

Forløbsprogram for depression

Indholdsfortegnelse

2. Indledning	5
2.1 Generelt om forløbsprogrammer	5
2.2 Forløbsprogram for depression	6
2.3 Forekomst og konsekvenser	6
3. Målgruppe og diagnoseregistrering	8
3.1 Diagnosekoder	8
3.2 Diagnoseregistrering	8
3.3 anbefalinger	9
4. Patient- og pårørende vinkel	10
4.1 anbefalinger	11
5. Generelt om behandling og støtte	12
5.1 Egenomsorg	12
5.2 Behandling	12
5.2.1 Psykoedukation, råd og vejledning	13
5.2.2 Psykoterapi	13
5.2.3 Psykodynamisk korttidsterapi	14
5.2.4 Interpersonel terapi	14
5.2.5 Kognitiv adfærdsterapi	14
5.2.6 Computerbaseret kognitiv terapi	14
5.2.7 Mindfulness-træning (opmærksomhedstræning)	15
5.2.8 Medicinsk behandling	15
5.2.9 ECT	16
5.2.10 Psykosocial rehabilitering	16
5.3 Multisygdom	16
5.4 Arbejdsmarkedsindsats	16
5.4.1 Integration på arbejdspladsen og socialt	17
5.4.2 Kompensation ved kronisk lidelse	18
5.4.3 § 56 ordning	18
5.4.4 Mulighedserklæring	18
5.4.5 Andre kommunale tiltag herunder sundhedstilbud	19
6. Stratificering	20
7. Tidlig opsporing og forebyggelse hos risikogrupper	22
7.1 Ældre med depression	23
7.2 anbefalinger	23
8. Udredning og diagnosticering	25
8.1 Udredning	25
8.2 Diagnosticering	25
8.2.1 Type	26
8.2.2 Sværhedsgrad	26
8.3 Samarbejde	27
8.4 anbefalinger	27
9. Let og moderat depression	28

9.1 Psykoterapi og medicinsk behandling	28
9.2 Arbejdsmarkedsindsats	29
9.3 Anbefalinger	29
10. Svær, svært behandlelig og/eller livstruende depression	30
10.1 Psykoterapi og medicinsk behandling	30
10.2 Arbejdsmarkedsindsats og psykosocial rehabilitering	31
10.3 Anbefalinger	32
11. Koordination og samarbejde	33
11.1 Koordineret indsats	33
11.2 Tovholder, kontaktperson og kommunal koordinator	33
11.3 Kommunikation og Informationsudveksling	34
11.4 Overgange	35
11.5 Samarbejde	36
11.6 Anbefalinger	36
12. Kvalitetsmonitorering	38
12.1 Monitorering af kronikerindsatsen	38
12.2 Monitorering af forløbsprogram for depression	39
12.2.1 Monitoreringsredskaber	40
12.2.2 Monitoreringsindikatorer	40
12.3 Ansvar og proces for kvalitetsmonitoreringen	42
12.4 Anbefalinger	42
13. Implementeringsstrategi	43
13.1 Kompetenceudvikling	43
13.2 Kommunikation mellem behandlerne	43
13.3 Organisering af tværsektorielt samarbejde om	44
implementering	44
13.4 Anbefalinger	44
14. Evaluering/opfølgning	45
15. Referencer	46
16. Ordforklaringsliste	47
Bilag 1: Medlemmer af forløbsprogramgruppen	49
Bilag 2. Samlede anbefalinger	50

1. Forord

Som led i samarbejdet om indsatsen for borgere med kronisk sygdom vedtog Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland i juni 2011, at praksissektoren, kommuner og region i fællesskab skulle udarbejde et forløbsprogram for depression.

Forløbsprogrammet for depression er det første forløbsprogram, der udvikles specifikt for mennesker med en psykisk lidelse/sygdom, der kommer i kontakt med mange aktører indenfor både det primære og sekundære sundhedsvæsen samt øvrige kommunale sektorer. De relevante aktører er:

- Almen praksis
- Kommunal sundhedssektor
- Kommunal arbejdsmarkedssektor
- Kommunal socialpsykiatri
- Praktiserende psykiatere
- Praktiserende psykologer
- Somatisk hospitalssektor
- Regionspsykiatrien (den psykiatriske hospitalssektor).

Den primære målgruppe er fagpersoner i praksissektoren, regionspsykiatrien og kommuner, som er i kontakt med borgere med depression.

Forløbsprogrammet for depression er udarbejdet af en forløbsprogramgruppe med repræsentanter fra praksissektoren (praktiserende læger, psykologer og praktiserende psykiatere), Regionspsykiatrien og kommuner i regionen. Et tværsektorielt formandskab har stået i spidsen for udviklingen og udarbejdelsen af forløbsprogrammet. Medlemmerne i forløbsprogramgruppen fremgår af bilag 1. Sekretariat og programkoordinatorfunktion er blevet varetaget af Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland.

På vegne af forløbsprogramgruppen

Per Jørgensen

Henrik Nordentoft

Leif Gjørtz Christensen

Cheflæge

Praksiskoordinator

Direktør

Regionspsykiatrien

for psykiatrien

Job og Velfærd

Region Midtjylland

Praktiserende læge, Århus

Viborg Kommune

2. Indledning

2.1 Generelt om forløbsprogrammer

Udvikling og implementering af forløbsprogrammer er et centralt redskab i sundhedsvæsenets målsætning om at forbedre indsatsen for patienter med kronisk eller langvarig sygdom, der kræver indsats på tværs af faggrupper og sektorer.

Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given sygdom, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for sundheds-, social- og arbejdsmarkedsindsatsen (hvor det er muligt), en præcis beskrivelse af opgavefordelingen samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter¹.

Sundhedsstyrelsen har i 2008 udviklet en generisk model for forløbsprogrammer. Denne model er under revision med en udvidelse af elementer om multisygdom, stratificering, forløbskoordinering og rehabilitering. Herudover er der planer om at udvide elementer om tidlig opsporing, sundhedsfremme og forebyggelse samt sårbare patienter. Det regionale arbejde tager afsæt i Sundhedsstyrelsens model, herunder er elementer af revisionsarbejdet søgt inddraget.

I udviklingen af forløbsprogrammer fokuseres der særligt på en kontinuerlig, systematisk og proaktiv indsats på tværs af almen praksis, kommune og hospital. Der lægges vægt på at understøtte patientens evne til at yde egenomsorg og mestre livet med sygdom. Desuden indeholder forløbsprogrammer beskrivelse af kvalitetsmonitorering og implementering.

Formålet med et forløbsprogram er at opnå høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen i hele patientforløbet samt en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Programmet skal dog også forstås som et dynamisk instrument, der opfanger og indarbejder nye initiativer og interventionsmetoder.

Målgruppen for forløbsprogrammer er primært de fagpersoner, som arbejder med mennesker med kronisk sygdom.

I Region Midtjylland er der udarbejdet forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes, hjertekarsygdom (med fokus på rehabilitering af patienter efter akut koronart syndrom/AKS) og lænderygsmerter. - Arbejdet med at implementere forløbsprogrammerne er forankret i de lokale klyngestyregrupper, som har deltagelse af repræsentanter fra almen praksis, kommunal ledelse og hospitalsledelse.

¹ Tilpasset fra Forløbsprogrammer for kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2008)

2.2 Forløbsprogram for depression

I udarbejdelsen af forløbsprogrammet for depression er der taget udgangspunkt i allerede eksisterende anbefalinger, sådan som det eksempelvis er tilfældet med Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for unipolar depression hos voksne (2007) og Klinisk vejledning for almen praksis. Unipolar depression - Diagnostik og behandling, DSAM (2010).

Indledningsvist i forløbsprogrammet er der en beskrivelse af målgruppe, diagnosticering og behandlingsmetoder. Derefter følger to afsnit med særligt vægt på patient- og pårørende vinklen samt tidlig opsporing og forebyggelse.

Efterfølgende beskrives stratificeringen og der gives anbefalinger til behandlingen og yderligere indsats i forhold til henholdsvis let og moderat depression og svær, svært behandlelig og/eller livstruende depression.

Afslutningsvis i forløbsprogrammet er der beskrivelser af og anbefalinger til koordination og samarbejde på tværs af sektorrænsere, kvalitetsmonitorering og implementering af programmet.

Anbefalingerne i forløbsprogrammet er fremhævet under hvert afsnit. Samtidig ligger der en samlet liste over alle programmets anbefalinger som bilag 2.

2.3 Forekomst og konsekvenser

Depression er en hyppig, alvorlig og ofte tilbagevendende psykisk lidelse, der medfører store lidelser for den enkelte og de pårørende samt store samfundsmæssige omkostninger. WHO har placeret depression på en fjerdeplads i forhold til de sygdomme i verden, som giver anledning til det største tab af livskvalitet og leveår.

Livstidsrisikoen for at få en depression er ca. 17-18 %, og på et hvilket som helst tidspunkt vil der være 2-3 % af den voksne befolkning i Danmark, der lider af depression. I Region Midtjylland svarer det til ca. 30.000 personer. Generelt er forekomsten højere hos kvinder end hos mænd.

Depressive lidelser eller sygdomme har store følgeomkostninger for samfundet, ikke alene pga. behandlingsomkostninger, men især pga. et relativt stort antal sygemeldinger, tidligere afgang fra arbejdsmarkedet og et relativt større antal fleksjob. Det er i flere studier fremført, at disse omkostninger udgør omkring 80 % af de totale omkostninger.

Der er 10-30 % af patienter med depression (ca. 3000-9000 personer i Region Midtjylland), der risikerer at udvikle en kronisk depression (defineret som svær depression af mindst to års varighed). Hertil kommer mange med tilbagevendende / periodiske depressioner. Har man haft

én depression, er der således omkring 60 % risiko for at få en ny depressiv episode. Har man haft to depressioner, er risikoen for en ny depressiv periode omkring 80 %. Det ser endvidere ud til, at sværhedsgraden øges, og intervallerne mellem depressive perioder kortes med antallet af depressioner. Kun omkring 15 % af patienter med en depression oplever en enkeltstående depression i løbet af livet. Effektiv forebyggelse af nye episoder er derfor af meget stor betydning (Dansk Depressionsdatabase 2012).

Der ligger et stort potentiale i at opspore depression tidligt således lidelsen ikke udvikler sig unødigt. Derudover er der behov for at igangsætte en sammenhængende behandling på tværs af sektorer, der kan være med til at hjælpe mennesker med depression til dels at bevare deres tilknytning til arbejdsmarkedet og dels hindre, at lidelsen udvikler sig til en kronisk depression med tab af livskvalitet til følge.

3. Målgruppe og diagnoseregistrering

Målgruppen for forløbsprogrammet er voksne med unipolar depression. Voksne er alle over 18 år.

3.1 Diagnosekoder

Hospitalerne diagnosekoder efter ICD-10 systemet, og praksissektoren koder efter ICPC-systemet. De relevante koder listes nedenfor.

ICD-10

- F32 depressiv enkeltepisode
- F33 periodisk depression
- F34 vedvarende depression (kronisk depression)
- F38 andre affektive sindslidelser
- F39 uspecificerede affektive sindslidelser²

ICD-10 diagnosekoderne underinddeles ved hjælp af decimaler i typer og sværhedsgrader.

ICPC

- P76 depressiv tilstand

3.2 Diagnoseregistrering

Diagnoseregistreringen anvendes som beslutningsstøtte i forhold til valg af behandling. Herudover kan diagnoseregistreringen være et grundlag for dimensionering af indsatsen samt monitorering; men der forekommer en underrapportering i de eksisterende data, da den gruppe med depression, der behandles hos de praktiserende psykiatere, ikke er registreret i Landspatientregistret (LPR). Det samme gælder for de (lettere) depressive, der selv henvender sig til og fuldt betaler behandling ved praktiserende psykolog samt de, der udelukkende er i kontakt med kommunen. – Som det fremgår nedenfor foregår registrering ikke ensartet:

Almen praksis: Senest fra foråret 2013 ICPC-kodes depression og data samles i Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD)

Praktiserende psykiatere: Registrerer, men har ikke pligt til at melde diagnosekoder ind til Landspatientregistret (LPR)

Praktiserende psykologer: Ingen registrering, men for patienter henvist fra almen praksis registreres der senest fra foråret 2013

² Koderne F38 og F39 kan inkludere mennesker med andre diagnoser end depression. En udeladelse af F38 og F39 indebærer en risiko for at overse nogle med depression, og det er de grupper, der fylder meget i arbejdsmarkedssammenhæng og hos praktiserende psykologer. Sundhedsstyrelsens referenceprogram og Dansk Depressionsdatabase inddrager kun F32 og F33.

Kommunal sundhedssektor: Ingen registrering

Kommunal arbejdsmarkedssektor: Ingen registrering, men der er mulighed for at registrere diagnose i forbindelse med udbetaling af sygedagpenge (der kan dog kun registreres én diagnose pr. borger)

Regionspsykiatrien (den psykiatriske hospitalssektor): Alle kontakter registreres som ICD10 (inkl. sværhedsgrader), og data samles i LPR

Somatisk hospitalssektor: Depression kodes i varierende grad som bidiagnose ved kontakter (ICD10), og data samles i LPR

3.3 anbefalinger

At alle aktører:

- Der har diagnosekoder, men ikke anvender dem konsekvent (*somatisk hospitalssektor, almen praksis*³) begynder at anvende dem konsekvent samt, at diagnosen depression kommer med i datafangst for praktiserende speciallæger i forbindelse med næste overenskomst i 2014

³ Alle praktiserende læger skal senest ved udgangen af 1. kvartal 2013 begynde at diagnosekode depression og anvende praksissektorens datafangstsystem Sentinel (Overenskomst med almen praksis, april 2011).

