

# **Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter**

**Dansk Psykiatrisk Selskab**

**2001**

## Indholdsfortegnelse

Forord .....	3
Indledning.....	4
Kommissorium .....	5
Udvalgets sammensætning.....	6
Resumé .....	7
Baggrund for redegørelsen.....	9
Status.....	10
Definition af ikke-psykotiske lidelser:.....	10
Forekomst af ikke-psykotiske lidelser .....	10
Forekomst af ikke-psykotiske lidelser i befolkningen .....	11
Forekomst af ikke-psykotiske lidelser i almen praksis .....	12
Forekomst af ikke-psykotiske lidelser i psykiatrisk speciallægepraksis .....	14
Forekomst af ikke-psykotiske lidelser i distriktskykiatrien .....	14
Forekomst af ikke-psykotiske lidelser blandt indlagte på psykiatriske hospitalsafdelinger .....	17
Forekomst af ikke-psykotiske lidelser på somatisk afdeling.....	17
Konklusion vedrørende forekomst af ikke-psykotiske lidelser.....	17
Omkostningerne ved ikke-psykotiske psykiske lidelser.....	17
Behandling af ikke-psykotiske tilstande .....	18
Antal behandlede.....	18
Behandling af ikke-psykotiske lidelser i almen praksis .....	18
Behandling af ikke-psykotiske lidelser i psykiatrisk speciallægepraksis .....	19
Behandling af ikke-psykotiske lidelser i distriktskykiatri.....	20
Behandling af ikke-psykotiske lidelser i specialafsnit .....	21
Spiseforstyrrelser.....	22
Liaison psykiatri.....	22
Anbefalinger og forslag .....	23
Anbefalinger vedrørende behandling af ikke-psykotiske lidelser i almen praksis .....	23
Anbefalinger vedrørende behandling hos praktiserende psykiatriske speciallæger.....	24
Anbefalinger vedrørende behandlingen af ikke-psykotiske lidelser i distriktskykiatrien.....	24
Anbefalinger vedrørende behandling på specialafsnit .....	24
Uddannelsesmæssige konsekvenser .....	25
Bilag 1. Opgørelse fra psykiatrisk speciallægepraksis.....	26
Bilag 2, psykoterapeutiske afsnit .....	31
Bilag 3, psykiaterens uddannelse .....	35
Bilag 4. Antal personer med ikke-psykotiske lidelser, behandlet i det psykiatriske sygehusvæsen. Data fra Psykiatrisk Centralregister .....	37
Litteraturliste.....	44

## **Forord**

Dansk Psykiatrisk Selskab har i et par år arbejdet med denne redegørelse vedrørende behandlingen af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. Der har i en årrække været en tendens til at behandlingstilbuddet i tiltagende grad er koncentreret omkring de sværest psykisk syge. Denne udvikling har været nødvendig, men er i nogen grad sket på bekostning af behandlingstilbuddet til mennesker med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter.

Der foreligger ikke danske befolkningsundersøgelser, der belyser forekomsten af behandlet og ubehandlet psykisk sygdom i befolkningen. Hvis man vil vide sikker besked om disse forhold, må en dansk befolkningsundersøgelse gennemføres. Hvis udenlandske undersøgelser resultater overføres på danske forhold, forekommer det sandsynligt, at ca. 20 procent af den voksne danske befolkning i løbet af et år vil opfylde kriterierne for én eller flere veldefinerede psykiske lidelser. En betragtelig del af denne gruppe er ikke i behandling, hverken hos deres egen læge eller i noget andet regi. Det skønnes derfor, at der er et behov for udvidelse af behandlingstilbuddet både ved en forstærket indsats i forhold til uddannelse og supervision af alment praktiserende læger, ved en forøgelse af behandlingstilbuddet i psykiatrisk speciallægepraksis og ved etablering af en række specialenheder, der udvikler en særlig kompetence i forhold til behandlingen af ikke-psykotiske lidelser og som påtager sig videreudviklingsopgaver og uddannelsesopgaver for kommende psykiatere.

Denne redegørelse analyserer behovet for praktiserende speciallæger i psykiatri og for specialiseret behandling i regi af de psykiatriske afdelinger. Der er ikke fokuseret på dét arbejde, der udføres af psykologer ansat i kommunernes socialforvaltninger eller af praktiserende psykologer under sygesikringen.

Aktuelle redegørelse dækker alene behandlingstilbuddet for voksne, selv om det oprindeligt var planlagt, at gennemgå behandlingstilbuddet til både unge og voksne.

Liaisonpsykiatri og behandling af alkohol- og stofmisbrug falder inden for det område, som redegørelsen dækker, men er kun omtalt kort.

Merete Nordentoft,  
formand for  
Dansk Psykiatrisk Selskab

## **Indledning**

I 1988 blev det i Sundhedsministeriets redegørelse "90'ernes psykiatri: Oplæg til temaplanrunde"(1) fastlagt, at målgruppen for den hospitalsbaserede psykiatri skulle være de sværest psykisk syge, den såkaldte kernegruppe, som man den gang estimerede til at bestå af 50.000 mennesker.

På generalforsamlingen i Dansk Psykiatrisk Selskab foråret 1998 blev det foreslået at nedsætte af en arbejdsgruppe, der skulle udarbejde en redegørelse vedrørende behandlingstilbud i forhold til psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. Baggrunden var en udbredt fornemmelse af, at distriktskykiatriens målgruppe var ret snæver og kun i ganske beskedent omfang omfattede mennesker med ikke-psykotiske lidelser, og at denne gruppe af psykisk syge havde svært ved at komme i behandling.

## **Kommissorium**

Bestyrelsen nedsatte august 1998 et **ad hoc udvalg** med følgende **kommissorium**:

“Udvalget er et ad hoc udvalg, der er nedsat af bestyrelsen.

Udvalget har til opgave inden for en tidsramme på højst 1 år at aflevere en redegørelse, der belyser, hvilke psykiatriske behandlingstilbud, der bør eksistere for unge og voksne med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. Der tænkes her på misbrug, angsttilstande, depressionstilstande, obsessive compulsive tilstande, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, krisetilstande, selvmordsadfærd, følger efter seksuelle overgreb m.m.

Udvalget skal forholde sig til psykiaterens rolle i behandlingen og i hvilket regi behandlingen kan foregå. Det er ikke udvalgets opgave at komme med retningslinier for hvilke behandlingsmetoder, der skal tages i anvendelse, med mindre dette indgår som en begrundelse for det anbefalede regi.

Udvalget består af 5 medlemmer af Dansk Psykiatrisk Selskab, heraf skal mindst én være medlem af DPS's bestyrelse. Udvalget kan indkalde ad hoc-medlemmer med viden om specielle emner, og udvalget kan samarbejde med behandlingsudvalgene vedrørende psykoterapeutiske, socialterapeutiske og biologiske behandlingsmetoder i psykiatri og med Kvalitetsudviklingsudvalget.”

## **Udvalgets sammensætning**

Udvalgets medlemmer blev praktiserende speciallæge, Kirsten Gormsen, formand, praktiserende speciallæge Eskil Hohwy, der har fungeret som udvalgets sekretær, overlæge, afsnit C, Psykiatrisk Hospital i Århus, Nicolaj Kleist, adm. overlæge Pia Rubin, Amtssygehuset i Herlev, Psykiatrisk afdeling og overlæge Inge Gotfredsen, ungdomspsykiatrisk afdeling, Børne- og Ungdomspsykiatrisk hospital, Risskov. Udvalget takker lægesekretær Kirsten Ebbesen, Psykoterapeutisk afdeling, Psykiatrisk Hospital i Århus for sekretærbistand.

Udvalget har afholdt en række møder og redegørelsen har været diskuteret på et medlemsmøde og er efterfølgende blevet suppleret og bearbejdet af Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse.

## Resumé

I løbet af ét år vil ca. 20 procent af den voksne danske befolkning, svarende til 7-800.000 opfylde kriterierne for en veldefineret psykisk sygdom af ikke-psykotisk karakter. De hyppigst forekommende psykiske lidelser er angst, depression og lidelser relateret til alkoholmisbrug.

Udenlandske undersøgelser tyder på, at en betydelig andel af disse mennesker ikke er i behandling for deres sindslidelse, heller ikke via egen læge. Det må derfor antages, at der er behov for en betragtelig udvidelse af kapaciteten til behandling af disse lidelser, både ved at forbedre kvaliteten i de eksisterende behandlingstilbud og ved at øge mængden af tilbud.

I aktuelle redegørelse er forsøgt opgjort hvor mange, der er i behandling for ikke-psykotiske lidelser på de psykiatriske afdelinger og i psykiatrisk speciallægepraksis. På basis af det indsamlede talmateriale må det skønnes at ca. 75.000 personer med psykisk sygdom af ikke-psykotisk karakter er i behandling enten hos praktiserende speciallæge eller på psykiatrisk afdeling/ psykoterapeutisk specialafsnit/distriktskykiatrisk center, svarende til ca. en tiendedel af den skønnede forekomst af disse sygdomme i befolkningen.

Hvis man overfører resultaterne fra engelske befolkningsundersøgelser, vil man kunne konkludere, at formentlig ca. halvdelen af de 7-800.000, som har en psykisk sygdom af ikke-psykotisk karakter, er i behandling hos deres egen læge. I en del tilfælde vil dette være fuldt tilstrækkeligt, men i andre tilfælde er der behov for øget supervision, øget efteruddannelse eller visitation til psykiatrisk behandlingstilbud.

De resterende formentlig ca. 3-400.000 er enten ikke i behandling, eller for en lille dels vedkommende i behandling hos praktiserende psykolog eller hos psykolog i kommunernes socialforvaltninger. Disse personer bør have mulighed for diagnostik og behandling.

Det er ikke alene patientens formelle diagnose, men også i høj grad lidelsens sværhedsgrad og patientens funktionsniveau, der betinger hvilket behandlingsregi, der er det mest hensigtsmæssige.

Dansk Psykiatrisk Selskab foreslår en væsentlig udvidelse af antallet af praktiserende speciallæger i psykiatri, eventuelt ved udvidelse af muligheden for deltidspraksis, da den nuværende tilgængelighed til undersøgelse og behandling i psykiatrisk speciallægepraksis er for lille, og ventetiden er ofte for lang. Knap halvdelen af de henviste patienter kommer til psykiater, inden der er gået en måned, men mange må vente for længe. Placeringen af speciallægepraksis skal gøres geografisk og trafikalt så hensigtsmæssig, at tilgængeligheden bliver god.

Det er hospitalspsykiatriens pligt at sørge for, at de ikke-psykotiske patienter kan få et specialiseret behandlingstilbud i sygehusregi, når behandling andre steder af forskellige årsager ikke er tilstrækkelig eller hensigtsmæssig. Sygehusejerne og de psykiatriske afdelinger bør derfor sørge for, at den fremtidige psykiateruddannelse vedrørende diagnostik og behandling af de ikke-psykotiske patienter bliver opprioriteret. Denne del af videreuddannelsen er afgørende nødvendig for at fremtidens speciallæger i psykiatri kan varetage undersøgelse og behandling af de i kommissoriet nævnte diagnosekategorier.

Dansk Psykiatrisk Selskab anbefaler, at der oprettes/ videreføres specialafsnit for behandling af ikke-psykotiske lidelser i så mange amter, at behandling og speciallægeuddannelse kan tilgodeses. Disse specialafsnit for behandling af ikke-psykotiske lidelser bør fungere som videnscentre, højt specialiserede

enheder, der er forpligtet og normeret til fortløbende aktiviteter inden for forskning, uddannelse og kvalitetsudvikling. I samtlige amter bør der, som et minimum, være en central henvisningsmulighed til amtslig psykiatrisk afdeling for ikke-psykotiske patienter. Lokalt bør enten etableres passende behandlingstilbud eller visitation til nærmeste specialafsnit. Der skønnes at være behov for en række specialafsnit i Danmark, i første omgang i det mindste så mange at der fra alle amter er mulighed for behandling i et sådant afsnit, enten i eget amt eller et naboamt. Det vil indebære, at der i første omgang skulle etableres 6-7 specialafsnit og på længere sigt formentlig ét i hvert amt. I disse specialafsnit skal samtalebehandling indgå som et vigtigt element.

Dansk Psykiatrisk Selskab har udarbejdet en række forslag til bedring af behandlingstilbuddet for voksne med psykisk sygdom af ikke-psykotisk karakter:

- .....
- ?? at den nuværende visitationsordning i almen praksis fastholdes
  - ?? at speciallæger i almen medicin regelmæssigt tilbydes efteruddannelse i diagnostik og behandling af psykiske lidelser.
  - ?? at der etableres supervisionsordninger fra psykiatrisk afdeling, distriktpsychiatri eller psykiatrisk speciallægepraksis af læger i almen praksis, og at den nødvendige ressourceindsats hertil sikres.
  - ?? at der sikres tilstrækkelig kapacitet i psykiatrisk speciallægepraksis evt. også ved øget af deltidspatienter, og i sekundærsektoren til at modtage patienter med psykiske sygdomme af ikke-psykotisk karakter henvist af egen læge.
  - ?? at antallet af praktiserende speciallæger i psykiatri udvides for at tilgodese behovet for undersøgelse og behandling af patienterne med ikke-psykotiske lidelser.
  - ?? at ventetiden til praktiserende psykiater bør være maksimalt 4 uger fra henvisningstidspunktet.
  - ?? at den regionale tilgængelighed til praktiserende psykiater bør være bedre og mere ensartet.
  - ?? at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab og andre udarbejder forslag til Målsætninger for kvalitet i speciallægepraksis i lighed med tidligere publikationer vedrørende kvalitet i psykiatrisk behandling.
  - ?? at man regionalt implementerer behandlingen af den gruppe af patienter med ikke-psykotiske lidelser, der har brug for en tværfaglig indsats, og som dermed er defineret som en målgruppe for distriktpsychiatrien.
  - ?? at der i alle amter etableres eller aftales henvisningsmulighed til specialafsnit, der tilbyder veldokumenteret behandling for mere komplicerede psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter.
  - ?? at der på disse specialafsnit udvikles evidensbaserede behandlingstilbud overfor de forskellige veldefinerede psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter.
  - ?? at disse specialafsnit fungerer som forsknings- og udviklingsafsnit som påtager sig supervisions- og uddannelsesopgaver i forhold til speciallægeuddannelsen og andre samarbejdspartnere.
  - ?? at der arbejdes i et specialafsnit for ikke-psykotiske lidelser kommer til at indgå som et fast led i speciallægeuddannelsen i psykiatri.
  - ?? at patienten tilbydes forvisitationssamtale senest 4 uger efter henvisning til specialafsnit
  - ?? at patienten starter behandling senest 3 måneder efter visitationssamtale.



## **Baggrund for redegørelsen**

I) Inden for de sidste 15 år er der sket markante ændringer i organiseringen af psykiatrisk behandling:

?? Der er sket en voldsom reduktion af antallet af psykiatriske sengepladser

?? Der er sket en stor udbygning af distriktspsykiatrien i bredden

?? Der er sket en udflytning af et stort antal langtidssyge psykiatriske patienter til institutioner i den sociale sektor.

