

## **Forbedring af evidensbaseret behandling = ændring af evidens?**

Almindelige psykiske lidelser som angst, depression, spiseforstyrrelser mv. har stor udbredelse. I Danmark og andre europæiske lande vurderes antallet af personer, som opfylder de diagnostiske kriterier for disse (ikke-psykotiske) lidelser, at være over 20 % af befolkningen og et stigende antal borgere søger professionel hjælp hos det offentlige for deres psykiske problemer.

Effekten af psykoterapi er blevet undersøgt gennem årtier og et stort antal undersøgelser bekræfter, at psykoterapeutisk behandling er forbundet med en markant reduktion i symptomer hos de personer som bliver behandlet. Måden man får viden om effekt af behandling i sundhedsvæsenet og psykiatrien er via forsøg. Brug af viden fra behandlingsforsøg eller anden måling kalder man evidens. Det højeste niveau af evidens i psykiatrien såvel som i somatikken er bestemt til at komme fra randomiserede kontrollerede forsøg som måler graden af bedring hos en testgruppe af patienter før og efter behandling set i forhold til en kontrolgruppe.

### ***Patienter vender tilbage***

Uagtet at psykoterapi medvirker til signifikant symptom lettelse, er det et faktum at mere end 70 % af alle henvendelser vedrørende ikke-psykotiske lidelser til det psykiatriske sundhedsvæsen i Danmark er genhenvendelser fra tidligere patienter. Dette bør undre enhver forsker som arbejder med evidens og bør undre enhver borger, der mener, at det offentlige sundhedsvæsen skal tilbyde behandling som er virksom – at man som borger så at sige ikke skal vende tilbage til hospitalet med uforrettet sag. Det er det som er grundtanken i evidensbaseret behandling.

## Evidens for hvem og af hvad?

Men hvordan skal behandlingen evidensbaseres og ud fra hvem's ønsker og behov? Der er tre parter involveret i en behandling – patienten, behandleren og betaleren. De tre parter har ikke samme behandlingsønske og dermed heller ikke samme evidensønske.

- Patienten, som før symptomidelsen var almindelig borger, ønsker at kunne fungere socialt og funktionelt i dagligdagen, passe sit arbejde og bevare sin selvstændighed. Enkelte symptomer med fx angst er til at leve med for personen, blot dagligdagen fungerer.
- Behandleren, som er ansat i sundhedsvæsnets, ønsker at fokusere på patientens symptomer og tager en række teknikker i brug – ”mindfulness”, ”kognitiv adfærdsterapi”, ”åndedrætsøvelser” - med hvis hjælp patientens symptomer kan mindskes. Sundhedsvæsnets og behandlerens valg af behandling og teknik guides af evidensmålinger – dvs. hvilken teknik har dokumenteret højeste symptomlættelse for diagnose x og y. Antagelsen er, at patienten efter den tilførte symptomlættelse bliver rask og kommer til at fungere igen med arbejde mv. – patienten udskrives altså af sundhedsvæsnets og bliver almindelig borger igen.
- Betaleren, som i vores tilfælde er staten, ønsker at give mest og bedst mulig behandling for de færrest mulige resurser. Behandling som er virkningsløs eller hvor udbyttet (benefits) slet ikke står mål med omkostningerne (costs), vil staten gerne undgå. Det kaldes cost/benefit analyse.

## Denne afhandling anvender data fra Danmarks statistik som evidens

Denne afhandling tager udgangspunkt i statens interesser ved at undersøge om psykiatriens måde at give evidensbaseret behandling på, også giver et hensigtsmæssigt resultat – at gøre folk raske, funktionsduelige og uafhængige af sundhedsvæsnets. Afhandlingen undersøger i hvilken

grad psykoterapi reducerer behovet for ekstraordinære sundhedsydelse og hvilken grad psykoterapi forbedrer den arbejdsmæssige duelighed for patienter. Alle data er indsamlet fra registre hos Danmarks Statistik og Sundhedsstyrelsen. Afhandlingen omfatter to studier af over 700 patienter tilbudt og afsluttet behandling i Region Hovedstadens Psykiatri (PC Stolpegaard) i perioden fra 1. januar 2004 til 31. december 2005, hvor hver patient blev matchet til en gruppe på 20 kontrolpersoner udvalgt af Danmarks Statistik - i alt 15.220 kontrolpersoner i studie 1 og 14.940 kontrolpersoner i studie 2.

### ***Studie 1: Forbrug af sundhedsydelser forøges***

I studie 1 indhentede vi registerdata for alle patienter og kontrolgruppen på forbrug af fire somatiske og fire psykiatriske sundhedsydelser i perioden fra 2000 til 2009:

- Ambulante besøg på somatisk hospital hhv. psykiatrisk hospital
- Sengedage på somatisk hospital hhv. psykiatrisk hospital
- Besøg hos den praktiserende læge hhv. psykiater/psykolog
- Antal døgndoser af somatisk medicin hhv. psykofarmakologisk medicin

For hver patient blev forbruget af sundhedsydelser optalt årligt i fire år før udredningssamtalen (dato for samtalen) og årligt i fire år efter afsluttet behandling (dato for udskrivning).

