



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 12-06-2017
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: DEPSBRE
Sagsnr.: 1703341
Dok. nr.: 374788

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 26. april 2017 stillet følgende spørgsmål nr. 808 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares endeligt.

Spørgsmål nr. 808:

”Ministeren bedes redegøre for, hvad der på nuværende tidspunkt foreligger af evidens om forebyggelse og behandling af mentale helbredsproblemer, herunder depression, angst og stress, og om den eksisterende evidens med fordel kan benyttes til at forebygge stress og fremme mental sundhed i samfundet, herunder f.eks. skræddersyet behandlingspakker?”

Svar:

Jeg har til endeligt svar på dette spørgsmål indhentet nedenstående bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som jeg henholder mig til:

”Det har ikke været muligt inden for den givne tidsramme at afgive et fuldstændigt svar på spørgsmålet. Sundhedsstyrelsen har inkluderet publikationer fra de sidste 4 år, som Sundhedsstyrelsen har umiddelbart kendskab til eller selv har været udgiver af inden for området om evidens for behandling af angst og depression. Der er altså ikke foretaget en systematisk litteraturgennemgang i forbindelse med nedenstående besvarelse.

Behandling af depression

Depressive lidelser inddeles i lette, moderate og svære alt efter lidelsens sværhedsgrad. Der er evidens for, at personer med lette depressioner ikke rutinemæssigt skal tilbydes behandling med antidepressiva. Det anbefales, at den lette depression overvåges med henblik på at følge lidelsens udvikling. Der er stærk evidens for, at personer med moderat depression tilbydes behandling med antidepressiva eller psykoterapi, evt. i kombination. Der er dog konsensus om, at medicinsk behandling oftest bør afvente en revurdering af lidelsen ved 2. konsultation hos lægen. Der er endvidere stærk evidens for, at personer med svær depression altid skal tilbydes behandling med antidepressiva.

NKR for non-farmakologisk behandling af unipolar depression

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en evidensbaseret national klinisk retningslinje (NKR) for non-farmakologisk behandling af unipolar depression. Denne nationale kliniske retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression beskæftiger sig med udvalgte dele af udrednings- og behandlingsforløbet for patienter med unipolar depression. Herunder primært de psykoterapeutiske interventioner.

Det anbefales i retningslinjen, med udgangspunkt i evidens af lav kvalitet, at tilbyde patienter med let til moderat depression fysisk træning i kombination med vanlig psykoterapeutisk behandling. Det anbefales i retningslinjen tillige, med udgangspunkt i

evidens af meget lav kvalitet, at tilbyde mindfulness-træning som en tilbagefaldsforebyggende intervention til patienter med moderat til svær depression, som er remitteret. Derudover er der i den kliniske retningslinje også fundet evidens af lav kvalitet for effekten af at tilbyde interpersonel psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi til personer med moderat til svær depression.

Der blev i retningslinjen søgt evidens for, hvorvidt personer, der tidligere har været diagnosticeret med depression, bør tilbydes tidlig opsporing for recidiv. Der blev dog ikke fundet egnet evidens, som kunne besvare spørgsmålet. Der blev ligeledes søgt efter, men ej heller ikke fundet egnet evidens, til at besvare spørgsmålet om der er effekt af at tilbyde støttende samtaler/samtaleterapi ved praktiserende læge til patienter med depression.

Behandling af angst

Der er forskellige former for angst, herunder generaliseret angst, enkelt fobi, socialfobi, panikangst m.fl. nedenfor følger en generel beskrivelse af behandling af angst hos voksne. Anbefalinger skal vurderes ift. den specifikke angstlidelse og tilbud om behandling vil være en vurdering baseret på videnskabelig evidens, kliniks skøn og patientens præferencer.

Der er evidens for, at kognitiv adfærdsterapi bør være førstevalg til behandling af angst hos voksne. Ved komplicerede tilfælde kan det være hensigtsmæssigt med en bredere terapeutisk tilgang. Eksponering bør således indgå i ethvert behandlingsforløb, dvs. at personen med angst udsætter sig for situationer, som vedkommende plejer at undgå på grund af angst, væmmelse eller andet ubehag. Psykoedukation bør indgå i ethvert behandlingsforløb og desuden vil medikamentel behandling hyppigt være relevant. De sociale forhold skal ligeledes vurderes og sociale tiltag skal ved behov indgå i behandlingsplanen. For enkelte personer kan kropslig tilgang ved BBAT behandling (Basic Body Awareness Therapy) eller mindfulness være et relevant supplement.

NKR for behandling af angst hos børn og unge

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en evidensbaseret national klinisk retningslinje (NKR) for behandling af angst hos børn og unge. Retningslinjen omhandler behandlingen af socialfobi, separationsangst og generaliseret angst hos børn og unge i alderen 6 til 17 år. Disse angstlidelser er blandt de mest udbredte hos børn og unge, og de forårsager betydelig funktionsnedsættelse og lidelse hos barnet/den unge såvel som dennes familie.

Det anbefales i retningslinjen, med udgangspunkt i evidens af moderat kvalitet, at tilbyde kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst. Det anbefales tillige, med udgangspunkt i evidens af lav kvalitet, at tilbyde børn/unge med angstlidelser kognitiv adfærdsterapi alene, fremfor i kombination med anti-depressiva (SSRI/SSNI).