II) Psykiatrien beskæftiger sig i dag hovedsageligt med skizofreni, bipolar affektiv sindslidelse og svære depressive tilstande, hvorimod tilgængeligheden for psykiatrisk undersøgelse og behandling for ikke-psykotiske tilstande er utilstrækkelig.

III) Målgruppen for den distriktspsykiatriske behandling i Sundhedsstyrelsens publikation *Målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien* er beskrevet som patienter ”der har behov for en aktiv tværfaglig og tværsektoriel behandlingsindsats”. I praksis har dette medført at målgruppen overvejende består af de samme diagnosegrupper som blandt de indlagte. Dette skyldes delvist at udrednings- og behandlerkapaciteten (dvs. primært psykiatere og psykologer) er stærkt begrænset de fleste steder.

IV) Der har fra det øvrige behandlingssystem og fra befolkningen været et stigende pres for at patienter med ikke-psykiske lidelser tilbydes behandling.

V) Der er en kraftig vækst i den videnskabelige evidens for effekten af specifikke behandlingsmetoder ved afgrænsede og veldefinerede psykiske sygdomme af ikke-psykotiske karakter. Disse behandlingsmetoder er kun i begrænset omfang indført i Danmark, og der er meget store regionale variationer med hensyn til i hvilket omfang det er muligt at få tilbudt evidensbaseret behandling for en given ikke-psykotisk lidelse.

VI) Ud over at ikke-psykotiske tilstande påfører patienten lidelse, påfører de også samfundet store direkte og indirekte tab i form af tabt arbejdsevne, sygemeldinger, pensionering og et stort overforbrug af ikke psykiatriske sundhedsydelse. Ikke-psykotiske sygdomme medfører endvidere en dårligere prognose ved samtidige, somatiske lidelser både med hensyn til rekonvalescens og dødelighed.

VII) Igennem de senere år er der opstået flere specialiserede tilbud ofte som forsøgsordninger rettet mod forskellige grupper med ikke-psykotiske lidelser som f.eks. spiseforstyrrelser, selvmordsforsøg og somatoforme lidelser.

## **Status**

### **Definition af ikke-psykotiske lidelser:**

Det drejer sig om en bred gruppe inden for det diagnostiske spektrum omfattende lette til moderate affektive tilstande, nervøse og stressrelaterede tilstande, herunder somatoforme tilstande, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og misbrug af alkohol og stoffer.

Disse sygdomme er karakteriserede ved at der ikke er psykotiske symptomer så som vrangforestillinger, hallucinationer, ekstrem psykomotorisk adfærd eller hæmning, katatone symptomer, tankeforstyrrelser, styringsoplevelser.

### **Forekomst af ikke-psykotiske lidelser**

Forekomsten af ikke-psykotiske lidelser beskrives på følgende niveauer

- ?? Befolkningen
- ?? I almen praksis
- ?? I psykiatrisk speciallægepraksis
- ?? På somatiske afdelinger
- ?? I distriktpsikiatriske centre

### Forekomst af ikke-psykotiske lidelser i befolkningen

Der er forskellige steder i verden gennemført undersøgelser af forekomsten af psykisk lidelse i befolkningen. Der er ikke gennemført en dansk befolkningsundersøgelse, og hvis man ønsker præcise oplysninger om danske forhold, må en sådan undersøgelse gennemføres.

I nedenstående tabel er de vigtigste udenlandske befolkningsundersøgelser opført

Tabel 1 Forekomst af forskellige psykiske lidelser i befolkningen (procent).

	Canada(2;2-7)	Canada, (8)	Australie n (9)	England (10)	Sverige (11)	Finland (12)	USA (13)	USA (14-16)
Svær depression	3,2	2,6	6,7	2,1			10,3	0,9
Alle depressive tilstande			7,2	7,7	4,2**	3,2/ 7,3***	11,3	
Panikangst	0,7		1,1	0,8			2,3	1,0
Social fobi	5,1		2,7	1,1			7,9	
Generaliseret angst tilstand			3,0	3,1			3,1	1,6
Alle angst tilstande			9,5	16,0*			17,2	
Skadeligt brug af alkohol			3,0				2,5	
Alkoholafhængighed	1,7		3,5	4,7			7,2	
Skadeligt brug af stoffer			0,2				0,8	
Stofafhængighed	1,4		2,0	2,2			2,8	
Alle misbrugs-tilstande			7,7				11,3	
Personlighedsforstyrrelser	1,8		6,5					
Psykisk sygdom af enhver art			22,7	16,0 + misbrug			29,5	

\* angst eller depressionstilstand

\*\* kun mænd

\*\*\* mænd/ kvinder

Tallene i ovenstående tabel er baseret på forekomsten af de pågældende sygdomme inden for den sidste uge (prævalens) (10) (misbrug dog et års prævalens), 1 måneds prævalens (9) (8), 6 måneders prævalens(2;2-7) og 1 års prævalens (13;14;14;15;15).

I USA er der i regi af Epidemiological Catchment Area studiet gennemført en undersøgelse af forekomsten af psykiske lidelser i et repræsentativt udsnit af befolkningen(14-16). Ved en delundersøgelse blev belyst hvorledes læginterviewere og psykiatere adskilte sig mht. diagnostik, og diskrepansen undersøgtes mellem diagnostik ved lægfolk der brugte et struktureret interview instrumenter (Diagnostic Interview Schedule) og psykiatere, der brugte et semistruktureret interviewinstrument (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry). Man fandt, at der ved det psykiatriske interview identificeredes flere med depressive symptomer end ved lægmandsinterviewet (17).

Som det fremgår af ovenstående tabel, så er forekomsten af psykisk sygdom undersøgt på befolkningsniveau ret ens i de uafhængige undersøgelser, der er foretaget i forskellige vestlige lande i de sidste ti år. Det synes således sandsynligt, at forekomsten af depressive lidelser set over en etårig periode i befolkningen også i Danmark vil ligge på mellem 2 og 5 procent for mændenes vedkommende og mellem 5 og 8 procent for kvindernes vedkommende, svarende til ca. 200.000 voksne mennesker i Danmark. Forekomsten af angsttilstande er i en tilsvarende tidsperiode formentligt ca. 10 procent, og hvis alkohol og stofrelaterede tilstande også tages i betragtning og der tages højde for co-morbiditet er den samlede forekomst af veldefinerede psykiske lidelser formentligt over 20 procent i løbet af ét år, svarende til næsten 7-800.000 voksne danskere, hvilket svarer til de tal man også får ved at overføre Lundby-undersøgelsens tal til danske forhold. Hertil kommer somatoforme lidelser, som kun er sparsomt undersøgt i befolkningsundersøgelser, men formodentligt er mindst lige så hyppig som angst og depressive lidelser.

### **Forekomst af ikke-psykotiske lidelser i almen praksis**

Der findes en række danske og internationale undersøgelser der belyser forekomsten af psykisk sygdom hos patienter hos den alment praktiserende læge.

I WHO-regi er der gennemført en stor undersøgelse af psykiatrisk sygelighed blandt patienter i almen praksis. Undersøgelsen bygger på en gennemgang af 29 undersøgelser i almen praksis i forskellige lande i perioden 1970 til 1990. Mental Illness in General Health Care, An International Study redigeret af T.B. Üstün & N. Sartorius (18)

Fra omkring 1990 og til 1995 har WHO gennemført Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. Centre i 14 lande har deltaget, repræsenterende forskellige kulturelle og økonomiske betingelser og arbejde med forskellige typer af sundhedsstruktur og ydelser. Mere end 25.000 patienter er blevet screenet og omkring 5.500 blev nøjere vurderet. Nævnte undersøgelse er således den største og grundigste af sin art til dato.

Undersøgelserne viste blandt andet, at så meget som 24% af alle patienter, der kontakter den praktiserende læge rundt omkring i hele verden lider af en veldefineret psykisk sygdom, der opfylder ICD 10- kriterierne, og andre 10% havde psykiske problemer, som ikke opfyldte kriterierne for en formel diagnose, men som mindskede livskvaliteten og forårsagede handicap af forskellige årsager. De mest almindelige diagnoser var depression, dystymi, generaliseret angst, agorafobi, panikangst, somatoforme tilstande, neurasteni, hypokondri og alkoholafhængighed.

Tabel 2

Forekomst af forskellige psykiske lidelser, undersøgt blandt patienter i almen praksis(procent).

	Goldberg centre i 14 lande (18)	Leclubier Paris(18)	Kisely Man- chester (18)	Mainz Herr (18;19)	Tiemens Groningen (18)	Linden Berlin (18)	Fink Danmark (20)
Alkohol afhængighed	3	4	2	7	3	5	
Skadeligt brug af alkohol	3	5	1	3	6	4	
Depression	10	14	17	11	16	6	
Dystymi	2	4	2	1	2	1	
Agorafobi	1	2	4	2	3	2	
Panikangst	1	2	4	2	2	1	
Generaliseret angst	8	12	7	8	6	9	
Somatoforme tilstande	3	2	0	3	3	1	
Hypokondri	1	0	1	1	1	0	
Neurasthenia	5	9	10	8	11	7	
Mindst en psykisk lidelse	24	31	26	31	29	25	26
To eller flere psykiske lidelser	10	13	14	10	14	9	

For danske forhold er de danske undersøgelser de mest interessante. Selv om de er gennemført i områder, der ikke kan betragtes som repræsentative for hele landet, så vejer det tungt, at de er danske, da en lang række andre forhold (sundhedsvæsenets struktur, overenskomstforhold, evt. brugerbetaling, forsikringsordninger, geografiske afstande etc.) spiller ind på tilgængeligheden af behandlingen i almen praksis i forskellige lande.

I en nordisk multicenter undersøgelse blev ca. 1300 tilfældigt udvalgte patienter i alderen 18-50 år fordelt på 5 centre i 4 lande undersøgt med standard metoder. Det blev fundet at 26 procent opfyldte kriterierne for en ICD-9 diagnose eksklusive somatoforme lidelser. I den danske del af undersøgelsen blev yderligere undersøgt for ICD-10 diagnosen somatoforme lidelser og det blev fundet at knap ¼ af patienterne opfyldte de diagnostiske kriterier herfor(20)

Der foregår aktuelt en større dansk undersøgelse hvor 1.800 patienter i almen praksis er undersøgt for psykiske lidelser, men resultaterne heraf vil først foreligge i løbet af efteråret 2001.

Den nordiske multicenter undersøgelse viste endvidere at psykiske lidelser i almen praksis ofte ikke diagnosticeres (fra 30-60% af tilfældene), hvilket andre undersøgelser også har bekræftet. Meget få patienter med en psykisk lidelse henvises fra almen praksis til specialiseret psykiatrisk behandling herunder psykolog og få tilbydes behandling af deres egen læge (19)

Det kan således konkluderes at ca. en fjerdedel af patienterne hos den alment praktiserende læge har en psykisk lidelse af ikke-psykotisk natur, når der ses bort fra somatoforme lidelser. Endvidere erkendes psykiske lidelser ikke i tilstrækkelig grad af den praktiserende læge.

### **Forekomst af ikke-psykotiske lidelser i psykiatrisk speciallægepraksis**

I speciallægepraksis behandles ca. 45.000 personer årligt. Den diagnostiske fordeling, belyst i en dansk undersøgelse, fremgår af tabel 3. Det ses af tabel 3 at diagnoserne klart grupperer sig omkring affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede lidelser og personlighedsforstyrrelser.

(21)

Tabel 3. Diagnostisk fordeling af patienter i psykiatrisk speciallægepraksis 1999. (sidste aktionsdiagnose)

	N	%
Demens	76	1,4
Andre organiske	34	0,6
Alkoholbetinget	104	2,0
Medicin-/stofbetinget	42	0,8
Skizofreni m.v.	231	4,4
Akut forbigående psykose	32	0,6
Affektive lidelser	1970	37,4
Nervøse og stress-relaterede	1744	33,1
Adfærdsændring	123	2,3
Personlighedsforstyrrelser	621	11,8
Mental retarderede	17	0,3
Udviklingsforstyrrede	3	0,1
Tidlig adfærdsforstyrrede	5	0,1
Andre psykiske lidelser	271	5,1
Total	5273	100

### **Forekomst af ikke-psykotiske lidelser i distriktspsykiatrien**

Det er indtrykket, at man i den sygehusbaserede psykiatri i forbindelse med opprioritering af behandlingen af og samarbejdet om især de psykotiske patienter har nedprioriteret behandlingen af personer med andre diagnosekategorier. Som det fremgår af bilagsmaterialet, er der i perioden 1970 til 1993 sket et fald i antallet af patienter med ikke-psykotisk lidelse, som behandles under indlæggelse. Det gælder patienter med misbrugsdiagnoser, personlighedsforstyrrelser og psykosomatiske (Somatoforme) lidelser. Samtidigt er indlæggelseslængden afkortet. Siden 1995 er opgjort både antallet af indlagte og ambulant behandlede, og som det fremgår af materialet, så er der ikke i perioden 1995 til 2000 sket nogle væsentlige ændringer med antallet af behandlede mænd og kvinder med lidelser af ikke-psykotisk natur.

I en lang række undersøgelser i lokale distriktspsykiatriske ordninger har man opgjort diagnosefordelingen. Således fandt man i opgørelse fra indførelsen af distriktspsykiatri Viby og Risskov

at 46 hhv. 22 procent af patienterne i ambulant behandling efter distriktspsykiatriens indførelse havde ikke-psykotiske lidelser (22). Disse forskelle afspejler formentligt forskelle i optageområde, organisation og kapacitet. Undersøgelser af forekomsten af ikke-psykotiske patienter i distriktspsykiatriens klientel er også foregået i en lang række andre undersøgelser, men opgørelsesmetoderne er forskellige og kan ikke umiddelbart sammenlignes (23).

Af tabel 4 fremgår de absolutte tal for antallet af personer inden for de forskellige diagnosekategorier, der har modtaget behandling, samt den procentvise fordeling af de forskellige diagnosekategorier blandt ambulante patienter i distriktspsykiatrien eller ambulatorier ved sengeafdelinger, blandt hel- eller deldøgnsindlagte patienter, og blandt patienter i psykiatrisk skadestue.

Diagnoseenhederne F1 og F3 er underinddelt i F1 og F1\* hhv. F3 og F3\*, hvor patienter med psykotiske symptomer er grupperet under F1\* og F3\*.

