

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2007.01

Undersøgelse af angstsygdomme

Et bidrag til den eksisterende viden om
organiseringen af de behandlingstilbud
der gives til personer der lider af angstsygdomme

Majbritt Christensen
Jens Albæk
Anni Ankjær-Jensen





Undersøgelse af angstsygdomme

Et bidrag til den eksisterende viden om organiseringen
af de behandlingstilbud der gives til personer der lider af
angstsygdomme

Majbritt Christensen
Jens Albæk
Anni Ankjær-Jensen

DSI Institut for Sundhedsvæsen
DSI rapport 2007.01

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amdsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2007

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-511-5 (trykt version)

ISBN 978-87-7488-510-8 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI-rapport 2007.01

Omslag: Danske Regioner

Grafisk design: DSI

Tryk: Danske Regioner

Forord

En engelsk screeningsundersøgelse omsat til danske forhold anslår, at ca. 350.000 danskere i alderen 16-65 år lider af en form for angst. Hos en del forsvinder sygdommen igen, men for ca. 100.000 udvikler tilstanden sig til at blive invaliderende, hvis den ikke behandles. Formålet med denne rapport er gennem fokusrundtbor på fire særligt udvalgte behandlingssenheder at beskrive eksisterende danske angstbehandlingstilbud i et fagligt, organisatorisk og økonomisk perspektiv.

I 2004 havde 928 patienter været indlagt på sygehus med en angstdiagnose, og 5.026 patienter havde gennemgået ambulante behandlingsforløb. Det er i forhold til den estimerede population af angstpatienter forbavsende små tal. Størstedelen af patienterne behandles hos praktiserende psykiatere, praktiserende psykologer eller alment praktiserende læger; men det er ikke muligt, at få overblik over hvor mange det drejer sig om. Det må antages, at en del af patienterne med angstlidelser ikke får et behandlingstilbud, eller at de behandles på det grå marked. Angstsygdomme medfører store samfundsmæssige omkostninger, både direkte omkostninger til behandling af fysiske og psykiske symptomer i sundhedsvæsenet, og indirekte som følge af fravær fra arbejdsmarkedet. Analyser viser, at en udvidet behandlingsindsats over for patientgruppen, udover den sundhedsmæssige gevinst, i vidt omfang vil modsvare omkostningerne knyttet til den udvidede behandlingsindsats. Rapporten peger på, at det store udækkede behandlingsbehov bør afhjælpes, og at ansvaret for det samlede behandlingstilbud bør placeres entydigt. Dokumentationspraksis i behandlingspsykiatrien og i kommunen bør endvidere forbedres. Rapportens anbefalinger munder ud i en opfordring til, at der gennemføres en regelret MTV-undersøgelse af angstbehandling i Danmark.

Vi takker cand.rer.soc. Anders Rud Svenning for bidrag til den kvantitative analyse og de fagprofessionelle, der velvilligt har deltaget i interview.

Rapporten har været i ekstern review hos cheflæge, dr.med. Per Jørgensen, Psykiatrien i Århus Amt og evaluator, cand.oecon., Lene Halling Hastrup, Psykiatrien i Storstrøms Amt. Begge takkes for kritiske og konstruktive kommentarer.

Denne rapport, der retter sig imod politikere, administratorer og fagligt ansvarlige for angstbehandlingen, er udarbejdet i samarbejde med Amtsrådsforeningen, og det er vores håb, at den kan medvirke til at sætte øget fokus på patienter der lider af angst.

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Jes Søgaard
Direktør, professor

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Baggrund	9
Hyppighed	9
Hvad er angst og hvordan behandles angst	9
Organisation af angstbehandling	11
2. Formål og problemstillinger	13
Antagelser og problemstillinger	13
Rapportens målgruppe	14
3. Metode	15
Fase 1. Beskrivelse af patienterne i behandlingssystemet	15
Fase 2. Beskrivelse af de aktuelle behandlingstilbud	15
Fase 3. Udgifter og gevinster ved udvidelse af tilbudet i sygehus-sektoren	17
4. Resultater	19
4.1 Registerbaseret undersøgelse af sygehusforbrug	19
4.2 Kvalitativ undersøgelse af de udvalgte institutioner	21
4.3 Tværgående temaer fra kvalitativ undersøgelse	29
5. Økonomiske aspekter	43
Samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med angstsygdomme	43
Samfundsmæssige omkostninger i dansk sammenhæng	46
Konsekvenser af en ændret behandlingsindsats overfor angstpatienter	47
Økonomiske konsekvenser af en ændret indsats i dansk regi	48
6. Diskussion og anbefalinger	53
Litteratur	57
Bilag 1 Deltagere i fokusmøderne	59
Bilag 2 Samarbejdsrelationer og netværk	61
Bilag 3 Søgestrategi	63
Bilag 4 Bilagstabeller	65

Resumé

En engelsk undersøgelse fra 1994-95 omsat til danske forhold anslår, at 350.000 personer i alderen 16-65 år lider af en form for angst.

Det har været formålet med denne undersøgelse at belyse eksempler på eksisterende angstbehandling, medvirke til at pege på fremtidig udvikling af angstbehandlingen samt at bidrage med et litteraturbaseret økonomisk perspektiv på angstbehandlingen.

Tal fra landspatientregisteret fra 2004 viser, at 928 patienter har været indlagt i tilsammen 18.438 dage med en angstdiagnose, og at 5.026 patienter har haft tilsammen 33.096 ambulante besøg i sygehuspsykiatrien.

Disse er formentlig kun en lille del af de patienter, der antages at lide af angst. Et ukendt antal patienter behandles hos praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og alment praktiserende læge – vi har i Danmark ikke overblik over hvor mange det drejer sig om.

Angstsygdomme medfører store samfundsmæssige omkostninger, både direkte omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet, og indirekte som følge af stort fravær fra arbejdsmarkedet. Udenlandske undersøgelser viser, at behandlingsomkostningerne er størst uden for det psykiatriske sundhedsvæsen, og at de i vidt omfang skyldes manglende behandlingskapacitet samt under- og fejldiagnosticering. Udenlandske analyser viser, at en udvidet behandlingsindsats over for patientgruppen, udover den sundhedsmæssige gevinst, vil medføre afledte besparelser, der i vidt omfang modsvarer omkostningerne knyttet til den udvidede behandlingsindsats.

Omkostningerne ved en udvidet indsats overfor patientgruppen i dansk regi vil afhænge af den nærmere udformning af denne indsats. En udvidet indsats vil medføre en reduktion i ventetiden på behandling og dermed formentlig kompenserende besparelser i andre dele af sundhedsvæsenet. Der findes imidlertid ikke data, der kan belyse disse afledte besparelser.

Gennem fire fokusmøder har vi beskrevet eksempler på behandlingstilbud hos praktiserende læge, praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og i den specialiserede og den almene sygehuspsykiatri. Hensigten var at belyse samarbejdsrelationer og arbejdsdeling parterne imellem. Det har derimod ikke været muligt at foretage en udtømmende litteraturbaseret redegørelse for den relevante behandling af angstpatienter inden for rammerne af dette projekt.

I de fire undersøgte behandlingssenheder er der stor uniformitet i behandlingstilbudene, forstået således at der er stort sammenfald i det terapeutiske udgangspunkt for behandlingen. Til gengæld er der tendenser til mangelfuld sammenhæng i behandlingsindsatsen, beroende på mangelfuld kommunikation og koordination.

Vi havde forventet en massiv udrednings- og behandlingsindsats over for denne store og omkostningstunge patientgruppe, der med relevante behandlingstilbud i stor udstrækning kan blive rask/bedre fungerende. Det viste sig ikke at være tilfældet. Der eksisterer ikke en samlet plan for, hvordan diagnosticering og behandling er organiseret. Der er ingen opsøgende tilbud til denne patientgruppe, og der er heller ikke nogen egentlig netværksstruktur, som de forskellige behandlere indgår i. Det er særligt

påfaldende, at der tilsyneladende ikke eksisterer et organiseret samarbejde mellem behandlere og kommuner om fælles opgaveløsning for disse patienter.

Deltagerne i vores fire fokusmøder var enige om at ønske flere ressourcer til behandling af angstpatienter. De var også enige om, at den økonomiske barriere for brug af praktiserende psykologer bør fjernes.

Der var enighed om, at der skal mere fokus på angstpatienter, men der er forskellige holdninger til oplysningskampagner (frygt for at sygeliggøre normale mennesker). Ingen af deltagerne ønskede for alvor at ændre organiseringsformen. De vil derimod gerne udvide samarbejdet ud fra deres nuværende positioner, lære af hinanden og kende mere til hinandens tilbud.

Hvad bør der gøres?

Der er et stort udækket behandlingsbehov, der skal afhjælpes. Vores undersøgelse viser, at der er klare økonomiske fordele ved at investere i denne patientgruppe, der har et stort helbredelsespotentiale. Der bør iværksættes forsøgsprojekter med større koordinerede behandlingstilbud og efterfølgende evaluering. "Patienterne skal have den behandling der virker". Vores undersøgelse viser også, at dokumentationspraksis (både i behandlingspsykiatrien og i kommunerne) bør forbedres. Det har ikke været muligt at beregne de faktiske udgifter til denne patientgruppe, og heller ikke muligt at konstatere, hvor mange patienter der rent faktisk er i behandling – og hvor behandlingen foregår. Det er uklart, hvor ansvaret ligger for den samlede behandlingsindsats.

Det vil på denne baggrund være oplagt at gennemføre en regelret MTV-undersøgelse af angstbehandling i Danmark. Den skal indeholde en repræsentativ kortlægning af behandlingstilbud og organiseringen af disse samt en nærmere undersøgelse af patienternes erfaringer, ønsker og perspektiv på deres sygdom og behandling.

1. Baggrund

Angstlidelser rammer mange mennesker, er dyre for samfundet og forekommer i mange former. Der er i dag et stort udbud af forskellige behandlingsmetoder.

Hyppighed

Mindst 200.000 danskere lider til enhver tid af angstsygdomme, svarende til at 20 % af befolkningen får angstsymptomer i form af fobier, panikangst eller vedvarende angst. Hos en del forsvinder angsten igen, men for ca. 100.000 vil den udvikle sig til en tilstand der ubehandlet vil være invaliderende (1).

En oversigtsartikel af Bijl et al refererer til undersøgelser af forekomsten af psykisk sygdom i den voksne befolkning i 5 lande (Canada, Chile, Tyskland, Holland og USA) (2). Undersøgelserne er baseret på strukturerede interview af større befolkningsgrupper og forekomsten af angst (anxiety disorder) er opgjort til hhv. 12,4 %, 5,0 %, 11,9 %, 13,2 % og 17,0 %, dvs. på over 10 % i de lande, der umiddelbart er mest sammenlignelige med Danmark.

En engelsk undersøgelse gennemført i perioden 1994-95 af The National Survey of Psychiatric Morbidity (3) kommer samlet ud med et højere tal. Undersøgelsen er baseret på interview med 10.108 tilfældigt udvalgte borgere i alderen 16-65 år. Frekvensen af angst (anxiety disorder) er vist i Tabel 1.1.

Tabel 1.1 Frekvens af "anxiety disorder" fordelt på køn

	All	Women	Men
Generalized anxiety	5%	5%	4%
Phobic disorders	2%	2%	1%
Panic disorder	1%	1%	1%
Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)	2%	2%	1%
Mixed anxiety and depression	8%	10%	5%
Total	18%	20%	12%

Kilde: (3)

Hvis de engelske frekvenser bruges på den danske befolkning¹, svarer det til, at generel angst, fobisk angst, panikangst og OCD forekommer hos ca. 350.000 personer, mens ca. 280.000 lider af angst i forbindelse med depression.

Hvad er angst og hvordan behandles angst

Angst består af angstfølelse, kropslige ledsagesymptomer, tanker relateret til angsten og undvigelsesadfærd. De vigtigste angstlidelser er: fobier, panikangst og vedvarende angst. De præcise årsager til angst kender man ikke. Der er tale om en kombination af biologiske og psykosociale faktorer.

Angstsygdomme adskiller sig i mange henseender fra psykoser med hensyn til symptomer, sygdomsforløb og behandling. I et socialt perspektiv er angstsygdomme bl.a. kendetegnet ved, at patienterne i højere grad er erhvervsaktive, og af at de kan

¹ Befolkningstallet i Danmark 2005 i aldersgruppen 16-65 år: 3.567.743.

fastholdes på arbejdsmarkedet med en relevant behandling. En oversigt over de hyppigst forekommende angstdiagnoser i Danmark er givet i Tabel 1.2.

Tabel 1.2 Angstdiagnoser

Agorafobi	angst for at færdes uden for eget hjem, tage med tog, gå på indkøb mv.
Enkeltfobi	angst for kryb, angst for at flyve mv.
Generaliseret angst	en konstant indre uro og bekymring
OCD	Obsessive-Compulsive Disorder (tvangstanker, tvangshandlinger)
Panikangst	en stærk tilbagevendende angst der pludselig opstår, ofte ledsaget af dødstanker
Socialfobi	angst for at være sammen med andre mennesker

Lettene former for angst behandles med information, rådgivning og støtte. Derudover er den primære behandling psykoterapi, som ved utilstrækkelig effekt suppleres med farmakoterapi.

Behandlerne har siden 1980'erne gennemgået omfattende efteruddannelsesforløb, hvilket afspejler sig i udbudet af behandlingstilbud. Udviklingen er således gået fra psykodynamisk terapi² i retning mod forskellige kognitive terapiformer³. Den farmakologiske behandling har også gennemgået en betydelig udvikling, fra tidligere tiders vanedannende medicin til medicin der specifikt påvirker hjernen uden at skabe afhængighed.

Behandling foregår i sygehussektoren, hos alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge og praktiserende psykolog. Endvidere er der et stort gråt marked for alternativ behandling og for behandling af terapeuter med varierende uddannelse.

Selv om distriktpsychiatrien op gennem 1990'erne har gennemgået en betydelig udbygning, kommer distriktpsychiatriens tilbud ikke denne patientgruppe til gode i nævneværdigt omfang, da fokus her ligesom i sygehuspsychiatrien stadig ligger på de ekspressive (udadreagerende) psykotiske sygdomme.

2 Terapietning der arbejder med sjælelige reaktioners oprindelse i en given ubevidst sammenhæng.

3 Samtalebehandlinger, hvor patient og behandler sammen identificerer problemer med fokus på forbindelsen mellem tanker, følelser og adfærd. Terapien fokuserer på vanskeligheder, der er til stede her og nu.

Tabel 1.3 Behandlingsformer for angst

<i>Medicinsk behandling</i>	
SNRI	Selective Noradrenalin Reuptake Inhibitors
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
<i>Psykoterapeutisk behandling</i>	
Kognitiv terapi	Biologi, tanker, følelser og adfærd forbindes med udgangspunkt i, hvordan mennesker tænker. Der er tre trin: 1. at lære at identificere tanker 2. at lære at analysere tanker og deres personlige betydning 3. at omstrukturere fra destruktiv til konstruktiv tænkning.
Psykodynamisk psykoterapi	Symptomer er et resultat af bagvedliggende ubevidste konflikter, som patienten ikke har kunnet løse på en hensigtsmæssig måde. Terapien giver patienten indsigt i disse forhold, så fastlåste mønstre kan ændres. Eksempel: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Organisation af angstbehandling

Opgavedelingen og opgaveglidningen fra sygehus til primærsektor henholdsvis fra speciallæge til alment praktiserende læge er interessant ved behandling af angstsygdomme. Organisatorisk set er der tre forhold af væsentlig betydning:

- ◆ Hvad består behandlingsopgaven i?
- ◆ Hvilke kompetencer kræves der for fagligt at løse behandlingsopgaven, og er der klare målsætninger for behandlingsindsatsen?
- ◆ Hvordan bør behandlingsindsatsen organiseres?

Som det fremgår af kommissoriet for Sundhedsstyrelsens "Arbejdsgruppe vedrørende udvikling af et referenceprogram for angsttilstande hos voksne" (4), er en afklaring af indsatsen over for patientgruppen – og ikke mindst en hensigtsmæssig placering af indsatsen mellem de involverede parter – af stor vigtighed.

Deler og samarbejder man om opgaverne? Foreligger der konkretiserede og dokumenterede retningslinier herfor? I dag må vi antage, at opgavedelingen til tider sker ud fra en individuel behandlervurdering af patientens symptomer og tilstand.

Opgavedelingen mellem sygehuspsykiatrien, praktiserende psykiatriske speciallæger, alment praktiserende læger og praktiserende psykologer er uklar. Hvad er indikationerne for, at en patient modtager adækvat behandling, og hvor skiftende er indikationerne for en mere eller mindre formel henvisning til en anden behandlingsinstans?

Opgavedelingen med aktørerne på det grå marked er den mest uklare. Et væsentligt problem, hvis man vil ændre den eksisterende arbejdsdeling.

Ydelse af relevante behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienter med angstsymptomer forudsætter kommunikation og samarbejde mellem de involverede. Et net-

værk mellem dem, der leverer behandlingstilbudene, vil derfor være et godt værktøj. Netværk skal her forstås som en organiseringsform med aktører, for eksempel en psykiatrisk afdeling, en praktiserende psykiater, en psykolog og en patient, der indgår i en løs kobling (5). Det kan være baseret på behov for og ønsker om at få patientforløb til at hænge sammen, at udveksle faglige erfaringer og viden, at søge at involvere andre (fagpersoner) i løsningen af en opgave eller at opnå læring. Vores brug af begrebet *netværk* er nærmere forklaret i Bilag 2 om samarbejdsrelationer og netværk.

Et for stramt netværk af aktører kan risikere at give for stor uniformitet, og det kan drøftes, om det ikke er en styrke at der findes så forskelligartede tilbud, og at disse tilbud ikke er tæt knyttet sammen, da dette forhold kan sikre patienten mulighed for at stille individualiserede krav til behandlingen. En risiko ved det løse netværk er derimod, at patienterne kan "shoppe" rundt til de forskellige behandlere.

Set ud fra et neo-institutionelt perspektiv forventer vi, at behandlingen af angstlidelser ville følge de samme udviklingslinier, der præger psykiatrien og sundhedsvæsenet generelt.

Der er mindst to udviklingstræk inden for sundhedsvæsen og psykiatri, der er relevante i denne sammenhæng, nemlig udviklingen af specialiserede tilbud samt udviklingen af sammenhængende og tværgående tilbud. Etableringen af funktionsbærende enheder i sygehusvæsenet er et eksempel på det første. Etableringen af samarbejdsrelationer mellem behandlingsmæssige og sociale tilbud til de sindslidende er et eksempel på det andet.

2. Formål og problemstillinger

Det er undersøgelsens formål at yde bidrag til den eksisterende viden om de behandlingstilbud, der gives personer der lider af angstsygdomme. Vi vil give eksempler på organiseringen af angstbehandlingen i Danmark og på nogle af de samfundsøkonomiske konsekvenser det vil have at ændre indsatsen over for patienter med angstsygdomme. Dette vil begrunde nogle udsagn om den fremtidige udvikling af angstbehandlingen.

Formålet er søgt opfyldt gennem besvarelsen af følgende spørgsmål:

- ◆ Hvilke behandlingstilbud har patienter med angstsygdomme adgang til i Danmark?
- ◆ Oplever behandlerne eksistensen af et sammenhængende og tilstrækkeligt behandlingstilbud?
- ◆ Hvad er de samfundsøkonomiske konsekvenser af angstsygdomme, og hvad er de samfundsøkonomiske konsekvenser af en øget indsats overfor denne patientgruppe?

Det har ikke inden for rammerne af denne undersøgelse været muligt at forelægge en udtømmende litteraturbaseret redegørelse for al relevant behandling af angst. Vi har også fravalgt at gennemføre en landsdækkende og repræsentativ beskrivelse af organiseringen af behandlingstilbudene. Da der ikke foreligger nogen sammenhængende dokumentation af angstbehandling i Danmark, har vi valgt at besvare spørgsmålene ud fra registeroplysninger, udvalgte artikler samt informationer og udsagn i interview med udvalgte fagpersoner⁴.

Begrænsningerne ved at anvende denne metode er klare, men det er et bevidst valg at anvende dette primært eksplorative design til afdækning af de basale forhold vedrørende indhold og organisering af angstbehandlingen.

Antagelser og problemstillinger

En stor gruppe i befolkningen er enten i behandling for angstlidelser eller lider af angst uden at modtage behandling. Det er a priori antaget, at der er samfundsøkonomiske fordele ved en tidlig diagnosticering og en målrettet behandling af personer med angstlidelser. Vi har på denne baggrund opstillet en række hypoteser i undersøgelsen:

- ◆ Da mange personer i Danmark lider af angst, antager vi, at der ydes en omfattende og sammenhængende indsats med anvendelse af en vifte af midler til tidlig opsporing og behandling.
- ◆ Da der er store sociale konsekvenser for de involverede personer og deres omgivelser, antager vi, at der er et veletableret samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og den kommunale sektor, herunder den kommunale socialpsykiatri, øvrige sociale hjælpertilbud mv.

⁴ En af rapportens eksterne bedømmere har anført, at en mere kvantitativ, statistisk metode havde været velegnet.

- ◆ Da mange behandlere er involveret, og der sker meget på området, antager vi, at der foregår en intensiv og udbredt udveksling af erfaringer, og at der er etableret en omfattende tværgående kursusaktivitet.

Ved belysningen af problemstillinger ved den aktuelle behandling af angstpatienter har vi lagt os op ad de problemstillinger vedrørende de organisatoriske aspekter, der tages op af Sundhedsstyrelsens Sekretariat for referenceprogrammer (4).

Diagnostik og udredning:

- ◆ Opsporing af personer med behov for behandling
- ◆ Tidlig og sikker diagnostik
- ◆ Instrumenter til belysning af sygdommen, herunder udredningsprogrammer til anvendelse for forskellige aldersgrupper
- ◆ Differentialdiagnoser
- ◆ Dobbelt diagnoser herunder legemlig sygdom og misbrug
- ◆ Anbefalinger for visitation

Til disse problemstillinger knytter sig en række udfordringer:

- ◆ Hvis der er organisatorisk dækning for tidlig opsporing, hvem skal så foretage den?
- ◆ Og hvordan sluses patienten derhen?
- ◆ Er oplysningskampagner et brugbart middel?
- ◆ Er der særlige teknologier, den tidlige opsporing kan inkluderes i, eller skal der anvendes særlige organisatoriske rammer, for eksempel almen praksis?
- ◆ Og hvordan er ressourcerne til opgavevaretagelsen her?

Vores rapport ser også på:

- ◆ Hvor systematisk er henvisning og visitation til de forskellige behandlingstilbud?
- ◆ Er der i øjeblikket en systematisk opgavefordeling, eller fordeler patienterne sig ved at søge derhen, hvor der er mulighed og plads.
- ◆ Er samspillet mellem private og offentligt finansierede tilbud et særlig vanskeligt element ved etablering af netværk.

Rapportens målgruppe

Målgruppen for denne rapport er politikere, administratorer og fagligt ansvarlige for den samlede angstbehandling.

3. Metode

Projektet er udført i flere faser med anvendelse af både kvantitative og kvalitative opgørelser.

Fase 1. Beskrivelse af patienterne i behandlingssystemet

Beskrivelsen af patienterne i behandlingssystemet består af statistiske opgørelser af forbruget af ydelser i sygehusvæsenet for personer, der er diagnosticeret med en angstlidelse.

Inden for rammerne af projektet har det ikke været muligt at gennemføre interview med patienter for at opnå en kvalitativ belysning af disses perspektiv på deres sygdom og behandlingen af denne.

