



– partnerskab
for sundhed

Et sundhedspolitisk udspil fra Lif om depression



Ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af forebyggelige sygdomme.

Resumé

400.000 danskere har eller har haft en depression inden for de seneste 12 måneder – men mindre end halvdelen oplever at få en optimal behandling. WHO vurderer, at depression i dag er den sygdom i den vestlige verden, der fører til det største tab af livskvalitet og leveår. Der er således tale om en sygdom, der belaster både patienter, pårørende og samfundet meget hårdt.

Men det står i skarp kontrast til det faktum, at man i dag kan gøre meget for at forbedre opsporing, diagnosticering, forebyggelse og behandling af depression. Men de mange evidensbaserede anbefalinger, der findes for det kliniske arbejde, gennemføres ikke systematisk. Og de spredte, tidsbegrænsede tiltag via statspuljen er langt fra nok til at løfte kvaliteten på depressionsområdet.

Lif: Behov for national handlingsplan og økonomisk fundament

Derfor er der behov for en national handlingsplan, der udstikker klare og bindende kvalitetsmål for sundhedsvæsenets indsats mod depression. I august 2009 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen en national strategi for psykiatrien – en strategi, som Lif støtter. Men for at strategien får en reel effekt, skal de overordnede tanker omsættes til konkrete mål og handlinger inden for psykiatrien. Desuden mangler det økonomiske fundament for implementeringen af strategien. Aftalen om satspuljemidlerne på sundhedsområdet for 2010-2013 er et første skridt på vejen. Lifs mål er et permanent løft af området.

Sundhedspolitiske mål

Det er Lifs holdning, at der i en national handlingsplan bør opstilles en række klare sundhedspolitiske mål for indsatsen på depressionsområdet. Lif mener, at der bør opstilles følgende ideelle mål:

- Alle patientgrupper, der har særlig risiko for at udvikle depression, skal tilbydes målrettet screening hos deres praktiserende læger.
- Alle patienter i risikogrupperne skal tilbydes målrettet information om depression.
- Alle kommuner og regioner bør have retningslinjer for, hvordan sundheds- og plejepersonale kan bidrage til opsporingen af depressive patienter.
- Alle praktiserende læger bør have tilknyttet sundhedsfaglig bistand, fx en sygeplejerske, der kan støtte patienten i det videre behandlingsforløb.
- Alle depressive patienter skal behandles i overensstemmelse med nationalt gældende, kliniske retningslinier på området.
- Alle alment praktiserende læger skal regelmæssigt deltage i efteruddannelse i depressionssygdomme og deres behandling.
- Alle alment praktiserende læger skal være tilknyttet en speciallæge i psykiatri, fx via en supervisorsordning, en shared care ordning el.lign.

Særlige indsatsområder

I dette sundhedspolitiske udspil sætter Lif fokus på en række særlige indsatsområder for behandlingen af depression:

- 1. Systematisk opsporing:** Størstedelen af dem, der lider af depression, bliver aldrig diagnosticeret, bl.a. fordi omkring halvdelen aldrig søger læge. Lif mener, at en målrettet screening af risikogrupper vil være et vigtigt instrument i opsporingen af depression. Desuden skal information om depression gøre hjemmeplejere, socialrådgivere, lærere m.fl. i stand til at hjælpe med opsporingen.
- 2. Bedre diagnosticering:** Det er helt afgørende, at de praktiserende læger har den fornødne uddannelse i at diagnosticere depression. Derfor er der behov for obligatorisk efteruddannelse til praktiserende læger og for udvikling af let anvendelige diagnosticeringsværktøjer og af nye billeddannende teknikker.
- 3. Bedre behandling og forebyggelse:** Lif finder det helt essentielt, at behandlingen af depressioner bygger på evidens – både når det gælder valget af medicinske og psykologiske behandlingsformer. Desuden bør de dokumenterede "best practice" behandlingsmetoder omsættes til bindende krav for behandlingen af depressive patienter.
- 4. Organisering af behandling og patientforløb:** De alment praktiserende læger bør have let adgang til samarbejde med speciallæger i psykiatri, da erfaringen viser, at shared care og supervisionsordninger kan forbedre behandlingsresultaterne. Desuden bør der udvikles nye måder til at sikre optimale medicineringsforløb. Fx kan nye kommunikations-teknologier som SMS'er og chatfora tages i brug for at hjælpe patienten til at tage sin medicin.

Del 1:

Mål og handlinger

1.1 – Formål

Dette sundhedspolitiske udspil om depression er et led i Lifs løbende bestræbelser på at få øget kvaliteten i det danske sundhedsvæsen med udgangspunkt i de resultater, som sundhedsvæsenets indsats skaber.

Det er Lifs holdning, at danskerne har krav på en ambitiøs og klart formuleret sundhedspolitik, som baserer sig på systematiske vurderinger af hidtidige resultater og klare mål for, hvor den fremtidige indsats skal bringe os hen.

Udspillet om depression er Lifs femte i rækken. Tidligere er udkommet Lifs sundhedspolitiske udspil om indsatsen over for forhøjet blodtryk, om helbredstjek, om type 2-diabetes og om KOL; udspillene kan alle læses på Lifs hjemmeside www.lifdk.dk.

Lifs sundhedspolitiske udspil handler om sygdomsområder, der hører til de såkaldte folkesygdomme, dvs. hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, KOL, kræft, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme, allergier og psykiske sygdomme. Flere af disse sygdomme er kroniske, og her står Danmark over for enorme sundhedsmæssige problemer og udfordringer, bl.a. fordi den hidtidige indsats i forhold til forebyggelse, opsporing og behandling ikke har slået til.

Efter Lifs mening bør alle sundhedsaktører i Danmark arbejde ud fra en ambitiøs fælles vision om, at ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af sygdomme, der kan forebygges og/eller behandles.

Sundhedsvision: Ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af sygdomme, der kan forebygges og/eller behandles.

Opfyldelse af visionen vil kræve, at vi ændrer vores opfattelse af sundhedsvæsenets rolle og ansvar, ikke mindst i den forebyggende indsats. Det er ikke nok at overlade ansvaret

til den enkelte dansker. Sundhedsvæsenet må i højere grad påtage sig et ansvar og indtage en proaktiv rolle, som understøtter en tidlig, systematisk og målrettet indsats over for folkesygdommene.

Der skal etableres faste strukturer og tilbud, som sikrer langt bedre muligheder for at sætte tidligt ind over for risikofaktorer og sygdomme. Som situationen er i dag, træder sundhedsvæsenets tilbud som altovervejende hovedregel først i kraft, når den enkelte borger selv har konstateret eller har en mistanke om et sundhedsproblem og søger hjælp. Det betyder, at dialogen mellem den enkelte borger og sundhedssystemet ofte starter langt henne i sygdomsprocessen, og at hjælpen derfor mange gange sættes ind for sent.

Dette gælder i høj grad også, når man taler om depression. Et opsøgende og let tilgængeligt sundhedsvæsen med klart strukturerede behandlingstilbud er helt afgørende for en rettidig og effektiv behandling af depressive patienter – en gruppe af patienter, der i særlig grad mangler initiativ, overblik og handlekraft.

1.2 – Behov for øget kvalitet i depressionsbehandlingen

1.2.1 Behov for en national handlingsplan

Ca. 400.000 danskere har eller har haft en depression inden for de seneste 12 måneder¹ – mindre end halvdelen oplever at få en optimal behandling². Ses der på udgifterne til depression, beløber disse sig til mere end 14 milliarder kroner på årsbasis³. Hertil kommer, at 16 % af alle nytilkendte førtidspensioner i dag bliver givet på baggrund af diagnosen depression⁴. Der er altså tale om en sygdom, der belaster både mange patienter, endnu flere pårørende og samfundet meget hårdt.

WHO vurderer, at depression i dag er den sygdom i den vestlige verden, der fører til det største tab af livskvalitet og leveår⁵.

