurdering. Eventuelle forskelle mellem lægers bedømmelse vil således være bestemmende for, om og hvordan patienten indgår i analysen. Det vil også præge resultaterne. Omfanget heraf har ikke umiddelbart været muligt at afdække.

Brugen af DAMD-data er afgrænset til læger, som sætter diagnoser på mere end 70 % af kontakterne. Det betyder, at der kan være psykiatriske patienter, som ikke er med på grund af manglende indberetning af diagnoser til DAMD. Analyserne er lavet på en statuspopulation, hvorved der er sikret demografisk repræsentativitet på statustidspunktet. Derimod er der ikke taget højde for til- og fraflytninger i analyseperioden. Med hensyn til fraflytningerne risikeres det, at inklusioner ved diagnosticering hos praktiserende læge foretages hos den nye læge. Dermed registreres personen ikke som patient, med mindre der sker registrering i det øvrige behandlingssystem. Da tilflytninger ikke indgår i analyserne, finder der ikke korrektion sted ad den vej.

Opgørelserne i kapitel 6 om sociale udgifter for de psykiatriske patienter er rene transfereringer. Der er således ikke tale om egentlige omkostninger. Resultaterne kan således ikke direkte tages som udtryk for et produktionstab. På trods af at der er givet tilsvarende opgørelser for den danske befolkning som reference, kan opgørelserne heller ikke direkte tilskrives den psykiatriske lidelse.

Omkostninger, som bæres af de pårørende, er ikke medtaget i analysen. Det gælder såvel eventuelle øgede sundhedsomkostninger og eventuelt øget træk på sociale ydelser.

Analysen er begrænset til den traditionelle behandlingspsykiatri. Øvrige dele af det formelle behandlingssystem, som eksempelvis forskellige former for uformel behandling, er ikke med i analysen. Behandlinger i det somatiske behandlingssystem er ikke behandlet i analysen.

8 Sammenfatning og konklusion

Rapporten estimerer omkostninger ved at tilpasse behandlingsforløbene for voksne med debuterende psykiatriske lidelser, så de kommer til at afspejle referenceprogrammerne. En ekspertgruppe har tolket referenceprogrammerne for angstlidelser, depression og skizofreni og formuleret behandlings-scenarier i overensstemmelse hermed. I forhold til den nuværende behandling er der behov for at tilføje yderligere ressourcer til området, hvis de opstillede scenarier skal implementeres.

Analysen finder følgende resultater:

- Det estimeres, at der årligt er ca. 68.000 voksne, der debuterer med diagnosen angsttilstande, depression eller skizofreni i Danmark.
- Hvis voksne, som debuterer med angsttilstande, depression eller skizofreni, skal tilbydes behandling i overensstemmelse med det opstillede scenarie, er der samlet behov for yderligere ca. 3.000 indlæggelsesdage. Tallet dækker især over væsentligt færre indlæggelsesdage for patienter med debuterende depression og væsentligt flere for patienter med debuterende skizofreni.
- Hvis voksne, som debuterer med angsttilstande, depression eller skizofreni, skal tilbydes behandling i overensstemmelse med det opstillede scenarie, er der behov for en yderligere ambulans behandlingskapacitet, der svarer til næsten 1.200 ekstra fuldtidsstillinger.

- Det anslås, at der er behov for ekstra ressourcer på ca. 13-26 årsværk for en tidligere opsporing af patienter med sygdommen angsttilstande og depression. Beregningerne bygger på anslåede forudsætninger om tidsforbrug og har ikke taget højde for hverken direkte eller indirekte implementeringsmæssige omkostninger. Tidlig opsporing og tidligere igangsætning af behandling vil i de fleste tilfælde imødegå progression i sygdomsudviklingen og dermed reducere sværhedsgraden af sygdommen.
- Voksne med debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni får samlet udbetalt overførselsindkomster på godt 3,7 mia. kr. det første år, efter diagnosen er stillet.

Hvis mennesker, som debuterer med psykiatriske lidelser i Danmark, skal kunne tilbydes behandling i overensstemmelse med det opstillede scenarie, som afspejler referenceprogrammerne, er der dermed behov for en markant øget ressource-tildeling til området.



