

## Pakkeforløb – ensretning eller ensartethed?

**Psykiatrien er ikke en pølsefabrik! Behandlingen af psykisk syge kan og skal ikke ensrettes. Sådan tænkte mange, da man i 2010 gik i gang med at indføre pakkeforløb i psykiatrien. I dag erkender både patienter og behandlere, at pakkerne rummer flere fordele end ulemper. Taberne – det er de svage patienter. Dem som falder uden for pakkerne: Misbrugerne fx, eller mennesker med så svær angst, at de ikke kan møde op til behandlingen.**

*Medlem af DPS, overlæge René Sjølland,  
Psykoterapeutisk ambulatorium, Psykiatrisk Center Hvidovre*

### **Visionen om pakkeforløb**

“Vi er ikke en pølsefabrik, men arbejder med mennesker, der indimellem handler uforudsigeligt, og som ikke bare sådan lader sig putte ind i forudbestemte behandlingspakkeforløb.”

Sådan udtrykte fire psykologer sig tilbage i 2012 i tidsskriftet PsykologNyt<sup>1</sup>. De var bekymrede for udviklingen af standardiserede behandlingstilbud – de såkaldte pakker – i psykiatrien.

De var bestemt ikke alene – mange psykiatere delte deres bekymring.

***“Vi er ikke en pølsefabrik, men arbejder med mennesker, der indimellem handler uforudsigeligt, og som ikke bare lader sig putte ind i forudbestemte pakkeforløb.”***

Ideen om pakkeforløb kom fra somatikken. I 2007-2009 indførtes de første pakker på hjerte- og kræftområdet i et forsøg på at koordinere en behandling, der i stigende grad var præget af uacceptabelt lange ventetider og behov for øget kapacitet.

Danske Regioner var opmærksomme på, at psykiatrien stod over for særlige udfordringer: Der var en stor spredning i behandlingstilbuddene på landsplan, og ventetiderne kunne variere, helt op til 12 måneder. Samtidigt var det vanskeligt for henvisende læger at holde sig opdaterede; det krævede ofte en særlig viden om lokale tilbud at have overblik over situationen. Det gjaldt især for de såkaldte “ikke-psykotiske” lidelser – angst, depression, belastningsreaktioner, OCD samt spise- og personlighedsforstyrrelser, hvor der sjældent optræder psykotiske symptomer.

I Danmark lider mere end 250.000 af angst og 250.000 af depression. Der er således et stort behov for en specialiseret behandling af disse lidelser; lidelser, som ifølge WHO udgør en voksende ”burden of disease” i form af tabte leveår og tidlig død<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Ahrensbach, L., Petersen, S.H., Østergaard, U. & Haaning, M.G. (2012): “*Mast under bundlinjen*,” PsykologNyt 9: 4-6.

<sup>2</sup> Wittchen H.U. et al (2011): “The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.”

Derfor lancerede Danske Regioner i 2010 de første pakkeforløb i Region Hovedstaden. Man samlede herefter erfaringerne, og siden er ideen udbredt til landets øvrige fire regioner.

Det var ikke kun medarbejderne, der frygtede, at pakkerne skulle skabe ensretning. Danske Regioner har også forholdt sig til denne bekymring. Et sted skriver man således: "Patienten er ikke et pakkeforløb, og pakkeforløbene skal tilrettelægges så tilpas fleksibelt, at det er muligt at tilbyde behandling, der tager udgangspunkt i den enkelte patients sygdom og situation."<sup>3</sup>

Ideen om pakkeforløb er Danske Regioners, men Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) var tidligt med i overvejelserne om, hvordan man kunne udnytte ressourcerne og optimere behandlingen for de ikke-psykotiske lidelser.

