

Behandling af mennesker med angst og depression

Kortlægning af behandlingsfeltet og diskussion af perspektiverne ved indførelse af collaborative care

Amalie Hauge-Helgestad · Katrine Schepelern Johansen · Jakob Hansen

DSI

KORTLÆGNING / PROJEKT 2741 · FEBRUAR 2012

Dansk Sundhedsinstitut

Dampfærgevej 27-29

Postboks 2595

2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00

Fax +45 35 29 84 99

www.dsi.dk · dsi@dsi.dk



Dansk Sundhedsinstitut

KORTLÆGNING / PROJEKT 2741
ISBN 978-87-7488-694-5 (elektronisk version)

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.
Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt:
Dansk Sundhedsinstitut · Dampfærgevej 27-29 · Postboks 2595 · 2100 København Ø
Tlf. +45 35 29 84 00 · Fax +45 35 29 84 99 · www.dsi.dk · dsi@dsi.dk

Forord

Denne kortlægning er første leverance i Dansk Sundhedsinstituts projekt *Shared care i angst og depressionsbehandling*. Projektet er støttet af Trygfonden og Momsfondet. DSI's shared care-projekt består af et forstudie og et implementeringsstudie. Denne kortlægning afrapporterer forstudiet. Forstudiet har til formål at kortlægge den eksisterende behandling af angst og depression i Danmark med henblik på at diskutere mulighederne for og udfordringerne ved at implementere shared care samt at skabe overblik over de forskellige modeller for shared care og deres effekt i angst- og depressionsbehandlingen. Vi vil gerne sige tak til alle de mennesker, der har sat tid af til at tale med os i forbindelse med kortlægningens udarbejdelse.

Kortlægningen dannede baggrund for et oplæg på DSI's debatseminar den 22. november 2011, hvor det overordnede tema var *Angst og depression – hvor ligger behandlingsansvaret?*

Kortlægningen henvender sig bredt til mennesker, der arbejder med behandlingen af angst og depression: kommunale sagsbehandlere, læger, sygeplejersker, psykiatere, psykologer samt administratorer og politikere.

*Charlotte Bredahl Jacobsen
Projektchef
Dansk Sundhedsinstitut*

Indhold

Forord	3
Resumé	6
1. Indledning	7
1.1 Baggrund: Angst og depression	7
1.2 Dataindsamling og -behandling	8
1.3 Kortlægningens opbygning	9
2. Kortlægning af behandlingsfeltet: Permanente tilbud	10
2.1 Introduktion	10
2.2 Alment praktiserende læger	11
2.3 Privatpraktiserende psykologer	12
2.4 Privatpraktiserende psykiatriske speciallæger	14
2.5 Distriktpsikiatriske centre	15
2.6 Ambulatorier og specialklinikker	15
2.7 Kommunen	15
2.8 Tværgående problematikker blandt de permanente tilbud på behandlingsfeltet	16
2.9 Opsummering	17
3. Kortlægning af behandlingsfeltet: Projektbaserede og lokale tilbud	17
3.1 Fem projektbaserede og lokale tilbud: Baggrund for udvalg	19
3.2 Det store TTA-projekt	19
3.3 PsykiatriFondens arbejdsmarkedsrettede depressionsskole	22
3.4 Psykiatrisk mobilteam	23
3.5 Pakkeforløb til ikke-psykotiske lidelser i Region Hovedstaden	25
3.6 Region Sjællands shared care-projekt	26
3.7 Opsummering	27
4. Modeller for shared care	29
4.1 Shared care-modeller: Definitioner og effekter	30
4.2 Model 1: Uddannelse og træning af læger og praksispersonale i primær sektor	30
4.3 Model 2: Liaisonpsykiatri/consultation-liaison	30
4.4 Model 3: Quality improvement	31
4.5 Model 4: Care management/case management	31
4.6 Model 5: Collaborative care	31
4.7 Model 6: Stepped care/stepped collaborative care	32
4.8 Opsummering	33
5. Implementering af en collaborative care model	33
5.1 Hvordan (for)bliver en shared care model virkningsfuld?	33
5.2 Fagpersonernes vurdering af collaborative care i Danmark	38
5.3 Opsummering	42

6. Konklusion	43
Litteratur	44
Bilag	47
Alment praktiserende læger	47
Privatpraktiserende psykologer	52
Privatpraktiserende psykiatriske speciallæger	55
Distriktpsikiatriske centre	57
Ambulatorier og specialklinikker	58
Kommunen	58

Resumé

Denne kortlægning handler om behandlingen af mennesker med angst og/eller let til moderat depression. Ca. 500.000 mennesker lider på et givent tidspunkt af angst eller depression. Nogle af disse (ca. 30 %) bliver ikke behandlet; andre er i kontakt med behandlingssystemet, men bliver ikke behandlet optimalt.

På baggrund af en række interview med fagpersoner engageret i behandlingen af mennesker med angst og/eller depression samt studier af en række dokumenter om behandlingen kortlægger vi her behandlingsfeltet for angst og depression. Kortlægningen falder i to dele; dels en kortlægning af de permanente aktører og dels en kortlægning af en række lokale eller midlertidige tilbud.

Kortlægningen af de permanente aktører på behandlingsfeltet identificerer de praktiserende læger som dem, der har det primære ansvar for behandlingen af mennesker med angst og depression. Andre vigtige aktører er privatpraktiserende psykologer og psykiatere samt kommunerne. De distriktspsykiatriske centre og psykiatriske ambulatorier er mere perifere aktører. Udover at identificere disse aktører peger kortlægningen på en række problemområder i behandlingsfeltet. En del praktiserende læger har ikke kompetencerne til at tilbyde dele af den anbefalede behandling, nemlig samtalerapi, ligesom samtalerapi kun i begrænset omfang understøttes af honorarstrukturen. Andre problemområder er, at de privatpraktiserende psykiatere har lange ventetider, og der er en vis egenbetaling hos psykologerne, der kan forhindre nogle patienter i at benytte disse tilbud. Yderligere er der begrænset tradition for samarbejde mellem de forskellige aktører, ligesom samarbejde ikke understøttes af honorarstrukturen.

For de distriktspsykiatriske centre og ambulatorier gælder, at de kun i begrænset omfang har patienter med angst og let til moderat depression som deres målgruppe, og derfor vil den specialiserede viden om behandlingen af denne målgruppe kun i begrænset omfang være til stede i disse institutioner. Kommunerne udgør en interessant aktør. På den ene side er behandling af mennesker med angst og depression ikke et kommunalt område, på den anden side oplever kommunerne, at stadig flere af deres borgere modtager overførselsindkomster på baggrund af disse lidelser. Kommunerne har altså en betydelig interesse i, at behandlingen er tilgængelig og kvalificeret.

Anden del af kortlægningen behandler fem lokale eller midlertidige tilbud: Projektet om Tidlig Tilbagevenden til Arbejdsmarkedet, PsykiatriFondens arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler, Psykiatriske mobilteams, Pakkeforløb til ikke-psykotiske lidelser i Region Hovedstaden og Region Sjællands shared care-projekt. Formålet med kortlægningen er ikke at give en udtømmende kortlægning af sådanne aktiviteter, men at dokumentere, at behandlingsfeltet er præget af en betydelig lokal variation, samt identificere nogle overordnede træk i disse tilbud. Vi peger på, at tilbuddene falder i to spor: et beskæftigelsesspor der sigter på at integrere en psykiatrisk indsats med en beskæftigelsesindsats og derfor inddrager kommunerne, og et behandlingsspor der sigter mod at forbedre behandlingen ved at adressere nogle af de problemer, der er i behandlingsfeltet (og som kort er skitseret ovenfor).

Efter kortlægningen følger to kapitler om collaborative care. Collaborative care er en variant af det, der samlet set kaldes shared care og er en række forskellige modeller for samarbejde mellem almen praksis og behandlingspsykiatrien. Collaborative care indebærer efteruddannelse af personale i almen praksis, mulighed for sparring og supervision mellem praktiserende læge og psykiater, samt placering af care managere i almen praksis med henblik på at styrke behandlingen af patienter med psykisk sygdom. Kapitel 4 er en gennemgang af forskellige shared care-modeller.

Kapitel 5 beskæftiger sig med en mulig implementering af collaborative care i Danmark. Dels gennemgår vi en række litteraturstudier, der identificerer en række organisatoriske, institutionelle og kulturelle udfordringer ved samarbejdsprojekter, bl.a. spørgsmål om ledelse, kommunikation og klar fordeling af behandlingsansvar, dels præsenterer vi vores informanternes kommentarer til collaborative care-modellen. De diskuterer, hvorvidt care managers mest hen-

sigtsmæssigt placeres i distriktspsykiatrien, potentialer og problemer ved at have sygeplejersker i rollen som care managers, problemer relateret til kommunernes fravær i modellen, og hvorvidt samarbejdsrelationerne har tilstrækkelig styrke og kvalitet til at facilitere det omfattende samarbejde, som collaborative care indebærer.

I konklusionen resumeres undersøgelsens fund, og der peges på, at collaborative care -modellen adresserer en række af de problemområder, der er identificeret under kortlægningen af behandlingsfeltet: Manglende specialiseret viden i almen praksis, den manglende samtaleterapi og samarbejdsproblemer mellem almen praksis og psykiatri. Men modellen efterlader også en række udfordringer. Der er fortsat en betydelig organisatorisk kompleksitet i feltet, og der er en række relevante aktører, som ikke bliver adresseret, herunder ikke mindst kommunerne.

1 Indledning

Behandlingen af mennesker med angst og let til moderat depression foregår i dag hos en række forskellige aktører: praktiserende læger, privatpraktiserende psykiatere og psykologer samt hospitals- og distriktspsykiatri. Kommuner og forskellige private aktører spiller også en rolle i forhold til, hvordan mennesker med angst og depression bliver behandlet og lærer at håndtere deres psykiske problemer. Behandlingsfeltet består derudover i en række forskellige midlertidige projekter og lokale initiativer både i kommunalt og regionalt regi. Feltet er kendetegnet af betydelig kompleksitet, hvor patienter, der lider af angst eller depression, kan møde mange forskellige behandlingstilbud og -forløb samt forskellige aktører, alt efter hvor i landet de bor, hvilke lokale projekter der for øjeblikket er i gang, og i forhold til hvordan de kommer i kontakt med systemet.

I denne kortlægning udreder vi centrale dele af denne kompleksitet. Den indeholder for det første en kortlægning af behandlingen af mennesker med angst og depression (kapitel 2 og 3). Denne kortlægning er delt op i to: Kapitel 2 beskriver de permanente aktører på området og deres relationer, og kapitel 3 giver en karakteristik af fem midlertidige eller lokale projekter inden for behandlingsområdet. Der er ikke tale om en udtømmende kortlægning, men den inddrager de mest centrale aktører og nogle af de mest markante nuværende tendenser. Anden del (kapitel 4-5) indeholder en præsentation og analyse af, hvordan behandlingen af mennesker med angst og depression kan optimeres med indførelse af collaborative care – en særlig variant af shared care. Ved collaborative care tilføjer man almen praksis diagnostiserings- og behandlingsmæssige kompetencer fra psykiatrien. Der har i de seneste år været stor dansk interesse for denne nyorganisering af behandlingen. I anden del diskuterer vi udfordringer og muligheder ved indførelse af collaborative care i det behandlingsfelt, vi har kortlagt i første del. Kapitel 4 gennemgår de forskellige modeller for shared care, og kapitel 5 beskæftiger sig med en mulig implementering; dels i form af en gennemgang af litteraturen omkring implementering af shared care, dels i form af en række interview med aktører i behandlingsfeltet for angst og depression i Danmark.

Kortlægningen henvender sig bredt til mennesker, der arbejder med behandlingen af angst og depression: kommunale sagsbehandlere, læger, sygeplejersker, psykiatere, psykologer, samt administratorer og politikere.

1.1 Baggrund: Angst og depression

Angst og let til moderat depression er sygdomme, der hører til i den lettere ende af spektrummet af psykiske lidelser, i modsætning til de psykotiske sygdomme, svær depression og bipolar lidelse. Der er derfor tale om sygdomme, der ofte bliver behandlet af den alment praktiserende læge og dermed ikke henvises til den mere specialiserede behandlingspsykiatri på hospitaler og i distriktspsykiatriske centre.

I et debatoplæg udgivet Danske Regioner, Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Danske Psykiatere og Børne-ungdomspsykiateres Organisation (DPBO) og Dansk Psykolog Forening angives det, at mindst 500.000 mennesker på et givet tidspunkt lider af enten angst eller depres-

sion. "Halvdelen af disse behandles i almen praksis, ca. 10 pct. behandles hos en psykiater i enten speciallægepraksis eller sygehusregi, ca. 10 pct. hos en psykolog, mens ca. 30 pct. ikke modtager behandling" (DPS, DPBO, Danske Regioner og Dansk Psykolog Forening 2009). Andre undersøgelser peger på, at en del af de patienter, der behandles i almen praksis, ikke får stillet den korrekte diagnose eller modtager den rette behandling (Kessing et al. 2006, Christensen, Albæk & Ankjær-Jensen 2007). Denne patientgruppe lider desuden under, at der er lange ventetider hos privatpraktiserende psykiatere, samt at behandling hos privatpraktiserende psykologer kun i begrænset omfang dækkes af det offentlige, og mange patienter derfor har svært ved at betale for konsultationerne selv.

Denne underbehandling af patientgruppen leder til store omkostninger for samfundet og for individet. I ovennævnte debatoplæg nævnes omkostninger på i alt 20 mia. kr. om året på grund af tabt arbejdsevne, sygemeldinger og pensioneringer. Da der samtidig er tale om lidelser, der kan forebygges og behandles, peges der i flere rapporter og litteraturgennemgange på behov for at ændre organiseringen af behandlingen for denne gruppe (Epløv Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009, Udvalg nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskab 2001, Arbejdsgruppe nedsat af DPS og DSAM 2004).

Shared care er et bud på en ændret organisering af behandlingen, som kan imødegå disse problemer. Shared care er en samlet betegnelse for en række forskellige typer af tiltag, der alle har til fælles, at de skal øge samarbejdet mellem almen praksis og det psykiatriske behandlingssystem. Shared care tiltag omfatter bl.a. uddannelse af praktiserende læger, supervision af praktiserende læger ved hospitalsansat psykiater og udstationering af psykiatrisk personale – som regel sygeplejersker – fra behandlingspsykiatrien hos de praktiserende læger. De forskellige modeller for shared care præsenteres i kapitel 4.

I en systematisk litteraturgennemgang af shared care-modeller fandt Epløv, Lundsteen og Birket-Smith, at der findes størst dokumenteret effekt af den variation af shared care, der kaldes collaborative care (se også (Gilbody et al. 2006)). Collaborative care er en omfattende samarbejdsmodel, hvor der arbejdes med efteruddannelse af personale i almen praksis, mulighed for sparring og supervision mellem praktiserende læge og psykiater, samt placering af care managere i almen praksis med henblik på at styrke behandlingen af patienter med psykisk sygdom. Det er collaborative care modellen, som vil være fokus i anden del af denne kortlægning (kapitel 4-5).

1.2 Dataindsamling og -behandling

Denne kortlægning bygger på interview og dokumentstudier.

Interviewundersøgelse: Formålet med interviewene har været at få et bredt indtryk af behandlingen til mennesker med angst og depression samt erfaringerne med shared care i Danmark. Interviewpersoner er udvalgt, fordi de repræsenterede central viden på området, og disse personer har peget videre på andre relevante personer (snowball-metoden). Interviewene er gennemført og behandlet i foråret 2011. De har taget udgangspunkt i en semistruktureret guide, som er blevet tilpasset det enkelte interviews formål og den akkumulerede viden, vi har oparbejdet undervejs. Alle interview er optaget og sammenfattet i referater. Det skal understreges, at formålet med at inddrage netop dette empiriske materiale ikke har været generaliserbarhed til hele det danske behandlingssystem for depression og angst. Hertil er der for store regionale, kommunale, praksisrelaterede og personbårne forskelle. Derudover tager vores informanter udgangspunkt i deres egne erfaringer og overvejelser, og deres interesser og vidensniveau sætter rammerne for kortlægningen.

Under interviewene har vi bedt informanterne give eksempler på, hvordan et behandlingsforløb for patienter med angst og let til moderat depression typisk ser ud, og hvilke institutioner der kan være involveret og hvordan. Informanterne har forholdt sig til en oversigt over behandlingsinstitutioner, og vi har bedt dem gennemgå hver enkelt aktørs funktion og relationerne mellem dem. Desuden har de rangordnet aktørerne efter, hvor stor en rolle de spiller i de forskellige faser i et behandlingsforløb. Løbende har vi opdateret vores oversigt, så den afspejler informanternes forklaringer. I denne proces er det blevet klart, at der er tale om et

komplikeret behandlingsfelt, hvor der ikke findes entydige forløb, og hvor de forskellige aktørers rolle i behandlingen er afhængig af en række faktorer og derfor er forskellig fra behandlingsforløb til behandlingsforløb.

Litteraturgennemgang: Vi har foretaget en kort litteraturgennemgang af erfaringer med forskellige shared care-modeller. Artiklerne til gennemgangen er udvalgt efter den betydning, de har på feltet. Denne betydning er vurderet på baggrund af, hvor meget de bliver henvist til i andre undersøgelser. Hovedparten af artiklerne er meta-studier, der sammenfatter og vurderer kvaliteten af eksisterende litteraturstudier. Litteraturgennemgangen trækker således på eksisterende reviews og giver et veldokumenteret overblik over erfaringerne med de forskellige modeller. I forbindelse med kortlægningen af behandlingsfeltet har vi benyttet artikler, policy-dokumenter og hjemmesider i stort omfang for at etablere en så grundig forståelse af feltet som muligt.

Forstudiet har inkluderet:

- Et litteraturoverblik af danske og internationale erfaringer med shared care – særligt modellerne collaborative care og stepped care – med fokus på organisation og implementering
- Opstartsinterview med fem nøglepersoner på området fra henholdsvis Danske Regioner, Region Sjællands shared care-projekt, Region Hovedstadens psykiatri, Forskningsenheden for almen praksis og en tidligere projektleder i DSI
- Interview med fire personer der specifikt arbejder med at behandle mennesker med angst og depression, henholdsvis en psykiater fra distriktskykiatrien, en psykiater fra en privat psykiatrisk klinik, en privatpraktiserende psykolog og en privatpraktiserende psykiater
- Interview med repræsentanter for almen praksis; to praktiserende læger, der har været med til at udarbejde DSAM's retningslinjer for henholdsvis depression og angst, samt tre læger og en praksisrådgiver, som har indgået i shared care projektet i Region Sjælland
- Interview med tre repræsentanter for kommunerne fra henholdsvis KL, et jobcenter og en kommunallæge
- Interview med en repræsentant for Patientforeningen for angst og depression
- Gennemgang af artikler og andet skriftligt materiale om angst- og depressionsbehandlingen i Danmark
- Kortlægning af eksisterende shared care-projekter i Danmark.

1.3 Kortlægningens opbygning

Kortlægningen består udover indledningen af fem kapitler.

Kapitel 2: Kortlægning af behandlingsfeltet: Permanente tilbud

Dette kapitel gennemgår de væsentligste permanente aktører med fokus på deres organisering og samspil: Praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer og psykiatere, distriktskykiatriske centre og ambulatorier, samt kommuner.

Kapitel 3: Kortlægning af behandlingsfeltet: Projektbaserede og lokale tilbud

Dette kapitel præsenterer nogle eksempler på projektbaserede tilbud til patienter med angst og depression. Eksemplerne er udvalgt med henblik på at skitsere nogle af de aktuelle udviklingstræk og nyopståede samarbejder, der karakteriserer behandlingsfeltet.

Kapitel 4: Litteraturoverblik over internationale erfaringer med shared care

Dette kapitel sammenfatter på baggrund af litteraturstudier nogle af de internationale erfaringer, der er blevet gjort med forskellige shared care-modeller.

Kapitel 5: Implementeringen af shared care

Dette kapitel gennemgår, hvilke udfordringer shared care står overfor, hvis behandlingsprincippet skal implementeres og fungere i drift. Derefter præsenterer kapitlet en række konkrete overvejelser fra vores informanter om problemområder og udfordringer ved en implementering af collaborative care i Danmark.

Kapitel 6: Opsamling og diskussion af kortlægningen

I det sidste kapitel sammenfatter vi kortlægningens pointer.

Bilag: Kortlægning af behandlingsfeltets permanente aktører

Bilaget præsenterer den mere omfattende kortlægning, der danner baggrund for præsentationen i kapitel 2.

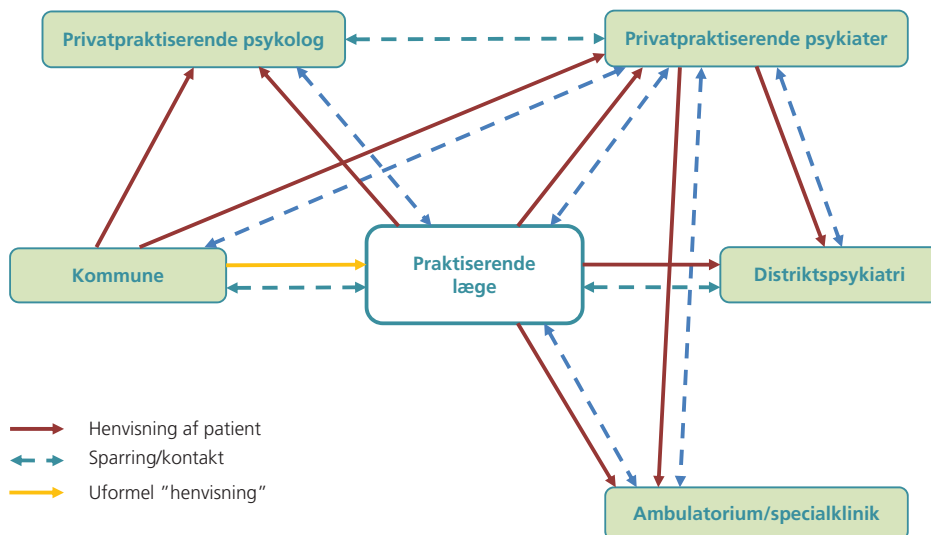
2 Kortlægning af behandlingsfeltet: Permanente tilbud

2.1 Introduktion

Patienter med angst og let til moderat depression behandles i Danmark primært hos deres egen praktiserende læge. Flere undersøgelser peger på, at behandlingen i almen praksis ikke altid fungerer efter hensigten (Arbejdsgruppe nedsat af DPS og DSAM 2004, Kessing et al. 2006). Det er derfor ikke overraskende, at en række aktører udover almen praksis spiller en rolle i behandlingen af disse patienter. Formelt er patienter med angst og let til moderat depression dog ikke målgruppen for flere af disse aktører, og det kan derfor virke både uigennemskueligt og tilfældigt, hvilke aktører der bliver inddraget hvornår, hvordan, hvor meget – og hvad de egentlig laver. I dette kapitel kortæller vi, hvordan behandlingsfeltet i praksis ser ud. Denne præsentation er baseret på en mere omfattende kortlægning, der findes i bilaget.

Figur 1 er en forsimplet gengivelse af vores informanternes billede af behandlingsfeltet. Den viser, at den praktiserende læge er den centrale aktør, men at både kommune, psykiatri og psykologer kan være inddraget. Fra psykiatrien kan det både dreje sig om distriktskykiatrien, ambulatorium/specialklinik eller en privatpraktiserende psykiater.

Figur 1: Overblik over den praktiserende læges relationer til det øvrige behandlingsfelt for let/moderat depression



I det følgende vil vi udfolde disse seks centrale aktørers rolle. Vi udelader dermed aktører, hvis rolle kan være vigtig, men ikke er en del af det formelle danske sundhedsvæsen (f.eks. alternative behandlere og pårønderrelationer) og aktører, som i omfang ikke er så udbredte (f.eks. private psykiatriske klinikker).

2.2 Alment praktiserende læger

2.2.1 Honorarstruktur

De praktiserende lægers honorarstruktur, som vedtages i deres overenskomst, har været et gennemgående tema i vores interviews. Honorarstrukturen er helt central for at forstå de praktiserende lægers behandling af angst og depression. En patient med angst eller depression vil typisk komme igennem flere forskellige kontakter med den praktiserende læge i forbindelse med udredning og diagnosticering. Behandlingen vil efterfølgende typisk bestå af medicinsk behandling og/eller samtaleterapi. Særligt spørgsmålet om honoreringen af samtaleterapien tiltrak sig betydelige overvejelser blandt vores informanter. Den ydelse, som lægerne får for samtaleterapi, hedder 6101. 6101 er ikke en tillægsydelse og kan derfor ikke tages i kombination med basisydelsen. Ifølge en informant afsætter lægerne typisk 30 minutter til samtaleterapi, mens de afsætter 10-15 minutter til en almindelig konsultation. Det er bl.a. derfor, at ydelsen giver næsten det dobbelte af en almindelig konsultation.

Pr. 1/4-2011 blev ydelsen en fast del af landsoverenskomsten (Praktiserende Lægers Organisation 2011a). Tidligere var det muligt for hver enkelt region at opsigte aftalen om 6101, hvilket Region Midtjylland benyttede sig af. Derudover er det pr. 1/4-2011 blevet vedtaget, at:

- Der maksimalt må ydes syv samtalekonsultationer pr. patient pr. år
- Samtaleterapi skal bestå af forløb på minimum to konsultationer pr. halve år
- Lægen skal deltage i relevante supervisionsmøder knyttet til den anvendte samtaleteknik
- Samtaleterapi skal foretages af en læge (Praktiserende Lægers Organisation 2011b).

De fire nævnte kriterier udgør ifølge flere af vores informanter barrierer for at udføre samtaleterapi i almen praksis. For det første kan et samtaleforløb ikke nødvendigvis afgrænses til syv samtaler. Kravet om, at lægerne skal modtage supervision, hvis de yder samtaleterapi, udgør også en mulig barriere for samtalebehandling i almen praksis. Der ydes nemlig ifølge overenskomsten *'ikke særskilt honorering for deltagelse i supervisionsmøder'* (Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation 2011). Dvs. at lægerne må bruge tid på supervision, som de ellers kunne have brugt på at se andre patienter eller lave andre ydelser. Reglen om at det kun er læger, der må foretage samtaleterapi, kan også være en barriere for at have samtaleterapi i almen praksis. F.eks. har sygeplejersker med erfaring inden for psykiatri hidtil kunnet lave samtaleterapi.

2.2.2 Retningslinjer

Der findes to kliniske vejledninger fra DSAM med relevans for vores undersøgelse: en for Unipolar depression og en for Angsttilstande, begge fra 2010. De praktiserende lægers muligheder i forhold til behandling af patienter med angst og let til moderat depression er som nævnt medikamentel behandling og samtalebehandling eller at henvise patienten til et mere specialiseret niveau. I DSAM's vejledning til depression anbefales samtalebehandling (kognitiv terapi eller interpersonel terapi) til patienter med depression i let grad og samtalebehandling og evt. medikamentel behandling til patienter med depression i moderat grad (Arbejdsgruppe nedsat af DSAM 2010b). I vejledningen til angstbehandling skriver DSAM, at der er dokumenteret virkning af medikamentel behandling med antidepressiva og enkelte andre psykoformaka; at der er dokumenteret effekt af kognitiv adfærdsterapi, og at der er dokumenteret effekt af en kombination af de to behandlingsmetoder (Arbejdsgruppe nedsat af DSAM 2010a). Af samtalebehandling anbefaler begge vejledninger kognitiv adfærdsterapi.