Litteratur

- (1) Dansk Psykiatrisk Selskab. Hvidbog 2012-2020. København: Dansk Psykiatrisk Selskab; 2011.
- (2) Ankestyrelsen. Førtidspensioner 2011:3. Nyhedsbrev: Førtidspension 2011-3. Available at: http://www.ast.dk/Page_Pic/pdf/F%C3%B8rtidspension_3_kvartal_2011_21_12_2011_16_20.pdf. Accessed jan. 2012.
- (3) Sundhedsstyrelsen. National strategi for psykiatri. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- (4) Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82(11):858.
- (5) Bengtsson S. Danmark venter stadig på sin psykiatrireform - et rids af udviklingen de seneste årtier (SFI 2011;11:30). København: SFI. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2011.
- (6) Madsen MH, Hvenegaard A, Fredslund EK. Opgaveudvikling på psykiatriområdet - opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger. København, Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (7) Epløv LF, Lundsteen M, Birket-Smith M. Shared care for ikke-psykotiske sygdomme. Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse. København: Danske Regioner; 2009.
- (8) Borg V, Andersen Nexø M, Kolte IV, Andersen MF. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2010.
- (9) Johansen KS. Dobbelt diagnose - dobbelt behandling, praksisforskning i et misbrugspsykiatrisk dagtilbud. Glostrup: KABS Viden; 2009.
- (10) Jacobsen CB, Johansen KS. Udvalgte udviklingstendenser i dansk retspsykiatri. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (11) Jacobsen RH. Effekt af pårørendeinddragelse i behandlingen af mennesker med psykisk sygdom. Frederiksberg: Copenhagen Business School; 2011.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Vejledning i udarbejdelse af referenciprogrammer. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
- (13) Mors O, Perto GP, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Research Register. *Scand J Public Health* 2011 Jul;39(7 Suppl):54-57.
- (14) DAK-e. Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed; Available at: <http://www.dak-e.dk/>. Accessed jan. 2012.
- (15) Danske Regioner. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet - debatoplæg. København: Danske Regioner; 2009.
- (16) NFA. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø: Det store TTA-projekt, Udvidet projektbeskrivelse november 2009; Available at: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/projekter/det-store-tta-projekt>. Accessed 28. jan., 2012.
- (17) Merete Labriola. Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work (Ph.d. Thesis). Copenhagen: Institute of Public Health, University of Copenhagen; 2006.
- (18) Søgaard J, Bech P. Depression og sundhedsøkonomi. In: Gerlach J, editor. *Depression - Symptomer, årsager og behandling*. København: PsykiatriFonden; 2006.
- (19) Søgaard J. Angst og samfundsøkonomi. In: Gerlach J, editor. *Angstbogen*. København: PsykiatriFonden; 2008.
- (20) Danmarks Statistik. Offentligt forsørgede 16-64 årige (Temapublikation 2011:6). København: Danmarks Statistik; 2011.
- (21) Søgaard HJ. Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte. Holstebro: Region Midtjylland, Regionspsykiatrien Herning; 2007.
- (22) Bültmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M, Burr H. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2006;41:875.
- (23) Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed. Takster 2010; Available at: <http://www.im.dk/Sundhed/DRG-systemet/Takster/2010.aspx>. Accessed jan. 2012.
- (24) McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine* 2004;2(13).
- (25) Stovring H, Vach W. Estimation of prevalence and incidence based on occurrence of health-related events. *Stat Med* 2005 Oct 30;24(20):3139-3154.
- (26) Hallas J, Gaist D, Bjerrum L. The waiting time distribution as a graphical approach to epidemiologic measures of drug utilization. *Epidemiology* 1997 Nov;8(6):666-670.
- (27) Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (28) Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (29) Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for skizofreni. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
- (30) Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:617.

Bilag

Bilag 1: Arbejdsgruppe nedsat til at udarbejde behandlingsscenariet.....	23
Bilag 2: Datagrundlag – anvendte registre	24
Bilag 3: Repræsentativitet.....	26
Bilag 4: Afgrænsning af patientgrupper.....	28
Bilag 5: Populationsdannelse.....	29
Bilag 6: Ressourcebehov i behandlingsscenariet.....	31
Bilag 7: Referenceprogrammer	33

Bilag 1

Arbejdsgruppe nedsat til at udarbejde behandlingsscenariet

I efteråret 2011 nedsatte Lægeforeningen en arbejdsgruppe bestående af eksperter på det psykiatriske område. Gruppen har udarbejdet beskrivelser af behandlingsscenarier for voksne med debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni. Forløbene beskriver den del af behandlingen, som ligger i behandlingspsykiatrien.

Arbejdet mandede ud i anbefalinger for fastsættelse af ressourceforbruget i behandlingspsykiatrien, hvis alle voksne med debuterende angsttilstande, debuterende depression og debuterende skizofreni skal tilbydes behandlingsforløb, som

afspejler indholdet af de respektive referenceprogrammer. Nærmere uddybning af dette arbejde, den faglige baggrund for anbefalingerne eller øvrige spørgsmål bedes rettet til kontaktperson for arbejdsgruppen Anne Marie Lei, aml@dadl.dk, tlf.: 35 29 82 22.

Arbejdsgruppens anbefalinger er indarbejdet i denne rapport som del af beregningsgrundlaget for at bestemme ressourcebehov i behandlingspsykiatrien set i forhold til det faktiske ressourceforbrug.

Gruppen bestod af følgende medlemmer:

Navn	Stilling	Jobmæssigt tilhørsforhold
Henrik Nordentoft	Almen praktiserende læge	
Merete Nordentoft	Overlæge, prof., dr.med., ph.d., MPH	Psykiatrisk Center København og Københavns Universitet
Poul Videbech	Ledende overlæge, professor, dr.med.	Århus Universitetshosp., Risskov Cen. for Psykiatrisk Forskning
Raben Rosenberg	Ledende overlæge, professor, dr.med.	Århus Universitetshosp., Risskov Cen. for Psykiatrisk Forskning

Gruppens arbejde bestod i en række arbejds møder med følgende indhold

Dato	Udbytte af mødet
28. oktober 2011	Skitse til ressourceforbrug blev opstillet og muligheder for opsporing og identifikation af patienterne blev drøftet
5. december 2011	Ressourceforbruget blev kvalificeret og der var en dialog med DSI om projektet
23. januar 2012	Ressourceforbruget blev kvalificeret og der blev afklaret en række spørgsmål fra DSI

Bilag 2

Datagrundlag – anvendte registre

Analyserne er i praksis foretaget på forskermaskinen på Danmarks Statistik. Der er via Danmarks Statisk samlet oplysninger fra relevante registre, og ved hjælp af krypteret cpr-nummer kobles oplysninger på tværs af de forskellige registre. Nedenfor er en kort gennemgang af indholdet af registrene.

DAMD-registeret

Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD) er et datafangst modul, der indeholder frivillig indberetning fra danske praktiserende læger (14). Databasen hører til hos Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed DAK-e. En af fordelene ved det nye system er, at der for kontakterne er anført diagnose. Udover diagnose indeholder en patient-registrering i DAMD information om patientens krypterede cpr-nummer og datoen for besøget, hvor diagnosen er stillet.