4. Patient- og pårørende vinkel

Det er af afgørende betydning at inddrage patienten og relevante pårørende aktivt i behandlingen. Information, om forhold som diagnose, symptomer, prognose og årsagsforhold samt støttemuligheder, er væsentlig. Oplysning og dialog kan i sig selv være med til at bedre sygdomserkendelse/accept, styrke samarbejdet om behandlingen og bidrage til at mindske den følelsesmæssige belastning hos patienter og deres pårørende. Behandlerens støtte og vejledning kan desuden medvirke til, at patient og pårørende tilegner sig hensigtsmæssige strategier med henblik på at håndtere depressionen og forebygge nye episoder. Praktiserende læge (eller anden førstebehandler) har ansvaret for at inddrage pårørende i det omfang, det er foreneligt med patientens ønsker – ved viderehenvielse til anden aktør skal det hensigtsmæssigt orienteres om, hvorvidt pårørende er inddraget eller ikke.

En effektiv indsats foregår i et samspil mellem et velforberedt proaktivt behandlerteam og en aktiv og informeret patient. Afhængigt af patientens ressourcer tilstræbes en bevægelse fra 'compliance', hvor patienten efterlever behandlerens råd til 'concordance', hvor der i fællesskab mellem patient og behandler træffes beslutning om indsats. Den fælles beslutning bygger på kommunikation, hvor patient og behandler deler information om den sundhedsfagligt relevante indsats, og den hverdag indsatsen skal implementeres i.

Egenomsorg handler om, hvad patienten selv kan gøre for sin sundhed, samt hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at fremme patientens handlemuligheder. Med en bevægelse fra 'compliance' til 'concordance' stilles der således både krav til patienten om at tage aktiv del i og medansvar for egen behandling i det omfang, det er muligt. Og der stilles krav til sundhedsvæsenet i forhold til at stille den viden til rådighed samt anvende en tilgang til patienten og behandlingen, der gør det muligt for patienten og dennes pårørende at tage aktiv del i behandlingen.

Depression er forbundet med en øget følelsesmæssig belastning for de pårørende, ligesom social isolation og mangelfuld støtte fra patientens netværk i sig selv kan være med til at vedligeholde eller forværre depression.

Pårørende er en ressource i alle sektorer i forbindelse med både opsporing, behandling og forebyggelse. De pårørende kan således i starten af behandlingen som regel yde et væsentligt bidrag til forståelse af patientens habituelle tilstand samt tidligere og aktuelle funktionsniveau.

Såfremt der er børn under 18 år i en familie med en depressionsramt forældre, orienteres der ved behov om relevante behandlingstilbud og støtteforanstaltninger.

Det er afgørende, at tilbud til patienter og pårørende er synlige for fagpersoner, patienter og pårørende – fx via praksis.dk.

Såvel patienter som pårørende bør oplyses om muligheden for at få hjælp fra:

- Patient- og pårørendeorganisationerne og deres rådgivninger
- PsykInfo Midt (psykiatrisk informationscenter), der tilbyder oplysning om sindslidelser, behandling, sociale forhold og aktivitetstilbud for psykisk syge
- Den døgnåbne psykiatriske rådgivningstelefon for patienter og pårørende, der står i en akut psykiatrisk krise. Erfarne psykiatriske medarbejdere tilbyder råd om forskellige psykiatriske problemstillinger og vejledning i forhold til, hvor man kan henvende sig for at få hjælp.

4.1 anbefalinger

At alle patienter:

- Tilbydes psykoedukation enten individuelt eller i gruppe

At alle behandlere (uanset regi):

- Gør en aktiv indsats for at inddrage og informere pårørende (efter aftale med patienten), og vejleder dem i, hvorledes de bedst kan støtte patienten under forløbet, og orientere dem om de relevante støttemuligheder (herunder patient- og pårørendeforeninger) og behandlingstilbud
- Er særlig opmærksomme på eventuelle børn af patienter med svær depression og tilbyder familiesamtaler og orienterer om relevante støttemuligheder, herunder at behandleren laver en underretning til kommunen om behov

At almen praksis (eller anden førstebehandler):

- Er ansvarlig for at undersøge behov for psykosocial støtte til såvel patient som pårørende og igangsætter dette – evt. ved at overdrage ansvaret til anden aktør, herunder patienter og pårørende.

At kommuner og hospitaler:

- Løbende opdaterer praksis.dk med information om tilbud til patienter og pårørende, herunder hvor/hvem der konkret henvises til.

5. Generelt om behandling og støtte

5.1 Egenomsorg

Patientens evne til at tage aktiv del i sygdomsforløbet og agere hensigtsmæssigt på de udfordringer, som et liv med sygdom kræver, dvs. at evnen til at yde egenomsorg/mestring, er vigtig og helt central for det samlede behandlingsresultat. Egenomsorg handler således både om evnen til i dagligdagen og arbejdslivet at kunne leve med og mestre livet med sin sygdom – og om evnen til at kunne tage vare på behandlingen og følge en fastlagt plan i forhold til medicinindtagelse og forebyggende tiltag i relation til eksempelvis kost, fysisk aktivitet, rygning mv.

For at patienten i størst mulig grad kan mobilisere og udnytte sine ressourcer, skal sundhedsvæsenet i et aktivt samspil med patienten og eventuelt dennes pårørende vurdere, hvordan patientens egenomsorgsevne og ressourcer bedst understøttes gennem hele sygdomsforløbet og bidrage med værktøjer og støtte hertil – bl.a. gennem psykoedukation og psykosocial rehabilitering. Initiativer til selvhjælpsgrupper kan også med fordel støttes og fremmes.

5.2 Behandling

Behandling af personer med depression kan inddeles i:

- Psykoedukation, råd og vejledning⁴
- Psykoterapi⁵
- Medicinsk behandling og ECT
- Psykosocial rehabilitering⁶

Disse fire elementers indbyrdes vægtning skal afvejes i hver enkelt behandlingssituation. Ved at se elementerne i en sammenhæng tilbydes en helhedsorienteret indsats med patienten i centrum. Valget af behandling ved den depressive episode afhænger af flere forhold herunder patientens præferencer, depressionens varighed og sværhedsgrad, patientens tidligere erfaringer med behandling og tilstedeværelse af eventuel multisygdom og aktuelle psykosociale belastninger.

De overordnede mål med behandling af depression er at:

- Afkorte den enkelte depressive episode, opnå symptomfrihed og genvinde vanligt funktionsniveau

⁴ Psykologisk behandling omfatter psykoedukation, råd og vejledning samt psykoterapi.

⁵ Psykologisk behandling omfatter psykoedukation, råd og vejledning samt psykoterapi.

⁶ Psykosocial rehabilitering sidestilles med socialpsykiatrisk behandling. Psykosocial støtte er et bredere begreb, der omfatter psykosocial rehabilitering/socialpsykiatrisk behandling.

- Minimere de psykologiske og sociale konsekvenser af depressionen
- Forhindre selvmord
- Forebygge tilbagefald

5.2.1 Psykoedukation, råd og vejledning

Psykoedukation benyttes som betegnelse for undervisning af patienter og/eller pårørende i emner relateret til depression – fx sygdommens årsager, forløb og behandling, herunder virkninger og bivirkninger af medicin. Formålet er, at patienten opnår øget forståelse af symptomer, forløb og årsagssammenhænge og formår at samarbejde med pårørende og behandlere om at opnå så gode livsvilkår som muligt. Såvel patienter som pårørende tilbydes endvidere undervisning i sporing af tidlige tegn på tilbagefald og mestringsstrategier.

Psykoedukation kan fx organiseres, så patienter og pårørende først undervises hver for sig, og efterfølgende tilbydes et fælles forløb, eventuelt i form af flerfamiliegrupper. Der kan med fordel tilrettelægges forskellige forløb afhængig af sygdommens sværhedsgrad.

Psykoedukation indgår som et integreret element i enhver behandling. Den behandlingsansvarlige har ansvar for, at der tilbydes psykoedukation.

5.2.2 Psykoterapi

Flere former for psykologisk behandling har været genstand for kontrollerede undersøgelser i forbindelse med depression. Ved let til moderat depression har specifikke former for psykoterapi som psykodynamisk terapi, kognitiv adfærdsterapi og interpersonel terapi i korttidsvarianter (typisk 12-20 sessioner over for ambulante tilfælde af depression) vist sig at have effekt. Mens der er relativt mange undersøgelser vedrørende den akutte fase, så er der forholdsvis få kontrollerede undersøgelser af den forebyggende effekt af kombineret psykologisk og medicinsk behandling.

Nedenfor beskrives kort specifikke psykologiske interventionsformer, der er undersøgt til behandling af depression. Selvom der skelnes mellem forskellige former for psykoterapi, kan det i praksis være vanskeligt at holde metoderne ude fra hinanden. Psykoterapi har mange fællestræk, der ser ud til at spille en vigtig rolle for patienternes udbytte. Der har fx været en årelang diskussion om "specifikke versus non-specifikke faktorer". Nogle af de non-specifikke faktorer udgøres af patientens positive, realistiske forventninger og en god samarbejdsrelation mellem patient og behandler. Den terapeutiske alliance eller det behandlingsmæssige samarbejde synes generelt at have en relativ stor indflydelse på udbyttet uanset terapiform. Hertil kommer, at de forskellige psykoterapiformer gennem de senere år i høj grad har ladet sig inspirere og påvirke af hinanden.

5.2.3 Psykodynamisk korttidsterapi

Psykodynamisk terapi er en variant af psykoanalytisk terapi, som oprindeligt blev udviklet af Sigmund Freud. Inden for den psykodynamiske terapi har målet traditionelt været langsigtet forandring af personligheden frem for en lindring af symptomer. Inden for de senere år er der udviklet korttidsvarianter af struktureret psykodynamisk terapi til behandling af depression. Disse tilgange er sammenlignet med den klassiske psykoanalytiske terapi kendetegnet ved fokusering, målrettethed og *her-og-nu*-orientering. I den indledende fase af terapien lægges der stor vægt på opbygning af en terapeutisk alliance, ligesom terapeut og patient i fællesskab søger at identificere centrale intrapsyriske konflikter eller relationelle vanskeligheder, der kan tænkes at have sammenhæng med den aktuelle depressive episode. Hovedfokus i den psykodynamiske terapi ved depression vil ofte være gennemarbejdning af oplevelser af krænkelser eller tab.

5.2.4 Interpersonel terapi

Interpersonel terapi er en korttidsterapiform, der er udviklet specifikt til behandling af depression. I interpersonel terapi er der fokus på patientens aktuelle livsomstændigheder og relationelle vanskeligheder frem for intrapsyriske problemer. I den indledende fase sættes patientens aktuelle depressive symptomer i forbindelse med ét af fire interpersonelle problemområder: Sorg, interpersonel konflikt, problemskabende rolleforandring (fx skilsmisse eller arbejdsløshed) eller manglende interpersonelle færdigheder. De terapeutiske interventioner varierer afhængigt af fokus; men et gennemgående mål er reduktion af de depressive symptomer gennem bedring af patientens evne til at håndtere det identificerede problemområde. I den afsluttende fase arbejdes der med forebyggelse af tilbagefald, bl.a. gennem kortlægning af fremtidige interpersonelle risikosituationer.

5.2.5 Kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi eller kognitiv terapi for depression blev udviklet af Aaron Beck i 1960'erne. Med udgangspunkt i den oprindelige manual er der siden udviklet forskellige varianter af metoden. Kognitiv terapi er typisk kortvarig og struktureret og retter sig mod aktuelle forhold i patientens tilværelse. Psykoedukation om depressionens natur og behandling indgår som en integreret del af terapien, og der anvendes såvel adfærdsterapeutiske som kognitive metoder. Ved svære depressioner anvendes især adfærdsterapeutiske, mens de egentlige kognitive metoder, der fokuserer på identifikation og modifikation af urealistiske negative tanker og uhensigtsmæssige basale antagelser, som regel spiller en større rolle i behandlingen af lette til moderate depressioner. Hjemmeopgaver indgår som en central del af terapien. I den afsluttende fase af terapien arbejdes der med forebyggelse af tilbagefald, bl.a. gennem kortlægning af fremtidige risikosituationer.

5.2.6 Computerbaseret kognitiv terapi

Computerbaseret kognitiv terapi er en nyere variant af kognitiv terapi, som udføres ved hjælp af et program på CD-ROM eller internettet. Det kan anvendes som en selvstændig behandlingsintervention med minimal behandlerkontakt eller som et potenserende

supplement. Programmerne til computerbaseret kognitiv terapi varierer i stil, kompleksitet og indhold, og disse faktorer antages at have væsentlig betydning for deres effektivitet (Sundhedsstyrelsen 2007 og NICE 2009).

5.2.7 Mindfulness-træning (opmærksomhedstræning)

Mindfulness er en metode, der er inspireret af Østens meditation, og som går ud på, at man lærer at give fuld og accepterende opmærksomhed til indre oplevelser, som de optræder her og nu i bevidstheden. Metoden har primært været anvendt som led i forebyggelse af recidiv hos patienter med tilbagevendende depression og er undersøgt i et otte sessioners manualiseret gruppeprogram (NICE 2009).

På tværs af de forskellige psykoterapiformer er det en generel erfaring, at denne type behandling forudsætter velbevarede kognitive funktioner, sådan som det ses ved let-moderat depression eller svær depression under bedring.

5.2.8 Medicinsk behandling

I behandlingen af depression benyttes først og fremmest antidepressiva, men også lægemidler med stemningsstabiliserende egenskaber kan være indicerede. Antidepressiv medicin er registreret til brug ved moderat og svær depression, hvor den påvirker et eller flere signalstoffer i hjernen. Det er den mekanisme, der antages at ligge til grund for virkningen af medicinen. Traditionelt inddeles antidepressiv medicin i første, anden og tredje generations lægemidler. De såkaldte gamle antidepressiva (første generation) omfatter tricykliske antidepressiva (TCA) og monoamin-oxidasehæmmere. De nye lægemidler omfatter andengenerationslægemidler populært kaldet lykkepiller. Disse lægemidler virker selektivt på serotonin-systemet og kaldes for serotoninoptagshæmmere eller SSRI-præparater. De nyeste antidepressiva (tredje generation) påvirker både serotonin og noradrenalin-systemet, og de kaldes dual action præparater (Sundhedsstyrelsen 2005).

