

Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter

*Rapport udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab
for Almen Medicin*

November måned, 2004
Dansk Psykiatrisk Selskab
Dansk Selskab for Almen Medicin

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. FORORD	5
2. INDLEDNING	6
3. KOMMISSORIUM	7
4. UDVALGETS SAMMENSÆTNING	8
5. RESUME	9
5.1 Baggrund.....	9
5.3 Anbefalinger	10
6. BAGGRUND FOR REDEGØRELSEN	11
7. VIDERE- OG EFTERUDDANNELSE AF SPECIALLÆGER I ALMEN MEDICIN OG AF SPECIALLÆGER I PSYKIATRI	12
7.1 Videreuddannelser – før og efter 2004	12
7.2 Efteruddannelser	14
7.3 Aktuelle videre- og efteruddannelser inden for diagnostik og behandling af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter	16
7.4 Mangler i tilbuddene til speciallæger i almen medicin i efteruddannelse i diagnostik og behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter	17
8. SUPERVISIONSORDNINGER FOR SPECIALLÆGER I ALMEN MEDICIN	19
8.1 Aktuelle supervisionsordninger	19
8.2 Etablering af supervisionsordninger (herunder forslag herom)	21
9. SHARED-CARE MODELLER OG ANDRE NYE SAMARBEJDSFORMER	22
9.1 WHO	25
9.2 Nationale erfaringer	22
9.3 Internationale erfaringer.....	25
9.4 Forslag om etablering af shared-care modeller	30
9.5 Emner, der kan være velegnede for et fælles efteruddannelsesstilbud til praktiserende læger og speciallæger i psykiatri	33
10. KLINISKE VEJLEDNINGER OG INDIKATORER	35
10.1 Aktuelle fælles kliniske vejledninger og indikatorer.....	35
10.2 Forslag til områder med fælles kliniske vejledninger og indikatorer	35
11. ANBEFALINGER OG FORSLAG	37
Bilag 1: Oplysninger fra Dansk Psykologforening	
Bilag 2: Psykoterapeutisk behandling (Sundhedsstyrelsens hjemmeside)	

1. FORORD

Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) udgav i 2001 en rapport om patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. I rapporten estimeres det, at 20 % af befolkningen – svarende til 7-800.000 personer – tilhører denne patientgruppe. Halvdelen af disse patienter behandles i almen praksis, 10 % hos psykiatere, 10 % hos psykologer, og 30 % modtager ingen behandling.

På den baggrund blev det i rapporten fra 2001 anbefalet at øge kapaciteten i psykiatriske speciallægepraksis, etablere særlige specialeafsnit ved sygehusene og forbedre efteruddannelse og supervision af speciallægerne.

Fakta er imidlertid, at 300.000 patienter ikke får noget behandlingstilbud, at ventetiden for at få et behandlingstilbud er urimelig lang, samt at antallet af speciallæger er faldende.

Det var på den baggrund, at en arbejdsgruppe fra DPS og Dansk selskab for almen medicin (DSAM) blev nedsat. Formålet var at styrke samarbejdet mellem og forbedre uddannelsen af psykiatere og praktiserende læger. Med andre ord at optimere behandlingen, så den blev bedre og flere patienter kunne blive behandlet.

Rapporten skitserer en forbedring af videre- og efteruddannelse og kommer med forslag til blandt andet "shared-care" modeller, dvs. fælles patientforløb. Den peger også på muligheden for inddragelse af andre faggrupper. Disse modeller er forudsat en entydig placering af det overordnede lægelige behandlingsansvar.

Vi håber med denne rapport at kunne forbedre behandlingen af denne gruppe patienter. For at det skal lykkes, skal vore intentioner støttes på det administrative og politiske niveau.