Det er frivilligt for den enkelte læge, om han/hun indberetter til DAMD. Hvis man indberetter til systemet, er det ikke et krav, at man sætter diagnoser på alle patientkontakter. Læger, som diagnosekoder minimum 70 % af alle kontakter, kaldes sentinellæger. Analyserne her laves udelukkende på data fra sentinellægerne. Derved sikres, at indberetningerne har en høj grad af repræsentativitet i forhold til de psykiatriske diagnoser, der stilles hos den praktiserende læge.

Registret er grundlagt i 2006. Der er siden kommet flere og flere læger til, som indberetter til systemet. Antal sentinellæger fremgår af nedenstående tabel 13.

Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder informationer om aktiviteten i almen lægepraksis, speciallægepraksis, tandlægepraksis m.fl. Vi har udtrukket de informationer, der vedrører besøg hos den almen praktiserende læge, specialekoden 80 samt besøg hos de praktiserende psykologer og speciallæger i psykiatri, specialekoder 63 og 24.

Fra registret benyttes information om patientens krypterede cpr-nummer, bruttohonorar for ydelsen samt den dato, ydelsen blev registreret i systemet.

Lægemiddelregisteret

Lægemiddelstatistikregisteret indeholder oplysninger om det totale salg af lægemidler på danske apoteker. Registeret er baseret på indberetninger fra alle danske apoteker, sygehusapoteker, Statens Serum Institut og Danmarks Fødevareforskning. Data for medicin brugt i sygehussektoren er pt. ikke personhenførbart og indgår ikke i databasen.

Lægemiddeldata er opdelt i to grupper. Én gruppe er afgrænset til psykofarmaka og er efter anbefaling fra styregruppen udvalgt på ATC-grupperne N05A og N06. Den anden gruppe indeholder øvrige lægemidler. Grupperingerne har været prøvet for muligheden af at identificere yderligere psykiatriske patienter. Det var desværre været muligt at formulere tilstrækkeligt sikre inklusionskriterier. Derudover har Lægemiddelstatistikregisteret ikke været anvendt i analyserne.

Psykiatregisteret

Det landsdækkende Psykiatriske Centralregister indeholder data om alle psykiatriske indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg (13).

Ydelserne i den psykiatriske hospitalssektor er prissat med de vejledende psykiatritakster for 2010, der er at finde på Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses hjemmeside (23).

Der er medtaget alle psykiatriske indlæggelser, uanset hvilke diagnoser der er stillet, for at få et samlet billede af forbruget af sundhedsydelser. Dvs. der her ikke er selekteret på angsttilstande, depression og skizofreni.

Fra Psykiatregisteret anvendes udover diagnoseoplysningen information om patients krypterede cpr-nummer, antallet af ambulante kontakter, skadestuebesøg, antal dage patienterne har været indlagt samt omkostningerne forbundet med behandling i den psykiatriske hospitalssektor.

Tabel 13: Tidsperioder som dækkes af data fra DAMD-registret og antal indberettende sentinellæger, som patientdata hidrører fra

Kohorte	Start for dataopsamling	Antal sentinellæger
1	1/7 - 2007	1
2	1/7 - 2008	22
3	1/7 - 2009	37

DRG- og DAGS-grupperet Landspatientregister data

Landspatientregisteret (LPR) indeholder information om alle indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg på danske hospitaler. Data er grupperet med DRG- og DAGS-takster¹, således at vi får en pris på, hvad den somatiske behandling koster for den patientgruppe, vi fokuserer på.

Fra det grupperede LPR-register anvendes variable med information om patientens krypterede cpr-nummer, antal dage patienten har været indlagt, antal dage patienten har haft ambulante besøg inden for en periode samt omkostningerne ved disse besøg opgjort i henholdsvis DAGS- og DRG-takster.

Sygedagpenge, kontanthjælp og førtidspension

Der er benyttet registerdata til at beregne omfanget af perioder på kontanthjælp, perioder på sygedagpenge samt tilkendegivelser af førtidspension. Disse registre giver os et billede af patientens forbrug af sociale ydelser i form af overførselsindkomster. Der beregnes således et beløb, som udtrykker de indirekte udgifter, der er forbundet med patienternes sygdom.

1 DRG-takster (Diagnose Relaterede Grupper) dækker de gennemsnitlige omkostninger hos stationære patienter, for hvem ressourcetrækket er tilnærmelsesvist ensartet. DAGS-takster (Dansk Ambulant Grupperingssystem) dækker tilsvarende de gennemsnitlige omkostninger hos ambulante patienter inden for sammenlignelige diagnosegrupper.

Bilag 3

Repræsentativitet

Da indberetningerne til DAMD-registeret ikke er fuldt dækkende, er der lavet analyser af repræsentativiteten af tilgængelige data. Repræsentativiteten er målt på aldersfordeling, kønsfordeling og fordeling på urbaniseringsgrad. Som det fremgår af bilag 2, så indgår der i kohorte 1 kun indberetninger fra 1 læge, mens der for kohorte 2 og kohorte 3 indgår indberetninger fra henholdsvis 22 og 37 læger. På grund af det begrænsede datamateriale i kohorte 1 bruges kun kohorte 2 og kohorte 3 til analyserne. Da lægerne, som har indberettet til kohorte 2, også er med i kohorte 3, er analyserne af repræsentativitet lavet med fokus på kohorte 2.