De forskellige grupper af antidepressive præparater og de enkelte præparater inden for samme gruppe synes overordnet set at være omtrent lige effektive ved behandling af depression. Valget af lægemiddel afhænger af den enkelte patients præferencer og af, hvilket præparat den enkelte patient bedst tåler. Generelt har tricykliske antidepressiva flere bivirkninger end SSRI-præparater og dual-action præparater; men der er stor variation i, hvordan den enkelte patient oplever de forskellige præparater.

Ved anvendelse af psykofarmaka skal der ved visse præparater udvises en særlig omhu jvf. vejledning vedr. arytmirisiko ved behandling med psykofarmaka (www.dpsnet.dk). Ved medicinsk behandling af ældre kræves øget opmærksomhed overfor bivirkninger pga. de ældres generelle helbred, men særligt fordi der er stor følsomhed for medicinen i denne aldersgruppe. Ved behandling af gravide, skal der også tages særlige hensyn.

5.2.9 ECT

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) er en veldokumenteret behandlingsform, der især anvendes overfor svære tilfælde af depression. ECT består i under bedøvelse at fremkalde et generaliseret krampeanfald ved at lede en svag elektrisk strøm gennem hjernen. Behandlingen gives normalt i serier på 8-12 behandlinger, fordelt på tre dage om ugen (Sundhedsstyrelsen 2007).

5.2.10 Psykosocial rehabilitering

Mange patienter med depression har i kortere eller længere perioder behov for, at den psykologiske og medicinske behandling suppleres med psykosocial rehabilitering, der sigter mod at eliminere eller begrænse funktionsnedsættelser og sociale konsekvenser af den psykiske lidelse. De sociale tilbud omfatter bl.a. ydelser af økonomisk art og tiltag rettet imod den enkeltes beskæftigelses- og boligsituation, sociale færdigheder og netværk. Foranstaltningerne må løbende tilpasses de enkelte faser i et sygdomsforløb og eventuelle længerevarende begrænsninger i funktionsniveauet, der kan optræde trods relevant behandlingsmæssig indsats og på trods af, at symptomerne er under kontrol. Iværksættelse af de konkrete sociale tiltag foregår som regel i et tæt samarbejde mellem blandt andet den kommunale sagsbehandler, den psykiatriske behandler og den enkelte patient.

Patienter med nedsatte kognitive færdigheder kan fx have behov for praktisk hjælp i eget hjem, støtte til at strukturere hverdagen samt færdighedstræning. Patienter på vej tilbage på arbejdsmarkedet/til uddannelsessektoren kan også have behov for støtte fra en mentor.

5.3 Multisygdom

Depression optræder ofte samtidig med somatiske og andre psykiske lidelser/sygdomme (se risikogrupper i afsnit 6). I udredningen er det vigtigt at identificere de sygdomme, der også skal behandles, og/eller som er vigtige af prognostiske grunde.

Til udredningen af en depression hører derfor en grundig somatisk undersøgelse (se afsnit 7).

Ved samtidig depression og angst har behandlingen af depression førsteprioritet. Af og til må udredning af multisygdom, fx personlighedsforstyrrelse, vente til depressionen er nogenlunde velbehandlet. I tilfælde af et samtidigt misbrug må behandlingen af depression og misbrug foregå sideløbende.

Ved multisygdom bør der fokuseres på en multidisciplinær tilgang på tværs af sektorer.

5.4 Arbejdsmarkedsindsats

Det er et overordnet mål at fastholde patienten i job/uddannelse, selv i svære tilfælde. Afbrudt job/uddannelse kan forværre sygdomsforløbet.

Efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats inddeler jobcentrene borgerne i 3 matchgrupper:

- *Match 1* er jobklare ledige eller sygemeldte borgere, som skal være parate til at varetage et ordinært arbejde, eller for ledighedsydelsesmodtagere et fleksjob, inden for de næste tre måneder.
- *Match 2* er indsatsklare borgere, som ikke skønnes at kunne varetage ordinær beskæftigelse eller fleksjob indenfor tre måneder. Disse borgere skønnes dog at være i stand til at modtage en indsats med henblik på at fastholde, udvikle og/eller opkvalificere borgerens kompetencer på arbejdsmarkedet.
- *Match 3* er midlertidigt passive borgere, som ikke umiddelbart er i stand til at varetage et job, og som heller ikke er klar til at modtage en indsats.

Borgerne inddeles i ydelsesgrupper: Forsikrede ledige, kontanthjælpsmodtagere, sygedagpengemodtagere og borgere på ledighedsydelse. A-kassedagpenge til forsikrede ledige og sygedagpenge er tidsbegrænsede ydelser. Ved bortfald af A-kassedagpenge eller sygedagpenge vil der altid være forsørgelse gennem en anden ydelse eller gennem den gensidige forsørgerpligt.

Kontakten med borgerne varierer fra de forskellige ydelsesgrupper og svinger med intervaller på 4 uger til 12 uger.

På baggrund af den første samtale med borgeren identificeres den relevante matchgruppe, og der lægges i samarbejde med borgeren en plan mod tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Ved match 2 og 3 starter jobcentret en udredning af borgerens funktionsbegrænsninger.

Udredningen anbefales at indeholde:

- Kontakt til praktiserende læge
- Indhentning af oplysninger fra relevante behandlere
- Social- og arbejdsanamnese
- Kontakt til arbejdsplads
- Borgerens oplevelse af funktionsnedsættelse

Jobcentrets udredning kan afsløre en uoverensstemmelse mellem de oplevede funktionsbegrænsninger og helbredsoplysningerne. En sådan diskrepans kan indikere, at der er brug for yderligere behandlingsmæssig udredning. Screeningsværktøjet SC8-ADL kan anvendes til opsporing af en mulig depression hos borgere, der er sygemeldt for en somatisk sygdom.

5.4.1 Integration på arbejdspladsen og socialt

Det er væsentligt med så præcise beskrivelser af de konkrete funktionsbegrænsninger som muligt, således at arbejdsopgaverne kan forenes med borgerens funktionsbegrænsninger. Der

kan fx være behov for tilpasning i form af nedsat tid, andre eller færre opgaver, anden placering eller andet, som den sygemeldte kan profitere af.

For at opnå en god integration på arbejdspladsen kan det anbefales, at virksomheden bliver oplyst om helbredsproblemernes karakter for at minimere muligheden for stigmatisering. Man kan også gøre brug af en mentorordning med både praktiske, sociale, faglige og formidlende opgaver.

Mentorordningen kan handle om hjælp enten på eller udenfor arbejdspladsen, men fortsat med det sigte at fastholde/integrere den sygemeldte borger på arbejdsmarkedet. Der er også nogle første forsøg med en social mentor, der ikke alene har fokus på arbejdsmarkedet, men generelt støtter i bestræbelsen på at genvinde den sociale funktion.

5.4.2 Kompensation ved kronisk lidelse

Til handicappede i erhverv er der mulighed for at få personlig assistance med kompensation for de begrænsninger, der er konsekvens af den fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse. Personer med en varig psykisk funktionsnedsættelse er omfattet af denne målgruppe, hvad der er tilfældet for et mindretal af mennesker med depression.

Der vil ikke kunne ydes tilskud til personlig assistance, hvis erhvervet er uforeneligt med handicapet. Det er nemlig en forudsætning, at den handicappede selv er i stand til at bestride den indholdsmæssige del af arbejdet. Den personlige assistance kan til gengæld udføre de praktiske opgaver, som den handicappede ikke selv kan udføre.

5.4.3 § 56 ordning

Med denne ordning kompenseres en virksomhed alene ved fravær grundet en kronisk lidelse. Ordningen tilstræber således at give den enkelte arbejdsplads et bedre økonomisk incitament til at fastholde den ansatte i beskæftigelse.

5.4.4 Mulighedserklæring

En mulighedserklæring kan fx være relevant, hvis en arbejdsgiver er i tvivl om de opgaver og funktioner, som en medarbejder kan løse på trods af sin sygdom. Erklæringen er et dialogbaseret værktøj, hvor virksomhed og medarbejder i første omgang beskriver den sygemeldtes konkrete arbejdsfunktioner. Patienten tager mulighedserklæringen med til sin praktiserende læge. Lægen foretager på baggrund af funktionsbeskrivelserne og i dialog med patienten en vurdering af hvilke funktioner, der er forenelige med sygdommen, samt tidshorisont og generelle hensyn. Formålet er at sikre, at arbejdspladstilknytningen er forenelig med den pågældendes sygdom og funktionsnedsættelse.

5.4.5 Andre kommunale tiltag herunder sundhedstilbud

Et flertal af jobcentre har en bred vifte af jobforberedende tilbud, der kan være relevante for depressionsramte borgere. Disse tilbud varierer i indhold fra kommune til kommune, men fælles er ofte et tilstræbt sammenfald mellem en sundhedsfaglig- og arbejdsmarkedsfokuseret indsats med fx mindfulness, psykoedukation, mestring, fysisk træning og jobvejledning. Et eksempel på en kommunal indsats er kurset 'Lær at tackle angst og depression', som anbefales i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke vedrørende mental Sundhed.

Der tilstræbes et tæt samarbejde mellem arbejdsmarkedsafdelingens jobcenter og sygedagpengeafdeling og kommunens sundhedsafdeling. Det er vigtigt at depressionsramte støttes i at mestre eget liv og at der er fokus på KRAM faktorer (Kost, rygning, alkohol og motion) og søvn som indsatsområder i forhold til livsstilsændringer. De kommunale rehabiliterende tilbud skal indeholde en afklarende samtale med fokus på sundhed og livsstil. Samtalen kan have et arbejdsmarkedsrettet perspektiv, når det har relevans. Samtalerne gennemføres af personale med sundhedsfaglig baggrund f.eks. sygeplejerske eller terapeut, hvorefter der kan tilbydes relevante tilbud enten på hold eller individuelt.

6. Stratificering

I dette kapitel beskrives en stratificering af patienter i forhold til sygdommens sværhedsgrad samt de relevante aktører og indsatser på de enkelte niveauer. I de efterfølgende kapitler beskrives en mere detaljeret ansvars- og opgavefordeling mellem aktørerne.

Formålet med en stratificering er at skabe grundlag for en graderet indsats, hvor nogle patienter mødes med en mere intensiv indsats end andre. Overordnet er målet, at specialiserede behov mødes af en specialiseret indsats – og mindre specialiserede behov af en mindre specialiseret indsats svarende til, at mindst indgribende, mindst omkostningstunge og lettest tilgængelige relevante indsats vælges. Depressionens sværhedsgrad er den indledende stratificeringsfaktor; men andre stratificeringsfaktorer kan påvirke behovet for indsats; der kan således være tale om komplicerende, uafklarede og/eller styrkende faktorer.

Komplicerende faktorer er:

- Markant nedsat kognitivt funktionsniveau
- Multisygdom og polyfarmaci
 - Samtidig (svær) somatisk sygdom
 - Samtidig anden psykisk lidelse/sygdom
- Markant nedsat psykosocial funktion
- Alvorligt misbrug
- Tilbagevendende eller kronisk depression
- Udprægede selvmordstanker
- Manglende behandlingsrespons

Styrkende faktorer er:

- God egenomsorgsevne og/eller compliance
- Støtte fra pårørende og netværk

Nedenstående opdeling på baggrund af depressionens sværhedsgrad skal altid suppleres med en vurdering af den enkelte patient, hvor andre stratificeringsfaktorer indgår. Behandlerens egne kompetencer har også betydning for, hvilken aktør, der er relevant på det aktuelle trin. Herudover er der regionale forskelle i adgangen til de forskellige aktører i behandlingen, hvilket også kan påvirke, hvem der er relevant aktør på det aktuelle trin. - Skemaet beskriver aktører og indsats, når diagnose og sværhedsgrad er fastlagt. Lidelsen kan have et fluktuerende forløb, og man skal på alle trin sikre, at diagnosen - herunder sværhedsgraden - er korrekt og afklare, om patienten også har en somatisk eller anden psykisk lidelse/sygdom.

Stratificeringsniveau	Aktører i indsatsen	Indsats
Trin1 Tidlig opsporing og forebyggelse	Jordemødre ----- Praktiserende psykolog Almen praksis ----- Kommunale sundhedstilbud Sundhedsplejersker Jobcenter ----- Patienter, pårørende Arbejdsgiver	Opfordre til udredning i almen praksis Hjælpe med kontakt/ fremmøde til almen praksis Screene udvalgte risikogrupper Forebyggelse hos risikogrupper
Trin 2 Udredning	Regionspsykiatri ----- Praktiserende psykiater Almen praksis ----- Patienter, pårørende Arbejdsgiver	Diagnosticering inkl. vurdering af sværhedsgrad
Trin 3 Let og moderat depression	Praktiserende psykiater Praktiserende psykolog Almen praksis ----- Jobcenter Kommunale sundhedstilbud- ----- Patienter, pårørende Arbejdsgiver	Medicinsk behandling Korttids psykoterapi Psykoedukation Social støtte Understøtte aktivitet/beskæftigelse Støtte til egenomsorg
Trin 4 Svær, svært behandlelig og/eller livstruende depression	Regionspsykiatri ----- Praktiserende psykiater ----- Socialpsykiatri Jobcenter ----- Patienter, pårørende Arbejdsgiver	Hospitalsindlæggelse ECT Medicinsk behandling Korttids psykoterapi Psykoedukation Psykosocial rehabilitering Sygemelding Koordinering med andre sundhedstiltag Støtte til egenomsorg

7. Tidlig opsporing og forebyggelse hos risikogrupper

Kun omkring halvdelen af patienter med depression søger egen læge, og en del af dem, der gør det, erkendes ikke som depressive. Det gør de bl.a. ikke, fordi de præsenterer sig med fysiske symptomer og klager. Depressive symptomer og depression findes også blandt mennesker, der sygemeldes af andre årsager.

Det er imidlertid vigtigt at opspore og identificere mennesker med depression. Dels medfører en ubehandlet depression stor lidelse og smerte for den enkelte og de pårørende, dels findes der gode behandlingsmuligheder for depression, og dels har det som tidligere nævnt store samfundsøkonomiske konsekvenser fx i form af langvarig uarbejdsdygtighed. Endelig er tidlig opsporing og behandling vigtig, da lidelsen kan forværres i løbet af kort tid med risiko for at blive livstruende.