Vores informanter fortæller, at lægens valg af behandlingstype i høj grad er betinget af, om han/hun interesserer sig for psykiatri og samtalebehandling. Hvis lægen ikke interesserer sig for det, vil denne typisk ikke have videreuddannet sig i samtaleterapi og derfor ikke være fagligt kvalificeret til at varetage denne behandlingsform. Der findes ikke ingen officielle, nationale opgørelser over, hvor mange læger der praktiserer samtaleterapi, men en undersøgelse fra 2002 fra det daværende Århus Amt kan give en indikation (Nielsen, Vedsted & Olesen 2002). Undersøgelsen sammenfatter besvarelser fra 320 læger. To tredjedele havde deltaget i kortere kurser om samtale-

leterapi, og to femtedele havde deltaget i længerevarende kurser i kommunikation og samtaleterapi. Knap halvdelen var eller havde været del af en supervisionsgruppe. Fjeldsted og Christensens evaluering af depressionsordningen fra 2011 viser, at 83 % af lægerne tilbyder støttende samtaler, mens kun 29 % tilbyder kognitiv adfærdsterapi (Fjeldsted, Christensen 2011). Det betyder reelt, at kun en tredjedel af de praktiserende læger tilbyder den behandlingsform, som vejledningen nævner som førstevalg for let til moderat depression.

2.2.3 Kontakt mellem almen praksis og det øvrige behandlingsfelt

De fem hyppigste indgangsveje til udredning og behandling i almen praksis er, at patienten selv henvender sig, at kommunen eller jobcentret spiller en rolle, at henvendelsen hænger sammen med et krav fra en sundhedsforsikringsordning, at patienten har talt med en telefonrådgivning eller patientforening, eller at patienten har været en tur forbi en psykiatrisk skadestue.

Den praktiserende læge kan løbende under et behandlingsforløb være i kontakt med feltet, ligesom han/hun ved en henvisning af patienten til et mere specialiseret niveau vil være i kontakt med andre behandlere. Ifølge vores informanter foregår der for nogle en sporadisk sparring mellem den praktiserende læge og en håndfuld privatpraktiserende psykologer og psykiatere, som den praktiserende læge har for vane at samarbejde med. Den praktiserende læges kommunikation til det øvrige behandlingssystem foregår primært via henvisninger.

Ved behov for videre henvisning kan den praktiserende læge vælge at henvise til privatpraktiserende psykolog, privatpraktiserende psykiater, psykiatriske ambulatorier, specialklinikker, distriktspsykiatrien, private klinikker og nogle gange et projektbaseret tilbud. Umiddelbart kunne man tro, at lægens henvisning udelukkende afhang af en vurdering af patientens symptomer. Sådan er virkeligheden imidlertid ikke. Lægens beslutning om, hvor patienten skal henvises til, bliver afgjort af en række faktorer, nogle der knytter sig til lægen, nogle til patienten, og nogle der knytter sig til det lokale udbud af muligheder.

En henvisning kommer bl.a. an på:

Lægens	Patientens	Lokale forhold som
<ul style="list-style-type: none"> • Interesse • Tid • Uddannelse • Økonomi • Relationer 	<ul style="list-style-type: none"> • Sygdomsbillede • Økonomi • Sociale omstændigheder • Holdning til medicin og psykiatri • Sygdomsbillede 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventetider • Tilstedeværelse af tilbud • Kvalitet af tilbud • Relationer

2.3 Privatpraktiserende psykologer

Privatpraktiserende psykologer er en af de aktører, der udover den praktiserende læge har mest at gøre med patienter med angst og let til moderat depression. Privatpraktiserende psykologer er i udgangspunktet ikke offentligt finansieret. Derfor skal man som patient selv betale for sin psykologbehandling. I disse år er der imidlertid opstået flere muligheder for at få tilskud til psykologbehandling. Det drejer sig først og fremmest om den såkaldte 'depressionsordning' eller 'psykologordning', som blev indført i 2008. Ordningen er en aftale mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Psykologforening, som gør det muligt for personer mellem 18-37 år med let til moderat depression at få betalt 60 % af sine udgifter til psykologbehandling (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Dansk Psykolog Forening 2011), således at udgiften falder fra omkring 1.000 kr. til ca. 350 kr. Fra 1. april 2011 blev ordningen udvidet til også at omfatte personer mellem 18 og 28 år, som lider af angst og/eller tvangstanker (OCD)¹.

¹ Da denne udvidelse er så ny, tager teksten her udgangspunkt i depressionsbehandling.

Med finanslovsforslaget for 2012 er der afsat midler til at udvide ordningen til alle voksne uanset alder.

2.3.1 Behandlingen

Privatpraktiserende psykologer har ikke en fast eller fælles fremgangsmåde for behandlingen af patienter med depression eller angst. I stedet fastlægger psykologerne behandlingen på baggrund af deres egne kompetencer og vurdering af den enkelte patients behov. De fleste psykologer oplyser, at de bruger eklektisk terapi eller kognitiv adfærdsterapi ved behandling af deprimerede patienter (Fjeldsted, Christensen 2011). Det er meget forskelligt, hvor lang tid et behandlingsforløb for en person med let til moderat depression eller angst varer hos en psykolog. Forløbets længde har både faglige og pragmatiske årsager. Vores informant, der er privatpraktiserende psykolog, fortalte, at nogle klienter stopper, fordi de ikke har brug for mere behandling. Andre stopper, når de 12 konsultationer med sygesikringstilskud er brugt, mens andre igen fortsætter med selv at betale behandlingen efter de 12 konsultationer.

Den epikrise, psykologen sender til den alment praktiserende læge efter afslutning af et behandlingsforløb, er oftest meget sparsom, hvilket kan skyldes, at psykologen vægter alliancen med patienten meget højt. Den psykolog, der deltog som informant i vores undersøgelse, fortalte, at hun altid gennemgik og diskuterede sin epikrise med patienten, så de blev enige om, hvad den praktiserende læge skulle vide. Modsat psykologerne er de praktiserende læger overvejende utilfredse med den kommunikation, de får fra psykologerne (Fjeldsted, Christensen 2011).

2.3.2 Indgange til behandling hos psykolog

De privatpraktiserende psykologer er således oftest i kontakt med de praktiserende læger, men har også kontakt til kommuner, forsikringsordninger og privatpersoner – altså klienter uden henvisning.

Den alment praktiserende læges valg mellem privatpraktiserende psykolog eller privatpraktiserende psykiater vil dels være en afvejning af, om patientens behov er medicinsk eller samtale-terapeutisk, dels en vurdering af en række praktiske forhold. Når den praktiserende læge henviser en patient med angst og let til moderat depression eller angst til psykolog, skyldes det typisk, at lægen vurderer, at patienten har brug for samtaleterapi, som han/hun ikke kan tilbyde.

Hvorvidt patienten henvises til psykolog, kan også være et spørgsmål om patientens økonomi. Ofte vil lægen vide eller have en fornemmelse af, om patienten har mulighed for at betale de omkring 1.000 kr. (hvis patienten ikke kan komme ind under depressions- eller angst/OCD-ordningen) eller 350 kr. (hvis patienten kan komme ind under ordningen) til psykologbehandling selv. Hvis økonomien er en barriere for patienten, kan lægen forsøge at hjælpe patienten, enten ved at 'presse' patienten ind under depressions- eller angst/OCD-ordningen, ved at henvise til et andet tilbud – typisk en privatpraktiserende psykiater, eller ved at rådgive patienten om at søge støtte hos kommunen.

Lægerne henviser helst patienter med depression eller angst til en psykolog, der laver kognitiv terapi. Den behandlingsform er der evidens for, og den bliver anbefalet i referenceprogrammerne og DSAM's vejledninger (Arbejdsgruppe nedsat af DSAM 2010b). Derfor fortæller en informant, at det kan være frustrerende for lægen, at psykologerne ikke oplyser, hvilken form for terapi de tilbyder. Langt de fleste psykologer har en eklektisk tilgang, hvor de tager udgangspunkt i den enkelte patient og trækker på forskellige terapeutiske tilgange i deres behandling. Når patienten eller lægen ringer og efterspørger kognitiv terapi, er det ofte svært at få et klart svar på, om det er dét, psykologen vil tilbyde. Her mene lægerne, at kendskab til psykologen og vedkommendes arbejdsmetoder kan være en fordel.

Det sker ifølge informanterne i vores studie også, at kommunen opfordrer en person til at opsøge en privatpraktiserende psykolog. I disse tilfælde vil patienten i de fleste tilfælde skulle betale behandlingen selv, med mindre patienten først går til den praktiserende læge og bliver henvist gennem depressions- eller angst/OCD-ordningen. I sjældne tilfælde kan kommunen yde støtte til psykologbehandling. Der er ingen faste kriterier for, hvornår man kan få støtte til behandlingen af kommunen.

2.3.3 Opsummering

De privatpraktiserende psykologer spiller ifølge vores studie en stor rolle i behandlingen af patienter med angst og let til moderat depression. Denne rolle er vokset med depressions- og OCD/angst-ordningen og vil givetvis vokse yderligere, når aldersgrænsen for de to ordninger bliver ophævet. Til trods for den store rolle, som de privatpraktiserende psykologer spiller, bliver de kun i begrænset omfang set som en integreret del af behandlingssystemet. De praktiserende læger oplever, at psykologerne kan være svære at arbejde sammen med, bl.a. fordi de ikke oplyser, hvilken behandlingsform de bruger, og fordi de ikke informerer ordentligt om det behandlingsforløb, de har været igennem med patienten.

2.4 Privatpraktiserende psykiatriske speciallæger

Privatpraktiserende psykiatere er ifølge vores informanter en anden brugt henvisningsmulighed for praktiserende læger, når det drejer sig om patienter med angst og let til moderat depression. Der findes omkring 125-150 praksis i Danmark. I 2001 anslog Dansk Psykiatrisk Selskab, at ca. 40.000 mennesker med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter (hvoraf de fleste vil være mennesker med angst og let til moderat depression) årligt blev behandlet af privatpraktiserende psykiatere (Udvalg nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskab 2001). Privatpraktiserende psykiatere har som oftest et ydernummer. Dvs. at Sygesikringen betaler hele behandlingen til patienter i sygesikringsgruppe 1.

De privatpraktiserende psykiatere tilbyder typisk individuelt tilrettelagte behandlingsforløb til patienten. Dansk Psykiatrisk Selskab oplyser, at behandling hos privatpraktiserende psykiatere altid består af samtale/psykoterapi, og at den i to tredjedel tilfælde suppleres med medicinsk behandling (Udvalg nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskab 2001).

Der er ét altoverskyggende problem i forhold til privatpraktiserende psykiatere: ventetiderne. Ventetider kan gøre, at privatpraktiserende psykiatere reelt ikke er en henvisningsmulighed for de praktiserende læger. Hvis man som praktiserende læge står med en patient, som ikke responderer på medicinsk behandling, og hvis tilstand er i forværring, nytter det ikke meget, at han/hun først kan få en tid hos en privatpraktiserende psykiater efter mange måneder. I sådanne tilfælde – og hvor en psykolog ikke er et alternativ – vil nogle praktiserende læger vælge at bruge distriktspsykiatriske centre eller ambulatorier.

De privatpraktiserende psykiatere får langt størsteparten af deres patienter – også fra gruppen med angst og let til moderat depression – gennem henvisninger fra praktiserende læger. Udover kontakten til lægerne har de privatpraktiserende psykiatere kontakt med kommunerne omkring denne patientgruppe, ligesom de i sjældne tilfælde henviser til eller søger sparring hos distriktspsykiatri eller ambulatorier.

Når en patient henvises til en praktiserende psykiater, vil den faglige begrundelse være, at patienten har behov for mere specialiseret medicinsk behandling. På samme måde som med psykologerne har de praktiserende læger ofte et par privatpraktiserende psykiatere, som de plejer at bruge. Selvom relationen er ganske uformel, sætter begge parter ifølge vores informanter pris på den, fordi de mener, at det er lettere og mere naturligt at samarbejde med folk, de kender. Ofte vil den praktiserende læge også i højere grad søge sparring hos en psykiater, han/hun kender. Sparringen er sporadisk og uformel.

2.4.1 Opsummering

De privatpraktiserende psykiatere er ifølge vores informanter den faggruppe, der er bedst kvalificeret til at varetage den medicinske behandling af patienter med angst og let til moderat depression. Imidlertid er der stor mangel på psykiatere, og de praktiserende læger kan derfor opleve samarbejdet med de privatpraktiserende psykiatere som problematisk og tidskrævende. En henvisning vil ofte kræve, at den praktiserende læge kender psykiaternes ventetider og/eller bruger sine forbindelser til at skaffe patienten en tid. Selv foruden de problematiske ventetider kan de privatpraktiserende psykiateres rolle ligesom psykologernes opleves lidt adskilt fra det øvrige behandlingsfelt. Det skyldes, at kommunikationen, koordinationen og samarbejdet mellem de privatpraktiserende psykiatere og det øvrige behandlingsfelt er meget begrænset.

2.5 Distriktpsychiatriske centre

Distriktpsychiatrien er et ambulat behandlingstilbud under den regionale behandlingspsychiatri. De distriktpsychiatriske centre er organiseret forskelligt over hele landet. Behandlingstilbudene er typisk medicin og samtale med kontaktperson og psykiater. Nogle steder kan der også være forskellige aktiviteter tilknyttet det distriktpsychiatriske center – f.eks. motion. En del distriktpsychiatriske centre har i dag også forskellige teams, der foretager opsøgende behandling. Målgruppen for disse teams vil typisk være de dårligst fungerende patienter, der selv har svært ved at opsøge behandlingen.

I en undersøgelse af danske psykiatriske patienters opfattelse af behandlingssystemet nævner en del patienter, at de oplever det som stigmatiserende at skulle behandles for deres lidelse i psykiatrien, herunder distriktpsychiatrien. Denne bekymring forhindrer nogle patienter i at søge behandling, selvom de har brug for den (Jacobsen et al. 2010).

Det varierer meget, hvor mange patienter med angst og depression centrene har. Nogle steder har de distriktpsychiatriske centre specialiseret sig i psykotiske lidelser og beskæftiger sig næsten eller slet ikke med affektive lidelser (Arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenciprogrammer 2007). Generelt vurderer vores informanter, at patienter med angst og let til moderat depression er uden for målgruppen for de distriktpsychiatriske centre. Alligevel sker det, at de praktiserende læger henviser denne patienttype til de distriktpsychiatriske centre.

2.6 Ambulatorier og specialklinikker

Psychiatrisk behandling på ambulatorier og specialklinikker er også dagtilbud under den regionale psykiatri. På mange måder ligner behandlingen her den behandling, der tilbydes i distriktpsychiatrien. Specialklinikkerne er dog et relativt nyt tilbud, der fokuserer på meget afgrænsede patientgrupper. I nogle tilfælde vil disse grupper være patienter med angst eller let til moderat depression. Ifølge en af vores informanter kan en klinik defineres som 'en specialiseret funktion, som tager sig af et afgrænset område'. Når et ambulat tilbud kaldes en specialklinik, er det således for at markere, at klinikken har en specifik målgruppe modsat det psykiatriske ambulatorium.

Aktuelt ses en tendens til, at der etableres flere specialklinikker. Dette vil have indflydelse på det felt af behandlingsmuligheder, en patient med angst eller let til moderat depression møder. I vores interview blev specialklinikkerne imidlertid ikke nævnt af andre end dem, der kendte tilbuddene fra deres egen organisation. Dette kan dels skyldes, at der ikke har været lignende tilbud i de øvrige informanters områder, dels at tilbuddene endnu ikke er særligt kendte blandt de praktiserende læger.

2.7 Kommunen

Umiddelbart kan det virke fejlplaceret at beskrive kommunen som en aktør på behandlingsfeltet for angst og let til moderat depression. Kommunerne forbindes sjældent med behandling. Når vi alligevel tager kommunen med her, skyldes det, at kommunen og specifikt jobcentrene i stigende grad beskæftiger sig med denne gruppe patienter og derfor spiller en rolle for de behandlere, vi har interviewet.

Grunden til, at kommunerne i stigende grad fokuserer på patienter med depression og angst, må antages at være en konsekvens af, at en stadig stigende andel af de personer, der tilkendes sociale ydelser, har en psykisk lidelse. Eksempelvis angiver KL i en undersøgelse fra 2011, at en tredjedel af sygedagpengemodtagerne har psykiske lidelser, og af 75 % af disse lider af depression (KL 2011). Derudover viser en undersøgelse af Epløv og Birket-Smith fra 2007, at antallet af personer, der får tilkendt førtidspension er steget i perioden 2001-2006. Denne stigning hænger sammen med en stigning i antal førtidspensionister med psykiske lidelser, som er steget med 33 % i samme periode, hvor antallet af førtidspensionister med alle andre diagnoser er faldet. Teamlederen fra et fastholdelsesteam i et kommunalt jobcenter fortæller, at patienter med lidelser som angst, depression og stress udgør en stor del af de borgere, hun møder i sit arbejde.

Ifølge vores informanter er det især jobcentrene, der har fokus på patienter med angst og let til moderat depression. Kommunens voksende rolle på behandlingsfeltet for depression

og angst ses dels i kraft af flere tilbud med fokus på bl.a. psykisk sygdom/sårbarhed fra kommunen til den ledige/sygemeldte, dels gennem personlig kontakt mellem sagsbehandler og praktiserende læge eller privatpraktiserende psykiater.

2.7.1 Opsummering

Kommunens rolle på feltet for angst og let til moderat depression er vokset, i takt med at kommunerne har overtaget den tidligere statslige arbejdsformidlingsrolle, og i takt med at antallet af ledige og sygemeldte borgere med angst og depression er vokset. Kommunerne har en stor økonomisk interesse i at fastholde borgerne på arbejdsmarkedet. I dette ærinde kan kommunens indsats overlappe med behandlingssystemets indsats, samtidig med at der er klare forskelle i formålet med indsatser. For kommunerne handler indsatsen om at få *borgeren* tilbage på arbejdsmarkedet, mens det for behandlingssystemet handler om at gøre *patienten* rask. Kommunens stigende interesse i at forbedre indsatsen i forhold til denne patientgruppe har skabt en bølge af tilbud og projekter, der går på tværs af sundhed og arbejdsmarked. I næste kapitel introduceres et par af disse tilbud.

2.8 Tværgående problematikker blandt de permanente tilbud på behandlingsfeltet

I ovenstående gennemgang er identificeret en række problematikker, som knytter sig til den enkelte aktør. Der er dog også nogle tværgående problematikker, der kort vil blive præsenteret i dette afsnit. De falder i to dele. Der er for det første en kapacitetsproblematik og for det andet en samarbejdsproblematik.

2.8.1 Mangel på relevante tilbud belaster behandlingens kvalitet, konsekvens og gennemsigtighed

Formelt er der en række henvisningsveje, der binder de forskellige aktører i behandlingsfeltet sammen. Ideelt set henvender en patient med angst eller depression sig til sin praktiserende læge, som enten forestår behandlingen selv, eller i mere komplicerede tilfælde henviser patienten til psykolog eller psykiater – valget baseres på en afvejning mellem behovet for samtaleterapi og medicinsk terapi. Når behandlingen hos specialisten er vel gennemført, henvises patienten tilbage til den praktiserende læge.

I praksis udfordres denne logik af en række forhold. Den praktiserende læges manglende interesse og/eller kompetence kan lede til henvisninger hos andre aktører, hvor dette ikke burde være nødvendigt. Ventetid hos psykiater kan lede til henvisning til psykolog eller til distriktspsykiatrisk center; manglende betalingsevne hos patient kan omvendt lede til henvisning til psykiater eller distriktspsykiatrisk center. Disse kapacitetsproblemer i systemet leder til, at patienterne ikke altid får den bedste behandling på et givent tidspunkt. De forskellige strategier til at manøvrere i feltet leder til en mangel på gennemsigtighed i forhold til valg af behandlingstilbud.

2.8.2 Samarbejdsproblemer

I et behandlingsfelt, hvor det er meningen, at der foregår henvisning af patienter mellem forskellige aktører, er det afgørende, at der er et reelt samarbejde mellem disse aktører. Behandlingen af mennesker med angst og depression er dog til dels præget af en række udfordringer på dette område. Dels er der ikke stor tradition for kommunikation på tværs af behandlingsfeltet, dels er feltet præget af forskellige professionelle traditioner, og endelig kan forskellige agendaer problematisere samarbejdet.

Som tidligere beskrevet oplever de praktiserende læger den epikrise, de får fra de privatpraktiserende psykologer og psykiatere, som mangelfuld, ligesom psykiaterne oplever kommunikationen med kommunen som mangelfuld.

Den dominerende årsag, som informanterne vender tilbage til, når der tales om samarbejde, er økonomien. Når en alment praktiserende læge skal ringe om råd hos en psykiater, skal han/hun så betale det af egen lomme? Når en psykolog afslutter en patient til almen praksis, skal han/hun så selv donere tid på at få patientens samtykke til en mere fyldestgø-

rende beskrivelse af behandlingsforløbet? Og hvis en patient får medicin hos én behandler og samtalebehandling hos en anden, hvem af dem skal så finansiere, at de bliver orienteret om hinandens erfaringer? Der findes ingen entydige svar på disse spørgsmål, og ifølge vores informanter betyder det, at der i realiteten kun er meget lidt kommunikation på tværs af feltet.

Udover honorarproblemet lader det også til at have rod i en faglig og etisk tradition for en særlig fortrolighed mellem patient og behandler på det psykiatriske område, der betyder, at behandlerne er langt mindre tilbøjelige til at dele information om behandlingen end på det somatiske område. Både den privatpraktiserende psykolog og psykiater fremhæver patientens accept og samtykke, når de forklarer, hvad de vælger at viderekommunikere til den praktiserende læge eller til hinanden. De to faggruppers behandlingsetik og tavshedspligt kan på den måde komme til at stå i modsætning til ambitionen om et sammenhængende behandlingsforløb. Alle behandlere understreger, at hvis der virkelig er behov for, at de taler med andre i systemet, vil de naturligvis gøre det. Men de understreger, at denne handling skyldes deres personlige og faglige integritet, og at det ikke er noget, man kan regne med, at alle gør. De fortæller også, at de meget sjældent oplever et behov for at søge sparring eller i øvrigt kontakte andre behandlere på feltet.

En sidste udfordring handler om forskellige agendaer. Denne problematik findes i samspillet mellem en række aktører på behandlingsfeltet, men er nok mest udtalt i det nyopståede samarbejde mellem kommunernes jobcentre og den psykiatriske behandling. Jobcentrenes rolle på behandlingsfeltet er først og fremmest at få borgerne tilbage til arbejdsmarkedet, så hurtigt som borgerne er i stand til det. Fokus vil hos læger og psykolog i højere grad være behandling og helbredelse, og spørgsmålet om arbejde vil være underordnet dette fokus.

2.9 Opsummering

De praktiserende læger er den primære aktør i behandlingen af mennesker med angst og depression. Behandlingen er dog kendetegnet ved et misforhold imellem det, de praktiserende læger bør gøre, og hvad de kan gøre. I princippet bør de praktiserende læger kunne behandle patienter med let til moderat depression og angst i deres egen praksis. Det gør de også i vid udstrækning, men som det fremgår af denne kortlægning, bliver patientgruppen af forskellige årsager også behandlet på mere specialiseret niveau. Det kan f.eks. være på grund af manglende ressourcer, kompetencer, økonomisk incitament eller interesse hos den praktiserende læge.

De privatpraktiserende psykologer er en anden vigtig aktør. En vigtig udfordring i forhold til disse er den manglende og/eller mangelfulde kommunikation mellem dem og de øvrige aktører på feltet, først og fremmest de praktiserende læger. En anden vigtig udfordring er patienternes delvise finansiering af deres behandling – et forhold der kan udelukke nogle patienter fra et relevant tilbud.

I forhold til de psykiatriske speciallæger er den primære problematik ventelister. Og i forhold til behandling på distriktspsykiatriske centre og psykiatriske ambulatorier kan patienternes ønske om at undgå kontakt med behandlingspsykiatrien grundet en oplevelse af stigmatisering også spille en rolle.

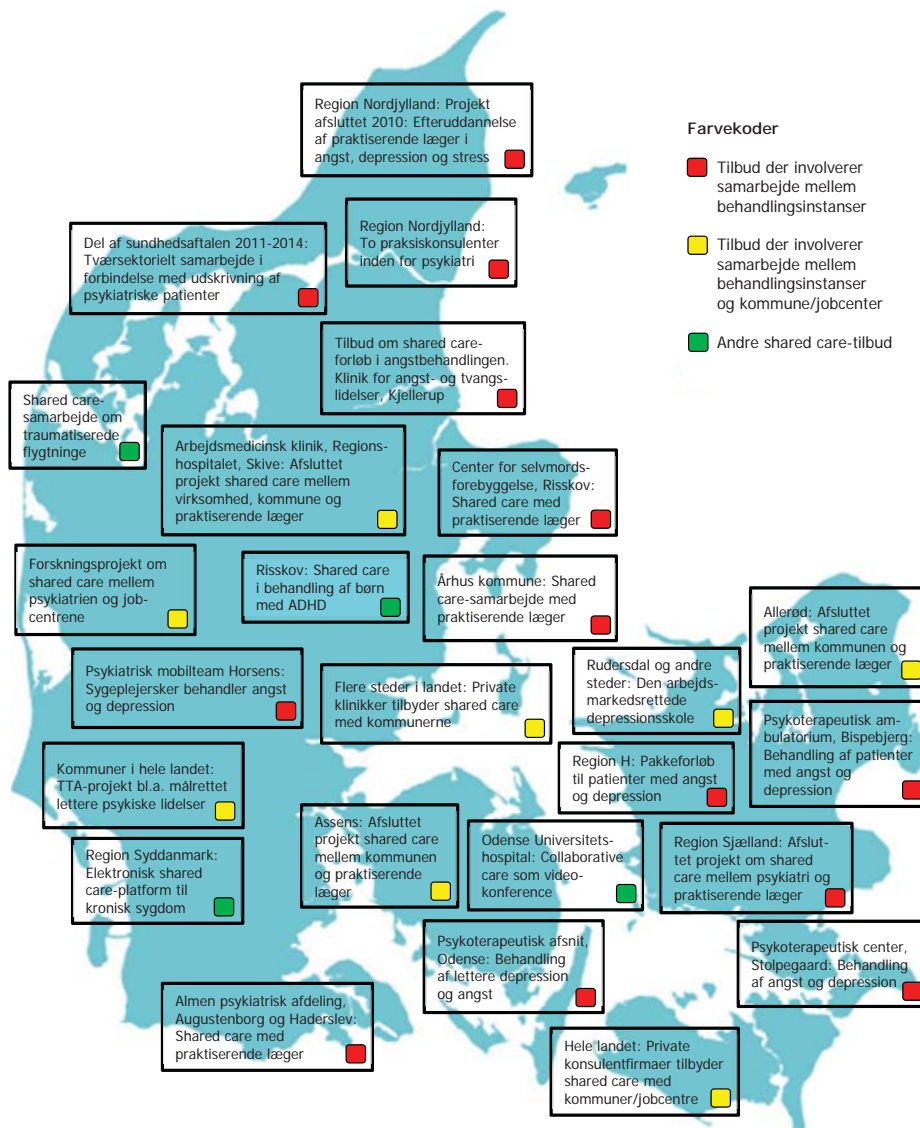
Der er ikke nogen tvivl om, at kommunerne er vigtige aktører i feltet angst og depression. Der er dog betydelig uklarhed om deres rolle og interesse, som gør samarbejde og inddragelse vanskeligt. Af tværgående problematikker er det dels generelle kapacitetsproblemer, dels samarbejdsproblemer mellem aktørerne, der organisatorisk og kulturelt er meget forskellige.