Aldersfordelingen for henholdsvis DAMD-populationen (kohorte 2) og for hele den danske befolkning er gengivet i figur 2. Det ses, at studiepopulationen er nogenlunde repræsentativ i forhold til aldersfordelingen. Dog er der relativt set lidt flere børn og unge sammenlignet med aldersfordelingen for den danske befolkning. Samtidig er der lidt færre i slutningen af 20'erne og lidt færre over 70 år.

På opgørelsestidspunktet bestod studiepopulationen af 77.715 personer, mens der var 5.489.022 personer i den danske befolkning. Studiepopulationen udgør dermed 1 ud af ca. 70 personer i den danske befolkning.

Tilsvarende består analysepopulationen for kohorte 3 af 120.950 personer, mens der på samme opgørelsestidspunkt var 5.519.441 personer. Hver person i studiepopulationen repræsenterer dermed gennemsnitligt 45 personer.

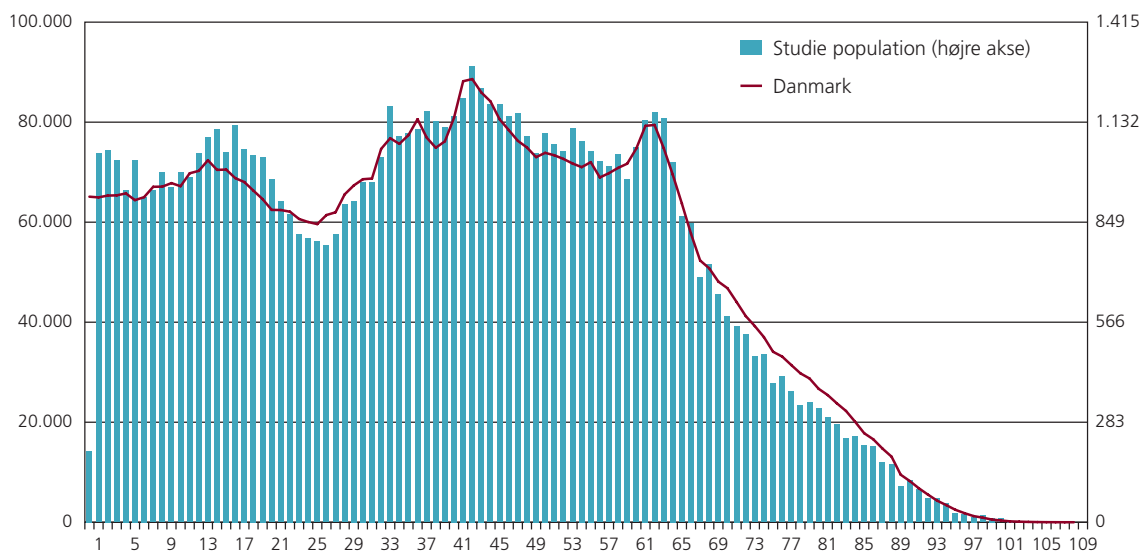
Som illustreret i tabel 14 viser kønsfordelingerne for analysepopulationen (kohorte 2) og for Danmark som helhed, at analysepopulationen er tilnærmelsesvis repræsentativ.

Med hensyn til geografisk fordeling er de danske regioner godt repræsenteret med undtagelse af Region Nordjylland. Det gælder for såvel kohorte 2 som for kohorte 3.

Incidensen af psykiatriske patienter kan være forskellige i storbymiljøer og tyndere befolkede områder. En stor litteraturgennemgang på skizofreniområdet viser, at der i nogle analyser påvises betydning for nogle typer af urbanisering (24). Derfor er der lavet en analyse af repræsentativitet i forhold til urbaniseringsgrad med udgangspunkt i personernes bopæl. Det ses af figur 3, at der for analysepopulationen er relativt flere personer i storbyer og relativt færre blandt "mindre provinskommuner", som er tyndt befolkede kommuner.

Nøgler, som er brugt til opdelingen af danske kommuner på forskellige grader af urbanisering, kan rekvireres hos forfatterne.

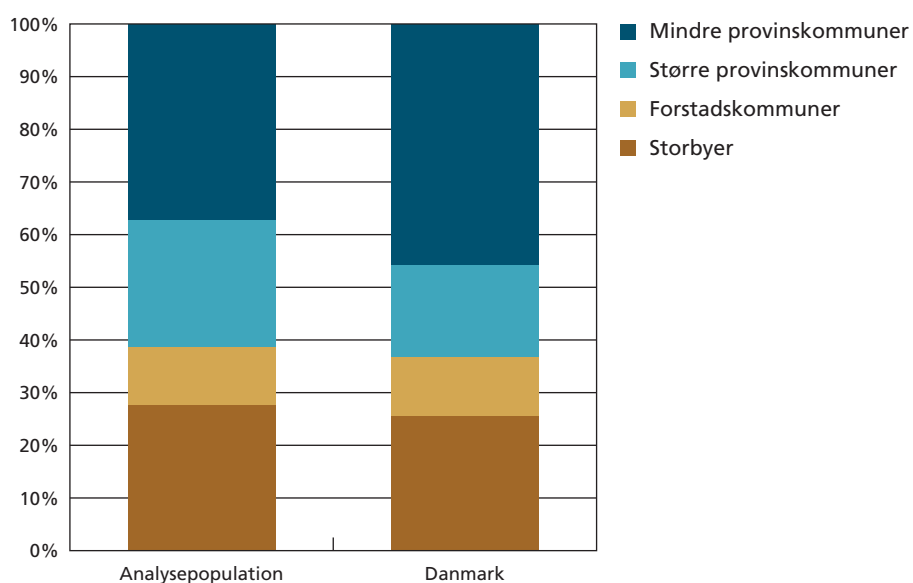
Figur 2: Aldersfordeling for DAMD-populationen og for den danske befolkning