I betragtning af det store antal mennesker med depression, som ikke opspores og identificeres, har man internationalt overvejet en anbefaling af generel screening for depression i befolkningen eller hos den praktiserende læge. Man finder imidlertid, at screening af udvalgte risikogrupper er mest hensigtsmæssig. Helt konkret foreslår arbejdsgruppen følgende risikogrupper for udvikling af depression:

- Patienter med tidligere depression og/eller depression i familien
- Patienter med angst samt diffuse smerter og symptomer
- Patienter med kroniske sygdomme som hjertesygdom, apopleksi, smertetilstande, diabetes, KOL, cancer, Parkinsons sygdom og epilepsi
- Patienter udskrevet indenfor de sidste 6 uger efter akut koronar syndrom
- Patienter med misbrug
- Kvinder, som er gravide eller har født for nylig
- Personer, som er tilflyttet fra andre kulturområder
- Multisyge

Aktører, der kommer i kontakt med disse grupper, skal være opmærksom på at henvise til udredning i almen praksis ved mistanke om depression. For praktiserende psykologer er der desuden en særlig opmærksomhed overfor andre patienter blandt Den Offentlige Sygesikrings målgrupper (tab, ulykker, overgreb, invaliderende sygdom etc.). Psykologer kommer desuden ofte i kontakt med unge, der indskrænkes af angst og depressionsrelaterede symptomer, hvor samarbejdet med studievejledere ved Ungdomsuddannelserne er vigtigt.

I screeningen anbefales det at anvende de tre første spørgsmål fra Depressionsspørgeskemaet (MDI) om nedtrykthed, nedsat lyst og interesse samt nedsat energi eller øget træthed; se næste kapitel.

Som udgangspunkt skal screeningen foretages i almen praksis dvs. af den praktiserende læge. Den kommunale sagsbehandler kan anvende screeningsværktøjet SC8-ADL som støtteværktøj

til opsporing af mulig depression hos borgere sygemeldt med somatisk diagnose. Ved mistanke om psykisk lidelse/sygdom, herunder depression, er det imidlertid vigtigt, at den kommunale sagsbehandler straks henviser til den praktiserende læge.

7.1 Ældre med depression

Depression er ikke hyppigere hos ældre, men kan nemmere blive overset. Cirka 2-4 % af ældre har på et givent tidspunkt en depression, mens 20 % har lettere depressive symptomer. Hvis ældre med lettere demensproblemer samtidigt får en depression, kan demenstilstanden blive mere udtalt og sløre billedet.

Andre gange bliver en depression overset fordi den tilskrives legemlig sygdom eller tab. En depression hos ældre giver sig ofte udtryk i tristhed, ængstelse, irritabilitet, klager over søvnløshed og fysiske klager. Den overdrevne bekymring kan være rettet mod fysiske symptomer, mod dårlig økonomi eller manglende selvværd. Nogle ældre bliver ved en depression hæmmet fysisk eller meget rastløse og der kan være problemer med hukommelse og koncentration. Andre bliver afvisende overfor kontakt, irritable, krævende eller hjælp søgende. Hvis personale i hjemmeplejen observerer ovennævnte symptomer bør der tages kontakt til den praktiserende læge, som kan tage stilling til, om der er behov for yderligere udredning. For at vurdere intensiteten af depressionssymptomerne kan egen læge anvende Hamilton skalaen eller GDS (geriatrik depressionsskala). Om der er brug for antidepressiv behandling skal den understøttes af regelmæssig kontakt til egen læge eller hjemmepleje.

Den depressive tilstand skal adskilles fra delir tilstanden som er hyppig hos ældre. Den opstår pludselig indenfor timer eller dage og er præget af, at den ældre er fjern eller ukoncentreret, ængstelig med forstyrret døgnrytme. Nogle har dramatiske synshallucinationer. Delir tilstanden skifter ofte fra time til time og forværres om aftenen. Årsagen til delir er hyppig en legemlig lidelse f.eks. en blærebetændelse eller lungebetændelse.

7.2 Anbefalinger

At almen praksis:

- Er særligt opmærksomme på tegn på depression hos patienter i de nævnte risikogrupper⁷ og anvender de tre første MDI spørgsmål til afdækning.

⁷ Patienter med tidligere depression og/eller depression i familien; patienter med angst samt diffuse smerter og symptomer; patienter med kroniske sygdomme som hjertesygdom, apopleksi, smertetilstande, diabetes, KOL, cancer, Parkinsons sygdom og epilepsi; patienter udskrevet indenfor de seneste 6 uger for akut koronar sygdom; Oatienter med misbrug; kvinder, som er gravide eller har født for nylig; personer, som er tilflyttet fra andre kulturområder; multisyge.

At jobcentret:

- Efter 8 ugers sygemelding med uforklarlig manglende bedring afholder samtale med anvendelse af systematisk screening (fx SCL-8AD)
- Ved mistanke om depression opfordrer borgeren til at gå til praktiserende læge med henblik på diagnosticering
- Indenfor 8 uger i samarbejde med borgeren faciliterer kontakt med arbejdsgiver og praktiserende læge med henblik på etablering af hensigtsmæssige vilkår for opgavevaretagelse, arbejdets udførelse og nærmeste reference - i komplicerede sager overvejes muligheden for et fysisk møde
- Oplyser borgeren om muligheden for sundhedssamtale i kommunalt regi

At hjemmeplejen:

- Ved ændring i den ældres psykiske tilstand tager kontakt til den praktiserende læge med henblik på drøftelse af behov for yderligere udredning
- Er opmærksomme på tegn på depression ved besøg hos borgere, herunder også ved de forebyggende hjemmebesøg hos borgere over 75 år

8. Udredning og diagnosticering

Det er afgørende med en tidlig og korrekt (samt løbende) diagnostik. Udredning og diagnosticering foregår som udgangspunkt først i almen praksis. Det skal dog ved opstart hos alle behandlere sikres, at diagnosen er korrekt, og anden psykisk eller somatisk sygdom skal udelukkes eller afklares (se afsnit 6). Praktiserende læge kan ved behov få hjælp til diagnosticering gennem at *rådføre* sig med en praktiserende psykiater eller psykiater i regionspsykiatrien, alternativt ved vanskelige tilfælde aftale at patienten *vurderes* af en speciallæge i psykiatri. Herudover kan specialpsykologer i psykiatri bidrage til diagnosticering ved at foretage en grundig psykopatologisk udredning.

8.1 Udredning

Praktiserende læge ser ofte depression sammen med andre sygdomme (se risikogrupper i afsnit 6). Patienterne kommer ofte med fysiske symptomer som træthed, smerter, nedsat appetit, vægttab og dårlig nattesøvn. Der optages grundig psykiatrisk og somatisk anamnese samt undersøges for andre psykiske lidelser/sygdomme, herunder misbrug og somatisk sygdom. Der tages blodprøver for at udelukke andre sygdomme og for at undersøge, om der er kontraindikationer for eventuel medicinsk behandling

8.2 Diagnosticering

Udgangspunktet for depressionsbehandling er en korrekt diagnose. I alle sektorer anvendes ICD-10 kriterier, for depression, til diagnosticering (WHO). Det er endvidere vigtigt at fastslå sværhedsgraden af depression, da en svær depression skal behandles anderledes end lettere og moderate grader af depression. Vurdering af selvmordsrisikoen bør ske løbende ud fra gældende retningslinjer for selvmordsforebyggelse i Den Danske Kvalitetsmodel, og der tales med patient og pårørende herom.

Først undersøges for de såkaldte kernesymptomer ved depression. Dette kan gøres med få enkle spørgsmål formuleret vha. Major Depression Inventory (MDI):

1. Nedtrykthed (Er du ked af det, og føler det hele er håbløst?)
2. Nedsat lyst eller interesse (Har du tabt lysten og interessen for det hele eller evnen til at glæde dig over noget?)
3. Nedsat energi eller øget træthed (Har du ingen kræfter eller energi?)

Hvis patienten bekræfter to af disse spørgsmål, er der grund til at mistænke en depression og spørge nærmere ind til ledsagesymptomer:

4. Nedsat selvtillid eller selvfølelse
5. Selvbeprejdelse eller skyldfølelse
6. Tanker om død eller selvmord
7. Tænke- eller koncentrationsbesvær

8. Agitation eller hæmning (vurderes under samtalen af behandleren)
9. Søvnforstyrrelser
10. Appetit- og vægtændring

Ovenstående symptomer skal have været til stede i generende eller vedvarende grad i mindst to uger. Somatisk årsag til symptomerne skal være udelukket. Der må hverken aktuelt eller tidligere have været tegn på hypomani, mani og skizofreni.

Scoringsark til diagnostik af depression – ICD-10

A-kriterier

Opfyldt – varighed mindst 2 uger
Ikke tidligere hypomani eller mani
Somatisk årsag udelukket

B-kriterier: kernesymptomer

Nedtrykthed
Nedsat lyst eller interesse
Nedsat energi eller øget træthedsfølelse

C-kriterier: tillægskriterier

Nedsat selvtillid eller selvfølelse
Selvbebrejdelser eller skyldfølelse
Tanker om død og selvmord
Tænke- eller koncentrationsbesvær
Agitation eller hæmning
Søvnforstyrrelser
Appetit- eller vægtændring

8.2.1 Type

Ved hjælp af ICD-10 identificeres også forskellige typer af depression – herunder varighed (enkeltepisode, tilbagevendende/periodisk, vedvarende/kronisk), samt hvorvidt der samtidig optræder psykotiske symptomer som hallucinationer eller vrangforestillinger (hvis der er psykotiske symptomer er depressionen pr. definition svær). Dystymi er en kronisk depressiv tilstand af mindst to års varighed, hvor depressionssyndromet ikke er opfyldt, eller hvor individuelle episoder kun er af let grad. Endelig refererer betegnelsen atypisk depression til, at depressionssymptomerne er atypiske med øget søvnbehov og øget appetit. Atypiske depressioner kan forekomme i alle sværhedsgrader.

8.2.2 Sværhedsgrad

Når diagnosen depression er stillet ved hjælp af ICD-10 kriterier, kan intensiteten af symptomerne vurderes ved hjælp af ex. **Hamiltons depressionsskala** (Ham-D17) eller **MDI**. Der spørges til de sidste tre dage.

Sværhedsgraden belyses vha. **ICD-10**, hvor

- Let depression: Mindst 2 kernesymptomer og mindst 2 ledsagesymptomer (tillægskriterier)
- Moderat depression: Mindst 2 kernesymptomer og mindst 4 ledsagesymptomer
- Svær depression: Alle tre kernesymptomer og mindst fem ledsagesymptomer

8.3 Samarbejde

I forhold til udredning og behandling vil det ofte og uanset depressionstype og –sværhedsgrad være hensigtsmæssigt, at indsatsen tager udgangspunkt i, at den praktiserende læge er den centrale og koordinerende aktør. Det er derfor formålstjenligt, at almen praksis sikres let adgang til uddannelse, rådgivning og vurdering samt gives mulighed for, at både den sundheds- og socialfaglige indsats gennemføres med hjælp fra flere. Hovedmålet er på en og samme tid at sikre relevant behandling til flere patienter med depression, hvor der til stadighed er opmærksomhed på omkostningsniveauet. Kan den tilstrækkelige behandling gennemføres i det primære sundhedsvæsen med deltagelse fra det specialiserede (sekundære) sundhedsvæsen, er det at foretrække frem for henvisning af patienten fra et system og sektor til et andet. - I et sådant samarbejde skal det løbende overvejes og afprøves, om dele af det lægelige arbejde med udredning, diagnostik og behandling kan varetages af andre faggrupper som fx specialuddannede sygeplejersker og specialpsykologer.

8.4 anbefalinger

At almen praksis:

- Foretager udredning og diagnosticering af depression ved hjælp af ICD-10 samt ex. Hamiltons ratingskala eller MDI
- Foretager differentialdiagnostik samt somatisk udredning med relevante blodprøver, EKG m.v. i henhold til DSAMs vejledning

At praktiserende psykiater/regionspsykiatri:

- Tilbyder almen praksis efteruddannelse i diagnostik af depression
- Tilbyder subakut (indenfor 2 uger) diagnostisk afklaring af patienter i almen praksis

9. Let og moderat depression

Ved depression af let grad bør udviklingen i tilstanden almindeligvis ses an, medmindre det drejer sig om tilbagevendende depression. Der er således ikke tungtvejende grunde til at igangsætte specifik psykoterapi eller medicinsk behandling og ej heller særlige initiativer mht. arbejdspladsen. Det anbefales vanligvis, at der i første omgang tilbydes råd, vejledning og støtte fx i form af selvhjælpsterapi. Desuden kan der henvises til kommunale tilbud, der styrker handle- og mestringskompetencer som ex. 'Lær at tackle angst og depression' og/eller motionstilbud, idet der er evidens for effekt af fysisk aktivitet ved let depression.

For en lang række patienter kan en tydelig skelnen mellem let og moderat depression være vanskelig, og en række patienter med let-moderat depression vil derfor risikere at blive behandlet svarende til en moderat depression. Mens den klare depression af let grad primært kræver råd og vejledning i håndtering af udløsende og belastende forhold, så kræver den moderate depression en aktiv behandling.

9.1 Psykoterapi og medicinsk behandling

Ved moderat depression anbefales som regel medicinsk behandling suppleret med psykologisk støtte og intervention. Til patienter i ambulant regi anbefales i første omgang brug af SSRI og dual-actionpræparater⁸.

I den psykologiske behandling af moderate depressioner bør der tages højde for patientens aktuelle emotionelle og mentale tilstand (herunder kognitive vanskeligheder). Ofte vil der være behov for at begrænse fokus til at afhjælpe patientens aktuelle vanskeligheder og bedre det aktuelle funktionsniveau.

