



# Skizofreni

Beskrivelse af case til Det Ethiske Råds udtalelse om retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen. Se mere på [www.etiskraad.dk/prioritering](http://www.etiskraad.dk/prioritering)

## Indhold

<b>Kort om skizofreni .....</b>	<b>2</b>
Hyppighed, fordeling og udvikling .....	2
Konsekvenser for individet .....	2
Samfundskonsekvenser .....	3
<b>Hvordan prioriteres skizofreni i Danmark? .....</b>	<b>3</b>
Aktuel prioritering .....	3
Nye initiativer .....	4
Yderligere forbedringsmuligheder .....	5

Det Ethiske Råd, 2018



## Kort om skizofreni<sup>1</sup>

### *Hyppighed, fordeling og udvikling*

Livstidsrisikoen for at få skizofreni er ca. 1,5 % (kvinder) til 2 % (mænd) svarende til, at 43.000 nulevende danskere er eller har været i behandling. Der registreres årligt ca. 2.200 nye tilfælde (18-35 år).<sup>2</sup> Ca. 15.000 danskere er aktuelt i behandling, heraf ca. 4.800 indlagte og de øvrige hos praktiserende læge eller speciallæger. Skizofreni står for 0,7 % af det samlede danske tab af sygdomsjusterede leveår (tabte DALYs).

Hyppigheden af skizofreni skønnes ikke at være voksende. Tilstanden er signifikant hyppigst blandt kortuddannede og mænd.<sup>3</sup>

### *Konsekvenser for individet<sup>4</sup>*

Skizofreni debuterer oftest i begyndelsen af 20'erne. Sygdommen kan forløbe meget forskelligt, i nogle tilfælde kan man komme sig fuldstændigt, og i andre tilfælde er skizofrenien en kronisk lidelse med vedvarende eller tilbagevendende psykose. Mennesker med skizofreni kan være præget af gennemgribende forstyrrelser af såvel tænkning som funktionsevne, der kan være ledsaget af psykoser med tab af realitetssans med vrangforestillinger samt hallucinationer. Ofte har vrangforestillingerne forfølgelsesindhold, og hallucinationerne optræder hos de fleste i form af stemmer, som høres inde i hovedet. I nogle tilfælde kan talen være ulogisk og til tider usammenhængende på grund af tankeforstyrrelser. Hos nogle ses såkaldte negative symptomer, fx passivitet, initiativløshed, samt tendens til at isolere sig og synke ind i sig selv.

Langvarig psykisk sygdom (generelt) medfører gennemsnitligt det største tab af livskvalitet af alle hyppige kroniske sygdomme med en QALY-score på 0,72 svarende til 14 % nedsat livskvalitet.<sup>5</sup> Det bringer den *gennemsnitlige* langvarigt psykisk syges livskvalitet på niveau med fx ubehandlet lungekræft. Ifølge WHO udgør akut skizofreni - dvs. det psykotiske "udbrud", der i nogle tilfælde kan opstå pludseligt - den mest helbredsforringende tilstand *af alle de opgjorte sygdomme*.<sup>6</sup>

---

1 Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. Sundhedsministeriet 2013

Samt: Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015, Sundhedsstyrelsen 2016. Teksten er desuden blevet kommenteret af Merete Nordentoft, professor, Region Hovedstadens Psykiatri samt af ledende overlæge Kirsten Gøtzsche-Larsen og kvalitets- og udviklingsleder Dorte Mark, Distriktpsikiatrien i Viborg.

2 Merete Nordentoft, Region Hovedstadens psykiatri. Baseret på udtræk fra Den Nationale Skizofrenidatabase

3 I mange sammenhænge anses kort uddannelse som en årsag til mere usund sundhedsadfærd, men for skizofreni skønnes sygdommen snarere at være årsag til udfordringer med at gennemføre uddannelse. Se: Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015, s. 222

4 Teksten gengiver beskrivelsen af skizofreni i:

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. Sundhedsministeriet 2013. Redigeret pba. kommentarer jf. note 1

5 QALY-tal indsamlet af Michael Falk Hvidberg, personlig kommunikation, Lars Ehlers

6 DALY beskriver alene tabt sundhed/levetid, dvs. er modsat QALYs ikke et direkte mål for livskvalitet. Da skizofreni sjældent fører til dødsfald, skyldes tabet af DALYs (disability adjusted life

Skizofreni er kun sjældent registreret som årsag til dødsfald, men øger markant risikoen for selvmord og forskellige somatiske sygdomme herunder især hjertekarsygdomme pga. usund levevis, medicinvirkning og dårligere kontakt med og behandling i det somatiske sundhedsvæsen. Mange patienter med skizofreni oplever problemer med at opretholde social kontakt og at gennemføre job eller uddannelse, og mange har et overforbrug af rusmidler.