Tabel 14: Kønsfordelingen i DAMD-data sammenlignet med aldersfordelingen i den danske befolkning

Køn	Studiepopulation	Pct.-fordeling studiepopulation	Danmark	Pct.-fordeling Danmark
Mand	37.922	48,8 %	2.720.016	49,6 %
Kvinde	39.725	51,1 %	2.769.006	50,4 %
Uoplyst	68	0,1 %		
	77.715	100,0 %	5.489.022	100,0 %

Figur 3: Fordeling af analysepopulationen henholdsvis den danske befolkning som helhed på urbaniseringsgraden



Bilag 4

Afgrænsning af patientgrupper

I DAMD-registeret med registrering af besøg hos de praktiserende læger er diagnoserne angivet i ICPC-2 koder (International Classification of Primary Care), mens diagnoserne i det Centrale Psykiatriske Register (13) er angivet i ICD-10 koder (International Classification of Diseases). De anvendte ICPC-2 koder er gengivet i tabel 15, mens ICD-10 koderne er gengivet i tabel 16.

Listen her indeholder af overskuelighedshensyn kun de første 5 cifre af ICD-10 diagnoserne, idet det bemærkes, at der eksisterer en lang række undergrupperinger, som også hører med.

Tabel 15: ICPC-2 diagnosekoder for psykiatriske patienter anvendt i DAMD-registeret

Skizofreni	Angsttilstande	Depression
P72	P74	P76

Tabel 16: ICD-10 diagnosekoder for psykiatriske patienter anvendt i det psykiatriske register

Skizofreni	Angsttilstande	Depression
df200	df410	df320
df201	df411	df321
df202	df413	df322
df203	df418	df323
df204	df419	df328
df205		df329
df206		df330
df208		df331
df209		df332
df219		df333
df220		df334
df228		df338
df229		df339
df249		df341
df250		df348
df251		df349
df252		df380
df258		df381
df259		df388
df289		df399
		df412
		df530

Bilag 5

Populationsdannelse

Analysens formål er, som beskrevet i kapitel 1, at opgøre omkostninger ved patienter med debuterende angsttilstande, debuterende depression eller debuterende skizofreni. Patienter med debuterende psykiatriske lidelser identificeres ved registreringer i psykiatriske registeret og DAMD-registeret. Registerne er nærmere beskrevet i bilag 2, og afgrænsningen af de diagnoser, som anvendes til at identificere psykiatriske patienter, er gengivet i bilag 4.

DAMD-registeret

Indledningsvis identificeres patienter ved registreringer i DAMD-registeret, hvor indberetningerne stammer fra de praktiserende læger. Lægerne har løbende tilsluttet sig systemet, og derfor starter indberetningen fra den enkelte læge på et givet tidspunkt. Eksempelvis er kohorte 2 afgrænset, således at der er indeholdt oplysninger om patienter, der tilhører læger, som har indberettet til registeret siden 1. juli 2008. Eventuelle besøg hos den praktiserende læge, som ligger forud for startdatoen, er dermed ikke registreret. Patienter, som får stillet en psykiatrisk diagnose umiddelbart efter denne dato, har måske/måske ikke fået stillet en psykiatrisk diagnose, inden indberetningerne til registeret startede. Pågældende patienter kan således allerede have fået konstateret en psykiatrisk sygdom forud for den registrering, der er tilgængelig i registeret. For at sikre, at analysen kun medtager patienter, som debuterer med en psykiatrisk lidelse, er ventetidsmetoden (25) anvendt ved dannelsen af populationen. Eksempelvis betyder det for kohorte 2, at patienter, som får stillet en psykiatrisk diagnose i 2009, men som ikke har fået stillet en psykiatrisk diagnose i perioden 1. juli 2008 til 31. december 2008, betragtes som debuterende. Ventetidsperioden, også kaldet wash-out perioden, er estimeret til 6 måneder ved metoderne i (26) og (25).

Psykiatriske registeret

Patienter, som får stillet en psykiatrisk diagnose ved psykiatrisk indlæggelse, ambulant besøg på en psykiatrisk afdeling eller ved besøg på psykiatrisk skadestue, indgår også i analyserne. Der medtages patienter, der tilhører en sentinellæge for at lave opgørelsen på samme studiepopulation, som udgør patientgrundlaget til kontakterne hos den praktiserende læge i form af DAMD-registreringerne. Samtidig afgrænses tidsperioden som for DAMD til kalenderåret.

Lægemedelregisteret

Identifikationen af patienter ved de stillede diagnoser hos den praktiserende læge og det psykiatriske behandlingssystem er søgt suppleret ved brug af Lægemedelstatistikregisteret. Ideen er, at identificere patienter, som har brugt lægemidler, der

er typiske for behandling af de psykiatriske lidelser, som indgår i analyserne. Patienter med pågældende lidelser behandlet med pågældende lægemidler vil kunne inkluderes, selvom der i registrene ikke ligger en diagnose på en af de tre psykiatriske lidelser. Desværre er det ikke muligt at drage den ønskede slutning; da pågældende lægemidler også bliver brugt til behandling af andre (om end beslægtede) sygdomme, kan det ikke sikres, at alle, som har fået pågældende præparat, er relevante for analysen. Derfor er lægemiddelregistreringerne ikke anvendt til inklusion af patienter.

Selektion af data

For nogle patienter gælder, at der er registreret mere end én psykiatrisk diagnose blandt angsttilstande, depression og skizofreni. I analyserne antages den sværeste lidelse at være den, patienten reelt har fejlet i hele forløbet. Diagnosen angsttilstand betragtes som en mildere lidelse end depression, som er mildere end skizofreni.