**Tabel 4. Behandlingsaktiviteten ved distriktspsykiatrien, de psykiatriske sengeafdelinger og de psykiatriske skadestuer i 2000**

	I Distriktspsykiatri		II Hel- eller deldøgnsindlæggelse		III Psykiatrisk skadestue	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
F0	2153 12,1	3332 13,9	893 7,4	927 7,1	245 2,5	302 3,2
F1*	159 0,9	54 0,2	395 3,3	149 1,1	153 1,6	60 0,6
F1	2062 11,6	963 4,0	2231 18,6	1125 8,6	2720 28,3	1350 14,1
F2	3497 19,7	3142 13,1	3653 30,4	3122 23,8	2093 21,8	1624 17,0
F3*	506 2,9	1012 4,2	733 6,1	1300 9,9	302 3,1	554 5,8
F3	2330 13,1	4979 20,7	1372 11,4	2671 20,4	1132 11,8	1776 18,6
F4	2134 12,0	4750 19,8	1269 10,6	1870 14,3	1512 15,7	2198 23,0
F5	130 0,7	1164 4,8	14 0,1	299 2,3	10 0,1	88 0,9
F6	1181 6,7	2315 9,6	579 4,8	1100 8,4	352 3,7	610 6,4
F7	430 2,4	310 1,3	50 0,4	39 0,3	21 0,2	28 0,3
F8	824 4,6	204 0,8	164 1,4	40 0,3	21 0,2	7 0,1
F9	1156 6,5	670 2,8	207 1,7	116 0,9	380 3,9	328 3,4
Andre	1160 6,5	1126 4,7	438 3,7	335 2,6	681 7,1	633 6,6
I ALT	17722	24021	11998	13093	9622	9558

I = Aktionsdiagnose ved sidste afsluttede ambulante forløb i distriktspsykiatrien/psykiatrisk afdeling i 2000

II = Aktionsdiagnose ved sidste afsluttede heldøgn/deldøgnsindlæggelse i 2000

III = Aktionsdiagnose ved sidste psykiatriske skadestuekontakt i 2000

En person kan godt indgå med behandlingsforløb i alle 3 regi, (I, II, III).

De i tabellen fremhævede diagnostiske kategorier er ikke-psykotiske tilstande.

F0 Organiske psykiske lidelser.

F1\* Misbrugstilstande med psykotiske symptomer.

F1 Misbrugstilstande, ikke-psykotiske.

F2 Skizofreni og lignende.

F3\* Affektive sindslidelser med psykotiske symptomer.

F3 Ikke-psykotiske affektive sindslidelser.

F4 Nervøse og stress-relaterede tilstande.

F5 Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser.

F6 Forstyrret personlighedsstruktur.

F7 Mental retardering.

F8 Psykiske udviklingsforstyrrelser.

F9 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom.



Tabellens to første kolonner omhandler ambulante patienter, hvor af hovedparten er patienter i distriktspsykiatriske centre, og en mindre del i hospitalsambulatorier. Som det fremgår af tabellen, er der blandt ambulante patienter ca. 22.000 personer, der behandles for de ikke-psykotiske lidelser, der er omfattet af denne redegørelse (F1, F3, F4, F5, F6), svarende til ca. 60 procent af de patienter, der er i ambulante behandling.

### **Forekomst af ikke-psykotiske lidelser blandt indlagte på psykiatriske hospitalsafdelinger**

På psykiatriske afdelinger behandles patienter, der er blevet vurderet til at have behov for psykiatrisk indlæggelse. Der har, som det fremgår af bilagsmaterialet været et faldende senedagsforbrug for personer med ikke-psykotiske lidelser, men de behandles dog stadig på psykiatriske afdelinger. Af tabel 4 er fremgår hvor stor en andel af de personer, der årligt er indlagt på psykiatriske afdeling, der lider af ikke-psykotiske lidelser. Blandt de indlagte er det ca. halvdelen, der diagnosticeres med psykisk sygdom af ikke-psykotisk natur (F1, F3, F4, F5 og F6). Kategorien F3 i tabellen omfatter alle patienter med affektive lidelser af ikke-psykotisk karakter, heriblandt en stor gruppe, som altid har været en af de vigtigste målgrupper for psykiatrien: de svært deprimerede patienter.

### **Forekomst af ikke-psykotiske lidelser på somatisk afdeling**

Der er blandt patienter indlagt på somatiske afdelinger og ambulatorier påvist en meget høj prævalens (35%) af ikke-psykotiske psykiske lidelser (24). Hyppigheden er specielt meget høj blandt yngre patienter. Som det er tilfældet i almen praksis diagnosticeres psykiske lidelser ofte ikke og meget få modtager nogen form for behandling for deres psykiske lidelser, det være sig hos egen læge eller i specialiseret regi. Meget få med psykiatriske lidelser henvises til psykiatrisk vurdering og behandling under indlæggelse på somatiske afdelinger (24).

### **Konklusion vedrørende forekomst af ikke-psykotiske lidelser**

Der er i befolkningen en udbredt forekomst af psykiske lidelser af ikke-psykotisk natur.

Internationale undersøgelser tyder på, at kun en mindre del søger hjælp hos deres egen læge. I såvel danske som internationale undersøgelser er det fundet, at kun en del af de personer med veldefinerede psykiatriske lidelser, der søger hjælp hos egen læge, får stillet en psykiatrisk diagnose.

Blandt patienter i almen praksis og på somatisk afdeling er forekomsten af ikke-psykotiske lidelser langt større end i baggrundsbefolkningen.

**Sammenfattende kan det konkluderes, at hvis resultaterne af udenlandske undersøgelser overføres til danske forhold, så vil ca. 20 procent af befolkningen i løbet af ét år have psykiske symptomer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme af ikke-psykotisk karakter.**

### **Omkostningerne ved ikke-psykotiske psykiske lidelser**

Ud over at ikke-psykotiske lidelser påfører patienten lidelse, påfører de også samfundet store både direkte og indirekte tab i form af tabt arbejdsevne, sygemeldinger, pensionering og et stort overforbrug af ikke psykiatriske sundhedsudgifter (24) (25-27). Ikke-psykotiske sygdomme medfører endvidere en dårligere prognose ved samtidig somatisk sygdom både med hensyn til rekonvalescens og dødelighed. De indirekte sundhedsøkonomiske omkostninger for lette-moderate depressioner er i Danmark, på baggrund af udenlandske undersøgelser, anslået til 5-7 milliarder kr., men solide danske tal foreligger dog ikke, jf. DSI - Institut for Sygehusvæsen(28).

Psykiske lidelser er i dag den mest almindelige diagnose ved tilkendelsen af førtidspension. I 1999

udgjorde de psykiske lidelser tilsammen 28 procent af samtlige nytilkendelser. Også ved langvarige sygedagpengesager spiller ikke-psykotiske lidelser en stor rolle (29).

### **Behandling af ikke-psykotiske tilstande**

Behandlingen af psykiske lidelser af ikke-psykotisk natur finder sted i almen praksis, hos privat praktiserende psykologer, i speciallægepraksis, i distriktpsikiatriske centre og på psykiatriske afdelinger, herunder på specialafsnit for ikke-psykotiske tilstande. En del bliver også behandlet hos privat praktiserende psykoterapeuter, hvis uddannelsesmæssige baggrund er forskellig både med hensyn til grund- og videreuddannelse. Sidstnævnte behandlingstilbud er ikke underkastet nogen form for kvalitetskontrol fra en offentlig myndighed.

Der er i det følgende forsøgt redegjort for forekomsten af patienter med ikke-psykotiske lidelser i forskellige behandlingsregier. Vi har ikke haft data for patienter, der modtager behandling hos privatpraktiserende psykologer eller hos psykologer ansat i kommunernes socialforvaltninger.

### **Antal behandlede**

I det psykiatriske sygehusvæsen behandles for tiden ca. 70.000 personer per år enten ved indlæggelse eller ambulant eller dagbehandling. Heraf har ca. halvdelen ikke-psykotiske lidelser. I speciallægepraksis behandles ca. 45.000 personer årligt, hvoraf ca. 90 procent er i behandling for lidelse af ikke-psykotisk karakter. Foreløbige undersøgelser tyder på, at overlappet mellem de patienter, der behandles i sygehuspsykiatrien og i speciallægepraksis er minimalt. Det vil sige at i Danmark undersøges og behandles årligt ca. 75.000 patienter med ikke-psykotiske lidelser enten af eller under behandlingsansvar af en psykiatrisk speciallæge.

### **Behandling af ikke-psykotiske lidelser i almen praksis**

De ca. 4500 praktiserende læger spiller en fremtrædende rolle i behandlingen af mennesker med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter og varetager hovedparten af behandlingen.

Den praktiserende læge er som regel den første, der kommer i kontakt med patienter med psykiske lidelser. Det er derfor afgørende vigtigt, at han(hun) kan diagnosticere, behandle eller visitere patienten til specialiseret behandling.

En tidlig behandlingsindsats overfor psykiske lidelser er af stor betydning, idet en tidlig intervention kan forebygge en mere kronisk udvikling.

I almen praksis har speciallægen i almen medicin efter overenskomsten mulighed for at tilbyde samtalebehandling. De fleste praktiserende læger har deltaget i efteruddannelses-kurser i behandlingen af psykiske lidelser, men kvalitet og omfang af disse kurser er meget varierende(30). Supervision efter den såkaldte Balint model (eller Bendix model) er en meget udbredt metode til oplæring i behandling, hvor en erfaren psykiater superviserer den praktiserende læges behandling med faste mellemrum.

Det er både fagligt og økonomisk set mest hensigtsmæssigt at i hvert tilfælde de lettere tilfælde behandles af familielægen. I erkendelsen af at psykiske lidelser ikke altid diagnosticeres af den praktiserende læge, er der en stigende forståelse for at et tæt samarbejde mellem almen praksis og det specialiserede behandlingssystem er vigtigt. Dette er også en nødvendighed på grund af den meget begrænsede kapacitet i de specialiserede behandlingssystem.

Således er der i en række amter derfor indledt et samarbejde mellem almen praksis og speciallægepraksis, distriktpsikiatri eller de psykiatriske afdelinger.

Det er endvidere vigtigt, at de praktiserende læger kan hente vejledning og viden omkring behandling af psykiske lidelser. Aktuelt har Dansk Selskab for Almen medicin i samarbejde med repræsentanter for Dansk Psykiatrisk Selskab udarbejdet vejledende retningslinier for behandlingen af depressive tilstande (31). I Århus og Vejle amter pågår aktuelt en stor randomiseret kontrolleret undersøgelse af effekten af en intensiv efteruddannelse af praktiserende læger i behandlingen af funktionelle lidelser i almen praksis. Undersøgelsen er udviklet i et tæt samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien, og der er i forbindelse hermed udarbejdet en detaljeret behandlingsvejledning. De første resultater har vist at de praktiserende læger er meget tilfredse med uddannelsesprogrammet (submitte Kaj Sparle Christensen Ugeskr. for læger).

Flere steder har der været planer om at lave forsøg med 'shared care' modeller, hvor den psykiatriske specialist arbejder tæt sammen med den praktiserende læge om behandlingen. I modellen vil der være en glidende overgang fra blot et telefonisk råd til at specialisten helt overtager behandlingen.

Den praktiserende læge har i alle amter mulighed for henvisning til speciallægepraksis. Der er også alle steder faste procedurer for visitation til psykiatrisk afdeling, men det vil oftest kun komme på tale i de sværeste tilfælde, hvor der foruden psykisk lidelse af ikke-psykotisk karakter også er for eksempel selvmordsrisiko eller invaliderende funktionstab.

De patienter, der har utilstrækkeligt behandlingsrespons i almen praksis eller patienter, der skønnes at have behov for en specialiseret psykoterapeutisk behandling, kan henvises til psykoterapeutiske afsnit eller tilsvarende specialiserede hospitalsbaserede behandlingstilbud, hvor de eksisterer.

Der er ikke alle steder formaliserede rutiner for supervision af almen praksis med hensyn til drøftelse af vanskelige tilfælde, differentialdiagnostik, indikationer for præparatskift, behov for specifikke psykoterapeutiske interventioner.

### **Behandling af ikke-psykotiske lidelser i psykiatrisk speciallægepraksis**

I psykiatrisk speciallægepraksis møder patienten en klinisk erfaren psykiater allerede fra første kontakt, ligesom patienten kan være sikker på at det psykiatriske undersøgelses- og behandlingsarbejde hver gang udføres af den samme speciallæge, som sammen med patienten tilrettelægger og gennemfører behandlingen. Der findes i Danmark 103 fuldtidspraktiserende psykiatere og 43 deltidspaktiserende psykiatere inden for det voksenpsykiatriske område. Speciallægepraksis er særlig egnet til at varetage forskellige former for individuel behandling, inklusiv psykoterapi, men ikke særlig velegnet til de patienter, der har behov for tværfagligt eller tværsektorielt samarbejde. Af mange patienter vil speciallægepraksis opleves mindre stigmatiserende.

I psykiatrisk speciallægepraksis behandles flere patienter "pr. årsværk" end man kan i sygehusregi, bl.a. fordi speciallægen i speciallægepraksis ikke har vagtforpligtelser, undervisnings- og samarbejdsopgaver. Langt det meste af den praktiserende speciallæges tid går med direkte patientbehandling.

I fremtiden kan det vise sig ønskeligt, at der i højere grad bliver mulighed for et fleksibelt samarbejde omkring den enkelte patient mellem den praktiserende speciallæge, socialforvaltningen, de socialpsykiatriske institutioner og samarbejde med praktiserende læger. Dansk Psykiatrisk Selskab skal pege på, at der allerede er mulighed for via en såkaldt § 3-aftale at indgå aftale om honorering om et sådant socialpsykiatrisk samarbejde og samarbejde med almen praktiserende læger med speciallægerne

i amterne.

Målgruppen for speciallægepraksis er patienter med såvel psykotisk som ikke-psykotisk lidelse, og som:

1. har behov for speciallægeundersøgelse og -behandling
2. selv ønsker behandling uden for sygehus, ambulatorium eller distriktsteam
3. selv ønsker indflydelse på valget af speciallæge
4. har behov for langvarig behandling hos samme speciallæge
5. har behov for individuelt tilpassede konsultationstider i mindre stigmatiserende omgivelser
6. kan overholde tidsaftaler
7. ikke har behov for tværfaglig behandling
8. ikke tilbydes behandling i sygehusregi

Psykiatrisk speciallægepraksis kan for patienten være et alternativ til den sygehusbaserede psykiatri, og set fra sygehuskommunernes synsvinkel er psykiatrisk speciallægepraksis et supplement til den sygehusbaserede psykiatri.

### **Undersøgelser- og behandlingsforløb i psykiatrisk speciallægepraksis**

Som det fremgår af bilag 1 tabel 4, er der store variationer i ventetiden på at komme i behandling, nemlig fra næsten ingen til meget lang ventetid. På samme måde varierer ventetiden også fra amt til amt. Med hensyn til prioritering af patienterne sker dette selvfølgelig ud fra kronologi men også ud fra den kliniske tilstand som den foreligger oplyst, enten i henvisningen fra egen læge eller ved henvendelse fra patienten selv eller egen læge.

Efter en eller to konsultationer, som bruges til undersøgelse og diagnostisk afklaring, iværksættes behandling, som altid er samtale/psykoterapi og som for ca. 2/3 af patienternes vedkommende suppleres med psykofarmakologisk behandling. Indgås der en egentlig aftale med patienten om psykoterapi honoreres dette efter en særlig bestemmelse i overenskomsten. For nogle patienter er langvarig behandling vigtig og i sådanne tilfælde kan der søges om overskridelse af overenskomstens limiteringsbestemmelse på 15 konsultationer pr. år.