### *Samfundskonsekvenser*

Sygdommen er blandt de mest omkostningstunge i det danske sundhedsvæsen pga. kombinationen af alvorlighed og tidlig debut. Sygdommen er årsag til ca. 284.000 ambulante hospitalsbesøg, svarende til 30 % af ambulante besøg, og til ca. 20 % af de psykiatriske skadestuebesøg. Skizofreni er desuden årsag til et merforbrug af alment praktiserende læger og psykolog og psykiater i primærsektoren; merforbruget alene udgør 0,7 % (almen praksis) hhv. 2,6 % (psykolog/psykiater) af alle besøg. Skizofreni er årsag til 5,7 % af nytillkendegivelser af førtidspension, heraf 75 % til personer under 45 år; disse tal er dog fra før reformen på førtidspensionsområdet og kan ikke anses som repræsentative for den aktuelle situation.

Af den samlede årlige udgift for behandling og pleje på ca. 2,6 mia. kr. skyldes 60 % indlæggelser (= andenhøjeste udgift til indlæggelser), ambulante besøg 19 % og medicin 14 % (=tredjehøjeste udgiftspost på medicintilskud). Dette tal kan dog være lavere i dag pga. udløb af en række patenter. Produktionstab pga. skizofreni er opgjort til 5,6 mia. kr. og skyldes helt overvejende tildeling af førtidspension, mens sygedage kun andrager godt 300 mio. kr.

## **Hvordan prioriteres skizofreni i Danmark?**

### *Aktuel prioritering*

Der er ikke fundet nyere officielle systematiske gennemgange af, hvor højt det danske samfund rent økonomisk prioriterer at løfte skizofrenipatienters helbredsrelaterede velfærd eller hvilke omkostningseffektive muligheder, der findes herfor. De seneste officielle tal findes i Sundhedsstyrelsens referenceprogram for skizofreni fra 2007.<sup>7</sup> Her konkluderes det, at der ikke på dette tidspunkt findes et tilstrækkeligt fagligt grundlag til at drage klare konklusioner.

---

years) helt overvejende tab af sundhed. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, dec. 2012. Om DALY-fordeling i DK: se Sygdomsbyrden i Danmark. Sundhedsstyrelsen 2015, s. 377.

7 Sst.dk. Referenceprogrammerne er nu afløst af kliniske retningslinjer, som dog ikke rummer sundhedsøkonomiske vurderinger. Også de medicinske teknologivurderinger, som rummede sundhedsøkonomiske vurderinger, er ophørt.

I det følgende gennemgås hovedsagelig oplysninger vedrørende den generelle prioritering af psykiatrien. Neden for omtales dog sundhedsøkonomiske studier af specifikke indsatser med udgangspunkt i de anbefalinger af dokumenteret virksomme behandlinger, der indgår i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer.

Der synes at være bred politisk enighed om, at det psykiatriske område generelt er underprioriteret i forhold til det somatiske område. De senere år er der tilført betydelige ekstra midler til psykiatrien med fokus på bl.a. forebyggelse, børn/unge, bedre kapacitet og kompetencer, nedbringelse af tvang og indførelse af den samme behandlings- og udredningsret samt frit sygehusvalg som på det somatiske område.<sup>8</sup> Siden 2015 har patienter haft ret til udredning inden for 30 dage.

Samtidig er antallet af patienter i psykiatrien generelt dog vokset (2009-16) med 29 % (voksenpsykiatrien) og 63 % (børn-ungepsykiatrien) og genindlæggelsesraten er steget, på børneungeområdet fra 12 til 24 %. I perioden er prisen per patient faldet med 11 % (voksenpsykiatri) og 26 % (børne-ungepsykiatri).<sup>9</sup>

En undersøgelse foretaget af Lægeforeningen i 2018 peger på, at patienter med alvorlig psykisk sygdom ud fra flere vigtige kriterier får utilstrækkelig behandling.<sup>10</sup> Fx bliver patienter, der ikke er færdigbehandledede, ofte udskrevet, og patienter med behov for indlæggelse afvises. Der er desuden problemer med rekruttering af personale.