Den statistiske beskrivelse er baseret på oplysninger fra Landspatientregisteret med ICD 10 diagnosekoder med patienter fordelt på diagnosegruppe, alder, køn, geografi, behandlingsvarighed, evt. viderehenvisning til anden instans fra almen praksis samt behandlingsregi. Beskrivelsen er afgrænset til det offentligt finansierede behandlersystem.

På aktivitetssiden har vi optalt

- ◆ indlæggelser med udskrivningsdato i 2004,
- ◆ ambulante besøg i afsluttede eller uafsluttede forløb med besøgsdato i 2004 og
- ◆ ambulante forløb afsluttet i 2004 uanset hvornår forløbet er startet.

Et ambulant forløb – afsluttet såvel som uafsluttet – omfatter et eller (typisk) flere ambulante besøg som entydigt kan tilordnes ét år ved hjælp af datoen. Det kan således forekomme, at et ambulant forløb er afsluttet i løbet af 2004, eller står som uafsluttet ved årets udgang, uden at der i løbet af året har været et ambulant besøg.

Landspatientregisterudtrækket er afgrænset til diagnoserne DF40* (fobiske angsttilstande), DF41* (andre angsttilstande) og DF42* (obsessiv-kompulsiv tilstand).

Der er gennemført en køns- og aldersstandardisering ved opgørelsen af de enkelte amters aktiviteter. De standardiserede tal viser, hvorledes forbruget ville være, hvis køns- og alderssammensætningen var den samme i amtet som i landet som helhed. Endelig er aktiviteten opgjort pr. 1.000 indbyggere i køns-/aldersgruppen.

Det har ikke været muligt at opnå data fra praktiserende lægers behandling, da sygesikringsregistret ikke indeholder data, der kan afgrænse angstpatienters forbrug af ydelser.

Fase 2. Beskrivelse af de aktuelle behandlingstilbud

Kortlægningen af de aktuelle behandlingstilbud for patienter med angstlidelser indgår i vores skøn over det reelle behandlingsbehov. Denne beskrivelse omfatter tilbudene hos de enkelte behandlingsinstitutioner såvel som arbejdsdelingen og koordineringen mellem disse institutioner. Beskrivelsen omhandler behandlingsindsatsen på fire

udvalgte institutioner (cases) med meget forskellig organisering af behandlingen. To institutioner tilbyder specialiseret behandling af angstsygdomme på universitetssygehus, og to tilbyder mindre specialiseret angstbehandling på almenpsykiatrisk klinik.

De udvalgte institutioner er:

- ◆ Klinik for angst og personlighedsforstyrrelser, Psykiatrien i Århus Amt, Risskov,
- ◆ Center for Kognitiv Terapi, H:S Sct. Hans Hospital, Afdeling M,
- ◆ Distriktpsikiatrisk afsnit Nord, Fjorden, Roskilde,
- ◆ Afsnit for ambulant psykiatri Midt, Psykiatrisk sygehus, Hillerød.

Beskrivelsen af de fire cases søger at belyse, hvilken behandling der gennemføres i hver enhed, herunder samarbejde og arbejdsdeling samt præmisserne herfor hvert sted. Ved informationsindsamlingen er der lagt vægt på en dialog med informanterne, dels for at opnå præcise informationer, og dels for at kunne supplere disse gennem tillægsspørgsmål.

Vi valgte en interview- og mødeform med mulighed for en fokuseret dialog, hvor de relevante informationer kunne indhentes gennem samtale mellem interviewere og interviewede samt gennem samtale mellem de interviewede. Metoden er dynamisk, da den blandt andet giver deltagerne mulighed for at skifte tema undervejs.

Vi valgte at anvende betegnelsen 'fokusmøde' for disse samtaler, da der er tale om en hybrid mellem et fokusgruppeinterview, en workshop og et dialogmøde. Hvert fokusmøde havde deltagelse af repræsentanter for:

- ◆ et evt. specialiseret tilbud eller den almene behandlingspsykiatri,
- ◆ de praktiserende speciallæger,
- ◆ de alment praktiserende læger samt
- ◆ de praktiserende psykologer.

Navnene på deltagerne i de gennemførte interview er anført i Bilag 1.

Fra de specialiserede tilbud og fra den almene voksenpsykiatri deltog repræsentanter for de relevante faggrupper, herunder læger, psykologer og sygeplejersker.

Som overordnet struktur bevægede hvert fokusmøde sig fra en samtale om behandlingsformer i forskellige regier over en dialog om anvendelsen af disse principper til en fokusering på arbejdsdeling og samarbejde om patientgruppen.

Fokusmøderne havde som udgangspunkt følgende struktur og forløb

1. Hver deltager nedskriver kort hvilke behandlingstilbud pågældendes institution/-enhed anvender over for patienter med angstsygdomme, samt i givet fald hvilke tilbud pågældende særligt står for, hvis der er tale om en arbejdsdeling for eksempel inden for et distriktpsikiatrisk team eller andet.
2. Interviewerne gennemgår svarene og lægger dem ud til debat.

3. Der gennemføres en dialog om anvendelsen af forskellige behandlingsformer i de involverede enheder og regier, idet der samtidig lægges vægt på en differentiering og nuancering af sammensætningen af patientgruppen.
4. Der gennemføres en dialog om arbejdsdeling, samarbejde og kommunikation om og med patienterne med udgangspunkt i fordelingen af patienter og anvendelsen af behandlingsformer.
5. Endelig gennemføres en dialog om muligheder for at udvikle arbejdsdeling, samarbejde og kommunikation ud fra de ønsker, der bliver fremsat i løbet af fokusmødet.

Møderne foregik på de respektive afdelinger/klinikker i sidste kvartal af 2005 og første kvartal af 2006. Under møderne blev der taget referat, samtidig med at forløbet blev optaget på en MP3-optager. Der blev efterfølgende skrevet tematiserede referater, og disse blev udsendt til de medvirkende med henblik på faktuelle og supplerende kommentarer.

Fase 3. Udgifter og gevinster ved udvidelse af tilbudet i sygehussektoren

Denne del af projektet omhandler hovedsagelig en litteraturgennemgang, og den benyttede søgestrategi er dokumenteret i Bilag 3. Litteraturen er suppleret med eksempler på omkostninger ved behandlingstilbud til angstpatienter i sygehusregi og i sygesikringsregi. Eksemplerne er indhentet gennem telefonisk henvendelse til en række amter på Sjælland samt til H:S. De afdelinger og klinikker, der har bidraget med omkostninger, optræder alle anonymt i materialet. Eksemplerne fra sygesikringen er hentet fra sygesikringens takstkatalog.

4. Resultater

Resultaterne fra de tre delundersøgelser er i det følgende beskrevet hver for sig. Først beskriver vi resultaterne af en registerundersøgelse af sygehusforbruget af patienter med diagnosen angst. Derefter beskriver vi resultaterne af fokusmøderne på de fire udvalgte institutioner både enkeltvis og på tværs. Til sidst belyser vi de økonomiske aspekter ved angstbehandling og mangel på samme.

4.1 Registerbaseret undersøgelse af sygehusforbrug

Med data fra Landspatientregisteret er angstpatienternes forbrug af sygehusydelser udtrykt ved indlæggelser, sengedage og gennemsnitlig liggetid samt ambulante forløb og besøg på somatiske og psykiatriske sygehuse optalt for de hyppigst forekomne angstdiagnoser i 2004. Forbruget er illustreret i Tabel 4.1 hhv. Tabel 4.2, hvor ydelserne er fordelt på grupper af angstdiagnoser hhv. H:S/amter.

Tabel 4.1 Indlæggelser og ambulant behandling¹ på somatiske og psykiatriske sygehuse med de hyppigst forekommende angstdiagnoser i 2004

Diagnose	Indlæggelser	Sengedage	Gnst.	Ambulante forløb ¹	Antal besøg ¹	Gnst. ¹
Alle diagnoser (DF40*- DF42*)	927	18.437	20	5.047	34.027	7
DF40.01 Agorafob	17	704	41	157	1.475	9
DF40.1 Social fob	49	2.963	60	397	4.505	11
DF41.0 Panikangst	139	1.964	14	865	4.910	6
DF41.1 Generaliseret angst	114	2.423	21	495	3.688	7
DF41.2 Lettere angst-depressions tilstand	109	2.527	23	571	4.992	9
DF41.9 Angst uden specifikation	335	2.917	9	1.453	5.813	4
DF42.2 Blandet obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)	22	856	39	151	1.933	13

1 Forløb afsluttet i 2004

Note: En kort beskrivelse af de enkelte i tabellen nævnte diagnoser er givet i Tabel 1.2

Kilde: Landspatientregisteret og egne beregninger.

I alt 927 patienter blev i 2004 indlagt med en angstdiagnose, og den gennemsnitlige liggetid var 20 dage. 5.047 patienter gennemgik et ambulant forløb med i gennemsnit 7 besøg. Tabel 4.1 viser, at størstedelen af de angstpatienter, der er set i sygehusvæsenet, er behandlet ambulant. Der er fem gange så mange forløb, som der er indlæggelser. Den hyppigst forekommende angstdiagnose er panikangst. Den omhandler 15 % af indlæggelserne og 10 % af sengedagene, dvs. relativt kort liggetid, og samtidigt 17 % af de ambulante forløb og 14 % af de ambulante besøg, dvs. relativt få besøg pr. forløb.

Den gennemsnitlige liggetid varierer fra 9 dage (uspecificeret angst) til 60 dage (social fobi), mens det gennemsnitlige antal besøg pr. ambulant forløb varierer fra 4 besøg (uspecificeret angst) til 13 besøg (blandet obsessiv-kompulsiv tilstand).

Tabel 4.2 Indlæggelser og ambulante besøg¹ på somatiske og psykiatriske sygehuse i absolutte og relative tal med udvalgte aktionsdiagnoser² med angst 2004

Sygehusamt	Indlæggelser		Ambulante besøg ¹	
	Antal	Pr. 1.000 indb.	Antal	Pr. 1.000 indb.
H:S	123	0,25	7.714	15,60
Københavns Amt	132	0,28	4.143	8,68
Frederiksborg Amt	74	0,26	2.821	9,93
Roskilde Amt	44	0,24	1.666	9,18
Vestsjællands Amt	49	0,24	962	4,65
Storstrøms Amt	55	0,23	1.767	7,53
Bornholms Amt	11	0,32	248	7,23
Fyns Amt	86	0,23	2.585	6,96
Sønderjyllands Amt	48	0,25	1.471	7,58
Ribe Amt	29	0,17	1.710	10,02
Vejle Amt	29	0,11	1.996	7,30
Ringkøbing Amt	30	0,14	1.171	5,63
Århus Amt	127	0,25	3.680	7,25
Viborg Amt	28	0,16	724	4,05
Nordjyllands Amt	62	0,16	1.188	3,08

1 i afsluttede og uafsluttede forløb

2 DF40*, DF41* og DF42*, se i øvr. Bilagstabel 3

Angstpatienternes forbrug af sygehusedydelser har været meget forskelligt i H:S og amterne, hvilket fremgår af Tabel 4.2. I Ribe, Vejle, Viborg, Ringkøbing og Nordjylland amter har man haft 0,14-0,17 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere, mens man i H:S, Århus, Frederiksborg og København amter har haft 0,25-0,28. Ved sammenligningen må man tage i betragtning, at antallet af senge pr. indbygger også varierer fra amt til amt. Billedet er næsten det samme, når man opgør antal ambulante besøg pr. indbygger. I Nordjylland, Viborg og Ringkøbing amter har angstpatienterne haft 3-6 besøg pr. 1.000 indbyggere, mens de i Frederiksborg og Århus amter samt i H:S har haft 10-16 besøg. I H:S har man således set patienterne fem gange så ofte som i Nordjylland. På Bornholm har man haft mange indlæggelser pr. indbygger, men antallet af ambulante besøg ligner umiddelbart gennemsnittet for hele landet.

Der er anført en række mere specifikke tabeller i Bilag 4, dels tabeller med det totale forbrug fordelt på enkelt diagnoser for hhv. H:S og de enkelte amter, dels for H:S og hvert amt tabeller med forbrug fordelt på køn og alder samt henvisnings- og udskrivningsmåde. Bilagstabellerne muliggør, at hvert amt/H:S kan se eget forbrug i 2004.

Tabellerne med køn og alder anfører køns- og aldersstandardiserede tal, dvs. de viser, hvordan forbruget ville være, hvis køns- og alderssammensætningen var den samme i H:S/amtet som i landet som helhed.

Der er stor geografisk variation med hensyn til, hvordan angstpatienterne henvises til sygehusbehandling. I storbyområderne er omkring to tredjedele af angstpatienterne henvist fra en sygehusafdeling – på Bornholm, Fyn og Vejle amt ingen. I storbyområderne udskriver man halvdelen af angstpatienterne til sygehus, i de fleste øvrige amter gælder dette en tredjedel.

4.2 Kvalitativ undersøgelse af de udvalgte institutioner

De indledende beskrivelser af institutionerne er primært baseret på tilgængelige skriftlige kilder og dernæst på oplysninger af faktisk karakter opnået ved interviewene. Derefter redegør vi for hovedindtrykkene af de gennemførte interview med repræsentanterne for sygehuspsykiatri, praktiserende psykiatriske speciallæger, praktiserende psykologer og alment praktiserende læger.

I to af institutionerne udgår det sygehusbaserede tilbud fra en 'almenpsykiatrisk' enhed, der i princippet tager af sig af alle typer af psykiske lidelser og sygdomme inden for et afgrænset geografisk område. De to andre institutioner omhandler specialiserede tilbud specifikt rettet mod behandling af angstlidelser.

Klinik for Angst og Personlighedsforstyrrelser, Risskov

Klinik for Angst og Personlighedsforstyrrelser under Århus Amt i Risskov er etableret 1. januar 2002 som et klinisk afsnit under De Psykiatriske Specialklinikker. Klinikken ledes af en chefpsykolog og en specialeansvarlig overlæge. Chefpsykologen har det primære ansvar for behandling af angsttilstande.

Specialklinikken yder en ambulant behandlingsindsats til patienter med angst, tvangslidelser og personlighedsforstyrrelser samt uddannelse, supervision, konsulentopgaver og forskning. Behandlingen af angstlidelser omfatter primært kognitiv adfærdsbehandling i grupper, medicinsk behandling (primært med SSRI⁵) samt en del pårørendesamarbejde, herunder pårørendesamtaler. Klinik for Angst og Personlighedsforstyrrelser behandler ifølge egne oplysninger 90 % eller mere af de patienter, de modtager. Klinikens behandlingsprincipper tager udgangspunkt i anvendelse af en behandlingsmanual (protokolstyret behandling), der er opbygget efter engelsk forbillede, hvor indsatsen koncentrerer sig særligt om få og centrale typer af angstlidelser.

De angsttilstande, der primært behandles på specialklinikken, omfatter panikangst, socialfobi, tvangstilstande (OCD) samt agorafobi. Det ligger i modellen, at kun speciallæger i psykiatri – privatpraktiserende eller ansatte i sygehusvæsenet – kan foretage henvisning til klinikken. Denne regel omgås dog i tilfælde, hvor klinikledelsen skønner det relevant, dvs. at henvisninger fra psykologer, socialrådgivere og praktiserende læger til tider accepteres. Specialklinikken er selvvisiterende og har ad denne vej mulighed for at koncentrere behandlingen til det specialiserede klientel. For eksempel viderehenvises fejl-diagnosticerede patienter, ligesom nogle patienter henvises midlertidigt til anden behandling i lokalpsykiatrien eller på en anden specialklinik pga. komorbiditet, for eksempel ved misbrugsdiagnose eller alvorlig depression.

Ved interviewet var specialklinikens samarbejdsparter repræsenterede ved en praktiserende læge, en praktiserende psykiater samt en psykolog fra den private behandlingsinstitution Jysk Fobiskole.

Den praktiserende psykiater vurderede, at angstpatienterne i hans praksis primært lider af panikangst, generaliseret angst og socialfobi. Han vurderede også, at ca. 90 % af de henviste patienter bliver behandlet i klinikken – typisk for angstlidelser af moderat sværhedsgrad. Behandlingen består typisk i samtaler/psykoterapi, kognitivt baseret gruppeterapi samt medicinsk behandling – overvejende med SSRI.

⁵ SSRI Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (lykkepiller)

Den praktiserende læge pegede på panikangst, social angst, generaliseret angst og sygdomsangst/hypokondri som de hyppigste angstlidelser i sin praksis. Hun behandler selv ca. 50 % af disse patienter, og deres lidelser blev betegnet som milde til moderate. Hun har gennemført en etårig uddannelse i kognitiv terapi, og tilbyder primært patienterne samtaleterapi og medicinsk behandling (SSRI). Hun henviser som regel patienter med svær social angst, moderat/svær OCD og generaliseret angst til Specialklinikken, Jysk Fobiskole eller til den lokale distriktspsykiatri.

Jysk Fobiskole er en privat behandlingsinstitution, der tilbyder ambulant psykologbehandling med afsæt i konceptet 'Mindfulness'⁶ suppleret med kognitiv terapi. Tilbudet betegnes som et kursus, der er gruppebaseret. Ifølge psykologen fra skolen lider angstpatienterne på Fobiskolen hyppigst af generaliseret angst, socialfobi/agorafobi med panikreaktioner samt OCD, alle oftest i middel til moderat sværhedsgrad. Fobiskolen behandler selv 90 % af de brugere (patienter) i 'angstgruppen', der henvises eller henvender sig, mens de sidste 10 % typisk henvises – evt. via en mellemliggende henvisning til psykiater – til Specialklinikken eller til praktiserende psykiater. De personer, der viderehenvises, lider af svære personlighedsforstyrrelser, er misbrugere og/eller demotiverede.

Ventetid

Lang ventetid var et tilbagevendende tema i interviewet, da det blev betragtet som et stort problem. Specialklinikken havde ventetider på ½ år og mere, og den praktiserende psykiater havde ventetid til såvel udredning som terapi. Fobiskolen havde relativ hurtig adgang til behandling. Den praktiserende læge pegede på, at der først er ventetid til udredning og diagnosticering. Derefter kan der være op til et års ventetid til behandling. Hun betegnede sig selv som 'brandslukker' i denne sammenhæng med ansvar for at stabilisere patienterne og søge at forhindre forværring af tilstanden gennem den lange ventetid.

Tidlig diagnosticering

En anden type ventetid er den tid, der går fra patientens symptomer debuterer til symptomerne fører til diagnosticering (og efterfølgende behandling). Tidlig diagnosticering var således et andet tema i interviewet, idet der blev peget på forekomsten af mangeårige forløb, der kan forekomme, inden der stilles en diagnose ved nogle typer af angstlidelser – de 'stille' angstdiagnoser. Man gjorde opmærksom på det problematiske i, at der sandsynligvis i mange tilfælde ikke stilles nogen diagnose på trods af, at en persons tilværelse kunne være domineret af angstsymptomer i store dele af livet, eller at diagnosen stilles så sent, at en persons muligheder for uddannelse og opbygning af arbejds erfaring reduceres væsentligt i en ellers vigtig periode.

Samarbejde og arbejdsdeling

Samarbejdet og arbejdsdelingen blev generelt betegnet som tilfredsstillende. Den praktiserende læge mente dog, at diagnosticeringen af angstilstande burde kunne foretages af andre end psykiatere, da den eksisterende ordning medvirker til at forlænge ventetiderne til både udredning og behandling. Den praktiserende psykiater pegede

⁶ Mindfulness er en blandt flere nyere meditationsformer, der er ved at vinde udbredelse. Det er en metode, der træner patienten til "at være til stede i øjeblikket".

på de praktiserende lægers ofte manglende præcision i henvisningen, dels i beskrivelsen af patienten, dels af lægens forventninger til speciallægen. Regler og begrænsninger i Sygesikringsoverenskomstens honorering af praktiserende lægers brug af samtalebehandling påvirker også arbejdsdelingen. Tilsvarende blev der peget på de afgrænsede muligheder for at opnå kommunal støtte til behandling hos praktiserende psykologer. Patienternes egenbetaling får dem formentlig til at blive væk.

I interviewet blev der peget på mangelfuldt samarbejde med de kommunale myndigheder og specialiserede social-psykiatriske støtte-kontaktpersoner m.v. under den kommunale del af den samarbejdende psykiatri i Århus. Et bedre samarbejde kan medvirke til at flytte en del af den behandlingsopfølgende indsats væk fra de egentlige behandlere. Det blev fremhævet, at patienter med angstlidelser ikke har nogen del i den lokalpsykiatriske indsats, heller ikke i den sociale del af denne.

Center for Kognitiv Terapi, Sct. Hans Hospital

Center for Kognitiv Terapi (afdeling M) på Sct. Hans Hospital under H:S er oprettet i 2002. Centeret ledes af en overlæge og en chefpsykolog. Centret står for behandling af bl.a. angsttilstande gennem kurser og træning af patienter i grupper. Det har specialiseret sig i anvendelsen af et bestemt videnskabeligt baseret behandlingsprincip. Centeret behandler patienter med psykologiske problemer, som er specielt egnede til kognitiv terapi, for eksempel affektive lidelser, angsttilstande samt depressive tilstande. Denne afgrænsning er bl.a. en følge af et stigende antal henvisninger. Centeret lægger vægt på at acceptere behandling af patienter med dobbeltdiagnoser, da misbrugsproblemer ses som en del af patientens psykiske problem, for eksempel angsten.

Centeret har igangsat et særligt angstprojekt, som ifølge centerets egne opgørelser har vist så gode resultater, at det er besluttet at videreføre dette tre år frem. De hyppigst behandlede angsttilstande er panikangst med/uden ledsagende agorafobi, socialangst og PTSD⁷. Omkring 95 % af de patienter der henvises eller henvender sig med angstlidelser, behandles i centeret. Det drejer sig oftest om patienter med angstlidelser af moderat sværhedsgrad. Der er ikke faste regler for henvisning til centret, men de kommer typisk fra praktiserende læger, der har forudgående erfaring med behandling af deres patienter på centeret.

Behandlingsformen er kognitive terapikurser, i stort omfang bestående af psykoedukation med henblik på at opøve patientens egen håndtering af lidelsen. Kurserne er gruppebaserede med individuel tilpasning af kursusindholdet. Kursusforløbene varer typisk 14 dage og ledes af 2 psykologer og den ledende overlæge. Kurserne afholdes ikke regelmæssigt, men når der er mulighed for det på Center for Kognitiv Terapi. Første kursus blev afholdt i foråret 2003 med 18 deltagere med moderate til svære angsttilstande.

Centeret er selvvisiterende, men henvisning sker via egen læge eller andet sygehus. Centeret viderehenviser patienter, som vurderes at ligge uden for centerets målgruppe, herunder patienter med svær underliggende personlighedsforstyrrelse og andre tilstande, der kræver længerevarende behandlingsforløb.

Ved interviewet var centerets samarbejdspartner repræsenterede ved en privatpraktiserende psykolog og en praktiserende læge. En privatpraktiserende psykiater blev forhindret i at deltage i interviewet, og blev efterfølgende interviewet telefonisk.

Den privatpraktiserende psykiater vurderede, at panikangst, socialangst og generaliseret angst var de hyppigst optrædende lidelser i hans praksis. Som udgangspunkt behandler han alle angstpatienter uanset sværhedsgrad, men i særlige tilfælde hentes bistand hos en kognitiv arbejdende psykolog. I tilfælde, hvor behandlingen må opgives efter 6-9 måneder, henviser han patienterne til psykiatrisk afdeling. Psykiateren henviser patienter til psykolog, når der er behov for regelret kognitiv terapi uden for hans tid eller kompetence.