Bjarne Lühr Hansen
Speciallæge i almen medicin, ph.d.
Formand for
Dansk selskab for almen medicin

Dorte Sestoft
Overlæge, ph.d.
Formand for
Dansk Psykiatrisk Selskab

2. INDLEDNING

Over hele verden er der stigende fokus på behandlingen af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter^a. Gruppen af patienter med ikke-psykotiske lidelser er stor og formentlig stigende og mange patienter er ubehandlede. For at bedre behandlingstilbudene anses det for nødvendigt at styrke samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor (1,2,3,4). WHO anbefaler integrering af psykiatrisk behandling i almen praksis og indførelse af nye samarbejdsformer på tværs af sektorerne og giver i sin rapport fra 2001 (1) vejledende anbefalinger herfor.

I en dansk auditundersøgelse fandt man, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig hos deres praktiserende læge med psykiske problemer af ikke psykotisk karakter. I Danmark udkom rapporten *Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter* fra Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) i 2001(5). Ifølge denne er der i løbet af et år ca. 20 % af den danske befolkning, svarende til 7-800.000 personer, som opfylder kriterierne for en veldefineret psykisk sygdom af ikke-psykotisk karakter. Tallene bygger på udenlandske undersøgelser. De samme undersøgelser viser, at en betydelig del af disse personer ikke er i behandling for deres lidelse.

Uanset forskellighederne må det konstateres, at der er et stort behandlingsbehov, som ikke er dækket. Ifølge tallene fra DPS-rapporten fra 2001 er antallet af patienter, som ikke får noget behandlingstilbud omkring 300.000.

Det ser ud til, at hyppigheden af visse psykiske lidelser indenfor enkelte områder er stigende (8) Denne stigning kan skyldes, at graden af psykopatologi øges i takt med ændringer i samfundets kulturelle og sociale forhold.

Anbefalingerne fra DPS rapporten var bl.a. at øge kapaciteten i psykiatrisk speciallægepraksis, og at der skulle etableres specialafsnit til behandling af denne gruppe patienter i hvert amt i de psykiatriske hospitalsambulatorier. Desuden anbefaler rapporten, at man bevarer den nuværende visitationsordning i almen praksis og øger og forbedrer efteruddannelse og supervision af speciallæger i almen medicin.

Der er i dag uacceptabel lang ventetid på behandling hos speciallæger i psykiatri. Samtidig forudser sundhedsstyrelsen i sin lægeprognose for perioden 2000-2025 at antallet af speciallæger vil falde betydeligt^b, hvilket vil formindske behandlingsskapaciteten yderligere.

Det bliver derfor vanskeligt at leve op til rapportens anbefalinger.

Som konsekvens af dette faktum, har arbejdsgruppen beskæftiget sig med andre metoder og samarbejdsrelationer, som kan forbedre behandlingstilbuddet til denne patientgruppe inden for det lægefaglige område. Optimering af lignende forhold for eksempelvis psykologers og sygeplejerskers vedkommende rummer også et udviklingspotentiale, men ligger uden for arbejdsgruppens kompetence og kommissorium.

^a Definitionen følger den i DPS's rapport fra 2001: lette til moderate affektive tilstande, nervøse- og stressrelaterede tilstande, herunder somatoforme tilstande, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og misbrug af alkohol og stoffer.

^b (med 400 frem til 2010 og med 800 til 2020) (www.sundhedsstyrelsen.dk)

3. KOMMISSORIUM

Formålet med nedsættelsen af arbejdsgruppen var at etablere et tættere samarbejde mellem almen praksis og speciallæger i psykiatri i behandlingen af patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter og sikre bedre videre- og efteruddannelsesmuligheder for speciallæger i almen medicin og i psykiatri inden for området.