Det er næsten altid muligt at imødekomme patientens behov for den individuelt tilrettelagte og nødvendige behandling. Det er muligt at tilrettelægge behandlingen efter lokale behov som f.eks. nærhed og eksistensen af konkrete samarbejdspartnere, f.eks. det lokale sygehus. Den enkelte speciallæge har mulighed for at efteruddanne sig på en sådan måde, at han, udover at følge med i sit fag, også kan varetage specielle behandlingsområder. Der er gennem de sidste 4-5 år er gennemført en monitorering i psykiatrisk speciallægepraksis. Denne indebærer betydelige kvalitetssikringselementer, bl.a. i form af medical audit, og giver vigtige oplysninger om psykiatrisk speciallægepraksis, ligesom monitoreringsresultaterne kan danne basis for en diskussion om kvalitetsmålsætninger.

### **Behandling af ikke-psykotiske lidelser i distriktspsykiatri**

I distriktspsykiatriske centre er der mulighed for behandling af en gruppe mennesker med psykiske lidelser af ikke-psykotisk natur. Det fremgår af målsætning for kvalitet i distriktspsykiatri(32), at målgruppen for den distriktspsykiatriske indsats er patienter, der har behov for en aktiv tværfaglig og

tværsektoriel behandlingsindsats. Denne afgrænsning gælder hvad enten der er tale om patienter med psykoselidelser eller patienter med lidelser af ikke-psykotisk natur.

Der er 120 distriktspsykiatriske enheder i Danmark, og i 1999 havde 30.000 forskellige patienter kontakt med distriktspsykiatrien, med samlet 380.000 ambulante besøg. Det samlede personale er knap 1.000 ansatte, heraf 220 læger (33). Af tabel 4 fremgår, at der er en gruppe af en betydelig størrelse i behandling. Der er tale om psykiatrisk behandling ved psykiatrisk speciallæge eller læge under uddannelse til psykiatrisk speciallæge, og i visse tilfælde kan der være tale om at en læge eller en psykolog i det distriktspsykiatriske center tilbyder samtalebehandling. Antallet af patienter per læge eller psykolog er vidt forskellig i forskellige centre i landet, hvilket giver en meget forskellig mulighed for samtaleforløb.

Også ikke-psykotiske lidelser kan medføre funktionsmæssige og sociale begrænsninger, som kræver involvering af andre faggrupper, herunder socialrådgiverbistand fra det distriktspsykiatriske team. I de fleste distriktspsykiatriske centre har det ikke været muligt at opbygge en specialfunktion for de enkelte diagnosegrupper, da erfaringen med behandlingen af de enkelte tilstande inden for det brede spektrum af ikke-psykotiske tilstande bliver for lille.

### **Behandling af ikke-psykotiske lidelser i specialafsnit**

Behandlingen af de diagnostiske grupper, som er i fokus for denne redegørelse, forudsætter særlig psykoterapeutisk viden og erfaring. På de psykoterapeutiske specialafsnit eller centre for behandling af ikke-psykotiske tilstande behandles de patienter, som vurderes at kunne profitere af psykoterapeutisk behandling. På disse afsnit er psykoterapeutisk behandling med eller uden supplerende psykofarmakologisk behandling og socialpsykiatrisk indsats hovedbehandling ved ikke-psykotiske lidelser. Udover den behandlingsmæssige indsats yder disse afsnit supervision i forhold til en række samarbejdspartnere.

Dansk Psykiatrisk Selskab har derfor drøftet, hvordan den specialiserede behandling af ikke-psykotiske lidelser bør organiseres for at tilgodese såvel undersøgelse og behandling af de ikke-psykotiske patienter som uddannelse og træning af speciallæger og psykologer, samt forskning og videreudvikling af området. En række amter har større eller mindre psykoterapeutiske specialafsnit eller enheder for behandling af specifikke ikke-psykotiske tilstande. Henvielse til disse specialafsnit og funktioner sker fra praktiserende læge, speciallægepraksis, psykiatriske hospitalsafdelinger og socialforvaltninger.

Praksis på disse afsnit er, at patienter vurderes ved en forsamling og herefter enten tilbydes behandling ved den psykoterapeutiske specialfunktion, henvises til behandlingstilbud andre steder eller afvises. Der er forskellig praksis med hensyn til hvem der foretager forsamlingen og dermed visitation af patienten. Nogle steder foregår dette ved psykiater eller psykolog, andre steder også ved ikke-akademiske psykoterapeuter, hvilket ud over ovennævnte faggrupper dækker socialrådgivere, fysio- og ergoterapeuter samt sygeplejersker. Disse steder er praksis, at særligt vanskelige forsamlinger eller diagnostiske tvivlsspørgsmål efterfølgende vurderes af psykiater. Behandlingstilbuddet kan være gruppeterapi, par- eller familiebehandling eller individuel terapi. Enkelte steder er der desuden tilbud om døgnindlæggelse kombineret med en intensiv psykoterapeutisk indsats, noget der kan være særlig egnet til patienter, der, f.eks. på grund af svær angst, har svært ved at opholde sig i eget hjem. Der arbejdes både med blandede grupper og med specialgrupper, f.eks. patienter med spiseforstyrrelser, psykiske følger efter incest eller sorg-, kriseproblemer.

Der er gennemført en opgørelse over aktiviteten fire specialafdelinger i Danmark, hvis nøgletal er opført i bilag 2. Se bilag 2 for nøgletal for 4 udvalgte psykoterapeutiske afsnit og tabel 2 for antal behandlingspersonale samt bilag 1 og 2 med behandlingstilbud.

Indenfor de senere år er der en tendens til yderligere specialisering som i højere grad er diagnoserelateret. Der kan f.eks. arbejdes med særlige grupper for patienter med angstproblematik eller borderline personlighedsforstyrrelser. Denne tendens er opstået efter at forskningsresultater tyder på, at forskellige lidelser profiterer af forskellige terapeutiske tiltag, hvorfor specialisering er hensigtsmæssig. Behandlingsvarigheden er forskellig fra sted til sted og afhængig af den konkrete psykiske lidelse.

### **Selvordsforebyggelse.**

Der eksisterer i Danmark tre centre, der specifikt har selvmordsforebyggelse som opgave. Det drejer sig om forebyggelsescentrene i København, Odense og Århus. I andre amter er opgaven søgt løst uden etablering af egentlige selvmordsforebyggende centre. Målgruppen for de selvmordsforebyggende centre er mennesker, der nyligt har foretaget selvmordsforsøg eller er plaget af stærke selvmordstanker. Centrene kan ikke påtage sig behandlingen af psykotiske personer med selvmordstanker og ej heller behandling af personer, der er overhængende selvmordsfare. Disse henvises til de psykiatriske afdelinger. Centrene målgruppe er selvmordstruede personer med behov for psykologisk og social intervention. En del af disse har psykiske sygdomme af ikke-psykotisk karakter. Centrene har samarbejde med andre behandlingstilbud for disse målgrupper.

### **Spiseforstyrrelser**

Spiseforstyrrelser behandles i almen praksis, i speciallægepraksis, i de distriktspsykiatriske centre og på psykiatriske og en del somatiske sengeafdelinger. Hertil kommer at en del søger hjælp uden for de officielle behandlingssystemer. På tre afdelinger i Danmark har man specialiseret sig i behandlingen af alvorlige spiseforstyrrelser. Det drejer sig om særlige afsnit i København, Odense og Århus, hvor der er opbygget en særlig ekspertise overfor en målgruppe med komplicerede spiseforstyrrelser. Der er en betydelig ventetid på behandling i disse centre. Centrene yder en vis konsulentfunktion .

### **Liaison psykiatri**

Der er på Bispebjerg Hospital og ved Århus Universitet forsøgsordninger med henblik på at opbygge, en liaison psykiatrisk funktion med hensyn til at imødekomme det meget store udækkede behandlingsbehov blandt patienter indlagt på somatiske afdelinger.

### **Alkohol klinikker**

Skadeligt brug af alkohol og alkoholafhængighed er udbredt i Danmark, og der findes i Danmark en lang række behandlingstilbud i form af alkoholklinikker i forskelligt organisatorisk regi. Selvom skadeligt brug af alkohol og alkoholafhængighed betragtes som psykiske sygdomme af ikke-psykotisk karakter, så har det ikke i forbindelse med denne redegørelse været muligt at give en tilbundsående beskrivelse af behandlingstilbuddene for mennesker med disse lidelser.

## **Anbefalinger og forslag**

Hovedprincippet bag anbefalingerne er, at samfundet skal sikre relevant behandling til borgere med ikke-psykotiske lidelser, herunder sikre mulighed for undersøgelse og behandling hos en speciallæge i psykiatri til dem, der har behov for det. Et vigtigt princip er at gøre psykiatrisk behandling lettere tilgængelig til gavn for patienterne og samfundet.

Det kan konstateres:

- ?? at en del af patienterne med ikke-psykotiske lidelser har behov for, men ikke er i behandling for deres lidelse,
- ?? at en del af patienterne med ikke-psykotiske lidelser med langvarigt sygefravær ikke har været vurderet af speciallæge i psykiatri,
- ?? at tilgængeligheden til praktiserende speciallæge i psykiatri er geografisk skæv,
- ?? at der er en betydelig ventetid til praktiserende speciallæge i psykiatri. 52% af patienterne venter mere end 1 mdr. fra henvisningstidspunktet til speciallæge,
- ?? at der er behov for at vedligeholde uddannelse, forskning og træning i behandling af ikke-psykotiske lidelser,
- ?? at der er behov for udvikling og implementering af specifikke psykoterapeutiske behandlingstilbud.

### **Anbefalinger vedrørende behandling af ikke-psykotiske lidelser i almen praksis**

Den nuværende visitationsordning er god. Patienterne med ikke-psykotiske lidelser skal i det væsentlige først vurderes og evt. behandles hos egen læge, speciallægen i almen medicin. Da det er velkendt at en del psykiske lidelser ikke diagnosticeres i almen praksis, er det væsentligt at der eksisterer regelmæssige efteruddannelsestilbud i dette for speciallæger i almen medicin. Afhængig af den alment praktiserende læges erfaring og viden kan vedkommende diagnosticere og behandle de lette til middelsvære tilfælde af patienterne med ikke-psykotiske lidelser og tage stilling til om patienterne med ikke-psykotiske lidelser skal viderehenvises til speciallæge i psykiatri. Der skal være tilstrækkelig kapacitet til at modtage de patienter, der visiteres til psykiatrisk udredning og behandling.

DSAM (Dansk Selskab for Almen Medicin) har haft lejlighed til at kommentere første udgave af denne rapport og Dansk Psykiatrisk Selskab vil gerne indgå i et samarbejde med DSAM om vurdering af kvaliteten af diagnostik og behandling af patienterne med ikke-psykotiske lidelser.

Vi foreslår

- ?? at læger i almen praksis regelmæssigt tilbydes efteruddannelse i diagnostik og behandling af psykiske lidelser.
- ?? at der etableres supervisorsordninger fra psykiatrisk afdeling, distriktpsykiatri eller psykiatrisk speciallægepraksis af læger i almen praksis.
- ?? at det sikres tilstrækkelig kapacitet i psykiatrisk speciallægepraksis og i sekundærsektoren til at modtage patienter med psykiske sygdomme af ikke-psykotisk karakter henvist af læger i almen

praksis.

### **Anbefalinger vedrørende behandling hos praktiserende psykiatriske speciallæger**

Psykiatrisk speciallægepraksis kan tilbyde kontinuitet i behandlerkontakten, forskellige former for psykoterapi eventuelt kombineret med medicinsk behandling, og er derfor velegnet til patienter med ikke-psykotiske lidelser, der normalt ikke kræver tværfagligt samarbejde mellem flere sektorer.

Vi foreslår:

- ?? en udbygning af psykiatrisk speciallægepraksis så antallet af praktiserende speciallæger i psykiatri tilgodeser behovet for undersøgelse og behandling af patienterne med ikke-psykotiske lidelser, eventuelt ved udbygning af adgangen til deltidspraksis. Den nuværende tilgængelighed til undersøgelse og behandling i psykiatrisk speciallægepraksis er for lille og ventetiden for lang. Man bør sikre en geografisk spredning af behandlingstilbuddet.
- ?? at ventetiden til praktiserende psykiater bør være maksimalt 4 uger fra henvisningstidspunktet og standarden kan være at 90% af alle henviste er set af en praktiserende psykiater inden for 4 uger.
- ?? at den regionale tilgængelighed til praktiserende psykiater bør være bedre og mere ensartet.
- ?? at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab og andre udarbejder forslag til målsætninger for kvalitet i speciallægepraksis i lighed med tidligere publikationer vedrørende kvalitet i psykiatrisk behandling.

### **Anbefalinger vedrørende behandlingen af ikke-psykotiske lidelser i distriktpsychiatrien**

I Målsætning for kvalitet i distriktpsychiatrien nævnes personer med korterevarende sindslidelser, hvad enten de er af psykotisk eller ikke-psykotisk natur som en af målgrupperne.

I alle amter og H:S bør der være kapacitet til behandling af de sværeste tilfælde af patienterne med ikke-psykotiske lidelser, som ikke kræver indlæggelse, enten i distriktpsychiatrien eller i psykoterapeutiske afsnit, hvor de findes. I de tilfælde hvor patienterne med ikke-psykotiske lidelser har behov for tværfagligt samarbejde eller tættere samarbejde med andre samarbejdspartnere f.eks. socialsektoren er distriktpsychiatrien eller et psykoterapeutisk afsnit det fagligt bedste tilbud.

Det anbefales:

- ?? at man regionalt implementerer behandlingen af den gruppe af patienter med ikke-psykotiske lidelser, der har brug for en tværfaglig indsats, og som dermed er defineret som en målgruppe for distriktpsychiatrien, og at kapaciteten i distriktpsychiatiske centre tilpasses, så en større del af denne gruppe kan tilbydes behandling.

### **Anbefalinger vedrørende behandling på specialafsnit**

Det er hospitalspsychiatriens pligt at sørge for, at patienterne med ikke-psykotiske lidelser kan få et specialiseret behandlingstilbud i sygehusregi, når behandling i speciallægepraksis af forskellige årsager ikke er tilstrækkelig eller hensigtsmæssig.

Der skal være specialiserede behandlingstilbud til velafgrænsede diagnostiske grupper som patienter med



angstlidelser, moderate depressioner, spiseforstyrrelser, tvangslidelser (OCD-tilstande) og personlighedsforstyrrelser f.eks. emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse. Der bør også findes specialtilbud til særlige problemstillinger, f.eks. patienter med psykiske følger efter incest, tilpasningsreaktioner og sværere par- og familieproblematik.

Specialafsnit ved universitetsafdelingerne bør fungere som videnscentre, højt specialiserede enheder, der er forpligtiget og normeret til fortløbende aktiviteter inden for forskning, uddannelse og kvalitetsudvikling. Der bør etableres specialafsnit i et antal større amter, således at alle enten har et specialafsnit, eller har en et samarbejde med et naboamt om visitation. I første omgang skønnes der at være behov for 6-7 specialafsnit, men på længere sigt bør et sådant specialafsnit eksistere i alle sygehuskommuner i Danmark.