Såvel medicinsk som psykologisk behandling anbefales også i vedligeholdelsesfasen og som forebyggende behandling. Langtidsbehandling med antidepressiv medicin fortsættes ofte med det samme præparat og med samme dosis, som har været virksom i den akutte behandling. Nogle patienter har dog pga. bivirkninger brug for en lavere dosis, selv om det kan medføre en øget risiko for tilbagefald. - Der er evidens for at fortsætte med forebyggende antidepressiv medicin i en længere periode hos patienter med mange tidligere depressive episoder. I opfølgings- og forebyggelsesfase monitoreres behandlingen, og der tages relevante blodprøver og observeres for evt. udvikling af metabolisk syndrom.

I den forebyggende psykologiske behandling anbefales, at der uanset terapiform er fokus på at reducere depressionsspecifikke sårbarhedsfaktorer/vedligeholdende forhold samt øge

⁸ Der gælder særlige forholdsregler ved gravide, ældre og hjertepatienter.

patientens evne til at mestre fremtidige risikosituationer. Uanset behandlingsregi er det vigtigt, at behandleren løbende og sammen med patienten vurderer kvalitet og resultat af behandlingen. Det gælder selvsagt også hos den praktiserende psykolog og psykiater i de tilfælde, hvor behandlingen alene foregår her eller blot i samarbejde hermed.

9.2 Arbejdsmarkedsindsats

Med relevant støtte og behandling er det muligt at fastholde det store flertal af patienter med depression af let og moderat grad i arbejde eller uddannelse. For nogle patienter er det dog vigtigt, at arbejdspladsen sikrer vilkår, som fremmer fastholdelse i arbejdet - Jobcentret har desuden til opgave løbende at indhente status i forhold til behandlingsindsats og prognose fra aktuel behandler, idet lidelsen kan udvikle sig og kræver en mere indgående arbejdsmæssig og social støtte.

9.3 anbefalinger

At almen praksis

- Er tilbageholdende med at støtte sygemelding ved let depression
- Har fokus på fysisk aktivitet som behandling af let depression
- Overvejer igangsætning af psykologisk behandling (eventuel ved praktiserende psykolog) ved let-moderat depression, og ved manglende effekt efter 3 måneder genovervejer diagnose og behandling
- Overvejer medicinsk behandling ved moderat depression med genundersøgelse 2-3 uger efter start herpå. Ved manglende effekt efter 3 måneder genovervejer diagnose og behandling, herunder eventuelt medicinskift
- Ved manglende effekt af psykologisk og/eller medicinsk behandling efter 6 måneder kontakter praktiserende psykiater eller regionspsykiatri

At jobcentret

- Indenfor max 8 uger i samarbejde med patienten faciliterer kontakt med arbejdsgiver og praktiserende læge med henblik på arbejdsfastholdelse eller kontakt til arbejdspladsen
- Fremsender opdateret opfølgingsplan til patienten, så der er tydelighed omkring, hvor patienten er i forløbet, hvad der skal ske hvornår, og hvem der er involveret
- Tilbyder sagsbehandlere efteruddannelse om psykiske lidelser, deres betydning for funktionsevnen, herunder mestring og egenomsorg samt hvilke muligheder, der er for at støtte patienter med psykiske problemstillinger.

10. Svær, svært behandlelig og/eller livstruende depression

Svær depression, svært behandlelig og/eller livstruende depression behandles af praktiserende psykiater eller i regionspsykiatrien.

Kontakt til regionspsykiatrien er primært for de patienter, hvis sygdomsforløb og behandling har været præget af et eller flere af følgende karakteristika: svingende sygdomsintensitet, ustabil fremmøde, ustabil samarbejde, svært behandlelig og kompliceret depression.

Hospitalsindlæggelse er primært for patienter kendetegnet ved høj selvmordsrisiko, psykotiske symptomer eller andre komplicerende faktorer som svær somatisk sygdom eller udtalte kognitive vanskeligheder. Endvidere indlægges patienter, hos hvem der ikke kan gennemføres tilstrækkelig observation, udredning og behandling i ambulant regi.

Den kommunale indsats i forhold til denne patientgruppe er ud over arbejdsmarkedsindsatsen at støtte op med socialpsykiatriske tilbud som for eksempel bostøtte, hjemmevejledning, støtte i forhold til familier med hjemmeboende børn etc.

10.1 Psykoterapi og medicinsk behandling

Ved svær depression anbefales som regel medicinsk behandling suppleret med psykologisk støtte og intervention. Til patienter i ambulant regi anbefales i første omgang brug af SSRI og dual-actionpræparater. Ved depression af svær grad hos indlagte patienter vil nogle patienter ikke have responderet på SSRI eller dual-action præparater givet i mere end otte uger og i optimal dosis; her anbefales brug af tricykliske antidepressiva. Ved svære depressioner anvendes også ECT.

I den psykologiske behandling af moderate til svære depressioner bør der tages højde for patientens aktuelle emotionelle og mentale tilstand (herunder kognitive vanskeligheder). Ofte vil der være behov for at begrænse fokus til at afhjælpe patientens aktuelle vanskeligheder og bedre det aktuelle funktionsniveau.

Såvel medicinsk som psykologisk behandling anbefales i vedligeholdelsesfasen og som forebyggende intervention. Langtidsbehandling med antidepressiv medicin fortsættes ofte med det samme præparat og med samme dosis, som har været virksom i den akutte behandling. Nogle patienter har dog pga. bivirkninger brug for en lavere dosis, selv om det kan medføre en øget risiko for tilbagefald. Der er evidens for at fortsætte med forebyggende antidepressiv medicin i en længere periode hos patienter med mange tidligere depressive episoder. I opfølgings- og forebyggelsesfasen monitoreres behandlingen, og der tages relevante blodprøver og observeres for eventuel udvikling af metabolisk syndrom.

I den psykologiske behandling anbefales, at der uanset terapiform er fokus på at reducere depressionsspecifikke sårbarhedsfaktorer / vedligeholdende forhold samt øge patientens evne til at mestre fremtidige risikosituationer.

Patienter med svære depressioner vil som regel have behov for intensiv vurdering af selvmordsrisiko og støtte til varetagelse af basal egenomsorg. Under indlæggelse er der fokus på miljøterapi i form af kontakt, skærmning/beskyttelse, støtte og hjælp til aktiviteter samt strukturering af dagen tilpasset sygdomsintensiteten. Nogle patienter kan have nytte af hjemmebehandling/mobilteam enten som alternativ til indlæggelse eller som opfølgende indsats efter indlæggelse.

En vigtig del af indsatsen i såvel hospitals- som ambulante regi er at hjælpe patienten til at fastholde behandlingen og vejlede om livsstilsfaktorer (så som kost, søvnhygiejne, motion, rygning, rusmidler, stress etc.).

I regi af Danske Regioner er der udarbejdet behandlingskoncepter eller –pakker for de enkelte psykiske lidelser/sygdomme, herunder også depression. Pakkerne vejleder om såvel behandlingens omfang som indhold, hvor sidstnævnte inkluderer eksempelvis psyko-terapeutisk og medicinsk behandling, inddragelse af pårørende og KRAM-faktorer.

10.2 Arbejdsmarkedsindsats og psykosocial rehabilitering

Det store flertal af patienter med depression af svær grad vil have vanskeligt ved at arbejde eller uddanne sig. Nogle patienter med denne sværhedsgrad af depression vil være indlagt på hospital. Det er derfor vigtigt, at kontakten til arbejdspladsen fastholdes, så patienten på et senere tidspunkt kan genoptage sit arbejde i takt med bedringen.

Jobcentret har desuden til opgave løbende at indhente status i forhold til behandlingsindsats og prognose fra aktuel behandler, idet lidelsen kan udvikle sig og kræver en mere indgående arbejdsmæssig og social støtte.

Nogle patienters funktionsevne vil være så påvirket af lidelsen, at der er behov for støtte til dagligdagsopgaver samt økonomi og boligrelaterede opgaver. Patienten kan endvidere være så syg, at det heller ikke er muligt at varetage en forældrefunktion. Der kan i de tilfælde være brug for en psykosocial rehabiliteringsindsats.

I tilfælde af ubehandlelig dvs. kronisk depression kan etablering på arbejdsmarkedet være udsigtsløs, hvorfor den psykosociale rehabiliteringsindsats primært sigter på at hjælpe patienten til et selvstændigt og respektabelt liv med lidelsen, men uden tilknytning til arbejdsmarkedet.

10.3 anbefalinger

At behandlere (uanset regi):

- Har fokus på KRAM-faktorer, da selvforsømmelse er hyppigt hos patienter med svær depression

At praktiserende psykiater:

- Foretager en udvidet psykiatrisk diagnosticering af nye patienter med manglende behandlingsresultat fra almen praksis
- Så vidt mulig minimerer polyfarmaci ved at seponere medicin, som ikke medfører respons. Ved start på ny medicin skal det overvejes, om anden medicin kan seponeres
- Ved afslutning sikrer klare aftaler for opfølgning, udskriver medicin til der er etableret kontakt med efterfølgende læge og giver besked til kommunal koordinator med henblik på intern kommunikation i kommunen

At regionspsykiatrien

- Tilbyder det relevante pakkeforløb (depressiv enkeltepisode/periodisk depression) og ved manglende behandlingsresultat henviser til en specialiseret afdeling (regionsfunktion/højt specialiseret funktion)
- Så vidt mulig minimerer polyfarmaci ved at seponere medicin, som ikke medfører respons. Ved start på ny medicin skal det overvejes, om anden medicin kan seponeres
- Ved vedvarende restsymptomer, herunder kognitive deficits, igangsætter en neuropsykiatrisk vurdering med fx neuropsykologisk undersøgelse og scanning med henblik på yderligere diagnostisk udredning og behandling, der inkluderer information og vejledning af patienterne
- Ved udskrivelse fra hospital/afslutning af ambulant behandling sikrer klare aftaler for opfølgning, udskriver medicin til der er etableret kontakt med efterfølgende læge og giver besked til kommunal koordinator med henblik på intern kommunikation i kommunen

At jobcentret eller sagsbehandler

- Faciliterer fastholdelse af kontakt til arbejdspladsen eventuelt gennem en mentor
- Indhenter status i forhold til behandling og prognose, herunder for tilbagevenden til ordinær beskæftigelse
- Fremsender opdateret opfølgningsplan til patienten, så der er tydelighed omkring, hvor patienten er i forløbet, hvad der skal ske hvornår, og hvem der er involveret
- Tilbyder sagsbehandlere efteruddannelse om psykiske lidelser/sygdomme og muligheder for at hjælpe patienter med psykiske problemstillinger

11. Koordination og samarbejde

11.1 Koordineret indsats

Det er afgørende, at den samlede tværsektorielle indsats er koordineret, så patienten oplever et sammenhængende forløb, og relevante aktører samlet set anvender ressourcerne optimalt med henblik på at opnå positiv effekt af indsatsen. Ensartet vejledning og motivation fra relevante aktører har stor betydning for muligheden for succes.

Behovet for koordinering af indsatsen for patienter med depression afhænger både af lidelsens sværhedsgrad, patientens egenomsorgsevne, evt. multisygdom og antallet af relevante aktører. For patienter, som er sygemeldte, kan der være særligt behov for, at indsatsen samordnes på tværs af sundheds-, social- og arbejdsmarkedssektorerne.

Den samlede koordinerede indsats skal sikre, at de forskellige aktører bidrager indenfor egen faglighed, så faglighederne sammenlagt understøtter patientens tilbagevenden til at mestre eget liv, herunder arbejdsliv. Det er derfor vigtigt, at der, uanset hos hvilken aktør, der erkender depressionen, sker tidlig inddragelse af andre relevante aktører. Koordination er tids- og ressourcekrævende, og der er derfor behov for ledelsesmæssig fokus og prioritering af koordinationen fra alle sektorer.

11.2 Tovholder, kontaktperson og kommunal koordinator

Tovholderfunktionen omfatter systematisk opfølgning samt støtte til at fastholde mål i relation til depressionen. For de sundhedsfaglige indsatser varetages tovholderfunktionen af almen praksis med mindre andet er aftalt.

Tovholderfunktionen indebærer, at den praktiserende læge i samarbejde med patienten eller pårørende koordinerer den samlede sundhedsfaglige indsats. Det er tovholderens opgave, at vurdere patientens helbred løbende, foretage systematisk opfølgning samt sikre en proaktiv indsats og støtte patienten i at fastholde behandlingsmål.

Praktiserende læges tovholderfunktion skal understøttes med epikriser og anden information fra andre aktører ex. kopi af statusnotater fra regionspsykiatrien. Tovholderen skal have let adgang til information og rådgivning.

Hvis det i perioder findes hensigtsmæssigt, at andre end den praktiserende læge er tovholder, skal der foreligge en klar aftale herom, som er kendt af alle parter inkl. patienten. I disse perioder er det vigtigt, at almen praksis løbende bliver orienteret i henhold til parternes aftaler om udveksling af informationer. Det er tovholderens ansvar at sikre, at patient og pårørende ikke er i tvivl om, hvem der er tovholder.

Patienter, der indlægges i mere end ét døgn, og patienter i ambulante behandlingsforløb på hospital, har krav på at få tilknyttet navngivne kontaktpersoner fra regionspsykiatrien.

Det skal sikres, at tovholderen har en entydig indgang til kommunen. For patienter med depression med tilknytning til arbejdsmarkedet er det jobcentret, der har den koordinerende funktion i kommunen og som skal sikre koordination af samarbejdet mellem de implicerede afdelinger i kommunen. For de patienter, der har behov for en beskæftigelsesmæssig indsats er det sagsbehandleren i Jobcenteret, der er koordinator for dette.

For patienter med depression uden tilknytning til arbejdsmarkedet skal kommunen sikre en entydig indgang for tovholderen, samt sikre koordineringen mellem de interne implicerede kommunale afdelinger. Den entydige indgang for tovholderen kunne være patientens sagsbehandler, da alle borgere er tilknyttet en sagsbehandler.

11.3 Kommunikation og Informationsudveksling

Relevant og hurtig kommunikation mellem de aktører, som indgår i patientforløbet, er en forudsætning for et vel koordineret og effektivt forløb. Udveksling af oplysninger mellem aktørerne sker primært via henvisninger, epikriser og journalnotater. Kommunikationen skal foregå elektronisk i henhold til gældende MedCom standarder.