I 2004 udarbejdede Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin således sammen med en rapport<sup>4</sup>, som støttede ideen om, at ensrettede tilbud ville være en fordel for patienterne. Man lagde sig her op ad WHO's anbefalinger mht. shared care. Man fastslog bl.a., at dette ville skærpe kravene til tværsektoriel organisering og uddannelse af de sundhedsansatte i primærsektoren. Man var dog også klar over, at det ville være ressourcekrævende med det tætte samarbejde, der var forudsætningen for et godt resultat.

### **Farvel til Mayland-kalenderen**

Formålet med diagnosespecifikke behandlingspakkeforløb i psykiatrien er at samtænke behandling af høj kvalitet med en strategisk udnyttelse af de ressourcer, der er til rådighed. Pakkerne skal ikke sikre en ensrettet, men *ensartet* behandling med dokumenteret effekt ved at basere sig på evidens. Der foreligger i pakkeforløbsbeskrivelserne således ikke noget krav om en særlig terapiretning – blot der er evidens for den valgte metode.

Derudover ønskede man fra Danske Regioners side at skabe en klar struktur, der sikrede større gennemsigtighed både for patienter og pårørende. Det betød indførsel af et bookingsystem, der skal sikre, at de enkelte behandlingssteder kan overholde den forventede kapacitet med de personaleressourcer, de har til rådighed.

Sigtet med pakkeforløbene var at skabe effektive arbejdsgange – og dermed bedre udnyttelse af kapaciteten og kortere ventetid.

Pakkerne betød derfor et farvel til Mayland-kalenderen og goddag til Grønt System. Indholdet af den enkelte medarbejders arbejdsuge er nu fastlagt i et "ugeskema". Administrativt er det ideelt. Ud fra et fagligt perspektiv derimod rummer det store udfordringer. En af dem er fleksibilitet.

Som behandlere har vi forskellige kompetencer. Når disse "låses fast" i et ugeskema, mister man noget af den fleksibilitet, der gjorde, at man tidligere ind i mellem kunne "trylle" og finde en tid i kalenderen til en patient med særlige behov – eller til en gruppe inden for det felt, man er bedst til. Vi kan heldigvis stadig være fleksible, når det gælder! Men det har, som Regionerne godt var klar over, været kontroversielt og udfordrende, da planlægningen i dag er helt anderledes end før.

---

European Neuropsychopharmacology 21; 655–679

<sup>3</sup> Danske Regioner (2011): "Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling," Danske Regioner.

<sup>4</sup> "Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter". Rapport udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin (11/2004)

***“Patienten er ikke et pakkeforløb, og pakkeforløbene skal tilrettelægges så fleksibelt, at det er muligt at tilbyde behandling, der tager udgangspunkt i den enkeltes sygdom og situation.”***

### **Pakkeforløb – hvad og for hvem?**

Pakkeforløbene er designede til at behandle ikke-psykotiske lidelser i et landsdækkende, ensartet tilbud med en overordnet ramme. Inden for denne ramme er der mulighed for at tilpasse tilbuddet.

Alle pakker rummer fem ’grundelementer’: psykoterapi og psykoedukation, KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol, motion), lægekontroller, sociale tiltag (”sammenhæng”) og pårørende. Antallet af timer varierer derimod, afhængig af den diagnose, der skal behandles. Der er fx 15 timer i en angstpakke, 18 timer i en depressionspakke, 29 timer i en PTSD-pakke og 59 timer i en pakke for emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse.

For at sikre at patienter med størst behov bliver henvist til den hospitalsbaserede behandling, har regionerne etableret et fælles visitationssystem i hver region. Dette er en klar fordel for henviser, som før selv skulle have overblik over de mange forskellige tilbud – fx praktiserende psykolog eller psykiater, kommunale tilbud samt ambulante tilbud på de psykiatriske afdelinger.

Nu skal henviser blot beskrive de psykiatriske symptomer, tidligere behandlingstiltag, social status og sende disse informationer ind til den centrale visitation i regionen. Her sidder sygeplejersker og speciallæger i psykiatri og tager stilling til den videre behandling. Det sikrer, at patienten får tilbudt behandling inden for to måneder (én måned ved særlige omstændigheder – som i somatikken). Er der usikkerhed om diagnosen, kan patienten få tilbudt en udredning i visitationen eller på udvalgte centre, som herefter kan henvise til behandling.