Patienten betragtes således som debuterende ved den første kontakt, men med den sværeste lidelse der er registreret, uanset hvornår denne er registreret.

For at sikre at patienten ikke tidligere har haft en konstateret psykiatrisk sygdom, renses yderligere ved brug af øvrige oplysninger. Det kontrolleres, om der forud for 2009 (for kohorte 2) er en hospitalshenvendelse med angsttilstande, depression eller skizofreni. Pågældende patienter vil dermed allerede være i et sygdomsforløb. De betragtes ikke som debuterende psykiatriske patienter i 2009 og medtages derfor ikke i analyserne. Da anbefalingerne fra arbejdsgruppen er baseret på behandling af voksne patienter, er populationen afgrænset til kun at indeholde patienter ældre end 18 år.

Herefter er der en rensset population med patienter, som debuterer med en psykiatrisk lidelse med følgende antal:

Da der i kohorte 1 kun er data fra én indberettende læge, er det valgt ikke at anvende data yderligere, men at fokusere på kohorte 2 og kohorte 3.

Patienterne i kohorte 2 fordeler sig som angivet i tabel 18 på de tre diagnoser med opgørelse af, i hvilke(t) register patienten er registreret med en psykiatrisk diagnose. Dertil gives i tabellen et estimeret antal patienter med debuterende psykiatriske lidelser for Danmark som helhed. Opskrivningen til den danske befolkning er lavet med opskrivningsfaktoren beregnet i bilag 3.

Validering af populationsdannelsen

Ved sammenligning af tabel 18 og tabel 19 ses, at der er relativt store forskelle i det estimerede antal debuterende psykiatriske patienter mellem de to kohorter. For at validere estimerne er der lavet supplerende analyser. Der er anvendt et

udtræk fra det Centrale Psykiatriske Register, som dækker alle patienter, der har fået stillet diagnose inden for skizofreni.

Det er jf. bilag 3 ikke muligt at få oplysninger om diagnoser stillet af de praktiserende læger, som dækker alle patienter. Derfor laves valideringen på den del af patienterne, der får diagnosen stillet i det psykiatriske behandlingssystem.

Når antal voksne debuterende skizofrene estimeres ved brug af datamaterialet, som dækker alle patienter i det psykiatriske behandlingssystem, findes resultater, som lægger sig tæt op ad resultaterne for kohorte 3. Det er derfor valgt at anvende estimatet for kohorte 3 i beregningerne. For overskuelighedsskyld anvendes estimerne med to betydende cifre.

Tabel 17: Antal patienter med debuterende angsttilstande, debuterende depression eller debuterende skizofreni

Kohorte	Antal patienter
1	365
2	1.234
3	1.534

Tabel 18: Fordeling af voksne (over 18 år) med debuterende psykiatriske lidelser i 2009 blandt personer, som tilhører en sentinellæge, der indberetter til DAMD-registeret, i forhold til diagnose og hvilke(t) register, de optræder i, samt en opskrivning til et estimat for hele den danske befolkning

Registrering	Angsttilstande	Depression	Skizofreni	I alt
Kun i DAMD	73	915	14	1.002
Kun i det psykiatriske register	21	101	32	154
Både i DAMD og i det psykiatriske register	7	49	22	78
I alt	101	1.065	68	1.234
Faktor til generalisering til hele den danske befolkning	71,1	71,1	71,1	71,1
Estimeret antal for Danmark som helhed	7.181	75.722	4.835	87.738

Tabel 19: Fordeling af voksne (over 18 år) med debuterende psykiatriske lidelser i 2010 blandt personer, som tilhører en sentinellæge, der indberetter til DAMD-registeret, i forhold til diagnose og hvilke(t) register, de optræder i, samt en opskrivning til et estimat for hele den danske befolkning

Registrering	Angsttilstande	Depression	Skizofreni	I alt
Kun i DAMD	87	1.233	11	1.331
Kun i det psykiatriske register	15	71	37	123
Både i DAMD og i det psykiatriske register	3	63	14	80
I alt	105	1.367	62	1.534
Faktor til generalisering til hele den danske befolkning	45,2	45,2	45,2	45,2
Estimeret antal for Danmark som helhed	4.745	61.775	2.802	69.321

Bilag 6

Ressourcebehov i behandlingsscenariet

Det beregnede ressourcebehov i scenarierne tager udgangspunkt i referenceprogrammerne for pågældende sygdomme (27-29). En kort generel beskrivelse af indholdet af referenceprogrammerne baseret på (12), er givet i bilag 7. En ekspertgruppe har tolket og konkretiseret referenceprogrammerne og deraf formuleret scenarierne, som indgår i beregningerne i rapporten. Ekspertgruppens arbejde og sammensætning er nærmere beskrevet i bilag 1.

Scenarierne tager udgangspunkt i ressourcebehovet i almen praksis, speciallægepraksis og på sygehusene (ambulante besøg og indlæggelser). Personer, som lider af en psykisk sygdom, kan have varierende sygdomsgrad. Tilsvarende er behovet for behandling beskrevet for hver af de forskellige grader af sygdommen.

Ressourceforbruget er beregnet ud fra, at patienten bliver diagnosticeret og behandlet inden for en hensigtsmæssig tidshorisont. På den måde udgør tiden ikke en sygdomsforværende faktor.

Beskrivelsen af ressourceforbruget er baseret på et gennemsnitligt patientforløb for en dansk patient. Indgangen til sundhedsvæsenet er almen praksis, hvor patienten henvender sig først. Almen praksis starter med at udrede og eventuelt diagnosticere patienten, og det videre patientforløb fastlægges. Patientforløbet vil afhænge af patientens sygdom og sygdommens sværhedsgrad, hvilket ressourceforbruget i nedenstående tabeller 20, 21 og 22 også afspejler.