Kravene til informationsudveksling og anvendelse af elektronisk kommunikation er reguleret via gældende overenskomster samt nationale og regionale retningslinjer og krav til aktørerne. De sundhedsfaglige anbefalinger for indholdet i informationsudveksling mellem sektorerne er beskrevet i MedCom guidelines for henvisninger, epikriser, genoptræningsplaner m.v.⁹

Derudover er der i Region Midtjylland indgået en aftale om "det gode elektroniske patientforløb", som indeholder gensidig aftale for kommunikation mellem almen praksis, kommuner og hospitaler, herunder en tids- og handleplan for implementering af kommunikationsstandarder. Aftalen er indgået som et led i Sundhedsaftalerne.

Det bør udvikles en teknisk løsning, der gør det muligt at sende ambulante notater direkte videre til den praktiserende læge.

⁹ <http://www.medcom.dk/wm109941>

11.4 Overgange

Muligheden for direkte kontakt mellem den henvisende og den visiterende læge bør anvendes ved overgange. Det er aftalt i sundhedsaftalen, at der foreligger en kontaktiliste med alle relevante kommunale oplysninger, som kan anvendes af såvel regionspsykiatrien, som praktiserende læger og speciallæger.

For at sikre, at ingen patienter tabes mellem to sektorer skal der laves konkrete aftaler med tid hos næste behandler, inden en patient afsluttes.

I forbindelse med forløbsovergange anvendes gældende regionale retningslinjer i forbindelse med udfærdigelse af henvisninger og epikriser. Interne henvisninger skal også udarbejdes i henhold til de regionale retningslinjer.

Af nyligt udarbejdet rapport 'Kommunikation i forløbsovergange – en tværsektoriel audit på forløb hos depressionspatienter' fremgår det, at der er behov for særligt fokus på følgende forhold i forbindelse med overgange.

Alle relevante bidiagnoser skal fremgå af henvisninger og epikriser. Der skal altid vedlægges opdateret medicinliste samt videregives anbefalinger i forhold til langtidsbehandling og opfølgende kontrol.

Hvis der er foretaget undersøgelser på andre afdelinger under en indlæggelse skal dette fremgå af stamafdelingens epikrise, og der skal foreligge en plan for, hvem der skal håndtere resultaterne af disse.

Af hensyn til den praktiserende læges mulighed for at varetage tovholderfunktionen skal der i starten og slutningen af lange epikriser laves opsummering af, hvad man har fundet ved undersøgelsen/indlæggelsen, og om egen læge skal lave opfølgning.

For at det kommunale jobcenter smidigt og på bedst mulige måde kan hjælpe og støtte den enkelte patient, i forhold til arbejdsfastholdende tiltag, vil det være relevant, at der af epikrisen ved udskrivelse/afslutning er taget stilling til:

- Funktionsniveau nu og på sigt
- Hvis der er kontraindicerende faktorer, i forhold til aktiv deltagelse i arbejdsmarkedsrettet aktivitet, bedes de anført
- Beskrivelse af de aktuelle skånehensyn og hvis der forventes specifikke fremtidige skånehensyn, samt vurdering af omfanget/graden heraf
- Om det er relevant med en rundbordssamtale med Jobcenteret, for at igangsætte et samarbejde om arbejdsmarkedsfastholdende indsatser?

11.5 Samarbejde

Samarbejdet mellem behandlere/sagsbehandlere på tværs af sektorgrænser er af afgørende vigtighed i forhold til effekten af behandlingen af patienter med depression. Der skal etableres modeller for dette samarbejde. Shared care er en model, der anvendes flere steder som en model for samarbejdet mellem regionspsykiatrien og praktiserende læger og speciallæger. Etableringen af samarbejdsmodeller er vigtig for den praktiserende læges mulighed for at varetage behandlingen.

Praktiserende psykiater og praktiserende læge samarbejder om koordinering/timing af medicinsk behandling og koordinerer med sagsbehandler vedr. sygemelding eller påbegyndelse af arbejde. Der skal etableres regelmæssig og formaliseret kommunikation mellem den praktiserende læge og den/de lokale praktiserende psykiater(e), hvor der kan drøftes fælles patienter og generelle psykiatriske problemstillinger samt mulighed for løbende hurtig gensidig korrespondance.

Det er vigtigt, at det kommunale jobcenter er tilgængeligt for den praktiserende læge og resten af behandlingssektoren - fx gennem etablering af hotline-funktion. Der ud over skal jobcentret sikre koordineringen af samarbejdet med de øvrige aktører i patientens forløb. Det vil sige inddrager rehabiliteringsteamet, har dialog med den praktiserende læge og inddrager lægekonsulent/socialmediciner ved behov.

Erfaringer viser¹⁰, at et tæt samarbejde mellem jobcentret og de praktiserende læger medvirker til at gøre sygedagpengeforløbene kortere. Erfaringsmæssigt er det en væsentlig forudsætning for en effektiv indsats, at Jobcenter og praktiserende læge arbejder i samme retning og ikke giver modstridende signaler til den sygemeldte. Jobcentret videreformidler viden og erfaringer til de praktiserende læger omkring de lovgivningsmæssige rammer og redskaber, jobcentret råder over, og erfaringerne med brugen af disse.

En af forudsætningerne for et godt samarbejde er kendskab til og viden om andre aktører og deres forhold og arbejdsgange. Dette kendskab kan fx understøttes af deltagelse i tværfaglig tværsektoriel fælles skolebænk som kompetenceudviklingsforløb i forhold til depression.

11.6 Anbefalinger

At behandlere¹¹ (uanset regi):

¹⁰ Bl.a. fra et projekt gennemført i Århus Kommune i perioden 2008-2010 – "Projekt Helbred og Arbejdsliv"

¹¹ Behandlere er her fællesbetegnelse for alle fagpersoner, der er i kontakt med patienten og omfatter således også kommunale sagsbehandlere osv.

- Sikrer at epikriser og henvisninger udfyldes fyldestgørende (inkl. hvad der er sagt til patienten, medicinliste, resultat af undersøgelser, langtidsplan for behandling, bidiagnoser, sociale forhold)
- Sikrer konkrete aftaler med tid hos næste behandler, inden en patient afsluttes
- Sikrer sig indsigt i andre aktørers forhold og arbejdsgange gennem fx deltagelse i undervisning / fælles skolebænk
- Sikrer at den praktiserende læge har den relevante viden (herunder ambulatorienotater)

At praktiserende læge og den/de lokale psykiater(e)

- Etablerer regelmæssig og formaliseret kommunikation, hvor der kan drøftes fælles patienter og generelle psykiatriske problemstillinger samt mulighed for løbende hurtig gensidig korrespondance (det aftales lokalt hvordan; ex telefonisk, videokonferencer eller mødeforaer)

At praktiserende læge

- Er tovholder i forhold til de sundhedsfaglige indsatser

12. Kvalitetsmonitorering

Der foretages en løbende og systematisk opfølgning på implementeringen og effekten af forløbsprogrammet for depression. Dette både for at monitorere, hvorvidt målene opfyldes, og for hvorvidt der er behov for yderligere implementeringstiltag eller justeringer af forløbsprogrammet.

Monitoreringen skal bidrage til at skabe et grundlag for løbende kvalitetsudvikling af den tværsektorielle indsats for mennesker med depression samt følge implementeringen af forløbsprogram for depression. Det er derfor væsentligt, at monitoreringen omfatter alle dele af forløbsprogrammet og alle involverede parter på tværs af sektorgrænser. Monitoreringen omfatter både kliniske resultater, organisatoriske faktorer og patientens oplevelse af forløbet.

12.1 Monitorering af kronikerindsatsen

Med Sundhedsaftalen 2011-2014 er monitorering af kronikerindsatsen, herunder forløbsprogrammerne, udpeget som et indsatsområde. Sundhedsaftalen fastlægger, at monitorering af forløbsprogrammerne skal fokusere på fire hovedområder:

- Organisatoriske overgange og sammenhæng
- Indsamling af kliniske data
- Patientoplevelt sammenhæng
- Økonomiske konsekvenser

Med midler fra regeringens pulje til en forstærket indsats for mennesker med kronisk sygdom 2010-2012 er der i Region Midtjylland bl.a. igangsat nye - og støttet eksisterende - tværsektorielle initiativer, som skal monitorere effekten af patientuddannelse og patientens oplevelse af sammenhængende forløb på kronikerområdet. Endvidere er der iværksat et udviklingsprojekt, som skal understøtte den tværsektorielle kronikerindsats ved at sammenstille eksisterende relevante data (fx medicindata og laboratoriedata) fra alle sektorer, på både populations- og patientniveau. Det er målet, at der derved kan skabes et fælles data-fundament for tværsektoriel kvalitetsudvikling og samarbejde.¹²

Initiativerne indgår i den samlede indsats med at udarbejde en model for monitorering af forløbsprogrammerne. Målgruppen for den lokale, regionale monitoreringsindsats udvides i takt med at kronikerindsatsen udvikles, og depressions-området skal fremadrettet integreres i den samlede monitoreringsindsats på kronikerområdet.

¹² Sundhedsaftalen 2011-2014

Foruden de lokale, regionale tiltag er der ligeledes aftalt/iværksat nationale tiltag, som skal styrke monitorering af kronikerindsatsen. Med overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner 2011-2013 er det aftalt, at alle praktiserende læger hurtigst muligt – og senest ved udgangen af 1. kvartal 2013 – skal anvende datafangst, ligesom ICPC-kodning skal anvendes for en række diagnoser, herunder depression.

Endvidere har Sundhedsstyrelsen fået til opgave at udvikle en model for landsdækkende monitorering af kronisk sygdom, herunder affektive sindslidelser som er samlet i en gruppe med andre psykiske lidelser/sygdomme. Modellen skal være færdigudviklet ved udgangen af 2012.

12.2 Monitorering af forløbsprogram for depression

Forløbsprogrammet skal omfatte en monitorering af indsatsen overfor patientgruppen. Formålet er at skabe et grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling.

Monitoreringen bør tilrettelægges således, der tages højde for, at den samlede indsats for personer med depression ofte går på tværs af sundhedsvæsenets sektorer samt beskæftigelses og arbejdsmarkedsområderne i kommuner og kan omfatte overgange mellem enheder, institutioner og sektorer. Forløbene strækker sig ikke alene over flere organisatoriske enheder men også over tid.

Med udgangspunkt i erfaringer fra arbejdet med monitorering af de implementerede forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom i Region Midtjylland iværksættes der kontinuerlig systematisk monitorering af de øvrige forløbsprogrammer i RM. Når arbejdet med monitorering af forløbsprogrammet for depression påbegyndes, anvendes derfor samme fremgangsmåde.

Formålet med monitorering af forløbsprogrammer er:

- at forløbsprogrammerne implementeres som planlagt
- at formålene med forløbsprogrammerne opfyldes
- at kvalitetsudvikle forløbsprogrammerne

Arbejdet består i faser, som er: valg af indikatorer, beskrivelse af indikatorer og dataindsamling, pilottest og idriftsættelse.

Monitoreringssystemet skal kunne formidle oplysninger om den samlede population af borgere/patienter med den kroniske sygdom beskrevet i forløbsprogrammet vedrørende de udvalgte proces- og resultatindikatorer for den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den borger-/patientoplevede kvalitet på tværs af sektorer.

Dataopsamling og -behandling skal kunne håndtere afrapportering til relevante målgrupper. Ved kvalitetsproblemer og behov for afdækning af årsagsmuligheder og løsningsforslag foretages audit.

12.2.1 Monitoreringsredskaber

Monitoreringen skal i videst muligt omfang baseres på data fra eksisterende registre og databaser. Det er derfor vigtigt at systematisk registrering og dataopsamling er et indsatsområde for alle aktører, og at tiltagene koordineres med henblik på at kunne monitorere på patientens samlede forløb.

For at sikre systematisk videnopsamling og videndeling, på tværs af sektorer omkring sammenhæng i patientforløbet for mennesker med depression, kan der med fordel, ud over anvendelse af eksisterende data til monitorering, gennemføres årlige tværsektorielle audits. Disse audits kan udføres efter metoden anvendt i rapporten 'Kommunikationen i forløbsovergange – en tværsektoriel audit på forløb hos depressionspatienter' udarbejdet af Kvalitet og Sundhedsdata maj 2012

Der findes følgende relevante datakilder i forhold til kvalitetsmonitoreringen af forløbsprogrammet for depression er følgende:

- Landspatientregistret (LPR). Hospitalerne anvender ICD10-koder, og der indberettes løbende til LPR.
- Dansk Depressionsdatabase (voksne i kontakt med regionspsykiatrien med F32, F33, F34.1 og F06.32). Formålet er at højne kvaliteten i depressionsbehandlingen i regionspsykiatrien
- Landsdækkende Undersøgelser af Patient- og pårørendeoplevelser (LUP psykiatri)
- Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD) - Datafangst i almen praksis. Almen praksis anvender ICPC kodesystemet, som er baseret på henvendelsesårsag og specifikke diagnoser
- Den Registerbaserede Evaluering Af Maginatiseringsomfanget (DREAM-databasen). Databasen indeholder oplysninger om overførselsindkomster på individniveau, fx dagpenge, sygedagpenge, kontanthjælp, førtidspension og revalidering. Databasen opdateres ugentligt og vurderes at kunne bidrage væsentligt til monitorering af sociale og arbejdsmarkedsrettede effekter af forløbsprogrammet.
- KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS)

12.2.2 Monitoreringsindikatorer

Da der i videst muligt omfang skal benyttes eksisterende data til kvalitetsmonitoreringen af forløbsprogrammet for depression, er der ingen entydige indikatorer.

Kvalitetsmonitoreringen opdeles i tre kategorier; Patientoplevet kvalitet, faglig kvalitet og organisatorisk kvalitet. Indenfor hver af disse kategorier opstilles der en række målsætninger,

med tilhørende indikatorer, som det er muligt at måle på ved hjælp af eksisterende data, og som tilsammen giver et billede af kvaliteten i anvendelsen af forløbsprogrammet.