Ovenstående står i klar kontrast til, at det i dag er dokumenteret, at der kan gøres meget for at forbedre op-

” Derfor mener Lif, at der nu er behov for en **national handlingsplan**, der udstikker klare og bindende kvalitetsmål for sundhedsvæsenets indsats mod depression.

sporing, diagnosticering, behandling og forebyggelse af depression. Der findes masser af evidensbaserede anbefalinger for det kliniske arbejde, men de gennemføres ikke systematisk og konsekvent. Spredte og tidsbegrænsede tiltag via satspuljen på sundhedsområdet er ikke tilstrækkeligt til at løfte kvaliteten på depressionsområdet. Depression udgør i dag og i fremtiden en kæmpe udfordring for det danske sundhedsvæsen, en udfordring der kræver langsigtet og målrettet handling.

Derfor mener Lif, at der nu er behov for en national handlingsplan, der udstikker klare og bindende kvalitetsmål for sundhedsvæsenets indsats mod depression.

Sundhedsstyrelsen har blandt andet på baggrund af Danske Regioners udspil "En psykiatri i verdensklasse" fremlagt en national strategi for psykiatrien – denne nationale strategi blev offentliggjort i august 2009. Sundhedsstyrelsens udspil er tiltrængt, og Lif støtter op om den nationale strategi for psykiatrien – en strategi, der også efter Lifs opfattelse sætter fokus på mange af de svagheder i psykiatrien, som trænger til et kvalitetsløft. Men for at den nationale strategi for psykiatrien får en praktisk effekt, skal de overordnede tanker omsættes til konkrete mål og konkrete handlinger inden for områder af psykiatrien, der i særlig grad har brug for forbedringer – herunder depression. Nu mangler bare det økonomiske fundament for implementering af den nationale strategi for psykiatrien. Aftalen om satspuljen på sundhedsområdet for 2010-2013 er et første skridt på vejen⁶. Lifs mål er et blivende løft af området.

I det følgende ønsker Lif at sætte fokus på nogle særlige indsatsområder inden for behandlingen af depression – konkrete indsatsområder, som bør udspringe af en national strategi for psykiatrien. Et gennemgående element er, at al behandling – hvad enten den er farmakologisk eller psykologisk – skal bruges optimalt, dvs. konsekvent bygge på den bedste og nyeste evidens, der er på området. Det skal sikres, at behandlingen gives til de patienter, som har behov herfor, i den rette dosis, og i det nødvendige tidsrum.

1.2.2 Systematisk opsporing

Størsteparten af dem, der lider af depression, bliver aldrig diagnosticeret. Omkring halvdelen søger aldrig læge. Og blandt dem, der søger læge, forbliver depressionen ofte udiagnosticeret, da konsultationen fokuserer på patientens fysiske sygdomssymptomer⁷. Der er således et stort behov for at forbedre kvaliteten og effektiviteten i opsporingen af patienter, der lider af depression.

Da depressive patienter ofte ikke søger læge - dels fordi de ikke kan erkende, at de er syge, dels fordi de ikke magter at tage initiativ til at opsøge behandling - er det helt essentielt, at sundhedsvæsenet formår at agere proaktivt i forhold til denne patientgruppe. Hertil skal lægges den udfordring, at depression stadig er forbundet med megen stigmatisering af den depressive fra det omgivende samfunds side – hvad vil vennerne, kollegaerne og familien nu sige? Frygten for stigmatisering afholder sandsynligvis mange depressive patienter fra at søge om hjælp i behandlingssystemet⁸. Den påtænkte afstigmatiseringskampagne beskrevet i satspulje-

1. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
2. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
3. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet, Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Psykiatere og Børne-ungdoms-psykiateres Organisation, Dansk Psykologforening og Danske Regioner, 2009
4. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet, Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Psykiatere og Børne-ungdoms-psykiateres Organisation, Dansk Psykologforening og Danske Regioner, 2009
5. The Global Burden of Disease, 2004 update, WHO, 2008
6. Aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2010-2013, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009
7. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
8. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001

aftalen for sundhedsområdet 2010-2013 er i den forbindelse et vigtigt initiativ¹⁰.

I Sundhedsstyrelsens referenceprogram for unipolar depression hos voksne fra 2007 lægges der vægt på screening for depression hos særlige risikogrupper. Det vil sige personer med: tidligere depression, familiær disposition for depression, hjertesygdom, apopleksi, kroniske smertetilstande, diabetes, KOL, cancer, Parkinsons sygdom, epilepsi samt andre psykiske sygdomme. Herudover anbefales screening af gravide (kvinder, der lige har født) samt visse udsatte grupper blandt flygtninge og indvandrere.

Til risikogrupperne ønsker Lif i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens egne beskrivelser af årsagerne til depression¹¹ at fremhæve, at også personer, der har været udsat for stress eller traumatiserende hændelser (eksempelvis grupper af flygtninge), bør betragtes som værende i særlig risiko for at udvikle depression. Ligeså bør også alkoholikere og stofmisbrugere betragtes som værende i særlig risiko for at udvikle depression¹².

” Lif finder, at en målrettet **screening af risikogrupper** (som hovedsageligt vil finde sted i almen praksis) udgør et vigtigt instrument i den tidlige og proaktive opsporing af depression.

Lif finder, at en målrettet screening af risikogrupper (som hovedsageligt vil finde sted i almen praksis) udgør et vigtigt instrument i den tidlige og proaktive opsporing af depression. I første omgang skal lægen på systematisk vis være særlig opmærksom på, om patienter tilhørende risikogrupper for depression udviser eller over tid udvikler begyndende symptomer. Ved den mindste mistanke om depression bør en egentlig screening iværksættes.

På baggrund af reviews af den videnskabelige litteratur vedrørende brug og effekt af spørgeskemaer til udredning af depression kan det konkluderes, at screening med depressionsspecifikke spørgeskemaer kan – når de kombineres med andre tiltag – forbedre diagnostik og behandling af depression i almen praksis¹³.

Begrænsningen er dog, at screeningen forudsætter, at patienten er i kontakt med sin alment praktiserende læge – mange depressive patienter søger ikke læge. Der er derfor behov for tiltag, der kan understøtte og lette forbindelsen mellem den depressive patient og sundhedsvæsenet. En bedre og mere målrettet inddragelse af mennesker, der i hverdagen er omkring den depressive, fx familie, venner, lærere, socialrådgivere og hjemmeplejen, bør indtænkes i den opsporende indsats. Sådanne tiltag er også inkluderet i regionernes visioner for fremtidens psykiatri ”En psykiatri i verdensklasse” (2009). Udarbejdelse og omdeling af informationsmateriale om depression målrettet risikogrupperne kunne være en anden måde at skabe forbindelse mellem de depressive patienter og sundhedsvæsenet.

I artiklen ”Lær at screene for depression hos ældre” gives et konkret bud på, hvordan brug af specifikke screeningværktøjer nemt og billigt kan indgå i sygeplejerskers generelle opgaver i forbindelse med observation af ældre¹⁴.

Da omkring 90 % af al diagnostik og behandling af depressive patienter foregår i almen praksis¹⁵, er det vigtigt, at de alment praktiserende lægers forudgående screening er af høj kvalitet. Der findes i dag en række spørgeskemabaserede screeningsinstrumenter (diagnostiske redskaber) til opsporing af depression, og en konsekvent anvendelse af disse redskaber er vigtig for sikring af en effektiv og korrekt opsporing. En undersøgelse fra 2002 af danske alment praktiserende lægers viden om og holdninger til diagnostiske kriterier, diagnostiske redskaber og behandling af depression viser, at læger, der hyppigt anvender standarddiagnostiske redskaber, har et bedre kendskab til kernesymptomerne for depression (nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse samt nedsat energi eller øget træthed) end læger, der ikke anvender disse redskaber¹⁶. Screening giver kun mening, hvis man ved, hvad man skal screene for. Ifølge undersøgelsen fra 2002 kendte kun 24,2 % af lægerne til alle tre kernesymptomer for depression. Det er ikke godt nok. Her ligger et stort potentiale for kvalitetsforbedringer. En konsekvent brug af screeningsværktøjer i almen praksis vil være et stort skridt i den rigtige retning.