Afhængig af sværhedsgraden og organiseringen af behandlingen fortsætter patienten eventuelt det videre forløb i praksis sektoren (almen praksis, praktiserende speciallæger, psykologbehandling mv.) eller i den sekundære sektor i form af enten ambulant eller stationær behandling på hospitalerne. Endelig kan et behandlingsforløb afsluttes med en efterbehandling og/eller opfølgende behandling ved besøg i praksissektoren eller på ambulante afsnit på hospitalet.

Oversigt over ressourceforbrug i scenariet for behandling af voksne med debuterende skizofreni

Til beregning af det gennemsnitlige ressourceforbrug af en voksen med debuterende skizofreni, der i scenariet baseret på referenceprogrammet, er der taget udgangspunkt i, at:

- Sygdomsgraden enten kan være ukompliceret, kompliceret eller alvorlig
- Patienten skal igennem et forløb, der indeholder diagnosticering, behandling og efterbehandling
- Et besøg i praksissektoren i gennemsnit varer 30 minutter.

Opgørelserne er lavet med udgangspunkt i referenceprogrammet for skizofreni (29).

Oversigt over ressourceforbrug i scenariet for behandling af voksne med debuterende depression

Til beregning af det gennemsnitlige ressourceforbrug ved behandling af en voksen med debuterende depression, som skal

tilbydes behandling i overensstemmelse med referenceprogrammet, er der taget udgangspunkt i at:

- Sygdomsgraden enten kan være mild, moderat, svær eller kompliceret
- Patienten skal igennem et forløb, der indeholder diagnosticering, behandling og efterbehandling
- Et besøg i praksissektoren i gennemsnit varer 30 minutter.

Mild depression behøver ikke megen behandling, men udgør i højere grad et diagnostisk problem. Moderat depression: Tal-lene bygger på, hvad der anbefales for et kognitivt forløb inklusiv opfølgning. Svær depression: Her er medregnet moderate depressioner, som ikke responderer på almindelig behandling, samt de egentligt svære. De fleste vil kunne behandles ambulant som nævnt, enkelte (5 %) har brug for en indlæggelse og er dem, der er betegnet som 'komplicerede'.

Opgørelserne er lavet med udgangspunkt i referenceprogrammet for depression hos voksne (28).

Oversigt over ressourceforbrug i scenariet for behandling af voksne med debuterende angsttilstande

Til beregning af det gennemsnitlige ressourceforbrug ved behandling af en voksen med debuterende angsttilstande, som skal modtage behandling i overensstemmelse med referenceprogrammet, er der taget udgangspunkt i, at:

- Sygdomsgraden enten kan være let, moderat eller svær (30)
- Patienten skal igennem et forløb, der indeholder diagnosticering, behandling og efterbehandling
- Et besøg i praksissektoren i gennemsnit varer 30 minutter.

Opgørelserne er lavet med udgangspunkt i referenceprogrammet for angstlidelser (27).

Screening for tidlig opsporing af psykisk sygdom

Psykisk sygdom kan være svært at opdage. Her foreslås målrettede tiltag med henblik på tidlig opsporing, som muliggør iværksættelse af tidlig behandling.

Ekspertgruppen foreslår, at følgende patienter eller personer bliver systematisk screenet med henblik på at afklare, om psykisk sygdom er en medvirkende årsag til sygdommelding eller indlæggelse. Der screenes i forhold til angsttilstande og depression.

- Screening af personer, der er sygemeldt over 8 uger.
- Systematisk screening på udvalgte sygehusafdelinger, hvor der er viden om, at der er ikke-diagnosticeret psykisk sygdom. Afdelingerne er medicinske afdelinger med mange kroniske patienter. Det vurderes at være relevant på især onkologiske afdelinger, neurologiske afdelinger og reumatologiske afdelinger. Visse afdelinger screener allerede i dag, men det er ikke systematisk udbredt. En screening på de nævnte afdelinger anslås at kræve et

ressourceforbrug svarende til 5-10 minutter fra en sygeplejerske pr. patient.

Forslagene bygger på anslåede forudsætninger om tidsforbrug og tager hverken direkte eller indirekte højde for implementeringsmæssige omkostninger. For at kunne vurdere de reelle implementeringsomkostninger er det nødvendigt med grundige analyser af såvel økonomiske som organisatoriske forhold.

Tablet 20: Vurderet ressourceforbrug, hvis voksne med debuterende skizofreni skal behandles i overensstemmelse med referenceprogrammet

	Andel patienter	Diagnosticering og vurdering (timer)	Ambulant behandling* (timer)	Stationær behandling (dage)	Efterbehandling* (timer)	Timer i alt	Dage i alt
Ukompliceret	20 %	10	8	10	150	168	10
Kompliceret	70 %	10	8	40	150	138	40
Alvorlig	10 %	10	20	250	450	480	250
Gennemsnit		10	9,2	55	180	199,2	55

* Dækker over behandling i almen praksis, ved speciallæge, psykolog og ambulante besøg på sygehusene. Timerne behøver ikke at være lægetimer i hele patientforløbet. Det kan være kombination af almen læge/psykolog eller speciallæge/sygeplejerske. Dog skal lægen initiere og følge behandlingsforløbet.