Patientoplevelt kvalitet

Målsætning: Øget grad af patienttilfredshed, målt ved:

- Resultater fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patient- og pårørendeoplevelser (LUP psykiatri) med særligt fokus på spørgsmål omhandlende overgange og sammenhæng mellem sektorer

Faglig kvalitet

Målsætning: Reducere længden af sygemelding for mennesker med depression, målt ved:

- Antal dage i sygemeldingsperioden for mennesker med depression, der har været indlagt i regionspsykiatrien

Målsætning: Nedbringelse af ventetid for hurtig udredning ved speciallæge i psykiatri, målt ved:

- Andel af indlagte patienter med depression, der vurderes ved speciallæge i psykiatri indenfor 7 dage fra indlæggelse på psykiatrisk afdeling
- Andel af ambulante patienter med depression, der vurderes ved speciallæge i psykiatri senest 30 dage efter 1. ambulante besøg

Målsætning: Nedbringelse af genindlæggelser, målt ved:

- Andelen af indlagte patienter med depression, der genindlægges indenfor 30 dage efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling

Målsætning: Årskontrol i almen praksis til alle patienter med depression, målt ved:

- Andel patienter med depression med kontakt til regionspsykiatri/praktiserende psykiater de seneste 12 måneder, der de seneste 12 måneder har modtaget årskontrol i almen praksis

Organisatorisk kvalitet

Målsætning: Systematisk screening/tidlig opsporing af risikopatienter ved praktiserende læge, målt ved:

- Andelen af egne patienter med diagnosekoden P76 - registreret indenfor de seneste 12 måneder - i forhold til den samlede patientpopulation
- Andelen af patienter med diagnosekoden P76 - registreret inden for seneste 12 måneder - hvor praktiserende læge har lavet psykometrisk test

Målsætning: Nedbringelse af ventetid for hurtig udredning hos praktiserende psykiater, målt ved:

- Ventetid fra henvisning fra praktiserende læge til 1. konsultation hos praktiserende psykiater

Målsætning: Bevaring af tilknytning til arbejdsmarkedet, målt ved:

- Andel tildelte pensioner med diagnosen depression

Målsætning: Forbedring af kommunikationen ved forløbsovergange, målt ved:

- Forbedringer i henvisninger og epikriser bedømt på baggrund af tværsektorielle audits

12.3 Ansvar og proces for kvalitetsmonitoreringen

Alle sektorer skal levere data til den løbende kvalitetsmonitorering. Regionen varetager koordineringen af monitoreringen og formidlingen af resultaterne til tema- og klyngestyregruppen, formandskabet for forløbsprogramgruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

Kvalitetsmonitoreringen og opfølgningen på implementeringen af forløbsprogrammet følger den løbende opfølgning på sundhedsaftalerne.

12.4 anbefalinger

At alle aktører:

- Foretager systematisk registrering og dataopsamling

At kvalitetsmonitoreringen:

- Omfatter patientoplevels kvalitet, faglig kvalitet og organisatorisk kvalitet og økonomiske konsekvenser
- I videst mulig omfang baseres på data fra eksisterende datakilder
- Indbefatter tværsektorielle audits af kommunikationen i forløbsovergangene
- Følger processen for opfølgning på Sundhedsaftalerne i Region Midtjylland

13. Implementeringsstrategi

Det grundlæggende princip bag implementering af forløbsprogrammet er, at processen skal foregå på alle niveauer i samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og praksissektor – såvel på ledelsesniveau som på praktikerniveau.

Implementering af forløbsprogrammet forudsætter, at der arbejdes både med generelle implementeringstiltag, og at hver sektor arbejder med at implementere de sektorspecifikke tiltag, som anbefales. Derudover skal der i implementeringsprocessen være fokus på det tværsektorielle samarbejde om overgange og sammenhængende patientforløb.

Forløbsprogrammet for depression involverer en række aktører på tværs af sektorer. Der vil derfor både være behov for en bred generel kommunikation om forløbsprogrammet samt kommunikation til de enkelte sektorer/aktører. Endvidere vil der være behov for at udarbejde korte sektorspecifikke udgaver af forløbsprogrammets anbefalinger, herunder forløbsbeskrivelser til praksis.dk, flow-diagrammer til udsendelse og sikre løbende opdatering af information om regionens og kommunernes tilbud på praksis.dk

13.1 Kompetenceudvikling

Kompetenceudvikling er et væsentligt element af implementeringen. Implementeringen kan understøttes yderligere ved at lave fælles skolebænk med fælles tværfaglig og tværsektoriel undervisning. Fælles skolebænk har flere formål. Dels at bidrage til den generelle kompetenceudvikling i forhold til depression dels at bidrage til, at aktørerne på området får øget deres kendskab til hinanden og hinandens kompetencer, hvilket kan være med til at lette den daglige kommunikation og sammenhæng i forløbet for den enkelte patient.

13.2 Kommunikation mellem behandlerne

Arbejdet med kvalitetssikring af henvisningsstandarder og en effektiv elektronisk tværsektoriel kommunikation er væsentlige indsatsområder i en samlet implementeringsstrategi. Der er i forlængelse af Sundhedsaftalen allerede igangsat initiativer på området – fx implementering af planen "Det gode elektroniske patientforløb" og udarbejdelse af "Koncept for den gode genoptræningsplan". Men der vil være behov for at supplere igangværende initiativer med afsæt i forløbsprogrammets anbefalinger, fx omkring diagnosekodning og kvalitetssikring af indholdet i henvisninger og epikriser.

Der kan med fordel arbejdes med eksisterende redskaber til at sikre god kommunikation i forløbsovergange. Som eksempel kan nævnes ISBAR eller Stafetmetoden. Ud over anvendelse af metoder til sikring af den tværsektorielle kommunikation bør der arbejdes med udvikling af samarbejdsmodeller som ex Shared Care modellen.

13.3 Organisering af tværsektorielt samarbejde om implementering

I Sundhedsaftalen 2011-2014 er der aftalt, at der lokalt i klyngerne indgås aftaler om implementering og opgavefordeling i henhold til beskrivelserne i forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Klyngestrukturen har dannet den organisatoriske ramme om implementeringsprocessen for de eksisterende forløbsprogrammer for kronisk sygdom, og denne struktur har været mulig og hensigtsmæssig fordi, alle regionens hospitaler varetager behandling af kroniske patienter med KOL, Type 2 Diabetes og hjertekarsygdom.

Organiseringen på psykiatriområdet er lidt anderledes end på det somatiske område, og der skal derfor udarbejdes en implementeringsplan og -struktur, der tager højde for organiseringen og patientflowet, og som understøtter veludviklede samarbejdsrelationer mellem almen praksis, kommune og psykiatri.

Klyngestyregruppen for voksenpsykiatri har ansvaret for udarbejdelse af strategien for implementeringen af forløbsprogrammet for depression. De lokale samarbejdsråd har ansvaret for at udarbejde konkrete implementeringsplaner og følge op på den lokale implementering af forløbsprogrammet. Det er vigtigt, at repræsentanter for alle involverede parter, inviteres med i dette arbejde.

13.4 anbefalinger

At Klyngestyregruppen:

- Udarbejder en strategi for implementering af forløbsprogrammet for depression med særligt fokus på sikring af overgange og kommunikation på tværs af sektorgrænser
- Løbende sikrer, at implementeringen foregår
- Tager initiativ til at igangsætte tværfaglige tværsektorielle kompetenceudviklingsforløb
- Har fokus på god kommunikation over sektorgrænser samt udvikling og afprøvning af samarbejdsmodeller
-

At de lokale samarbejdsråd:

- Udarbejder konkrete planer for, hvordan anbefalingerne i forløbsprogrammet implementeres lokalt
- Udarbejder plan for, hvordan kommunikationen ved sektorovergange sikres lokalt

14. Evaluering/opfølgning

Det skal sikres, at der sker en løbende evaluering og opfølgning på forløbsprogrammet og implementeringen heraf.

Det vil bl.a. ske ved, at depressionsområdet integreres i de tiltag vedr. monitorering af indsatsen på kronikerområdet som er under udvikling, og hvor der er særligt fokus på overgange og sammenhængende patientforløb.

I lighed med den reorganisering som aktuelt pågår omkring de øvrige forløbsprogramgrupper i regionen, skal der på sigt ske en reduktion af forløbsprogramgruppen til en mindre gruppe med et relevant antal nøglepersoner. Medlemmerne af denne gruppe skal fungere som faglig baggrundsgruppe for forløbsprogrammet. Det betyder konkret, at medlemmerne er ansvarlige for at bidrage med faglig og organisatorisk viden, og er ansvarlig for at gøre formandskabet og den administrative programkoordinator opmærksom på udviklingen på området og behovet for opdatering af forløbsprogrammet. På den baggrund skal det mindst 1 gang årligt vurderes, om der er behov for, at programmet opdateres. Gruppen kan efter behov inddrage relevante foraer og ressourcepersoner i sin opgaveløsning.

Det skal samtidig sikres, at forløbsprogrammet evalueres og revideres med passende mellemrum. Monitoreringen af området – og den generelle udvikling på depressionsområdet i øvrigt – danner baggrund for en vurdering af behovet, og det er forløbsprogramgruppens ansvar at foretage eventuelle ændringer, hvis det er påkrævet. Såfremt disse ændringer medfører nye snitflader mellem de enkelte sektorer eller markant øgede udgifter, skal det nye reviderede program godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget og efterfølgende behandles politisk og/eller administrativt i Region Midtjylland og de enkelte kommuner.

15. Referencer

Dansk depressionsdatabase 2012, Dokumentalistrapport januar 2012

DSAM 2010, Klinisk vejledning for almen praksis, Unipolar depression – Diagnostik og behandling

NICE 2009, Depression: the treatment and management of depression in adults

Region Midtjylland 2012, Kommunikation i forløbsovergange – en tværsektoriel audit på forløbs hos depressionspatienter

Region Midtjylland 2011, Sundhedsaftale for 2011 – 2014, Det psykiatriske område

Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2011, Overenskomst om almen praksis – April 2011

Sundhedsstyrelsen 2012, Forebyggelsespakke – Mental Sundhed

Sundhedsstyrelsen 2008, Forløbsprogrammer for kronisk sygdom

Sundhedsstyrelsen 2007, Referenceprogram for unipolar depression

Sundhedsstyrelsen 2005, Behandling af depressionssygdomme – Kommentering af: Behandling af depressionssygdomme. En systematisk litteraturoversigt. Volym 1-3. Statens beredning för medicinsk utvärdering

16. Ordforklaringsliste

Differentialdiagnostik – Proces der består i at skelne mellem forskellige sygdomme med overlappende symptomer med henblik på at beslutte den rette diagnose og dermed den rette behandling.

Dual-actionpræparater – Antidepressiv medicin, der fremmer virkningen af signalstofferne serotonin og noradrenalin i hjernen.

ECT - Elektrokonvulsiv behandling

Epikrise - En epikrise er et kort sammendrag af en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling.

Generisk model for forløbsprogram – Overordnet model/ramme for forløbsprogrammer, der udfyldes og tilrettes i forhold til forskellige sygdomme.

Genoptræningsplan - individuel plan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

ICD-10 systemet - er et system til klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser udformet af WHO. ICD er forkortelse for International Classification of Diseases.

ICPC-systemet – er det system, der anvendes i almen praksis til klassifikation af sygdomme/diagnosekodning.

Intervention – indsats eller behandling

ISBAR – En konkret metode til kommunikation om patienter. ISBAR står for Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse og Råd.

Klyngestrukturen – Organisering af samarbejdet mellem region og kommuner i Region Midtjylland.

Klyngestyregruppen for voksenpsykiatri – Det besluttende organ for samarbejdet på voksenpsykiatriområdet mellem almen praksis, regionspsykiatrien og alle kommunerne i Region Midtjylland. Klyngestyregruppen har til formål at træffe de nødvendige beslutninger for implementering af sundhedsaftalerne og et forpligtigende tværsektorielt samarbejde. Samt styrke dialogen mellem psykiatri- og socialledelsen og kommunerne. Og dagsordens- og rammesætte nye initiativer for udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

Kognitivt funktionsniveau - Evnen til at huske, koncentrere sig og tænke abstrakt

Kommunal koordinator – For patienter med depression med tilknytning til arbejdsmarkedet er det jobcentret, der har den koordinerende funktion i kommunen og som skal sikre koordination af samarbejdet mellem de implicerede afdelinger i kommunen. For patienter med depression uden tilknytning til arbejdsmarkedet kan patientens sagsbehandler fungere som koordinator.

Lokale samarbejdsråd – grupper under klyngestyregruppen, der varetager det lokale samarbejde mellem afdelingsledelserne og kommunerne i optageområder. Formålet med de lokale samarbejdsråd er at styrke det tværsektorielle samarbejde lokalt, herunder; Implementering og opfølgning på sundhedsaftalen og øvrige lokale samarbejdsaftaler. Planlægning af fælles udviklingsprojekter, samt løbende dialog, som sikre gensidig forventningsafstemning ift. aftaler om ansvars- og opgavefordelingen.

Matchgruppe - betegnelse for indplacering af en persons muligheder på arbejdsmarkedet. Bruges når et jobcenter skal afgøre, hvilken hjælp en arbejdsløs skal ydes.

MDI – Major depression inventory. Metode til opsporing af depression.

MedCom standarder – Standard for elektronisk kommunikation mellem hospital, kommune og praksissektoren.

Metabolisk syndrom - omfatter en række faktorer som forøget taljemål(abdominal fedme), forhøjet blodtryk samt forstyrrelser i sukker -og fedtstofskiftet, der tilsammen øger riskioen for at udvikle type 2 diabetes og hjertekarsygdom.

Multisygdom – flere samtidige sygdomme.

Polyfarmaci – Indtagelse af mere end et lægemiddel dagligt.

Psykiatrisk og somatisk anamnese - Beskrivelse af patientens psykiatriske og somatiske sygdomshistorie.