Den privatpraktiserende psykolog vurderede, at 15-20 % af hendes patienter har angstlidelser, hyppigst panikangst, socialangst og helbredsangst (hypokondri). 90 % af patienterne behandler hun selv, typisk for angstlidelser af moderat sværhedsgrad. Behandlingen er individuel og består oftest i kognitiv adfærdsterapi. Psykologen henviser generelt patienter med OCD til Sct. Hans Hospital eller til Fobiskolen i København, da disse har behov for længerevarende behandling.

Den praktiserende læge karakteriserede de hyppigste angstlidelser i sin praksis som panikangst, generaliseret angst og fobisk angst. 50 % af patienterne behandles i egen praksis, oftest for angstlidelser af mild sværhedsgrad. Behandlingen består typisk i månedlige samtaler og medicinsk behandling. De øvrige 50 % lider oftest af medium-/svær grad af panikangst, generaliseret angst eller fobisk angst og henvises til psykolog eller Center for Kognitiv Terapi. I mellemtiden har hun på grund af ventetiden etableret et 'vedligeholdelsesforløb'. Patienter med dominerende personlighedsforstyrrelser henvises til den lokale distriktskykiatri.

Ventetid

Ventetid var også ved dette interview et gennemgående tema. Ved etableringen af centret i 2002 var der en ventetid på behandling på 3 måneder. På interviewtidspunktet var den ca. ét år.

Der er rapporteret om tilsvarende lange ventetider hos privatpraktiserende psykolog (tre måneder) og privatpraktiserende psykiater (to måneder), men hos begge er det i særlig akutte tilfælde muligt at presse en patient ind hurtigere — hos psykologen inden for 2-4 uger, hos psykiateren inden for én uge.

Samarbejde og arbejdsdeling

Samarbejde og arbejdsdeling var emnet for kommentarer, der vedrørte det forhold, at en del af behandlingsmulighederne for angstlidelser kræver egenbetaling. Den praktiserende psykolog anførte, at der var eksempler på, at klienter afstod fra eller afbrød behandlingsforløb. Den praktiserende psykiater tilføjede, at en del patienter, der kunne have modtaget sufficient behandling hos en psykolog, endte i psykiatrien på grund af egenbetalingen.

Samarbejdsrelationerne var ligeledes genstand for en del kommentarer, der indikerer nogle af de forskelligheder, der tilsyneladende eksisterer med hensyn til samarbejdet mellem aktørerne.

Den praktiserende psykolog og den praktiserende læge mente, at der var vanskeligt at få patienter med angstlidelser i behandling i sygehuspsykiatrien. Det var deres indtryk, at man i sygehuspsykiatrien så angstlidelser som noget, der burde behandles i patientens lokalområde. Den praktiserende psykolog havde benyttet den fremgangsmå-

⁷ PTSD Post-Traumatic Stress Disorder (posttraumatisk stresslidelse).

de at selv møde sine patienter på Fjorden Psykiatrisk Sygehus for at sikre, at de blev sat i behandling.

Den praktiserende psykiatriske speciallæge oplever samarbejdet med psykiatrisk ambulatorium og de praktiserende psykologer som godt og samarbejder i en række tilfælde med psykologer om kognitiv terapi og medicinsk behandling. Til gengæld oplever psykiateren problemer med, at de praktiserende læger ikke udarbejder målrettede henvisninger, men udstyrer patienten med en liste over behandlingsmuligheder. I modsætning hertil pegede den praktiserende psykolog på, at de praktiserende læger er blevet mere målrettede i deres henvisninger til kognitiv terapi hos psykologerne, hvor psykologen førhen oplevede, at lægerne var skeptiske og tillagde psykologerne usaglige indtjeningsmotive.

Fra Center for Kognitiv Terapi blev der peget på et behov for at fastlægge et centralt grundlag for diagnosticering af angstlidelser, som kunne tjene som et fælles obligatorisk grundlag for samarbejdet mellem parterne på området.

Distriktpsychiatrik afsnit Nord, Amtssygehuset Fjorden, Roskilde

Amtssygehus Fjorden er opdelt i fire distrikter: Tre geografisk opdelt – Nord, Midt og Øst – der hver er ansvarlig for at behandlingen af personer med bopæl inden for området, og et fjerde distrikt der omfatter børne- og ungdomspsykiatri for hele amtet. Distrikterne har afdelingsledelser med en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. Der er udarbejdet driftsaftaler mellem de enkelte distrikter og psykiatrilædelser.

Distrikt Nord har almenpsykiatriske funktioner for patienter med bopæl i optageområdet. Det råder over et toetages sengeafsnit med to 7-sengsmoduler med syv lukkede sengepladser på hver etage, samt et distriktpsychiatrik center med ambulante funktioner og tilsynsfunktion på Roskilde Amtssygehus.

Af interviewet fremgår, at afsnit Nord hyppigst modtager angstpatienter med generaliseret angst, panikangst og lettere angst-depressionstilstand. I modsætning til nogle af de øvrige tilbud – og i modsætning til de sygehusbaserede specialtilbud – må det distriktpsychiatrik afsnit tage imod stort set alle patienttyper. Idéen med distriktpsychiatrien er, at behandlingen foregår tæt på patienternes miljø. Mange af patienterne henvises via den psykiatriske skadestue på Fjorden. Der er tilløb til en specialisering af behandlingen af angstpatienter, da der er oprettet en gruppe af behandlere under Distrikt Midt, som tilstræber en specialisering i behandling af angstsygdomme og i et vist omfang modtager patienter fra de øvrige to distrikter.

Afsnittet behandler ca. 95 % af de modtagne patienter med angstlidelser. Patienternes tilstand kan ligge alle steder i spektret fra mild til svær angst. Afsnittet tilbyder gruppeterapi, individuel samtaleterapi (med såvel psykodynamisk som kognitiv referenceramme) og medicinsk behandling. Ifølge interviewet oprettes der i nogle tilfælde en terapigruppe for angstpatienter. I andre tilfælde passes de ind i andre grupper. Når patienterne viderehenvises sker det inden for alle diagnoser, og primært til Fobiskolen i København, til praktiserende psykiater og til psykiatrisk sengeafsnit. Samarbejdet med de øvrige aktører i behandlingsspektret blev betegnet som velfungerende. Viderehenvisning er blevet ekstra relevant, da behandling af nogle angstpatienter er blevet nedprioriteret som følge af ekstra stort pres på afsnittet.

Afsnit Nords samarbejdspart var repræsenteret ved en privatpraktiserende psykiater, en privatpraktiserende psykolog og en praktiserende læge.

Den privatpraktiserende psykolog ser hyppigst personer med PTSD⁸, diffus angst, dødsangst, fobier og OCD i sin praksis. Hun behandler selv 95 % af klienterne, der typisk har angst i middel- eller mediumsvær grad, PTSD dog også i svær grad. Hun anvender samtaleterapi og en kropsorienteret behandlingsform⁹ med fokus på de kropslige symptomer på bl.a. angst. Hun gjorde opmærksom på, at de fleste praktiserende psykologer anvender kognitiv terapi, og at der derfor er tale om en særlig terapiform med specielt fokus på afdækning og behandling af PTSD. Der er ofte tale om klienter, der får deres terapi finansieret over Sygesikringen på baggrund af, at personen udviser – eller formodes at komme til at udvise – eftervirkninger efter chok. Blandt de få patienter, der viderehenvises, er typisk personer med fobier og OCD i mild eller mediumsvær grad. Der henvises oftest til Fobiskolen i København eller til kognitiv psykoterapi hos en psykolog eller psykiater. Psykologen mente, at samarbejdet med de øvrige aktører på området kunne forbedres.

Den praktiserende psykiater pegede på, at patienter med angstlidelser i han praksis hyppigst lider af panikangst og OCD i middelsvær grad, samt af generaliseret angst i mild grad. 95 % af patienterne bliver behandlet i hans praksis. Behandlingsmetoderne er primært medikamentel behandling og kognitiv adfærdsterapi. De patienter med angstlidelser, der viderehenvises, lider oftest af panikangst eller OCD i svær grad eller af enkeltfobi i middelsvær grad. Den praktiserende psykiater henviser oftest til distriktspsykiatriens psykoterapeutiske afsnit på Fjorden eller til det kognitive psykologcenter i København. Han mente, at samarbejdet med de øvrige aktører fungerede hensigtsmæssigt.

Den praktiserende læge vurderede, at han oftest mødte angstformerne præstationsangst i mild sværhedsgrad, samt dødsangst og angst i forbindelse med depression i medium sværhedsgrad i sin praksis. Han behandler ca. 50 % af disse patienter selv. Behandlingen består primært i benzodiazepiner (Alopam), SSRI¹⁰ og SNRI¹¹. De hyppigste tilstande hos de patienter, der henvises videre, er generaliseret angst i medium sværhedsgrad og OCD i mild grad. Han henviser oftest til psykolog, praktiserende psykiater og distriktspsykiatrien. I ventetiden til behandling ser den praktiserende læge patienten ugentligt i sin praksis. Han mente, at samarbejdsrelationerne til de øvrige aktører var hensigtsmæssige.

Ventetid

Et gennemgående tema i interviewet var *begrænsningerne* i behandlingstilbudene. Den praktiserende læge pegede på Sygesikringsoverenskomstens begrænsning af samtaleterapi til syv sessioner pr. år. Han fortsatte dog i nogle tilfælde ud over disse for basis honoraret, dvs. for honoraret for en konsultation på 10 minutter. Hvis han kører fast i behandlingen, henviser han til psykolog eller psykiater, men her optræder en anden begrænsning, nemlig nogle patienters manglende evne til at betale for behandlingen. Derfor henviser han nogen gange til psykiater med venteliste i stedet for til en psykolog med en kortere eller ingen venteliste. Begrænsningen blev betragtet som særdeles uacceptabel med tanke på patienternes behov for behandling. Problematikken blev også

⁸ Post Traumatic Stress Disorder.

⁹ 'Somatic experience' udviklet af Peter Levine.

¹⁰ Selective Serotonin Reuptake Inhibitors – 'lykkepiller'.

¹¹ Selective Noradrenalin Reuptake Inhibitors.

rejst af andre af i interviewet, for eksempel af distriktpsychiatrien der oplever lang ventetid hos de praktiserende psykiatere. Afsnit Nord har indført en venteliste til terapeutisk behandling som følge af det store pres.

Samarbejde og arbejdsdeling

I interviewet blev der peget på, at der ikke finder nogen *systematisk arbejdsdeling* sted mellem aktørerne, men at der er indarbejdet visse mønstre, som for eksempel betyder, at mere tidskrævende behandlingsforløb placeres i sygehuspsykiatrien. Det samme gælder forløb med behov for hjemmebesøg. Den praktiserende læge pegede på, at det kunne være sygehuspsykiatriens eller distriktpsychiatriens opgave at finde den bedste behandler ud fra deres kendskab til patienter, behandlere og behandlingsmuligheder.

Omkring samarbejdet pegede den praktiserende psykolog på mangelfuld information, når en klient i et terapiforløb kommer i behandling på Fjorden i forbindelse med en forværring af sin tilstand. Klienten/patienten 'overtages' i tilfælde, hvor der ingen kommunikation er, hvilket kun kan gennemføres med patientens accept. Resultatet er i stedet abrupte brud i behandlingsforløbene, som kunne undgås. Dette ønske om udveksling af patientoplysninger kolliderer dog med et ønske om samtidig at respektere klientens/patientens integritet og privatliv, som en kommunikation af informationer evt. kunne krænke.

Afsnit for ambulant psykiatri, Midt, Psykiatrisk Sygehus, Hillerød

Voksenpsykiatrien i Frederiksborg Amt er organiseret med tre distriktpsychiatriske enheder, hhv. Vest, Midt og Øst, samt to intensive sengeafsnit, syv åbne døgnafsnit og fire dagafsnit for ambulant psykiatri i henholdsvis Frederikssund, Helsingør og Hillerød.

Afsnit for ambulant psykiatri, Midt, har 30 pladser fordelt på to enheder, der arbejder med psykoterapi henholdsvis miljøterapi, begge steder fortrinsvis i grupper. Afsnittet omfatter herudover et ambulatorium. Afsnittet er en selvstændig enhed, dog med en forbindelse til Distriktpsychiatrisk enhed Midt.

De hyppigst optrædende angstlidelser i afsnittet er kombineret angst-depression, generaliseret angst og agorafobi (med og uden panikangst). Afsnittet ser kun få patienter med OCD, hvilket forklares med, at afsnittet næsten ensidigt arbejder med gruppeterapi. Man påpeger, at kun de færreste patienters lidelser kan indpasses i de firkantede rammer diagnoserne dækker over, men afsnittet karakteriserer patienterne som lidende af medium og svære angsttilstande.

Afsnittet tilbyder deltagelse i kropsbevidsthedsgrupper, social træning og psykoedukation, familiesamtaler og pårørendesamarbejde. Kun i kognitive forløb bruges manualer. Et forløb på afsnittet varer typisk fire måneder, hvorefter der formelt set ikke længere er noget tilbud til patienterne, men deres journaler 'står åbne'. Pårørende inddrages sjældent. Afsnittet behandler selv alle patienter med angstlidelser og videre henviser derfor kun få, som i givet fald oftest henvises til et misbrugscenter eller privatpraktiserende psykiater.

Afsnittet modtager typisk patienter henvist fra praktiserende læger, en lille andel fra speciallæger og en lille andel fra døgnafsnit. Generelt er det deres opfattelse, at de modtager patienterne for sent i sygdomsforløbet. Det skyldes ikke nødvendigvis manglende visitation, men hænger sammen med patienternes manglende erkendelse af deres situation. Langt de fleste patienter modtaget i afsnittet allerede i medicinsk behandling.

I interviewet var repræsentanterne for det psykiatriske dagafsnit suppleret med en praktiserende psykiater og en praktiserende psykolog som repræsentanter for samarbejdspartnerne. En praktiserende læge måttet melde forfald, men blev efterfølgende interviewet telefonisk.

Den praktiserende speciallæge i psykiatri vurderede, at i hans praksis lider patienter med angstlidelser hyppigst af belastning/stress, agorafobisk angst (med panikangst) og generaliseret angst (hypokondrisk angst), alle af medium sværhedsgrad. Den praktiserende psykiater behandler langt de fleste af patienterne selv (98 %), men de patienter, der viderehenvises, har agorafobisk eller social angst i svær grad. Han tilbyder kognitiv og psykodynamisk psykoterapi, individuelt eller i grupper, samt medikamentel behandling.

Den privatpraktiserende psykolog behandler typisk patienter med generaliseret angst, lettere angst- eller depressionstilstande, panikangst eller fobisk angst. Hun tilbyder gruppen samtalebehandling, kognitiv behandling og Eye Movement Desensitization and Reprocessing, som hun bruger mest og oplever som meget virkningsfuld. Hendes patienter har oftest lidelser af mild eller medium sværhedsgrad. Da psykologen hørte de øvrige interviewdeltageres patientbeskrivelser, var det hendes indtryk, at hendes patienter er bedre fungerende end de andres. De er sjældent invaliderede, og de er oftest erhvervsaktive. Den praktiserende psykolog behandler selv næsten alle inden for patientgruppen, men samarbejder nogle gange med patientens egen læge omkring medicinsk behandling i tilfælde, hvor patienten har depression med angst. Psykologen viderehenviser endvidere nogle gange til praktiserende psykiater, hvis patienten ikke har råd til psykolog. Hun oplever dog, at flere og flere via deres forsikring eller arbejdsplads har økonomisk dækning for behandling af angsttilstande, mens der i dag – i modsætning til for blot fem år siden – ikke er nogen kommuner, som henviser denne patientgruppe til hende.

Den praktiserende læge møder hyppigst angstformerne panikangst eller socialfobi i sin praksis. Han møder også en række andre angstformer, som det kan være svært at skelne imellem, bl.a. posttraumatisk stress, mens han møder meget få med OCD. Lægen behandler selv mindst 90 % af de patienter, han møder med angsttilstande, og han tilbyder patienterne samtalerapi og evt. medicinsk behandling. Han viderehenviser nogle gange patienter med socialfobi, fordi de har haft en socialforvaltning involveret, hvilket har muliggjort behandling andet steds (hos f.eks. psykolog eller psykiater), da kommunen har betalt, bl.a. i et forsøg på at holde dem på arbejdsmarkedet. De patienter, han viderehenviser, har oftest en svær grad af angstlidelse.

Ventetid

Ventetid var også ved dette interview et væsentligt tema. Den praktiserende psykiater meldte om tre måneders ventetid på behandling, hvilket medfører, at nogle patienter 'shopper' videre blandt de øvrige autoriserede og ikke-autoriserede behandlingstilbud. Den lange ventetid fører i nogle tilfælde til henvisning til psykiatrisk ambulatorium, hvorfra der dog blev svaret, at ventetid hos en praktiserende psykiater ikke i sig selv giver adgang til behandling i ambulatoriet. Ambulatoriet havde stort set ingen ventetid, da alle patienter indkaldes til en forvisitationssamtale inden for 14 dage og visiteres herefter. Det var uventet for de øvrige deltagere i interviewet, at der var adgang for patienter med angstlidelser i ambulatorium og dagafsnit, og at der var ledig kapacitet

på dette punkt. Den privatpraktiserende psykolog oplyste, at hun havde en ventetid på behandling på to måneder, og selv om hun havde mulighed for at tage patienter ind akut/subakut om nødvendigt, var muligheden for at henvise patienterne til sygehuspsykiatrien velkommen.

Samarbejde og arbejdsdeling

Med hensyn til samarbejdet om patienterne med angstlidelser pegede den praktiserende læge på erfaringer med, at man i sygehuspsykiatrien var utilbøjelig til at indgå i behandlingen af personer med ikke-psykotiske lidelser. Han fandt det ejendommeligt, at man i sygehuspsykiatrien kunne medvirke til at udrede patienten og stille diagnosen, men ikke til at få afsat ressourcer til behandling af for eksempel alvorlige angsttilstande. Det er som at diagnosticere en betændt blindtarm, men afvise behandling med henvisning til at behandling af en cancerlidelse er vigtigere. Også den praktiserende psykiater og den praktiserende psykolog havde samme indtryk af en afvisende holdning i sygehuspsykiatrien over for patienter med ikke-psykotiske lider som angst.

Det var et gennemgående træk i interviewet, at der var begrænset gensidigt kendskab til behandlingsprincipper mv., herunder til hvilke patienter der behandles, hvilke metoder der anvendes mv.

Et særligt punkt vedrørte forholdet mellem individuel terapi, som er det generelle tilbud hos alle andre end sygehuspsykiatrien og de gruppebaserede tilbud som ydes i for eksempel dagafsnittet. Det var erfaringen, at en del patienter afstår fra sygehusbehandling netop med henvisning til det utrygge i at indgå i en gruppesammenhæng. Fra dagafsnittets side var svaret dog, at det kan være en integreret del af behandlingen, at denne foregår i en gruppesammenhæng, men at der i øvrigt er andre tilbud end gruppeterapi.

Generelt pegede alle dog på de positive elementer i samarbejdet, forstået således, at kommunikationen mellem parterne synes at foregå i en imødekommende atmosfære.

4.3 Tværgående temaer fra kvalitativ undersøgelse

I det følgende beskrives de fire cases tematisk på tværs, således at ligheder og uligheder belyses. Dette gøres både gennem at gentage nogle af de allerede givne oplysninger i en ny ramme og ved at inkludere ekstra information fra fokusmøder/interviews og indsamling af data i øvrigt.

Beskrivelsen af temaerne ledsages af beskrivelser af generelle forhold vedrørende behandling, arbejdsdeling, honorering mv., og dette er fremhævet ved anvendelse af kursivering. Dette betyder ikke, at det udelukkende består af idéer og indfald fra forfatterne til denne rapport, men at det er generelle forhold, som blev draget frem og diskuteret med de medvirkende fagpersoner gennem interviewene.

Eksempler på angstbehandling

Oftest gives behandling for angstsygdomme ambulant. Udviklingen i angstbehandlingen er gået fra psykodynamisk terapi i retning mod forskellige former for kognitiv terapi. Terapiformerne udspilles i praksis i overensstemmelse med de enkelte terapeuters erfaring og overbevisning. I nogle tilfælde suppleres den psykoterapeutiske behandling med medicinsk behandling i form af medicin der ikke er vanedannende.

Behandlingen foregår i forskellige regier:

- ◆ Sygehuspsykiatrien; herunder specialiserede klinikker og almene klinikker
- ◆ Praktiserende speciallæger i psykiatri
- ◆ Speciallæger i almen medicin
- ◆ Praktiserende psykologer
- ◆ Sygehuspsykiatrien kommer især ind i billedet, hvor patienten har brug for den tværfaglige tilgang til behandling.

Adgang og ventetid til behandling

Alle steder har nogle helt generelle og tværgående retningslinier for adgangen til behandling, afhængigt af hvilket behandlingsregi det drejer sig om. Der er lokale forskelle med hensyn til adgang til og ventetider på behandling. Der forsøges redegjort for dette i det følgende.

Behandling hos den praktiserende læge

Den praktiserende læge skal modtage de patienter, han er tildelt via sin sygesikringsaftale, uanset hvad de fejler. Den praktiserende læge har gennem sygesikringsaftalen mulighed for at gennemføre samtaleforløb af en halv times varighed med sine patienter. Sygesikringsaftalen begrænser honoreringen pr. patient til syv samtaler pr. år.

Ifølge de interviewede praktiserende læger kan de fleste praktiserende læger modtage en patient inden for en uge – eller i akutte tilfælde endnu hurtigere. Den første samtale bruges til at skabe et overblik over patientens situation/problem, og lægen vurderer, om han selv er den rette til at behandle patienten – eller om patienten skal viderehenvises til et andet behandlingstilbud (de interviewede praktiserende læger anfører, at ca. 50 % af deres patienter viderehenvises).

Sygesikringsaftalen forudsætter, at praktiserende læger, der yder samtaleterapi, går i supervision. Den praktiserende læge kan henvise de patienter, han ikke selv skønner at kunne behandle, til praktiserende psykiater, til sygehuspsykiatrien eller til praktiserende psykolog. Behandling hos sidstnævnte kræver betaling af patienten.

En af de interviewede praktiserende læger peger på, at det kunne være hensigtsmæssigt, at praktiserende læger, som tager særlige kurser og/eller har særlig interesse for det psykiatriske felt, får udvidede muligheder for honorering af samtaleorienteret terapi.

Behandling hos den privatpraktiserende psykolog

Generelt set er der tre former for betaling for behandling hos en praktiserende psykolog. Man betaler selv. Bopælskommunen betaler, hvis den anser vurdering, udredning eller behandling for ønsket. Psykologen honoreres efter en aftale mellem Dansk Psykologforening og Kommunernes Landsforening samt København og Frederiksberg Kommuner. Serviceloven muliggør, at Socialforvaltningen betaler for maksimalt 12 konsultationer

hos en privatpraktiserende psykolog. Terapi betalt af socialforvaltningen ydes oftest til patienter, der har været udsat for et traume. Sygesikringen betaler, hvis en læge henviser til psykologbehandling. I begge de sidstnævnte tilfælde sker henvisningen efter et sæt nærmere fastsatte regler for vurdering af henvisningens relevans.