En dansk undersøgelse tegner som nævnt et billede af, at langvarig psykisk sygdom (> 6 mdr.) er blandt de mest livsforringende sygdomskategorier blandt kroniske sygdomme, hvor der samtidig bruges færrest penge relativt til den tabte livskvalitet (kroner brugt ift. sygdomsbetinget tab af QALY).<sup>11</sup> Udregningen indregner alene udgifter i sundhedsvæsenet og ikke fx udgifter knyttet til produktionstab, der i skizofreni tilfælde udgør langt den største del.

### *Nye initiativer*

Sundhedsstyrelsen udsendte i marts 2018 første del af en længe ventet styringsgennemgang, der rummer omkostningsneutrale anbefalinger til at "understøtte en effektiv behandling af høj, ensartet kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser"<sup>12</sup> og dermed bl.a. bidrage til en ligestilling af psykiatrien med somatikken.<sup>13</sup> Om rapportens anbefalinger vil fremme

---

8 Taskforce for psykiatriområdet. Sundhedsstyrelsen.

9 Psykiatrien under pres. CEVEA.

10 Psykiatrien har det bedre, men er langt fra "udskrivningsklar". Ugeskriftet.dk 2018.

11 QALY-tal indsamlet af Michael Falk Hvidberg, Personlig kommunikation, Lars Ehlers, Aalborg Universitet.

12 Styringsgennemgang af psykiatrien, Delafrapportering I. Sundheds – og Ældreministeriet 2018.

13 Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen 2018.

behandlingen af patienter med skizofreni er uklart, da det afhænger af den konkrete implementering.<sup>14</sup>

### *Yderligere forbedringsmuligheder*

Flere har peget på, at en reel ligestilling af psykiatrien med somatikken kræver omfattende investeringer, begrænsning af administrative opgaver, bedre samarbejde med kommunerne, mm.<sup>15</sup> Flere peger desuden på, at forbedringer på nogle områder har kostet på fx sengepladser og dermed kapaciteten ift. svært psykotiske patienter med fx skizofreni.<sup>16</sup> Mange sengepladser optages desuden pga. et voksende antal retspsykiatriske patienter, som ikke kan udskrives, uanset at mere trængende patienter må afvises.

Professor i psykiatri og medforfatter på den nationale kliniske retningslinje om patienter med skizofreni Merete Nordentoft peger overordnet på følgende behov:<sup>17</sup>

#### *De mest syge:*

- 1) Tilstrækkelig sengekapacitet, så de ikke udskrives i for dårligt behandlet tilstand. Behovet kan i nogen grad dækkes af andre tiltag
- 2) Bedre personaledekning, lægedækning og uddannelse og tilbud på bosteder
- 3) Intensive ambulante opfølgningstilbud (inklusive decideret hjemmebehandling)

#### *Hele gruppen af patienter med skizofreni:*

- 1) Fuld ibrugtagning af alle de evidensbaserede tiltag vi kender til - oplæring, og opnormering for at sikre tilstrækkeligt stort og kompetent volumen af uddannet personale der har tid til at gøre deres arbejde godt
- 2) Fokus på bedst mulig og mindst bivirkningstung behandling af psykiske og fysiske lidelser hos patienterne
- 3) Fokus på misbrug - meget vigtigt

Når psykiatriske patienter åbenlyst ikke får den behandling, somatiske patienter kan forvente, er der tale om uretfærdig forskelsbehandling. Samtidig ser det ud til, jf. oven for, at samfundet bruger relativt få penge på behandling af kronisk psykisk syge. Spørgsmålet er dog, om dette kan forklares med, at der ikke findes forbedringsmuligheder, der skønnes at ville forbedre patienternes sundhedstilstand på en *omkostningseffektiv* måde.

Det Ethiske Råd er ikke bekendt med en systematisk vurdering af omkostningsnyttens af forskellige indsatser og herunder uudnyttede muligheder i

---

14 Psykiatrien ved Viborg Sygehus, pers.kom.

15 Psykiatrien har det bedre, men er langt fra "udskrivningsklar". Ugeskriftet.dk 2018.

16 Knud Christensen, patientforeningen SIND, pers.kom.

Overlæge: Og imens går psykiatrien til bunds. Altinget.dk. 2017

17 Merete Nordentoft, Region Hovedstadens Psykiatri, pers.kom.

Danmark. Givet alvorligheden af patienternes situation kan man dog antage, at selv små eller usikre effekter vil holde sig inden for den betalingsvilje, der gælder i det øvrige sundhedsvæsen.