3 Kortlægning af behandlingsfeltet: Projektbaserede og lokale tilbud

Dette kapitel beskriver nogle af de tilbud, som angst- og depressionspatienter kan møde udover den mere etablerede behandlingsstruktur. Parallelt til det etablerede behandlingssystem, ser vi en knopskydning af lokale, tværsektorielle og projektbaserede tilbud, der på forskellige måder er målrettet angst- og depressionspatienter. Det handler f.eks. om placering af psykiat-

tere på jobcentrene, depressionsskoler og mobile teams med psykiatriske sygeplejersker. Dette kapitel beskriver et udvalg af tilbuddene. Formålet er dels at komme tættere på den organisatoriske kompleksitet, der præger feltet, og dels at forsøge at indfange nogle af udviklingstendenser, der går på tværs i de forskellige tilbud. Tilbuddene varierer både i formål, omfang, geografi, diagnoser og involvering af faggrupper. Figur 2 viser et udpluk af de mange forskelligartede tilbud, der findes i Danmark til patienter med angst og depression.

Figur 2: Lokale og projektbaserede tilbud til patienter med angst og depression i Danmark



Overordnet kan man se to spor i udviklingen af tilbud til patienter med angst og let til moderat depression: Et spor der handler om at integrere en psykiatrisk indsats med en beskæftigelsesindsats og derfor inddrager kommunen, og som vi vil kalde beskæftigelsessporet, og et spor der fokuserer på at forbedre den psykiatriske behandling via forbedring af det tværinstitutionelle samarbejde i behandlingssystemet, og som vi kalder behandlingssporet.

3.1 Fem projektbaserede og lokale tilbud: Baggrund for udvalg

Vi har til dette kapitel valgt at beskrive fem projekter: To projekter hører til beskæftigelsessporet og tre til behandlingssporet.

Beskæftigelsessporet

Det store TTA-projekt går ud på at lave en tværfaglig, bedre koordineret og tidlig indsats for at få langtidssygemeldte tilbage på arbejdsmarkedet. Det består bl.a. af en klinisk enhed med speciallægekompetencer i psykiatri. Projektet er dels taget med her, fordi det er et meget omfattende projekt, som aktuelt påvirker mange kommuner, og dels fordi det er en del af den tendens, der sammentænker psykiatrisk udredning og behandling med en beskæftigelsesindsats.

PsykiatriFondens arbejdsmarkedsrettede depressionsskole er et tilbud fra PsykiatriFonden til kommunerne, som skal mindske de personlige, arbejdsmæssige og økonomiske omkostninger ved depression. Projektet er taget med her, fordi det er et eksempel på, at kommunerne er aktive i forhold til håndteringen af depression. Projektet kan på den måde belyse de udfordringer, dette kan give.

Behandlingssporet

Psykiatriske mobilteams – eksemplificeret ved mobilteamet i Regionspsykiatrien Horsens, Skanderborg, Hedensted og Odder, er et sygeplejefagligt behandlingstilbud, som ofte er organiseret efter en shared care-model. Tilbuddet er taget med her, fordi vi aktuelt ser et øget antal mobilteams, og fordi det er et eksempel på, hvordan shared care er blevet oversat til en dansk kontekst.

Pakkeforløb til ikke-psykotiske lidelser i Region Hovedstaden er et tiltag, som skal sikre et ensartet behandlingsniveau og skabe et bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb for patienten. Pakkeforløbet er taget med, fordi det er et eksempel på et behandlingsforløb målrettet til gruppen med angst- og depression – også i lettere grader.

Region Sjællands Shared Care-projekt er et afsluttet projekt, hvor man har søgt at implementere nogle af anbefalingerne omkring shared care med henblik på at afprøve denne organiseringsform og dens effekt på behandlingen af patienterne. Projektet er medtaget i denne gennemgang, fordi det er et af de største og mere systematiske forsøg på at afprøve Collaborative Care modellen i Danmark og dermed præsenterer vigtige indsigter i, hvordan et sådan tilbud kan fungere.

3.2 Det store TTA-projekt

TTA står for *Tilbage Til Arbejdet*. Projektet går kort fortalt ud på at oprette nogle funktioner med særlige ressourcer i kommunerne, der skal forbedre kommunernes indsats over for langtidssygemeldte borgere, som er i risikozonen for at miste forbindelsen til arbejdsmarkedet. Projektet bygger på tidligere danske og udenlandske TTA-forsøg, som i mindre omfang har haft fokus på langtidssygemeldte – typisk med en bestemt diagnose. Det store TTA-projekt fokuserer på alle langtidssygemeldte borgere med en række forskellige diagnoser. Projektet involverer i alt 20 kommuner landet over – 12 som indgår direkte som projektkommuner, og 8 som først indgår som kontrolkommuner og siden som projektkommuner.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, NFA, er tovholder for projektet og står bl.a. bag projektbeskrivelsen og statusredegørelsen, som denne beskrivelse bygger på (Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø 2009, Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø 2011).



Det store TTA-projekt

Formål: Forbedre indsatsen over for langtidssygemeldte, så tilknytningen til arbejdsmarkedet fastholdes/genoprettes.

Målgruppe: Langtidssygemeldte med mange forskellige helbredsproblemer, der visiteres til kategori 2.

Involverede parter: Kommunerne, den sygemeldtes arbejdsplads, den sygemeldtes egen praktiserende læge, en projektbaseret TTA-kordinator, et projektbaseret TTA-team og en projektbaseret Klinisk enhed.

Omfang: 12 kommuner indgår som projektkommuner, 8 kommuner indgår først som kontrolkommuner og senere som projektkommuner.

Finansiering: Forebyggelsesfonden yder tilskud til hver enkelt deltagende kommune beregnet ud fra en økonomisk model. Den overordnede ramme er 240 mio. kr.

Kilde: NFA 2011: Det store TTA-projekt. Statusredegørelse.

3.2.1 Organisering af projektet

TTA-projektet involverer først og fremmest kommunerne. Her oprettes nogle særlige funktioner: 1) En *TTA-kordinator*, som udvælges til at facilitere, koordinere og understøtte TTA-processen i den enkelte kommune, 2) et *tværfagligt TTA-team*, som består af en psykolog og en person med arbejdsfysiologisk kompetence – f.eks. en fysioterapeut, og 3) en *Klinisk Enhed*, som består af speciallægekompetencer i psykiatri og arbejds-, social- eller almen medicin. Klinisk Enhed arbejder tæt sammen med TTA-teamet, men er organisatorisk adskilt fra kommunen (Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø 2009). Derudover tænkes den sygemeldtes arbejdsplads og egen praktiserende læge ind i forløbet. *Den praktiserende læge* bør ifølge projektbeskrivelsen orienteres, når en sygemeldt visiteres til TTA-indsatsen, og når der foreligger en evt. udredning i den kliniske enhed.

Den kliniske enhed og psykologens rolle i TTA-teamet er af særlig interesse i denne kontekst, hvor vi er interesserede i behandlingsfeltet for angst og depression. Den kliniske enhed er et eksempel på, at en psykiatrisk behandlingsfaglig kompetence i højere grad integreres i kommunens arbejde. De psykiatriske og psykologiske kompetencer i kommunen kommer til at virke parallelt eller i samspil med de permanente psykiatriske tilbud og bidrager til en øget kompleksitet på behandlingsfeltet.

3.2.2 TTA-indsatsen

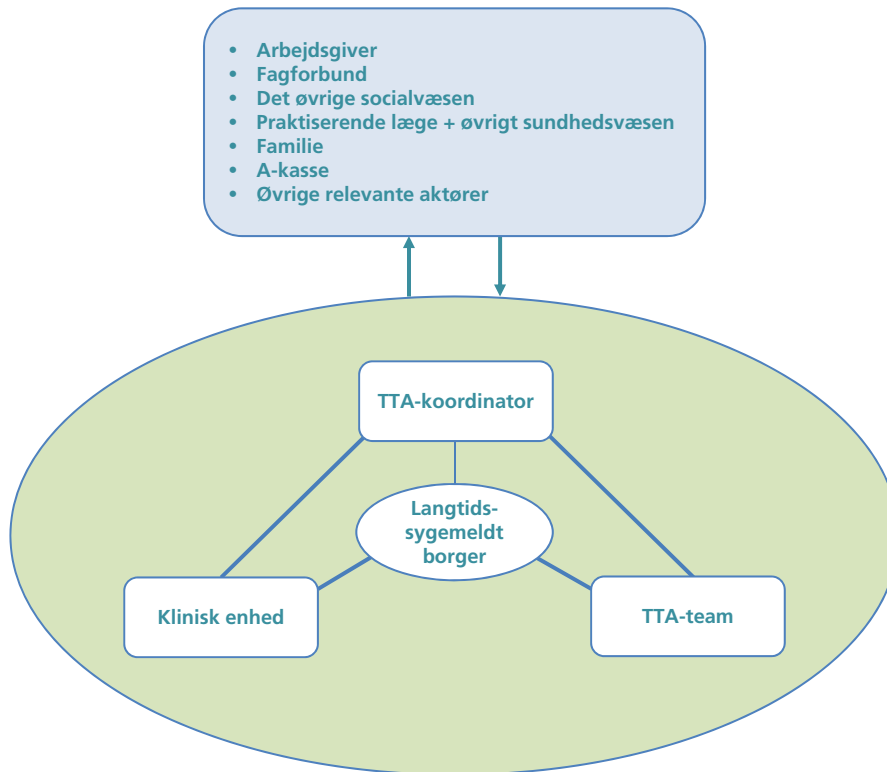
En borger visiteres automatisk til TTA-projektet, hvis han/hun visiteres til kategori 2 af jobcentret i forbindelse med modtagelse af sygedagpenge. Kategori 2 inkluderer borgere med risiko for langvarigt sygdomsforløb, eller risiko hvad angår arbejdsevnen, men hvor det vurderes at være muligt for borgeren 'at være stand til at vende gradvist tilbage i arbejde og/eller være i stand til at deltage i et aktivt tilbud efter Lov om aktiv beskæftigelsesindsats' (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2011).

Det første, der sker, når en borger visiteres til kategori 2, er, at en TTA-kordinator ved at bruge et særligt udviklet værktøj vurderer, hvem der skal tage sig af sagen. En række sager håndteres af TTA-kordinatoren selv gennem samtaler med borgeren, koordinering med arbejdspladsen, A-kassen, praktiserende læge, fagforbund og det øvrige social og sundhedssystem (.). I andre sager vil TTA-teamet og/eller Klinisk Enhed blive inddraget. I sager, som involverer borgere med psykiske problemstillinger, vil det ifølge projektbeskrivelsen typisk være relevant med en udredning hos Klinisk Enhed, inden det på den obligatoriske, fælles, ugentlige konference drøftes, hvilke muligheder der er for borgeren. Når den kliniske enhed foretager

en vurdering af borgeren, skal enheden bruge særlige guides og formidlingskabeloner, som skal lette det tværfaglige arbejde.

For at ruste medarbejderne til TTA-projektet blev koordinatore, psykologer og fysioterapeuter bl.a. sendt på 3 ugers efteruddannelse.

Figur 3: TTA-projektets organisering



Den helt konkrete udformning af TTA-strukturen er op til den enkelte kommune. Det vil bl.a. sige, at det inden for rammerne er op til kommunen, hvordan den vil bemane og placere de forskellige positioner, samt hvordan den vil organisere de tværfaglige konferencer.

3.2.3 Evaluering

En statusredegørelse om TTA-projektet er netop blevet udgivet – en egentlig evaluering vil først blive færdiggjort i slutningen af 2012. Statusredegørelsen viser en vis variation i organiseringen af TTA-indsatsen i de forskellige kommuner. Alle har skullet ansætte nye medarbejdere og/eller købe arbejdskraft af eksterne udbydere (Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø 2011). Alle kommuner – på nær én – har købt den kliniske enhed hos en ekstern udbyder; enten et privat firma eller en afdeling på et hospital.

Den foreløbige evaluering af de psykologiske og psykiatriske tiltag i projektet er blandet. Overordnet skriver NFA, at kommunerne er glade for den tværfaglige indsats, og at mange fortæller, at de ikke kan forestille sig at gå tilbage til den gamle arbejdsform (Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø 2011). Specifikt skriver NFA, at 'en del' tilbagemeldinger viser, at den koordinerede indsats reducerer antallet af sundhedsfaglige vurderinger, man ellers kan se, når eksempelvis patientens egen læge, psykiater og kommunallæge foretager hver deres vurdering. Det giver ifølge NFA et mere 'rent' sygdomsbillede, der er nemmere at lægge planer ud fra (Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø 2011). Kommunerne er generelt tilfredse med, at der via den kliniske enhed indgår psykiatere i projektet. Flere borgere oplever imidlertid, at formålet med at blive visiteret til den kliniske enhed er uklart. Større tilfredshed er der med de mere psykologiske tilbud (gruppeforløb), som flere borgere fortæller, har gjort et stor forskel for dem (Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø 2011).

3.3 PsykiatriFondens arbejdsmarkedsrettede depressionsskole

PsykiatriFondens arbejdsmarkedsrettede depressionsskole udspringer af PsykiatriFondens åbne depressionsskoler. De åbne depressionsskoler, som startede i 2005, er et undervisningstilbud til mennesker med let til moderat depression. Gennem kurset får deltagerne viden om og redskaber til at identificere tidlige tegn på depression, og de lærer, hvordan de selv kan være med til at forebygge tilbagefald (PsykiatriFonden 2011). Ifølge PsykiatriFonden selv viser evalueringerne af de enkelte kursusforløb, at kursisterne oplever en væsentlig reduktion af deres depressive symptomer.



PsykiatriFondens arbejdsmarkedsrettede depressionsskole

Formål: At lære at identificere tidlige tegn på depression, at forebygge tilbagefald og indgå på en arbejdsplads.

Målgruppe: Mennesker med let til moderat depression, der på grund af depression og/eller stress har mistet eller er i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Indsatsen: Undervisning i hjælp til selvhjælp.

Omfang: Pr. 1. oktober 2011 har 17 kommuner udbudt depressionsskoler. I efteråret 2011 har 1 kommune udbudt en depressionsskole.

Finansiering: Depressionsskolen koster 74.000 kr. ekskl. moms pr. hold med maks. 25 deltagere. Beløbet er ekskl. transport for underviseren. Det er kommunen, der betaler depressionsskolen.

Ideen til de arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler kom fra konkrete kommuner, der kontaktede PsykiatriFonden med henblik på at etablere lukkede forløb for kommunens borgere baseret på principperne fra de åbne depressionsskoler. De første arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler løb af stabelen i 2008. Nogle af de første kommuner, der har brugt tilbuddet, har været Rudersdal, Hillerød og Høje Taastrup kommuner. De arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler tilføjer et yderligere fokus på arbejdspladsens rolle i forhold til at være depressionsudløsende, og hvordan man vender tilbage til arbejdsmarkedet eller en konkret arbejdsplads efter en periode med depression. Kommunernes baggrund for at oprette depressionsskolerne har været at facilitere en fastholdelse eller tilbagevenden til arbejdsmarkedet for de af kommunens borgere, der er i risiko for at miste denne tilknytning eller har mistet den på grund af depression og/eller stress. Siden 2008 har i alt 17 kommuner benyttet sig af tilbuddet.

3.3.1 Den praktiske organisering

Undervisningen foregår med fem ugentlige mødegange à tre timers varighed og et opfølgingsmøde efter et par måneder. Der kan være op til 25 deltagere på et kursus. Undervisningen varetages af en af PsykiatriFondens erhvervspsykologer, og ved en eller to undervisningsgange deltager også en psykiater med henblik på at formidle viden om det biologiske og medicinske aspekt af sygdom og behandling. Den primære tilgang er baseret på kognitiv teori og metode. De arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler er et undervisningstilbud – ikke et behandlingstilbud. I det omfang, at deltagerne er i behandling for deres depression, fortsættes behandlingen.

Det konkrete program tilpasses det enkelte holds ønsker og erfaringer, men omfatter typisk følgende centrale elementer (PsykiatriFonden 2011):

- Den enkeltes depressionsgrad
- Symptomer
- Depressionstyper

- Negativ stress og depression
- Kognitive strategier
- Psykoedukation – tænkning, følelsesliv, fysiologi og adfærd
- Årsager
- Coping-strategier – vanskelige situationer, følelser og modgang
- Psykiatrisk behandling
- Søvn, lys og motion
- Metoder til forebyggelse
- Tilbagefald
- Strategier for den enkelte i forhold til tilbagevenden til arbejde.

Til de arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler er det den kommunale samarbejdspartner – som regel jobcentret – der visiterer deltagere til kurset. Målgruppen er dog fortsat mennesker med let til moderat depression. Der bliver ikke som et led i kurset oprettet kontakt til andre aktører på området. Nogle kommuner har stillet krav til deltagerne om fremmøde for at kunne beholde de sociale ydelser. PsykiatriFonden har ladet den enkelte kommune afgøre praksis omkring krav til fremmøde eller ej.

3.3.2 Udfordringer for den fortsatte etablering af skoler

I den første periode har de fleste arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler været iværksat som udviklingsprojekter i kommunerne, og midlerne er ofte kommet fra de lokale beskæftigelsesråd. Det har dog været et problem at fortsætte skolerne de steder, hvor forløbene skulle overgå fra at være udviklingsprojekter til almindelig drift, og det har flere steder ført til en nedlæggelse af de arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler. Et andet forhold, der har spillet ind på depressionsskolernes udbredelse, har været en ændring i de kommunale refusionsregler, der har betydet, at mennesker på kontanthjælp skal være aktiveret minimum 10 timer om ugen. Og det har konceptet om de arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler ikke kunnet honorere. Samlet set har dette betydet, at PsykiatriFonden har oplevet en meget lavere efterspørgsel efter dette kursus nu, end man gjorde de første par år efter oprettelsen. I efteråret 2011 kører tilbuddet således kun i én kommune, som har omdøbt kurset til en 'Mestrings-skole' og også inkluderet borgere med angst og stress.

PsykiatriFonden tilbyder ikke som en del af konceptet, at man kan overdrage depressionsskolen til kommunen. En fortsat udbydelse af de arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler kræver, at kommunen fortsætter med at købe denne ydelse hos PsykiatriFonden. PsykiatriFonden evaluerer som nævnt det enkelte forløb, men har ikke foretaget nogen samlet evaluering af de arbejdsmarkedsrettede depressionsskoler.

3.4 Psykiatrisk mobilteam

Flere distriktspsykiatriske centre og psykiatriske ambulatorier er begyndt at oprette 'mobilteams' eller 'akutte teams'. Et mobilteam består typisk af sygeplejersker med psykiatrisk erfaring, som tilbyder behandling til en specifik patientgruppe i patientens eget hjem eller på det sted, de udgår fra – f.eks. et psykiatrisk ambulatorium. Nogle steder er ordningen med mobilteamet permanent, andre steder er den projektbaseret. I denne beskrivelse tager vi udgangspunkt i det psykiatriske mobilteam fra Regionspsykiatrien i Horsens. Der foreligger en aktuell og grundig evaluering af tilbuddet. Evalueringen er blevet foretaget i maj 2010 af Center for Kvalitetsudvikling, Århus (Ahlgreen 2010).

3.4.1 Indsatsen

Målgruppen for mobilteamet i Horsens og omegn er voksne med moderat/svær depression, der har brug for en ekstra indsats i en kortere periode. Mobilteamet har som projekt fra 2004-2007 taget sig af denne gruppe. I 2007 blev tilbuddet permanent. Fra 2004-2007 modtog teamet også patienter med angstlidelser, men nu henvises disse til Klinikken for Angst og Tvangslidelser i Silkeborg. Teamet er organiseret som en selvstændig enhed, der fysisk udgår

fra Regionshospitalet Horsens og har optageområde i Horsens, Hedensted, Odder og fra 2009 også Skanderborg Kommune. Teamet består af fire sygeplejersker med flere års erfaring inden for behandlingspsykiatrien. Sygeplejerskerne får fast supervision af en psykiatrisk overlæge og supervision ved en psykolog hver sjette uge (Ahlgreen 2010).



Psykiatrisk mobilteam, Regionspsykiatrien Horsens

Formål: At yde en tidlig indsats, at inddrage netværket og at forebygge indlæggelse af patienter med moderate til svære depressioner. Desuden at systematisere og kvalificere samarbejdet med de praktiserende læger om målgruppen.

Målgruppe: Voksne over 18 med moderat/svær depression og behov for ekstra psykiatrisk indsats i en kortere periode.

Indsatsen: Subakut indsats i kortere periode i patientens eget hjem.

Omfang: Teamet hører til distriktspsykiatrien ved Regionspsykiatrien Horsens, Skanderborg, Hedensted og Odder. I perioden 15/8-2009 til 1/2-2010 registrerede teamet 79 aktive patienter.

Finansiering: Psykiatrien i Region Midtjylland.

Teamet arbejder efter shared care-princippet, som ifølge projektbeskrivelsen indebærer, at 'patientens egen alment praktiserende læge er direkte henviser og desuden beholder behandlingsansvaret i den periode, hvor mobilteamet har kontakt med patienten' (Ahlgreen 2010). Desuden har den praktiserende læge mulighed for at sparre med de psykiatriske sygeplejersker. Det er altid den praktiserende læge, der visiterer til mobilteamet; enten direkte eller via den psykiatriske afdeling. Evalueringen viser, at omkring halvdelen af patienterne er henvist direkte til mobilteamet (Ahlgreen 2010).

Hvis patienten har et akut behov for støtte, har teamet kapacitet til at starte forløbet med det samme. Ellers kan der være en ventetid på 2-3 uger.

Indsatsen består i et behandlingsforløb på 6-8 uger med 1-2 ugentlige hjemmebesøg. Her ydes bl.a. rådgivning om behandling, støttende samtaler, psykoedukation, miljøterapi og tilbagefaldsforebyggende rådgivning og pårørendesamtaler (Ahlgreen 2010). Forløbet indledes med en forsamling, hvor to sygeplejersker deltager. Her danner sygeplejerskerne sig et billede af patientens behov og lægger en behandlingsplan. Behandlingsplanen indeholder bl.a. opstart/omstilling af medicin, etablering af daglig struktur, rådgivning om livsstil og psykoedukation. Teamet kan også i nogle tilfælde hjælpe patienten med kontakt til f.eks. en kommunal sagsbehandler, jobcenter eller lignende.

Mobilteamet har gjort opmærksom på sig selv ved projektets opstart ved personligt at informere hver enkelt læge i optageområdet. I 2008/2009 har de indledt en ny runde, hvor de både har kontaktet nogle af de lægehuse, der ikke har henvist til tilbuddet, og til nogle af dem som har.

3.4.2 Evaluering af mobilteamet

Ahlgreen fra Center for kvalitetsudvikling viser i sin evaluering, at 16 ud af de 19 patienter, der har udfyldt en funktionstest inden og efter mobilteam-forløbet, har oplevet en væsentlig forbedring i funktionsniveau. Målt på en skala fra 0 (har 'slet ikke' forringet evne til at udføre daglige gøremål) til 8 ('kan ikke' udføre daglige gøremål) har patientgruppen gennemsnitligt flyttet sig fra 6 (udpræget forringet funktionsniveau) til 3 (let til noget forringet funktionsniveau) (Ahlgreen 2010). I en kvalitativ evaluering, lægger patienter og pårørende bl.a. vægt på:

- At sygeplejerskernes besøg er forbundet med tryghed. Sygeplejerskernes væremåde og specialviden om depression betyder meget

- Tilegnelsen af redskaber til at genoprette fungerende dagsstrukturer, bevæge sig uden for hjemmet m.m. Behandlingen opleves som forebyggende i forhold til indlæggelse
- Nogle ønsker, at antallet af besøg blødes op og tilpasses individuelt.

Ahlgreen beskriver også de alment praktiserende lægers vurdering af mobilteamet. Her er en tendens til, at de læger, der har et stort erfaringsgrundlag på grund af mange henvisninger, henviser direkte til mobilteamet. Overordnet er lægerne tilfredse/meget tilfredse med tilbuddet og det faglige samarbejde. Lægerne mener, at det har haft nogen/stor betydning for patienternes efterfølgende tilstand og tryghed, at mobilteamet kan forebygge indlæggelser, og at teamets tilstedeværelse betyder lettere adgang til behandling for målgruppen (Ahlgreen 2010).

Nogle af de alment praktiserende læger udtrykker ifølge Ahlgreen forbehold i forhold til princippet om, at de skal beholde behandlingsansvaret, når patienten er i behandling hos mobilteamet. Dette er især blandt læger, som har henvist til psykiatrisk afdeling og først efterfølgende har fundet ud af, at deres patient er blevet visiteret til mobilteamet. Lægernes utilfredshed opstår typisk i situationer, hvor mobilteamet foreslår ændret medicinering. Hvis lægen ikke har erfaring med den foreslåede medicin, mener lægerne, at det må være overlægerne i ambulatoriet, der bør have behandlingsansvaret (Ahlgreen 2010). De alment praktiserende læger er altså generelt positive, men stiller spørgsmålstegn ved, om ansvarsfordelingen, der tager udgangspunkt i shared care, er ordentligt afklaret.

3.5 Pakkeforløb til ikke-psykotiske lidelser i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden påbegyndte i november 2010 implementeringen af pakkeforløb til patienter med ikke-psykotiske lidelser, der visiteres til ambulante behandling. Pakkeforløbene findes til otte sygdomme inden for det ikke-psykotiske område af voksenpsykiatrien, bl.a. depressiv enkeltepisode, angst og socialfobi, bipolar affektiv sindslidelse, OCD, periodisk depression, personlighedsforstyrrelser og ADHD. I denne kortlægning har vi for overskuelighedens skyld valgt at fokusere på pakkeforløbet til angst og socialfobi.

Pakkeforløbene er i denne kontekst interessante, fordi de har den samme ambition som shared care-modellerne: at sikre et mere sammenhængende behandlingsforløb. Desuden er de interessante, fordi de udgør et behandlingstilbud i sekundærsektoren, som ikke kun er rettet mod patienter med svære psykiske lidelser.

Pakkeforløbene administreres af de ambulante, psykiatriske tilbud – dvs. de distriktspsykiatriske centre og hospitalsambulatorierne. Centrene og ambulatorierne fik skriftlig information om pakkeforløbene i oktober 2010, og de er i forskelligt tempo blevet implementeret siden november 2010 ifølge en informant fra Region Hovedstaden.



Pakkeforløb i Region Hovedstaden

Formål: At sikre et ensartet behandlingsniveau og et bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb. At give patienterne et bedre overblik over deres behandling og sikre, at behandlingen finder sted uden unødigt ventetid.

Målgruppe: Patienter med ikke-psykotiske psykiske lidelser, som visiteres til ambulante, psykiatrisk behandling af deres alment praktiserende læge.

