

# De praktiserende læger og behandlingen af mennesker med angst og depression

Lægepraksis er – endnu – ikke rustet til den store udfordring. Nye undersøgelser kortlægger, hvad der skal til.



Seniorprojektleder  
Jakob Hansen,  
Dansk Sundhedsinstitut  
E-mail: jah@dsi.dk



Projektleder  
Katrine Schepelern  
Johansen,  
Dansk Sundhedsinstitut

INTERESSEKONFLIKTER:  
ingen

**N**etop nu går omkring 500.000 mennesker rundt med enten angst eller depression – eller begge dele – og det anslås, at omkostningerne som følge heraf løber op i 20 mia. kroner om året [1]

Vi har kortlagt behandlingen af denne patientgruppe, og den peger på et stort behov for en styrket og koordineret indsats for disse patienter.<sup>1</sup> Der er i dag en skov af nye tiltag og initiativer for personer med angst og depression. Kommunale tiltag med fokus på arbejdsmarkedet. Psykologordning med udvidet støtte. Udgående team og nye klinikker fra den specialiserede psykiatri. Hvis vi ser bort fra de få, der lider af svære depressioner, og hvor psykiatrisk specialbehandling er nødvendig, ligger behandlingsansvaret for disse mennesker i dag hos de praktiserende læger. Der er dog en manglende integration mellem behandlingen i almen praksis og de mange nye tiltag.

Hvis vi kigger på almen praksis, identificerer kortlægningen en række forhold, der kan stille sig hindrende i vejen for deres behandling af patienter med angst og depression.

– *Mangel på kompetencer og interesse:* DSAM har udgivet vejledninger for både unipolar depression og for angsttilstande [2, 3]. I begge vejledninger står kognitivt baseret samtaleterapi centralt i behandlingen. I tilfælde af moderat depression kan den kombineres med medicinsk behandling og interpersonel terapi. Men denne behandlingsform er det langt fra alle praktiserende læger, der har kompetencerne til. For at tilbyde samtaleterapi skal lægerne have taget en specifik efteruddannelse, og de skal løbende deltage i relevant supervision. Der findes ingen samlede opgørelser over, hvor mange læger der praktiserer samtaleterapi, men en undersøgelse fra 2002 fra det daværende Århus Amt viser, at ud af 320 læger havde 2/3 deltaget i korte kurser, mens 2/5 havde deltaget i længerevarende kurser i kommunikation og samtaleterapi. Under halvdelen var eller havde været del af en supervisionsgruppe [4]. Vi står dermed i den situation, at det formentlig er under halvdelen af landets praktiserende læger, der kan administrere

den behandling, vejledningerne anbefaler, og som de praktiserende læger har ansvaret for.

– *Honorarstruktur:* Selv når de praktiserende læger har kompetencerne, kan honorarstrukturen skabe barrierer for den anbefalede behandling. At gennemføre samtaleterapi med en patient tager væsentligt længere tid end en normal konsultation, og de praktiserende læger kan ifølge den nuværende overenskomst derfor få et særligt honorar for samtaleterapi. Men der er en række krav: For det første må der maksimalt ydes syv samtalekonsultationer pr. patient pr. år. For det andet skal samtaleterapien bestå af forløb på minimum to konsultationer pr. halve år. For det tredje skal lægen deltage i relevant supervision knyttet til den anvendte samtaleteknik. Endelig – for det fjerde – skal samtaleterapien foretages af en læge [5].

Disse fire kriterier kan alle udgøre barrierer for at udføre samtaleterapi i almen praksis: For det første kan et samtaleforløb ikke nødvendigvis afgrænses til syv samtaler. Da der ikke ydes »særskilt honorering for deltagelse i supervisionsmøder«, kan kravet om supervision også udgøre en økonomisk barriere [6]. Og reglen om, at det kun er læger, der må foretage samtaleterapi, forhindrer sygeplejersker med erfaring inden for psykiatri i at gennemføre sessionerne – som de gjorde før den seneste overenskomst.

– *Organisering af arbejdstid:* Når det kommer til den del af patientgruppen, som har behov for en samlet, tværfaglig indsats, bliver de praktiserende lægers arbejdsorganisering en særlig udfordring. De praktiserende læger driver en selvstændig praksis, hvor der er fokus på at pakke dagen med direkte patientkonsultationer, som honoreringen baseres på. Det giver en arbejdsdag med mange patientkontakter – en yderst effektiv organisering i forhold til den daglige drift hos lægerne, men mindre hensigtsmæssig, når det drejer sig om andre aktiviteter, der kræver koordinering med andre aktører, sparring og tværfagligt samarbejde.

Kaster vi dernæst et blik på almen praksis' nærmeste samarbejdspartnere i behandlingen af patienter

## KRONIK

Vi modtager meget gerne kronikforslag. Send din kronik som vedhæftet fil til [ufl-debat@dadl.dk](mailto:ufl-debat@dadl.dk)

Kronikken må fylde 7.800 tegn (optalt med mellemrum). Eventuelle spørgsmål kan rettes til Elizabeth Gatzwiller på 35 44 83 26 eller [ega@dadl.dk](mailto:ega@dadl.dk)

med angst og depression, finder vi en række problemer. Hvis de praktiserende læger har brug for specialister til sparring, vurdering eller en mere intensiv behandlingsindsats, er deres henvisnings- og sparringsmuligheder ofte meget dårlige. Der er alt for få privatpraktiserende psykiatere, hvilket giver lange ventetider på et område, hvor akut indsats kan være alfa og omega. Den regionale behandlingspsykiatri er typisk overbebyrdet med de svære psykiatriske patienter og har desuden ikke spidskompetencerne i forhold til de lette og moderate ikkepsykotiske tilstande. Psykologerne koster penge, og nogle patienter har derfor ikke råd til at modtage behandlingen – selv med de nye støttemuligheder kan betalingen være en økonomisk udfordring for patienterne.