Ifølge de interviewede praktiserende læger og praktiserende psykologer er der en vis variation i kommunernes villighed til at betale for behandlingen hos en privatpraktiserende psykolog. Oftest er der tale om, at den kommunale socialforvaltning yder tilskud til psykologbehandling ved posttraumatiske tilstande som pårørendes død, røveri, voldtægt, incest ol.

Patienter, der selv betaler, er naturligvis frit stillet med hensyn til antal samtaler, men det var et gennemgående tema i interviewene, at mange patienter, der ville have behov for behandling – eller for en længere behandling – afstår fra samtalerapi hos privatpraktiserende psykolog af økonomiske årsager. Hos de interviewede privatpraktiserende psykologer er der varierende ventetider.

Ventetiden er ofte tre til fem måneder, men nogle psykologer åbner mulighed for at give patienter en tid hurtigere. Jysk Fobiskole, der tilbyder flere typer af kurser med kognitiv terapi i Århus-området har ikke nogen nævneværdig ventetid. Skolen har en årlig kapacitet på ca. 300 klienter. Deltagelse finansieres af bopælskommunen via socialforvaltningen.

Ifølge interviewene er patientens egenbetaling for psykologhjælp et problem for mange borgere, hvorfor henvisning til psykolog ikke altid er en reel mulighed.

At opnå kommunal støtte – variationer

Det fremgår af udsagnene i interviewene, at det er lettere at få kommunal finansiering til psykologbehandling på Fobiskolen i Århus og til praktiserende psykolog i for eksempel Birkerød kommune, end det er at få finansiering til psykolog i Roskilde og Sct. Hans optageområdet.

Behandling hos privatpraktiserende psykiatrisk speciallæge

Den praktiserende læge kan også henvise til en privatpraktiserende psykiater. Her kan patienten få offentlig finansieret behandling, hvis der foreligger en henvisning fra egen læge eller fra en læge i for eksempel sygehuspsykiatrien. Praktiserende speciallæger kan også praktisere uden for Sygesikringen, betalt af private sygeforsikringsordninger, der i visse tilfælde dækker depressionsbehandling.

De privatpraktiserende psykiatere har en overenskomst med Sygesikringen, hvor en patient kan behandles med op til 30 konsultationer pr. henvisning (forudsat at patienten er motiveret for behandling). De privatpraktiserende psykiatere arbejder oftest alene i egen praksis.

Ved interviewene blev det nævnt, at nogle privatpraktiserende psykiatere har faciliteter til gruppeterapi, men oftest er de fysiske rammer for begrænsede.

Ventetiden til behandling hos en praktiserende psykiater er fra to måneder op til et halvt år. Forud kan være ventetid til udredning og diagnose. De interviewede praktiserende speciallæger pegede på, at lægen ved de indledende samtaler vil vurdere, om vedkommende kan yde det rette tilbud, eller om patienten skal henvises til en kollega, der i højere grad matcher patientens behov (evt. til sygehuspsykiatrien). Ifølge de interviewede praktiserende speciallæger behandler disse dog selv 90 % eller flere af de henviste patienter.

Behandling i sygehuspsykiatrien

Det er et generelt servicemål i sygehuspsykiatrien, at en patient skal tilbydes en visitationssamtale inden for 14 dage.

Behandlingsviften er bred med mulighed for tværfaglighed og udadgående aktiviteter. Den almene sygehuspsykiatri kan ikke afvise at behandle patienter, hvis de hører til optageområdet, mens den specialiserede del afviser en del patienter.

Stor variation i ventetid på behandling

Der er så godt som ingen ventetid på behandling på Jysk Fobiskole og på Afsnit for ambulant psykiatri i Hillerød, mens der er adskillige måneders ventetid på behandling hos almenpsykiatrien på Fjorden i Roskilde og i specialklinikkerne i Århus og på Sct. Hans.

Interviewene viser, at der kan være varierende ventetid på det relevante tilbud i sygehuspsykiatrien efter visitationssamtalen – i nogle tilfælde op til et år. Som et konkret og modsatrettet eksempel kan nævnes Afsnit for ambulant psykiatri i Hillerød, hvor der ifølge interviewdeltagerne stort set ikke var nogen ventetid. Det kan her hænge sammen med, at tilbudet ikke har været kendt som en behandlende instans blandt de øvrige parter, der tager imod og behandler ikke-psykotiske tilfælde.

Adgang til specialiseret sygehustilbud

På klinikken i Århus skal der henvises via speciallæge i psykiatri, mens alle læger kan henvise til klinikken på Sct. Hans. Begge specialafdelinger er i princippet selvvisiterende.

Håndtering af ventetid

Alle er enige om, at den lange ventetid, der er en realitet for mange patienter, er demoraliserende, og at den kan få betydelige konsekvenser for patienterne og disses familier, for eksempel i form af tab af arbejde og tab af sociale relationer. En interviewdeltager udtrykker det således: "Det kan sammenlignes med, at man siger til en patient med blindtarmsbetændelse: Vi har ingen tilbud til patienter med blindtarmsbetændelse i dag".

Flere af de interviewede praktiserende læger afhjælper problemet med en lang ventetid med "brandslukning", dvs. de ser patienten ved korte ugentlige kontakter (10 minutters konsultationer).

Ved interviewene blev der også peget på, at den lange ventetid på et autoriseret eller offentligt betalt tilbud får mange patienter til at søge behandling på *"det grå marked"*.

Placering af behandlingstilbud og behandlingsvarighed i forskellige regier

Der er forskel på specialiseringen af behandlingstilbudene, afhængigt af hvilket sygehus man er tilknyttet, ligesom der er forskel på behandlingens udstrækning afhængigt af det valgte/mulige behandlingstilbud.

Sygehuspsykiatrien har i nogle tilfælde specialiserede og i andre tilfælde mere generelle tilbud til angstpatienter. Udformningen og indholdet af de specialiserede tilbud er dog forskelligartede. Tilbudet i Århus er skitseret ud fra bestemte patientgrupper (angst og personlighedsforstyrrelser), mens tilbudet på Sct. Hans er designet ud fra en behandlingsform (kognitiv terapi). Dette kan i den videre udvikling af tilbudene være præget af de særlige kompetencer, som de ansatte terapeuter har udviklet. Derved indgår terapeuternes ideer og grundholdninger som dele af et grundlag for særtilbudenes drift og udvikling (herunder forskning) inden for området.

Ca. 90 % af de angstpatienter, som i vores undersøgelse er henvist til sygehuspsykiatrien, har fået et behandlingstilbud af sygehuset – specialiseret eller almenpsykiatrisk. Resten af angstpatienterne er henvist til *"anden behandling"*. De specialiserede tilbud i undersøgelsen kan i højere grad end almenpsykiatrien inkludere de patienter, der passer til deres tilbud, mens almenpsykiatrien må opfylde sin forpligtelse til at finde behandlingsmuligheder for et meget bredere spektrum af diagnoser.

Hos de to deltagende almenpsykiatriske tilbud var der i Roskilde Amt placeret et ansvar for denne særlige patientgruppe i Psykiatrisk Hospital Fjordens distriktpsykiatriske enhed Nord, mens der i Hillerød var lagt et ansvar på Ambulant psykiatrisk enhed Midt, som er placeret på Psykiatrisk Sygehus i Hillerød. I sidstnævnte tilfælde var dette tilbud til angstpatienter dog stort set ukendt for såvel praktiserende læge, praktiserende psykiater og praktiserende psykolog, da der åbenbart ikke havde været oplyst bredt om tilbudet i lokalområdet.

Flere interviewpersoner anførte, at der er visse begrænsninger for anvendelse af generaliserede retningslinier for behandling af personer, der lider af angst, da der ofte er tale om en diffus symptomatologi og diagnostik. Nogle af de interviewede tog derfor forbehold over for anvendelsen af protokolstyrede retningslinier ved behandlingen af angstlidelser, som blev omtalt som en mere diffus diagnosegruppe end for eksempel sukkersyge, hvor kliniske retningslinier er velegnede til at styre undersøgelse og behandling.

Det skal dog tilføjes, at der ved det specialiserede tilbud i Århus Amt er udarbejdet protokolstyrede forløb, og at der i det specialiserede tilbud på Sct. Hans arbejdes med et meget klart afgrænset sæt af behandlingsmetoder. Nogle af de privatpraktiserende læger giver udtryk for et ønske om at tilbyde de protokolstyrede forløb til deres patienter.

Forbindelsen til den kommunale sektor

Kompleksiteten af angstlidelsernes forløb viser, at nogle af patienternes behov bedst dækkes af tilbudene i den kommunale sektor. Her finder man nemlig nogle sociale tilbud (sygedagpenge, tilkendelse af pension, bostøtte). Ud fra et samfundsmæssigt perspektiv synes et samarbejde mellem sundhedsvæsen og den kommunale sektor, herunder socialpsykiatrien, oplagt.

I interviewene blev der efterspurgt et sådant samarbejde. Det blev i den forbindelse foreslået som mindstemål, at der blev udarbejdet retningslinier for "overleveringsaftaler", når patienten går fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien.

Udvikling af tværsektorielle patientforløb er fremtrædende i den somatiske del af sundhedsvæsenet, men ikke inden for psykiatrien. Det synes, som om de patienter, som de kommunale socialpsykiatriske tilbud primært er udviklet til, og dermed også de samarbejdsrelationer, der er opbygget til behandlingspsykiatrien, først og fremmest har været rettet mod patientgrupper og diagnoser, som er forbundet med en udadrettet og tendentielt støjende og/eller farlig adfærd – farlig for den sindslidende borger selv eller for andre. Kommunale tilbud til ikke-psykotiske og generelt mere 'stille' sindslidende, som lider af depression eller angst, har ikke været udbygget i samme omfang.

Hvilke patientgrupper behandles hvor?

Det kunne på forhånd synes naturligt, at der eksisterede en organiseret arbejdsdeling mellem de forskellige instanser, således at det mest omfattende tilbud – den tværfaglige sygehusbehandling – blev anvendt til de patienter, der har de alvorligste angstlidelser – og at der var en organiseret arbejdsdeling mellem privatpraktiserende psykiatere og psykologer samt de praktiserende læger, bestemt af angstlidelsens sværhedsgrad. I undersøgelsen fandt vi ikke noget entydigt billede af en sådan arbejdsdeling.

Vores formodninger blev delvis bekræftet og delvis afkræftet gennem interviewene. Der var en 'naturlig' tendens til, at sværhedsgraden af patienternes lidelser tiltog med øget specialiseringsgrad. Til gengæld var der ikke meget der tydede på, at denne arbejdsdeling var systematisk eller aftalt. Arbejdsdelingen synes primært at være opstået som følge af en evolutionær udvikling, hvor den øvrige udvikling i sygehuspsykiatrien – specielt fokuseringen på psykoser – har skabt det landskab, som arbejdsdelingen mellem de forskellige aktører har udviklet sig i.

Arbejdsdelingen synes således generelt at være, at de praktiserende læger behandler lettere angsttilstande, mens de praktiserende psykiatere behandler panikangst, generaliseret angst, fobier, hypokonder angst og OCD (tvangslidelser) af moderat sværhedsgrad.

De praktiserende psykologer behandler fobier, panikangst, generaliseret angst, angst/depression, og posttraumatisk stress af mild til moderat sværhedsgrad.

Sygehuspsykiatrien kan være specialiseret eller almen. Specialklinikken i Århus behandler OCD, panikangst, generaliseret angst og fobier i moderat til svær grad. Klinikken på Sct. Hans er specialiseret i dobbeltdiagnoser, men behandler oftest patienter med panikangst, socialangst og posttraumatisk stress syndrom hos patienter med let til middelsvær angst. Klinikken tilbyder et evidensbaseret – men individuelt tilpasset – korttidskursus, der beskrives som et alternativ til standardbehandling af angsttilstande. Undervisningen skræddersys til den enkelte, og forløber typisk over 14 dage. På de to almenpsykiatriske afdelinger behandles blandet angst/depression, generaliseret angst, fobier og panikangst af middel til svær karakter.

Generelt

Man forudsætter implicit, at patienten ikke er forhindret af sin angsttilstand i at opsøge sin praktiserende læge eller øvrige behandlingstilbud (nogle af disse patienter tør – som udgangspunkt – ikke gå ud af deres bolig og opsøger derfor ikke behandling). De opsøgende behandlingstilbud til denne patientgruppe er få, så en stor del af disse

patienter (der findes desværre ikke registre, der kan fortælle, hvor mange det drejer sig om) får ikke et behandlingstilbud i offentligt regi. Ifølge interviewene kan der ved nogle angstformer gå mange år før patienten bliver så syg, at det offentlige sundhedsvæsen kommer ind i billedet.

Terapiformer

Psykoterapien har generelt bevæget sig fra en psykodynamisk form med ofte langvarige behandlingsforløb til en hurtigere forløbende handlingsorienteret kognitiv terapi.

Vores undersøgelse afslørede, at aktørerne på det kognitive behandlingsfelt alle har gennemgået en bred vifte af efteruddannelser. Der findes dog ikke nogen databank med oplysninger om de enkelte terapeuters efteruddannelse – heller ikke på aggregeret niveau.

Sygehuspsykiatrien har forskellige vilkår:

Patienterne på specialklinikken i Århus er henvist af speciallæger i psykiatri, hvilket ikke er tilfældet på Sct. Hans, hvortil alle læger kan henvise. Udover patientbehandling har specialklinikkerne også en forpligtelse til forskning og undervisning både på grunduddannelser og videreuddannelser.

Der er metodefrihed for behandlerne, og den bruges i vid udstrækning. Der blev i interviewene peget på, at de praktiserende psykiatere var de første til at tage de kognitive terapiformer til sig. Det kan være begrundet i lægens ansvar for at følge den faglige udvikling i sit speciale, men praktiserende psykologer har også et "etisk kodeks", idet Dansk Psykolog Forening søger at sikre, at foreningens medlemmer arbejder på et videnskabeligt grundlag. Foreningen er således medforfatter af 'Ethiske principper for nordiske psykologer', hvori det bl.a. hedder: 'Psykologen er opmærksom på det professionelle og videnskabelige ansvar, han har for sine klienter og den organisation og det samfund, som han lever og arbejder i.' Med hensyn til forpligtelsen til løbende kompetenceudvikling hedder det videre: 'Psykologen arbejder i overensstemmelse med videnskabelige principper og underbygget erfaring, og tilstræber en løbende faglig udvikling. Psykologen tilegner sig viden om den videnskabelige og professionelle udvikling inden for sit arbejdsområde.'

Psykologerne er således også forpligtet til at arbejde på et videnskabeligt grundlag og til at søge løbende efteruddannelse med henblik på opdatering af viden og kompetencer.

Af interviewene blev det klart, at de praktiserende læger har en stor opgave i at holde en række patienter på sporet, indtil en relevant behandling kan iværksættes – og her skal det tages i betragtning, at den praktiserende læge har den brede sundhedsfaglige rolle i patientbehandlingen og ikke nødvendigvis ønsker at subspecialisere sig – selvom nogle har faglige særinteresser, der medfører, at de uddanner sig indenfor særlige felter. De praktiserende læger har sjældent fysiske rammer til at tilbyde gruppeterapi.

De privatpraktiserende psykologer i vores undersøgelse er universitetsuddannede. Som selvstændigt erhvervsdrivende uden en fast overenskomst med Sygesikringen, som praktiserende læger og speciallæger oftest har, varetager de både offentligt finansierede opgaver ved behandling af posttraumatiske tilstande, og yder behandling af betalende patienter. Tilbud om terapi synes ifølge interviewene delvis at variere med den enkeltes interesse og efterfølgende uddannelsesforløb. Nogle af de interviewede privatpraktiserende psykologer var meget fokuserede på den fysiske tilstandsform og arbejdet hermed, andre var fokuserede på bevidsthedens fokus og det at bibringe patienten redskaber fra den kognitive terapi.

Generelt har patienter med angstlidelser ofte brug for konfronterende og selvovervindende behandlingsformer. De privatpraktiserende terapeuter har ikke tid til at træne med patienterne i dagligdags gøremål, som for eksempel buskørsel eller indkøb, men må overlade disse opgaver til sygehuspsykiatrien. Derfor udføres disse terapiformer i sygehuspsykiatrien, hvor en tværfaglighed af behandlere netop har til opgave at træne patienterne i selvovervindende aktiviteter.

Protokolstyret behandling

Terapiformerne på klinikken i Århus er protokolstyrede, hvilket ikke er tilfældet på Sct. Hans, selvom de arbejder efter et evidensbaseret individuelt tilpasset koncept for korttidsterapi

Sygehuspsykiatrien kan i modsætning til de øvrige parter tilbyde behandling, hvor det tværfaglige aspekt er nødvendigt. Her arbejder medicinsk uddannede sammen med psykologuddannede og med medarbejdere med fysio- og ergoterapeutisk uddannelse. Det er indtrykket, at de steder hvor medarbejderne er overvejende medicinsk uddannede, arbejder man diagnoseorienteret, mens man i et behandlingsregi med overvægt af psykologer arbejder problemorienteret. I vores interviewundersøgelse talte psykologer og psykiatere dog stort set samme sprog.

Det forhold, at almenpsykiatrien modtager en anderledes uselekeret patientgruppe og betjener en meget bredere målgruppe, medfører, at der her er et mindre behov for at placere ressourcer i 'smalle' behandlingsinitiativer. Den distriktsopdelte psykiatri har et særligt ansvar for, at angstpatienterne ikke overses i forhold til den mere udadreagerende gruppe af psykotiske patienter.

Sygehuspsykiatrien skal varetage behandling af patienter med et tværfagligt behandlingsbehov, og den har en række faciliteter der muliggør gruppebehandling og andre specialiserede opgaver (træningsudstyr). Der tilbydes gruppeforløb og individuelle forløb eller en blanding. Forskellige terapeutiske perspektiver kan medføre, at behandlingen konkret udmønter sig forskelligt.

Af diskussion fremgik, at socialpsykiatriens og det kommunale områdes deltagelse i samarbejdet generelt er begrænset.

En særlig forskel inden for sygehuspsykiatrien bestod i, at specialafdelingerne i princippet er selvvisiterende, mens almenpsykiatrien modtager de patienter, der kommer. Tilsyneladende har dette dog kun lille effekt på omfanget af henviste patienter.

Interviewene viser, at der anvendes forskellige variationer af kognitiv terapi, i nogle tilfælde suppleret med medikamentel behandling (inkl. SSRI), kropsterapi og psykoedu-

kation. Det kan være individuelle forløb, gruppeforløb eller en blanding. Forløbene varierer i længde fra ca. fem sessioner til forløb over flere år. De kan være protokolstyrede eller ikke.

De medicinske uddannede psykoterapeuter har ret til at ordinere farmakologisk behandling – og er derfor også efterspurgt samarbejdspartnere for de psykologuddannede behandlere.

Betydning af at inkludere angstpatienter i sygehuspsykiatrien

Generelt kan man ved at oprette flere behandlingstilbud til angstpatienter i sygehuspsykiatrien styrke den præ- og postgraduate uddannelse af læger og psykologer, idet deres uddannelse hovedsagelig foregår i den sekundære sektor (sygehusvæsenet), som er det eneste sted, hvor de i uddannelsessammenhæng møder patienter med angst. Man kan frygte, at viden og erfaring med behandling af angstsygdomme går tabt for de kommende generationer af læger og psykologer, hvis de ikke møder et udvalg af angstpatienter under deres uddannelse.

Samtidig kan behandling af patienter med angstsygdomme medvirke til, at det bliver nemmere at rekruttere speciallæger til psykiatrien, idet angstpatienter med det rette behandlingstilbud ofte bliver raske eller væsentligt bedre fungerende end før de fik lidelsen. De kan for eksempel efter et (evt. kort) relevant forløb blive tilbageført fra sygerollen til arbejdsmarkedet. Selv om de ikke kommer i arbejde, bliver de måske i stand til selv at gå ud og købe ind, hvilket i forhold til udgangspunktet kan være en stor forbedring. Det kan være meget bekræftende for terapeuterne, at deres behandling giver så konkrete resultater – i sammenligning med behandling af psykotiske patienter, der som udgangspunkt sjældent har det samme helbredelsespotentiale.

Samarbejdsrelationer

Det overordnede indtryk fra vores undersøgelse er, at behandlingstilbudet til angstpatienterne er atomiseret. Aktørerne opfatter sig ikke som led i en behandlerkæde (netværk) – bortset fra den praktiserende læge. Situationen synes generelt at være præget af begrænset gensidigt kendskab til anvendelsen af behandlingsprincipper, og hvilke patienter man tager i behandling. Denne situation synes til gengæld ikke at være statisk, da der i mange tilfælde er peget på gode kommunikationsforhold på tværs mellem aktørerne. Forholdene er illustreret i Figur 4-1, som viser et netværk med alle behandlende parter, der viser de aktuelle forhold, som vi oplevede dem.

Patienter med tvangslidelser (OCD) har et stort behov for livslang behandling. Når de afsluttes fra specialtilbudene, mangler der praktiserende speciallæger og bostøtteordninger til at tage over – bl.a. for at forhindre tilbagefald.

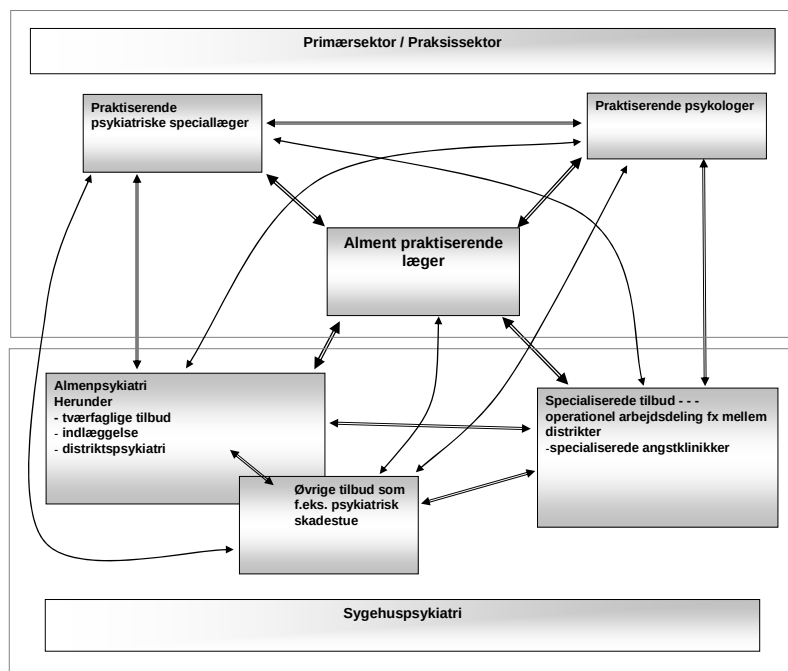
Alle interviewede er enige om, at deres viden om hinandens arbejde er for ringe. Løbende erfaringsudveksling sker kun sporadisk og er baseret på personlige initiativer. Det er op til den enkelte terapeut at opsøge ny viden, hvilket antyder spredningen af tilbud.

De formaliserede samarbejdsrelationer er bestemt af lokale forhold, for eksempel af samarbejdet mellem praksiskonsulent og sygehus.