Psykopatologisk udredning - Beskrivelse og karakteristik af de symptomer, der afgrænser og kendetegner psykiske lidelser, fx hallucinationer, vrangforestillinger, angst og depression.

Psykosocial funktion - Evnen til begå sig socialt og indleve sig i sociale sammenhænge, herunder andre mennesker.

SC8-ADL – Screeningsværktøj til opsporing af mulig depression.

Shared Care modellen – Model for samarbejde på tværs af sektorgrænsser .

Social- og arbejdsanamnese – Kommunale fortløbende notater om borgerens/patientens sociale og arbejdsmæssige forhold.

SSRI – Antidepressiv medicin, der fremmer virkningen af signalstoffet serotonin i hjernen. De er effektive ved behandling af lettere og moderate depressioner.

Stafetmetoden – Konkret metode til at sikre sammenhængende kommunikation.

Unipolar depression - Et andet navn for depressionssygdommen som ikke fremgår at WHO's diagnoseklassifikation, men som ofte anvendes for at adskille tilstanden fra bipolar depression, som ses ved bipolar lidelse (tidl. benævnt manio-depressiv lidelse). Unipolar depression er karakteriseret ved vedvarende ændring af stemningslejet, tab af interesser og manglende energi. Derudover ledsagesymptomer som selvmordstanker, skyldfølelse, ændringer i vægt, ændringer i appetit, søvnforstyrrelser, angstsymptomer, koncentrations- og hukommelsesproblemer. For at kunne stille diagnosen skal tilstanden have været til stede i mindst 2 uger og må ikke være forårsaget af en fysisk sygdom.

Bilag 1: Medlemmer af forløbsprogramgruppen

Ane Marie Thulstrup - Ledende overlæge, Arbejdsmedicinsk klinik Aarhus
Bettina Holm Norling (fra marts 2012) – Speciallæge i psykiatri, Viborg
Birgit Toft – Lægemiddelkonsulent, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
Ellen Greve – Sundhedschef, Holstebro Kommune
Erik Roj Larsen – Overlæge, Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Risskov
Eva Henriksen – Forebyggelseschef, Skive Kommune
Hanne Nielsen – Praktiserende psykolog, Aarhus
Jakob Søgård Johannesen (fra maj 2012) – AC-fuldmægtig, Koncernøkonomi, Region Midtjylland
Jan Væring (fra maj 2012) – Konsulent, Sundheds og ældre, Randers kommune
Jesper C. Rasmussen (til marts 2012) – Afdelingsleder for sygedagpengeområdet, Skanderborg Kommune
Julie Damgaard Nielsen – Praksiskonsulent, Praktiserende læge, Skanderborg
Kirsten Slumstrup (til januar 2012) – Sektionsleder, Socialpsykiatri, Silkeborg kommune
Knud Kristensen – Landsformand, SIND
Krista Margrethe Nielsen Straarup – Psykolog, Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Risskov
Kristian Lauridsen (til januar 2012) – Praktiserende psykiater, Skive
Lene Jensen – Sundhedschef, Randers Kommune
Lene Nyboe Jacobsen – Ledende Fysioterapeut, Afdeling M, Aarhus Universitetshospital, Risskov
Lisbeth Skov – Specialuddannet psykiatrisk sygeplejerske, Regionspsykiatrien Vest
Louise Møller – AC-fuldmægtig, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
Mette Korr – Praktiserende læge, Horsens
Mette Skou Seiersen – Centerchef, Job og Sundhed, Aarhus Kommune
Susanne Højer Thorstensen (fra januar 2012) – Leder, Beskæftigelsesfagligt lægesamarbejde, Silkeborg Kommune
Ulrik Steen - Ledende regionsocialoverlæge, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Formandskab

Henrik Nordentoft – Praksiskoordinator for psykiatrien og praktiserende læge, Aarhus
Leif Gjørtz Christensen – Direktør for Job og Velfærd, Viborg Kommune
Per Jørgensen - Cheflæge, Regionspsykiatrien

Administrativ koordinator

Helene Bech Rosenbrandt (til august 2012) – AC-fuldmægtig, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
Kristine Lindeneg Drejøl (fra august 2012) – AC-fuldmægtig, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland

Bilag 2. Samlede anbefalinger

Afsnit	Anbefalinger
3. Målgruppe og diagnoseregistrering	<p><i>At alle aktører:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der har diagnosekoder, men ikke anvender dem konsekvent (<i>somatisk hospitalssektor, almen praksis</i>¹³) begynder at anvende dem konsekvent samt, at diagnosen depression kommer med i datafangst for praktiserende speciallæger i forbindelse med næste overenskomst i 2014
4. Patient- og pårørende vinkel	<p><i>At alle patienter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbydes psykoedukation enten individuelt eller i gruppe <p><i>At alle behandlere (uanset regi):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gør en aktiv indsats for at inddrage og informere pårørende (efter aftale med patienten), og vejleder dem i, hvorledes de bedst kan støtte patienten under forløbet, og orientere dem om de relevante støttemuligheder (herunder patient- og pårørende foreninger) og behandlingstilbud • Er særlig opmærksomme på eventuelle børn af patienter med svær depression og tilbyder familiesamtaler og orienterer om relevante støttemuligheder, herunder at behandleren laver en underretning til kommunen om behov <p><i>At almen praksis (eller anden førstebehandler):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er ansvarlig for at undersøge behov for psykosocial støtte til såvel patient som pårørende og igangsætter dette – evt. ved at overdrage ansvaret til anden aktør, herunder patienter og pårørende. <p><i>At kommuner og hospitaler:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Løbende opdaterer praksis.dk med information om tilbud til patienter og pårørende, herunder hvor/hvem der konkret henvises til.
7. Tidlig opsporing og forebyggelse hos risikogrupper	<p><i>At almen praksis:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er særligt opmærksomme på tegn på depression hos patienter i de nævnte risikogrupper¹⁴ og anvender de tre første MDI spørgsmål til afdækning.

¹³ Alle praktiserende læger skal senest ved udgangen af 1. kvartal 2013 begynde at diagnosekode depression og anvende praksissektorens datafangstsystem Sentinel (Overenskomst med almen praksis, april 2011).

	<p><i>At jobcentret:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Efter 8 ugers sygemelding med uforklarlig manglende bedring afholder samtale med anvendelse af systematisk screening (fx SCL-8AD) • Ved mistanke om depression opfordrer borgeren til at gå til praktiserende læge med henblik på diagnosticering • Indenfor 8 uger i samarbejde med borgeren faciliterer kontakt med arbejdsgiver og praktiserende læge med henblik på etablering af hensigtsmæssige vilkår for opgavevaretagelse, arbejdets udførelse og nærmeste reference - i komplicerede sager overvejes muligheden for et fysisk møde • Oplyser borgeren om muligheden for sundhedssamtale i kommunalt regi <p><i>At hjemmeplejen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved ændring i den ældres psykiske tilstand tager kontakt til den praktiserende læge med henblik på drøftelse af behov for yderligere udredning • Er opmærksomme på tegn på depression ved ved besøg hos borgere, herunder også ved de forebyggende hjemmebesøg hos borgere over 75 år
8. Udredning og diagnosticering	<p><i>At almen praksis:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Foretager udredning og diagnosticering af depression ved hjælp af ICD-10 samt ex. Hamiltons ratingskala eller MDI • Foretager differentialdiagnostik samt somatisk udredning med relevante blodprøver, EKG m.v. i henhold til DSAMs vejledning <p><i>At praktiserende psykiater/regionspsykiatri:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbyder almen praksis efteruddannelse i diagnostik af depression • Tilbyder subakut (indenfor 2 uger) diagnostisk afklaring af patienter i almen praksis
9. Let og moderat depression	<p><i>At almen praksis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er tilbageholdende med at støtte sygemelding ved let depression • Har fokus på fysisk aktivitet som behandling af let depression

¹⁴ Patienter med tidligere depression og/eller depression i familien; patienter med angst samt diffuse smerter og symptomer; patienter med kroniske sygdomme som hjertesygdom, apopleksi, smertetilstande, diabetes, KOL, cancer, Parkinsons sygdom og epilepsi; patienter udskrevet indenfor de seneste 6 uger for akut koronar sygdom; kvinder, som er gravide eller har født for nylig; personer, som er tilflyttet fra andre kulturområder; multisyge.

	<ul style="list-style-type: none"> • Overvejer igangsætning af psykologisk behandling (eventuel ved praktiserende psykolog) ved let-moderat depression, og ved manglende effekt efter 3 måneder genovervejer diagnose og behandling • Overvejer medicinsk behandling ved moderat depression med genundersøgelse 2-3 uger efter start herpå. Ved manglende effekt efter 3 måneder genovervejer diagnose og behandling, herunder eventuelt medicinskift • Ved manglende effekt af psykologisk og/eller medicinsk behandling efter 6 måneder kontakter praktiserende psykiater eller regionspsykiatri <p><i>At jobcentret</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indenfor max 8 uger i samarbejde med patienten faciliterer kontakt med arbejdsgiver og praktiserende læge med henblik på arbejdsfastholdelse eller kontakt til arbejdspladsen • Fremsender opdateret opfølgingsplan til patienten, så der er tydelighed omkring, hvor patienten er i forløbet, hvad der skal ske hvornår, og hvem der er involveret • Tilbyder sagsbehandlere efteruddannelse om psykiske lidelser, deres betydning for funktionsevnen, herunder mestring og egenomsorg samt hvilke muligheder, der er for at støtte patienter med psykiske problemstillinger.
<p>10. Svær, svært behandlelig og/eller livstruende depression</p>	<p><i>At behandlere (uanset regi):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har fokus på KRAM-faktorer, da selvforsømmelse er hyppigt hos patienter med svær depression <p><i>At praktiserende psykiater:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Foretager en udvidet psykiatrisk diagnosticering af nye patienter med manglende behandlingsresultat fra almen praksis • Så vidt mulig minimerer polyfarmaci ved at seponere medicin, som ikke medfører respons. Ved start på ny medicin skal det overvejes, om anden medicin kan seponeres • Ved afslutning sikrer klare aftaler for opfølgning, udskriver medicin til der er etableret kontakt med efterfølgende læge og giver besked til kommunal koordinator med henblik på intern kommunikation i kommunen <p><i>At regionspsykiatrien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbyder det relevante pakkeforløb (depressiv enkeltepisode/periodisk depression) og ved manglende behandlingsresultat henviser til en specialiseret afdeling (regionsfunktion/højt specialiseret funktion) • Så vidt mulig minimerer polyfarmaci ved at seponere medicin, som ikke medfører respons. Ved start på ny medicin skal det overvejes, om anden medicin kan seponeres • Ved vedvarende restsymptomer, herunder kognitive deficits, igangsætter en neuropsykiatrisk vurdering med fx neuropsykologisk undersøgelse og scanning med henblik på yderligere diagnostisk udredning og behandling, der inkluderer information og vejledning af patienterne • Ved udskrivelse fra hospital/afslutning af ambulante behandling sikrer klare aftaler for opfølgning, udskriver medicin til der er etableret kontakt med efterfølgende læge og giver besked til kommunal koordinator med henblik på intern kommunikation i kommunen <p><i>At jobcentret eller sagsbehandler</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliterer fastholdelse af kontakt til arbejdspladsen eventuelt gennem en mentor • Indhenter status i forhold til behandling og prognose, herunder for tilbagevenden til ordinær beskæftigelse • Fremsender opdateret opfølgingsplan til patienten, så der er tydelighed omkring, hvor patienten er i forløbet, hvad der skal ske hvornår, og hvem der er involveret • Tilbyder sagsbehandlere efteruddannelse om psykiske lidelser/sygdomme og muligheder for at hjælpe patienter med psykiske problemstillinger
11. Koordination og samarbejde	<p><i>At behandlere¹⁵ (uanset regi):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikrer at epikriser og henvisninger udfyldes fyldestgørende (inkl. hvad der er sagt til patienten, medicinliste, resultat af undersøgelser, langtidsplan for behandling, bidiagnoser, sociale forhold) • Sikrer konkrete aftaler med tid hos næste behandler, inden en patient afsluttes • Sikrer sig indsigt i andre aktørers forhold og arbejdsgange gennem fx deltagelse i undervisning / fælles skolebænk • Sikrer at den praktiserende læge har den relevante viden (herunder ambulatorienotater) <p><i>At praktiserende læge og den/de lokale psykiater(e)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablerer regelmæssig og formaliseret kommunikation, hvor der kan drøftes fælles patienter og generelle psykiatriske problemstillinger samt mulighed for løbende hurtig gensidig korrespondance (det aftales lokalt hvordan; ex telefonisk, videokonferencer eller mødeforaer) <p><i>At praktiserende læge</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er tovholder i forhold til de sundhedsfaglige indsatser
12. Kvalitetsmonitorering	<p><i>At alle aktører:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Foretager systematisk registrering og dataopsamling <p><i>At kvalitetsmonitoreringen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Omfatter patientoplevet kvalitet, faglig kvalitet og organisatorisk kvalitet og økonomiske konsekvenser • I videst mulig omfang baseres på data fra eksisterende datakilder • Indbefatter tværsektorielle audits af kommunikationen i forløbsovergangene • Følger processen for opfølgning på Sundhedsaftalerne i Region Midtjylland
13.	<i>At Klyngestyregruppen:</i>

¹⁵ Behandlere er her fællesbetegnelse for alle fagpersoner, der er i kontakt med patienten og omfatter således også kommunale sagsbehandlere osv.

<p>Implementeringsstrategi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Udarbejder en strategi for implementering af forløbsprogrammet for depression med særligt fokus på sikring af overgange og kommunikation på tværs af sektorgrænser • Løbende sikrer, at implementeringen foregår • Tager initiativ til at igangsætte tværfaglige tværsektorielle kompetenceudviklingsforløb • Har fokus på god kommunikation over sektorgrænser samt udvikling og afprøvning af samarbejdsmodeller <p><i>At de lokale samarbejdsråd:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Udarbejder konkrete planer for, hvordan anbefalingerne i forløbsprogrammet implementeres lokalt • Udarbejder plan for, hvordan kommunikationen ved sektorovergange sikres lokalt
--------------------------------	---