Hele dette set-up skal sikre, at patienterne hurtigst muligt kommer frem til det rigtige behandlingssted – og at selve udredningen ikke forsinker igangsættelsen af behandlingen.

Den tid, der er afsat, er meget begrænset. Det er en klar ulempe i psykiatrien. Her oplever vi nemlig ofte, at sygdomsbilledet forandrer sig over en periode, hvor symptomerne kan variere i intensitet over fx nogle måneder. Det kan derfor være vanskeligt at stille en korrekt diagnose inden for kort tid. En udfordring vores kollegaer i somatikken kan nikke genkendende til.

Den centrale visitation modtager indberetninger fra de enkelte centre og kan dermed sende patienten derhen, hvor man har kapacitet inden for den relevante lidelse. Det er med til at sikre, at kapaciteten i systemet udnyttes maksimalt, så ventetiden ikke overstiger de to måneder.

En af udfordringerne ved de ikke-psykotiske lidelser er, at de rammer så mange, at hospitalspsykiatrien ikke har kapacitet til at behandle alle. Meget naturligt har man valgt at fokusere på de sværeste tilfælde: Patienter, som tidligere har prøvet behandling med begrænset effekt, som har flere konkurrerende lidelser, hvis sygdomsbyrde er stor eller hvis tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked er truet.

### **Pakker – fordel for hvem?**

En af de store bekymringer hos patienterne – og behandlerne – er, hvad der skal ske, når forløbet er slut. Er man så rask?

I nogle tilfælde er det heldigvis sådan. Men mange psykiske lidelser er langvarige, og der er ofte tilbagefald. For mange er behandlingen nok til, at de efterfølgende kan følges i primærsektoren. For andre er der behov for at gentage behandlingen eller for at henvise til et andet tilbud – fx for en konkurrerende lidelse eller et mere specialiseret tilbud for lidelsen.

Som jeg skrev i indledningen, er nogle behandlere kritiske over for pakkerne.

Kritikerne mener, at pakkerne i for høj grad har fokus på effektivisering. Personligt har jeg arbejdet med pakkeforløb i snart fire år. Det er mit klare indtryk, at patienterne overordnet set er meget tilfredse med forløbet. Patienterne bliver i Region Hovedstaden ved endt forløb bedt om at evaluere tilfredsheden på en 3-points skala. Her erklærer de sig overordnet tilfreds med en gennemsnits score på 2,4 – uanset hvilket behandlingssted og -tilbud, de henvises til. Det tyder på, at de oplever, at der bliver taget hånd om deres sygdom på den tid, der er til rådighed.

Siden indførelsen af pakkerne er der kommet langt større fokus på, at psykoterapi er en væsentlig del af behandlingen, hvad der er stærk evidens for ved disse lidelser. Der er også kommet mere fokus på psykofarmakologi – og på somatiske faktorer, som tidligere blev nedprioriteret. Alt i alt har det været med til at løfte kvaliteten af behandlingen betragteligt – uden at ensrette.

Pakkerne er ikke kun til fordel for patienterne. For behandlerne er der også fordele.

Pakkerne gør det fx lettere at fastholde, at en patient har behov for et vist antal timers behandling i en tid, hvor der er stigende krav om effektivisering. Kritikere vil tilføje, at det mindsker personalets mulighed for at give en individuel sundhedsfaglig vurdering af patientens tilstand. Det er uden tvivl rigtigt. Men det er nu alligevel min oplevelse, at personalet stadig i høj grad anvender deres faglige vurderinger i forløbene og bruger ressourcerne dér, hvor der er størst behov for dem. Enslydende rammer behøver ikke at betyde, at alle forløb er helt ens.