Det anbefales:

- ?? at der i alle amter etableres eller aftales henvisningsmulighed til specialafsnit, der tilbyder veldokumenterede behandling for en række veldefinerede psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter.
- ?? at der på de psykoterapeutiske afsnit udvikles evidensbaserede behandlingstilbud overfor de forskellige veldefinerede psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter.
- ?? at de psykoterapeutiske afsnit kommer til at fungere som videnscentre og forsknings- og udviklingsafsnit og påtager sig supervisions og uddannelsesopgaver i forhold til samarbejdspartnere.
- ?? at patienten vurderes senest 4 uger efter henvisning.
- ?? at patienten starter behandling senest 3 måneder efter visitationssamtale.

### **Uddannelsesmæssige konsekvenser**

Det er hospitalspsykiatriens pligt at sørge for, at patienterne med ikke-psykotiske lidelser kan få et specialiseret behandlingstilbud i sygehusregi, når behandling andre steder af forskellige årsager ikke er tilstrækkelig eller hensigtsmæssig. Sygehusejerne og de psykiatriske afdelinger bør derfor sørge for, at den fremtidige psykiateruddannelse indenfor behandling af de ikke-psykotiske patienter bliver opprioriteret. Som det fremgår af redegørelsens bilag 3 om uddannelse bør sygehuspsykiatriens videreuddannelsesstilbud være så varieret, at også denne patientgruppes behov for undersøgelse og behandling kan varetages. Med henblik på Dansk Psykiatrisk Selskabs forslag om udvidelse af kapaciteten i speciallægepraksis og i øvrigt af hensyn til den fremtidige rekruttering til speciallægepraksis, er dette videreuddannelsesstilbud en nødvendighed for at fremtidens praktiserende speciallæger kan varetage undersøgelse og behandling af de i kommissoriet nævnte diagnosekategorier. Det er af afgørende betydning for fremtidig psykiatrisk behandling at alle psykiatere i deres uddannelse i deres uddannelse oplæres i behandling i specialafsnit for ikke-psykotiske patienter. Dette element bør indgå med et halvt år i den fremtidige speciallæge uddannelse i psykiatri.

## Bilag 1. Opgørelse fra psykiatrisk speciallægepraksis Kapacitet.

I Danmark er der 103 fuldtidspraktiserende voksenpsykiatere og 8 fuldtidspraktiserende børne- og ungdomspsykiatere. Der er 43 deltids ydernumre og 5 "3-timers" overlægepraksis i voksenpsykiatri og 1 deltids- og 1 overlægepraksis i børne- og ungdomspsykiatri. Efter overenskomsten mellem speciallæger og Sygesikringen er der 3 muligheder for speciallægepraksis: fuldtids ydernummer, deltids ydernummer og den såkaldte overlægepraksis med 3 timers praksis pr. uge.

Halvdelen af disse praksis ligger i Københavnsområdet, ca. 1/4 i Odense og Århus og den sidste 1/4 er fordelt skævt ud over resten af landet.

**Tabel 1**

**Antallet af praktiserende speciallæger i psykiatri i 2000 geografisk fordelt på amterne:**

	Voksenpsykiatri			Børneungdomspsykiatri		
	Fuldtid	Deltid	3 timer	Fuldtid	Deltid	3 timer
Kbh. Amt	18	10	2	1	1	1
Kbh og Frb	17	14		1		
Frederiksborg	11	2		1		
Roskilde	7	4		1		
Vestsjælland	4	1	1	1		
Storstrøm	4	1	1	1		
Bornholm						
Fyn	10	1	1			
Sønderjylland	2		1			
Ribe	2					
Vejle	2	2				
Ringkøbing	4	1				
Århus	12	6		2		
Viborg	4					
Nordjylland	6	1		1		
I alt	103	43	5	8	1	1

Ovenstående fordeling af speciallægepraksis kan herefter omsættes til antal indbyggere pr. speciallægepraksis fordelt på amterne.

**Tabel 2****Antal indbyggere pr. speciallægepraksis i 1999 ifølge Sygesikringens forhandlingsudvalg**

	<b>Voksenpsykiatere</b>	<b>Børnepsykiatere</b>
Københavns og Frederiksberg kommuner	24.063	491.973
Københavns Amt	26.535	204.053
Frederiksborg Amt	29.983	364.197
Roskilde Amt	25.356	230.368
Vestsjællands Amt	58.440	
Storstrøms Amt	57.400	
Fyns Amt	42.900	
Sønderjyllands Amt	101.520	
Ribe Amt	74.860	
Vejle Amt	114.833	
Ringkøbing Amt	60.444	
Århus Amt	42.107	317.426
Viborg Amt	58.275	
Nordjyllands Amt	75.862	493.896
Bornholms Amt	ingen	
<b>Gennemsnit</b>	<b>41.692</b>	<b>591.012</b>

\* Fuldtidsspeciallægepraksis indbefatter her deltidspraksis omregnet til fuldtidspraksis

Det er det enkelte amtsråd, der, efter indstilling fra økonomiudvalg og speciallægesamarbejdsudvalg, afgør hvor mange ydernumre der tildeles de forskellige specialer ud fra speciallægepraksisplanerne i amtet. Nye ydernumre i psykiatri tildeles *ikke* ud fra et samlet behov i amtet set med patienternes eller psykiaternes øjne, men ud fra en afvejning af, hvilken speciallægepraksis samarbejdsudvalget peger på, når der bevilges penge til udvidelse inden for speciallægepraksisområdet.

Speciallægepraksisudvalgene har de senere år prioriteret fuldtidspraksis frem for deltids- og overlægepraksis, samt geografisk spredning af praksis i amtet med henblik på, at patienterne skal have en lettere adgang til speciallægen.

**Beskrivelse af arbejde i psykiatrisk speciallægepraksis**

Der foreligger fire beskrivelser af arbejdet i speciallægepraksis:

- Mogens Milfeldt, København, 1981: "En oversigt over 1007 konsekutive nye patienter i en psykiatrisk og neurologisk speciallægepraksis"
- Erik Weibel, Århus, 1983: "Psykoterapeutisk orienteret psykiatrisk speciallægepraksis"
- Carlo Rasmussen, Odense, 1986: "Psykiatrisk praksis i Odense" og
- Fjorden, Speciallægepraksis og almenpraksis i Roskilde Amt, Institut for almen medicin, Københavns Universitet: "Distriktskykiatri - Ambulant psykiatri i et geografisk afgrænset område", Ugeskrift for Læger 1989 og "Ambulant psykiatri - et års efterundersøgelsen", Ugeskrift for Læger 1993.

De praktiserende speciallæger har på eget initiativ siden den 1.1.1996 etableret: **Monitoreringsprojekt i speciallægepraksis**, hvorefter der indrapporteres data fra knapt 20% af alle fuldtidspraktiserende speciallæger til Afdeling for Demografisk Psykiatri, Psykiatrisk Hospital i Århus som led i et kvalitetssikringsprojekt. Ud fra disse data kan arbejdet i speciallægepraksis beskrives og dokumenteres. Det viser sig, at de praktiserende psykiatere behandler omkring 40.000 patienter pr. år ved ca. 300.000 konsultationer. I 1999-opgørelsen beskrives 5.273 patienter med 3.174 påbegyndte og 2.809 afsluttede patientforløb. I gennemsnit har hver speciallæge haft 278 patienter i behandling indenfor et år (76-564) og afsluttet 149 (33-421) i løbet af året. Af monitoreringen fremgår endvidere, at patienterne afsluttes efter i gennemsnit 6-8 kontakter per forløb. Det fremgår således, at "produktiviteten" hos den enkelte speciallæge er meget høj og også at den er forskellig fra speciallæge til speciallæge.

**Tabel 3**

<b>Aldersfordeling 1999</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0-14	4	0,1
15-24	530	10,1
25-34	1137	21,6
35-44	1249	23,7
45-64	1254	23,8
55-64	645	12,2
65+	454	8,6
<b>Total</b>	<b>5273</b>	

**Tabel 4**

**Ventetiden var:**

10% af patienterne er set inden for	3 dage
20% - -	14 dage
48% - -	1 måned
75% - -	2 måneder
89% - -	3 måneder
97% - -	6 måneder
99% - -	12 måneder

Der fremgår af ovenstående tabel, at halvdelen af patienterne er i behandling indenfor en måned.

**Udeblivelser:** 20 % af kvinderne og 25% af mændene afsluttes efter udeblivelse fra aftalt konsultation.

**Henvisning til sygehusbehandling:** ud af 2809 patienter blev kun 96, dvs. 3,4% henvist til fortsat behandling på sygehus.

**Tabel 5****Diagnostisk fordeling af patienter i 1999 - efter sidste aktionsdiagnose**

	N	%
Demens	76	1,4
Andre organiske	34	0,6
Alkoholbetinget	104	2,0
Medicin-/stofbetinget	42	0,8
Skizofreni m.v.	231	4,4
Akut forbigående psykose	32	0,6
Affektive lidelser	1970	37,4
Nervøse og stressrelaterede	1744	33,1
Adfærdsændring	123	2,3
Personlighedsforstyrrelser	621	11,8
Mental retarderede	17	0,3
Udviklingsforstyrrede	3	0,1
Tidlig adfærdsforstyrrede	5	0,1
Andre psykiske lidelser	271	5,1
<b>Total</b>	<b>5273</b>	<b>100</b>

Det ses at diagnoserne klart grupperer sig omkring affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede lidelser og personlighedsforstyrrelser.

**Tabel 6****Ydelser i 1999 fordelt på type**

	N	%
Diagnostisk udredning	4460	7,4
Samtale i behandlingsmæssig øjemed	14828	24,5
Individuel psykoterapi	8376	13,9
Par- og anden topersoners terapi	474	0,8
Familie- og gruppeterapi	251	0,4
Pårørendearbejde +/- patient	2138	3,5
Medicinordination	22394	37,0
Telefonkonsultation	6562	10,9
Erklæring	428	0,7
Socialt samarbejde +/-	356	0,6
Andet	208	0,3
<b>Kontakter i alt</b>	<b>60475</b>	<b>100</b>

**Undersøgelses- og behandlingsforløb i psykiatrisk speciallægepraksis**

Som det fremgår af ovenstående tabel 6, er der store variationer i ventetiden på at komme i behandling, nemlig fra næsten ingen til meget lang ventetid. På samme måde varierer ventetiden også fra amt til amt. Med hensyn til prioritering af patienterne sker dette selvfølgelig ud fra kronologi men også ud fra den kliniske tilstand som den foreligger oplyst, enten i henvisningen fra egen læge eller ved henvendelse fra patienten selv eller egen læge.

## Bilag 2, psykoterapeutiske afsnit

### Nøgletal for psykoterapeutiske afsnit for 1999

Sted	antal henviste	antal, der begynder i beh.	ventetid forsamtale gennemsnit	ventetid beh.	diagnostisk fordeling udskr.-diag. afslut.-diag.	beh.s tilbud
<b>Stolpegaard (Kbh.amt)</b>	1948 henv. 1454 forsamtale	187 indlagte 443 deldøgn 602 amb.	88% < 1 md	55% < 3 mdr	F30 – F39 (13%) F40 – F49 (50%) F50 – F59 (12%) F60 – F69 (14%) F70 – F79 (9%)	se bilag 1
<b>Odense psykoterapeutisk afsnit</b>	504	133	100% < 1 md	analytisk gr ½-1 år støttende gr 4 uger incest ½-1 år bulimi ½-1 år	F30 – F39 (7,5%) F40 – F49 (30%) F50 – F59 (14%) F60 – F69 (36%)	se bilag 2
<b>Bispebjerg psykoterapeutisk afsnit (HS)</b>	469 indkaldte til forvisitation	203 beh	80% < 1 md	Gr.beh 56% venter mere end 3 mdr. amb. 11% venter mere end 3 mdr.	F30 – F39 (24%) F40 – F49 (47%) F50 – F59 (18%) F60 – F69 (24%) Dobbelte diagnoser 13%	se bilag 2
<b>Århus psykoterapeutisk afsnit</b>	320 ptt.henvises	Ca. 100	X	Ca. 1 år	F20 – F29 (9%) F30 – F39 (4%) F40 – F49 (22%) F50 – F59 (12%) F60 – F69 (53%)	se bilag 2

X = Der er en særlig procedure, hvor den henviste pt. anmodes om at skrive et brev og beskrive sin situation. Fra brevet er modtaget er der ca. 2 uger til forsamtal tid.

### Nøgletal for psykoterapeutiske afsnit for 1999

Sted	Medarbejdere / behandlingspersonale					
	læge	psykolog	sygepl.	ergo/fys.	soc.rdg.	andet
<b>Stolpegaard (Kbh.amt)</b>	3,75 overlæge 2,08 afd.læge 2,75 1.res.læge 2,25 res.læge	5,54	10,29	7,82 – 3,85	3,57	12,26
<b>Odense psykoterapeutisk afsnit</b>	1 overlæge 1 res.læge	1 deltids-psykolog	6	1	1	2 sekr.
<b>Bispebjerg psykoterapeutisk afsnit (HS)</b>	1 overlæge 3 yngre læger XX	3 psykologer	3	3 ergo – 1 fys.	1	XXX
<b>Århus psykoterapeutisk afsnit</b>	5 overlæger (opgaver udenfor det psykoterapeutiske afsnit, f.eks. extern supervision 3 yngre læger og indtægtsgivende virksomhed)					

XX = Alle læger har også opgaver udenfor det psykoterapeutiske afsnit.  
XXX = Flere af behandlingspersonalet er deltidsansat, gennemsnitligt 32 timer/person/uge



## Overzicht over behandlingstilbud

KAS Stolpegaard

3 deldøgnsafsnit	et 5 døgns afsnit
<p><b>Deldøgnsgrupper</b> (i alt ca. 160 ptt. - 54 deldøgnspladser) (ca. 40 beh. sessioner i grupperne dog incest ca. 80 beh.sessioner)</p> <p>6 almene 1-dagsgrupper angst/fobi gruppe 1- dags 2 ungdomsgrupper 1-dags 2 spisegrupper 1 -dags 2 incestgrupper 1-dags 1 incestgruppe 2-dags 1 svangregruppe 2 kropsgrupper - 1-dags</p> <p>3 aftengrupper 1-dags</p>	<p><b>Døgnindlæggelse</b> (24 døgnpladser) (ca. 6 ugers beh.)</p> <p>velkomstgruppe</p> <p>samtalegruppe</p> <p>fysisk aktivitet</p> <p>undervisning</p> <p>fobitræning m.m.</p>
<p><b>Ambulant behandling</b> (ca. 400 patienter)</p> <p>3 samtalegrupper 1-dags</p> <p>1 almen 2-dagsgruppe</p> <p>par/familieterapi</p> <p>individuel terapi</p>	<p><b>Ambulant efterbehandling</b> (ca. 75 patienter)</p> <p>1 samtalegruppe 1-dags</p> <p>par/familieterapi</p> <p>individuel terapi</p>

Sted	Behandlingstilbud
<p>Odense psykoterapeutisk afsnit</p>	<p>3 analytiske gruppe 1 støttende analytisk gruppe 1 incestgruppe 1 bulimigruppe 1 ungegruppe individuel terapi systemisk familierterapi analytisk parterapi</p>
<p>Bispebjerg psykoterapeutisk afsnit</p>	<p>4 almene grupper 1 incestgruppe 1 borderlinegruppe 1 bulimigruppe 1 ambulantgruppe 1 angstgruppe</p> <p>I mindre omgang individuel- samt par/familierterapi</p> <p>almene blandede grupper - ca 40 fremmødegange incest - borderline, ca 80 fremmødegange</p> <p>angstgruppe og bulimigruppe (1 gang ugtl. i 8 uger, herefter overgang til almene grupper)</p>
<p>Århus psykoterapeutisk afsnit</p>	<p>individuel korttidsterapi op til 1 år individuel langtidsterapi ca. 2 år (45 min. Ugtl.) 2/3 af ptt. Behandles i 2 år</p> <p><b>gruppebehandling</b> blandende grupper specialgrupper til bulimi (1½ time ugtl. i mindst 1 år) specialgrupper til schizofreni (1½ t. ugtl. i mindst 1 år) specialgrupper til borderline (1½ t. ugtl. i mindst 1 år)</p>

### **Bilag 3, psykiaterens uddannelse**

Psykiateren er den fagperson, der på baggrund af sin brede og helhedsorienterede uddannelse og træning er bedst rustet til at gøre relevante diagnostiske udredninger og afgrænsninger og dermed anwise eller udføre adækvat behandling.