Praktiserende psykologer er mere selvstændigt stillede i samarbejdsfeltet. De bliver sjældent informerede, hvis deres patienter bliver indlagt, men de finder dog ikke, at det er deres opgave at videregive oplysninger om patientbehandlingen. "Patienterne er voksne mennesker, og de kan selv formidle de oplysninger de ønsker". Det sker også, at

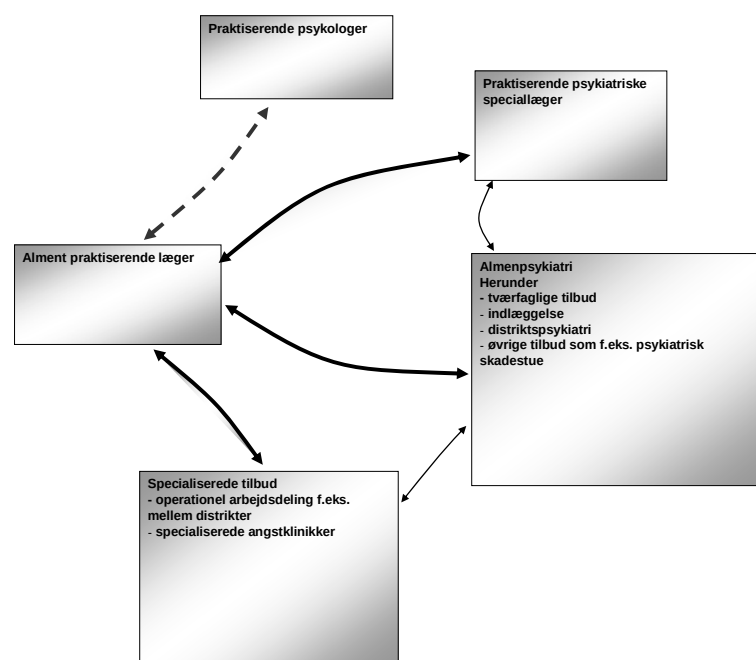
de praktiserende psykologer ikke får "deres patienter tilbage efter indlæggelse". Selv om de har haft et langt forudgående forløb, forbliver klienten som ambulant patient i sygehuspsykiatrien. Psykologernes samarbejde med de praktiserende læger indskrænker sig ofte til et parallellforløb, hvor patienten i en konkret arbejdsdeling får medicin hos egen læge og psykoterapi hos psykologen. I andre tilfælde oplyses dog om mere gensidige samarbejdsforhold. De praktiserende psykologer fremhæver, at "behandlingsalliancen" med patienten kommer i vejen for overgivelsesforretningen til andet regi.

Figur 4-1 Netværk af behandlere i den ideelle situation¹²



¹² ... forudsat at en situation med mange tværgående kontakter anses som ideel.

Figur 4-2 Sammenhængen i behandlernetværket, som det er fremgået af de gennemførte interviews



Interviewene peger på, at der er fordele og ulemper ved netværksdannelsen. Det er en fordel at samarbejde om den enkelte bruger, og generel erfaringsudveksling er en fordel. Det er en ulempe, at netværksdannelsen kan indsnævre behandlingsviften, og at klienten kan være modstander af for megen vidensudveksling. Alle aktører deltager i supervision, men det er karakteristisk, at supervisionsaktiviteterne i lokalområdet ikke er koordinerede. Supervisionen holdes ofte indenfor faggruppen, for eksempel kan en gruppe praktiserende læger være i supervision sammen. Selv om supervisoren har en anden faglig baggrund, evt. psykolog eller psykiater, så er der ikke nogen systematik i anvendelsen af supervision som et led i skabelsen af et lokalt behandlingsnetværk. I stedet synes supervisionen at være etableret efter mere arbitrære principper, efter hvem der er gode erfaringer med, eller hvem der har et tilbud. Dette mønster kan forklares ved, at man foretrækker at søge supervision sammen med kolleger med tilsvarende erfaring, men dette bevirker, at selve supervisionen ikke bliver en faglig løftestang på området.

Der findes imidlertid lokale uformelle samarbejdsrelationer. Det er indtrykket "at man føler sig helt tryk" ved at ringe til hinanden – forudsat man kender hinandens eksistens og tilbud. På den måde forekommer der ikke fagprofessionelle modsætningsforhold.

Det er typisk, at patienter, der har afsluttet specialtilbud, ender hos deres praktiserende læge, hvis der er behov for yderligere behandling – eller i nogle tilfælde har aftaler om "brush up" samtaler hos psykologer og psykiatere.

Ønsker til behandlingsindsats og organisering i fremtiden

Det centrale forhold i designet af denne undersøgelse har været den samtidige eksistens af specialtilbud til angstpatienter nogle steder og af generelle psykiatriske tilbud andre steder. Ved interviewene med deltagelse af repræsentanter fra den generelle sygehusbaserede psykiatri blev der for eksempel fra Fjorden peget på, at det kunne være nødvendigt at udvikle mere specialiserede tilbud. Det var dog samtidig holdningen, at denne specialisering så vidt muligt skulle ske inden for den eksisterende organisering af psykiatrien, evt. med opbygning af kompetencer inden for de distrikts-psykiatriske enheder.

Der er derfor nok enighed om nødvendigheden af specialisering, men det er uklart, hvordan specialiseringen skal indplaceres i den eksisterende organisering af tilbudene til patienterne med angstlidelser.

Ressourcer

Alle i vores undersøgelse ser et behov for allokering af flere ressourcer til at forbedring af tilbudene – både for at nedbringe ventetid og for at udvide eksisterende behandlingstilbud. I alle interview blev der også fremsat ønsker om at forbedre patienternes adgang til behandling. Alle ønsker lettere adgang til privatpraktiserende psykolog – altså at økonomien ikke står i vejen, hvis den praktiserende psykolog er det bedste behandlingstilbud.

Opgaveglidning

Der blev fremsat flere forslag til opgaveglidning inden for området. En praktiserende læge foreslog, at diagnosticeringen placeres andre steder end hos psykiaterne, da der er for lang ventetid på både diagnosticering og behandling. Andre kunne autoriseres til dette, for eksempel særligt trænede praktiserende læger eller psykologer.

Det blev i et interview foreslået at nedbringe ventelisterne ved at overføre ydernumre og overenskomst til kompetente og kvalificerede psykologer, som kan tilbyde for eksempel kognitiv terapi eller anden veldokumenteret behandling.

Et andet forslag til opgaveglidning omhandler behandlingen af socialfobi og panikangst, som om nogle år ikke længere vil kræve et specialtilbud, da kendskabet til behandlingsmetoderne er ved at blive udbredt til andre – bl.a. af specialklinikken.

Centrale kriterier for diagnose og behandling

I et interview blev det fra psykologside foreslået at anvende klarere og centralt fastsatte kriterier for diagnosticering og behandling. Forslaget gik ud på at anvende systematikken fra det medicinske system, hvor klarere regler for diagnosticering anvendes som et fælles arbejdsgrundlag. For at kunne indføre et sådant system kræves dog, at nogle tager ansvar for dette, og dette ansvar bør løftes af de centrale sundhedsmyndigheder.

Dette blev suppleret af *faciliterende ønsker* til, at kravene til indsatsen fremover peger på udviklingen af letanvendelige måleinstrumenter på angstfeltet og udvikling af protokoller for behandling. Fra en af specialafdelingerne tilbød man at udvikle og forsyne de praktiserende læger i området med et operationelt værktøj, et måleinstrument i lighed med hvad man bruger til at diagnosticere depressive patienter.

Som et argument mod centraliserede behandlingsprincipper var deltagerne fra specialafdelingerne uenige om brug af detaljerede protokoller for behandling af angstpatienter. Men deltagerne fra de almenpsykiatriske afdelinger og de praktiserende læger

ønsker protokoller, samtidigt med, at de almenpsykiatriske afdelinger ønsker oprettet flere specialtilbud.

Oplysningskampagner

Interviewdeltagernes holdning til oplysningskampagner om angstsygdomme er divergerende.

Holdninger til oplysningskampagner

Der er en risiko for at sygeliggøre almindelige menneskelige reaktioner, og terapeuterne kan aktivere et behov de ikke kan imødekomme. På den anden side kan patienter, der i årevis har lidt af angstsygdom (og lidt af skyldfølelser over ikke at "tage sig sammen"), få øje på, at der er hjælp at hente, hvis man rækker ud efter den.

Oplysningskampagner kan været rettet mod patienter (borgere) eller behandlere. Og her skelnede deltagerne klart. På den ene side ønsker man ikke sygeliggørelse af borgere, der har et naturligt element af angstreaktioner. På den anden side er man enige om, at der skal mere fokus på de patienter der lider af angst. En oplysningskampagne kan for eksempel sætte fokus på de patienter der lider af social fobi og derfor har undveget kontakt i mange år. Flere peger på, at disse patienter kan have været invalide i mange år, før de tilbydes/søger hjælp. Nogle angstilstande opfattes af patienterne som skamfulde, hvor de tror at andre mener at de ikke er i stand til at "tage sig sammen". Der er en tiltro til, at en del af disse patienter ville have gavn af oplysningskampagner. Et helt tredje aspekt omhandler kapacitetsproblemer, idet oplysningskampagner kan skabe behov, som ikke kan efterkommes.

Integration af sektorer og terapeuter

En inklusion af de liberale erhverv i den offentlige sektor blev generelt afvist. Ingen af de privatpraktiserende deltagere ønsker at blive inddraget i det offentlige sundhedsvæsen "Det er godt at være herre i eget hus". De vil dog meget gerne øge samarbejdet. (Alle udtrykte tilfredshed med at deltage i vores fokussession, hvor de fik mere at vide om hinandens arbejde.)

Med hensyn til samarbejde i større *lægehuse* er holdningerne forskellige. Nogle af de praktiserende læger vil gerne sidde i samme hus som psykologer og psykiatere – "så er det lettere at tage kontakt". Andre vil føle sig begrænsede, da de vil føle, at de er nødt til at henvise patienter til den specialist, de sidder "i hus med".

En af deltagerne foreslog, at ventetiden på et relevant tilbud kan nedbringes, hvis der i områder blev oprettet en *centralvisitation* eller blev foretaget en central diagnostisk afklaring. "Det ville forenkle og forbedre behandlingskæden." Det ville samtidig forbedre mulighederne for at foretage en systematisk arbejdsdeling og vidensformidling med anvendelse af ensartede eller i det mindste afstemte kriterier for behandlingsindsatsen. Hertil foreslår en af de praktiserende psykiatere, at han kan varetage denne funktion, hvis det på henvisningen fra den praktiserende læge står, at det er til "diagnostisk afklaring".

En overlæge kunne tænke sig, at der blev oprettet en "direkte linie", som de praktiserende læger kunne bruge eller en form for "bagvagtfunktion" for de praktiserende

læger". Denne integration af systemerne lå også i et forslag fra en praktiserende psykiater, der pegede på at de praktiserende psykiatere blev overflyttet til sygehusregi og på denne måde kunne deltage i den faglige udvikling inde for faget. Dette kunne kombineres med den eksisterende aktivitetsbaserede honorarform.

Som et eksempel på tiltag til øget kommunikation blev der peget på en nylig ændring af de psykiatriske speciallægers overenskomst, hvorefter de kan honoreres for at give praktiserende læger telefonisk rådgivning i forhold til specifikke patienter (og med dennes samtykke forstås).

En anden deltager foreslog øget uddannelse af de praktiserende læger, et bedre samarbejde indenfor feltet samt bedre organisering af behandlingen "patienten skal have den behandling der virker". En centraliseret kultur med en entydig ansvarsplacering kan være hensigtsmæssig på nogle punkter. "Nogen må være ansvarlig for det samlede behandlingstilbud".

Med hensyn til samarbejdsforholdene blev der fra nogle sider peget på, at erfaringerne med 'rundbordssamtaler' eller 'fælles vurderinger' burde udbredes til hele landet, således at kommunikationen mellem patient og repræsentanter for de involverede sektorer forbedres og gøres overskuelig.

5. Økonomiske aspekter

Dette kapitel beskriver omkostningerne forbundet med angstsygdomme samt økonomiske konsekvenser af en ændret indsats overfor patientgruppen. Der anlægges et bredt samfundsøkonomisk perspektiv, omfattende både sundhedssektor, arbejdsevne og udgifter til overførselsindkomster.

Kapitlet er hovedsageligt baseret på udenlandske undersøgelser, da der ikke findes danske opgørelser af angstpatienters ressourceforbrug eller danske undersøgelser af de økonomiske konsekvenser af en ændret indsats.

Samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med angstsygdomme

Patienter med angstsygdomme medfører store samfundsmæssige omkostninger (6-12). De direkte omkostninger knyttet til sygdommen omfatter psykiatriske og ikke-psykiatriske lægekonsultationer, indlæggelser, skadestuebesøg og medicinudgifter. Derudover vil der være indirekte omkostninger i form af et samfundsmæssigt produktionsstab som følge af sygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet.

En række udenlandske studier (hovedsageligt gennemført i USA) har beskæftiget sig med de samfundsmæssige og sociale omkostninger knyttet til angsttilstande. I en registerundersøgelse (13) omfattende patienter i beskæftigelse opgøres det således, at de årlige omkostninger (direkte såvel som indirekte) for patienter med angstsygdomme i gennemsnit er ca. 2.000 \$ - eller 25 % - højere end omkostningerne for en kontrolgruppe. Et andet studie (12) opgør med udgangspunkt i patienter tilknyttet en HMO¹³, at angst- og depressionspatienters forbrug af sundhedsydelser (dvs. kun direkte omkostninger) i gennemsnit er knap 60 % højere end for patienter uden depression eller angst.

En undersøgelse af Marciniak et al (13) viser, at patienter med angstsygdomme har en højere hyppighed af kontakter til en lang række specialister end andre patienter. Det drejer sig f.eks. om:

- ◆ psykiatere
- ◆ psykologer
- ◆ kardiologer
- ◆ neurologer
- ◆ urologer
- ◆ reumatologer.

¹³ HMO (Health Maintenance Organisation). En forsikringsordning hvor de sikrede mod en fast præmie får betalt alle sundhedsydelser.

Ikke blot har gruppen en højere forekomst af kontakt, men også et højere gennemsnitligt antal besøg. Gruppen har derimod ikke et højere forbrug af ydelser inden for specialer som gynækologi og dermatologi. Undersøgelsen viser også, at angstpatienter har et højere forbrug af skadestuebesøg, indlæggelser og sengedage.

Tabel 5.1 viser de beregnede direkte og indirekte omkostninger for henholdsvis angstpatienter og en matched kontrolgruppe opgjort i Marciniac et al's studie (13). Tabellen viser, at forskellen imellem de to gruppers omkostninger er størst for så vidt angår ambulante ydelser inkl. ydelser i primærsektoren samt medicinudgifter. Forskellen mellem forbrug af indlæggelser (både somatiske og psykiatriske) er begrænset og i øvrigt hverken økonomisk eller statistisk signifikant.

Tabel 5.1 Gennemsnitlige direkte og indirekte omkostninger for hhv. angstpatienter og en kontrolgruppe tilknyttet en HMO. Opgjort over en 1-årig periode i US\$

	Angstpatienter (N=1917)	Kontrolgruppe (N=1917)
Omkostninger i US\$		
Direkte omkostninger:		
- ambulante ydelser og ydelser i primærsektor	2.552	1.644
- indlæggelser	718	509
- medicin mm.	1.118	680
Direkte omkostninger i alt	4.388	2.833
Indirekte omkostninger (diverse fravær fra arbejdspladsen)	7.393	6.027
Totale omkostninger	11.781	8.860

Kilde: Tabellen er baseret på (13).

Andre undersøgelser har bekræftet, at angstpatienter er storforbrugere af ydelser i praksissektoren. En analyse af en stikprøve af patienter med mere end 15 kontakter til en lægeklinik viste, at 40 % og 21 % af patienterne havde generel angsttilstand hhv. paniktilstand (10).

Et studie (8) opgør de samlede omkostninger i forbindelse med angstpatienter fordelt på forskellige omkostningskategorier. Opgørelsen er gengivet i Figur 5-1, der viser, at omkostningerne i den ikke-psykiatriske del af sundhedsvæsenet er større end omkostningerne til psykiatrisk behandling. Dette bekræftes af en anden undersøgelse (12), der fandt, at udgifter til psykiatrisk behandling udgjorde under 10 % af de samlede behandlingsomkostninger. Årsagen til det store forbrug af ydelser i det somatiske sundhedsvæsen skal søges i fejl og underdiagnosticering af patientgruppen (9). Uforklarlige somatiske symptomer er et velkendt fænomen inden for psykiatriske lidelser, og de giver anledning til en række unødvendige undersøgelser. Pludselige anfald af paniktilstande kan for eksempel give sig udtryk i symptomer som bryst smerter, åndenød mm., der kan minde om en akut kardiovaskulær krise, der igen kan føre til dyre diagnostiske undersøgelser (9).

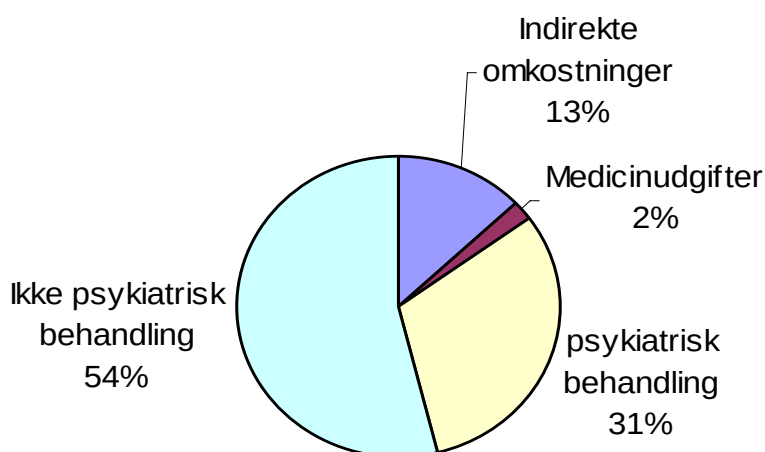
Marciniacs (13) undersøgelse viser, at patienter med angsttilstande har et signifikant højere antal fraværsdage end en kontrolgruppe, og i henhold til Greenberg (8), se Figur 5-1, udgør de indirekte omkostninger som følge af overdødelighed (selvmord), øget fravær eller reduceret produktivitet i arbejdstiden 13 % af de samlede omkostninger¹⁴. I

¹⁴ Opgjort ved hjælp af human kapital metoden, hvor produktionstabe opgøres som nutidsværdien af alle fremtidige produktions tab for de personer, som permanent udgår af arbejdsstyrken

et andet studie (7), som ikke blot medregner midlertidige fraværsperioder af kortere eller længere tid, men også de indirekte omkostninger som følge af permanent udstødning af arbejdsmarkedet¹⁵, udgør de indirekte omkostninger en væsentlig større andel af de samlede omkostninger, nemlig 73 %.

Udover de direkte og indirekte omkostninger har angsttilstande væsentlige omkostninger i form af *sociale begivenheder*. Dette illustreres af en undersøgelse (14) baseret på en stikprøve på 18.571 personer i alderen 18-64 år. Undersøgelsen viser, at mens 20 % af de mandlige personer uden en angstdiagnose var uden beskæftigelse på interviewtidspunktet, var det tilsvarende antal for mænd med fobisk angst 36 %, for mænd med OCD 45 % og for mænd med panikangst 60 %. Undersøgelsen opgjorde desuden, i hvilket omfang personerne i stikprøven havde søgt hjælp til følelsesmæssige eller misbrugsproblemer (narkotika eller alkohol) i det psykiatriske sundhedssystem, hos praktiserende læge eller skadestue inden for en periode på 6 måneder. Generelt viste det sig, at mens under 10 % af patienterne uden angsttilstand havde søgt en eller anden form for hjælp, var det tilsvarende antal for patienter med angst ca. 60 %. Det var især i det psykiatriske sundhedssystem og i almen praksis, at angstpatienterne søgte hjælp. Undersøgelsen viste, at der var en højere forekomst af misbrugere blandt – især mandlige – angstpatienter end blandt øvrige personer. Udover de nævnte sociale begivenheder vil der være omkostninger i form af for eksempel skilsmisser og forringede karrieremuligheder, ligesom der vil være omkostninger for pårørende (15).

Figur 5-1 Fordeling af omkostninger i forbindelse med angstsygdomme. USA 1990



Kilde: (8)

Sammenfattende viser de udenlandske undersøgelser, at patienter med angstsygdomme medfører betydelige samfundsmæssige omkostninger. Behandlingsomkostningerne

¹⁵ Se note 8.

forekommer ikke blot i det psykiatriske sundhedssystem, men – på grund af fejl- eller underdiagnosticering af patientgruppen – i endnu højere grad i det somatiske sundhedssystem. Angstpatienter har en lavere produktivitet bl.a. på grund af øget sygefravær, og sygdommen kan medføre permanent udstødning fra arbejdsmarkedet. Samfundsmæssigt indebærer den lavere produktivitet indirekte omkostninger i form af produktionstab, og – set fra de offentlige kasser – udgifter til sociale ydelser som f.eks. syge- og arbejdsløshedsdagpenge samt sociale pensioner.

Samfundsmæssige omkostninger i dansk sammenhæng

Der er ikke fundet undersøgelser af de samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med angstpatienter i dansk regi. Et udtræk fra sundhedsstyrelsens patientregistre omfattende psykiatriske sygehuse og psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse i 2004 viser, at patienter med angstdiagnoser i 2004 havde 927 indlæggelser med i alt 18.437 sengedage, se Tabel 4.1. Patienter med angstdiagnoser havde i 2004 desuden i alt 33.096 ambulante besøg. Set i forhold til det samlede sygehusforbrug for psykiatriske patienter (opgjort som aktiviteten på psykiatriske sygehuse plus patienter med psykiatriske lidelser på somatiske afdelinger¹⁶ havde patienterne dog en begrænset del af forbruget, nemlig 2 % af indlæggelserne, 1 % af sengedagene og 4 % af de ambulante besøg.

Der findes ikke offentliggjorte opgørelser af omkostningerne pr. indlæggelse eller ambulant besøg for patienter med angstdiagnoser¹⁷. I et pilotstudie, gennemført på en almen psykiatrisk afdeling, har man imidlertid estimeret en gennemsnitlig omkostning pr. sengedag til ca. 2.500 kr., og en gennemsnitlig omkostning pr. ambulant besøg til ca. 1.900 kr. (gennemsnit for alle afdelingens patienter). Med udgangspunkt i disse opgørelser kan udgifterne i sygehusvæsenet til angstpatienter opgøres til i alt 108 mill. kr., jf. Tabel 5.2.

Tabel 5.2 Omkostninger i forbindelse med angstpatienters forbrug af sengedage og ambulante besøg på psykiatriske og somatiske sygehuse. 2004

Aktivitet	Antal	Omkostning pr. aktivitetseenhed i kr.	Omkostning i alt i kr.
Sengedage	18.437	2.500	46.092.500
Ambulante besøg	34.027	1.900	66.551.300
I alt			112.643.800

Kilde: Landspatientregisteret 2004.

Opgørelsen i Tabel 5.2 indeholder formentlig kun en meget begrænset del af omkostningerne knyttet til angstpatienter.

Gennemgangen af de udenlandske undersøgelser viste således, at patientgruppen sammenlignet med andre grupper har et merforbrug inden for en række somatiske specialer. Dette, sammen med det forhold at patientgruppen formentlig er underdiagnosticeret (15), indikerer, at det reelle sygehusforbrug formentlig er større end det, der fremkommer, når man alene ser på patienter med en registreret angstdiagnose. Hertil kommer patientgruppens forbrug af skadestuebesøg, som det ikke er muligt at opgøre.

¹⁶ Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsstyrelsen.

¹⁷ DRG-takster for psykiatriske patienter vil foreligge til brug fra 2007.