Desuden vil jeg fremhæve, at kontakten til de pårørende i dag ligger i faste rammer. Der er bestemt plads til større fokus herpå – men vi er dog i gang.

### **Pakker – ikke for alle!**

Men! Træer vokser som bekendt ikke ind i himlen.

Et andet problem ved pakkeforløbene er de patienter, som falder uden for. Dem mangler der tilbud til. Især misbrugerne lander ofte mellem to stole. Evidens for effekt af psykoterapi er stærkest for ikke-misbrugende. Derfor kræver et pakkeforløb, at patienten skal have været misbrugsfri de seneste tre måneder inden henvisning for at sikre en stabil periode inden behandlingsstart. Og der er desværre ikke mange muligheder udover kommunernes tilbud.

Det er heller ikke let for de patienter, der har svært ved at møde op. Den udfordring er vi ikke ene om at have i psykiatrien. Men i et forløb, hvor der er meget fokus på flow og kapacitet – og nye patienter hele tiden står i kø og venter på at komme til – bliver det særligt vigtigt at vurdere, om

patienten er i stand til at levere et stabilt fremmøde. Mange patienter med svær angst kan fx ikke selv møde op på behandlingsstedet og vil derfor ikke få samme udbytte af tilbuddet – hvis de overhovedet kommer i gang. De bliver ofte overladt til kommunale behandlingstiltag med støtte i hjemmet uden psykiatrisk behandling. Her mangler vi et overgangstilbud, fx et specialiseret udgående team med særlig viden om angst.

### **Fremtiden**

Overordnet set er det i min optik (og mange af mine kollegaers!) flere fordele end ulemper ved pakkeforløbene. Vi har med mennesker at gøre, der handler uforudsigeligt. Det er der heldigvis plads til – også i et pakkeforløb. Når det er sagt, er der stadig store udfordringer i forhold til efterbehandling, udnyttelse af kompetencer og patienter, der har svært ved at passe ind i de eksisterende tilbud. Det må vi finde gode løsninger på.

En anden bekymring handler om kapaciteten fremover. Hvor syg skal man være for at modtage behandling i hospitalspsykiatrien?

Vi behandler i dag langt flere ikke-psykotiske patienter i hospitalspsykiatrien end før. Med udvidelsen af kapaciteten har de ikke-psykotiske lidelser fået flere ressourcer. Tak for det.

Psykiatrien har i årtier har været underprioriteret økonomisk i forhold til somatikken. Det er derfor glædeligt, at der i de senere år har været politisk vilje til at tage de første spæde skridt mod en genopretning. Det er hverken med til at reducere stigmatiseringen eller WHO's "burden of disease", hvis der er tolv måneders ventetid på behandling.

Men! Som DPS gang på gang har understreget: Midt i vores tilfredshed må vi ikke glemme de mest syge patienter. Der er i dag flere eksempler på, at ressourcerne flyttes væk fra de allersvageste. Dem, der er svære at træffe aftaler med. Dem, der ikke passer ind i nogen pakker.

Flere steder er ressourcerne blevet omprioriteret, så de nu retter sig mod de lidt stærkere patienter. Mod dem, der har større sandsynlighed for at blive raske og vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Psykiatrien er på mange måder i gang med et paradigmeskift i disse år; et andet skift er skiftet fra sengebaseret behandling til ambulante behandling.

Hos DPS vil vi gerne slå fast, at der er behov for begge tilbud. Vi ønsker en god balance i evidensbaserede behandlingstilbud til både de ikke-psykotiske og psykotiske<sup>5</sup>.

Danske Regioner står over for nogle svære, men vigtige prioriteringer, hvis man fortsat skal sikre ensartede tilbud af høj kvalitet til alle patienter med psykiatriske lidelser.

---

<sup>5</sup> <http://www.dpsnet.dk/dansk-psykiatrisk-selskab-ser-med-stor-bekymring-paa-det-lave-antal-psykiatriske-sengepladser-i-danmark/>