1.2.3 Bedre diagnosticering

Når langt størstedelen af al diagnosticering og efterfølgende behandling af depressive patienter sker hos den alment

praktiserende læge, er det helt afgørende, at de alment praktiserende læger har den fornødne træning og uddannelse i diagnosticering af depression. Korrekt udredning af patientens sygdom – diagnosticering af depressionstype og sværhedsgrad samt afgrænsning i forhold til andre psykiske og/eller somatiske lidelser – er en forudsætning for, at en effektiv behandling kan iværksættes. Der er dokumentation for, at mange depressive patienter ikke diagnosticeres korrekt – og ikke i tilstrækkeligt omfang^{17 18}.

De alment praktiserende læger skal – helt grundlæggende – kende til symptomerne for depression. Her ligger et stort uddannelsesarbejde lige for. På lokalt og regionalt plan har der igennem en del år været igangsat forskellige uddannelsesmæssige tiltag for de alment praktiserende læger på depressionsområdet. Disse tiltag har dog ikke været tilstrækkelige – dels er de ikke del af en national uddannelsesstrategi på området¹⁹, dels er efteruddannelse i depressions sygdomme og deres behandling ikke noget krav²⁰. Det er på dette område oplagt, at det offentlige bør tage større ansvar for efteruddannelsen af de alment praktiserende læger. Ligeså tyder alt på, at der er et udtalt behov for at udvikle let tilgængelige og let anvendelige diagnosticeringsværktøjer, der er pålidelige og praktiske at bruge i en ofte meget travl hverdag.

For at øge kvaliteten af diagnosticeringen af depression er det endvidere essentielt, at de alment praktiserende læger har let og fleksibel adgang til støtte fra psykiatriske eksperter – primært via samråd, men også ved mulighed for hurtig henvisning af de patienter, der er særligt vanskelige at udrede og behandle.

Endelig bør det bemærkes, at udviklingen af nye billeddannende teknikker (neuroimaging) samt fund af relevante biomarkører i fremtiden vil kunne kvalificere diagnosticeringen af depression betydeligt²¹. En aktiv ibrugtagning af sådanne teknologiske fremskridt bør være en selvfølge, når kvaliteten af depressionsbehandlingen i Danmark skal forbedres.

1.2.4 Bedre behandling og forebyggelse – evidensbaseret psykiatri

Lif finder det essentielt, at behandlingen af depression i videst muligt omfang bygger på evidens – det gælder dels brugen af forskellige behandlingsprincipper (primært farmakologisk og psykologisk intervention), dels når der skal vælges mellem forskellige medicinske præparater og mellem forskellige psykologiske terapiformer. Behandling af depression – både den akutte og den forebyggende, der skal hindre tilbagefald – er kompleks og tidskrævende og derfor også svær at håndtere for de alment praktiserende læger.

9. Jes Gerlach, Hvad er depression? I Depression – symptomer, årsager og behandling af Jes Gerlach (red.), 2006
10. Aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2010-2013, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009
11. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
12. Jes Gerlach, Biologiske årsager til depression I Depression – symptomer, årsager og behandling af Jes Gerlach (red.), 2006
13. Screening og case finding-instrumenter for depression – resultater af et Cochrane-review, Kessing et al, Ugeskrift for Læger, 2006
14. Lære at screene for depression, Koefoed et al, Sygeplejersken, 2004
15. Behandling af depressionssygdomme – Kommentering af: Behandling af depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversigt. Volym 1-3. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Sundhedsstyrelsen, 2005
16. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Lublin et al, Ugeskrift for Læger, 2002
17. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
18. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
19. Depression, Stage et al, Ugeskrift for Læger, 2004
20. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, Dansk Psykiatrisk Selskab & Dansk Selskab for Almen Medicin, 2004

Her findes sjældent lette løsninger. Og netop derfor er det vigtigt, at de alment praktiserende læger bruger de evidensbaserede værktøjer og anbefalinger, som findes, samt at de har let adgang til den nødvendige faglige støtte.

I løbet af de seneste år er der udgivet flere grundige analyser af muligheder og evidens inden for behandlingen af depression. Analyserne munder alle ud i konkrete vejledninger og anbefalinger af "best practice" på området. Det drejer sig om:

- *Referenceprogram for unipolar depression hos voksne*, Sundhedsstyrelsen, 2007
- *Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*, Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin, 2004
- *Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*, Dansk Psykiatrisk Selskab, 2001
- *Diagnostik og behandling af depression i almen praksis*, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001

Lif har noteret sig, at de forskellige arbejder i al væsentlighed er enige om både evidensen og de fremadrettede anbefalinger for god behandling og forebyggelse af depression. Tiden er derfor kommet til, at den oparbejdede

” Læger i almen praksis bør derfor alle have let og fleksibel adgang til speciallæger i psykiatri, der kan rådgive om diagnostik, behandling og forebyggelse af depression.

viden på området omsættes til konkrete og bindende krav om handling til alle de aktører på sundhedsområdet, der har ansvar for og indflydelse på behandlingen af depressive patienter i Danmark.

Kun ved en koordineret og målrettet national indsats, hvor der i alle led arbejdes efter faste evidensbaserede standarder, kan kvaliteten af behandlingen og forebyggelsen af depression få det løft, som området savner.

1.2.5 Organisering af behandling og patientforløb

Behandling af unipolar depression foregår primært hos alment praktiserende læger, sekundært hos privatpraktiserende speciallæger i psykiatri, på distriktspsykiatriske centre samt på psykiatriske afdelinger. Fra første april 2008 har de alment praktiserende læger – som en forsøgsordning – også kunnet henvise udvalgte grupper af depressive patienter (18-37 årige) til psykologisk behandling hos privatpraktiserende psykologer (med sygesikringstilskud). Med satspuljeaftalen for 2008-2011 er der afsat 20 mio. kr. årligt fra 2009 til 2011 til at kunne udvide ordningen til at omfatte flere voksne²² - den praktiske implementering af dette afventes dog fortsat.

Der er i dag videnskabelig evidens for, at aktivt samarbejde mellem praktiserende læge og en speciallæge i psykiatri via forskellige former for shared care modeller og supervisionsordninger øger andelen af patienter, som opnår effekt af antidepressiv behandling^{23 24}.

Læger i almen praksis bør derfor alle have let og fleksibel adgang til speciallæger i psykiatri, der kan rådgive om diagnostik, behandling og forebyggelse af depression.

Det er i dag et særskilt problem, at mange depressive patienter ikke får det optimale ud af den medicinske behandling, som de modtager. Hvis hurtig indsættende effekt udebliver, opgives den medicinske behandling for hurtigt - patienten magter ikke at tage sin medicin som aftalt med den praktiserende læge, og de praktiserende læger er hurtige til at sende patienterne "videre i systemet" til en speciallæge i psykiatri. Og hvis en behandlingseffekt opnås, undlader alt for mange patienter at tage deres medicin i vedligeholdelsesfasen, som er 6 måneder efter, at depressionssymptomerne er forsvundet – og hermed øges risikoen for tilbagefald markant.