Indsatsen: Harmonisering af behandlingen gennem et forløb med bedre systematik, koordination, information og registrering. Basisforløb 11 timer og udvidet forløb 15 timer.

Omfang: Permanent tilbud i Region Hovedstaden fra november 2010.

Finansiering: Region H Psykiatri.

Kilde: Region H Psykiatri: Pakkeforløb (2011).

Behandlingen udføres af det psykiatriske center eller ambulatorium. Den alment praktiserende læges rolle er at henvise til pakkeforløbet og ofte at følge op på behandlingen. Den alment praktiserende læge kan henvise patienter, som 1) er blevet behandlet med to medikamenter i to behandlingsforløb uden ønsket resultat, og/eller 2) har gennemgået et psyko-terapeutisk behandlingsforløb, og/eller 3) er diagnostisk uafklarede. Henvisningen sendes til psykiatriens centrale visitation, som bl.a. vurderer, om patienten skal henvises til basispakken eller den udvidede pakke (Region H Praksiskonsulentordningen 2011).

3.5.1 Indsatsen

Et pakkeforløb er ifølge Region Hovedstaden et behandlingsforløb, som har fastlagt længde og indhold. I behandlingen af angst og social fobi varer forløbet oftest 1-2 måneder og består af enten et basisforløb på 11 timer eller et udvidet forløb på 15 timer (Region H Psykiatri 2011). Et pakkeforløb for angst og socialfobi indledes med en samtale med lægen på det behandlede center og består herefter af:

- Psykofarmakologi: Behandling med medicin der dæmper symptomerne på sygdommen
- Psykoedukation i gruppe: Information og undervisning i sygdommen, der giver kendskab til sygdommens symptomer
- Psykoterapi og adfærdstræning: Udvikling af strategier og måder at håndtere vanskelige tanker og følelser i forbindelse med sygdommen
- Sociale foranstaltninger: Genoptræning af evnen til at klare sig selv, være sammen med andre og foretage dagligdags gøremål efter en psykisk lidelse
- Tilbagefaldsforebyggelse: Information og undervisning i, hvordan man håndterer tilbagefald, samt hvordan man kan undgå tilbagefald til sygdommen (Region H Psykiatri 2011).

Der er afsat et fastlagt antal minutter til hver ydelse, patienten skal modtage.

Der er foreløbig ingen evaluering af tilbuddet, fordi det er så relativt nyt.

3.5.2 Videre udbredelse

Danske Regioner udgav i november 2011 rapporten 'Kvalitet i psykiatrien'. Her er pakkeforløb med som et af 10 punkter, der skal forbedre den psykiatriske behandling i Danmark (Danske Regioner 2011). Pakkeforløb skal dermed indføres generelt i Danmark, og man forventer, at de første nationale pakkeforløb ligger klar til implementering medio 2012.

3.6 Region Sjællands shared care-projekt

Psykiatrien i Region Sjælland gennemførte fra 2008 til 2011 et forsøg med shared care, hvorfra der ligger en evaluering (Jansbøl 2011). Projektet blev støttet af Indenrigs- og Sundhedsministeriets psykiatripulje 2007-2010. Projektet er et af de projekter i Danmark, der ligger tættest op af collaborative care-modellen, og da denne model anbefales implementeret i en dansk sammenhæng, er det interessant at se på erfaringer og resultater fra Region Sjælland.

Det centrale element i Region Sjællands shared care-projekt er, at der i seks distrikts-psykiatriske centre blev ansat en praksisrådgiver (svarende til hvad man i litteraturen kalder en care manager), som blev knyttet til en række almen praksisser i det område, som distriktet dækker. Praksisrådgiverne skulle primært være ansvarlige for samtalerapi i almen praksis samt fungere som brobyggere mellem psykiatrien og almen praksis. Som et led i projektet modtog de praktiserende læger undervisning i diagnosticering og behandling af angst og depression. Desuden ansatte man psykologer, som skulle tilbyde gruppebehandling af henvisede borgere samt supervisere praksisrådgiverne (Jansbøl 2011).

I forhold til typer af shared care, som beskrives i kapitel 4, er shared care-projektet i Region Sjælland karakteriseret ved "... sammenkædning af liaisonpsykiatri og care management koblet med undervisningstilbud til lægerne" (Ibid: 37). Modellen afviger fra beskrivelserne i kapitel 4 ved, at der ikke blev udarbejdet retningslinjer eller beskrivelser af faste arbejdsgange for samarbejdet mellem læge og praksisrådgiver. Dette har givet rum for en stor variation i den konkrete udformning, der har tilpasset sig til lokale forhold. I nogle almene praksisser har praksisrådgiveren deltaget i konferencer, i andre ikke. Nogle steder har vedkommende forestået undervisning og i andre

ikke. Nogle steder har man formaliserede aftaler om samarbejdet mellem praksisrådgiver og læge, og andre steder er det foregået efter behov. Tilsvarende gælder, at praksisrådgiverens relation til distriktspsykiatrien har varieret meget mellem de seks praksisrådgivere. Muligheden for at kunne henvise til gruppeterapi hos en psykolog er også et element i modellen, som ikke er beskrevet i litteraturgennemgangen.



Region Sjællands shared care-projekt

Formål: At styrke den praktiserende læges behandling af målgruppen.

Målgruppe: Patienter med affektive lidelser og patienter med nervøse og stressrelaterede tilstande i almen praksis.

Indsatsen: Ansættelse af seks praksisrådgivere, tilbud om sparring mellem praktiserende læge og psykiater, tilbud om gruppebehandling ved psykolog.

Omfang: Projektet løb fra 2008 til 2011 (3 år). I denne periode deltog i alt 913 patienter i projektet.

Finansiering: Indenrigs- og Sundhedsministeriets psykiatripulje 2007-2010.

Kilde: Jansbøl 2011.

3.6.1 Evaluering

Evalueringen af Regions Sjællands shared care-projekt benytter sig af både kvalitative og kvantitative metoder og indeholder bl.a. en omfattende dokumentation af lægernes opfattelse og brug af praksisrådgiver. Ligeledes er der en evaluering af patienternes udbytte af shared care-behandlingen baseret på *Clinical Global Impression Scale*.

Clinical Global Impression Scale går fra 1) Ingen tegn på sygdom, 2) Tviltsomt om der er sygdom, 3) Let sygdom, 4) Moderat sygdom, 5) Svær sygdom, 6) Meget udtalt sygdom, til 7) Blandt de mest alvorligt syge patienter inden for den psykiatriske diagnose, som patienten tilhører. Ved start på behandlingen scores patienterne i gennemsnit til 'Let sygdom'. Ved behandlingsafslutningen scorer patienterne i gennemsnit til 'Tviltsomt om der er sygdom'. Evaluator stiller sig dog noget kritisk over for disse positive resultater, fordi de er mere positive, end hvad man har fundet i udenlandske undersøgelser (Ibid: 41-42).

Evaluator finder, at de praktiserende læger generelt er tilfredse med deltagelsen i projektet og med praksisrådgiveren. De nævner, at det vil forbedre samarbejdet med de privatpraktiserende psykologer, hvis disse konsekvent sendte epikriser til de alment praktiserende læger efter afsluttet behandling. De praktiserende læger peger dog også på, at praksisrådgiverne har haft relativt få patienter. I gennemsnit har de behandlet 3,12 patienter pr. arbejdsdag i almen praksis. Dette er tal er lavt i forhold til, hvad den alment praktiserende læge selv gennemfører, og det er derfor spørgsmålet, hvorvidt det er rentabelt for den praktiserende læge at ansætte en praksisrådgiver. Et af de deltagende praksisfællesskaber har dog efter projektet – og dermed finansieringens afslutning – valgt at ansætte praksisrådgiveren.

3.7 Opsummering

De fem tilbud fortæller om den alsidighed og parallelitet, der findes i de tilbud, som angst- og depressionspatienter kan møde. Denne opsummering nævner nogle af de tværgående spørgsmål, som de forskellige projekter peger på.

3.7.1 Mulig integrering mellem de to spor

Formålet med den beskæftigelsesrettede indsats er først og fremmest at få mennesker tilbage i beskæftigelse. På trods af det kommer de beskæftigelsesrettede tilbud i praksis til at ligne de behandlingsrettede. F.eks. består tilbuddet i depressionsskolen 'af en primær psykologisk del

med udgangspunkt i kognitiv terapi' (Psykiatrifonden 2011), hvilket minder meget om den behandling, som den alment praktiserende læge anbefales at give patienter med angst og let til moderat depression.

På den anden side er der væsentlige barrierer for at integrere det beskæftigelsesrettede og det behandlingsrettede yderligere. Flere af vores informanter fremhæver her økonomiske barrierer som det mest betydningsfulde. Den psykiatriske behandlingsopgave hører til i regionerne, mens beskæftigelsesindsatsen hører til i kommunerne. Derfor lægger flere informanter fra kommunerne vægt på, at kommunernes rolle fortsat ikke skal være behandling: Det skal ikke blive kommunernes økonomiske udgift, at regionerne ikke kan tilbyde en ordentlig behandling til patienter med depression og angst. Nogle informanter mener imidlertid også, at når det i det store hele kommer samfundsøkonomien til gode, så burde man kunne finde en praktisk løsning på denne problemstilling.

Flere informanter fremhæver også den mere principielle side af sagen – at mens behandlingssystemet fokuserer på diagnoser og behandlingsregimer, fokuserer kommunen på borgernes funktionsdygtighed og interesserer sig ikke for diagnoser og egentlig behandling. Men måske ligger der også her primært en økonomisk modsætning til grund. I hvert fald ser vi hverken i TTA-indsatsen eller i depressionsskolen problemer med at integrere diagnosticering og egentlig psykologisk og psykiatrisk behandling med de beskæftigelsesrettede tilbud. Det kunne skyldes, at projekterne ikke er belastet af den økonomiske problemstilling om, hvor pengene skal komme fra. Begge indsatses finansieres som regel med øremærkede projektmidler. På den måde undgår projekterne at forholde sig til den økonomiske problemstilling, som i praksis vil være altafgørende for projekternes bæredygtighed, hvis de skal gøres permanente.

3.7.2 Den praktiserende læges rolle

De projektbaserede og lokale tilbud, der aktuelt findes til patienter med angst og let til moderat depression, giver ikke i alle tilfælde den alment praktiserende læge en central rolle, på trods af at vedkommende har det primære behandlingsansvar. I depressionsskolen og TTA-indsatsen er kommunen den centrale aktør, og i pakkeforløbs- og mobilteam-indsatsen er psykiatrien den centrale aktør. Region Sjællands shared care-projekt er det eneste af de gennemgåede projekter, hvor den praktiserende læge står centralt. I de fleste indsatses (undtagen pakkeforløbsindsatsen) beholder den praktiserende læge dog det egentlige behandlingsansvar.

Hvorfor inddrager de fleste af tilbuddene ikke i højere grad de praktiserende læger? De to oplagte svar på dette spørgsmål er for det første, at målgruppen for de nævnte tilbud ikke er helt identisk med målgruppen for behandling i almen praksis. I TTA-indsatsen er målgruppen de arbejdsløse/dem der er i farezonen for at blive det, hvoraf kun en del lider af depression eller angst og dermed gør den alment praktiserende læges rolle relevant. I pakkeforløbs- og mobilteam-indsatsen er målgruppen de patienter, som den alment praktiserende læge har visiteret videre i systemet; ikke de patienter, som behandles af den alment praktiserende læge. For det andet er grunden til, at de alment praktiserende lægers rolle ikke er projekternes omdrejningspunkt, formodentlig at projekterne er udtænkt i og af andre aktører.

Fraværet af involvering af alment praktiserende læger i flertallet af de lokale og projektbaserede tilbud samt interview med diverse fagpersoner vidner om, at det kan være vanskeligt at integrere alment praktiserende læger i tiltag inden for psykiatrien. Dels er der aktuelt mange tiltag, der henvender sig til de praktiserende læger: 'vi kunne have en sygeplejerske i kroniske sygdomme, en fysioterapeut, en ernæringseksperter og en psykiatrisk sygeplejerske tilknyttet, men man skal jo sætte grænsen et sted', vurderer eksempelvis en alment praktiserende læge. Dels er der spørgsmålet om økonomi. Almen praksis styres gennem honorerede ydelser, og de alment praktiserende læger forventer derfor at blive honoreret for den tid, de skal bruge på eventuelle nye tiltag.

3.7.3 Sygeplejerskernes rolle

Argumenterne for at bruge sygeplejersker i angst- og depressionsbehandlingen er flere. For det første er der mangel på psykiatere og i flere områder også på alment praktiserende læger. Brugen af sygeplejersker aflaster disse faggrupper. Desuden er sygeplejersker en relativt billig

arbejdskraft sammenlignet med de andre faggrupper og bidrager derved til at overholde LEON-princippet². Under interviewrunden fortalte lægerne fra den almen praksis, der tidligere har indgået i Region Sjællands shared care-projekt, at de stort set ikke brugte muligheden for sparring med psykiateren i distriktspsykiatrien. Hvis de havde brug for sparring på psykiatriske eller psykologiske problemstillinger, oplevede de, at sparring med deres care manager var helt tilstrækkelig for dem – hvilket også skyldtes, at hun havde mulighed for supervision hos den samme psykiater. Nogle få faggrupper stiller sig dog kritiske over for kvaliteten af den behandling, sygeplejerskerne kan tilbyde, hvilket vi vender tilbage til i næste kapitel.

I en undersøgelse af danske psykiatriske patienters opfattelse af behandlingssystemet nævner en del patienter, at de oplever det som stigmatiserende at skulle behandles for deres lidelse i psykiatrien. Har man først brug for at blive behandlet i psykiatrien, så er man for alvor psykisk syg og dermed også potentielt utilregnelig. Denne bekymring forhindrer nogle patienter i at søge behandling i behandlingspsykiatrien, selvom de har brug for den (Jacobsen et al. 2010). Psykiatrisk personale placeret i almen praksis vil formentlig fjerne en del af den (risiko for) stigmatisering, som nogle patienter synes at opleve.

3.7.4 Psykiaternes og psykologernes rolle

I de forskellige tilbud, vi ser i depressions- og angstbehandlingen i dag, har psykiatere og psykologer vidt forskellige funktioner. I depressionsskoletilbuddet varetager 'PsykiatriFondens erfarne psykologer' undervisningen af de visiterede patienter. I TTA indgår en psykolog i TTA-teamet, og en psykiater indgår i Klinisk Enhed – i forhold til angst- og depressionspatienter er deres rolle at effektivisere og smidiggøre udrednings- og evt. behandlingsforløbet, sådan at borgeren kan komme hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet. I mobilteam-indsatsen er psykiatere supervisorer for de udgående mobilsygeplejersker. I Region Sjællands projekt tilbyder psykologerne bl.a. mulighed for gruppeterapi, og der er mulighed for sparring ved en psykiater. Dette tilbud bliver dog i praksis kun benyttet i meget begrænset omfang.

Generelt er behandlingsfeltet kendetegnet ved en mangel på speciallægekompetencer i psykiatri. Derfor ser man mange projekter, der prøver at tænke i nye baner i forhold til brugen af psykiatere. Umiddelbart ser vi dog, at de fastholder psykiateren i en central placering i behandlingen, også selv om den organiseres anderledes.

3.7.5 Afsluttende overvejelser

Behandlingsfeltet for mennesker med angst og depression er præget af en række forskelligartede projektbaserede og lokale tilbud. Tilbuddene fortæller noget om, hvilken retning behandlingsfeltet bevæger sig i, og om hvilke problematikker feltet aktuelt forsøger at håndtere. Overordnet er behandlingsfeltet kendetegnet ved to udviklingstendenser, dels en tendens, der forsøger at integrere en beskæftigelsesrettet indsats med en behandlingsindsats, og dels en tendens der forsøger at integrere indsatsen på tværs af primær- og sekundærsektoren i det psykiatriske behandlingssystem. At en del af behandlingen foregår i tidsbegrænsede projekter, betyder dog også, at en del patienter vil opleve, at behandlingen ser forskellig ud fra gang til gang, alt efter hvilke projekter, der i øjeblikket løber i et givent lokalområde.

4 Modeller for shared care

De to foregående kapitler har præsenteret en del udfordringer i behandlingen af mennesker med angst og depression, bl.a. de praktiserende lægers manglende interesse i og/eller incitament til at tilbyde samtalerterapi samt kapacitetsproblemer i forhold til psykiatrisk specialviden. Yderligere viste kapitlerne en betydelig pluralisme i behandlingen, alt efter hvor i landet patienten bor. De to næste kapitler vil præsentere og diskutere en model til at løse nogle af disse problemstillinger, nemlig den samarbejdsmodel mellem almen praksis og behandlingspsykia-

2. Idealet i sundhedsvæsenet om, at behandling skal foregå ved Lavest Effektive OmkostningsNiveau.

trien der hedder collaborative care. Denne præsentation vil falde i to dele. I dette kapitel præsenterer vi en række modeller for samarbejdet, der samlet set kaldes shared care, og hvor collaborative care er en af flere. Derefter vil vi i næste kapitel diskutere nogle af de udfordringer, som en mulig implementering af collaborative care vil møde.

4.1 Shared care-modeller: Definitioner og effekter

Shared care er en samlebetegnelse for en række indsatser, som på forskellige måder sigter mod *“et integreret tværsektorielt samarbejde om patientforløb, hvor det fælles ansvar for behandling af patienten deles mellem tværsektorielle og tværfaglige team”* (Rubak, Mainz & Rubak 2002). I Danmark ligger patientansvaret i udgangspunktet hos almen praksis, når der er tale om shared care-samarbejder for patienter med angst og depression (Epløv Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009). Der findes en række forskellige shared care-modeller, ligesom der findes en række forskellige måder at organisere hver model på. Teksten gennemgår seks modeller: 1) Uddannelse og træning af læger og praksispersonale i primær sektor, 2) Liaisonpsykiatri/consultation-liaison, 3) Quality improvement, 4) Care management/case management, 5) Collaborative care og 6) Stepped care/stepped collaborative care.

4.2 Model 1: Uddannelse og træning af læger og praksispersonale i primær sektor

Denne model går ud på, at praksispersonale (typisk en sygeplejerske) eller praktiserende læge bliver støttet i at opbygge viden om og kompetencer til behandling af psykisk sygdom. Det kan både være med henblik på at forbedre de psykiatriske henvisninger og gennem uddannelse i samtalerapi. Undervisningen kan enten bestå af informationsmaterialer som f.eks. guidelines og/eller være baseret på uddannelsesseminarer (Bower, Gilbody 2005a). Denne model indeholder ingen organisatoriske tiltag.

Både Bower et al., Epløv et al. og Gilbody et al. vurderer på baggrund af deres litteraturstudier, at passiv indlæring gennem f.eks. guidelines og korte kurser ikke har nogen effekt alene (Epløv Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009, Bower, Gilbody 2005a, Bower, Gilbody 2005b, Gilbody et al. 2003). Bower et al. tilføjer, at studier af mere intensive træningsforløb i psykosociale interventioner viser mere konsistent effekt (Bower, Gilbody 2005a). Denne form bliver sjældent defineret som shared care, når den står alene. Til gengæld indgår undervisning af praktiserende læger ofte i mange af de andre modeller. F.eks. har Region Sjællands shared care-projekt inkluderet undervisning med bl.a. care management.

4.3 Model 2: Liaisonpsykiatri/consultation-liaison

Modellen går – udover undervisning – ud på, at praktiserende læger løbende får sparring af f.eks. psykiatere fra hospitalspsykiatrien (Epløv Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009, Bower, Gilbody 2005a). Den praktiserende læge henviser kun efter et møde med en psykiater og får feedback på sine henvisninger af psykiateren (Doughty 2006). I nogle tilfælde vil behandlingsansvaret blive overdraget til liaisonpsykiatrien. I sådanne tilfælde er der ikke tale om egentlig shared care, da shared care normalt indebærer, at behandlingsansvaret bliver hos den praktiserende læge (Epløv Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009).

Doughty og Bower et al. konkluderer, at resultaterne af de tilgængelige studier om consultation-liaison modellen er inkonsistente (Doughty 2006, Bower, Gilbody 2005a). Doughty's studie viser dog, at consultation-liaison-modellen forbedrer de praktiserende lægers psykiatriske henvisninger (Doughty 2006). Gilbody et al.'s litteraturgennemgang viser, at consultation-liaison har en positiv effekt på depressionsbehandlingen i almen praksis. Dette kan skyldes, at Gilbody et al. har en bredere forståelse af consultation-liaison (Gilbody et al. 2003). Consultation-liaison-modellen er sammen med collaborative care en af de oftest nævnte modeller i den litteratur, der beskæftiger sig med shared care for angst- og depressionsbehandling.

4.4 Model 3: Quality improvement

Denne model handler om at forbedre diagnosticeringen og behandlingen af en sygdom gennem midler som screening, uddannelse af læger og personale i almen praksis, integration af case managers (sygeplejersker med særlig rolle i forhold til den psykiatriske patient) og sparring med specialister (Gilbody et al. 2003).

Gilbody et al. har undersøgt to studier, som måler effekten af quality improvement i forhold til, om patienter bliver bedre til at tage deres medicin, eller om patienter i højere grad deltager i kognitiv adfærdsterapi. Modellen viser positive resultater på begge parametre efter seks og 12 måneder, men effekten forsvinder efter 24 måneder (Gilbody et al. 2003). Epløv et al. refererer også et af disse studier. Det omfattende Wells et al.-studie fra 2000 argumenterer for, at quality improvement-modellen kan vise sig at være effektiv længere end de 12 måneder. De mener, at grunden til, at effekterne ikke har kunnet måles længere tid, skyldes, at interventionen i sig selv kun varer seks måneder, samt at målingerne kun vurderer de patienter, der deltager i studiet, selvom det sagtens kan tænkes, at de praktiserende læger også har brugt deres nye viden i behandlingen af andre patienter (Wells et al. 2000).

Vi har ikke fundet projekter i Danmark, der specifikt har arbejdet med quality improvement-modellen, om end formålet med de fleste shared care-projekter er en kvalitetsmæssig forbedring af behandlingen.

4.5 Model 4: Care management/case management

Denne model går ud på at uddanne en care manager til at tage sig af psykiatriske patienter. Care manageren vil typisk være en sygeplejerske i almen praksis. Care managerens indsats kan variere fra korte undervisningslektioner af patienten til længevarende støtteforløb. Care manageren vil ofte følge patienten gennem behandlingsforløbet enten via regelmæssige telefonopkald til patienten eller via konsultationer (Gilbody et al. 2003).

Care manageren har ifølge de fleste studier en positiv indvirkning på behandlingen af psykiatriske patienter i almen praksis (Gilbody et al. 2003, Epløv Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009). Genischen har lavet et studie, som omfatter forskellige care management-modeller, som spænder fra det, Genischen kalder 'standard' til 'komplekse' indsatser. Genischen's studie bekræfter, at care management bidrager til en forbedret behandling af tung depression i almen praksis, men bringer ikke evidens for, at de komplekse og dyrere modeller skulle være mere effektive end standardmodellerne (Genischen et al. 2006). Case managerens største bidrag er, at han/hun har mere tid til den enkelte patient end den praktiserende læge og er uddannet i at tage sig af psykiatriske patienter. I Storbritannien overvejer man at udvikle en ny stillingsbetegnelse i primærsektoren, der skal have care manager-funktionen – en såkaldt 'Primary Care Mental Health Worker' (PCMHW) (Doughty 2006).

Care manager/case manager-funktionen indgår ofte i andre shared care-modeller – f.eks. i collaborative care.

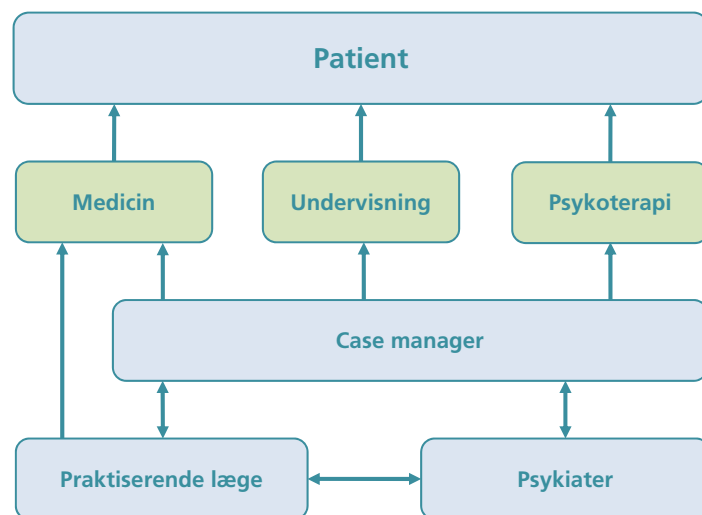
4.6 Model 5: Collaborative care

Denne model samler elementer fra de øvrige modeller: Care management, træning/uddannelse af læge og personale i praksis, consultation-liaison og nogle gange også screening, patientuddannelse, ændring i praksis' rutiner og it-udvikling (Bower, Gilbody 2005a, Gilbody et al. 2003, Epløv Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009). Collaborative care trækker ofte på principper fra chronic disease management (Bower, Gilbody 2005a) og anskuer den psykiske sygdom som en kronisk lidelse (Epløv Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009). Figur 4 viser, hvordan Epløv et al. anbefaler at organisere et collaborative care-samarbejde.

Collaborative care er den model med størst dokumenteret effekt i de undersøgte meta-studier (Epløv Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009, Gilbody et al. 2003). Gilbody et al. fandt, at collaborative care i depressionsbehandlingen medfører, at patienterne følger behandlingen bedre og kommer sig mere i forhold til normal procedure (Gilbody et al. 2003). Epløv et al. vurderer, at collaborative care viser bedst resultater på depression, angst og somatoforme tilstande, mens de litteraturen om personlighedsforstyrrelser ikke vurderes tilstrækkeligt enty-

dig til at drage konklusioner på dette område (Eplov Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009). De konkluderer desuden, at de vigtigste elementer i collaborative care-modellen i depressionsbehandlingen er a) systematisk identificering af patienter, b) case management hvor behandleren har en psykiatrisk baggrund, c) supervision ved specialist og d) programmer med psykoterapi i gruppe og workshops med patientuddannelse efter eget valg (Eplov Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009). Bower et al. argumenterer for, at collaborative care indtil videre primært er blevet testet på patienter med tunge, psykiske problemer, og at man derfor ikke kan vide, om modellen vil egne sig til behandlingen af mindre alvorlige tilfælde (Bower, Gilbody 2005a).

Figur 4: Model af collaborative care i almen praksis



Collaborative care er samtidig blandt de dyreste modeller at sætte i værk (Bower, Gilbody 2005a). Litteraturen kommer med forskellige vurderinger af, hvorvidt collaborative care kan betale sig. Eplov et al. konkluderer på baggrund af deres litteraturgennemgang, at collaborative care omsat til danske forhold i depressions- og angstbehandlingen kan betale sig. De lægger til grund, at en depressionspatient i gennemsnit kan få 36 flere depressionsfri dage om året ved en behandlingsudgift på omkring 200 kr. pr. depressionsfri dag, samt at collaborative care medfører 10-20 % lavere sygefravær, og at flere kommer i arbejde. Desuden vurderer de, at behandlingen af angst kan give en reduktion i forbruget af sundhedsydelser, der langt overstiger udgifterne (Eplov Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009).