Forbrug af ydelser i sygehusvæsenet udgør imidlertid kun en del af de direkte omkostninger i forbindelse med angstpatienter. De udenlandske undersøgelser viser, at størstedelen af ydelserne til angstpatienter gives i primærsektoren, ikke mindst hos praktiserende læge, hvortil kommer behandling hos praktiserende psykolog og praktiserende psykiater. Det er imidlertid ikke muligt at opgøre dette forbrug, da sygesikringsregisteret ikke indeholder data, der kan afgrænse angstpatienters forbrug af ydelser.

Til en opgørelse af de samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med angstpatienter hører også omkostningerne forbundet med behandling på det "grå marked", og omkostninger som bæres af patienten og/eller dennes pårørende.

Det er ikke muligt at opgøre de indirekte omkostninger, da omfanget af sygefravær eller arbejdsløshed begrundet i angstsygdomme ikke kendes, ligesom det ikke er muligt at opgøre udgifterne til f.eks. dagpenge eller førtidspension, der er en følge af dette fravær.

Konsekvenser af en ændret behandlingsindsats overfor angstpatienter

De betydelige samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med angstpatienter og det forhold, at en stor del af omkostningerne tilsyneladende skyldes, at gruppen mangler behandlingsmuligheder eller er under- eller fejldiagnosticeret, indikerer, at der potentielt kunne være samfundsmæssige gevinster ved at forbedre indsatsen overfor patientgruppen.

Det antages derfor, at omkostningerne forbundet med en øget behandlingsindsats, herunder en forbedret diagnosticering, ikke alene vil resultere i en sundhedsmæssig gevinst for patienterne, men også i et eller andet omfang vil blive modsvaret af afledte besparelser i andre dele af sundhedsvæsenet. Dette forudsætter imidlertid, at der findes omkostningseffektive behandlingstilbud til patientgruppen.

Et studie gennemført i USA har undersøgt omkostnings-effektiviteten ved en tværfaglig intervention overfor patienter med panikangst, der behandles i primærsektoren (16). Interventionen, der bestod af patientuddannelse og psykiaterbistand til praktiserende læge, blev sammenlignet med sædvanlig behandling hos praktiserende læge. Det tværfaglige bestod i, at der i patientforløbet var integreret ca. to besøg hos psykiater, bl.a. med henblik på at bistå den praktiserende læge med medicineringen. Behandlingseffekten er målt som antal angstfridage (AFD), og omkostningsberegningen omfattede udover interventionsomkostningerne ændringer i forbruget af ydelser i sundhedsvæsenet. Undersøgelsen viser, at patienter, der har fået den tværfaglige behandling, i gennemsnit har et samlet mindre forbrug af sundhedsydelser svarende til 4 US\$ pr. opnået AFD. Ved indregning af usikkerheder fandt man, at der var 70 % sandsynlighed for, at den tværfaglige behandling ville være dominerende i forhold til sædvanlig behandling i almen praksis, dvs. have større effekt, samtidig med at den medfører en reduktion i omkostningerne.

En undersøgelse gennemført i Australien analyserer omkostnings-effektiviteten af en ændret behandlingsindsats over for patienter med angsttilstande (17). Undersøgelsen beregner konsekvenserne af en ændring fra nuværende behandling til en optimal behandling baseret på eksisterende evidens for den mest effektive behandling for forskellige kategorier af angstpatienter. Undersøgelsen er baseret på et stort epidemio-

logisk survey om forekomst af psykiatriske tilstande og forbrug af sundhedsydelser¹⁸. Den optimale behandling består af psykologisk og/eller medicinsk behandling samt for visse patienter med mild tilstand computerbaserede selvhjælpsprogrammer. Nuværende behandling omfatter alle eksisterende kontakter til sundhedsvæsenet. Effekten af behandlingsændringen er målt i antal undgåede YLD (Years Lived with Disability) og er beregnet på grundlag af metastudier af effekten af de forskellige behandlingsstrategier (18). De omkostningsmæssige konsekvenser er målt som forskellen i nuværende behandlingsomkostninger og omkostningerne ved optimal behandling multipliceret med restlevetiden. Tabel 5.3 viser de beregnede nuværende behandlingsomkostninger sammenlignet med omkostningerne i forbindelse med den optimale behandling opgjort over en 12 måneders behandlingsperiode. Det ses her, at en ændring fra nuværende behandling til optimal behandling ifølge de gennemførte beregninger vil medføre en forbedring af omkostningseffektiviteten, idet omkostningerne pr. undgået YLD vil falde fra 15.184 AU\$ til 9.130 AU\$. Den forbedrede omkostningseffektivitet opnås med brug af uændrede eller lidt lavere behandlingsomkostninger pr. patient. Ser man på behandlingsomkostningernes sammensætning, vil omlægningen for tre af de fire angsttilstande medføre en stigning i behandlingsudgifterne i det psykiatriske sundhedsvæsen, men til gengæld en reduktion i behandlingsomkostningerne i det somatiske sundhedsvæsen.

Forfatterne gør opmærksom på, at modelberegninger, som de her gennemførte, altid vil være behæftet med betydelig usikkerhed, da de er baseret på en række antagelser. Endvidere vil den indregnede ideelle behandlingseffekt, baseret på kliniske forsøg, formentlig overvurdere den behandlingseffekt, der vil blive opnået i praksis. Derfor vil beregningen af antal undgåede YLD være overestimeret, både for nuværende og optimal behandling. Til gengæld har modelberegningerne ikke medtaget de indirekte omkostninger og dermed de besparelser, der følger af et mindre fravær og lavere udstødning fra arbejdsmarkedet.

De gennemgåede studier er eksempler på, hvordan behandlingsændringer rettet mod personer med angstsygdomme kan medføre betydeligt bedre behandlingsresultater, samtidig med at de øgede behandlingsomkostninger opvejes af besparelser andre steder i sundhedsvæsenet. Det må dog understreges, at de gennemførte studier er foretaget i udlandet og derfor afspejler behandlingsindsats og omkostninger i de respektive lande. Resultaterne kan derfor ikke umiddelbart overføres til danske forhold.

Økonomiske konsekvenser af en ændret indsats i dansk regi

I det følgende diskuteres mulige samfundsøkonomiske konsekvenser af en ændret indsats over for angstpatienter i det danske sundhedsvæsen. De økonomiske konsekvenser vil bestå i ændringer i de direkte driftsomkostninger knyttet til den pågældende behandlingsindsats. Derudover vil de økonomiske konsekvenser bestå af eventuelle afledte økonomiske konsekvenser, for eksempel besparelser andre steder i sundhedsvæsenet. Endelig kan der være tale om indirekte økonomiske konsekvenser i form af øget produktivitet og dermed sparede sociale udgifter.

¹⁸ Australian Mental Health Survey.

Direkte omkostninger

Behandling af angstsygdomme sker i dag flere forskellige steder i sundhedsvæsenet. I det primære sundhedsvæsen kan behandlingen ske hos praktiserende læge, praktiserende psykiater og i visse tilfælde hos praktiserende psykolog. I sygehusvæsenet kan behandlingen foregå på alment psykiatriske afdelinger eller i tilbud som er specifikke for patientgruppen.

De direkte meromkostninger ved en øget indsats overfor angstpatienter i Danmark vil afhænge af den planlagte indsats. Omkostningerne vil afhænge dels af behandlingssted (sygehusregi eller primærsektor), dels af behandlingsform (samtaletterapi, medicinsk behandling eller en kombination), dels af terapiform (gruppe eller individuel). Endvidere vil omkostningerne afhænge af, hvor stor udvidelse der er tale om. Da den relevante behandling for den individuelle patient vil afhænge af den konkrete type af angstsygdom og en vurdering af alvorligheden af tilstanden, vil en udbygning formentlig skulle bestå af en kombination af forskellige tilbud. I det følgende vises derfor nogle eksempler på behandlingsomkostninger i forskellige behandlingsregi.

Omkostningerne i forbindelse med behandling i *primærsektoren* kan belyses ved hjælp af sygesikringstakster. I Tabel 5.4 er vist forskellige eksempler på sygesikringstakster. Ved sammenligning af honorarerne bør der tages højde for, at det er forskellige ydelser, der tilbydes i de tre behandlingsregier, og at ydelserne retter sig mod forskellige patientkategorier¹⁹. Det skal bemærkes, at der ved behandling hos praktiserende psykolog vil være en egenbetaling.

Nedenstående præsenteres videre nogle eksempler på behandlingsomkostninger på eksisterende tilbud i *sygehusregi*. Det skal pointeres, at der er tale om eksempler, og at omkostningerne helt vil afhænge af, hvilket behandlingstilbud der konkret er tale om, herunder hvilken normering der er i den pågældende institution.

En måde at belyse omkostningerne ved øget behandlingsindsats i sygehusregi er at analysere omkostningerne ved drift af en egentlig angstklinik. Tabel 5.5 viser således driftsudgifterne ved en angstklinik bestående af en 5-døgns afdeling med plads til 18 patienter og af et ambulatorium med plads til 75-100 patienter. Klinikken tilbyder såvel gruppeterapi som individuel terapi, ligesom klinikken tilbyder fysisk træning.

¹⁹ Ydelseshonoraret hos praktiserende læge suppleres desuden med et fast beløb pr. patient tilmeldt den pågældende læge.

Tabel 5.3 Omkostninger og effekt ved nuværende og optimal behandling af fire angsttilstande i Australien. Opgjort over 12 måneder

	Psykiatriske sundheds- ydelser	Somatiske sundheds- ydelser	Medicin	Alle omkost- ninger pr. patient	AUD/ YLD undgået
Panikangst (N=68.754)					
Nuværende behandling	449	195	543	1.187	34.389
Optimal behandling	526	32	395	953	19.820
Social fobi (N= 43.071)					
Nuværende behandling	755	79	179	1.013	17.218
Optimal behandling	390	37	341	768	8.531
Generaliseret Angst (N=141.333)					
Nuværende behandling	438	208	148	794	7.761
Optimal behandling	663	29	145	837	5.048
Post Traumatisk Stress (N=129.211)					
Nuværende behandling	624	207	393	1.224	23.656
Optimal behandling	738	26	390	1.154	15.728
Samtlige angsttilfælde (N=382.189)					
Nuværende behandling				1.035	15.184
Optimal behandling				957	9.130

Kilde: Beregnet på grundlag af (17).

Note: YLD (Years lived with disability) et mål for antal år levet med sygdom.

Tabel 5.4 Eksempler på honorering i sygesikringsregi. Takster gældende fra 1. oktober 2005

Behandler	Ydelse	Honorar, kr.
Praktiserende læge (Grp. 1 sikrede ptt.)	Konsultation	108,05
Praktiserende psykiater	1. og 2. konsultation	638,40
	Senere konsultation	404,27
Praktiserende psykolog		
Individuel 1. konsultation	- sygesikrings andel	447,63
	- patientens andel	298,00
Individuel 2. og efterfølgende konsultation	- sygesikrings andel	389,36
	- patientens andel	259,00

Kilde: Sygesikringen.

Til klinikkerne er knyttet følgende personalekategorier: læge, psykolog, sygeplejerske, plejer, socialrådgiver, ergoterapeut, lægesekretær og sygeplejeseekretær. I opgørelsen i Tabel 5.5 indgår ikke afdelingens andel af sygehusets fællesomkostninger.

Tabel 5.5 Driftsudgifter for angst- og depressionsklinik, bestående af 5-døgnsafsnit og ambulatorium. Regnskab 2005. (1.000 kr.)

	5-døgnsafsnit	Ambulatorium
Løn	4.995	2.825
Medicin	132	
Øvrige driftsomkostninger	120	28
Driftsudgifter i alt	5.247	2.853

Note: 5-døgnsafsnittet er normeret til 18 patienter. Ambulatoriet har plads til 75-100 patienter.

Kilde: Personlige oplysninger.

Af de i alt 5.822 sengedage, der i 2005 fandt sted på 5-døgnsafsnittet, vedrørte de 1.463 - eller ca. 25 % - patienter med en angstdiagnose. Og af de i alt 3.429 ambulante besøg der fandt sted i ambulatoriet, vedrørte de 715 - eller ca. 20 % - patienter med en angstdiagnose. En grov gennemsnitsberegning viser, at gennemsnitsudgiften pr. sengedag i 5-døgnsafsnittet udgjorde 900 kr., mens gennemsnitsomkostningerne pr. ambulant besøg udgjorde 832 kr.

I et andet ambulant tilbud i sygehusregi, hvor en stor del af patienterne er angstpatienter, er udgiften pr. patient tilknyttet klinikken beregnet til 7.535 kr., mens udgiften pr. besøg er på 682 kr. Opgørelsen er inkl. fællesomkostninger.

Eksemplerne viser, at der tilsyneladende er variation i omkostningerne til de eksisterende tilbud til angstpatienter i sygehusregi. Det har ikke været muligt inden for projektets rammer at analysere årsagerne til disse variationer, men det antages, at de, udover forskelle i opgørelsesmetoder, afspejler variationer i de behandlingstilbud der gives til patienterne på de forskellige afdelinger, for eksempel begrundet i at tilbudene retter sig mod forskellige grupper af patienter.

Meromkostningerne ved en udbygning af tilbudene til angstpatienter i sygehusregi vil også afhænge af, i hvilket omfang tilbudet kan rummes inden for eksisterende kapacitet – bygningsmæssigt og personalemæssigt. Hvis den eksisterende læge- og sygeplejekapacitet er fuldt udnyttet, vil en udvidelse af tilbudene som minimum omfatte lønudgifter til disse personalekategorier. Hvis eksisterende fysiske rammer er fuldt udnyttet, vil der desuden være øgede driftsudgifter i form af ejendomsudgifter inkl. udgifter til rengøring, vedligeholdelse, el og varme.

Hertil kommer *etableringsudgifter* f.eks. til anskaffelser og indretning – evt. nybygning – af lokaler. Med til etableringsudgifterne i forbindelse med et udvidet tilbud hører f.eks. tidsforbrug til ansættelse af yderligere personale. Et eksempel på beregning af omkostninger ved etablering af et konkret tilbud til psykiatriske patienter findes i DSI-rapport 2004.10 "Sammenhæng i tilbudene til psykisk syge" (19).

Afledte konsekvenser

De udenlandske undersøgelser viser, at etablering af effektive behandlingsstrategier resulterer i afledte besparelser andre steder i sundhedsvæsenet. De afledte besparelser er af en størrelsesorden, der kan overstige omkostningerne ved den udvidede behandlingsindsats. Også i dansk regi må det forventes, at omkostningerne ved en øget indsats over for patientgruppen vil blive modsvaret af besparelser, men om det kan forventes, at de helt eller delvist vil overstige omkostningerne ved den øgede indsats, må undersøges nærmere. Vi ved således, at der ofte er ventetid på behandling, og at praktiserende læge udfylder denne ventetid med "brandslukning" (korte ugentlige kontakter).

Andre ydelser i løbet af denne ventetid kunne f.eks. være skadestuebesøg. En udvidelse af tilbudene i sygehusregi og dermed en afkortelse af ventetiden, vil således medføre en reduktion i udgifterne til disse ydelser.

Endelig kan der være tale om afledte effekter i form af en samfundsmæssig produktionsgevinst som følge af et reduceret fravær fra arbejdsmarkedet. Men da patientgruppens forbrug af sundhedsydelser eller fravær ikke kendes, er det ikke muligt at estimere omfanget af disse konsekvenser.

Nogle kasseøkonomiske betragtninger

Ovenstående diskussion af nogle mulige økonomiske konsekvenser af et udvidet tilbud til patienter med angstsygdomme har været gennemført ud fra et samfundsmæssigt perspektiv. Omkostningerne har omfattet alle omkostninger, uanset hvem de har berørt. Et sådan analyse kan suppleres med en analyse i et kasseøkonomisk perspektiv, der belyser de økonomiske konsekvenser for forskellige interessenter.

Når det drejer sig om indsatsen over for angstpatienter, berøres mange forskellige kasser: amterne/regionerne, kommunerne, staten, patienten og arbejdsgiveren. Amtsperspektivet kan yderligere opsplittes i det somatiske sygehusvæsen, det psykiatriske sygehusvæsen og sygesikringen.

En øget indsats over for angstpatienter vil – afhængigt af det konkrete indhold af indsatsen – medføre direkte udgifter for det psykiatriske sygehusvæsen og for sygesikringen. I det omfang indsatsen finder sted i form af behandling hos psykolog, vil der desuden være tale om udgifter for patienten og dennes pårørende. De afledte besparelser vil derimod i vidt omfang forekomme i det somatiske sygehusvæsen samt i et vist omfang sygesikringen (evt. færre besøg hos praktiserende læger).

Reduceret fravær og reduceret udstødning fra arbejdsmarkedet vil medføre besparelser i de sociale omkostninger i form af for eksempel reducerede udgifter til arbejdsløshedsdagpenge, kontanthjælp og førtidspension, dvs. berøre staten og kommunerne. Desuden vil der være en gevinst for arbejdsgiverne i form af øget produktion og evt. færre udgifter til sygedagpenge eller vikarudgifter.

Set fra patientens synspunkt vil den afledte konsekvens først og fremmest være en forbedret livskvalitet. Derudover vil der, i det omfang fravær fra arbejdet reduceres, være afledte økonomiske konsekvenser svarende til forskellen mellem de sociale ydelser og lønindtægten, ligesom der kan være besparelser i patienternes/pårørendes udgifter til behandling på det grå marked.

6. Diskussion og anbefalinger

I 2004 var i alt 927 patienter indlagt i 18.438 dage med en angstdiagnose. Samme år havde 5.047 patienter med angstdiagnose i alt 34.027 ambulante sygehusbesøg.

Overfører vi resultaterne af en engelsk undersøgelse til danske forhold, vil 350.000 personer i Danmark lide af generel angst, panikangst og tvangstanker, og 280.000 lide af angst i forbindelse med depression. Vi må derfor konstatere, at det kun er en lille del af den samlede gruppe af angstpatienter, der er i kontakt med sygehusvæsenet. Mange patienter er i behandling i almen- eller speciallægepraksis eller hos praktiserende psykolog, men de registreres ikke samlet. Det efterlader en stor gruppe angstpatienter med behandlingsbehov, der ikke opfyldes.

Vores undersøgelse er kvantitativt set meget begrænset – informationer fra fire udvalgte cases – og vi kan derfor ikke generalisere vores konklusioner. Ud fra de afholdte interview tegner der sig alligevel et relativt afklaret billede af behandlingstilbudene til angstpatienter.

Sammenhængende indsats

Vores tese, om at mange behandlingskrævende patienter vil føre til en omfattende og sammenhængende indsats med en vifte af midler til tidlig opsporing og behandling, har vi ikke kunnet bekræfte. Der findes ikke nogen samlet plan for, hvordan diagnosticering og behandling bør være organiseret, uanset at alle involverede er enige om, at tidlig diagnosticering og behandling er vigtig. En medvirkende faktor kan være, at diagnosen kan være vanskelig at stille, og at mange af angstpatienterne har dobbeltdiagnoser (for eksempel personlighedsforstyrrelse og misbrug). Den praktiserende læge er normalt adgangsporten til behandling for angstlidelser, og de deltagende praktiserende læger understreger i interviewene, at der kan forløbe en række konsultationer, før man sporer sig ind på den rigtige diagnose. De efterlyser i den forbindelse måleinstrumenter i lighed med dem, de bruger til at diagnosticere patienter med depression. Der findes ikke et velorganiseret ensartet behandlingstilbud, der så langt det er muligt bygger på evidens (og sund fornuft for resten). Der er i stedet tale om et atomiseret tilbud, hvor patientens vej til behandlerne er præget af tilfældigheder. Mange patienter finder slet ikke vej. En ukendt del af patienter med behandlingskrævende angst får derfor ikke et relevant behandlingstilbud. Selv efter at patienterne har opnået en diagnose og dermed ret til behandling, er der mange steder ventetid på behandling. Det fremgår, at specialtilbudene i sygehuspsykiatrien i stor udstrækning er selvvisiterende (selekterede patientgrupper), mens almenpsykiatrien tager sig af de patienter, der bliver henvist. En stor del af patienterne passes af den praktiserende læge i ventetiden på et relevant andet tilbud, og efter endt specialiseret behandling ender de patienter, der ikke er blevet raske, hos den praktiserende læge igen. Der er ikke nogen opsøgende tilbud til angstpatienter, og de interviewede antager, at der er en del patienter med alvorlige angsttilstande, der ikke tør forlade deres bolig for at opsøge de eksisterende behandlingstilbud.

Deltagerne i vores undersøgelse er enige om, at det er vigtigt med tidlig og sikker diagnostik; det nævnes, at nogle patienter kan være syge i op til 25 år, før de får et

relevant behandlingstilbud. Dette er naturligvis katastrofalt for den enkelte, hvis sygdommen udfolder sig i teenage- og ungdomsårene, hvor de normalt skal skabe sig et socialt netværk, tage en uddannelse og etablere sig på arbejdsmarkedet.

Udvidet samarbejde

Vores tese om, at store sociale konsekvenser for alle involverede – patienter og behandlere – vil føre til et veletableret samarbejde mellem sygehuse og kommunale institutioner, har vi heller ikke kunnet bekræfte. Vi har ikke set nogen egentlige netværksstruktur med forskellige behandlere, der fungerer som drivkraft for udvikling af nye eller forbedrede tilbud – alene en variation af uformelle samarbejdsforhold på ad hoc basis. En gensidig læring er fraværende eller fungerer kun i meget begrænset omfang. De få eksisterende netværk fungerer alene inden for faggruppen: psykologer, praktiserende læger hhv. psykiatriske speciallæger. Der er ingen systematiseret erfaringsudveksling eller tværgående kursusaktivitet. Som følge af de store samfundsmæssige konsekvenser af underdiagnosticering og underbehandling kan det undre, at samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og de kommunale instanser er så svært at få øje på i vores undersøgelse.

Mere erfaringsudveksling

Vores tese om, at et aktivt område med mange behandlere må føre til udbredt erfaringsudveksling og muligheder for videreuddannelse, har vi kun delvis kunnet få bekræftet. Ingen af parterne ønsker for alvor at ændre på den nuværende organiseringsform. De privatpraktiserende ønsker ikke at være offentligt ansatte. De vil heller ikke indgå i mere formaliserede lokale fællesskaber, men derimod gerne udvide samarbejdet ud fra deres nuværende positioner. De vil gerne kende mere til hinandens behandlingstilbud og lære af hinanden.

Kapacitet

Der er enighed om, at behandlingskapaciteten er for lille, når man ser bort fra Jysk Fobiskole og Ambulatoriet i Hillerød. Det viser sig ved lange ventetider, der er demotiverende for patienterne.

Behandling hos de praktiserende psykologer er ofte ikke en reel mulighed, idet det bortset fra post traumatisk stresstilstande kræver, at patienten selv er i stand til at betale for ydelserne.

Den ringe behandlingskapacitet er et problem. Også psykiatriske patienter bør have "lige og let adgang" til sundhedsvæsenet. Manglen på speciallæger har været en realitet mange år, og tilgangen til specialet er stadig ikke tilstrækkelig. Det kan i den forbindelse anbefales at fjerne egenbetalingen ved behandling hos praktiserende psykolog.

Det kan også anbefales, at de praktiserende læger i højere grad efteruddannes, så de i større udstrækning end i dag kan diagnosticere og behandle angstpatienter.