Resultaterne viste: Ud af 761 patienter, udeblev 216 patienter, mens 545 patienter fuldførte behandlingen. Patienter som fuldførte behandlingen øgede deres forbrug af sundhedsydelser med 296 % fra fire år forud for behandling til fire år efter behandling, mens kontrolgruppen kun øgede deres forbrug med 99 %. Statistisk analyse viste, at patienter, som fuldførte behandlingen havde signifikant større stigning i kontakter til psykiatriske hospitaler, kontakter til psykiater/psykologer, forbrug af psykofarmakologisk medicin, og kontakter til praktiserende

læge end kontrolgruppen. Vi konkluderede at over en lang periode (8 år) udviste patienter i psykoterapeutisk behandling en tre gange højere stigning i forbrug af sundhedsydelse sammenlignet med kontrolgruppen og patienterne havde et signifikant højere forbrug af sundhedsydelse end kontrolgruppen på fem ud af otte sundhedsydelser i det fjerde år efter endt behandling. Denne evidensinformation omkring markant forøget forbrug af sundhedsydelser hos patienter efter endt behandling fremgår ikke af de mange tusinde symptomundersøgelser som dokumenterer psykoterapis positive indvirkning på patienters symptomer.

### ***Studie 2: Antal dage med sygemelding og førtidspension forøges***

I studie 2 indhentede vi registerdata på arbejdsuelighed for hver patient og de matchede kontrolpersoner i perioden 1. januar 2002 til 31. december 2007. Data var:

- antal sygedage
- antal arbejdsløshedsdage
- antal dage med førtidspension

For patienterne og deres kontrolpersoner dækkede registerdata en femårig periode: to år før behandling, år nul (behandlingsåret), og to år efter behandling.

Resultaterne viste: Ud af 747 patienter udeblev 216 patienter, mens 531 fuldførte behandling (samme patienter som i studie 1 fraset 14 patienter uden data). De patienter, der fuldførte behandlingen havde i gennemsnit 15,7 årlige sygedage to år forud for behandling og 23,1 årlige sygedage to år efter behandling, mens kontrolgruppen havde henholdsvis 5,4 og 7,5 sygedage for de samme to perioder. I antal dage med førtidspension havde de patienter, der fuldførte behandling i gennemsnit 7,6 dage to år før behandling og 14,9 dage to år efter behandling, mens kontrolgruppen havde henholdsvis 7,8 og 11,0 dage. I antal med arbejdsløshed havde de

patienter der fuldførte behandlingen 13,9 dage to år før behandling og 10,1 dage to år efter behandling, mens kontrolgruppen havde henholdsvis 9,0 og 8,3 dage. Statistisk analyse viste, at patienter der fuldførte behandling havde signifikant større stigning i antal sygedage og dage med førtidspension sammenlignet med kontrolgruppen, mens forskellen i antal dage med arbejdsløsheden var insignifikant. Vi konkluderede, at på lang sigt udviste patienter efter endt psykoterapeutisk behandling et forøget antal sygedage og et forøget antal dage med førtidspension. Denne evidensinformation omkring et forøget antal dage med sygemelding og et forøget antal dage med førtidspension hos patienter efter endt behandling fremgår ligeledes heller ikke af de mange tusinde symptomundersøgelser som dokumenterer psykoterapis positive indvirkning på patienters symptomer.

## **Sammenfatning og perspektivering**

Den gyldne standard for evidens i psykoterapi og behandling i sundhedsvæsenet har i mange år været randomiserede kontrollerede forsøg der måler grad af symptomlættelse hos patienter før og efter behandling sammenlignet med en kontrolgruppe. Med stigende offentlige udgifter til sundhedsvæsenet er der kommet fokus på økonomien og balancen mellem omkostninger og samfundsmæssige resultater af behandlinger. Baggrundstal fra Danmarks Statistik viser, at antallet af personer, der behandles for ikke-psykotiske lidelser er steget med 44 % fra 2000 til 2009 og i samme periode er de samlede udgifter til sundhed i Danmark steget med 74 %.

Afhandlingens første studie viste, at over en længere periode på cirka otte år steg forbruget af sundhedsydelser drastisk med 296 % for patienter som fuldførte behandlingen. Afhandlingens andet studie viste, at over en længere periode på 5 år steg antallet af sygedage fra 15,7 til 23,1 dage og antallet af dage med førtidspension steg fra 7,6 til 14,9 dage for de samme patienter som fuldførte behandling. De to studier viser således, at behandling af patienter med almindelige

psykiske lidelser ikke giver den, for staten, ønskelige effekt med et nedsat forbrug af sundhedsydelser og forøget arbejdsduelighed.

For at udvikle og sikre en effektiv behandling og en optimal udnyttelse af begrænsede resurser foreslår afhandlingen at andre mål end blot symptom mål inkluderes og anvendes som evidens i evidensbaseret behandling i det psykiatriske sundhedsvæsen. Men måske skal løsningen for det stigende antal borgere der henvender sig i sundhedsvæsnet med angst, depression, spiseforstyrrelser mv. slet ikke findes i psykiatrien, men ude i samfundet. Som en mand med indsigt i psykologi har skrevet:

*At være eller føle sig inkluderet i fællesskabet giver symptomlettelse og helse, men at få eller føle symptomlettelse giver ikke et fællesskab.*

---

Afhandlingen er forsvaret på Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Region Hovedstadens

Psykiatri d.01.06.2012.