4.7 Model 6: Stepped care/stepped collaborative care

Modellen er en modifikation af collaborative care, hvor interventionen optræpper efter behov. Behandlingen startes typisk med et selvstudie i sygdommen – f.eks. en video om de biologiske årsager til depression og behandlingsmuligheder (Katon et al. 1999). Herefter kan næste trin være én eller flere konsultationer med en care manager og derefter f.eks. psykoterapi. På det mest intensive trin vil behandlingen svare til collaborative care – herefter vil patienten overgå til egentlig specialistbehandling (Eplov Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009). Stepped care kræver en løbende monitorering, herunder en procedure for skift mellem behandlingstrin og en løbende vurdering af behandlingens effekt (Eplov Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009).

Stepped care er ikke i samme omfang som flere af de andre modeller blevet systematisk testet. Et enkeltstudie af stepped care af Katon fra 1999 undersøger to grupper: En interventionsgruppe som modtager stepped care, og en kontrolgruppe som modtager almindelig psykiatrisk behandling. Katon konkluderer, a) at interventionsgruppen efter 90 dage i højere grad end kontrolgruppen følger deres medicinske anbefalinger, b) at interventionsgruppen giver en mere positiv vurdering af deres behandling end kontrolgruppen, c) at interventionsgruppen

viser betydelig bedring af depressionssymptomer og i større omfang er helbredt efter henholdsvis tre og seks måneder (Katon et al. 1999).

4.8 Opsummering

De forskellige modeller for shared care er et bud på at afhjælpe nogle af de kvalitetsmæssige problemer, der er i forbindelse med behandlingen af angst og depression. Alle formerne adresserer den praktiserende læges manglende viden i forbindelse med diagnosticering af angst og depression, enten ved at tilbyde undervisning eller tilbyde mulighed for sparring, og ofte en kombination af begge. Derudover bliver modellerne gradvist mere intensive og organisatorisk komplicerede.

I en dansk sammenhæng har der samlet sig en del opmærksomhed omkring collaborative care-modellen, bl.a. på baggrund af Eplow et al.'s litteraturgennemgang, der ender ud med at anbefale afprøvningen af en sådan model i Danmark. Det er også den, som vil være i fokus i den fortsatte diskussion i denne kortlægning.

5 Implementering af en collaborative care model

De fleste studier af shared care-modeller fokuserer på modellens kliniske effekt og ikke på de forhold, der har påvirket modellens konkrete udformning og stabilitet. De få studier, der findes, viser imidlertid, at det ikke kun er en models kliniske effekt under ideelle omstændigheder, der er afgørende for, om den kommer til at virke i praksis – det er i ligeså høj grad den faktiske virkelighed, den skal implementeres i (Langhorne). Dette kapitel falder i to dele. Første del gennemgår forhold, som i internationale undersøgelser har vist sig at være centrale ved implementeringen af shared care. Vi skelner her mellem organisatoriske, institutionelle og kulturelle forhold. I kapitlets anden del gennemgår vi de forhold³, som vores informanter peger på som særligt vigtige i forbindelse med implementeringen af collaborative care i Danmark.

5.1 Hvordan (for)bliver en shared care model virkningsfuld?

5.1.1 Organisatoriske forhold

Organisatoriske forhold beskriver mekanismer, som gør sig gældende internt i organisationen; det kan bl.a. dreje sig om struktur, samarbejdsrelationer og kommunikationsveje (San Martín-Rodríguez et al. 2005). De eksisterende studier af organisatoriske forhold, fremhæver bl.a. projektledelse, kommunikation, organisatorisk kontekst og inddragelse af lokale aktører som centrale for, om en samarbejdsmodel bliver levedygtig.

Projektledelse: Motivation og position er vigtigt

Flere studier understreger vigtigheden af kvalificeret administrativ støtte og projektledelse (Mur-Veeman, Eijkelberg & Spreeuwenberg 2001, San Martín-Rodríguez et al. 2005, Blasinsky, Goldman & Unützer 2006). På baggrund af et review af teoretiske og empiriske studier viser San Martín-Rodríguez et al. (2005), at vellykket implementering af samarbejdsmodeller i almen praksis kræver, at ledere støtter op, motiverer og viser vejen (San Martín-Rodríguez et al. 2005). Langhornes erfaring er direkte, at succes hænger sammen med en lokal leder, der støtter op om ideerne ((Langhorne).

To studier viser desuden, at det ikke er ligegyldigt, hvem disse støttende og motiverende ledere er, og hvilken position de har. Vellykket implementering forudsætter, at de personer, som skal varetage implementeringen, er lokalt respekteret (Rubenstein et al. 2002), og at de har hierarkiske kompetencer, dvs. formel og reel magt til at kunne implementere forandringer

3 Denne terminologi er inspireret af San Martín-Rodríguez et al. (2005) og Mur-Veeman et al. (2001).

(Mur-Veeman, Eijkelberg & Spreeuwenberg 2001). Mur-Veeman et al. (2001) beskriver et tilfælde, hvor projektledelsen ikke havde disse kompetencer, hvilket resulterede i en proces, hvor projektledelsen måtte bruge omkring to år på at forhandle med de involverede parter, før man kunne blive enige om opgavefordeling (Mur-Veeman, Eijkelberg & Spreeuwenberg 2001).

Kigger vi på danske forhold med disse overvejelser in mente, er det slående, at det er vanskeligt at pege på ledere i forhold til praksissektoren og særligt ledere med reel magt til at implementere ensartede ændringer i organiseringen af behandlingen i alle praksis i et område. De forskellige faglige sammenslutninger kan lave ændringer i retningslinjerne for behandlingen – oftest på baggrund af nye forskningsresultater, og RLTN⁴ kan i samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation lave ændringer i overenskomsten og dermed honorarstrukturen, mens de enkelte regioner kan lave lokalaftaler med lægerne i regionen – alle tiltag, der kan fremme de ønskede ændringer i praksis. Men når der er tale om implementering af samlede og bindende aftaler om særlige arbejds- og organiseringsformer og specifikke samarbejdsrelationer som collaborative care, er det vanskeligt at identificere, hvem der kan lede en sådan organisationsændring.

Kommunikation: Standarder og faste strukturer

Studier viser, at det er vigtigt at etablere stabile kommunikationsstrukturer på tværs af organisationer og faggrænser (Mur-Veeman, Eijkelberg & Spreeuwenberg 2001, San Martín-Rodríguez et al. 2005, Grol, Grimshaw 2003). Ifølge Martín-Rodríguez et al. (2005) kan god kommunikation forstås som 'konstruktive forhandlinger med andre professionelle og er nødvendig for andre elementer i et samarbejde, f.eks. gensidig respekt og tillid' (San Martín-Rodríguez et al. 2005).

Et middel til at sikre god kommunikation og koordination er ifølge studierne at implementere fælles retningslinjer, standarder og/eller politikker (San Martín-Rodríguez et al. 2005). Grol og Grimshaw (2003) har lavet et studie af, hvad der karakteriserer velfungerende retningslinjer i almen praksis. De konkluderer, at retningslinjernes succes afhænger af:

- Kvaliteten af den evidens, retningslinjerne bygger på
- Om retningslinjerne stemmer overens med de eksisterende værdier
- Om retningslinjer betyder mindre komplekse beslutningsprocesser for lægen
- Om der er en konkret beskrivelse af den ønskede handling
- Om der er behov for nye kompetencer eller forandringer i organisationen for at kunne leve op til det anbefalede (Grol, Grimshaw 2003).

Udover retningslinjer er det vigtigt for et vellykket samarbejde, at der er faste strukturer for det. Det gælder både i forhold til tid og rum – der skal være afsat et bestemt tidsrum og et bestemt sted for samarbejdet (San Martín-Rodríguez et al. 2005). Martín-Rodríguez et al. (2005) konkluderer på baggrund af deres studie, at et ordentligt samarbejde er afhængigt af, at der er afsat tilstrækkelig tid til at dele information, udvikle personlige forhold og diskutere emner, der kommer hele samarbejdsgruppen ved (San Martín-Rodríguez et al. 2005).

I et omfattende samarbejde mellem forskellige aktører, som det foreskrives i collaborative care-modellen, er god kommunikation formentlig en hjørnesten, både i udviklingsfasen og senere i drift. Som det er beskrevet i den indledende kortlægning af behandlingen, er der på nuværende tidspunkt betydelige udfordringer ved kommunikationen mellem aktørerne. Litteraturen peger på, at disse udfordringer bør adresseres eksplicit, og at man ikke bare kan forvente, at nye organisationsformer i sig selv afhjælper de kommunikative problemstillinger.

I forhold til ovenstående liste over krav til retningslinjer er der som nævnt i forrige kapitel evidens for, at collaborative care leder til bedre behandling. Til gengæld må man sætte spørgsmålstegn ved, om retningslinjerne stemmer overens med eksisterende værdier, og om beslutningsprocesserne bliver mindre komplekse. Evalueringen af Region Sjællands shared care-projekt

⁴ Overenskomster på praksisområdet indgås mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og de relevante faglige organisationer. RLTH består af repræsentanter fra både stat, region og kommune.

peger på, at manglende centrale retningslinjer betyder, at der sker en række lokale tilpasninger af bl.a. care managerens rolle. Denne lokale tilpasning er deltagerne i projektet umiddelbart glade for, men det står i modsætning til den evidensbaserede model, som man ønsker at implementere.

Organisatorisk kontekst

Et andet konkret forhold, som fremhæves som afgørende for, om en forandring i en sundhedsorganisation⁵ slår igennem, er den eksisterende organisatoriske kontekst (Blasinsky, Goldman & Unützer 2006). Blasinsky et al. (2006) beskriver, at det i deres syv caseområder har vist sig af afgørende betydning, hvordan det nye tiltag 'passer ind' i organisationens eksisterende situation – både i forhold til ressourcemæssige forhold og i forhold til eksisterende udviklings tiltag (Blasinsky, Goldman & Unützer 2006). Det samme gør sig gældende efter projektperioden. Her rapporterer mange af de undersøgte organisationer, at det gør det væsentligt nemmere at fastholde interventionen, når deres organisation kan beholde det personale, som er blevet uddannet som del af interventionen (Blasinsky, Goldman & Unützer 2006).

Generelt er det en udfordring for de mange tiltag, der har været til shared care i Danmark, at der er tale om lokale og ofte projektbaserede tiltag, som ikke er tænkt ind i en samlet struktur, hverken bemandingsmæssigt eller honoreringsmæssigt. For at få succes med implementering af collaborative care er det afgørende, at modellen passes ind i den overordnede struktur i det danske sundhedsvæsen.

Lokale aktører

Nogle af de undersøgte studier diskuterer betydningen af at inddrage de lokale, involverede parter i den konkrete udformning af interventionen. Resultaterne er blandede. En forskergruppe (Rubenstein et al. 2002) har gennemført et komparativt studie af betydningen af at have henholdsvis et lokalt team og et centralt baseret team til at være ansvarlige for en intervention. Inden undersøgelsen forventer forfatterne, at de lokale teams vil have større succes med interventionen i kraft af deres lokalkendskab og nærheden til de involverede parter. Det modsatte viser sig imidlertid at være tilfældet; de centrale teams har generelt større succes med at designe og gennemføre interventionen. De centrale teams udarbejder designs, der i højere grad baserer sig på grundige, evidensbaserede undersøgelser, og de har bedre adgang til specialistkompetencer og har autoritet fra et sted højere oppe i systemet (Rubenstein et al. 2002).

Modsat argumenterer Mur-Veeman et al. (2001) for, at det er helt centralt at inddrage de lokale, involverede parter i en interventions udviklingsproces. Ifølge deres studie er projekter, som handler om at etablere nye samarbejder på tværs af faggrænser, ofte præget af mistillid over for de andre parter og frygt for at miste egen magt og position. For at nedbryde denne mistillid og frygt mener Mur-Veeman et al., at det er nødvendigt, at der i startfasen er en struktur, som de involverede parter kan bruge; dels for at opbygge tillid til hinanden og dels for at bevare følelsen af, at de beholder deres magt og position (Mur-Veeman, Eijkelberg & Spreeuwenberg 2001). Selvom Mur-Veeman et al. karakteriserer denne proces som meget tidskrævende, argumenterer de for, at den er relevant, hvis interventionen skal være levedygtig på længere sigt.

I en dansk kontekst kan det tale for, at man på den ene side har en stram central styring omkring udviklingen af modellen og især de honoreringsstrukturer, som skal benyttes, men at man lokalt opretter en samarbejdsstruktur for de aktører, som i praksis skal arbejde i modellen. Ideelt set bør de lokale aktører ikke kunne vælge, om de vil deltage i implementeringen, og den lokale tilpasning vil skulle ske inden for rammerne af den vedtagne model og honoreringsstruktur. En sådan implementeringsform kan måske hente inspiration i de erfaringer, man i disse år opnår i forbindelse med implementering af pakkeforløb på hjerte- og kræftområdet samt forløbsprogrammer på det kroniske område.

5 Blasinsky et al. (2006) undersøger forandrings levedygtighed i amerikanske health maintenance organizations (HMOs). en HMO er en forsikringsordning, som for et fast månedligt beløb tilbyder adgang til behandling hos et udvalg af speciallæger inkl. speciallæger i almen medicin..

5.1.2 Institutionelle forhold

Med institutionelle forhold refereres til de forhold, som udgør den ramme, organisationen skal agere inden for. Det kan f.eks. dreje sig om økonomiske og politiske rammer. De inddragede studier fremhæver følgende institutionelle forhold som centrale i forhold til, om samarbejdsinterventioner bliver vellykkede og levedygtige: Økonomi og incitament, juridiske muligheder og geografisk placering.

Økonomi og incitament

Mange af de interventioner, der udgør genstandsfelterne for de inddragede studier, er finansieret med projektmidler. Dvs. at interventionerne i en begrænset periode betales af penge, som ikke normalt er til rådighed. Dette udgør en væsentlig barriere for interventionernes evne til at overleve efter den projektbetalte periode. F.eks. viser Blasinsky et al. (2006) i deres studie, at den begrænsede finansiering udgjorde en 'stor barriere for bæredygtighed' i alle de undersøgte syv caseområder. De understreger, at det er helt afgørende for modellens overlevelse, at den er omkostningsfri eller fører til øget indtjening (Blasinsky, Goldman & Unützer 2006).

Både Blasinsky (2006) og Langhorne (2011) fremhæver af samme grund, at det – udover at dokumentere en interventionsmodels effekt – er helt centralt, om den er økonomisk rentabel (Langhorne 2011, Blasinsky, Goldman & Unützer 2006). For at understrege dette beskriver Blasinsky et al., at selv i områder, hvor interventionsmodellen virker godt og bliver positivt evalueret, er den økonomiske barriere så stærk, at interventionen ikke bliver fastholdt efter projektperioden.

Studierne peger desuden på et andet punkt, hvor økonomien er vigtig: betalingen af tid brugt på samarbejde. På baggrund af et omfattende litteraturstudie konkluderer San Martín-Rodríguez et al. (2005), at 'nødvendige økonomiske investeringer for at kunne promovere udviklingen af samarbejdende tilgange' er en vigtig del af at gøre et samarbejdsprojekt vellykket. Desuden fremhæver studiet, at 'fee-for-service' betaling til de sundhedsprofessionelle udgør en barriere for samarbejde. Det skyldes, at de involverede parter ikke vil være motiverede til at sætte tid af til samarbejde, hvis det ikke udløser et 'fee' (San Martín-Rodríguez et al. 2005). Den sidstnævnte pointe er ikke mindst relevant i en dansk kontekst for collaborative care, hvor både de helt centrale praktiserende læger og de potentielt interessante privatpraktiserende psykiatere og psykologer aflønnes via et fee-for-service system. Det er et problem, som er fremtrædende i det nuværende system, og som en collaborative care model nødvendigvis må adressere. Epløv et al.'s forslag til en model for collaborative care har netop forankret psykiatriens input til samarbejdet i distriktspsykiatrien med henvisning til, at de strukturelt set har nemmere ved at indgå i et samarbejde, selvom de fagligt og ressourcemæssigt ikke er den ideelle samarbejdspartner på det pågældende område. En anden honorarmæssig udfordring er spørgsmålet om betaling af care managers, og i den forbindelse om de skal have lov til at udføre samtalerapi hos den praktiserende læge og til hvilken takst.

Juridiske muligheder

San Martín-Rodríguez et al. (2005) nævner desuden, at juridiske faktorer kan have en betydning for, om samarbejdsmodeller kan komme til at fungere (Blasinsky, Goldman & Unützer 2006). I en dansk implementering af collaborative care kunne dette f.eks. dreje sig om forskellige regler og traditioner omkring tavshedspligt mellem psykiater og praktiserende læge. San Martín-Rodríguez et al. (2005) understreger, at det ofte vil være nødvendigt at gennemgå de lovmæssige regler, som de forskellige faggrupper er styret af, for at finde ud af, om de kan udgøre en barriere for samarbejdet. I evalueringen af Region Midtjyllands mobilteams er et af de få kritiske punkter, som de praktiserende læger rejser, projektets uklarhed over, hvem der har behandlingsansvaret for patienterne – den praktiserende læge eller den psykiatriske overlæge i det distriktspsykiatriske center.

5.1.3 Kulturelle forhold

Ifølge Mur-Veeman et al. (2001) er professionel og organisatorisk kultur en af de mest betydningsfulde variabler i forhold til at få et tværfagligt samarbejde til at fungere. Kultur repræsen-

terer det uskrevne, følelsen af at være en del af en organisation eller profession' (Mur-Veeman, Eijkelberg & Spreeuwenberg 2001). Kulturen er en vigtig faktor, når en samarbejdsmodel skal etableres på tværs af organisationer og professioner med forskellige forståelser af, hvad der er rigtigt og forkert. Flere af studierne peger her på to udfordringer: 1) magtforholdet mellem læger og sygeplejersker og 2) tilliden til andre professioner.

Magtforhold mellem sygeplejersker og læger

En række studier viser, at magtforholdet mellem sygeplejersker og læger kan være en udfordring for samarbejdet mellem de to faggrupper (San Martin-Rodriguez et al. 2005). Mur-Veeman et al. (2001) beskriver, at de alment praktiserende læger, som ikke før havde arbejdet sammen med sygeplejersker, havde en afventende og lidt tvivlende indstilling til samarbejdet. Ifølge forfatterne tvivlede lægerne på, at sygeplejerskerne havde det 'rette' syn på behandlingen og den 'rette' ekspertise til at kunne udføre opgaverne. Imidlertid skriver Mur-Veeman et al., at tilliden til sygeplejerskerne hurtigt blev opbygget, og at lægerne oftere og oftere konsulterede sygeplejerskerne i forbindelse med behandlingsspørgsmål (Mur-Veeman, Eijkelberg & Spreeuwenberg 2001).

Studierne understreger, at samarbejdet mellem læger og sygeplejersker forbedres, når man bevidst arbejder på at etablere en kollegial atmosfære, hvor sygeplejerskerne bliver anskuet som lægernes ligeværdige samarbejdspartnere (San Martin-Rodriguez et al. 2005). De seneste år er der sket en eksplosion i antallet af sygeplejersker i almen praksis. Det er især udviklingen på kronikerområdet, der har drevet denne udvikling. Den mono-kultur, der i mange år har præget almen praksis, er allerede nu under opløsning. Der er derfor grund til at tro, at almen praksis i dag vil have langt nemmere ved at indgå i et tæt samarbejde med en ny faggruppe i praksis. En vigtig pointe i den sammenhæng er dog, at det har været lægerne selv, der har styret denne udvikling, og at det er lægerne selv, der har ansat det personale, som de skal samarbejde med. Magtforholdet i praksis bliver dermed ikke udfordret væsentligt, og lægerne er selv med til at styre den delegering af opgaver, som foretages.

Helt konkret i forhold til samarbejde med care managere peger evalueringen af Region Sjællands shared care projekt på, at de praktiserende læger er meget tilfredse med de care managere, de har haft tilknyttet. Ifølge nogle læger kunne care manageren dække hele behovet for faglig sparring med psykiatrien. I evalueringen af mobilteams i Region Midtjylland er lægerne generelt også tilfredse med sygeplejerskernes indsats. De erfaringer, der indtil videre er indsamlet i Danmark, tyder dermed på, at dette problem er mindre markant i en dansk sammenhæng.

Udvikling af forståelse for andres faglighed

På samme måde lægger studierne vægt på, at der kan opstå samarbejdsproblemer, når alment praktiserende læger skal arbejde sammen med speciallæger. Mur-Veeman et al. (2001) skriver, at de alment praktiserende læger i deres studie starter med at have stor mistillid til speciallægerne. Mistilliden skyldes, at de alment praktiserende læger er afhængige af den viden, speciallægerne har, og ikke kan få fat i den på andre måder end gennem speciallægerne. Det giver speciallægerne en mere magtfuld position i de alment praktiserende lægers øjne, og de alment praktiserende læger bliver urolige for, om speciallægerne vil overtage deres fagområde og nedbryde deres autonomi på området (Mur-Veeman, Eijkelberg & Spreeuwenberg 2001).

Flere studier viser ifølge San Martín-Rodriguez et al. (2005), at tillid til andre professioner er afgørende for, om et samarbejde kan lykkes. Det samme gælder i øvrigt tilliden til egen profession og erfaring (San Martín-Rodriguez et al. 2005). Mur-Veeman har af samme grund undersøgt, hvordan man kan opbygge de alment praktiserende lægers tillid til speciallægerne. De foreslår en klar definition af de to professioners ansvarsområder. Desuden forlanger de alment praktiserende læger, at det fremhæves i projektprotokollen, at patienten forbliver den alment praktiserende læges ansvar under samarbejdet. Da projektperioden begynder, er der ifølge Mur-Veeman et al ingen problemer i forhold til tillid mellem de to professioner (Mur-Veeman, Eijkelberg & Spreeuwenberg 2001).

Hvis collaborative care skal implementeres i Danmark, er det på samme måde relevant at overveje, hvordan man vil sikre, at samarbejdet mellem alment praktiserende læger og psykiatere/psykologer skal komme til at fungere bedst muligt på tværs af forskelle mellem de tre faggruppers professionelle kultur. Som nævnt ovenfor vil det bl.a. være centralt med klare aftaler om, hvem der har behandlingsansvaret for patienterne, og hvornår dette ansvar evt. flyttes.

5.1.4 Opsummering

Ovenstående gennemgang har peget på en række forhold, der støtter op om en samarbejdsinterventions levedygtighed.

I forhold til det organisatoriske peger vores litteratur på følgende forhold:

- Kvalificeret administrativ støtte
- Projektledelse med respekteret position og indflydelse
- En lokalt anerkendt, engageret talsperson
- Tid og sted til kommunikation på tværs af faggrænser, professioner og organisationer
- Fælles retningslinjer og procedurer på tværs af faggrænser, professioner og organisationer
- Et 'roligt' organisatorisk miljø uden igangværende ændringer
- At interventionen passer ind i organisationens udviklingsplan
- At projektledere overvejer om lokale parter bør inddrages i udviklingsprocessen.

I forhold til det institutionelle peger vores litteratur på følgende forhold:

- Overvejelser omkring finansiering af ordningen efter projektperioden
- Dokumentation af interventionens rentabilitet
- Klare retningslinjer omkring brug af frivillig arbejdskraft og overarbejde fra projektinvolverede samt betydningen for projektets overlevelse og fremtidige rentabilitet
- Retningslinjer for finansiering af tid og ressourcer brugt på samarbejde og kommunikation
- Overvejelser om betydningen af eventuelle fee-for-service ordninger i forhold til samarbejdsrelationer m.m.
- Hensyntagen og/eller tilretning af evt. juridiske barrierer for modellens succes
- Kort afstand mellem de parter, der skal involveres i samarbejdsmodellen
- Samarbejde mellem parter, der er geografisk placeret i administrative enheder med ensartede regler og rutiner.

I forhold til kulturelle peger vores litteratur på følgende forhold:

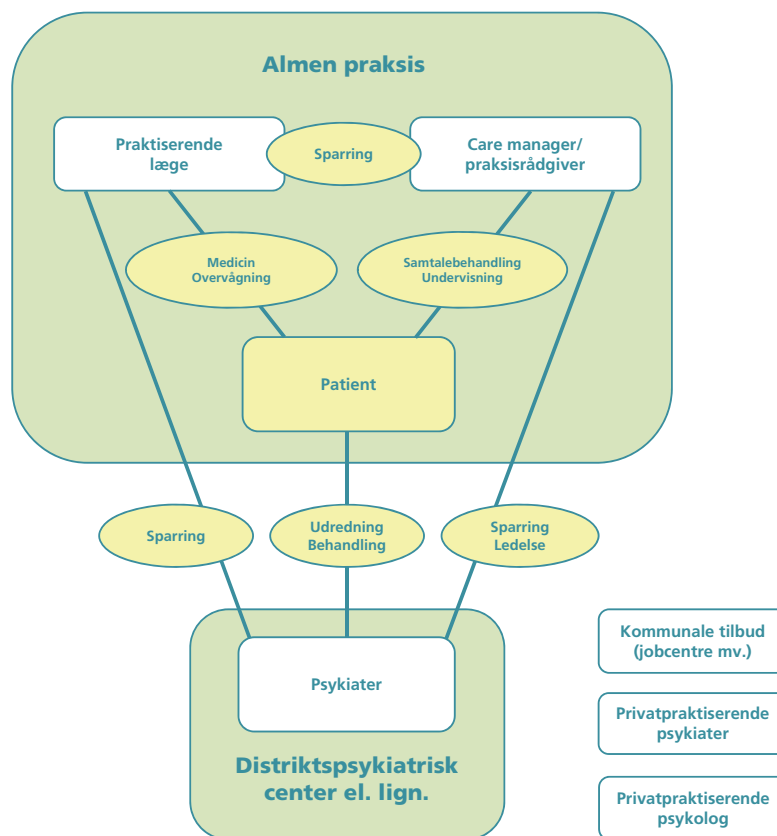
- Fokus på at etablere et ligeværdigt forhold mellem forskellige faggrupper, herunder særligt mellem alment praktiserende læger og sygeplejersker
- Fokus på at skabe tillid mellem forskellige faggrupper
- Målrettet at etablere et refleksivt forhold til egen professionelle kultur hos de involverede faggrupper.

5.2 Fagpersonernes vurdering af collaborative care i Danmark

I forbindelse med vores interviewundersøgelse har vi bedt alle informanter vurdere mulighederne for at implementere en collaborative care model i Danmark. Følgende fire temaer træder frem som de særligt interessante: 1) Placering af care managers i distriktspsykiatrien, 2) sygeplejersker i rollen som care managere, 3) kommunernes fravær i modellen og 4) samarbejdsrelationernes styrke og kvalitet.

Interviewundersøgelsen har taget udgangspunkt i modellen i figur 5. Modellen er inspireret af den model, som Epløv et al. foreslår indført i Danmark, og som blev præsenteret i foregående kapitel (Epløv Falgaard, Lundsteen & Birket-Smith 2009).

Figur 5: Model for collaborative care



5.2.1 Placeringen af care managers i distriktpsychiatrien

Den organisatoriske placering af care managers er et af de områder, der udpeges som en særlig udfordring i forbindelse med modellens implementering i en dansk kontekst. Modellen foreslår, at care managerne er ansat i distriktpsychiatrien eller i regionale ambulatorier. De får dermed deres organisatoriske base her og vil få sparring og supervision af psykiatere og psykologer fra disse enheder. Desuden vil det være her, de alment praktiserende læger i tvivlsspørgsmål kan henvende sig for sparring.