Fordele ved at inkludere angstpatienterne i sygehuspsykiatrien

Angstpatienter, der får et relevant behandlingstilbud, bliver ofte raske og kan gå tilbage til arbejdsmarkedet. Den type af succeshistorier er motiverende for personalet og kan måske tænkes at lette rekrutteringen af læger og sygeplejersker til specialet. En anden væsentlig ting er, at de sundhedsprofessionelle både i deres præ- og postgraduate

uddannelse kun ser denne type patienter, hvis de indgår i sygehusenes patientpopulation.

Specialiseringstendenser

Præsentationen af resultaterne fra de fire eksempler på organisering af behandlingen af angstlidelser er delvis sket ud fra en formodning om, at eksistensen af et netværk mellem de involverede parter vil fungere som en drivkraft til udvikling af tilbudene. Denne forventning er baseret på andres studier af sådanne løse netværk, der fungerer som en slags fælles rum for læringsprocesserne (5). Vores undersøgelse viser, at denne gensidige læring er fraværende eller kun fungerer i meget begrænset omfang, mens de netværk, der blev refereret til, typisk fungerer inden for faget – andre psykologer, andre praktiserende læger, andre psykiatriske speciallæger.

Vores tese om, at behandling af angstlidelser følger de generelle udviklingstendenser i psykiatrien og i sundhedsvæsenet, er delvis bekræftet. En udvikling af specialiserede og sammenhængende tværgående tilbud er dels set i form af specialklinikker for angstbehandling, dels med udvalgte distriktsopdelte enheder, der er tildelt et specialiseret ansvar – for eksempel for angstbehandling. Vi har dog ikke kunnet finde tendenser i retning af tværgående tilbud og tværgående netværksdannelser, som vi har set det først i distriktpsychiatrien og siden i den kommunale socialpsykiatri. Når der opstår en situation under et af vores interview, hvor repræsentanter for sygehuspsykiatrien og praktiserende psykologer til deres egen overraskelse beskriver tilbud, der langt hen ad vejen er baseret på identiske elementer af forståelse, kan det ses som et udtryk for, at den faglige udvikling foregår inden for egne organisatoriske rammer, dvs. inden for behandlingspsykiatri hhv. selvstændig psykologisk praksis, mens en tværgående faglig udvikling stort set ikke eksisterer.

Økonomiske konsekvenser af et ændret behandlingstilbud til angstpatienter

Flere udenlandske undersøgelser viser, at angstsygdomme påfører samfundet store omkostninger, og at meromkostningerne ved øget behandling – udover den sundhedsmæssige gevinst for patienterne – helt eller delvist vil blive modsvaret af kompenserende besparelser i de afledte omkostninger.

Det er ikke muligt på grundlag af foreliggende data at opgøre de samfundsmæssige omkostninger ved angstsygdomme i Danmark, og der er ikke fundet undersøgelser af de sundhedsmæssige og/eller omkostningsmæssige konsekvenser af en ændret behandlingsstrategi i dansk regi. De direkte omkostninger ved etablering af et udvidet tilbud til patientgruppen afhænger af, hvilke tilbud der er tale om samt af omfanget af udvidelsen. Hvilke afledte besparelser der vil være resultatet af en udvidelse afhænger af behandlingseffekten af de tilbudte behandlinger, men udenlandske undersøgelser tyder dog på, at behandlingsudgifterne i et vist omfang vil blive modsvaret af afledte besparelser. Der synes derfor at være baggrund for at konkludere, at det vil være omkostningseffektivt at øge indsatsen overfor angstpatienter i Danmark.

Der er dog flere barrierer for en øget indsats over for angstpatienter. For det *første* er der kasseøkonomiske barrierer. Merudgiften vil således typisk blive pålagt det psykiatriske sygehusvæsen og sygesikringen, mens de afledte besparelser, der skal finansiere merudgiften, typisk vil komme andre kasser til gode, for eksempel det somatiske sygehusvæsen (ambulante besøg, skadestuebesøg) samt kommunerne og staten (sociale ydelser). For det *andet* er det, som det fremgår af en DSI-rapport fra

2006 (20), vanskeligt at besætte stillinger inden for det psykiatriske sygehusvæsen. Dette problem forventes forstærket i de kommende år, da det ligeledes er vanskeligt at besætte uddannelsesstillinger inden for det psykiatriske område. Med andre ord, selv om man beslutter at øge indsatsen, kan det være vanskeligt at skaffe de fornødne ressourcer til denne oprustning.

Det anbefales, at der iværksættes evalueringer af såvel den sundhedsmæssige effekt som af de økonomiske konsekvenser af indsatsen i dansk regi.

Hvad bør der gøres – de interviewedes ønsker

Der er generelt et ønske om flere ressourcer, og alle ser gerne, at den økonomiske barriere i form af egenbetaling for mange patienter, der ønsker behandling hos en praktiserende psykolog bliver fjernet.

Alle ønsker mere fokus på angstpatienterne som gruppe, men der er divergerende holdninger til oplysningskampagner. Man vil ikke unødigt sygeliggøre borgerne, men øget opmærksomhed vil hjælpe de "skjulte patienter", der ikke søger hjælp. Der drages paralleller til de store oplysningskampagner for stress og depression, der har medført øget sygeliggørelse og stor stigning i salg af antidepressiv medicin.

Hvad bør der gøres – vores anbefalinger

Vi mener, at der er flere ting, der bør gøres. Myndighederne og behandlerne må tage stilling til, hvad der skal gøres ved det udækkede behandlingsbehov. Man kommer ikke uden om at foretage investeringer i behandlingen af denne patientgruppe (ligesom man har gjort for psykosepatienterne). Vores undersøgelse viser, at der er økonomiske fordele at hente. Endvidere må der placeres et organisatorisk ansvar for udviklingen af tilbud, der tilgodeser behandlingsbehovet for angstpatienter og omfatter alle aktører i behandlingssystemet. Der må her tages hensyn til, at en udvidelse af behandlingstilbudet kan støde på en barriere i form af mangel på speciallæger i psykiatri, og plejepersonale der søger til de psykiatriske afdelinger/ambulatorier. Måske kan angstpatienterne som følge af deres særlige psykoterapiorienterede behandlingsbehov og deres helbredelsespotentialer være med til at tiltrække læger og sygeplejersker til specialet.

Der bør iværksættes forsøgsprojekter med større koordinerede behandlingstilbud og efterfølgende erfaringsudveksling. Patienterne skal have den behandling, der virker, uanset regi. Der bør gennemføres evalueringer af behandlingsresultaterne af de ydede behandlinger, og ikke mindst bør dokumentation og registrering både i behandlingspsykiatrien og kommuner gøres bedre.

Vi foreslår endelig, at der gennemføres en regelret MTV-undersøgelse af angstbehandlingen, hvor samtlige MTV-ens elementer indgår. Der mangler kort sagt forskning på et dansk empirisk grundlag.

Litteratur

1. Gerlach J. Fakta om angst. Tilgængelig via: URL: <http://www.psykiatrifonden.dk>. [Udskrevet den: 2-5-0006]
2. Bijl RV, Graaf Rde, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR et al. The Prevalence Of Treated And Untreated Mental Disorders In Five Countries. Health Affairs 2003; 22(3):122-33.
3. 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. International Review of Psychiatry 2003; 15(1-2):29-42.
4. Sundhedsstyrelsen. Kommissorium for Sfr's arbejdsgruppe vedrørende udvikling af et referenceprogram for angsttilstande hos voksne. Tilgængelig via: URL: http://www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/cemtv/sfr/angsttilstande_kommissorium.pdf. [Udskrevet den: 15-3-2006]
5. Granovetter M. The Strength of Weak Ties. American Journal of Sociology 1973; 78(6):1360-80.
6. Czaniawska B. Fashion in Organizing. I: Czaniawska B, Sevón G (red.). Global Ideas. 1 udg. Malmø: Liber AB; 2005: 129-46.
7. DuPont RL, Rice DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ. Economic costs of anxiety disorders. Anxiety. 1996; 2(4):167-72.
8. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J.Clin.Psychiatry 1999; 60(7):427-35.
9. Grudzinski AN. Considerations in the treatment of anxiety disorders: a pharmacoeconomic review. Expert Opinion on Pharmacotherapy 2001; 2(10):1557-69.
10. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. J.Clin.Psychiatry 2001; 62(Suppl 8):4-9.
11. Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. J.Clin.Psychiatry 2002; 63(Suppl 14):4-8.
12. Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. Am.J.Psychiatry 1995; 152(3):352-7.
13. Marciniak M, Lage MJ, Landbloom RP, Dunayevich E, Bowman L. Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. Depress.Anxiety. 2004; 19(2):112-20.
14. Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. Br.J.Psychiatry.Suppl 1995; (27):19-22.
15. Lepine JP. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. J.Clin.Psychiatry 2001; 62(Suppl 13):4-10.

16. Katon WJ, Roy Byrne P, Russo J, Cowley D. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Arch.Gen.Psychiatry* 2002; 59(12):1098-104.
17. Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Andrews G, Lapsley H. Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychol.Med.* 2004; 34(1):19-35.
18. Kessing LV, Iburg KM. Psykiatrisk sygdomsbelastning nu og i fremtiden. *Ugeskrift for Læger* 2004; 166(11):1005-7.
19. Albæk J, Hvenegaard A, Aagaard J, Hastrup LH, Kistrup K. Sammenhæng i tilbude-
ne til psykisk syge - organisatorisk beskrivelse og økonomisk analyse af udvalgte
danske eksempler. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004. (DSI rapport
2004.10).
20. Holm-Petersen C, Hansen J, Vinge S. Yngre lægers valg af speciale. Udfordringer og
muligheder for psykiatrien. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2006.
(DSI rapport 2006.03).

Bilag 1 Deltagere i fokusmøderne

Klinik for angst og personlighedsforstyrrelser, Psykiatrien i Århus Amt, Risskov

Niels Balle Christensen, praktiserende psykiater i kompagniskabspraksis

Leif Schwensen, psykolog og leder af Jysk Fobiskole

Merete Andersen, praktiserende læge i kompagnipraksis med én andel

Nicole K. Rosenberg, chefpsykolog og klinikleder v. Klinik for Angst- og Tvangslidelser

Center for Kognitiv Terapi, H:S Sct. Hans Hospital, Afdeling M

Jesper Søgaard, Praktiserende psykiater i delepraksis (telefonisk interview)

Patricia Saenz De Schultz, praktiserende psykolog

Birgitte Lund, alment praktiserende læge i kompagnipraksis

Irene Oestrich, psykolog, leder af Center for kognitiv terapi

Flemming Rasmussen, psykolog ved Center for Kognitiv terapi

Stefan Austin, psykolog, forsker v. Sct. Hans Hospital

Chathrine Hovgesen, psykologstuderende, praktikant

Distriktpsykiatrisk afsnit nord, Fjorden, Roskilde

Jens Krabbe, praktiserende psykiater

Bodil Classon, praktiserende psykolog

Bent Mikkelsen, praktiserende læge

Hanne Winding, overlæge Distriktschef Nord

Helle Nielsen, sygeplejerske, Distriktpsykiatrien

Karin Parslev, psykolog, Distrikt Nord

Afsnit for Ambulant psykiatri Midt, Psykiatrisk Sygehus, Hillerød

Leif Hansen, privatpraktiserende psykiater

Beate Stensler Thomsen, privatpraktiserende psykolog

Peter Winge, praktiserende læge (telefoninterview)

Lars Ryge Petersen, overlæge ved Afsnit for ambulant psykiatri, Hillerød Sygehus

Anne Larsen, sygeplejerske ved Afsnit for ambulant psykiatri, Hillerød Sygehus

Bilag 2 Samarbejdsrelationer og netværk

Kobling er et udtryk for den vidensudvikling og det samarbejde, der foregår i relationen inden for netværk mellem aktører. Når et netværk er løst koblet, betyder det, at relationen mellem aktørerne ikke er fast struktureret, som det for eksempel er tilfældet i et hierarki, men det foregår ad hoc – efter behov. Løse koblinger/relationer i et netværk kan være baseret på behov og ønsker om at få patientforløb til at hænge sammen, at udveksle faglige erfaringer og viden, at søge at involvere andre (fagpersoner) i løsnin- gen af en opgave eller at opnå læring. Den løse kobling kan med andre ord være baseret på et ønske om at gøre sit arbejde bedre, og på erfaring om at anvendelse af relationer til andre aktører fremmer ens eget perspektiv og ens egne interesser.

Teorierne om sociale netværk har mange kilder, og en af de centrale teoretikere fra netværksteoriens oprindelse er Granovetter (5), der har beskrevet styrken – forstået som gennemslagskraften – i de tilsyneladende svage relationer (weak ties) og indlejrin- gen (embeddedness) af andre relationer i de sociale relationer – for eksempel indlejrin- gen af økonomiske relationer i de sociale.

Som det fremgår af det indledende afsnit om projektets antagelser, er det formod- ningen, at eksistensen af et netværk mellem behandlerne i forskellige regier vil styrke den gensidige videns- og erfaringsudveksling og dermed den læring, som kan medvirke til, at aktørerne kan etablere et udvidet og sammenhængende tilbud til personer med angstlidelser.

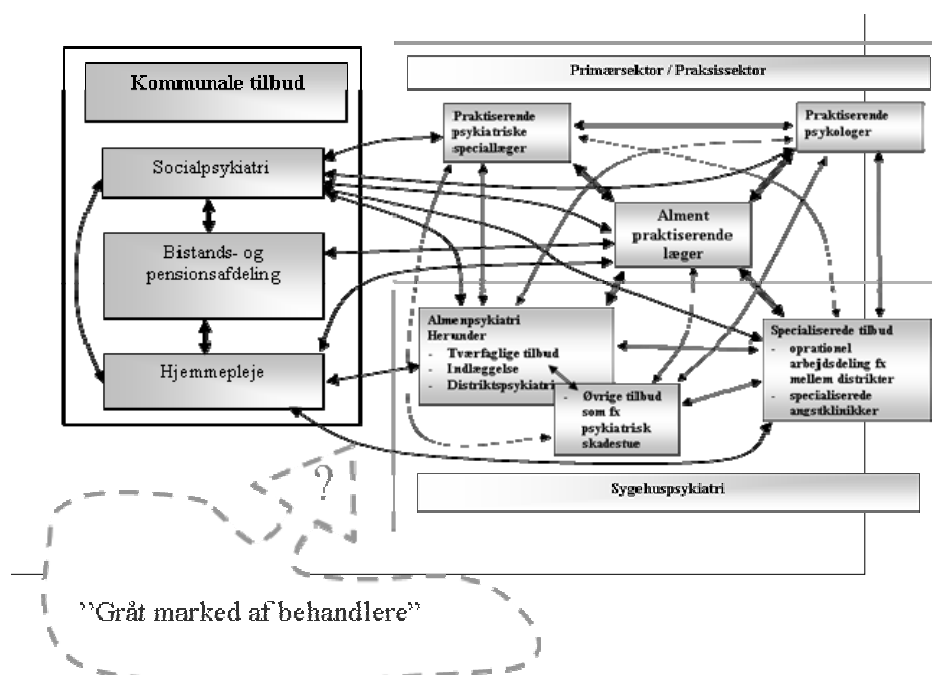
Et af fokuspunkterne i undersøgelsen af tilbudene til personer med angstlidelser består derfor i at søge at belyse netværksrelationerne og deres form af mere eller mindre formelt samarbejde om optimering af patienternes behandlingstilbud og om faglig udvikling.

Med en omfattende forekomst af angstlidelser og mange potentielle relevante sam- arbejdsrelationer mellem de involverede behandlende parter er det naturligt, at der findes et omfattende netværk mellem disse, for eksempel som det er illustreret i Figur 4-1 i kapitel 4, hvor patientens praktiserende læge er anbragt i centrum. Det skal bemærkes, at der her er lagt vægt på behandlingsdelen. En inddragelse af kommunale tilbud fra socialpsykiatri, pensionsafdeling, hjemmepleje mv. og tilbud fra det 'grå' uautoriserede behandlermarked samt ikke mindst fra patienten selv og dennes netværk af familie og venner vil gøre figuren langt mere kompleks. Dette er søgt illustreret i Bilagsfigur 1, hvor højre del af figuren angiver en ideel situation – givet at mange tværgående kontakter anses for ideel. Figuren kan forekomme noget rodet og uover- skuelig, og kan på den baggrund synes alt andet end ideel. Når udtrykket 'ideel' er anvendt, er det ud fra en formodning om, at udvekslingen af erfaringer og viden samt mulighederne for et effektivt samarbejde styrkes gennem eksistensen af en række formelle og uformelle bindeled mellem de enkelte tilbud. Uden sammenligning i øvrigt kan der drages paralleller til den styrke det giver en sygehusafdeling at have gode og udbyggede kontaktnet til sygehusets tværgående funktioner – for eksempel laboratori- um og røntgen – og til øvrige samarbejdsparter på sygehuset som ambulatorium, modtageafdeling osv.

Det grå marked af uautoriserede behandlere er placeret som en ubekendt faktor i figuren, hvilket nogle måske vil mene er en for kategorisk og mangelfuld behandling af en række af disse tilbud. Det er naturligvis korrekt, men figuren søger at afspejle to forhold: For det første er tilbudene af meget forskellig karakter, hvilket i sig selv gør det vanskeligt at udpege formodede konstruktive netværksmuligheder. For det andet er det svært at afgøre, hvilke kontakt- og samarbejdsmuligheder, der i givet fald ville være mulige og anvendelige.

En tredje pointe af mere generel karakter er, at hvis man konstruerer netværket, så patienten placeres i centrum i stedet for en behandler, så vil kommunikationen naturligt blive formidlet via patienten, herunder også kommunikationen mellem alternative og autoriserede behandlere. Figuren illustrerer imidlertid først og fremmest formidlingen af viden og erfaringer mellem behandlere – ikke den patientspecifikke kommunikation.

Bilagsfigur 1 Netværk i en tænkt situation mellem behandlingspsykiatri, kommunal sektor og de 'grå' uautoriserede behandlingstilbud



Figur 4-2 i kapitel 4 giver et billede af det indtryk af den sammenhæng i behandlernetværket, der er fremkommet gennem de gennemførte interviews. Den illustrerer, at der for det første ikke er tale om noget særligt stærkt eller omfattende netværk, hvorfor netværket kan betegnes som løst koblet, og for det andet at de netværksrelationer, der blev fremhævet af de interviewede, i de fleste tilfælde havde den praktiserende læge og én yderligere part som deltagere, mens relationer mellem de øvrige parter indbyrdes kun forekom sjældent. Samlet må man sige, at netværksrelationerne med hensyn til videns- og erfaringsdeling mellem de parter, der er involveret i behandling af angstlidelser, er begrænsende og ensidige.

Bilag 3 Søgestrategi

Søgning i Medline 1995- 2006 på emnerne "angst" og omkostninger:

- ◆ (('Anxiety-Disorders' / all OR 'Anxiety-Disorders' / economics) NOT 'Neurocirculatory-Asthenia' /) AND Costs-and-Cost-Analysis' / all

Yderligere begrænsninger i søgningen

- ◆ non-english udelukket
- ◆ Kun artikler med abstract

Dette gav Medline-søgningen 199 referencer

Søgning i CRD baserne: DARE, NHS EED og HTA

'Anxiety-Disorders' / all AND Cost = 69 referencer

I alt referencer fra de to databasesøgninger = 239 referencer

Søgning efter dansk litteratur i:

Månedsskrift for Praktisk Lægegering , DanBib på:

- ◆ Angst og/eller angstsygdomme og økonomi - gav intet relevant resultat.
- ◆ Psykiatri og økonomi eller Psychiatry and cost* = 18 referencer

Søgning i DSI-Bib på

- ◆ Psykiatri OG (Sundhedsøkonomi ELLER Omkostninger ELLER Økonomi) = 55 referencer

Søgning efter nordisk litteratur i Swe-Med på:

- ◆ ('Anxiety-Disorders'/all OR Anxiety* OR Depressive-disorders*)AND Costs-and-Cost-Analysis' / all- = 14 referencer

Alle referencer er gennemgået.

Bilag 4 Bilagstabeller

Omfanget af sygehusbehandling af angstpatienter er bestemt af antallet af senge, ambulante faciliteter og antallet af efterspurgte ydelser i form af sengedage og ambulante besøg. Ved tolkningen af tallene i bilagstabellerne må man have for øje, at amterne i forskelligt omfang har lukket sengepladser og er overgået til ambulant behandling. Man skal også erindre, at de sygehusbehandlede angstpatienter formentlig kun udgør en beskedent andel af samtlige personer med behov for behandling for angst. Endvidere er de enkelte angstdiagnoser svære at afgrænse klinisk, dvs. at der kan være forskelle i dokumentationspraksis, når det gælder lægernes valg af en specifik eller mere generel diagnose i klassifikationen.