Der er på ovenstående baggrund et stort behov for, at der tænkes i nye og bedre måder at understøtte et mere optimalt medicineringsforløb for depressive patienter. For det første bør de alment praktiserende læger gives bedre støtte og flere incitamenter til at fortsætte og optimere den igangsatte medicinske behandling af deres depressive patienter – også selvom det i det enkelte tilfælde kan tage lang tid til at finde og fastholde en virkningsfuld behandling. Grundet

” Lif ser et stort potentiale i at udvikle støttefunktioner i **lægehuse og kommunale sundhedscentre**, som kan bidrage til at sikre, at depressive patienter følger det aftalte medicineringsforløb.



den udtalte mangel på speciallæger i psykiatri er det ikke en praktisk farbar vej at forbedre indsatsen over for depressive patienter ved blot at henvise flere patienter til speciallægebehandling, da denne behandlingskapacitet ikke findes for nærværende. Ved henvisning til speciallæge i psykiatri vil patienten – grundet lange ventetider – opleve et slip i behandlingen, som ingen er tjent med. Efter Lifs opfattelse er det den alment praktiserende læge, der skal være ansvarlig for behandlingsforløbet, men gerne med endnu bedre støtte fra speciallægerne samt andre sundhedsprofessionelle.

Til nye måder at understøtte et bedre medicineringsforløb hører også, at man ser på, hvordan nye kommunikationsteknologier (fx e-mails og SMS'er samt særlige chat-forums og websites etc.) kan anvendes til at hjælpe og opmuntre patienten til at tage sin medicin.

Endelig er det også vigtigt for opnåelse af et succesfuldt behandlingsforløb, at der tidligt i forløbet sker en eksplicit afklaring af og forventningsafstemning til behandlings-

forløbet mellem læge og patient. En klar aftale mellem læge og patient kan være med til at fastholde begge parter fokus på vigtigheden af, at den valgte behandlingsstrategi følges nøje.

Med hensyn til de patienter, der fortsat responderer dårligt på behandlingen i almen praksis, skal de alment praktiserende læger have let adgang til at henvise til speciallæge i psykiatri for nærmere udredning og behandling.

Lif støtter fuldt op om supplerende uddannelse og inddragelse af andre sundhedsprofessionelle med det formål at sikre en bedre opsporing, diagnostik, behandling, opfølgning og forebyggelse af depression.

Lif ser et stort potentiale i at udvikle støttefunktioner i lægehuse og kommunale sundhedscentre, som kan bidrage til at sikre, at depressive patienter følger det aftalte medicineringsforløb.

21. Depression: Bedre diagnostik og behandling, mere forskning, Bolvig & Rosenber, Ugeskrift for Læger, 2007

22. Aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2008-2011, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008

23. Forebyggende ambulant behandling af svær affektiv lidelse (depression og mani) – en medicinsk teknologivurdering, Kessing et al, Sundhedsstyrelsen, 2006

24. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter,

1.3 – Sundhedspolitiske mål

Efter Lifs mening bør der systematisk opstilles sundhedspolitiske mål for indsatsen i sundhedsvæsenet, herunder på depressionsområdet, til brug for en fælles retningsangivelse og evaluering af indsatsen. De overordnede sundhedspolitiske mål i en national handlingsplan om en forstærket indsats over for depression bør efter Lifs mening bl.a. være følgende (målene skal opfattes som en idealiseret tilstand – i praksis kan der være gode grunde til, at de listede mål på sigt ikke lader sig indfri fuldt ud):

- Alle patientgrupper, der har særlig risiko for udvikling af depression, skal oplyses om og tilbydes målrettet screening for depression hos alment praktiserende læge.
- Alle patientgrupper, der har særlig risiko for udvikling af depression, skal tilbydes målrettet information om depression.
- Alle kommuner og regioner har retningslinjer for, hvordan sundheds- og plejepersonale kan bidrage til opsporing af depressive patienter.
- Alle alment praktiserende læger har tilknyttet sundhedsfaglig bistand (eksempelvis en sygeplejerske), der kan sikre, at der systematisk følges op på behandlingen af alle depressive patienter.
 - Alle depressive patienter i medicinsk behandling skal tilbydes praktisk støtte til at fastholde behandlingen - andelen af patienter, der ikke gennemfører den med lægen fastlagte medicinske behandlingsstrategi (både akut fase og vedligeholdelsesfasen), skal halveres.
- Alle depressive patienter skal behandles i overensstemmelse med nationalt gældende kliniske retningslinjer for området. Det forudsætter blandt andet, at:
 - alle alment praktiserende læger skal kende og have let adgang til gældende kliniske retningslinjer
 - alle alment praktiserende læger skal kende og i praksis have let adgang til de vigtigste spørgeskemabaserede redskaber til diagnostik af depression og vurdering af depressionens sværhedsgrad

- patienten og den behandlende læge som fast praksis indgår en "behandlingsaftale", hvori forventninger til og mål for behandlingen gøres eksplicitte.

- Alle alment praktiserende læger skal regelmæssigt – med maksimalt 5 års mellemrum – deltage i efteruddannelse i depressionssygdomme og deres behandling.
- Alle alment praktiserende læger skal være tilknyttet en speciallæge i psykiatri enten via en supervisorsordning, en shared care ordning eller lignende. En sådan tilknytning skal gennemføres inden for de næste 3 år.

1.4 – Initiativer til opfyldelse af målene

1.4.1 Systematisk opsporing og bedre diagnosticering

Det er dokumenteret, at der er en betydelig underdiagnosticering af depression^{25 26}. Manglende diagnosticering af depression fører hvert år til et kæmpe tab af livskvalitet og leveår. De ramte, de pårørende og samfundet lider under dette – både menneskeligt og økonomisk. Det er ligeledes dokumenteret, at der er en række risikogrupper, hvor risikoen for depression er særlig stor²⁷. Lif vil derfor anbefale, at målrettet screening for depression hos risikogrupper indføres som en integreret del af behandlingstilbuddene i det danske sundhedsvæsen. Til brug for screeningen bør anvendes alment anerkendte spørgsmålsbaserede diagnostiske redskaber (spørgeskemaer).

I forbindelse med gennemførelse af forebyggende helbredstjek bør man være opmærksom på, om personen, der tjekkes, tilhører en af grupperne, der har særlig risiko for at udvikle depression.

Da manglende viden om de kliniske symptomer for depression er udbredt i befolkningen generelt – og blandt sundhedsprofessionelle – bør der sættes målrettet ind med oplysning og uddannelse. Viden om de kliniske symptomer for depression er forudsætningen for, at sygdommen kan erkendes og diagnosticeres. Der bør derfor etableres efteruddannelsstilbud for relevante grupper af sundhedsvæsenets personale, så tidlig og målrettet opsporing af depressive patienter sikres. Obligatorisk efteruddannelse af læger i

almen praksis i opsporing, diagnosticering, forebyggelse og behandling af depression bør etableres. I forbindelse hermed er det væsentligt, at der undervises i korrekt anvendelse af redskaber til hhv. diagnosticering af depression og vurdering af depressionens sværhedsgrad. Undervisningen kan med fordel suppleres med tiltag, der letter adgangen til den praktiske anvendelighed af de vigtigste spørgsmålsbaserede redskaber. Her kunne eksempelvis være tale om udvikling af forskellige former for it-løsninger, der kan integreres i de praktiserende lægers eksisterende it-systemer.

Endelig bør der udarbejdes målrettet informationsmateriale om depression til de grupper i befolkningen, der har en særlig risiko for udvikling af depression, således at disse grupper lettere og tidligere kan blive opmærksomme på eventuelle symptomer på depression. Informationsmaterialet skal distribueres bredt – men målrettet – til arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner, sygehuse, behandlingscentre, jobcentre, patientforeninger etc. Informationsmaterialet skal være tilgængeligt, hvor de med risiko for udvikling af depression færdes.

1.4.2 Bedre behandling og opfølgning

Al behandling af depression bør ske i overensstemmelse med gældende nationale kliniske standarder – standarder, der formidles bredt, og som løbende opdateres i forhold til den nyeste kliniske evidens på området.

For at forbedre kvaliteten af indsatsen over for depression er det vigtigt, at alle personalegrupper i sundhedsvæsenet arbejder tæt sammen for at sikre den optimale behandling af den enkelte patient.