Det anbefales i retningslinjen, med udgangspunkt i evidens af meget lav kvalitet, at tilbyde diagnosespecifikke kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer frem for generiske kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi. Dette kan ske enten i et individuelt eller i et gruppeformat, da der ikke er fundet evidens, der tilsiger, at den ene form har større effekt end den anden.

Forældre til børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst bør også inddrages i betydeligt omfang i behandlingsforløbet. Effekten heraf understøttes af evidens af moderat kvalitet.

Endelig er i retningslinjen søgt evidens for, hvorvidt den vanlige behandling af børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst bør suppleres med motion, vejtræknings- og afspændingsøvelser. Der blev dog ikke fundet egnet evidens, som kunne besvare spørgsmålet.

Behandling af stress

Sundhedsstyrelsen vurderer ikke, evidensen for behandling af angst og depressionsbehandling direkte kan overføres til at forebygge stress og fremme mental sundhed i samfundet, fx i form af skræddersyede behandlingspakker.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der til forebyggende og sundhedsfremmende formål er behov for en anden type indsats. Det er herunder afgørende, at andre relevante aktører end sundhedsvæsenet som eksempelvis beskæftigelsesområdet, socialområdet og undervisningsområdet inddrages i den bredere forebyggende indsats af stress og fremme af mental sundhed. Det skyldes, at hverken mental sundhed eller stress udvikles eller kan blive håndteret i sundhedssektoren alene.

Ved en bredere indsats vil det desuden være relevant, at omgivelsernes betydning for den negative udvikling af dårlig mental sundhed og forebyggelse af den stigende forekomst af stress hos en større del af befolkningen adresseres og supplerer en mere individrettet indsats, hvor behandlingspakker eventuelt kan indgå som en del af flere tiltag. Det vil kræve en betydelig vidensgennemgang at udforme robuste anbefalinger til indholdet i behandlingspakker.

Styrket sammenhæng i indsatsen

Der findes som ovenfor nævnt kliniske retningslinjer m.v. for behandling af angst og depression, der kan bidrage til høj kvalitet i den faglige indsats, hvilket er et af fokusområderne i psykiatri-udvalgets rapport fra 2013. Udvalget identificerede endvidere 'Styrket sammenhæng i indsatsen' som et andet område med stort behov for et styrket fokus.

For mennesker, som rammes af en psykisk lidelse, foregår den sundhedsfaglige behandling i praksissektoren eller i den stationære eller ambulante, regionale psykiatri. Særligt sårbare mennesker med psykiske lidelser vil ofte have brug for en social rehabiliteringsindsats i form af ophold på et botilbud i kortere eller længere perioder eller støtte til at blive boende i egen bolig i form af bostøtte. Ofte har særligt sårbare mennesker også en række andre sociale udfordringer, som f.eks. et begrænset netværk, dårlig økonomi, hjemløshed mv. og har derfor behov for andre sociale indsatser og tilbud. Disse indsatser varetages typisk af kommunens socialforvaltning. En stor gruppe borgere har, ud over deres psykiske problemstillinger, problemer med ledighed eller er sygemeldt. I de tilfælde vil indsatser og støtte i forhold til at komme i beskæftigelse eller tilbage i arbejde typisk foregå i kommunens jobcenter. Hvis borgeren er i ambulante behandling og samtidigt har et misbrug, varetages behandlingen for misbruget af kommunen, typisk forankret i sundhedsforvaltningen.

For nogle mennesker med psykiske lidelser er der således et væsentligt behov for sammenhæng og koordination mellem den indsats, der sker i sygehusregi og praksissektor, og i kommunernes forvaltninger.

Forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser

Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser

Som en del af satspuljeaftalen for 2014-17 blev det aftalt, at Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen skulle udarbejde en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser.

Den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser er udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Modellen er specifikt tilpasset arbejdet med at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, idet modellen både omfatter behandling og indsatser på sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Den generiske model for forløbsprogrammer er et arbejdsredskab for kommuner og regioner, der vil udarbejde ét eller flere forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. Modellen fungerer som en skabelon, der giver inspiration til, hvordan kommuner og regioner kan udarbejde, implementere og følge op på et forløbsprogram.

Forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser

Som en del af satspuljeaftalen for 2014-2017 blev der endvidere afsat midler til udvikling og implementering af lokale forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser med udgangspunkt i den generiske model. Der blev således givet midler til udvikling og implementering af tre lokale forløbsprogrammer for mennesker med hhv. angst og depression, dobbeltdiagnose og bipolar affektiv lidelse. Forløbsprogrammerne blev udviklet i 2016 og skal implementeres i løbet af 2017.

Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

Som følge af satspuljen for 2017-2020 blev det besluttet, at der skal udarbejdes tre forløbsprogrammer for børn og unge med hhv. ADHD, spiseforstyrrelser og angst/depression. Forløbsprogrammerne udarbejdes i 2017 i regi af Sundhedsstyrelsen. Formålet er, at børn og unge tilbydes en mere sammenhængende indsats og den bedst mulige udredning og behandling med henblik på at forebygge behovet for medicinsk behandling. Forløbsprogrammerne vil bygge på den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. Endvidere er der afsat puljemidler til udbredelse og implementering af forløbsprogrammer i regioner/tilhørende kommuner i perioden 2018-2010".

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Sarah Bang Refberg