Psykiaterens arbejdsområder og afgrænsningen deraf bestemmes blandt flere forhold af dennes kompetence (uddannelse, holdning og kliniske færdigheder) samt organisatoriske og politiske forhold.

Da den faglige uddannelse er det vigtigste argument for at anse psykiateren som den bedst kvalificerede fagperson til varetagelse af psykiske lidelser, vil uddannelsen til psykiater blive beskrevet.

Psykiatri er et lægeligt speciale med et bredt fundament, der betjener sig af det biologiske, psykologiske og det socialpsykiatriske videnskabsområde. Det fordrer en bred lægevidenskabelig viden og kunnen samt kendskab til de nævnte tilgrænsende vidensområder.

Speciallægen i psykiatri skal, udover at være videnskabeligt velfunderet, kunne møde sin patient med følelsesmæssig engagement og intuitiv forståelse og på denne måde bruge relationen mellem patienten og sig selv, som et instrument i behandlingen og en forudsætning for god behandling, da de psykiatriske sygdomme og psykiske lidelser udover at omfatte observerbare ydre forandringer adfærdsmæssigt og legemligt også omfatter patienternes subjektive oplevelser og forstyrrelser deri.

Som udgangspunkt må uddannelsen til speciallæge i psykiatri betragtes som hensigtsmæssig og dækkende med den bredde, den hidtil har haft: en medicinsk embedseksamen efterfulgt af 18 måneders almen uddannelse med ret til selvstændig virke som læge. Herefter mindst 12 måneders ansættelse i introduktionsstilling på en psykiatrisk almenafdeling, 12 måneders sideuddannelse i neuromedicin, hvoraf de 6 måneder kan placeres på neurokirurgiske afdelinger, og derefter ansættelse i en 24 måneders uddannelsesstilling igen på en psykiatrisk almenafdeling afsluttende med 18 måneders 1. reservelægeansættelse på anerkendt uddannelsesafdeling.

Det er introduktionsuddannelsens formål at give den uddannelsessøgende en basal teoretisk og praktisk erfaring i psykiatriens genstandsområde, bl.a. med henblik på vurdering af den personlige egnethed og interesse for at blive speciallæge i psykiatri. I-lægen gennemgår 70 timers introduktionskursus i psykiatri fastlagt af Dansk Psykiatrisk Selskab, ligesom den obligatoriske grunduddannelse i psykoterapi/samtaleteknik på mindst 60 sessioner med tilhørende 60 supervisionssessioner af godkendt vejleder og mindst 60 timers teoretisk undervisning i kendte psykoterapeutiske teorier og metoder søges gennemført på dette trin. Der er her tale om indføring i den psykoterapeutiske holdning som det professionelle redskab såvel som træning i en systematisk og metodisk udøvelse i henhold til en psykologisk teori, hvad enten den måtte basere sig på den ene eller anden referenceramme (psykoanalytisk orienteret, kognitiv, systemisk m.v.).

Under den 2-årige uddannelsesstilling kvalificerer den uddannelsessøgende læge sig under intensiv vejledning til videreuddannelse i en 1. reservelægestilling med alle dens funktioner. Ti teoretiske delkurser af hver 3 dages varighed omfattende essentielle områder indenfor faget tilsikrer opnåelse af en teoretisk viden indenfor psykiatrien, svarende til det niveau hvorpå de omhandlede emneområder internationalt befinder sig.

Som kvalitetssikring af uddannelsen til speciallæge i psykiatri foretages der under hele uddannelsen en løbende evaluering på grundlag af målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer.

Den kliniske uddannelse foregår ligeledes på anerkendte og udvalgte almenpsykiatriske afdelinger med såvel sengeafdelinger som ambulante afsnit. Det er dér den kommende psykiater møder patienten og de sygdomstilstande som han/hun har læst om og er blevet undervist i. Her får det teoretiske kød og blod, og det er her uddannelseslægen under løbende vejledning, supervision og evaluering udvikler sine kliniske færdigheder og holdning. Her skærpes ikke alene evnen til at stille diagnoser, se og forstå årsagssammenhænge, planlægge og samordne behandlingsforløb og pege på forebyggende foranstaltninger. Her opøves og udvikles evnen til planlægning, ledelse og samarbejde internt som eksternt, læsning og kritisk vurdering af litteratur og forskningsresultater, ligesom deltagelse i forskning og undervisning stimuleres. Og det er her fortrolighed og rutine i erklæringsarbejdet og relevant lovstof opnås.

Kontakten med patienterne er afgørende i uddannelsen. Mens den teoretiske undervisning kan dirigeres til relevante områder af psykiaterens arbejdsfelt, trues muligheden for at møde alle relevante patientkategorier på uddannelsesstederne stærkt i disse år.

Den væsentligste organisatoriske omvæltning i psykiatrien i de sidste 20 år er overgangen til distriktskykiatri med reduktion af hospitalssengene og udflytning af det ambulante arbejde til distriktskykiatriske centre. De alment psykiatriske hospitalsafdelinger har i den proces udviklet sig til behandlingssteder for de sværeste sindslidelser, dvs. skizofreni, svære affektive lidelser og svære personlighedsforstyrrelser.

Da den uddannelsessøgende læge primært får sin kliniske uddannelse på de hospitalsafdelinger, skal der gøres en ekstraordinær indsats for at sikre kommende psykiateres mulighed for kendskab til og udvikling af fortrolighed og kunnen overfor psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, der, som tidligere anført, kun udgør omkring 15% af hospitalspatienterne.

For at de kommende speciallæger skal kunne bevare deres kompetence overfor denne patientgruppe, må muligheden for at møde og behandle disse patientkategorier sikres og udvides.

Dansk Psykiatrisk Selskab ønsker at påpege vigtigheden af forskning på dette område, herunder også kvalitetssikring og kvalitetsudvikling med henblik på, at psykiaterens arbejde kan blive så evidensbaseret, som muligt. Dette kan imødekommes ved at det hospitalsbaserede psykiatritilbud udvides til at omfatte psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter samtidig med at den uddannelsessøgende sikres en del af sin uddannelse ved ansættelse på et sådant behandlingscenter, eller sikres ansættelse i en psykoterapeutisk afdeling eller -enhed.

Gruppen af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter er på grund af psykiaterens viden og færdigheder et naturligt arbejdsområde for denne, og i længden nødvendig for bevarelsen af fagets bredde og væsentlige dele af dens tænkning og kultur.

#### **Bilag 4. Antal personer med ikke-psykotiske lidelser, behandlet i det psykiatriske sygehusvæsen. Data fra Psykiatrisk Centralregister**

De følgende figurer belyser udviklingen i behandling under indlæggelse og ved ambulante kontakt udfra to perioder. De første seks figurer belyser udviklingen i antallet af behandlede personer, mens de følgende seks belyser den tilsvarende udvikling i forbruget af sengedage. Dels fra 1970 til udgangen af 1993, som var det sidste år, hvor diagnoser blev registreret efter ICD 8, dels fra 1995 og til udgangen af 2000. 1994 er ikke medtaget på grund af de fejlregistreringer og usikkerhed, som skiftet til ICD 10 gav anledning til. Den ambulante registrering startede endvidere først i 1995.

Kurverne illustrerer anvendelsen af tre diagnostiske grupper som hoveddiagnose/grundmorbus:

1. ICD 8: 301 og 302, personlighedsforstyrrelser og seksuelle afvigelser.  
ICD 10: F6, Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd.
2. ICD 8: 300 neuroser, (undtaget depressiv neurose, 302.49), 307, forbigående, situationsbetingede forstyrrelser samt 308, ikke-psykotiske, psykiske forstyrrelser hos børn.  
ICD 10: F4, nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer.
3. ICD 8: 291, alkoholpsykose; 303, alkoholisme; 304, afhængighed af farmaka.  
ICD 10: F1, psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer.

Det skal understreges, at det er ikke muligt at sammenligne frekvenser mellem de to perioder på grund af en række fejlkilder, som også var begrundelsen for, at der ikke blev lavet overgangsnøgler fra ICD 8 til ICD 10 ved overgangen 1. januar 1994.

For det første er de to klassifikationssystemer grundlæggende forskellige. ICD 8 indeholder prototypiske beskrivelser af sindslidelserne og ICD 10 er kriterie-baseret.

Man gik fra ICD 8's ca. 300 mulige diagnoser til mere end 1000 kategorier indenfor ICD 10. Mange hyppige diagnoser kan således ikke entydigt placeres i det andet system, hverken hvis udgangspunktet er ICD 10 eller ICD 8.

For det andet kan andre forhold end diagnostisk stringens være bestemmende for diagnostikken. Diagnostiske ændringer målt ved hyppigheder i indlæggelses- mønstre, kan derfor i nogle tilfælde afspejle forskelle i diagnostik, frem for forskelle i behandlet sygelighed.

For det tredje har der fundet demografiske ændringer sted med flere individer i befolkningen og en ændret alderssammensætning.

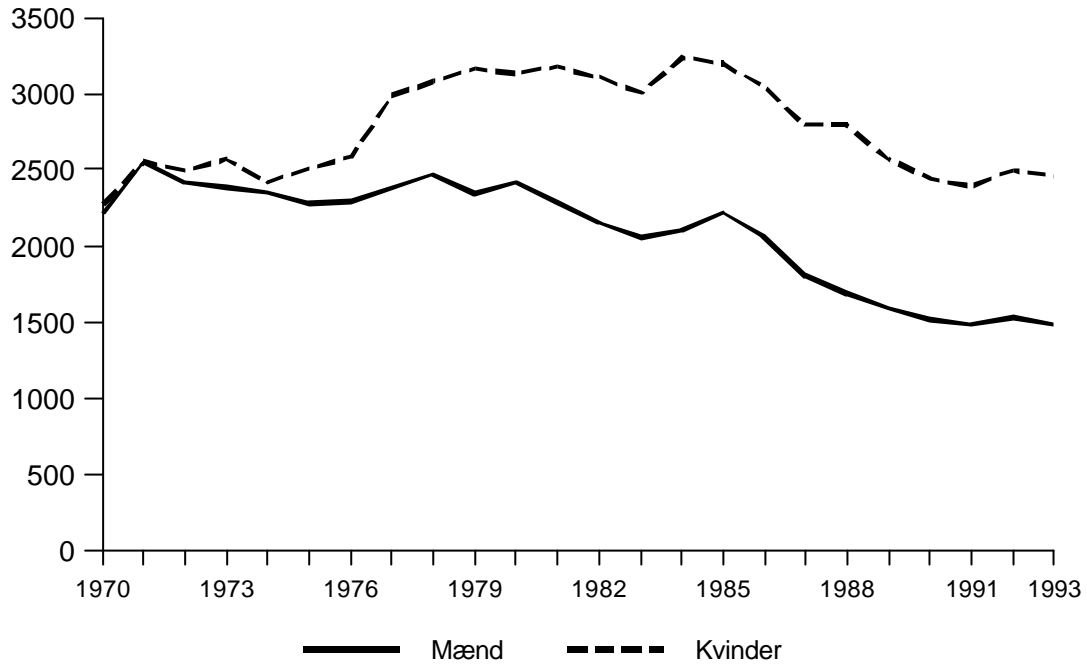
For det fjerde har strukturelle ændringer i behandlingsindsatsen haft konsekvenser.

For det femte blev der fra 1970 til 1993 givet ambulante behandling, den blev blot ikke registreret.

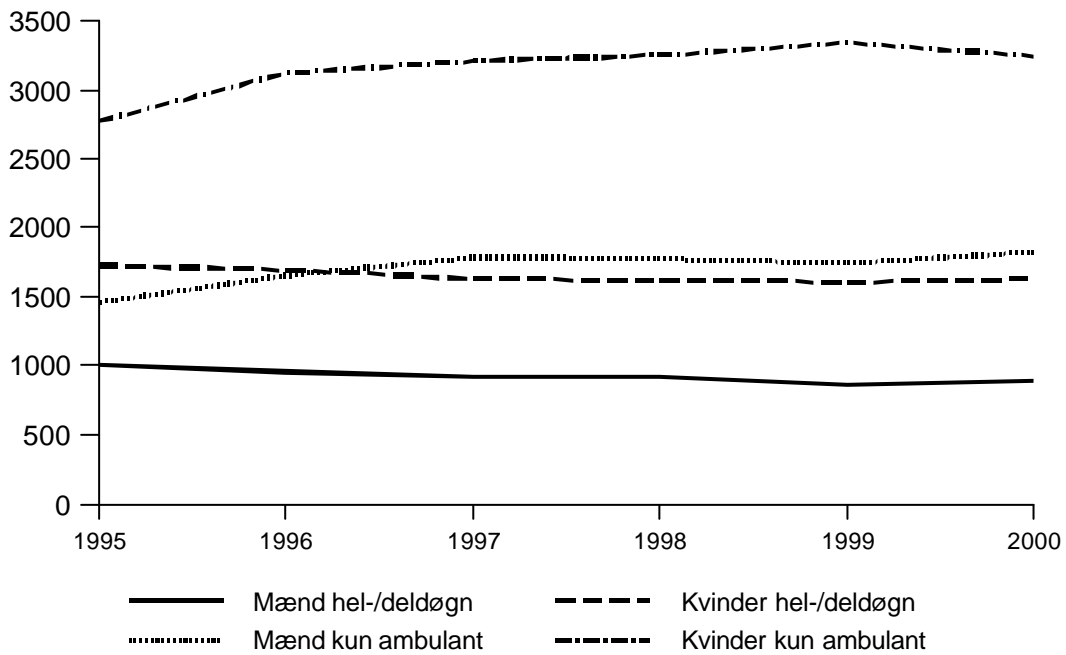
Konklusionen er derfor, at antallet af behandlede ikke umiddelbart kan sammenlignes før og efter 1993.