En del informanter mener, det vil være underligt at knytte care managers organisatorisk til de distriktpsychiatriske centre og ambulatorierne. De vurderer, at distriktpsychiatrien eller ambulatorierne ikke har ekspertisen til behandling af angst og let til moderat depression. De informanter, som støtter denne organisatoriske placering, argumenterer primært med, at de ikke kan se andre placeringer i det nuværende behandlingsfelt. Patienter med angst og let til moderat depression behandles i dag primært hos deres egen praktiserende læge. Herefter er de mest brugte alternativer privatpraktiserende psykologer og privatpraktiserende psykiatere. Kun i meget sjældne tilfælde vil distriktpsychiatrien og ambulatorierne blive involveret i behandlingen af denne gruppe. Derfor er det måske ikke overraskende, at netop den privatpraktiserende psykolog og den privatpraktiserende psykiater, vi har talt med, er nogle af dem der stiller sig mest uforstående over for placeringen af care managers og den superviserende funktion i distriktpsychiatrien.

Den privatpraktiserende psykolog mener, at distriktpsychiatrien ikke har megen erfaring med denne patientgruppe, hvilket blev understøttet af den privatpraktiserende psykiater. Han vurderer, at de privatpraktiserende psykiatere har langt større erfaring og viden om angst og depression end i sygehus- og distriktpsychiatrien. Han forklarer, at der er stor forskel på at behandle let til moderat deprimerede og/eller angstpatienter, som har en almindelig hverdag og passer deres job, og så patienter man møder i distriktpsychiatrien og på sygehuset. Hans erfaring med psykiatere fra sygehussektoren er, at de ikke er 100 % trygge ved behandlingen af denne patient-

gruppe, fordi erfaringen ikke sidder på ryggraden. Han vurderer, at overlægerne godt kan fungere som sparringspartnere, på trods af at det ikke er deres ekspertiseområde, men han peger også på, at det ikke vil være tilfældet for andre læger med kortere erfaring.

I Region Sjællands shared care-projekt har care managerne været ansat i distriktspsykiatrien. En care manager fra projektet giver udtryk for, at denne tilknytning blot har været 'rent organisatorisk' som det sted, hvor de har været ansat og fået løn. Hun konkluderer, at det ideelle for care managerne ville have været en ansættelse i almen praksis. Hun konstaterer dog samtidig, at hvis der ikke havde været penge med fra distriktspsykiatrien, så ville almen praksis formentlig ikke have deltaget.

Alle informanter er enige om, at den største ekspertise i medicinsk behandling af patienter med angst og let til moderat depression ligger hos de privatpraktiserende psykiatere. Nogle foreslår derfor også, at care managerne placeres her. På den måde vil de udgøre en konkret aflastning for de privatpraktiserende psykiatere, som er dem der er eksperterne, og dem der er mangel på. En psykiater fra sygehussektoren mener også, at det ville være oplagt at bruge de privatpraktiserende psykiateres kompetencer til behandlingen af denne gruppe. Men for ham er spørgsmålet, om de privatpraktiserende psykiatere vil være interesserede i det, og om det praktisk vil være muligt at drage nytte af de privatpraktiserende psykiateres kompetencer. Også den privatpraktiserende psykiater selv problematiserer dette: 'Fagligt vil det være meget relevant at få os med, men administrativt vil det være en udfordring'. Denne udfordring skyldes, at der ikke er nogle eksisterende strukturer eller organiserede samarbejdsrelationer, som man vil kunne trække på, ligesom de psykiatriske speciallæger er vant til en meget selvstændig arbejdsform. Som vi så i diskussionen i første del af dette kapitel, er det netop nogle af de forhold, som litteraturen omkring implementering af shared care nævner som centrale.

En forsker i almen praksis vurderer, at det vil være helt umuligt at tildele de privatpraktiserende psykiatere en superviserende funktion i collaborative care modellen, fordi det netop er dem, der er mangel på. Desuden vil de privatpraktiserende psykiatere være svære at samarbejde med, fordi de ikke har et overordnet, styrende organ eller formelle og reelle ledere, men opererer som små, selvstændige enheder. De privatpraktiserende psykiatere vil også skulle have honorar for deres arbejde.

Når fortalere for collaborative care-modellen som præsenteret af Eplow et al. alligevel argumenterer for en placering i distriktspsykiatrien, er det af en række pragmatiske årsager. Enhederne findes i forvejen i lokalmiljøet. De vil bare skulle have flere timer i et allerede eksisterende system og evt. fagligt styrkes på angst og depressionsområdet. En placering i distriktspsykiatrien vil også give mulighed for at trække på de ambulatorier og specialklinikker, der har specialiseret sig i angst- og depressionsbehandling, da de tilhører samme organisation (behandlingspsykiatrien). De andre aktører – privatpraktiserende psykiatere og psykologer – er ikke realistiske. Psykologer skal have honorartakster, og psykiaterne har ventetid og vil ligeledes skulle betales med honorartakster. Derudover opleves de som perifære i det etablerede system, og det vil kræve en ekstra indsats at ændre denne position.

5.2.2 Sygeplejersker i rollen som care manager

I collaborative care fungerer sygeplejersker med kompetencer og erfaring inden for psykiatri som care managers. Dvs. at det eksempelvis sidder en dag om ugen i et lægehus og behandler patienter, som lægen har henvist til dem. Dette element i modellen fik overvejende positive, men også enkelte kritiske kommentarer med på vejen af vores informanter. Kommentarerne knyttede sig primært til care managernes faglighed, deres lighed med psykologer, de honorar-baserede barrierer for at indføre løsningen og forslag til andre muligheder.

Overvejende er informanterne enige om, at care managerne vil være i stand til at tilbyde patienterne en behandling på samme niveau som de praktiserende læger. For at sikre behandlingens niveau understreger flere, at det 'er helt centralt, at care managerne har kompetencer inden for og erfaring med samtalerapi'. Den privatpraktiserende psykiater uddybede, at hans egen faggruppe efter hans mening er den bedste til at varetage behandlingen, men at de privatpraktiserende psykiatere af kendte grunde ikke har mulighed for at varetage funktionen som care manager. Han ser sygeplejersker som et godt alternativ.

En klar fordel ved at have sygeplejersker som care managere er ifølge vores informanter, at de har mulighed for fysisk at være placeret i almen praksis. Det er både en fordel for de patienter, der oplever det som en barriere at skulle behandles i psykiatrien eller hos en privatpraktiserende psykolog eller psykiater, men også for det samarbejde der kan opstå mellem care manageren og den alment praktiserende læge. F.eks. nævner en informant, at den løbende kontakt mellem care manager og praktiserende læge kan give care managerne mulighed at give lægen feedback på både diagnosticering og behandling af denne patient-gruppe.

Informanterne giver alle udtryk for, at care managerne på mange måder vil overlape fagligt med privatpraktiserende psykologer. 'De lyder som en slags minipsykologer' udbryster eksempelvis en informant, da vi fortæller om care managerens rolle i collaborative care modellen. En af de praktiserende læger, som har medvirket i Region Sjælland-projektet, fortæller også om et overlap. 'Vi brugte nærmest ikke psykolog, da [vores care manager] var hos os. Hun fungerede mindst ligeså godt som en psykolog, men det er naturligvis meget personafhængigt'. Evaluatoren fra Region Sjælland-projektet gør også opmærksom på, at der kan opstå en faglig konkurrence mellem de to faggrupper. Care managerne kan blive set som konkurrenter af de privatpraktiserende psykologer, og de kan være skeptiske ved, at andre tager det, de oplever som deres arbejde.

Den privatpraktiserende psykolog, vi har talt med, giver netop udtryk for en sådan skepsis. Hun ser et potentielt dårligere tilbud end den eksisterende behandling hos psykologer. Hun peger på det problematiske i, at sygeplejersker skal lave decideret samtalebehandling som en del af modellen. Ifølge hendes faglige vurdering kan sygeplejerskerne tilbyde støtte, vejledning, psykoedukation og empatisk, neutral lytning, men hun understreger, at der skal en helt anden 'kontrakt' med patienten på plads, for at man kan lave decideret behandling og arbejde med patientens personlighed. Det er hendes vurdering, at en ordentlig behandling kræver en lang uddannelse. Det er ikke noget man kan lære på en efteruddannelse eller lignende. Alt i alt er hun kritisk over for kvaliteten af care managerens behandling og mener, at man i stedet bør satse på en udbygning af psykologordningen.

Igen fremhæver flere informanter, at det er vanskeligt at vurdere care managerne som element i modellen uden at kende de økonomiske rammer, de skal arbejde under. Her nævner flere, at det vil være problematisk at finansiere care managerne for almen praksis på grund af ændringerne i overenskomsten, som betyder, at care managerne ikke kan tage ydelsen 6101 for samtaleterapi – det kan kun læger. En af de læger, som i forbindelse med Region Sjælland-projektet har haft en care manager ansat, understreger, at det vil være helt centralt for de praktiserende lægers vilje til at tage en care manager ind i praksis, at det beviseligt kan betale sig økonomisk – eller i hvert fald ikke vil være en udgift. Som nævnt er det en erfaring fra Regions Sjællands projekt, at care manageren ikke har så meget patient-kontakt. Et par af de forskere, vi talte med, som også er alment praktiserende læger, foreslår, at man i stedet for at lade care managers udgå fra distriktskykiatrien eller ambulatorierne kan videreuddanne det eksisterende praksispersonale.

Det vil inden for de givne rammer ikke være muligt at finansiere care managerne gennem almen praksis' honorarstruktur. Dels er der de deciderede barrierer i overenskomsten, og dels kan man ikke forvente, at en care manager nødvendigvis står specielt højt på de alment praktiserende lægers ønskeliste. Som en praktiserende læge fortæller, står der allerede en række andre faggrupper i kø for at komme ind i almen praksis: fysioterapeuter, diætister m.m. Hvis en care manager for depressions- og angstpatienter skal ind i almen praksis, kræver det efter alt at dømme, at de viser sig at kunne indbringe almen praksis en større indtjening end disse andre grupper.

5.2.3 Kommunens fravær i modellen

Et spørgsmål, som deler informanterne, er kommunens rolle i collaborative care-modellen. Som beskrevet af Eplov og Birket-Smith indeholder modellen kun få linjer om kommunens rolle. De skriver, at care manageren skal være tovholder for samarbejdet med kommunen. Overordnet fordeler holdningerne sig sådan, at de informanter, som arbejder inden for psykiatrien, har en

tendens til at være imod, at kommunerne skal integreres yderligere, mens informanter fra kommunerne og fra almen praksis ser velkomment på et mere udbygget samarbejde.

Både de repræsentanter vi har talt med fra kommunen og fra almen praksis, oplever samarbejdet mellem de to som problematisk. De mener, at der er behov for, at de to grupper får en større forståelse for den anden gruppes måde at tænke på – den anden gruppes 'model af verden', som den alment praktiserende læge udtrykker det. Et bedre samarbejde vil kræve en mere fast og systematisk kontakt. Det kunne f.eks. være gennem en fast integreret samarbejdsstruktur i collaborative care-modellen. En praktiserende læge oplever, at man som praktiserende læge sidder i krydsfeltet mellem sygehus, patient og kommune og skal have 'den trekant til at køre' som 'edderkoppen i nettet'. For den praktiserende læge er det derfor oplagt, at samarbejdet med såvel psykiatrien som kommunen foregår i én model, frem for at den praktiserende læge skal veksle imellem to parallelle modeller (en sundhedsmodel og en kommunal model).

Også KL ser det som relevant at integrere kommunens rolle i modellen. Alternativt vil eksempelvis jobcentrenes tilbud komme til at 'hænge og flagre'. En repræsentant fra KL ser netop de nye tilbud som TTA og depressionsskolerne som et tegn på, at det er nødvendigt at integrere sundhedsindsatsen og beskæftigelsesindsatsen. Repræsentanten fra KL er opmærksom på, at der kan opstå problemer, når regionens og kommunens opgaver overlapper, men understreger at dette ikke skal forhindre en tæt dialog og sparring mellem kommunerne og de praktiserende læger.

I det lægehus, hvor der aktuelt er fastansat en care manager, er der lagt stor vægt på samarbejdet med kommunen. Dette skyldes både, at care manageren i kraft af tidligere ansættelser har kendskab til det kommunale system, og at en af de praktiserende læger også fungerer som kommunallæge. Desuden er lægehuset placeret tæt på kommunen, så care manageren 'går tit lige forbi og diskuterer en sag', ligesom de praktiserende læger ofte ringer og mailer med sagsbehandlere. Alle fra lægehuset mærker, at kommunen er glad for lægernes samarbejdsvilje. Det sparer dem for nogle attester og får sagsbehandlingen til at glide hurtigere og nemmere.

5.2.4 Samarbejdsrelationernes styrke og kvalitet

En del informanter stiller spørgsmålstejn ved styrken af modellens samarbejdsstrukturer. En informant understreger, at modellen forudsætter, at alle aktører tror på, at det kan lykkes. Han stiller spørgsmålstejn ved, om samarbejdsleddene i modellen er stærke nok. Det er hans erfaring, at man skal kende hinanden godt i behandlingssystemet, før man tager kontakt. Han mener derfor, at det i modellens opstartsfasen vil være relevant med en regelmæssig, planlagt kontakt – f.eks. via en fælleskonference. Ellers ender især sparringsrelationer med at være ideer på skrivebordet.

Flere understreger også, at det vil være relevant med faste telefontider, hvor lægehuse kan henvende sig til psykiateren for sparring. Ellers vil den praktiserende læge for ofte opleve ikke at kunne komme igennem, hvilket vil nedbryde lysten til at bruge sparringsmuligheden og dermed underminere et af modellens delelementer.

5.3 Opsummering

Som redegjort for i foregående kapitel peger flere litteraturgennemgange på evidens for, at collaborative care giver en bedre behandling af mennesker med angst og depression. Det har ledt til anbefaling af, at man gennemfører et forsøg med implementering af collaborative care i Danmark. Dette kapitel har dog peget på, at en sådan implementering vil stå over for betydelige vanskeligheder. Litteraturgennemgangen peger på en række organisatoriske, institutionelle og kulturelle forhold, der skal tages hensyn, hvis en sådan implementering skal være succesfuld. På baggrund af en række interview kan der videre peges på en række forhold, som der skal tages højde for i dansk kontekst: Hvorvidt care managers mest hensigtsmæssigt placeres i distriktskykiatrien, potentiale og problemer ved at have sygeplejersker i rollen som care managere, problemer relateret til kommunernes fravær i modellen, og hvorvidt samarbejdsrelationerne har tilstrækkelig styrke og kvalitet til at facilitere det omfattende samarbejde, som collaborative care indebærer.

6 Konklusion

Opgørelser viser, at ca. 500.000 mennesker på et givent tidspunkt lider af angst eller depression. Op mod en tredjedel af disse bliver ikke behandlet; andre er i kontakt med behandlingssystemet, men bliver ikke behandlet optimalt. De praktiserende læger har det primære behandlingsansvar for disse mennesker, men også andre aktører er på banen: psykologer, privat praktiserende psykiatere, og en sjælden gang imellem de distriktspsykiatriske centre. Endelig foregår der en aktiv beskæftigelsesmæssig indsats for mange af disse patienter i kommunen, som i praksis overlapper med behandlingsindsatsen.

Vores kortlægning peger på en række forhold ved det eksisterende behandlingssystem, der bevirker, at systemet ikke fungerer optimalt.

- *Kompetencer hos de praktiserende læger:* For de praktiserende læger gælder, at en del ikke har kompetencerne og/eller interessen til at kunne diagnosticere eller behandle patientgruppen i henhold til de gældende retningslinjer. Eksempelvis kan kun ca. en tredjedel af lægerne stå for den samtaleterapi, der ifølge retningslinjerne er førstevalg i behandlingen af mennesker med angst og depression.
- *Honorarstruktur:* Den honorarstruktur, der gælder for de praktiserende læger, understøtter ikke behandlingsanbefalingerne. Dels er det begrænset, hvor mange sessioner af samtaleterapi den praktiserende læge kan få honorar for, dels får den praktiserende læge ikke dækket tid og udgifter til den krævede supervision, og endelig dækkes anvendt tid på samarbejde og sparring omkring patienter ikke.
- *Manglende henvisningsmuligheder:* Der er betydelige barrierer for den praktiserende læge i forhold til at kunne henvise til den mest relevante aktør, når han eller hun ikke længere selv kan varetage behandlingen. Det drejer sig især om ventetider hos de privatpraktiserende psykiatere og egenbetaling hos praktiserende psykologer. Distriktspsykiatrien og de psykiatriske ambulatorier har traditionelt kun haft et meget lille ansvar for denne patientgruppe, da deres primære målgruppe er mennesker med mere alvorlige psykiatriske lidelser.

Kommunerne er gennem de senere år begyndt at spille en større rolle i forhold til denne patientgruppe. Deres interesse skyldes primært, at en voksende andel af mennesker på overførselsindkomster modtager disse ydelser på grund af angst og/eller depression. Samtidig har kommunerne overtaget ansvaret for beskæftigelsesindsatsen for folk uden for arbejdsmarkedet fra den tidligere statslige arbejdsformidling. Der er i den forbindelse indført stærke økonomiske incitamentter til at flytte folk fra overførselsindkomster til arbejde. Dermed udgør denne gruppe en voksende økonomisk belastning for kommunerne, hvilket har ledt til en del tiltag fra kommunernes side. Selvom alle disse tiltag primært fokuserer på borgernes funktionsdygtighed og ofte ikke er centreret omkring en diagnose, så viser vores kortlægning, at den kommunale indsats i praksis overlapper med den regionale behandlingsindsats.

Det er ikke kun kommunerne, der står for forskellige lokale og ofte midlertidige tiltag. Feltet er generelt præget af en lang række projekter og særlige lokale ordninger og tilbud. Dette bevirker, at det kan være ret tilfældigt, hvor en angst eller deprimeret patient bliver behandlet. Kommunernes interesse i feltet afspejler sig i deres betydelige engagement i en del af disse tilbud.

Et bud på, hvordan ovennævnte udfordringer kan løses er implementeringen af collaborative care. Collaborative care er en omfattende samarbejdsmodel, hvor der arbejdes både med efteruddannelse af personale i almen praksis, mulighed for sparring og supervision mellem praktiserende læge og psykiater samt ansættelsen af care manager i almen praksis med henblik på at styrke behandlingen af patienter med psykisk sygdom. Internationale studier har vist, at collaborative care er den variant af shared care, hvor der er bedst evidens for bedre effekt af behandlingen.

Collaborative care adresserer en række af de udfordringer, der er beskrevet ovenfor: Manglende specialiseret psykiatrisk viden i almen praksis, manglende samtaleterapi, samar-

bejdsproblemer mellem almen praksis og psykiatri, og indirekte – ved at styrke behandlingen hos den praktiserende læge – de kapacitetsproblemer der er andre steder i feltet. Modellen efterlader dog også en række udfordringer. Især adresserer modellen ikke den store organisatoriske kompleksitet, der præger feltet, og der er en række relevante aktører, som modellen ikke nævner – herunder ikke mindst kommunerne.

I forhold til en konkret implementering af collaborative care i en dansk sammenhæng identificerer teksten en række forhold, som man bør forholde sig til, hvis man skal kunne forvente en succesfuld implementering.

En gennemgang af international litteratur har peget på, at organisatoriske, institutionelle og kulturelle forhold spiller en rolle og skal afklares, når samarbejdsprojekter skal implementeres. Nogle af de væsentligste punkter er:

- *Ledelse og repræsentation*: Hvem kan fungere som ledere i forhold til større organisatoriske ændringer i almen praksis? Hvem har den reelle og formelle magt? Og hvilke aktører skal inddrages for at sikre lokal forandring?
- *Kommunikation i behandlingsfeltet*: Kommunikation er centralt for samarbejde. Her står man med den udfordring, at honorarstrukturen ikke understøtter kommunikation mellem aktørerne.
- *Afklaring af behandlingsansvaret*: Når man etablerer et samarbejde mellem almen praksis og et mere specialiseret tilbud, skal der være meget klare retningslinjer for, hvem der har behandlingsansvaret for den enkelte patient, og hvornår det evt. overdrages til den specialiserede behandlingsinstans.

På baggrund af en række interview kan der videre peges på en række forhold, der kan diskuteres og skal tages højde for i dansk kontekst:

- *Placeringen af care managers*: Det foreslås i collaborative care modellen, at care managerne organisatorisk forankres i distriktspsykiatrien. Valget af denne placering synes primært at være pragmatisk begrundet. En del informanter har peget på alternative placeringsmuligheder, f.eks. hos praktiserende læger eller praktiserende psykiatere.
- *Hvem skal være care managers*: Nogle informanter har sat spørgsmålstegn ved, hvorvidt sygeplejersker er kvalificerede til at løfte de opgaver, som er tiltænkt dem i rollen som care managere.
- *Kommunerne*: Kommunerne er stort set fraværende i collaborative care modellen. Som kortlægningen har vist, har kommunerne en betydelig interesse i feltet, og det er derfor et spørgsmål, hvad deres rolle på sigt skal være, om de kan inddrages i modellen, eller om der fortsat skal være et parallelt beskæftigelsesspor.
- *Samarbejdsrelationernes kvalitet*: Collaborative care kræver formentlig et omfattende samarbejde, og flere informanter stiller spørgsmålstegn ved, om samarbejdsrelationerne har styrke og kvalitet nok.

Som allerede nævnt er der i disse år en betydelig interesse for collaborative care. Denne kortlægning har påvist, at det er en model med et betydeligt potentiale, men også med en række udfordringer. Det vil blive spændende at følge de videre erfaringer med modellen i de kommende år.

Litteratur

Ahlgreen B. Evaluering af det psykiatriske mobilteam ved Regionspsykiatrien Horsens. Et subakut tilbud til voksne med depression, der bor i Horsens, Hedensted eller Odder kommuner. 2010.

Arbejdsgruppe nedsat af DPS og DSAM. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. DPS og DSAM; 2004.

Arbejdsgruppe nedsat af DSAM. Klinisk vejledning for almen praksis. Angsttilstande - diagnostik og behandling. 2010.

Arbejdsgruppe nedsat af DSAM. Klinisk vejledning for almen praksis. Unipolar depression - diagnostik og behandling. 2010.

Arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer. Referenceprogram for angstlidelser depression hos voksne. 2007.

Arbejdsmarkedsstyrelsen. Hvordan og hvorfor tilpasses visitationen af sygemeldte. 2011; Available at: <http://www.ams.dk/Reformer-og-indsatser/Indsatser/Matchmodel/Spoergsmaal-svar/Hvordan-og-hvorfor-tilpasses-visitacion.aspx>. Accessed 07/26 2011.

Blasinsky M, Goldman HH, Unützer J. Project IMPACT: a report on barriers and facilitators to sustainability. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 2006;33(6):718-729.

Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. Br Med J 2005;330(7495):839.

Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: Narrative literature review. The British Journal of Psychiatry 2005;186(1):11.

Christensen A, Vårdal KM. Samarbejdet mellem den praktiserende læge og psykiatrien: Tilgængelighed, kommunikation og gensidig respekt. Shared care-principper. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2007;85(6/7):655-663.

Christensen M, Albæk J, Ankjær-Jensen A. Undersøgelse af angstsygdomme. Et bidrag til den eksisterende viden om organiseringen af de behandlingstilbud, der gives til personer, der lider af angst-sygdomme. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007.

Danske Regioner. Kvalitet i psykiatrien - ny dagsorden for diagnostik og behandling. København: Danske Regioner; 2011.

Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø. Det store TTA-projekt. Statusredegørelse. 2011.

Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø. Projektbeskrivelse. Det store TTA-projekt. 2009.

Doughty C. Effective models of mental health service provision and workforce configuration in the primary care setting. NZHTA Technical Brief 2006;5(1).

DPS, DPBO, Danske Regioner og Dansk psykolog forening. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. De-batoplæg. København: Danske Regioner; 2009.

Eplov Falgaard L, Lundsteen M, Birket-Smith M. Shared care for ikke-psykotiske sygdomme. Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse. København: Danske Regioner; 2009.

Fjeldsted R, Christensen KS. Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Århus Universitet: Forskningsenheden for Almen Praksis; 2011.

Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach F, Von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. Psychol Med 2006;36(01):7-14.

Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166(21):2314.

Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003;289(23):3145.

Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 2003;362(9391):1225-1230.

IHC in Stroke – Early Supported Discharge (ESD) services. Oplæg på The 11th International Conference on Integrated Care, 31. marts 2011; Odense: Syddansk Universitet.

Jacobsen C, Martin H, Andersen S, Christensen R, Bengtsson S. Stigma og psykiske lidelser - som det opleves af mennesker med psykiske lidelser og brogere i Danmark. København: Danske Regioner, Dansk Sundhedsinstitut og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2010.

Jansbøl UK. Shared Care. Forskningsrapport om et samarbejdsprojekt mellem Psykiatrien og almen praksis i Region Sjælland under Afdeling for Regionsfunktioner. Vordingborg: Afdelingen for Regions-funktioner; 2011.

Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unutzer J, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(12):1109.

Kessing L, Hansen H, Hougaard E, Hvenegaard A, Albæk J. Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og angst) - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundheds-styrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2006.

KL. Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere. 2011.

Munk-Jørgensen P, Perto G. De farlige psykiatriske tal. København: Munksgaard. Psykiatrisk Bibliotek; 2000.

Mur-Veeman I, Eijkelberg I, Spreeuwenberg C. How to manage the implementation of shared care - A discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements. *J Manag Med* 2001;15(2):142-155.

Nielsen JM, Vedsted P, Olsesen F. Alment praktiserende lægers efteruddannelse inden for kommunikation og samtaleterapi. 2002;164(07).

Praktiserende Lægers Organisation. Honorartabel. Overenskomst om almen praksis og profylakseaftalen. 2011.

Praktiserende Lægers Organisation. Vejledning i anvendelsen af overenskomstens ydelser. 2011.

Psykiatrifonden. Den arbejdsmarkedsrettede depressionsskole. 2011; Available at: <http://www.pfer.dk/Forside/Depressionsskole/Et+tilbud+til+kommuner+og+jobcentre>. Accessed 08/03 2011.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Dansk Psykolog Forening. Overenskomst om psykologhjælp. 2011.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation. Overenskomst om almen praksis. 2011.

Region H Praksiskonsulentordningen. PKO-Nyt. Patientforløbsbeskrivelse for angst og OCD. 2011.

Region H Psykiatri. Pjece: Pakkeforløb for angst og social fobi. 2011.

Rubak SLM, Mainz J, Rubak JM. Shared care - Et integreret samarbejde om patientforløb på tværs af sektorgrænserne. Ugeskrift for Læger 2002;164:5256.

Rubenstein LV, Parker LE, Meredith LS, Altschuler A, DePillis E, Hernandez J, et al. Understanding team-based quality improvement for depression in primary care. Health Serv Res 2002; 37(4):1009.

San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. Journal of Interprofessional Care 2005;19(S1):132-147.

Udvalg nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskab. Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. 2001.

Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. JAMA 2000;283(2):212.