Med henblik på skabe et mere fintmasket net for opsporing af depression bør der udarbejdes retningslinjer og vejledninger for, hvordan sundhedsvæsenets ansatte samt kommunernes sundheds- og plejepersonale kan inddrages aktivt i

arbejdet. Udarbejdelsen af retningslinjer og vejledninger bør udføres og koordineres af de regionale og kommunale sundhedsforvaltninger. Kravet om udarbejdelse af retningslinjer og vejledninger kan med fordel indgå i sundhedsaftalerne mellem de enkelte regioner og kommuner. Dette skal særligt ses i lyset af, at indsatsen for mennesker med sindslidelser er et af de obligatoriske indsatsområder, hvor der skal udarbejdes sundhedsplaner²⁸.

” Obligatorisk efteruddannelse af læger i almen praksis i **opsporing, diagnosticering, forebyggelse og behandling af depression** bør etableres.

Herudover er det vigtigt, at de gode erfaringer med supervisionsordninger og shared care modeller – hvor igennem speciallæger i psykiatri kan støtte lægerne i almen praksis i forbindelse med udredning og behandling af depressive patienter – bliver udviklet yderligere. Da 90 % af al diagnosticering og behandling af depressive patienter foregår i almen praksis, er det helt afgørende for kvaliteten af indsatsen mod depression, at de alment praktiserende læger sikres den bedst mulige faglige support. Supervisionsordninger og shared care modeller bør derfor udbredes mest muligt.

Da depression ofte er en tilbagevendende sygdom, er det vigtigt, at der tilvejebringes god støtte til patienter, der er færdige med den akutte behandling. Patienter, der behandles forebyggende eller i vedligeholdelsesperioden, skal sikres støtte til at fastholde engagement og efterlevelse af den valgte behandlingsstrategi. Det gælder både farmakologisk og psykologisk behandling. Særligt for den farmakologiske behandling gælder det, at støtte til god medicin-compliance er essentiel for forebyggelse af tilbagefald (nye depressive

Dansk Psykiatrisk Selskab & Dansk Selskab for Almen medicin, 2004

25. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

26. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001

27. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

” For generelt af løfte niveauet af medicin-compliance – ikke bare på depressionsområdet – bør der iværksættes **teknologiske udviklingsprojekter**, der fokuserer på, hvordan man via nye kommunikationsteknologier kan understøtte, at patienter husker og motiveres til at tage deres medicin i rette dosis, til rette tid og i det nødvendige tidsrum.

episoder). Her er det væsentligt, at de personer, som patienten omgås til daglig, kan træde hjælpende til. Hertil kræves en særlig oplysnings- og uddannelsesindsats. Men også i sundhedsvæsenet bør der gøres en aktiv indsats for at understøtte fastholdelse af den aftalte behandlingsstrategi. Uddannelse og ansættelse af sygeplejersker i lægehuse og kommunale sundhedscentre, der har til opgave at optimere opfølgningen på behandlingen af depressive patienter, vil dels sikre målretning af indsatsen samt aflaste de alment praktiserende læger.

For generelt af løfte niveauet af medicin-compliance – ikke bare på depressionsområdet – bør der iværksættes teknologiske udviklingsprojekter, der fokuserer på, hvordan man via nye kommunikationsteknologier kan understøtte, at patienter husker og motiveres til at tage deres medicin i rette dosis, til rette tid og i det nødvendige tidsrum.

Endelig bør både patienter og de alment praktiserende læger gives øgede incitamenter til at fastholde iværksatte behandlingstiltag. Patient og læge bør ved behandlingsstart lave en aftale, der tydeliggør parternes forventninger til og mål for den påtænkte behandling. Herudover skal det sikres, at de alment praktiserende læger gives både tid og økonomi til at arbejde målrettet for at følge iværksatte behandlingsforløb succesfuldt til ende.

1.4.3 Styrket rekruttering til og bedre udnyttelse af speciallæger i psykiatri

I bestræbelserne på at hæve kvaliteten af indsatsen mod depression udgør manglen på speciallæger i psykiatri et selvstændigt problem. Manglen på psykiatere ser først ud til at bedres på den anden side af 2020²⁹. Så lang tid kan vi ikke sidde passivt tilbage og vente. Der bør derfor iværksættes mangeartede aktiviteter, der skal gøre det mere attraktivt for læger at søge uddannelse og speciale i psykiatri. At psykiatrien siden 1. februar 2008 har kunnet indgå i den kliniske basisuddannelse (tidligere turnusuddannelsen) vil meget sandsynligt øge opmærksomheden på mulighederne inden for psykiatrien. Denne mulighed skal udnyttes og udvikles aktivt – for eksempel ved kobling til en mere målrettet og aktiv rekruttering til de i dag ledige uddannelsesstillinger (introduktionsstillinger) inden for psykiatrien.

Men at skabe et system, hvor et stort antal af psykiatere kan håndtere et stigende antal henvisninger af depressive patienter fra almen praksis, er efter Lif's opfattelse ikke en rationel måde at hæve kvaliteten på depressionsområdet. Hvor der er behov, skal der naturligvis være umiddelbar adgang til at henvise patienter, der er særligt vanskelige at udrede og behandle, til speciallægebehandling – og dette uden nævneværdig ventetid. Men lige så vigtigt er det, at speciallægernes fokus og tid rettes mod at være støttefunktion for almen praksis. Med den fornødne faglige og faste ekspertstøtte vil de alment praktiserende læger kunne fastholde og kvalificere behandlingen af deres depressive patienter. For patienterne vil det betyde mere sammenhængende behandlingsforløb. Da udredning og behandling af depression er en langvarig proces, der bedst understøttes af en kontinuerlig og tæt dialog mellem patient og læge, finder Lif, at et kvalitetsløft af området primært skal ske inden for rammerne af almen praksis. Psykiaternes fremtidige rolle er derfor ikke at "overtage" de depressive patienter – men derimod at arbejde for, at lægerne i almen praksis kan diagnosticere og færdigbehandle flest muligt. Udvikling og implementering af forskellige former for supervisions- og shared care ordninger skal på sigt give psykiaterne mulighed for at koncentrere sig om de særlige og vanskelige depressionstilfælde.

1.4.4 Bedre dokumentation

For fremadrettet at kunne arbejde med kvalitetsforbedringer i forhold til indsatsen mod depression bør der tilvejebringes bedre overblik over og dokumentation for sundhedsvæsenets opsporende, forebyggende, behandlende og opfølgende aktiviteter. Vi skal vide, hvad der gøres, hvor meget der gøres, og om det virker. I forbindelse med arbejdet i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), der siden 1999 har udarbejdet værktøjer (indikatorer og standarder) til vurdering af sundhedsvæsenets kerneydelser, er turen nu kommet til sygdommen depression. Arbejdet, der forventes påbegyndt i 2009³⁰, kan med fordel have fokus på dels organiseringen og sammenhængen i sundhedsvæsenets aktiviteter i forhold til depression, dels de alment praktiserende lægers varetægelse af opgaver relateret til opsporing, diagnosticering, forebyggelse og behandling af depression.

Del 2:

Baggrundsviden

2.1 – Psykiatrien – et område med store udfordringer

Mens udgifterne til den somatiske del af sundhedsvæsenet er steget markant - knap 35 % - siden 2000, er udgifterne til psykiatrien i samme periode kun steget med godt 5 %. Samtidig er behandlingspresset i psykiatrien vokset – der behandles flere og flere patienter. På 5 år (fra 2002 til 2007) er antallet af behandlede patienter pr. år steget fra 93.000 til 112.000. En stigning på mere end 20 %. På børne- og ungeområdet er antallet af henvisninger til de psykiatriske afdelinger steget fra 4.858 i 1996 til 14.959 i 2008³¹.

Området har igennem mange år været kendetegnet ved betydelige ventelister – dels til privatpraktiserende psykiatere, dels til behandling i offentligt regi (sygehus/ambulant), hvor 2.629 børn og unge og 4.334 voksne pr. 1. marts 2009 stod på venteliste. Alle havde de et akut behov for undersøgelse og/eller behandling³³.