Kurverne fra 1995 til og med 2000 ligger alle stabilt uden større udsving.

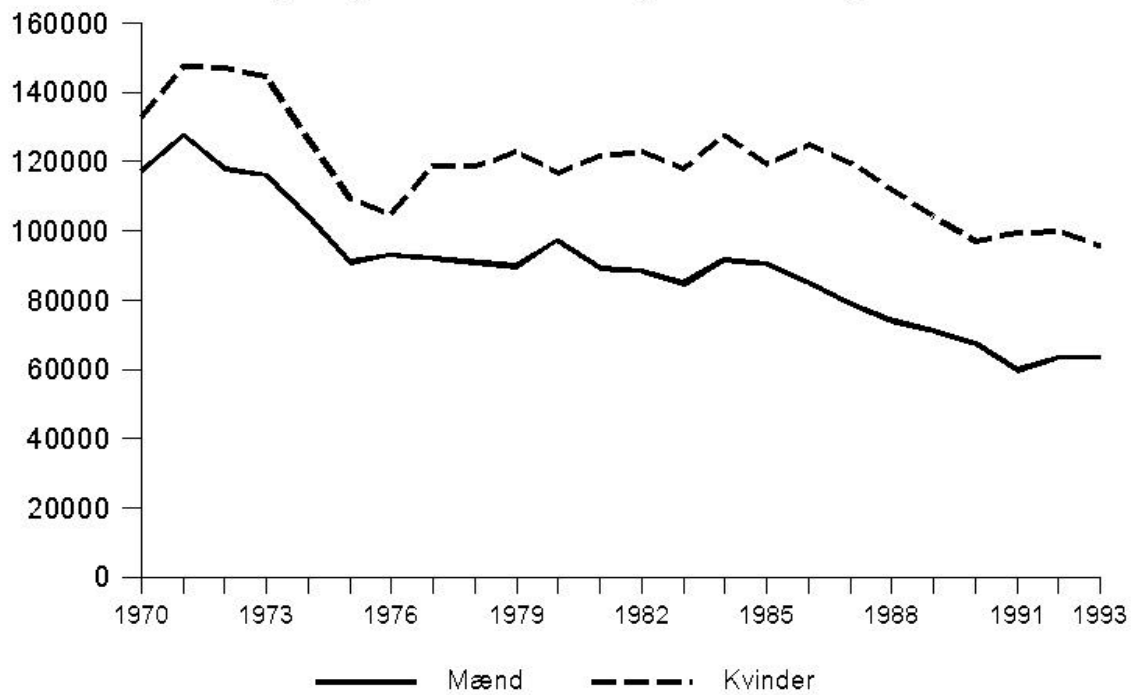
Alle med hoveddiagnose 301 og 302



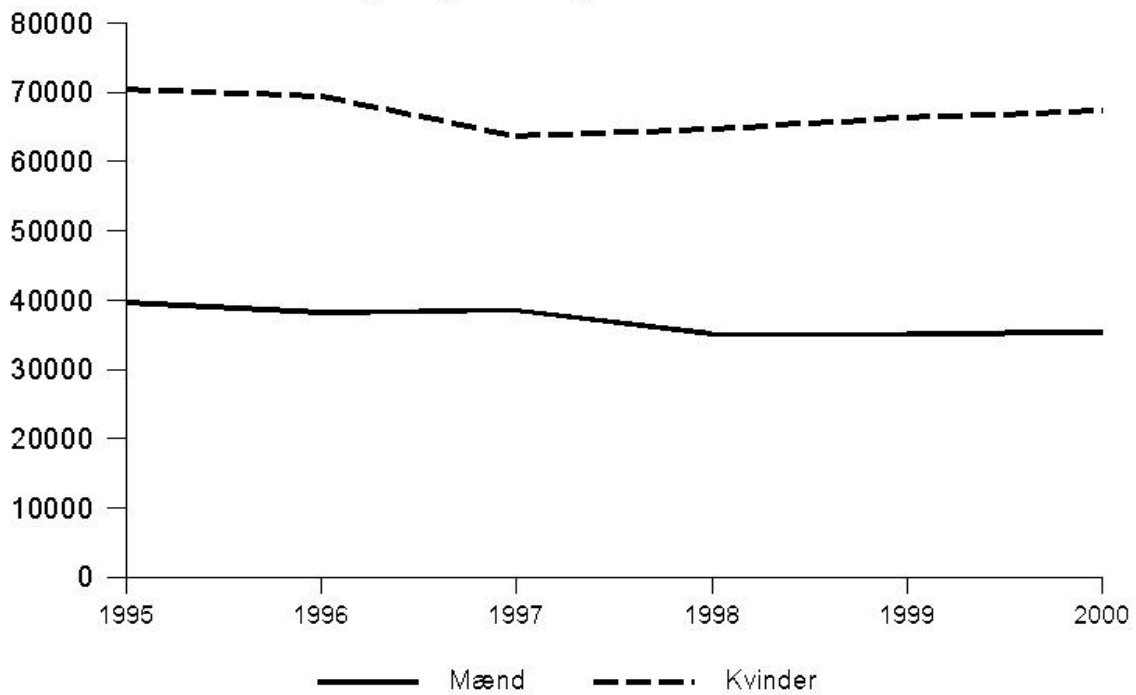
Alle med grundmorbus F6



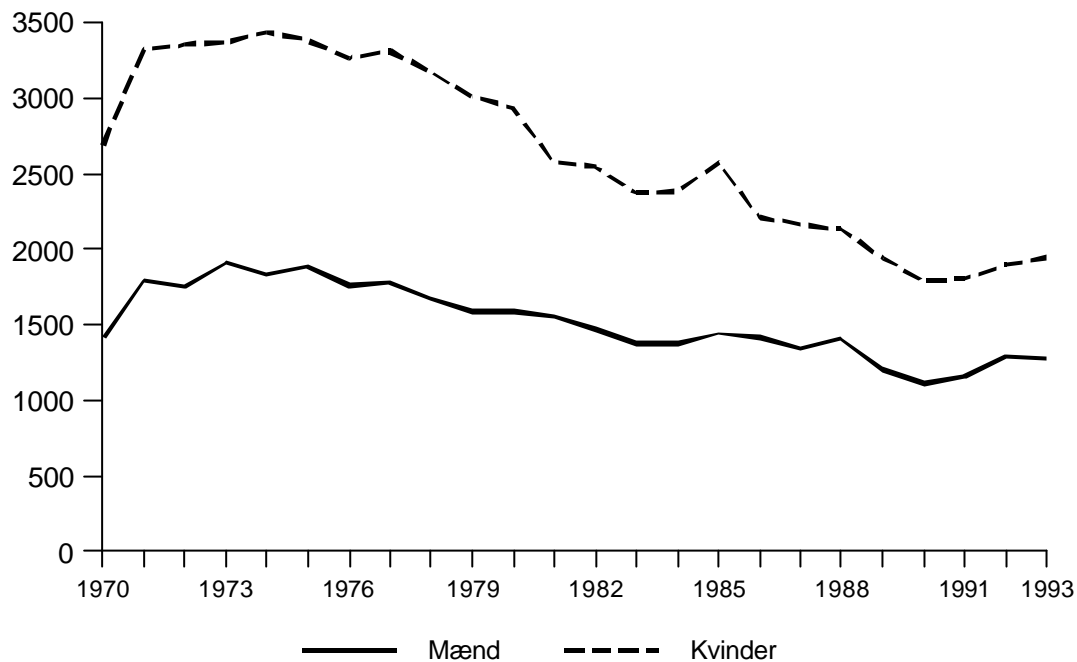
Sengedage med hoveddiagnose 301 og 302



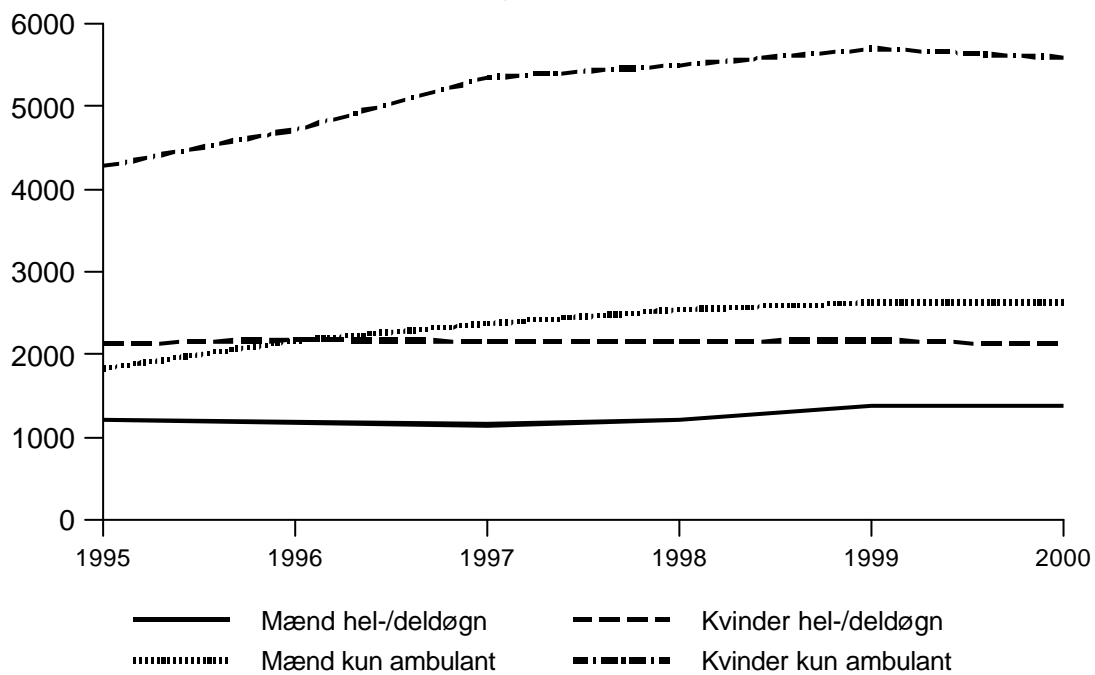
Sengedage med grundmorbus F6



Alle med hoveddiagnose 300 (ekskl. 300.49), 307 og 308

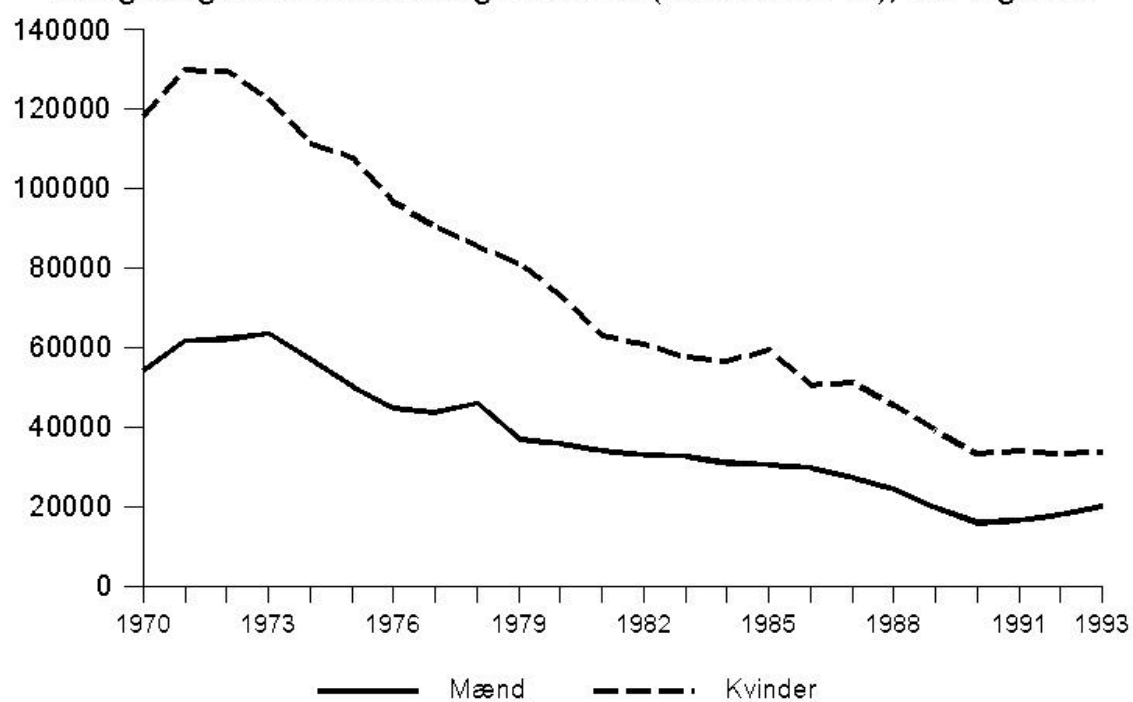


Alle med grundmorbus F4

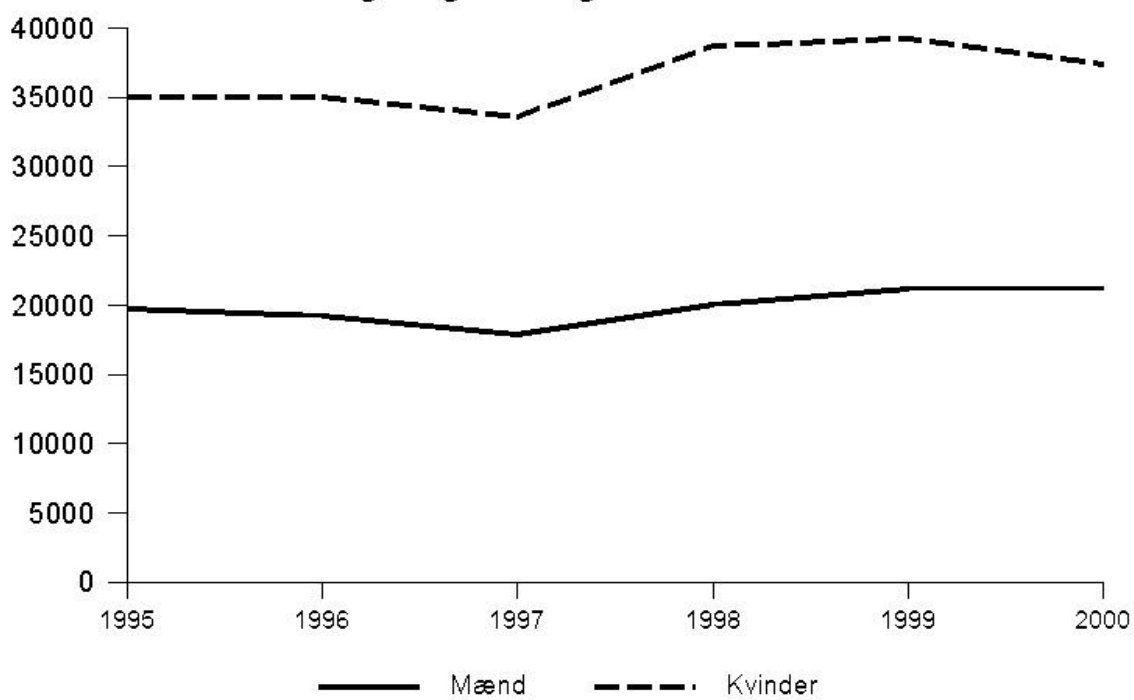




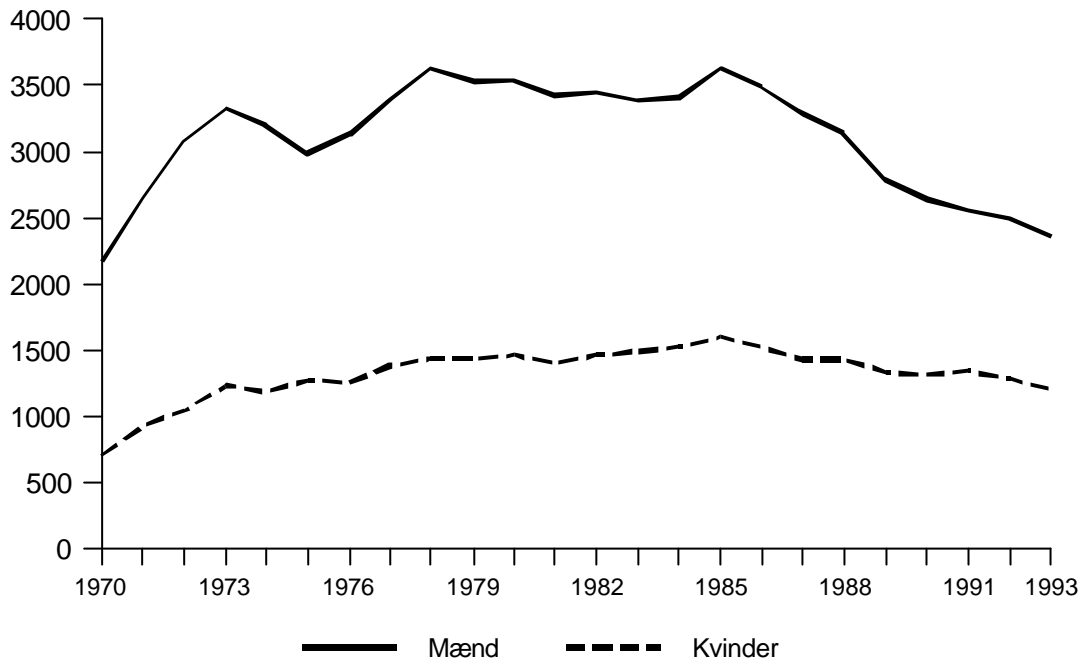
Sengedage med hoveddiagnose 300 (ekskl. 300.49), 307 og 308



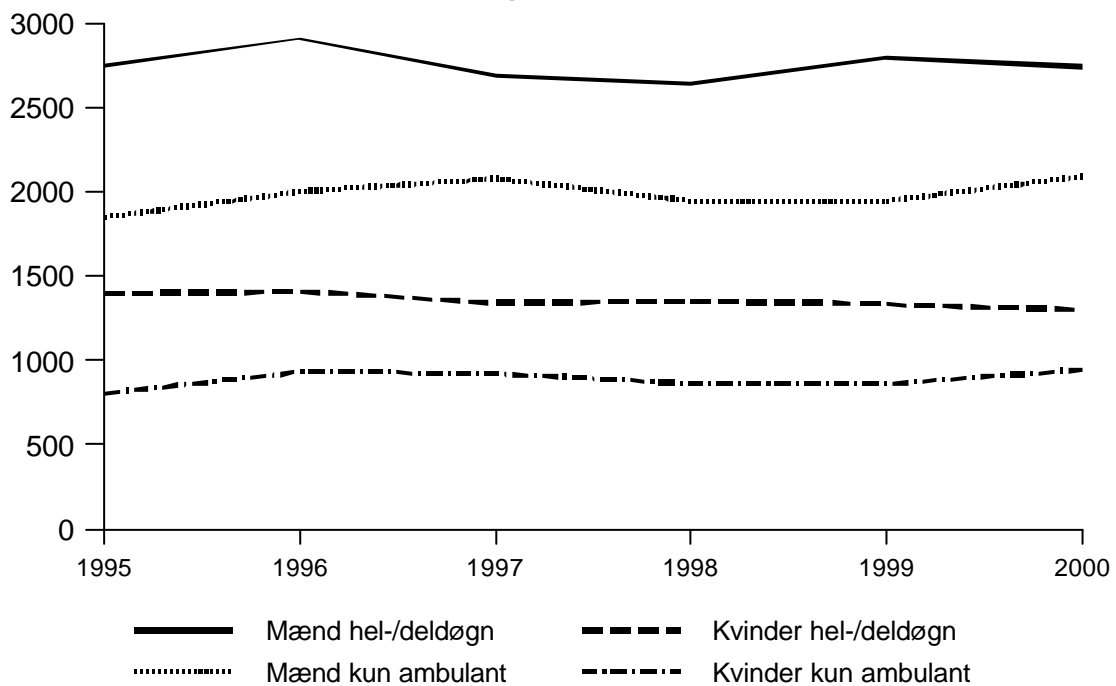
Sengedage med grundmorbus F4



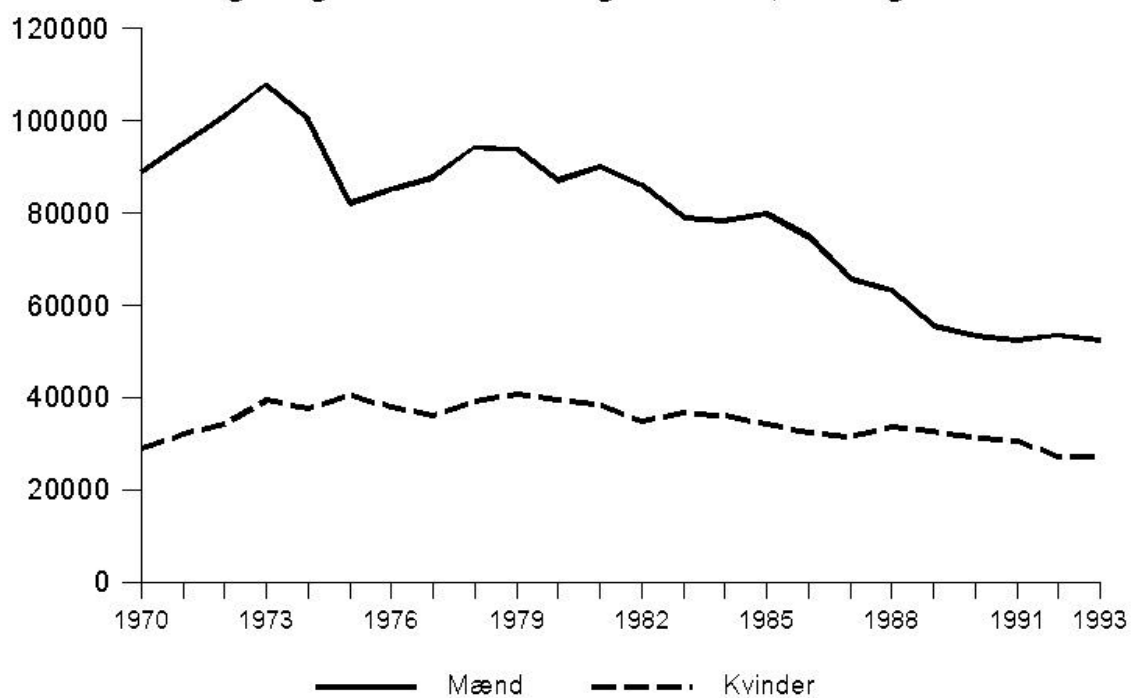
Alle med hoveddiagnose 291, 303 og 304



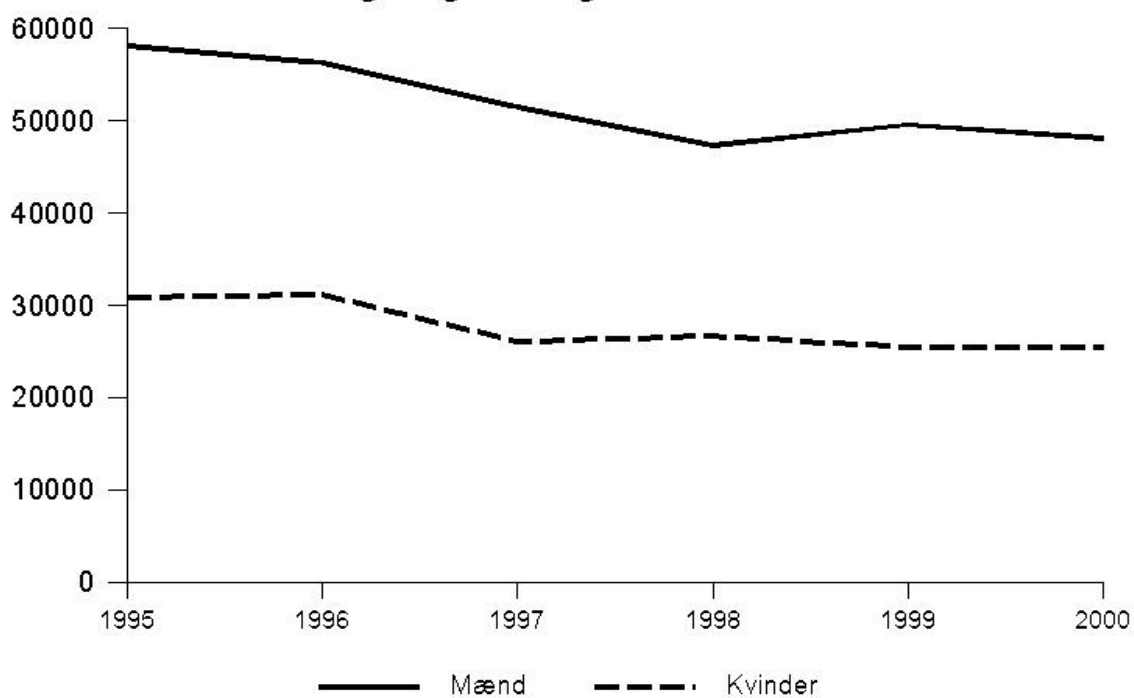
Alle med grundmorbus F1



Sengedage med hoveddiagnose 291, 303 og 304



Sengedage med grundmorbus F1



## Litteraturliste

### Reference List

- (1) Sundhedsministeriet. 90'ernes psykiatri. Oplæg til temaplanrunde 1989-90. København: Sundhedsministeriet, 1988.
- (2) Spaner D, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 376:7-15.
- (3) Dick CL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Panic disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 376:45-53.
- (4) Dick CL, Sowa B, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Phobic disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 376:36-44.
- (5) Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 376:24-35.
- (6) Russell JM, Newman SC, Bland RC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Drug abuse and dependence. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 376:54-62.
- (7) Swanson MC, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Antisocial personality disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 376:63-70.
- (8) Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(3):209-215.
- (9) Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 2001; 178:145-153.
- (10) Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain--initial findings from the household survey. *Psychol Med* 1997; 27(4):775-789.
- (11) Hagnell O, Lanke J, Rorsman B. Suicide and depression in the male part of the Lundby study. Changes over time during a 25-year observation period. *Neuropsychobiology* 1982; 8(4):182-187.
- (12) Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 377:7-10.
- (13) Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1):8-19.
- (14) Eaton WW, Dryman A, Sorenson A, McCutcheon A. DSM-III major depressive disorder in the community. A latent class analysis of data from the NIMH epidemiologic catchment area programme. *Br J Psychiatry* 1989; 155:48-54.
- (15) Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151(3):413-420.
- (16) Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(5):355-364.