Bilagstabel 1 Indlæggelser med udskrivningsdato i 2004 inkl. sengedage og liggetid samt ambulante forløb¹ og besøg på somatiske og psykiatriske sygehuse med udvalgte aktionsdiagnoser² med angst fordelt på amter og H:S 2004

Sygehusamt	Indlæggelser			Ambulante forløb		
	Indlæg- gelser	Senge- dage	Ligge- tid	Forløb	Besøg	Gnst
H:S	123	4.911	40	1.140	6.117	5
Københavns Amt	132	5.231	40	947	4.640	5
Frederiksborg Amt	74	657	9	418	3.142	8
Roskilde Amt	44	882	20	360	3.230	9
Vestsjællands Amt	49	788	16	104	1.274	12
Storstrøms Amt	55	440	8	269	1.455	5
Bornholms Amt	11	89	8	25	84	3
Fyns Amt	86	1.326	15	289	2.453	8
Sønderjyllands Amt	48	506	11	151	1.273	8
Ribe Amt	29	1.479	51	206	1.663	8
Vejle Amt	29	155	5	206	1.936	9
Ringkøbing Amt	30	341	11	72	704	10
Århus Amt	127	563	4	593	3090	5
Viborg Amt	28	289	10	49	1.742	36
Nordjyllands Amt	62	780	13	218	1.224	6
Alle	927	18.437	20	5.047	34.027	7

1 Forløb afsluttet i 2004 aht. beregning af gennemsnit.

2 DF40*, DF41* og DF42*, se i øvr. Bilagstabel 2.

Bilagstabel 2 Indlæggelser med udskrivningsdato i 2004 inkl. sengedage og liggetid samt ambulante forløb¹ og besøg på somatiske og psykiatriske sygehuse fordelt på udvalgte aktionsdiagnoser med angst fordelt på amter og H:S 2004

Diagnose	Indlæggelser			Ambulante forløb		
	Indlæggelser	Sengedage	Liggetid	Forløb	Besøg	Gnst.
Alle diagnoser (DF40*-DF42*)	927	18.437	20	5.047	34.027	7
DF40 Fobiske angsttilstande	.	.	.	5	5	1
DF400 Agorafobi (fobisk angst for at færdes alene)	11	311	28	139	1.199	9
DF4000 Agorafobi (fobisk angst for at færdes alene) uden panikangst	.	.	.	7	31	4
DF4001 Agorafobi (fobisk angst for at færdes alene) med panikangst	17	704	41	157	1.475	9
DF401 Socialfobi (fobisk angst for sociale situationer)	49	2.963	60	397	4.505	11
DF402 Fobisk angst i særlige situationer ('enkeltfobi')	4	85	21	75	426	6
DF402A Parasitophobia	.	.	.	1	1	1
DF408 Fobisk angst af anden type	.	.	.	16	71	4
DF408A Venerophobia	.	.	.	1	1	1
DF409 Fobisk angst uden specifikation	8	72	9	54	369	7
DF41 Angsttilstande, andre	.	.	.	84	84	1
DF410 Panikangst	139	1.964	14	865	4.910	6
DF4100 Panikangst, moderat	4	175	44	28	78	3
DF4101 Panikangst, svær	7	179	26	43	197	5
DF411 Generaliseret angst	114	2.423	21	495	3.688	7
DF412 Lettere angstdepressionstilstand	109	2.527	23	571	4.992	9
DF413 Angsttilstand, anden blandet	31	408	13	137	734	5
DF418 Angsttilstande, andre	17	290	17	48	459	10
DF419 Angsttilstand uden specifikation	335	2.917	9	1453	5.813	4
DF42 Obsessiv-kompulsiv tilstand	.	.	.	9	9	1
DF420 Overvejende obsessiv tilstand	25	1.973	79	113	1.031	9
DF421 Overvejende kompulsiv tilstand	9	357	40	75	727	10
DF422 Blandet obsessiv-kompulsiv tilstand	22	856	39	151	1.933	13
DF428 Obsessive-kompulsive tilstande, andre	1	2	2	5	8	2
DF429 Obsessiv-kompulsiv tilstand uden specifikation	25	231	9	118	1.281	11

1 Forløb afsluttet i 2004 uanset hvornår de er startet aht. beregning af gennemsnit.

Bilagstabel 3 Køns- og aldersstandardiserede indlæggelser og ambulante besøg på somatiske og psykiatriske sygehuse med udvalgte¹ aktionsdiagnoser med angst fordelt på H:S hhv. amter samt køn og alder i 2004

Sygehusamt: H:S

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	76	6	188	6	264
20 - 24 år	3	255	2	716	5	971
25 - 29 år	4	178	2	507	5	685
30 - 34 år	2	404	3	561	5	965
35 - 39 år	7	291	11	633	19	924
40 - 44 år	16	348	8	692	24	1.040
45 - 49 år	5	73	7	527	12	600
50 - 54 år	1	145	15	256	16	401
55 - 59 år	3	47	6	122	8	169
60 - 64 år	.	22	1	95	1	118
65 - 69 år	2	40	6	195	8	235
70 - 74 år	.	7	14	105	14	111
75 - 79 år	2	.	2	206	4	206
80 år +	1	.	7	60	8	60
I alt	46	1.885	90	4.863	136	6.748

1 DF40*, DF41* og DF42*, se Bilagstabel 2.

Sygehusamt: Københavns Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	4	53	4	197	8	251
20 - 24 år	4	158	10	548	15	705
25 - 29 år	4	249	14	671	17	920
30 - 34 år	6	194	13	648	19	842
35 - 39 år	2	236	6	351	8	588
40 - 44 år	5	90	10	251	15	342
45 - 49 år	4	99	7	275	11	374
50 - 54 år	5	39	5	74	10	113
55 - 59 år	2	11	10	73	12	84
60 - 64 år	3	14	1	73	4	87
65 - 69 år	1	1	2	22	3	23
70 - 74 år	1	33	2	4	3	36
75 - 79 år	3	5	2	.	5	5
80 år +	5	8	2	17	7	24
I alt	48	1.189	87	3.205	135	4.394

Sygehusamt: Frederiksborg Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	6	1	19	1	25
20 - 24 år	4	70	5	282	9	352
25 - 29 år	2	135	3	333	5	468
30 - 34 år	.	147	2	394	2	541
35 - 39 år	.	16	4	451	4	467
40 - 44 år	3	61	3	264	6	325
45 - 49 år	3	25	6	253	8	278
50 - 54 år	2	38	6	233	8	271
55 - 59 år	4	38	3	132	7	169
60 - 64 år	1	42	7	9	7	52
65 - 69 år	3	.	1	10	4	10
70 - 74 år	1	.	1	.	2	.
75 - 79 år	.	.	1	2	1	2
80 år +	2	.	8	1	11	1
I alt	24	577	51	2.384	75	2.960

Sygehusamt: Roskilde Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	5	1	125	1	130
20 - 24 år	1	83	1	406	3	489
25 - 29 år	3	109	.	223	3	332
30 - 34 år	1	41	2	73	3	114
35 - 39 år	1	14	4	207	5	221
40 - 44 år	1	13	1	58	2	70
45 - 49 år	2	97	2	119	4	216
50 - 54 år	5	14	6	121	10	135
55 - 59 år	.	8	3	24	3	32
60 - 64 år	2	1	1	23	2	23
65 - 69 år	.	.	1	8	1	8
70 - 74 år	.	3	6	30	6	33
75 - 79 år	.	.	.	3	.	3
80 år +	15	389	28	1.418	43	1.808
I alt	.	5	1	125	1	130

Sygehusamt: Vestsjællands Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	2	31	.	28	2	60
20 - 24 år	.	31	.	74	.	106
25 - 29 år	.	86	1	137	1	223
30 - 34 år	2	10	6	148	9	158
35 - 39 år	.	29	6	86	6	116
40 - 44 år	.	116	3	136	3	252
45 - 49 år	1	2	7	40	8	42
50 - 54 år	4	5	2	33	6	38
55 - 59 år	1	12	3	13	4	25
60 - 64 år	.	.	1	32	1	32
65 - 69 år	.	.	3	11	3	11
70 - 74 år	1	.	.	3	1	3
75 - 79 år	.	.	1	9	1	9
80 år +	.	.	4	14	4	14
I alt	12	323	37	765	48	1.087

Sygehusamt: Storstrøms Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	1	1	43	1	44
20 - 24 år	1	76	2	90	4	167
25 - 29 år	2	104	2	198	5	302
30 - 34 år	3	85	3	230	7	315
35 - 39 år	3	38	3	94	6	132
40 - 44 år	2	105	3	195	5	300
45 - 49 år	2	141	6	169	8	310
50 - 54 år	.	18	4	84	4	102
55 - 59 år	2	7	3	51	5	58
60 - 64 år	1	3	1	59	2	62
65 - 69 år	1	2	3	17	4	19
70 - 74 år	.	1	3	12	3	13
75 - 79 år	.	.	.	1	.	1
80 år +	1	.	3	10	4	10
I alt	18	581	37	1.254	55	1.835

Sygehusamt: Bornholms Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	.	1	11	1	11
20 - 24 år	.	.	.	9	.	9
25 - 29 år	.	20	2	.	2	20
30 - 34 år	.	6	.	8	.	14
35 - 39 år	1	1	1	65	2	66
40 - 44 år	.	3	.	27	.	30
45 - 49 år	1	8	.	46	1	54
50 - 54 år	.	2	.	3	.	6
55 - 59 år	.	1	.	7	.	8
60 - 64 år	.	.	.	4	.	4
65 - 69 år	.	.	.	5	.	5
70 - 74 år	1	4	3	15	4	20
75 - 79 år	.	.	1	8	1	8
80 år +	3	46	8	209	11	254
I alt	.	.	1	11	1	11

Sygehusamt: Fyns Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	117	2	24	2	142
20 - 24 år	15	493	5	137	20	630
25 - 29 år	2	129	2	285	4	414
30 - 34 år	1	43	5	265	6	308
35 - 39 år	1	60	3	212	4	273
40 - 44 år	3	47	6	221	9	268
45 - 49 år	3	40	5	211	8	250
50 - 54 år	2	10	6	142	8	151
55 - 59 år	3	31	3	62	6	92
60 - 64 år	3	8	1	26	4	34
65 - 69 år	1	2	6	34	7	36
70 - 74 år	1	7	2	11	3	19
75 - 79 år	1	1	2	7	3	7
80 år +	.	.	2	19	2	19
I alt	36	988	50	1.656	86	2.644

Sygehusamt: Sønderjyllands Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	41	.	28	.	69
20 - 24 år	2	55	4	72	6	127
25 - 29 år	1	71	1	141	3	212
30 - 34 år	1	37	1	235	2	272
35 - 39 år	1	87	4	212	5	300
40 - 44 år	2	51	5	180	7	231
45 - 49 år	.	7	2	86	2	92
50 - 54 år	4	7	1	133	5	140
55 - 59 år	3	.	4	46	7	46
60 - 64 år	1	.	2	11	3	11
65 - 69 år	.	1	1	11	1	12
70 - 74 år	1	.	3	8	3	8
75 - 79 år	1	.	4	14	4	14
80 år +	.	.	.	30	.	30
I alt	17	356	31	1.208	48	1.564

Sygehusamt: Ribe Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	29	1	49	1	78
20 - 24 år	2	81	1	283	3	364
25 - 29 år	1	111	5	140	6	252
30 - 34 år	1	178	1	170	2	348
35 - 39 år	.	48	3	101	3	149
40 - 44 år	.	31	2	78	2	109
45 - 49 år	2	32	2	72	4	105
50 - 54 år	2	57	3	210	5	267
55 - 59 år	1	26	.	33	1	59
60 - 64 år	.	.	1	3	1	3
65 - 69 år	.	1	.	.	.	1
70 - 74 år	.	.	.	.	.	.
75 - 79 år	1	8	.	2	1	10
80 år +	.	1	1	19	1	20
I alt	10	605	20	1.160	29	1.765

Sygehusamt: Vejle Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	20	.	10	.	31
20 - 24 år	.	.	.	.	.	.
25 - 29 år	1	45	2	237	3	281
30 - 34 år	1	170	.	210	1	379
35 - 39 år	1	59	.	283	1	342
40 - 44 år	1	70	1	226	2	296
45 - 49 år	.	32	4	71	4	103
50 - 54 år	2	24	3	270	5	294
55 - 59 år	1	58	2	86	3	144
60 - 64 år	2	16	1	29	3	45
65 - 69 år	.	7	.	15	.	22
70 - 74 år	1	6	1	13	2	19
75 - 79 år	.	.	.	11	.	11
80 år +	2	2	3	47	5	49
I alt	12	510	17	1.508	29	2.018

Sygehusamt: Ringkøbing Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	1	6	1	37	2	43
20 - 24 år	1	11	3	83	4	94
25 - 29 år	1	53	.	370	1	423
30 - 34 år	1	120	4	283	5	403
35 - 39 år	3	92	.	60	3	153
40 - 44 år	3	13	.	15	3	28
45 - 49 år	1	19	1	35	2	54
50 - 54 år	.	1	2	10	2	11
55 - 59 år	.	.	1	9	1	9
60 - 64 år	.	.	.	7	.	7
65 - 69 år	3	.	1	13	4	13
70 - 74 år	1	.	.	1	1	1
75 - 79 år	.	.	1	4	1	4
80 år +	.	.	1	6	1	6
I alt	15	315	15	931	30	1.247

Sygehusamt: Århus Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	13	8	18	8	31
20 - 24 år	7	218	5	303	12	520
25 - 29 år	1	247	5	450	6	697
30 - 34 år	6	217	10	388	15	605
35 - 39 år	6	123	8	415	14	538
40 - 44 år	6	128	10	202	16	330
45 - 49 år	11	87	4	233	15	320
50 - 54 år	4	57	6	117	10	175
55 - 59 år	3	23	5	80	8	103
60 - 64 år	1	26	7	19	8	45
65 - 69 år	3	16	2	32	5	48
70 - 74 år	1	.	2	6	3	6
75 - 79 år	.	24	.	10	.	34
80 år +	3	2	.	8	3	10
I alt	53	1.181	73	2.280	125	3.461

Sygehusamt: Viborg Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	.	2	1	17	1	19
20 - 24 år	.	41	4	133	4	173
25 - 29 år	.	59	.	141	.	199
30 - 34 år	1	9	4	168	6	177
35 - 39 år	2	9	1	81	3	91
40 - 44 år	1	31	.	3	1	34
45 - 49 år	3	16	1	9	4	25
50 - 54 år	2	6	.	25	2	31
55 - 59 år	2	1	.	34	2	35
60 - 64 år	.	8	5	9	5	17
65 - 69 år	.	.	1	3	1	3
70 - 74 år	.	2	1	.	1	2
75 - 79 år	.	.	.	.	.	.
80 år +	.	.	.	1	.	1
I alt	11	183	18	624	29	807

Sygehusamt: Nordjyllands Amt

Alders- gruppe	Mænd		Kvinder		I alt	
	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg	Indlæggel- ser	Ambulan- te besøg
18 - 19 år	2	41	.	137	2	178
20 - 24 år	5	55	2	105	7	160
25 - 29 år	4	67	5	136	9	203
30 - 34 år	1	46	1	78	2	124
35 - 39 år	2	67	5	118	7	185
40 - 44 år	4	45	2	33	6	79
45 - 49 år	2	19	6	92	8	111
50 - 54 år	3	60	4	37	7	97
55 - 59 år	2	4	1	16	3	20
60 - 64 år	.	2	2	6	2	8
65 - 69 år	2	.	1	15	3	15
70 - 74 år	3	.	1	1	4	1
75 - 79 år	.	5	2	12	2	17
80 år +	.	.	.	5	.	5
I alt	29	411	33	791	62	1.202

Bilagstabel 4 Indlæggelser og ambulante besøg (i afsluttede og uafsluttede forløb) med på somatiske og psykiatriske sygehuse med udvalgte aktionsdiagnoser¹ med angst fordelt på H:S og amter samt på henvisnings- og udskrivningsmåde i 2004

Sygehusamt: H:S

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggelser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	29	31	30	415
Alm. prak. læge	7	7	423	2.427
Prak. speciallæge	1	1	50	315
Sygehus (ex. skadestue)	73	81	270	3.767
Skadestue	2	2	15	467
Andet	1	1	44	323
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	50	52	471	4.412
Praktiserende speciallæge	.	.	17	242
Ikke lægelig opfølgning	.	.	10	14
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	13	37
Død	1	1	4	23
Sygehus	47	55	205	1.568
Andet	15	15	30	330
Uoplyst	.	.	82	1.088
I alt	113	123	832	7.714

1 DF40*, DF41* og DF42*, se Bilagstabel 2.

Sygehusamt: Københavns Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggelser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	18	19	23	363
Alm. prak. læge	6	6	308	1.079
Prak. speciallæge	1	1	30	105
Sygehus (ex. skadestue)	87	96	263	2.350
Skadestue	6	6	7	88
Andet	4	4	22	158
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	50	51	378	2.832
Praktiserende speciallæge	1	1	7	18
Ikke lægelig opfølgning	.	.	1	7
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	2	11
Død	.	.	2	8
Sygehus	69	78	209	547
Andet	2	2	5	62
Uoplyst	.	.	49	658
I alt	122	132	653	4.143

Sygehusamt: Frederiksborg Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggelser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	16	16	11	72
Alm. prak. læge	15	15	109	717
Prak. speciallæge	.	.	7	90
Sygehus (ex. skadestue)	35	41	101	1.875
Skadestue	2	2	7	67
Andet	16	16	11	72
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	41	41	108	1.816
Praktiserende speciallæge	2	2	4	120
Ikke lægelig opfølgning	.	.	.	.
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	.	.
Død	1	1	1	14
Sygehus	24	30	86	299
Andet	.	.	1	2
Uoplyst	.	.	35	570
I alt	68	74	235	2.821

Sygehusamt: Roskilde Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggelser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	29	35	16	98
Alm. prak. læge	5	5	58	386
Prak. speciallæge	1	1	6	9
Sygehus (ex. skadestue)	3	3	90	1.112
Skadestue	.	.	.	.
Andet	.	.	16	61
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	13	14	99	760
Praktiserende speciallæge	.	.	1	1
Ikke lægelig opfølgning	.	.	.	.
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	.	.
Død	.	.	.	.
Sygehus	25	30	45	240
Andet	.	.	2	19
Uoplyst	.	.	39	646
I alt	38	44	186	1.666

Sygehusamt: Vestsjællands Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggelser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	3	3	34	347
Alm. prak. læge	8	8	43	246
Prak. speciallæge	.	.	4	39
Sygehus (ex. skadestue)	31	37	45	306
Skadestue	.	.	.	.
Andet	1	1	7	24
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	23	24	65	369
Praktiserende speciallæge	.	.	8	55
Ikke lægelig opfølgning	.	.	3	16
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	1	2
Død	.	.	1	1
Sygehus	19	24	25	240
Andet	1	1	1	1
Uoplyst	.	.	29	278
I alt	43	49	133	962

Sygehusamt: Storstrøms Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggelser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	43	45	15	114
Alm. prak. læge	.	.	106	618
Prak. speciallæge	.	.	7	97
Sygehus (ex. skadestue)	10	10	79	877
Skadestue	.	.	4	51
Andet	.	.	7	10
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	26	26	105	1.151
Praktiserende speciallæge	.	.	3	10
Ikke lægelig opfølgning	.	.	11	28
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	2	13
Død	1	1	2	13
Sygehus	26	28	57	137
Andet	.	.	1	12
Uoplyst	.	.	39	416
I alt	53	55	218	1.767

Sygehusamt: Bornholms Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggelser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	10	11	5	27
Alm. prak. læge	.	.	33	221
Prak. speciallæge	.	.	.	.
Sygehus (ex. skadestue)	.	.	.	.
Skadestue	.	.	.	.
Andet	.	.	.	.
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	10	11	32	212
Praktiserende speciallæge	.	.	.	.
Ikke lægelig opfølgning	.	.	.	.
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	.	.
Død	.	.	1	3
Sygehus	.	.	.	.
Andet	.	.	.	.
Uoplyst	.	.	5	33
I alt	10	11	38	248

Sygehusamt: Fyns Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggelser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	65	72	51	76
Alm. prak. læge	.	.	.	.
Prak. speciallæge	4	4	158	858
Sygehus (ex. skadestue)	.	.	9	65
Skadestue	.	.	.	.
Andet	2	3	20	147
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	58	63	211	1.182
Praktiserende speciallæge	.	.	.	.
Ikke lægelig opfølgning	.	.	.	.
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	2	5
Død	.	.	1	2
Sygehus	20	23	72	729
Andet	.	.	4	7
Uoplyst	.	.	36	658
I alt	78	86	328	2.585

Sygehusamt: Sønderjyllands Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggelser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	29	31	17	106
Alm. prak. læge	5	5	115	579
Prak. speciallæge	.	.	1	1
Sygehus (ex. skadestue)	10	11	77	714
Skadestue	.	.	.	.
Andet	1	1	13	71
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	27	29	134	707
Praktiserende speciallæge	.	.	.	.
Ikke lægelig opfølgning	.	.	.	.
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	2	4
Død	.	.	2	2
Sygehus	18	19	46	332
Andet	.	.	1	8
Uoplyst	.	.	38	418
I alt	45	48	223	1.471

Sygehusamt: Ribe Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggelser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	1	1	2	29
Alm. prak. læge	10	10	125	965
Prak. speciallæge	.	.	1	9
Sygehus (ex. skadestue)	12	14	64	673
Skadestue	.	.	2	3
Andet	4	4	5	31
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	12	13	123	738
Praktiserende speciallæge	.	.	.	.
Ikke lægelig opfølgning	.	.	.	.
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	.	.
Død	.	.	.	.
Sygehus	15	16	48	610
Andet	.	.	.	.
Uoplyst	.	.	28	362
I alt	27	29	199	1.710

Sygehusamt: Vejle Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggel- ser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	12	12	13	121
Alm. prak. læge	.	.	.	.
Prak. speciallæge	.	.	193	1.315
Sygehus (ex. skadestue)	.	.	2	21
Skadestue	.	.	.	.
Andet	1	1	4	16
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	17	17	152	1.343
Praktiserende speciallæge	.	.	.	.
Ikke lægelig opfølgning	.	.	11	32
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	12	38
Død	.	.	2	20
Sygehus	11	11	15	138
Andet	1	1	1	1
Uoplyst	.	.	43	424
I alt	29	29	236	1.996

Sygehusamt: Ringkøbing Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggel- ser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	2	2	.	.
Alm. prak. læge	20	20	80	513
Prak. speciallæge	2	2	3	17
Sygehus (ex. skadestue)	4	5	27	641
Skadestue	.	.	.	.
Andet	1	1	.	.
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	16	16	79	549
Praktiserende speciallæge	.	.	1	1
Ikke lægelig opfølgning	.	.	.	.
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	.	.
Død	.	.	.	.
Sygehus	10	11	15	481
Andet	3	3	.	.
Uoplyst	.	.	15	140
I alt	29	30	110	1.171

Sygehusamt: Århus Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggel- ser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	23	24	49	215
Alm. prak. læge	4	4	235	1482
Prak. speciallæge	.	.	31	323
Sygehus (ex. skadestue)	69	94	186	1.497
Skadestue	5	5	4	43
Andet	.	.	22	120
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	48	53	324	2.286
Praktiserende speciallæge	1	1	3	39
Ikke lægelig opfølgning	.	.	1	6
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	.	.
Død	.	.	7	113
Sygehus	45	66	125	615
Andet	7	7	16	39
Uoplyst	.	.	51	582
I alt	101	127	527	3.680

Sygehusamt: Viborg Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggel- ser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	8	10	7	41
Alm. prak. læge	6	6	53	371
Prak. speciallæge	1	1	1	1
Sygehus (ex. skadestue)	7	7	24	284
Skadestue	.	.	.	.
Andet	4	4	5	27
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	16	17	50	214
Praktiserende speciallæge	1	1	.	.
Ikke lægelig opfølgning	.	.	.	.
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	.	.
Død	.	.	.	.
Sygehus	8	9	14	162
Andet	1	1	3	66
Uoplyst	.	.	23	282
I alt	26	28	90	724

Sygehusamt: Nordjyllands Amt

	Indlæggelser		Ambulante besøg	
	Antal patienter	Indlæggel- ser	Antal patienter	Besøg
Henvisningsmåde				
Ingen henvisning	5	5	39	48
Alm. prak. læge	19	19	124	699
Prak. speciallæge	1	1	7	16
Sygehus (ex. skadestue)	32	36	58	421
Skadestue	.	.	.	.
Andet	1	1	3	4
Udskrivningsmåde				
Alment praktiserende læge	25	25	145	721
Praktiserende speciallæge	2	3	4	4
Ikke lægelig opfølgning	.	.	.	.
Udeblevet (kun amb. pat.)	.	.	.	.
Død	.	.	1	1
Sygehus	21	24	64	269
Andet	10	10	3	5
Uoplyst	.	.	14	188
I alt	58	62	231	1.188

Undersøgelse af angstsygdomme

Undersøgelse af angstsygdomme. Et bidrag til den eksisterende viden om organiseringen af de behandlingstilbud der gives til personer der lider af angstsygdomme

En engelsk screeningsundersøgelse omsat til danske forhold anslår, at ca. 350.000 danskere i alderen 16 til 65 år lider af en form for angst. En lille del af disse patienter behandles i sygehussektoren, og et ukendt antal behandles hos praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og alment praktiserende læge. Det er tilfældigt, hvor patienterne behandles, og det må antages, at en stor del af angstpatienter ikke modtager et relevant behandlingstilbud.

Angstsygdomme medfører store samfundsmæssige omkostninger; både direkte omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet, og indirekte som følge af fravær fra arbejdsmarkedet.

Denne rapport beskriver ud fra fokusmøder på fire særligt udvalgte behandlingsenheder indhold og organisation af angstbehandlingen i Danmark. I hvert møde deltog repræsentanter fra sygehuspsykiatrien, praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og alment praktiserende læge. I de fire enheder er der stor uniformitet i behandlingstilbudene, men også tendenser til mangelfuld sammenhæng i behandlingsindsatsen beroende på mangelfuld kommunikation og koordination.

Undersøgelsen viser, at der er et stort udækket behandlingsbehov der skal afhjælpes, og at der er økonomiske fordele ved at investere i denne patientgruppe, der har et stort helbredelsespotentiale. Det fremgår endvidere, at det er uklart, hvor ansvaret ligger for den samlede behandlingsindsats.