Bilag: Kortlægning af behandlingsfeltets permanente aktører

I dette afsnit præsenteres den mere omfattende kortlægning, der ligger til grund for præsentationen af behandlingsfeltets permanente aktører i kapitel 2.

Alment praktiserende læger

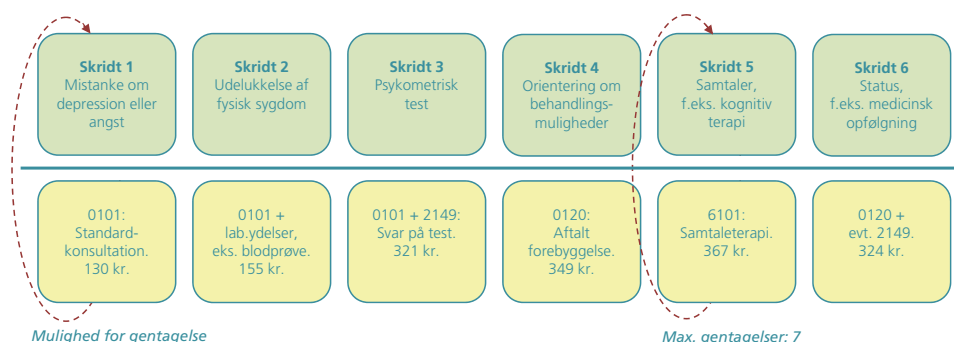
Honorarstruktur

De praktiserende lægers honorarstruktur, som vedtages i deres overenskomst, har været et gennemgående tema i vores interviews. Honorarstrukturen er helt central for at forstå de praktiserende lægers behandling af angst og depression.

Når en patient henvender sig med symptomer, som patient eller læge mistænker for at være depression eller angst, vil lægen ved første konsultation bruge en standard 0101-ydelse, se illustrationen nedenfor. Lægen tager denne ydelse ved almindelige konsultationer (e-mail- og telefonkonsultationer er ikke omfattet). Dertil kommer en række tillægsydelse, som bliver lagt oveni konsultationshonoraret. Hvis symptomerne på depression eller angst vedbliver, vil lægen typisk starte med at udelukke fysiske sygdomme (0101 + laboratorieydelse). Hvis der fortsat er mistanke om angst eller depression, kan lægen bede patienten udfylde et spørgeskema for angst eller depression. Det udløser tillægsydelsen 2149 (Diagnostik, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests). Hvis der udføres flere tests ved samme konsultation, kan lægen få ydelsen flere gange (Arbejdsgruppe nedsat af DSAM 2010a). Når patienten herefter skal orienteres om behandlingsmulighederne, kan læ-

gen tage tillægsydelse 0120 (Supplerende specifik forebyggelsesindsats). Hvis patient og læge bliver enige om samtalebehandling, udløser hver samtale ydelse 6101 (Samtaleterapi)⁶.

Eksempel på honorering af angst- eller depressionsbehandling



6101 er den mest centrale og omdiskuterede ydelse i lægernes behandling af angst- og depression. Ifølge vejledninger indgår samtaleterapi som en del af behandlingen for både angst og depression. Det fremgår af vores interviews, at ydelsen er meget styrende for lægernes måde at tilrettelægge deres behandling på. 6101 er ikke en tillægsydelse og kan derfor ikke tages i kombination med basisydelsen. Ifølge en informant afsætter lægerne typisk 30 minutter til samtaleterapi, hvor de afsætter 10-15 minutter til en almindelig konsultation. Det er bl.a. derfor, at ydelsen udløser næsten det tredobbelte af en almindelig konsultation.

Pr. 1/4-2011 blev ydelsen en fast del af landsoverenskomsten (Praktiserende Lægers Organisation 2011a). Tidligere var det muligt for hver enkelt region at opsigte aftalen om 6101, hvilket Region Midtjylland benyttede sig af. Derudover er det pr. 1/4 blevet vedtaget, at:

- Der maksimalt må ydes syv samtalekonsultationer pr. patient pr. år
- Samtaleterapi skal bestå af forløb på minimum to konsultationer pr. halve år
- Lægen skal deltage i relevante supervisorsmøder knyttet til den anvendte samtaleteknik
- Samtaleterapi skal foretages af en læge (Praktiserende Lægers Organisation 2011b).

De fire nævnte kriterier udgør ifølge flere af vores informanter barrierer for at udføre samtaleterapi i almen praksis. Under et interview fortæller en praktiserende læge, hvad konsekvensen af reglen om maksimumantallet på syv samtalekonsultationer er. Vi spørger, hvad sker der, hvis patienten ikke har fået det bedre efter syv samtaler: "Man stopper alligevel med samtaleterapien. Eller også fortsætter man med 10-15 minutters konsultationer, selvom det ikke er optimalt. Man kan også henvise til psykolog, men her kan der opstå et betalingsproblem for patienten. Eller man kan henvise til psykiater, men der er så et ventetidsproblem...".

Ifølge en anden informant arbejder maksimumsbegrænsningen imod såvel LEON-princippet² som den aktuelle holdning om, at almen praksis skal opspore og behandle flere patienter med psykiske lidelser: Når lægerne ikke må tage flere samtaler end syv med patienten, er de – hvis de ikke vælger at afslutte eller skruer ned for samtaleterapien – tvunget til at henvise til et dyrere omkostningsniveau (f.eks. psykolog eller psykiater), selvom dette fra et lægefagligt synspunkt ikke havde været nødvendigt. Det vil f.eks. ramme de patienter, som nu klarer sig med en månedlig samtale hos deres egen læge, fortæller vores informant. De tre forskere i almen praksis, vi interviewede, kan kun se økonomiske argumenter for at begrænse antallet af samtaleterapi-konsultationer – ingen faglige.

Det tredje krav om, at lægerne skal modtage supervision, hvis de yder samtaleterapi, udgør også en mulig barriere for samtalebehandling i almen praksis. Selve kravet om supervision er ifølge vores informanter fornuftigt nok, men de fortæller, at det kan være en barriere

6 Beløbene i figuren er cirkaleregninger foretaget med udgangspunkt i den honorartabel, der gælder fra 1/4-1/9 2011.

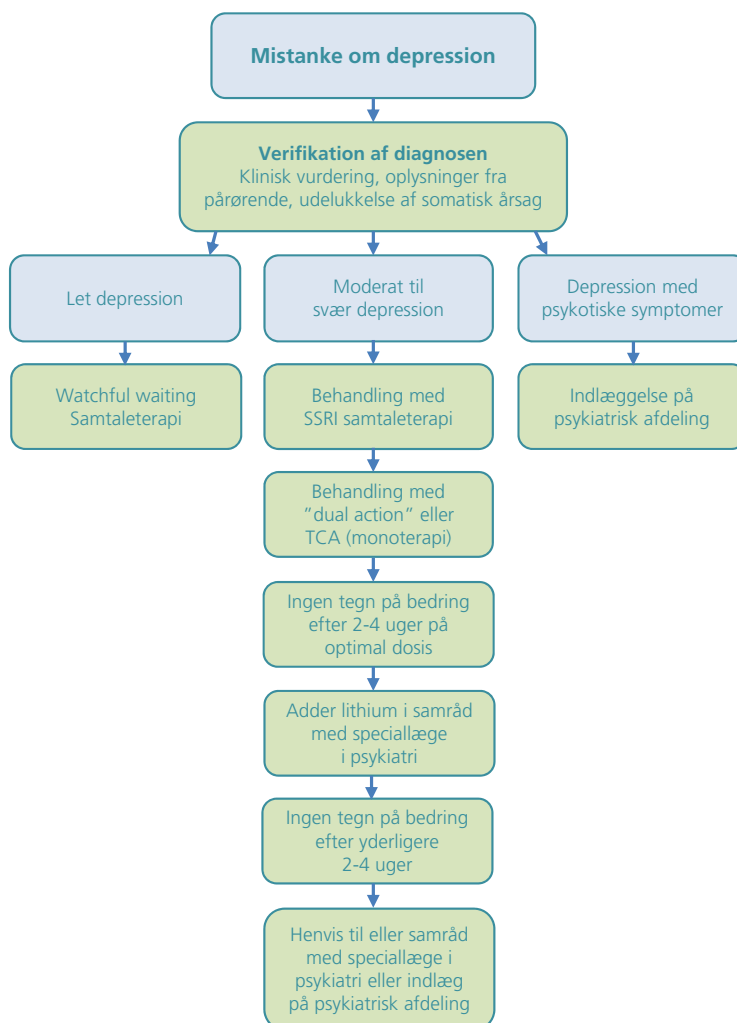
for nogle læger, at de selv skal finansiere supervisionen. Der ydes nemlig ifølge overenskomsten 'ikke særskilt honorering for deltagelse i supervisionsmøder' (Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation 2011). Dvs. at lægerne må bruge tid på supervision, som de ellers kunne have brugt på at se andre patienter og lave andre ydelser.

Reglen om at det kun er læger, der må foretage samtaleterapi, kan som det fjerde krav være en barriere for at have samtaleterapi i almen praksis. Sygeplejersker med erfaring inden for psykiatri har hidtil kunne lave samtaleterapi. I praksis mener vores informanter ikke, at det er særligt udbredt, at sygeplejersker udfører samtaleterapi; på den måde vil den nye regel ikke have dramatiske konsekvenser.

Retningslinjer

Der findes to kliniske vejledninger fra DSAM for vores undersøgelse: en for Unipolar depression og én for Angsttilstande. Begge er fra 2010. Vejledningerne er baseret på de referenceprogrammer for henholdsvis depression og angst, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet. Retningslinjerne beskriver bl.a. opsporing, diagnose, behandling og henvisningskriterier til det øvrige sundhedsvæsen.

Vejledende behandlingsalgoritme for medikamentel behandling af depression i almen praksis



Kilde: DSAM's vejledning til unipolar depression, 2010.

De praktiserende lægers muligheder i forhold til behandling af patienter med angst og let til moderat depression er medikamental behandling, samtalebehandling eller at henvise patienten til et mere specialiseret niveau. I DSAM's vejledning til depression anbefales samtalebehandling (kognitiv terapi eller interpersonel terapi) til patienter med depression i let grad og samtalebehandling og evt. medikamental behandling til patienter med depression i moderat grad (Arbejdsgruppe nedsat af DSAM 2010b). I vejledningen til angstbehandling skriver DSAM, at der er dokumenteret virkning af medikamental behandling med antidepressiva og enkelte andre psykoformaka, at der er dokumenteret effekt af kognitiv adfærdsterapi, og at der er dokumenteret effekt af en kombination af de to behandlingsmetoder (Arbejdsgruppe nedsat af DSAM 2010a). Medikamental behandling anses af vores informanter for at være den mest udbredte i almen praksis.

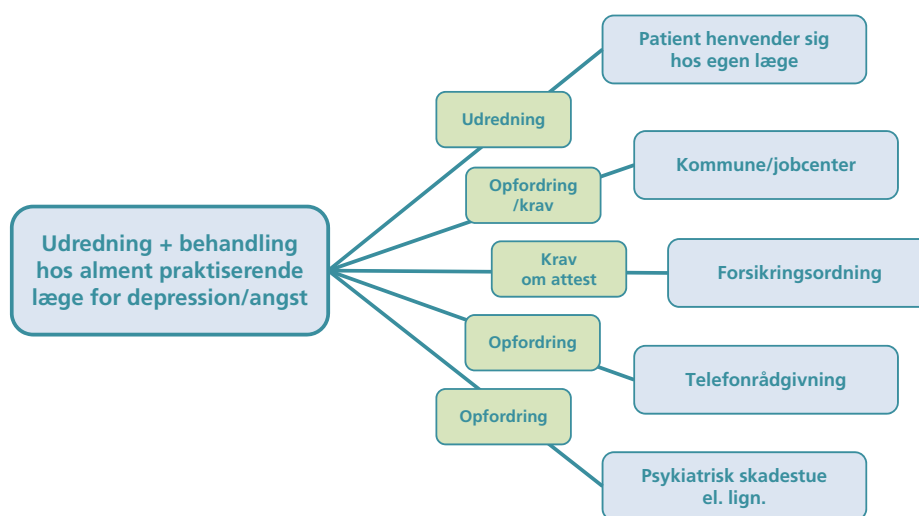
Af samtalebehandling anbefaler begge vejledninger kognitiv adfærdsterapi. Vejledningerne indeholder også vejledning til, hvordan lægen kan gribe terapien an.

Vores informanter fortæller, at lægens valg af behandlingstype i høj grad er betinget af, om han/hun interesserer sig for psykiatri og samtalebehandling. Hvis lægen ikke interesserer sig for det, vil denne typisk ikke have videreuddannet sig i samtaleterapi og derfor ikke være fagligt kvalificeret til at varetage denne behandlingsform. Der findes ikke ingen officielle, nationale opgørelser over, hvor mange læger der praktiserer samtaleterapi, men en undersøgelse fra 2002 fra det daværende Århus Amt kan give en indikation (Nielsen, Vedsted & Olsesen 2002). Undersøgelsen sammenfatter besvarelser fra 320 læger. To tredjedele havde deltaget i kortere kurser om samtaleterapi, og en femtedel havde deltaget i længerevarende kurser i kommunikation og samtaleterapi. Knap halvdelen var eller havde været del af en supervisionsgruppe.

Dette forhindrer imidlertid ikke lægerne i at tilbyde patienten *støttende samtaler*. En støttende samtale kan ifølge en af vores informanter gå ud på at se patientens sygdom an og følge aktivt med i, hvordan det går. En sådan samtale laves som en normal 0101-konsultation og beskrives i vejledningen til depression som noget, alle patienter med depression har brug for. Fjeldsted og Christensens evaluering af depressionsordningen fra 2011 viser, at 83 % af lægerne tilbyder støttende samtaler, mens kun 29 % tilbyder kognitiv adfærdsterapi (Fjeldsted, Christensen 2011). Det betyder reelt, at kun en tredjedel af de praktiserende læger tilbyder den behandlingsform, som vejledningen nævner som førstevalg for let til moderat depression.

Indgange til behandling hos almen praktiserende læge

Hvordan behandlingsforløb i almen praksis begynder



Da vi i denne undersøgelse ikke har talt med patienter, tager beskrivelsen udgangspunkt i behandlernes erfaringer. Selvom de har forskellige udlægninger, kan man på tværs af deres udtalelser uddrage, at de fem hyppigste indgangsveje til udredning og behandling i almen praksis er, at patienten selv henvender sig, at kommunen eller jobcentret spiller en rolle, at henvendelsen hænger sammen med et krav fra en sundhedsforsikringsordning, at patienten har talt med en telefonrådgivning eller patientforening, eller at patienten har været en tur forbi en psykiatrisk skadestue. Dette illustreres i nedenstående figur. I det følgende gennemgår vi de fem skitserede indgangsmuligheder til almen praksis.

Patient henvender sig hos egen læge

Henvendelsen kan enten dreje sig om fysiske eller psykiske symptomer. Det mest almindelige er ifølge informanterne, at patienten henvender sig med fysiske symptomer som f.eks. træthed eller smerter. Hvis henvendelsen drejer sig om psykiske symptomer, vil patienten ofte tale om stress eller tristhed; sjældent direkte om angst eller depression. Hvis lægen får mistanke om angst eller depression, vil han/hun påbegynde et udredningsforløb, som i første omgang skal udelukke fysiske symptomer.

Det forekommer også, at pårørende er involveret i henvendelsen til den praktiserende læge. Det kan f.eks. være, at en pårørende laver en aftale hos patientens læge og sørger for, at patienten møder op og beskriver sin situation, eller det kan være, at den pårørende ringer til den praktiserende læge og beder om råd til, hvad han/hun kan gøre for at hjælpe patienten.

Kommune/jobcenter

En anden mulig indgang til et behandlingsforløb hos den praktiserende læge er, hvis patienten bliver 'henvist' fra det kommunale jobcenter eller socialforvaltningen i kommunen. Henvist står i citationstegn, fordi der ikke er tale om en decideret henvisning, men om en opfordring fra jobcentret. Det kan både være en langtidssygemeldt, der helt konkret skal have udfyldt en attest, eller det kan være en sagsbehandler, der mere uformelt vurderer, at en borger muligvis har psykiske problemer. Samarbejdet mellem kommunen og de praktiserende læger kan være mere eller mindre organiseret.

Forsikringsordning

Nogle patienter henvender sig til deres praktiserende læge, fordi det er et krav fra deres sundhedsforsikring. Det kan f.eks. være, hvis patienten er stresset og har ønske om at tale med en psykolog finansieret gennem sundhedsforsikringen. I de tilfælde er det ofte et krav fra forsikringen, at patienten får en henvisning eller en afkrydset anbefaling fra sin læge. I de tilfælde vil patientens henvendelse sjældent føre til et behandlingsforløb hos den praktiserende læge.

Telefonrådgivning

En fjerde indgang til udredning og behandling hos den praktiserende læge er, hvis patienten henvender sig til en telefonrådgivning eller patientorganisation som f.eks. fællesorganisationen for OCD, angst og depression (ODA), Livslinien, PsykiatriFonden eller lignende. Det er svært at vurdere, hvor anvendt denne indgangsvej er, da der ikke findes samlede opgørelser over, hvor mange patienter der kommer i gang med behandling ad denne vej. Vores informant fra en patientorganisation fortalte, at mange personer henvender sig for at få svar på, om de f.eks. har en depression. Her vil patientorganisationen aldrig stille en diagnose i telefonen, men lytte til personen og opfordre til, at han/hun henvender sig til sin egen læge for at blive udredt. Det er muligt, at denne opfordring hjælper patienten til at overvinde den barriere, der evt. kan være for at henvende sig med et psykisk problem.

Psykiatrisk skadestue eller lignende

Den sidste mulighed, som gik igen i de forskellige informanternes beskrivelser, er, hvis patienten henvender sig på et specialiseret psykiatrisk niveau. Det kan f.eks. være en person, der i noget tid

har gået rundt med symptomer på angst eller depression. Hvis personen pludselig bliver overvældet eller beslutter, at 'nu skal der gøres noget!', kan han/hun finde på at henvende sig på den psykiatriske skadestue. Her vil personalet imidlertid ret hurtigt kunne vurdere, om patienten hører hjemme, og hvis patienten lider af en let til moderat depression eller en 'simpel' angstproblematik, vil denne ifølge vores informanter blive 'vendt i døren' og opfordret til at henvende sig hos sin praktiserende læge.

Kontakt mellem almen praksis og det øvrige behandlingsfelt

Den praktiserende læge kan løbende under et behandlingsforløb være i kontakt med feltet, ligesom han/hun ved en henvisning af patienten til et mere specialiseret niveau vil være i kontakt med andre behandlere. Ifølge vores informanter foregår der for nogle en sporadisk sparring mellem den praktiserende læge og en håndfuld privatpraktiserende psykologer og psykiatere, som den praktiserende læge har for vane at samarbejde med. Den praktiserende læges kommunikation til det øvrige behandlingssystem foregår primært via henvisninger.

Den praktiserende læge vælger mellem at henvise til privatpraktiserende psykolog, privatpraktiserende psykiater, psykiatriske ambulatorier, specialklinikker, distriktspsykiatrien, private klinikker og nogle gange et projektbaseret tilbud. Umiddelbart kunne man tro, at lægens henvisning udelukkende afhang af en vurdering af patientens symptomer. Sådan er virkeligheden imidlertid ikke. Lægens beslutning om, hvortil patienten skal henvises, bliver afgjort af en række faktorer: Nogle knytter sig til lægen, nogle til patienten, og nogle knytter sig til det lokale udbud af muligheder.

En henvisning kommer bl.a. an på:

Lægens	Patientens	Lokale forhold som
<ul style="list-style-type: none"> • Interesse • Tid • Uddannelse • Økonomi • Relationer 	<ul style="list-style-type: none"> • Sygdomsbillede • Økonomi • Sociale omstændigheder • Holdning til medicin og psykiatri • Sygdomsbillede 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventetider • Tilstedeværelse af tilbud • Kvalitet af tilbud • Relationer

Privatpraktiserende psykologer

Privatpraktiserende psykologer er de aktører, som udover den praktiserende læge har mest at gøre med patienter med angst og let til moderat depression. I dette afsnit beskriver vi nogle af de forhold, som er centrale for de privatpraktiserende psykologers rolle i behandlingen af patienter med angst og let til moderat depression og angst: Finansieringen af behandlingen, herunder psykologordningen, hvad behandlingen går ud på, og hvordan de privatpraktiserende psykologer er kædet sammen med det øvrige behandlingsfelt.

Finansiering af psykologbehandling

Privatpraktiserende psykologer er i udgangspunktet ikke offentligt finansieret. Derfor skal man som patient selv betale for sin psykologbehandling. I disse år er der imidlertid opstået flere muligheder for at få tilskud til psykologbehandling. Det drejer sig først og fremmest om den såkaldte 'depressionsordning' eller 'psykologordning', som blev indført i 2008. Ordningen er en aftale mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Psykologforening, der gør det muligt for personer mellem 18-37 år med let til moderat depression at få betalt 60 % af sine udgifter til psykologbehandling (Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykologforening 2011), sådan at udgiften falder fra omkring 1.000 kr. til omkring 350 kr. Fra 1. april 2011 blev ordningen udvidet til også at omfatte personer mellem 18 og 28 år, som lider af angst og/eller tvangstanker (OCD)¹. Aldersbegrænsningerne er ikke besluttet på baggrund af faglige argumenter, men af økonomiske projektioner for, hvor mange patienter, der vil kunne

behandles med de tilvejebragte midler. Med finanslovsforslaget for 2012 er der afsat midler til at udvide ordningen til alle voksne uanset alder.

Tilskuddet på de 60 % er betinget af en skriftlig henvisning fra en alment praktiserende læge, og af at den valgte psykolog er tilknyttet Sygesikringen. Depressionsordningen er blevet evalueret i 2011 af Rita Fjeldsted og Kaj Sparle Christensen. Deres evaluering viser, at både praktiserende læger og psykologer overvejende mener, at ordningen bør udvides til at omfatte alle voksne patienter (Fjeldsted, Christensen 2011). Der ydes tilskud til maksimalt 12 konsultationer, og i nogle tilfælde er det muligt at blive genhenvist, så man i alt kan få 24 konsultationer. Ordningen styres af 'praksisoverenskomsten' som trådte i kraft den 1. juli 2011 (Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening 2011).

Behandlingen

Privatpraktiserende psykologer har ikke en fast eller fælles fremgangsmåde for behandlingen af patienter med depression eller angst. I stedet fastlægger psykologerne behandlingen på baggrund af deres egne kompetencer og en vurdering af den enkelte patients behov. De fleste psykologer oplyser, at de bruger eklektisk terapi eller kognitiv adfærdsterapi ved behandling af deprimerede patienter (Fjeldsted, Christensen 2011).

Hvis patienten har brug for medicinsk behandling, mens han/hun er i psykologbehandling, har den praktiserende læge ansvaret for det. Privatpraktiserende psykologer kan heller ikke formelt stille psykiatriske diagnoser som f.eks. depression eller angst. Vores informant fortæller dog, at selvom psykologer ikke bruger ICD10-diagnosekriterier, starter de altid et forløb med en grundig udredning og vurdering af, hvorvidt den praktiserende læges evt. henvisning er korrekt.

Det er meget forskelligt, hvor lang tid et behandlingsforløb for en person med let til moderat depression eller angst hos en psykolog varer. Forløbets længde har både faglige og pragmatiske årsager. Vores informant, der er privatpraktiserende psykolog, fortalte, at nogle klienter stopper, fordi de ikke har brug for mere behandling. Andre stopper, når de 12 konsultationer med sygesikringstilskud er brugt, mens andre igen fortsætter med selv at betale behandlingen efter de 12 konsultationer. Fjeldsted og Christensens evaluering viser, at personer med let til moderat depression i gennemsnit modtager 8,23 konsultationer (Fjeldsted, Christensen 2011).

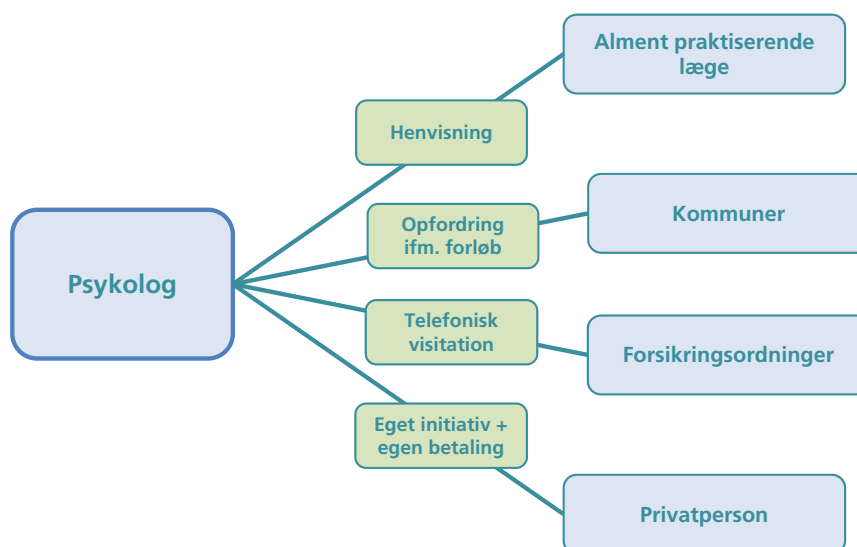
Når en privatpraktiserende psykolog afslutter en klient, er der generelt ikke faste procedurer for, at psykologen skal underrette den praktiserende læge eller andre behandlere. Dette er imidlertid anderledes for klienter, der er henvist via depressions- eller angst/OCD-ordningen. Der er i psykologernes praksisoverenskomst vedtaget regler for, hvad psykologerne skal oplyse og til hvem. Bl.a. skal psykologen sende en 'elektronisk epikrise [en afkrydsningsepikrise] med relevant information til patientens praktiserende læge'. Desuden skal psykologen give regionen besked, når han/hun påbegynder et behandlingsforløb (Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening 2011).

Den epikrise, som psykologen sender til den alment praktiserende læge, er oftest meget sparsom, hvilket kan skyldes, at psykologen vægter alliancen med patienten meget højt. Psykologen, der deltog som informant i vores undersøgelse, fortalte, at hun altid gennemgik og diskuterede sin epikrise med patienten, sådan at de blev enige om, hvad den praktiserende læge skulle vide. Modsat psykologerne er de praktiserende læger overvejende utilfredse med den kommunikation, de får fra psykologerne (Fjeldsted, Christensen 2011).

Indgange til behandling hos psykolog

De privatpraktiserende psykologer er således oftest i kontakt med de praktiserende læger, men har også kontakt til kommuner, forsikringsordninger og privatpersoner – altså klienter uden henvisning.

Hvordan behandlingsforløb hos psykolog begynder



Alment praktiserende læge

Ofte vil en alment praktiserende læges valg mellem privatpraktiserende psykolog eller privatpraktiserende psykiater dels være en afvejning af, om patientens behov er medicinsk eller samtaleterapeutisk, og dels en vurdering af en række praktiske forhold (se også næste afsnit om privatpraktiserende psykiatere).

Når den praktiserende læge henviser en patient med angst og let til moderat depression til psykolog, skyldes det typisk, at lægen vurderer, at patienten har brug for samtaleterapi, som han/hun ikke kan tilbyde.