Tablet 21: Vurderet ressourceforbrug, hvis voksne med debuterende depression skal behandles i overensstemmelse med referenceprogrammet

	Andel patienter	Diagnosticering og vurdering (timer)	Ambulant behandling* (timer)	Stationær behandling (dage)	Efterbehandling* (timer)	Timer i alt	Dage i alt
Mild	40 %	4	4		2	8	
Moderat	40 %	4	18		8	30	
Svær	15 %	4	36		16	56	
Kompliceret	5 %	4	36	30	16	56	30
Gennemsnit		4	16	1,5	7,2	27,2	1,5

* Dækker over behandling i almen praksis, ved speciallæge, psykolog og ambulante besøg på sygehusene. Timerne behøver ikke at være lægetimer i hele patientforløbet. Det kan være kombination af almen læge/psykolog eller speciallæge/sygeplejerske. Dog skal lægen initiere og følge behandlingsforløbet.

Tablet 22: Vurderet ressourceforbrug, hvis voksne med debuterende angsttilstande skal behandles i overensstemmelse med referenceprogrammet

	Andel patienter	Diagnosticering og vurdering (timer)	Ambulant behandling* (timer)	Stationær behandling (dage)	Efterbehandling* (timer)	Timer i alt	Dage i alt
Let	43,5 %	4	4		2	10	0
Moderat	33,7 %	4	15		8	27	0
Svær	22,8 %	4	24		16	44	0
Gennemsnit		4	12,3	0	7,2	23,5	0

* Dækker over behandling i almen praksis, ved speciallæge, psykolog og ambulante besøg på sygehusene. Timerne behøver ikke at være lægetimer i hele patientforløbet. Det kan være kombination af almen læge/psykolog eller speciallæge/sygeplejerske. Dog skal lægen initiere og følge behandlingsforløbet.

Bilag 7

Referenceprogrammer

Analyserne i rapporten bygger på anbefalinger udarbejdet med udgangspunkt i referenceprogrammerne for angsttilstande, depression og skizofreni. Derfor gives her en kort præsentation af, hvad et referenceprogram er. Præsentationen er baseret på vejledningen i udarbejdelsen af referenceprogrammerne (29), hvor der gives følgende definition:

Et referenceprogram er en systematisk beskrivelse af de elementer, som bør indgå i undersøgelse, behandling og pleje af en bestemt sygdom eller et kompleks af symptomer. Beskrivelsen sker tværfagligt, på grundlag af evidensbaseret viden, og der medtages organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser.

Hensigten med et referenceprogram er at lette fagpersoners adgang til den stadig stigende mængde sundhedsvidenskabelig faglitteratur. Dermed vil fagpersoner inden for sundhedssektoren hurtigere kunne tilegne sig, vurdere og anvende videnskabelige resultater. Referenceprogrammerne er indholdsmæssigt udarbejdet efter et fælles koncept, svarende til god international standard på området. De vil således være kendetegnet ved at:

- Lægge stor vægt på den forskningsbaserede metode, som har karakteriseret evidensbaseret medicin de senere år
- Være tværfaglige, dvs. involvere såvel relevante lægefaglige specialer som andre sundhedsfaglige professioner
- Søge at integrere såvel organisatoriske, sundhedsøkonomiske og i muligt omfang patienters overvejelser i referenceprogrammet.

Referenceprogrammer er i deres helt ideelle form kendetegnet ved at omfatte:

- Hele patientforløb, dvs. fra første kontakt med sundhedsvæsenet til patienten er færdigbehandlet
- Det tværfaglige, dvs. alle sundhedsfaglige personalegruppers indsats
- Det tværsektorielle, dvs. indsatsen i den primære og den sekundære sektor
- Den organisatoriske tilrettelæggelse, herunder opgavefordeling, visitation og samarbejdsrelationer
- Sundhedsøkonomiske overvejelser, herunder konsekvenser af de valg der træffes (af for eksempel behandlingsform og organisation).

Ideelt omfatter referenceprogrammer også forebyggelse, og hvor forebyggelse er en naturlig del af sundhedspersonalets indsats, bør denne også inddrages.

Referenceprogrammer skal opfattes som rammer – ikke som standarder eller love. Det er fortsat den enkeltes ret og pligt at behandle den enkelte patient ud fra en konkret vurdering. Et referenceprogram er således hverken en instruksbog eller en lærebog.

Scenarier for bedre psykiatrisk behandling

Behandling efter referenceprogrammerne – hvad koster det for voksne med debuterende angsttilstande, depression og skizofreni?

Jan Christensen · Camilla Dürke Tybring

DSI rapport 2012.06

Scenarier for bedre psykiatrisk behandling

Behandling efter referenceprogrammerne – hvad koster det for voksne med debuterende angsttilstande, depression og skizofreni?

Hvis patienter med debuterende psykiatiske lidelser i Danmark skal tilbydes behandling i overensstemmelse med referenceprogrammerne for angstlidelser, depression og skizofreni, er der behov for omkring 1.100 ekstra fuldtidsstillinger i ambulanseregimentet samt yderligere cirka 3.000 indlæggelsesdage.

Det er konklusionen i denne rapport, der har beregnet behovet for øget ressourceindsats til det psykiatiske område. Beregningen er baseret på alternative behandlingsscenarier inden for den traditionelle behandlingspsykiatri, som tager udgangspunkt i referenceprogrammerne for angstlidelser, depression og skizofreni. Rapporten analyserer, hvad omkostningerne vil være, hvis alle voksne med debuterende psykiatiske lidelser bliver tilbudt en behandling, som afspejler referenceprogrammerne.

Rapporten giver desuden specifikke forslag til en tidlig opsporing af patienter med angsttilstande og depression, og et estimat for afledte omkostninger i form af de sociale udgifter. ■

Dansk Sundhedsinstitut

Dampfærgevej 27-29

Postboks 2595

2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00

Fax +45 35 29 84 99

www.dsi.dk · dsi@dsi.dk