#### KOMMUNERNES ROLLE

Kommunerne har formelt set ingen rolle at spille i behandlingen af disse patienter. Men nu hvor kommunerne har fået det fulde ansvar for arbejdsmarkedsindsatsen for personer på dagpenge eller sygedagpenge, har de fået et større fokus på borgere, som lider af angst og depression. Selvom kommunernes indsats bevidst fokuserer på funktionsniveau og ikke diagnoser, minder mange af de konkrete tilbud, som kommunerne iværksætter, om den behandling, som vejledningen anbefaler til patienter med angst og depression. Alligevel er disse tilbud ikke koordineret med behandlingssystemet, og der er ingen formelle henvisningsmuligheder mellem de to parter og ikke nødvendigvis et konkret samarbejde omkring den enkelte patient/borger.

**” Vi står dermed i den situation, at det formentlig er under halvdelen af landets praktiserende læger, der kan administrere den behandling, vejledningen anbefaler, og som de praktiserende læger har ansvaret for.**

I visionspapirer fra regionerne og fra ledende aktører på behandlingsområdet for angst og depression lyder anbefalingen, at der implementeres en samarbejdsmodel for behandling af personer med angst og depression, der går under betegnelsen *collaborative care* – se f.eks. [7, 8]. Modellen går ud på for det første at styrke almen praksis' kompetencer, sparrings- og henvisningsmuligheder gennem tilknytning af speciallæger i psykiatri, og for det andet at styrke almen praksis' egne behandlingsmuligheder gennem tilknytningen af specialuddannede *care managers* med sygeplejefaglig ekspertise i den pågældende patientgruppe. Der er evidens for, at *collaborative care* kan forbedre behandlingen af patienterne. Modellen angriber også nogle af de vigtigste udfordringer i form af kompetenceproblemerne hos de praktiserende læger

og nogle af kapacitetsproblemerne i de specialiserede behandlingstilbud.

#### RESURSER TIL SAMARBEJDE

Skal *collaborative care* implementeres, vil det forudsætte, at de praktiserende læger afsætter resurser til samarbejde og udvikling. Samtidig er det en forudsætning, at behandlingspsykiatrien styrkes, så den kan påtage sig sparrings- og supervisionsopgaverne over for landets praktiserende læger. Endelig skal en ny faggruppe ind i almen praksis: *care managers*. Det vil kræve ændringer i organiseringen af arbejdet i almen praksis. Det er nok værd at undersøge, hvordan disse forhold bedst adresseres i praksis.

**Alle initiativer, som har til formål at forbedre indsatsen over for patienter med angst og let til moderat depression, må tage udgangspunkt i almen praksis. Det er stort set alle aktører på feltet enige om. Indtil videre er de fleste tiltag og projekter dog kommet fra andre aktører – f.eks. kommunerne og psykiatrien. Vi vil derfor slutte med følgende åbne spørgsmål: Hvordan, synes man i almen praksis, kan de identificerede barrierer overkommes med henblik på at sikre en ensartet høj kvalitet i behandlingen af patienter med angst og depression?**

#### LITTERATUR

1. Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Psykiatere og Børne- og ungdomspsykiateres Organisation, Danske Regioner og Dansk Psykolog Forening. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Debatoplæg. København: Danske Regioner, 2009.
2. Klinisk vejledning for almen praksis. Unipolar depression – diagnostik og behandling. København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 2010.
3. Klinisk vejledning for almen praksis. Angsttilstande – diagnostik og behandling. København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 2010.
4. Nielsen JM, Vedsted P, Olsen F. Alment praktiserende lægers efteruddannelse inden for kommunikation og samtalerapi. Ugeskr Læger 2002;164:894-9.
5. Vejledning i anvendelsen af overenskomstens ydelser. København: Praktiserende Lægers Organisation, 2011.
6. Overenskomst om almen praksis. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation, 2011.
7. En psykiatri i verdensklasse. På vej dertil. København: Danske Regioner, 2009.
8. Eplow LF, Lundsteen M, Birket-Smith M. Shared care for ikke-psykotiske sygdomme. Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse. København: Danske Regioner, 2009.

#### NOTE

- 1) I 2011 foretog DSI en kortlægning af behandlingen af mennesker med angst og let til moderat depression. Kortlægningen kan fra midten af januar 2012 findes på DSI's hjemmeside [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk). Kortlægningen er en del af DSI's projekt »Shared care i angst og depressionsbehandling« og er økonomisk støttet af Trykforbundet og Den kommunale Momsfond.

## Overlæge Johan Boserup og Lise Boserups legat

Til støtte for lægevidenskabelig forskning, udelukkende til laboranthjælp inden for det klinisk – biokemiske område kan søges legatportioner på op til ca. kr. 300.000,00.

Beløbene uddeles inden udgangen af juni måned det pågældende år. Ansøgninger må indeholde fyldestgørende redegørelse for det projekt, hvortil der søges støtte, samt oplysninger om ansøgerens videnskabelige kvalifikationer, ligesom det ønskes oplyst, om projektstøtte er søgt andetsteds. Der er ikke ansøgningsskema.

Ansøgningen med bilag i 1 eksemplar skal indsendes inden den 10. marts til legatet ved Bestyrelsesformand Lotte Hebel Andersen, c/o Advokatfirmaet Svendsen, Jernbanegade 24, 4690 Haslev.