Hvorvidt patienten henvises til psykolog, kan også være et spørgsmål om patientens økonomi. Ofte vil lægen vide eller have en fornemmelse af, om patienten har mulighed for at betale de omkring 1.000 kr. (hvis patienten ikke kan komme ind under depressions- eller angst/OCD-ordningen) eller 350 kr. (hvis patienten kan komme ind under ordningen) til psykologbehandling selv. Hvis økonomien er en barriere for patienten, kan lægen forsøge at hjælpe patienten, enten ved at 'presse' patienten ind under depressions- eller angst/OCD-ordningen; ved at henvise til et andet tilbud – typisk en privatpraktiserende psykiater, eller ved at rådgive patienten om at søge støtte hos kommunen.

Omfanget af og den praktiserende læges kendskab til udbuddet af psykologiske og psykiatriske tilbud kan også være en faktor. Især i landområder kan der være et sparsomt udbud af psykologer og psykiatere. Typisk vil de praktiserende læger opbygge et kendskab til en eller flere psykologer, som de primært vil opfordre deres patienter at bruge. Både den privatpraktiserende psykolog og de praktiserende læger fortæller, at det gør samarbejdet bedre, når man kender hinanden. Det er bl.a. mere naturligt at ringe til hinanden med spørgsmål.

Lægerne henviser helst patienter med depression eller angst til en psykolog, der laver kognitiv terapi. Den behandlingsform er der evidens for, og den bliver anbefalet i referenceprogrammerne og DSAM's vejledninger (Arbejdsgruppe nedsat af DSAM 2010). Derfor fortæller en informant, at det kan være frustrerende for lægen, at psykologerne ikke oplyser, hvilken form for terapi de tilbyder. Langt de fleste psykologer har en eklektisk tilgang, der tager udgangspunkt i den enkelte patient og trækker på forskellige terapeutiske tilgange i behandlingen. Når patienten eller lægen ringer og efterspørger kognitiv terapi, er det ofte svært at få et klart svar på, om det er dét, psykologen vil tilbyde. Her kan kendskab til psykologen og vedkommendes arbejdsmetoder være en fordel, mener lægerne.

Det er et krav i depressionsordningen, at *"Patienten skal være lægefagligt diagnostisk udredt i henhold til gældende kliniske retningslinjer på området herunder skal der være fore-*

taget en psykometrisk test" (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Dansk Psykolog Forening 2011). Scoren fra den anvendte psykometriske test skal påføres henvisningen til psykologen. Evalueringen foretaget af Fjeldsted og Christensen viser, at psykologerne er meget tilfredse med de henvisninger, de får fra den praktiserende læge⁷ (Fjeldsted, Christensen 2011).

Kommuner

Det sker ifølge informanterne i vores studie også, at kommunen opfordrer en person til at opsøge en privatpraktiserende psykolog. Det kan f.eks. være i forbindelse med et jobtræningsforløb, hvor sagsbehandleren vurderer, at personen vil kunne have glæde af psykologbehandling for at forbedre sin funktionsevne og muligheder for at varetage et arbejde. I disse tilfælde vil patienten i det fleste tilfælde skulle betale behandlingen selv, med mindre patienten først går til den praktiserende læge og bliver henvist gennem depressions- eller angst/OCD-ordningen. I sjældne tilfælde kan kommunen yde støtte til psykologbehandlingen. Der er ingen faste kriterier for, hvornår man kan få støtte til behandlingen af kommunen – det kommer an på en individuel behandling af patientens sag, hvor sagsbehandleren bl.a. vurderer personens økonomi og en udtalelse fra egen læge. Det kommer også an på, hvorvidt kommunen har andre tilbud til rådighed, f.eks. en depressionskole, som beskrives i kapitlet om de projektbaserede tilbud.

Forsikringsordninger

Fleere af vores informanter gør opmærksom på, at private sundhedsforsikringer spiller en stigende rolle i forhold til, hvor mange patienter med depression og angst der bliver behandlet hos psykolog. Personer, som enten privat eller via deres arbejdsplads har en sundhedsforsikring, kan eksempelvis være berettiget til 12 timer hos en psykolog i forbindelse med stress eller depression. Hvis patienter med en sundhedsforsikring henvises til psykolog, vil sundhedsforsikringen finansiere hele behandlingen.

Patienten som privatperson

En række personer vælger også selv at betale for psykologbehandling uden at henvende sig hos deres praktiserende læge først.

Opsummering

De privatpraktiserende psykologer spiller ifølge vores studie en stor rolle i behandlingen af patienter med angst og let til moderat depression. Denne rolle er vokset med depressions- og OCD/angst-ordningen og vil givetvis vokse yderligere, når aldersgrænsen for de to ordninger bliver ophævet. Til trods for den store rolle, de privatpraktiserende psykologer spiller, bliver de kun i begrænset omfang set som en integreret del af behandlingssystemet. "De er på sidelinjen – de er ikke et tilbud, man kan regne med", siger en forsker i almen praksis. De praktiserende læger oplever, at psykologerne kan være svære at arbejde sammen med, bl.a. fordi de ikke oplyser, hvilken behandlingsform de bruger, og fordi de ikke informerer ordentligt om det behandlingsforløb, de har været igennem med patienten. De privatpraktiserende psykologer er på den måde med i det helt centrale behandlingsfeltet for angst og depression, samtidig med at de står lidt udenfor.

Privatpraktiserende psykiatriske speciallæger

Privatpraktiserende psykiatere er ifølge vores informanter en anden brugt henvisningsmulighed for praktiserende læger, når det drejer sig om patienter med angst og let til moderat depression. Det er et område, som generelt er dårligt belyst, og det kaldes også i flere sammenhænge for 'Den hemmelige psykiatri' (Munk-Jørgensen 2000). Der findes omkring 125-150 praksis i Danmark. I 2001 anslog Dansk Psykiatrisk Selskab, at ca. 40.000 mennesker med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter (hvoraf de fleste vil være mennesker med angst og let til moderat depression) blev behandlet af privatpraktiserende psykiatere om året (Udvalg nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskab 2001).

7 83 % er enten tilfredse eller meget tilfredse. Kilde: Fjeldsted, Christensen 2011, tabel 29..

Privatpraktiserende psykiatere har som oftest et ydernummer, dvs. at Sygesikringen betaler hele behandlingen til patienter i sygesikringsgruppe 1. Der findes også psykiatere uden ydernummer, f.eks. på flere af de store private psykiatriske klinikker, hvor der ikke ydes offentligt tilskud til behandlingen. Privatpraktiserende psykiatere kan også tage imod patienter, som ikke har en henvisning, men selv betaler deres behandling. Det er op til den enkelte psykiater, hvor mange patienter han eller hun vil se.

Sundhedsforsikringsordninger spiller ikke en stor rolle for de privatpraktiserende psykiatere, fordi de er finansieret gennem Sygesikringen.

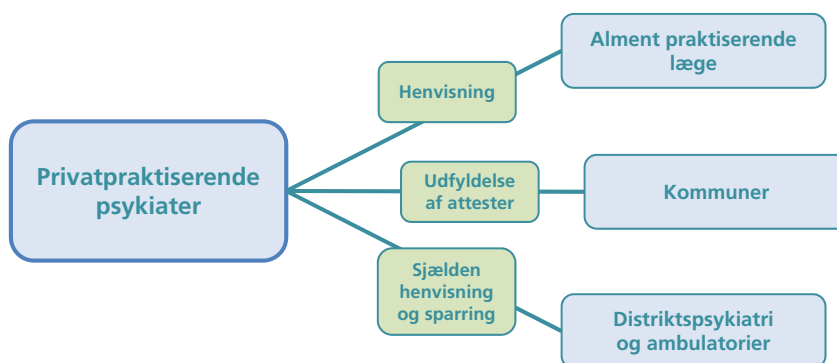
De privatpraktiserende psykiatere tilbyder typisk individuelt tilrettelagte behandlingsforløb til patienten. Dansk Psykiatrisk Selskab oplyser, at behandling hos privatpraktiserende psykiater altid består af samtale/psykoterapi, og at denne i to tredjedele af tilfældene suppleres med medicinsk behandling (Udvalg nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskab 2001).

Der er ét altoverskyggende problem i forhold til privatpraktiserende psykiatere: ventetiderne. Ventetider kan gøre, at privatpraktiserende psykiatere reelt ikke er en henvisningsmulighed for de praktiserende læger. Hvis man som praktiserende læge står med en patient, som ikke responderer på medicinsk behandling, og hvis tilstand er i forværring, nytter det ikke meget, at han/hun først kan få en tid hos en privatpraktiserende psykiater efter mange måneder. I sådanne tilfælde – og hvor en psykolog ikke er et alternativ – vil nogle praktiserende læger vælge at bruge distriktspsykiatriske centre eller ambulatorier.

Indgange til behandling hos privatpraktiserende psykiater

De privatpraktiserende psykiatere får langt størsteparten af deres patienter – også patienter med angst og let til moderat depression – gennem henvisninger fra praktiserende læger. Udover kontakten til lægerne har de privatpraktiserende psykiatere kontakt med kommunerne omkring denne patientgruppe, ligesom de i sjældne tilfælde henviser eller søger sparring hos distriktspsykiatri eller ambulatorierne.

Hvordan behandlingsforløb hos privatpraktiserende psykiater begynder



Alment praktiserende læge

Den privatpraktiserende psykiater vil i langt de fleste tilfælde blive involveret i behandlingen af patienter med angst eller let til moderat depression, fordi en patient bliver henvist af sin praktiserende læge. Den privatpraktiserende psykiater, som indgik som informant i denne undersøgelse, fortalte, at der er stor forskel på, hvornår en alment praktiserende læge henviser en patient: "Nogle praktiserende læger klarer næsten det hele selv. De kan næsten blive sure på patienter, hvis de vil henvises. Andre henviser alt med psykiatri, fordi de ikke har lyst – og så ved de, at der bliver taget godt af patienterne".

Hvis patienten henvises til en praktiserende psykiater, vil den faglige begrundelse være, at patienten har behov for mere specialiseret medicinsk behandling. Dette behøver ikke at hænge sammen med sygdommens sværhedsgrad. En patient, som scores til en let depression, men ikke responderer på de mest almindelige antidepressiva, kan også blive henvist til psykiater.

Når psykiateren afslutter patienten, vil han/hun sende en epikrise til den praktiserende læge. Epikrisen beskriver typisk kun den medicinske del, da psykiaterne ifølge vores informant ofte foretrækker, at personlige oplysninger bliver mellem psykiater og patient. Ifølge en artikel af Christensen og Vårdal (2007) oplyser mange praktiserende læger, at de 'aldrig får nogen tilbagemelding fra psykiateren, når patienten er vurderet omkring medicinændringer, indlæggelser eller om fokusskift i psykoterapi' (Christensen, Vårdal 2007).

På samme måde som med psykologerne har de praktiserende læger ofte et par privatpraktiserende psykiatere, de plejer at bruge. Selvom relationen er ganske uformel, sætter begge parter ifølge vores informanter pris på den, fordi de mener, at det er lettere og mere naturligt at samarbejde med folk, de kender. Ofte vil den praktiserende læge også i højere grad søge sparring hos en psykiater, han/hun kender. Sparringen er sporadisk og uformel.

Kommuner

Privatpraktiserende psykiatere er også i løbende kontakt med kommunen. Kontakten vil oftest bestå i skriftlig rekvirering af attester eller erklæringer. Når kommunen skal bruge en erklæring fra den praktiserende psykiater, er det kommunen, der betaler for det. F.eks. får den privatpraktiserende psykiater ca. 370 kr. for at udfylde en statusattest. Samarbejdet med kommunen kan ifølge vores informant opleves som vanskeligt, f.eks. når kommunen modarbejder lægens anvisninger og kun er interesseret i at fremme deres egen dagsorden. Han har ofte oplevet, at kommuner ikke er interesseret i et samarbejde omkring konkrete borgere, når det sker på psykiaterens initiativ.

Distriktspsykiatri og ambulatorier

En sjælden gang kan privatpraktiserende psykiatere henvise eller søge sparring angående en patient med angst og let til moderat depression i distriktspsykiatrien eller hos ambulatorierne. Det kan f.eks. være, hvis den privatpraktiserende psykiater vurderer, at der er brug for nye øjne på en sag. I langt de fleste tilfælde vil det dog ikke gøre sig gældende i behandlingen af de lette og moderate tilfælde, som vi beskæftiger os med i denne undersøgelse. Det skyldes, at den privatpraktiserende psykiater har stor erfaring med behandling af denne gruppe, og at distriktspsykiatri og ambulatorier ikke har det. Deres kompetencer er inden for behandling af de mere komplicerede tilfælde.

Opsummering

De privatpraktiserende psykiatere er ifølge vores informanter den faggruppe, der er bedst kvalificeret til at varetage den medicinske behandling af patienter med angst og let til moderat depression. Flere informanter mener, at i en verden, hvor økonomi ikke spillede en rolle, ville alle patienter med depression og angst blive behandlet hos de privatpraktiserende psykiatere. Imidlertid er der stor mangel på psykiatere, og de praktiserende læger kan derfor opleve samarbejdet med de privatpraktiserende psykiatere som problematisk og tidskrævende. En henvisning vil ofte kræve, at den praktiserende læge kender psykiaternes ventetider og/eller bruger sine forbindelser til at skaffe patienten en tid. Selv uden de problematiske ventetider kan de privatpraktiserende psykiateres rolle ligesom psykologernes opleves lidt adskilt fra det øvrige behandlingsfelt. Det skyldes, at kommunikationen, koordinationen og samarbejdet mellem de privatpraktiserende psykiatere og det øvrige behandlingsfelt er meget begrænset.

Distriktspsykiatriske centre

Distriktspsykiatrien er et ambulat behandlingstilbud under den regionale behandlingspsykiatri. De distriktspsykiatriske centre er organiseret forskelligt over hele landet, og det er derfor vanskeligt at give en samlet introduktion. Behandlingstilbuddene er typisk medicin og samtale med kontaktperson og psykiater. Nogle steder kan der også være forskellige aktiviteter tilknyttet det distriktspsykiatriske center – f.eks. motion og fælles spisning. En del distriktspsykiatriske centre har i dag også forskellige teams, der foretager opsøgende behandling. Målgruppen for disse teams vil typisk være på de dårligst fungerende patienter, der selv har svært ved at op-søge behandlingen.

Det varierer meget, hvor mange patienter med angst og depression centrene har. Nogle steder har de distriktspsykiatriske centre specialiseret sig i psykotiske lidelser og beskæftiger sig næsten eller slet ikke med affektive lidelser (Arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer 2007). Generelt vurderer vores informanter, at patienter med angst og let til moderat depression er uden for målgruppen for de distriktspsykiatriske centre. Alligevel sker det, at de praktiserende læger henviser denne patienttype til de distriktspsykiatriske centre.

Når ventetiden hos de praktiserende psykiatere er for lang, og lægen har brug for hjælp til at stille en korrekt diagnose eller tilrettelægge en medicinsk behandling, kan det ske, at den praktiserende læge henviser patienter med angst eller let til moderat depression til distriktspsykiatrien. I de tilfælde vil det distriktspsykiatriske center rådgive telefonisk og nogle gange starte en (medicinsk) behandling, som den praktiserende læge kan fortsætte monitoreringen af. Nogle gange vil der dog også være ventetid på de distriktspsykiatriske centre. En praktiserende læge fremhæver, at det kan være positivt, at patienten hurtigt sendes tilbage til almen praksis. I stedet for at patienter 'bliver hængende' i behandlingen hos en privatpraktiserende psykiater, kan distriktspsykiatrien give en hurtig afklaring, og så kan den praktiserende læge selv fortsætte behandlingen.

I en undersøgelse af danske psykiatriske patienters opfattelse af behandlingssystemet nævner en del patienter, at de oplever det som stigmatiserende at skulle behandles for deres lidelse i psykiatrien. Har man først brug for at blive behandlet i psykiatrien, så er man for alvor psykisk syg og dermed også potentielt utilregnelig. Denne bekymring forhindrer nogle patienter i at søge behandling i behandlingspsykiatrien, selv om de har brug for den (Jacobsen et al. 2010).

Ambulatorier og specialklinikker

Psykiatrisk behandling på ambulatorier og specialklinikker er også dagtilbud under den regionale psykiatri. På mange måder ligner behandlingen her den behandling, som tilbydes i distriktspsykiatrien. Specialklinikkerne er dog et relativt nyt tilbud, der fokuserer på meget afgrænsede patientgrupper. I nogle tilfælde vil disse grupper være patienter med angst eller let til moderat depression. Ifølge en af vores informanter kan en klinik defineres som 'en specialiseret funktion, som tager sig af et afgrænset område'. Når et ambulans tilbud kaldes en specialklinik, er det således for at markere, at klinikken har en specifik målgruppe modsat det psykiatriske ambulatorium.

Aktuelt ses en tendens til, at der opstår stadig flere specialklinikker. Dette vil have indflydelse på det felt af behandlingsmuligheder, en patient med angst og let til moderat depression møder. Et eksempel er det relativt nyåbnede behandlingstilbud på Frederiksberg, som beskrives i boksen på næste side.

Dette og lignende tilbud blev imidlertid ikke nævnt af andre end dem, der kendte tilbuddene fra deres egen organisation. Dette kan dels skyldes, at der ikke har været lignende tilbud i de øvrige informanters områder, og dels at tilbuddene endnu ikke er særligt kendte blandt de praktiserende læger.

Kommunen

Umiddelbart kan det virke fejlplaceret at beskrive kommunen som en aktør på behandlingsfeltet for angst og let til moderat depression. Kommunerne forbindes sjældent med behandling. Når vi alligevel tager kommunen med her, skyldes det, at kommunen og specifikt jobcentre i stigende grad beskæftiger sig med denne gruppe og derfor spiller en rolle for de behandlere, vi har interviewet. Dette afsnit beskriver først kommunens interesse i denne patientgruppe og dernæst kommunens relationer til behandlingsfeltet for angst og let til moderat depression. Afsnittet beskæftiger sig ikke med den kommunale socialpsykiatri (væresteder, bosteder, støttekontaktpersoner og lignende), da målgruppen for disse ydelser er mere syge og belastede end den patientgruppe, som denne kortlægning beskæftiger sig med.



Eksempel på tilbud i specialklinik:

Behandlingstilbud til patienter med let/moderat unipolær depression, Psykoterapeutisk afsnit, Frederiksberg

Målgruppe

Patienten skal:

- lide af en unipolær depression af let til moderat grad
- have haft max. 2 depressive perioder inkl. den aktuelle episode
- ikke være i behandling med beroligende medicin
- være egnet til gruppebehandling
- selv kunne administrere sin medicin
- ikke have anden comorbiditet som misbrug inden for det sidste år eller underliggende personlighedsforstyrrelse.

Behandlingsforløbet indebærer

- 16 sessioner manualiseret kognitiv adfærdsterapi i gruppe med 8 deltagere, hvor man kommer 2 timer x 1 ugentligt
- 2 opfølgende sessioner efter henholdsvis 1 og 3 måneder
- Der er hjemmearbejde mellem sessionerne.

Henvi sning

Egen læge laver et skriftligt oplæg med kort forhistorie, diagnoser, symptomer, varighed, tidligere og nuværende medicin, hvorefter der indkaldes til forsamtale. Patienter indkaldes fra hjemmet, hvorfor et telefonnummer udover patientens adresse også kan være nyttigt. Patienten skal bo i Frederiksberg eller Vanløse med optagelsesområde for Psykiatrisk Center Frederiksberg.

Kilde: Psykoterapeutisk center, Frederiksberg 2009 (Swane, Sebastian 2009).

Hvorfor beskæftiger kommunerne sig med patienter med angst og depression?

Årsagen til at kommunerne i stigende grad fokuserer på patienter med depression og angst, må antages at være en konsekvens af, at en stadig stigende andel af de personer, der tilkendes sociale ydelser, har en psykisk lidelse. Eksempelvis angiver KL i en undersøgelse fra 2011, at en tredjedel af sygedagpengemodtagerne har psykiske lidelser, og at 75 % af disse lider af depression (KL 2011). Derudover viser en undersøgelse af Epløv og Birket-Smith fra 2007, at antallet af personer, der får tilkendt førtidspension, er steget fra 2001-2006. Denne stigning hænger sammen med en stigning i antal førtidspensionister med psykiske lidelser, som er steget med 33 % i samme periode, hvor antallet af førtidspensionister med alle andre diagnoser er faldet, jf. omstående tabel.

Kommunale nytilkendegivelser af førtidspension fordelt på sygdomsgrupper

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Ændring % 2001-2006
Psykiske lidelser	4.797	6.153	5.409	5.998	5.989	6.348	33 %
Bevægeapparatsygdomme	3.550	3.873	3.088	3.509	3.197	3.135	-12 %
Hjerte- og karsygdomme	1.254	1.366	1.235	1.382	1.183	980	-22 %
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	1.282	1.420	1.053	1.055	1.000	909	-29 %
Kræftsygdomme	1.246	1.276	1.004	1.137	1.078	939	-25 %
Sygdomme i åndedrætsorganer	440	501	390	378	371	328	-25 %
Medfødte misdannelser	108	129	103	87	102	76	-30 %
Ulykkestilfælde, vold mv.	818	916	663	771	557	519	-37 %
Social indikation	376	471	244	141	114	112	-70 %
Øvrige diagnoser	1.028	1.131	951	1.070	871	803	-37 %

Kilde: Eplov og Birket-Smith 2007, tabel 1.

De psykiske lidelser, som bidrager til denne stigning, er – udover posttraumatisk belastningsreaktion og tilpasningsreaktion – netop depression og angst, jf. nedenstående tabel.

Kommunale nytilkendegivelser af førtidspension fordelt på sygdomsgrupper

	2001	2006	Stigning % 2001-2006
Skizofreni og andre psykoser	675	566	-8,7 %
Maniodepressiv sindslidelse (bipolar tilstand)	147	157	6,8 %
Depression (affektive lidelser)	446	727	63,0 %
Angst og tvangstilstande (OCD)	283	477	69,0 %
Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD)	518	972	88,0 %
Tilpasningsreaktion	99	200	102,0 %
Somatoforme tilstande	177	146	-17,5 %
Spiseforstyrrelser	14	20	43,0 %
Personlighedsforstyrrelse	662	968	46,0 %
Misbrug	539	650	21,0 %
I alt	4.797	6.348	33,0 %

Kilde: Eplov og Birket-Smith 2007, tabel 4.

Teamlederen fra et fastholdelsesteam i et kommunalt jobcenter fortæller, at patienter med lidelser som angst, depression og stress udgør en stor del af de borgere, hun møder i sit arbejde. Hun har ikke tal på hvor mange. I kommunerne tænker de ikke primært i diagnoser, men i funktionsdygtighed. Ifølge lægekonsulenten er det ikke relevant med diagnoser for at kunne lave en rehabiliteringsplan for borgeren. Nogle patienter med en psykisk diagnose kan forske, mens andre med den samme diagnose ikke kan tænde en cigaret, som han siger. Som han ser det, skal kommunen ikke involveres i selve den psykiatriske behandling, da dette er en regional opgave og skal finansieres af regionerne. I praksis er det imidlertid svært at skelne imellem en indsats, som målrettet skal støtte borgeren i at komme i arbejde, og en indsats der skal behandle borgerens sygdom. Derfor sker det også i nogle tilfælde, at kommunen yder tilskud til eksempelvis psykologbehandling.

Jobcentrene tilrettelægger en plan for borgeren, som skal få ham/hende så hurtigt tilbage til arbejdsmarkedet som muligt. Både teamlederen, lægekonsulenten og en informant fra KL lægger stor vægt på, at kommunerne arbejder ud fra en logik om, at psykisk sygdom

ikke nødvendigvis betyder, at borgeren skal sygemeldes. Tværtimod kan der være et helende element i at fastholde eller skabe en form for kontakt til arbejdsmarkedet.

Siden 2007, hvor den statslige arbejdsformidling blev nedlagt, har de kommunale jobcentre været ansvarlige for beskæftigelsesindsatsen for både ledige, der er dagpengeberettigede, og dem der kun er kontanthjælpsberettigede. Kommunerne har en økonomisk interesse i at få de ledige i arbejde så hurtigt som muligt. De første otte uger af et ledighedsforløb bliver kommunen kompenseret 100 % af staten. Fra 9-52 uger bliver den kompenseret med 30 %, og herefter bliver det en ren kommunal udgift at støtte den ledige, fortæller en informant fra et kommunalt jobcenter. Der er således et stærkt økonomisk incitament for kommunerne til at få mennesker med depression og angst i arbejde.

Kommunernes relationer til behandlingsfeltet for angst og let til moderat depression

Ifølge vores informanter er det især jobcentrene, der har fokus på patienter med angst og let til moderat depression. Kommunens voksende rolle på behandlingsfeltet for depression og angst ses dels i kraft af flere tilbud med fokus på bl.a. psykisk sygdom/sårbarhed fra kommunen til den ledige/sygemeldte, dels gennem personlig kontakt mellem sagsbehandler og praktiserende læge eller privatpraktiserende psykiater.

Hvis en sagsbehandler vurderer, at en borger muligvis lider af angst eller depression, vil han/hun bede lægekonsulenten (en kommunalt ansat læge) om at foretage et lægeligt skøn af sagen. På baggrund af en helbredserklæring eller statusattest fra egen læge vurderer lægekonsulenten borgerens behov. En helbredserklæring er en relativt omfattende beskrivelse af patientens fysiske og psykiske helbred. En statusattest kan være opfølgning på en helbredserklæring. Den beskriver, hvad den praktiserende læge har foretaget sig, og hvordan behandlingen skrider frem. Sammen med sagsbehandlerens beskrivelse danner det grundlag for lægekonsulentens vurdering af sagen. Han afgør, om der ud fra en lægelig synsvinkel kan forbedres i indsatsen for at gøre borgeren arbejdsdygtig hurtigere.

Ifølge den lægekonsulent, vi har talt med, kan sager om patienter med angst eller depression ofte være komplicerede og svære at løse 'på papir'. I de tilfælde kan sagsbehandleren indkalde til et 'rundbordsmøde', hvor den praktiserende læge, sagsbehandler og lægekonsulent deltager. I den slags sager indhentes også ofte en vurdering fra en psykiater. Formålet med den psykiatriske vurdering kan f.eks. være at få fastlagt, om en diagnose er korrekt, eller undersøge om psykiatriske problemer er årsag til en borgers ledighed. Hvis det på baggrund af lægeskønnet, rundbordssamtalen eller den psykiatriske vurdering bekræftes, at der er tale om angst eller depression, kan behandling af sygdommen blive en del af borgerens individuelle plan.

Opsummering

Kommunens rolle på feltet for angst og let til moderat depression er vokset, i takt med at kommunerne har overtaget den tidligere statslige arbejdsformidlingsrolle, og i takt med at antallet af ledige og sygemeldte borgere med angst og depression er vokset. Kommunerne har en stor økonomisk interesse i at fastholde borgerne på arbejdsmarkedet. I dette ærinde kan kommunens indsats overlappe med behandlingssystemets indsats, samtidig med at der er klare forskelle i formålet med indsatser. For kommunerne handler indsatsen om at få borgeren tilbage på arbejdsmarkedet, mens det for behandlingssystemet handler om at gøre patienten rask. Kommunens stigende interesse i at forbedre indsatsen i forhold til denne patientgruppe har skabt en bølge af tilbud og projekter, der går på tværs af sundhed og arbejdsmarked.