Flere af de anbefalinger om behandling af patienter med skizofreni, hvis effekt er dokumenteret og anbefalet i den kliniske retningslinje fra Sundhedsstyrelsen (maj 2015), følges imidlertid ikke. To af disse er stærkt anbefalet, men ikke systematisk implementerede:<sup>18</sup> Familieintervention (undervisning af familien i, hvordan de støtter patienten), som halverer risikoen for tilbagefald sammenlignet med standardbehandling; og assertiv behandling, dvs. opsøgende psykoseteams, der skal sikre hyppig kontakt gennem hjemmebesøg.<sup>19</sup>

Det såkaldte OPUS-program består af et toårigt intensivt behandlingsforløb for unge, debuterende patienter med skizofreni, som bl.a. indebærer fast behandler, tværfaglige opsøgende psykoseteams, hyppig kontakt og lav-dosis medicinsk behandling. En sundhedsøkonomisk undersøgelse viser en vis lille forbedring til en lidt lavere pris end standardbehandling til trods for en ansat/patientratio på 1:10 versus 1:20-30 i standardbehandling. Fremgangen synes dog at klinge af efter programmets ophør, så der tre år efter programmets ophør ikke kan spores en forskel i funktionsevne.<sup>20</sup>

Selvom programmet er omkostningseffektivt, kræver det en indledende investering og omstrukturering, og besparelserne kan derfor først høstes på længere sigt afhængig af muligheden for sideløbende fx at nedlægge sengepladser. Undersøgelser tyder på, at også en mere omhyggelig ambulante opfølgning efter endt OPUS-forløb, især af de sygeste patienter, er billig eller sågar omkostningsneutral på længere sigt. Selvom både OPUS-program og opfølgende forløb er meget billige og rettet imod en meget syg gruppe, er det langt fra hele patientgruppen, der i dag behandles, for OPUS-programmets vedkommende ca. 60-65 %, og mange steder forsøger man at øge antallet af patienter per behandler.<sup>21</sup>

Det Ethiske Råd har desuden spurgt personalet ved regionspsykiatrien i Viborg om deres forbedringsforslag ift. patientgruppen med skizofreni. De har bl.a. følgende forslag:

- Efter personalets vurdering er der behov for bedre kapacitet ift. døgnbehandling af patienter med skizofreni. Akutte patienter med behov for permanent tilsyn afvises, og patienter, der ikke er færdigbehandlede, afvises

---

18 Merete Nordentoft, Region Hovedstadens Psykiatri, pers. kom.

19 National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb. Sundhedsstyrelsen 2015.

20 Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). Lene Halling Hastrup, Christian Kronborg, Mette Bertelsen og Pia Jeppesen. The British Journal of Psychiatry. 2. januar 2018.

21 Beregning foretaget af Merete Nordentoft, Region Hovedstadens Psykiatri. Beregningen bygger på ovennævnte tal for incidens, en case load på 1:12 og et skøn af, at ca. 230 er ansat i Opus. Det er usandsynligt, at de alle arbejder fuld tid på OPUS, hvorved dækningen vil være endnu lavere

pga. mangel på sengepladser. Døgndækning kan også være nødvendigt af hensyn til at lette trykket på pårørende. Personalet vurderer dog, at egentlig indlæggelse i nogle tilfælde vil være u hensigtsmæssigt, da det gør det sværere for patienterne at vende tilbage til deres liv efter endt behandlingsforløb, der også er dyrere end nødvendigt. Dette understøttes af flere undersøgelser, herunder en evidensgennemgang foretaget i 2014.<sup>22</sup> Personalet foreslår i stedet flere ambulante sengepladser og døgndækket hjemmebehandling. Ifølge den nævnte undersøgelse koster døgndækket hjemmebehandling 10-20.000 kr. om måneden per patient (UK). Et fuldt OPUS-forløb på to år koster 60.000 kr. svarende til ca. 15 dages indlæggelse. Personalet skønner, at man kan opnå tilsvarende resultater med lavere personalenormering end i OPUS

- Flere psykologer. Psykologerne repræsenterer en psykoterapeutisk og tværfaglig tilgang, der er god erfaring med
- Mere uddannelse – holdningen i personalet er, at et bedre uddannet/erfarent personale er endnu vigtigere end højere normering ift. at kunne fremme behandlingskvaliteten. Også de pårørende bør uddannes bedre
- Bedre mulighed for at følge skizofrene patienter ambulant gennem mange år i samarbejde med kommunerne for at hjælpe patienterne før de bliver meget dårlige og har behov for langvarige indlæggelser. Personalet skønner, at dette foruden at være meget bedre for patienter på sigt desuden vil være udgiftsneutralt

---

22 Se: Døgndækkende psykiatrisk hjemmebehandling – et alternativ til akut indlæggelse? Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, CFK. Region Midtjylland.