Med aftalerne om satspuljen på sundhedsområdet for hhv. 2007-2010 og 2008-2011 er der sat fokus på nedbringelse af ventelisterne – særligt inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Dette har blandt andet medført, at der fra januar 2009 nu er etableret en udrednings- og behandlingsgaranti på

to måneder for børn og unge med psykiske problemer. Fra januar 2010 udvides denne behandlingsgaranti til også at omfatte voksne^{34 35}.

Psykiatriområdet står dog over for den store udfordring, at der generelt er mangel på speciallæger – det betyder få privatpraktiserende psykiatere samt mange ubesatte speciallægestillinger i det offentlige sygehusvæsen.

Danske Regioner forudser, at der særligt inden for voksenpsykiatrien vil være en stigende mangel på speciallæger – antallet af speciallæger forventes her at falde med 31 % (fra 783 til 540) i perioden 2005-2015. Først omkring 2020 forventes den faldende kurve at knække^{36 37 38}.

En anden stor udfordring er, at omkring 300.000 danskere med psykiske lidelser af ikke-psykotisk art (herunder bl.a. depression) ikke modtager noget behandlingstilbud. Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Psykiatrisk Selskab har på baggrund heraf (samt på baggrund af den generelt dårlige tilgængelighed til psykiatriske afdelinger og praktiserende psykiatere) anbefalet, at samarbejdet mellem de alment praktiserende læger og psykiaterne forbedres, samt at efteruddannelsen af både alment praktiserende læger og speciallæger i psykiatri styrkes³⁹.

28. www.sst.dk

29. Fakta om psykiatrien, Danske Regioner, 2009

30. www.nip.dk

31. Fakta om psykiatrien, Danske Regioner, 2009

32. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, Dansk Psykiatrisk Selskab & Dansk Selskab for Almen Medicin, 2004

33. Fakta om psykiatrien, Danske Regioner, 2009

34. Aftaler om satspuljen på sundhedsområdet 2007-2010 samt 2008-2011, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006 og 2008

35. Sej kamp mod ventelister, A. Steenberger, Ugeskrift for Læger, 2009

36. Behandlingsgaranti i psykiatrien, Danske Regioner, 2006

37. Fakta om psykiatrien, Danske Regioner, 2009

38. Sej kamp mod ventelister, A. Steenberger, Ugeskrift for Læger, 2009

39. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, Dansk Psykiatrisk Selskab & Dansk Selskab for Almen Medicin, 2004

Ovenstående har medført, at der i perioden 2007-2010 er afsat 15 mio. kroner årligt via satspuljen på sundhedsområdet til styrkelse af tilbud til patienter med ikke-psykotiske lidelser. Ligeledes er der afsat 10 mio. kr. årligt fra 2007 til 2010 til landsdækkende udviklings- og forskningsaktiviteter, der blandt andet skal styrke kompetenceudviklingen inden for psykiatrien⁴⁰. Nogle af disse penge går blandt andet til udvikling og afholdelse af efteruddannelsesaktiviteter for alment praktiserende læger inden for diagnostik og behandling af depression – dette arbejde foregår i regi af Psykiatrifonden, Lægeforeningen og Dansk Selskab for Almen Medicin.

2.2 – Hyppigheden af depression

Det skønnes, at der lige nu er mellem 150.000 og 250.000 danskere, der lider af en depression. Og ca. dobbelt så mange (ca. 400.000 personer) har eller har haft en depression inden for de seneste 12 måneder. Lidt under halvdelen af depressionerne kan karakteriseres som lette depressioner, hvorimod de resterende depressioner er moderate til svære. De svære indlæggelseskrævende depressioner udgør dog kun en mindre del. En depression varer som oftest mellem 3 og 12 måneder. Kvinder rammes ca. dobbelt så hyppigt af depression som mænd^{41 42 43 44 45}.

Depression er en lidelse, som ofte vender tilbage. Således er risikoen for, at man oplever en ny depressiv periode, når man først har haft én depression, 60-80 % - og ca. 30 % vil opleve et tilbagefald allerede inden for 12 måneder. Jo flere depressioner man har haft, des større er risikoen for, at sygdommen kommer igen. Ligeså lader det til, at depressionernes sværhedsgrad øges, og intervallet mellem de depressive perioder mindskes, når man rammes af gentagne depressioner. For op imod 20 % kan en depression føre til vedvarende/kroniske depressive symptomer^{46 47}.

2.3 – Depression – en alvorlig og til tider livstruende sygdom

Verdenssundhedsorganisationen WHO har i sin seneste opgørelse fra 2008 over, hvilke sygdomme der på verdensplan fører til flest tabte år med sundt liv (udtryk for belastningen af en given sygdom, dvs. som giver anledning til det største tab af livskvalitet og leveår), placeret depression på en tred-

jeplads, kun overgået af diaré og nedre luftvejsinfektioner. I 2030 forventer WHO, at depression topper listen. Ses der isoleret på mellemindkomst- og højindkomstlande, så er depression allerede i dag den lidelse, hvortil der er knyttet det største tab af livskvalitet og leveår⁴⁸.

Depression er forbundet med en markant forhøjet risiko for tidlig død grundet selvmord. Omkring 50 % af alle selvmord kan relateres til en forudgående depressiv lidelse^{49 50}.

Der er tale om en sygdom, der invaliderer - og forårsager død - hos et meget stort antal mennesker.

2.4 – Årsagerne til depression

Depression forekommer dobbelt så hyppigt hos kvinder som hos mænd. Årsagen til denne forskellighed er endnu uafklaret. Generelt synes der ikke at være nogen klar enkeltstående årsag til udvikling af depression. Der er tale om et meget sammensat billede, hvor både genetiske og ikke-genetiske forhold spiller en væsentlig rolle. Der er videnskabelig evidens for, at udvikling af depression delvist er arveligt betinget – eksempelvis er forekomsten af depression hos personer, hvis forældre har haft depression, mere

” Depression er forbundet med en markant forhøjet risiko for tidlig død grundet selvmord. Omkring 50 % af alle selvmord kan relateres til en forudgående depressiv lidelse^{49 50}.

end 3 gange så høj som i befolkningen generelt. Blandt de ikke-genetiske forhold (risikofaktorer) kan nævnes fejlfunktioner i nervesystemet, livsstil, stress, psykosociale forhold (herunder socioøkonomisk og uddannelsesmæssig status) samt traumatiserende og belastende hændelser som alvorlig sygdom, pårørendes død og arbejdsløshed. Hertil kommer, at små beskadigelser eller svind af hjernens væv synes at udgøre en risikofaktor i forhold til udvikling af depression. Beskadigelserne kan for eksempel opstå ved forkalkning af hjernens små blodkar eller ved forhøjet blodtryk. Ligeledes er funktionelle forandringer i de dele af hjernen, der styrer produktionen af hormoner og signalstoffer, også set hos de-

pressive personer. Der er en vis evidens for, at sådanne funktionelle forandringer blandt andet kan forårsages af misbrug af alkohol, benzodiazepiner, cannabis og ecstasy⁵¹.

Det er kombinationen - en medfødt eller tidligt grundlagt sårbarhed kombineret med ydre belastninger – der er afgørende for udvikling af depression⁵².

2.5 – Diagnosticering af depression

Depression diagnosticeres i dag udelukkende ud fra det kliniske billede – det vil sige ud fra tilstedeværelsen af depressive symptomer (symptomerne er beskrevet nærmere nedenfor).