- (17) Eaton WW, Neufeld K, Chen LS, Cai G. A comparison of self-report and clinical diagnostic interviews for depression: diagnostic interview schedule and schedules for clinical assessment in neuropsychiatry in the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(3):217-222.
- (18) *Mental Illness in General Health Care. An International Study.* Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, 1995.
- (19) Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI, Dalgard OS, Engberg M, Hansson L et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95(1):6-12.
- (20) Fink P, Jensen J, Borgquist L, Brevik JI, Dalgard OS, Sandager I et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: a Nordic multicentre investigation. Part I: method and prevalence of psychiatric morbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92(6):409-418.
- (21) Munk-Jørgensen P, Thimner J, Gormsen K. Monitoring activities in Danish office based psychiatry. *Nord J Psychiatry* 2000; 54:183-187.
- (22) Valbak K, Sørensen LV, Lindhardt A. Evaluation of community psychiatry: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85:183-188.
- (23) Sjøgaard HJ. *Distriktspsykiatrien i Viborg Amt, region nord. Ph.D.-afhandling.* Århus: Institut for psykiatrisk grundforskning, afdeling for psykiatrisk demografi, 1994.
- (24) Hansen MS. *Mental Illness in Medical Inpatients.* 2001.
- (25) Fink P. *Psykiatrisk og somatisk comorbiditet. Befolkningens forbrug af hospitalsindlæggelser.* Institut for Psykiatrisk Grundforskning, afdeling for Psykiatrisk Demografi, Psykiatrisk Hospital i Aarhus, Aarhus Universitet, 1993.
- (26) Jørgensen CK. *Patients with musculoskeletal illness in general practise. An analysis with emphasis on mental health issues.* Research Unit and Department of General Practise, Faculty of Health Science, University of Aarhus, 2000.
- (27) Christensen MB. *Frequent attenders of the out of house service in Denmark, Implementation of Change in general practise.* Research Unit and Department of General Practise, Faculty of Health Science, University of Aarhus, 2001.
- (28) Institut for Sundhedsvæsen, Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd. *Depression - en folkesygdom der skal behandles.* København: DSI. Institut for sundhedsvæsen, 1999.
- (29) Den Sociale Ankestyrelse. *Rapport om kommunernes praksis vedrørende opfølgingsbestemmelserne i sygedagpengeloven.* København: Den Sociale Ankestyrelse, 1999.
- (30) Nielsen JM. *Profil af alment praktiserende lægers efteruddannelse i Århus Amt.* *Ugeskr Læger* 2001; 163.
- (31) Dansk Selskab for Almen Medicin. *Depression i almen praksis.* 1 ed. København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001.
- (32) Sundhedsstyrelsen. *Målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien.* København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
- (33) Socialministeriet & Sundhedsministeriet. *Regeringens statusrapport over tilbuddene til sindslidende 1997 og 1998.* Copenhagen: Socialministeriet & Sundhedsministeriet, 1999.