Depression diagnosticeres i Danmark primært ud fra WHO's klassifikationssystem for sygdomme, ICD 10 (international sygdomsklassifikation udgave nr. 10). ICD 10 specificerer en række kriterier for diagnosticering af depression. Gennem minimum to uger skal patienten have oplevet mindst to kernesymptomer og mindst to ledsagesymptomer for depression (se nedenfor). Hvis patienten oplever netop to kernesymptomer og to ledsagesymptomer, er der tale om en let depression. Oplever patienten mindst to kernesymptomer og mindst 4 ledsagesymptomer, er der tale om en moderat

depression. Og opleves alle tre kernesymptomer og mindst 5 ledsagesymptomer, har patienten en svær depression⁵³. Afledt af ICD 10 findes MDI-depressionsspørgeskemaet (Major Depression Inventory), som anvendes til dels at diagnosticere depression, dels at måle ændringer i sygdomstilstanden i løbet af behandlingen⁵⁵.

Der findes dog også andre udenlandske/forskningsrettede redskaber til diagnosticering af depression – eksempelvis MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), CIDI (Composite International Diagnostic Interview), SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) og DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)⁵⁶.

Med henblik på bedømmelse af depressionens sværhedsgrad – og specielt til monitorering af patientens sygdomsforløb – er der udviklet en række særlige redskaber. Mest anvendt er HAMD (Hamilton Depression Rating Scale), BDI (Beck's Depression Inventory) samt MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale)⁵⁷.

For at sikre patienten en optimal behandling er det afgørende, at depressionens sværhedsgrad og undertype bestemmes, da valg af behandling afhænger heraf. Dette sker dels via ovennævnte evalueringsskemaer, dels via en grundig

40. Aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2007-2010, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006

41. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

42. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001

43. Depression, Stage et al, Ugeskrift for Læger, 2004

44. En psykiatri i verdensklasse, Danske Regioner, 2009

45. www.psykiatrifonden.dk

46. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

47. www.psykiatrifonden.dk

48. The Global Burden of Disease, 2004 update, WHO, 2008

49. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

50. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001

51. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

52. www.psykiatrifonden.dk

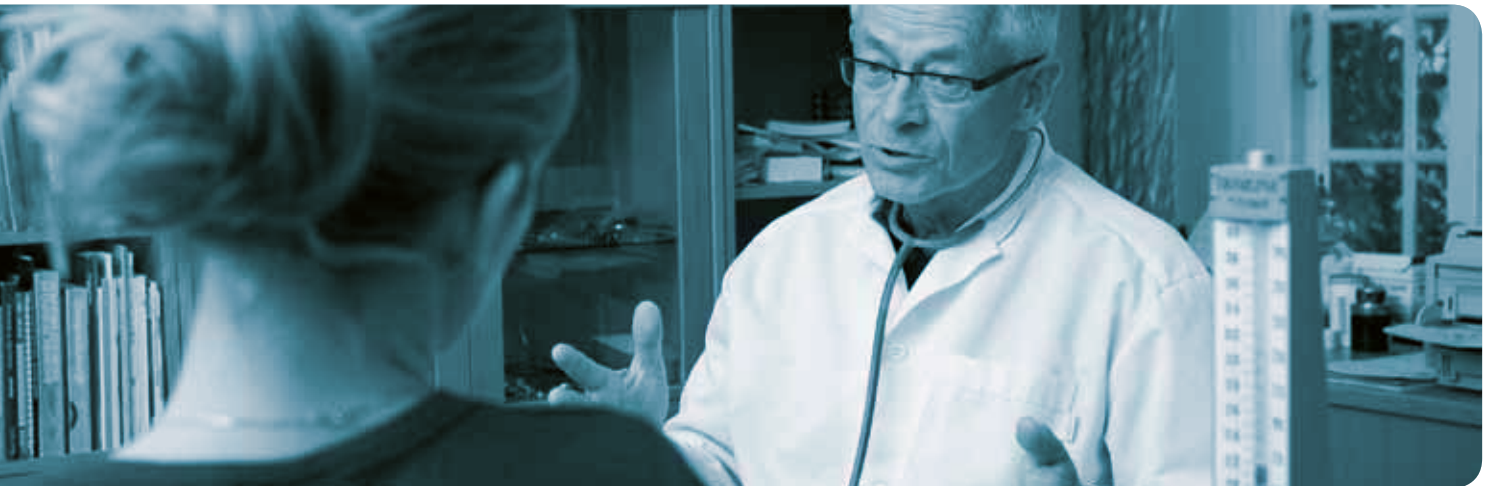
53. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001

54. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

55. Per Beck, Livskvalitet og depression: Brugen af spørgeskemaer Depression – symptomer, årsager og behandling af Jes Gerlach (red.), 2006

56. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

57. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007



kortlægning af patientens sygehistorie, hvorunder oplysninger fra pårørende og eventuelt plejepersonale inddrages⁵⁸.

Det er endvidere essentielt for valg af rette behandling, at depressionen adskilles fra andre lidelser, der kan have samme eller overlappende kliniske billede. Skizofreni, angsttilstande, personlighedsforstyrrelser, demens og misbrug (af fx alkohol) er alle tilstande, der ligner eller kan sløre symptomerne for depression⁵⁹. Også somatiske lidelser kan have depressive symptomer, det drejer sig fx om visse hjernelidelser, sygdomme i indre kirtler og hormonsystemet, kroniske infektionssygdomme, B-12-vitaminmangel samt blodmangel. Og endelig kan depressive symptomer opstå som bivirkning ved brug af visse lægemidler, fx betablokkere, kortikosteroider og visse antipsykotika^{60,61}.

2.6 – Symptomer og typer

2.6.1 Symptomer

Kernesymptomer for depression er ifølge ICD 10^{62,63}:

- Nedtrykthed
- Nedsat lyst eller interesse
- Nedsat energi eller øget træthed

Ledsagesymptomer for depression er ifølge ICD 10^{64,65}:

- Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- Selvbepjævelser eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord

- Tænke- eller koncentrationsbesvær
- Agitation eller hæmning
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- og vægtændring

2.6.2 Typer

Depression kan være en unipolar lidelse eller del af en bipolar lidelse. Det er den unipolare lidelse, som adresseres i nærværende sundhedspolitiske oplæg.

Den bipolare lidelse – mani-depressiv sygdom – er kendetegnet ved, at depressive og maniske episoder optræder skiftevis. For korrekt behandling er det vigtigt at fastslå, om erkendte depressionssymptomer er del af en mani-depressiv sygdom. Denne distinktion er essentiel, da mani-depressive patienter primært behandles med stemningsstabiliserende medicin⁶⁶.

Den unipolare depression kan ifølge Sundhedsstyrelsen inddeles i følgende undergrupper⁶⁷:

- Tilbagevendende (periodisk) depression
- Melankoliformt (somatisk) syndrom
- Kronisk depression (svær depression af mindst 2 års varighed)
- Dystymi (ikke så intens, men kronisk – dvs. mindst 2 års varighed)
- Årstidsrelateret depression (oftest vinterdepression)
- Fødselsdepression
- Andre depressive tilstande

Herudover nævner Psykiatrifonden "Den mandlige depression", der er kendetegnet ved, at patienten føler sig udbrændt og tom, er opfarende, ubeslutsom, irriteret og aggressiv, føler sig angst, har en negativ holdning til alt, bebrejder omgivelserne, er indelukket og kan have et alkoholmisbrug⁶⁸.

2.7 – Behandling af depression

Omkring 90 % af de patienter, der diagnosticeres som depressive, behandles i almen praksis. De resterende behandles af psykologer samt speciallæger i psykiatri^{69 70 71}.

Målet for behandling af patienter med depression er⁷²:

- at stoppe/afkorte depressionen – opnå symptomfrihed samt genvinde den normale funktionsevne
- at minimere de psykologiske lidelser og sociale konsekvenser af depressionen
- at forhindre selvmord
- at forebygge tilbagefald

De primære behandlingsstrategier er farmakologisk (medicinsk) behandling, forskellige former for psykologisk behandling samt kombinationer af disse.

2.7.1 Farmakologisk behandling

Det anbefales, at farmakologisk behandling altid ledsages af en grundig orientering/samtale om selve sygdommen – diagnosen, symptomer, prognose, årsagsforhold, behandlingsmuligheder samt praktiske forhold omkring den valgte behandlingsstrategi, fx virkning og bivirkninger ved medicinsk behandling^{73 74}.

Anbefalingerne med hensyn til farmakologisk behandling af lette depressioner er ikke helt entydige. Ifølge Sundhedsstyrelsens referenceprogram for unipolar depression hos voksne synes farmakologisk behandling at have mindst effekt på lette depressioner – evidensen for effekt er her svagest. Ved lette depressioner er effekten af antidepressive lægemidler sammenlignelig med effekten af psykologisk behandling – effekten af farmakologisk behandling indtræder dog hurtigere end effekten af psykologisk behandling⁷⁵. I følge Dansk

-
58. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 59. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 60. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
 61. www.medicin.dk
 62. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 63. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
 64. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 65. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
 66. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 67. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 68. www.psykiatrifonden.dk
 69. Behandling af depressionssygdomme – Kommentering af: Behandling af depressionssjukdomar. En systematisk litte-raturöversikt. Volym 1-3. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Sundhedsstyrelsen, 2005
 70. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 71. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, Dansk Psykiatrisk Selskab & Dansk Selskab for Almen Medicin, 2004
 72. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 73. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 74. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
 75. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

Selskab for Almen Medicin er strategien for behandling af lette depressioner samtaleterapi, da virkningen af farmakologisk behandling angives som usikker⁷⁶.

Der er klar evidens for, at farmakologisk behandling har effekt på behandling af moderate og svære depressioner⁷⁷.

” Stopper patienten med at tage sin medicin i vedligeholdelsesperioden, øges risikoen for tilbagefald og dermed nye depressive episoder.

Den farmakologiske behandling omfatter primært fire lægemiddelgrupper: SSRI-præparater (selektive serotonin re-uptake inhibitorer), tricykliske antidepressiva, Dual action præparater (fremmer virkningen af to signalstoffer i hjernen; serotonin og noradrenalin) samt MAO-hæmmere (monoaminoxidasehæmmere)⁷⁸. Nyeste lægemiddelstof er agomelatin, der har en anden virkningsmekanisme end de andre antidepressiva, der er på markedet⁷⁹. Præparatvalg bestemmes af bl.a. depressionens art og sværhedsgrad, effekt af tidligere behandling, anden bestående sygdom, bivirkninger og selvmordsrisiko⁸⁰. For at opnå et tilfredsstillende behandlingsresultat kan det være nødvendigt med flere behandlingsforsøg med forskellige antidepressive lægemidler⁸¹.

Generelt kan behandlingseffekt først ventes at indtræde efter 3-4 ugers forløb⁸².

For at sikre det bedst mulige udbytte af den medicinske behandling er det vigtigt, at patienten følger den behandlingsstrategi, som er valgt i samråd med lægen. Undersøgelser har vist, at mange patienter meget hurtigt ophører med at tage antidepressiv medicin – 30 % inden for de første måneder – og op mod 50 % stopper med at tage medicinen i vedligeholdelsesfasen, som er 6 måneder efter, at depressionssymptomerne er forsvundet. Stopper patienten med at tage sin medicin i vedligeholdelsesperioden, øges risikoen for tilbagefald og dermed nye depressive episoder. Der er herudover evidens for, at medicinsk langtidsbehandling – i op til to år eller mere – mindsker risikoen for nye depressive episoder⁸³.

Det skønnes, at ca. hver tredje patient opnår en utilfredsstillende effekt af medicinsk behandling, enten som følge af manglende effekt eller som følge af bivirkninger⁸⁴.

2.7.2 Psykologisk behandling

De hyppigst anvendte psykologiske behandlingsformer omfatter⁸⁵:

- **Kognitiv terapi/kognitiv adfærdsterapi.** Denne terapiform søger at ændre vanemæssige negative tanke- og adfærdsmønstre
- **Psykodynamisk terapi.** Her søger man at afdække, bearbejde og afvikle ubevidste konflikter og tab
- **Interpersonel terapi.** Denne terapiform tager sigte mod at udvikle problemløsningsmetoder i forhold til patientens relationer til omverdenen (andre mennesker)
- **Psykologisk rådgivning** (counselling) Behandlingen bygger her på almindelig støttende samtale

Det gælder generelt for de psykologiske behandlingsformer, at vurderingen af evidens bygger på et meget begrænset antal kontrollerede studier. Kognitiv og interpersonel terapi synes at være de psykologiske behandlingsformer, hvor der er mest evidens for effekt⁸⁶.

2.7.3 Kombinationsbehandling – medicin og psykoterapi

Sundhedsstyrelsen konkluderer, at der ved let til moderat depression ikke er undersøgelser, der tyder på større effekt af kombinationsbehandling end medicinsk og psykologisk behandling hver for sig. Ved kronisk, moderat depression er der en vis evidens for øget effekt af kombinationsbehandling⁸⁷.

2.7.4 Andre behandlinger

Øvrige behandlingsformer omfatter: Elektrokonvulsiv terapi (der især anbefales til svære depressioner, hvor man ønsker en hurtigtindsættende effekt), lysbehandling (kan anbefales til behandling af årstidsrelateret depression samt til lette og moderate depressioner), akupunktur, vågenterapi, transkraniel magnetstimulation samt fysisk træning⁸⁸.

2.8 – Omkostninger forbundet med depression

Foruden store menneskelige omkostninger for både patienter og pårørende er der store samfundsmæssige omkostninger forbundet med depression.

Det skønnes af Danske Regioner, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening og Børne-ungdomspsykiateres Organisation, at de samlede omkostninger til depressioner er ca. 14 mia. om året (eksklusive udgifter til sygedagpenge og førtidspensioner)⁸⁹. De 14 mia. kroner omfatter:

- Direkte sundhedsudgifter, fx konsultationer i almen praksis og speciallægepraksis, sygehusudgifter og medicinudgifter

- Direkte udgifter uden for sundhedssektoren, fx transport samt patients og pårørendes forbrug af tid
- Indirekte udgifter, fx tabt arbejdsfortjeneste, afbrudte uddannelsesforløb, øget forekomst af somatiske lidelser samt tabte leveår.

I 1999 blev det af DSI-Institut for Sundhedsvæsen skønnet, at omkostninger til depression (i 1997-priser) årligt lå mellem 5,5 mia. kroner og 9,5 mia. kroner.⁹⁰

I 2007 blev 16 % af alle nytilkendte førtidspensioner givet på baggrund af diagnosen depression, omfattende både bipolare og unipolare lidelser ⁹¹.

-
76. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
 77. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 78. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
 79. www.irf.dk
 80. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
 81. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 82. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
 83. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 84. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 85. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001
 86. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 87. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 88. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007
 89. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet, Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Psykiatere og Børne-ungdoms-psykiateres Organisation, Dansk Psykologforening og Danske Regioner, 2009
 90. Depression – en folkesygdom der skal behandles? DSI, 1999
 91. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet, Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Psykiatere og Børne-ungdoms-psykiateres Organisation, Dansk Psykologforening og Danske Regioner, 2009



– partnerskab
for sundhed

Lægemiddel
Industri
Foreningen

Lersø Parkallé 101
2100 København Ø
Tlf: 39 27 60 60
Fax: 39 27 60 70

info@lif.dk
www.lif.dk

Danmark er det land i Europa, hvor flest mennesker dør af sygdomme, der kunne have været forebygget. Der er tale om folkesygdommene, der også kaldes de "stille dræbere":

Hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, KOL (kronisk obstruktiv lungesyndrom), kræft, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme, overfølsomhedssygdomme og psykiske sygdomme. Disse lidelser kan, hvis de opdages og behandles i tide, helt undgås eller mindskes.

Lifs vision for den danske folkesundhed er, at ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af forebyggelige sygdomme.