Kommissorium:

Arbejdsgruppen skulle:

- kort beskrive den nuværende videre- og efteruddannelse af speciallæger i almen medicin og af speciallæger i psykiatri inden for diagnostik og behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter
- komme med forslag til hvordan speciallæger i almen medicin regelmæssigt kan tilbydes efteruddannelse i diagnostik og behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter
- give forslag til emner, der kan være velegnede for et fælles efteruddannelses tilbud til praktiserende læger og speciallæger i psykiatri
- kort beskrive de nuværende forskellige supervisionsordninger for speciallæger i almen medicin
- komme med forslag til, hvordan der kan etableres supervisionsordninger
- beskrive shared-care modeller mellem almen praksis og psykiatri herunder overvejelser over nye samarbejdsformer
- komme med forslag til områder med fælles kliniske vejledninger og indikatorer

4. UDVALGETS SAMMENSÆTNING

Udvalgets medlemmer, udpeget af de to selskaber, var:

- Merete Lundsteen, praktiserende læge i Københavns amt og medlem af DSAM's bestyrelse indtil okt. 2003
- Helena Nielsen, praktiserende læge i Københavns kommune, kursusleder i lægeforeningen og formand for Det danske Balintselskab
- Niels Damsbo, praktiserende læge, lektor og medforfatter til DSAM's depressionsvejledning, Odense
- Kristen Kistrup, overlæge i psykiatri i H:S-direktionen og medlem af DPS' bestyrelse
- Anna Stender, overlæge i distriktpspsykiatrien, Frederiksberg
- Willy Mogens Hansen, praktiserende speciallæge i psykiatri, Odense

Udvalget har afholdt en række møder, og redegørelsen har været diskuteret på et fælles medlemsmøde og er efterfølgende godkendt af de to selskabers bestyrelser.

5. RESUME

5.1 Baggrund og status over aktuelle forhold vedrørende behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter

I 2001 udkom Dansk Psykiatrisk Selskabs rapport: *Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*. Denne rapport vurderede psykiaternes rolle i forhold til behandlingen af denne store gruppe patienter og gav desuden anbefalinger om behandling af ikke-psykotiske lidelser i almen praksis.

I Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) ønskede man med udgangspunkt i denne rapport i fællesskab at forbedre behandlingstilbuddet til patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. Derfor blev der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra de to selskaber til at komme med forslag til et tættere samarbejde vedrørende den lægefaglige del af behandlingen.

På basis af udenlandske undersøgelser konkluderer DPS-rapporten, at der i Danmark må være en gruppe på 7-800.000 mennesker pr. år, som lider af en veldefineret psykisk sygdom af ikke psykotisk karakter og at en betydelig del af disse mennesker ikke er i lægelig behandling.

En dansk auditundersøgelse (se kapitel 6) når frem til, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig hos praktiserende læger med psykiske problemer af ikke psykotisk karakter. Flere af disse får formentlig ikke en optimal behandling, på grund af pres på de psykiatriske afdelinger og ventetider hos de praktiserende psykiatere.

Sammenholdes DPS-rapporten og auditundersøgelsen findes der en gruppe patienter med ikke psykotiske lidelser, som ikke får en relevant lægelig behandling.

Af rapporten fra 2001 fremgik, at 40.000 af den aktuelle patientgruppe blev behandlet af praktiserende psykiatere, 35.000 på de psykiatriske afdelinger og 375.000 hos de praktiserende læger. Dansk Psykolog Forening oplyser (bilag 1), at foreningens medlemmer i 2000 behandlede 83.000 patienter årligt. En stor del af denne patientgruppe indgår formentlig i den gruppe på 300.000, som ikke behandles af læger. Det præcise antal af patienter, som er i behandling hos andre behandlere udenfor almen praksis, kendes ikke.

Arbejdsgruppen beskæftiger sig med de patienter, som har behov for lægelig diagnostik og behandling. Diagnostik og behandling af denne gruppe patienter indgår i nogen grad i videre- og efteruddannelsen i almen medicin, men det psykiatriske erfaringsgrundlag begrænses af, at ansættelse på psykiatrisk afdeling længere end fire måneder ikke er obligatorisk.

Efteruddannelsen for alment praktiserende læger er ikke standardiseret og koordineret. Med hensyn til supervision, findes der imidlertid allerede forskellige, omfattende supervisorsordninger i almen praksis i de fleste amter og H:S. Der mangler imidlertid også en koordinering og en kvalitetssikring af disse.

I den nuværende videreuddannelse i specialet psykiatri indgår der et grundkursus i psykoterapi. Minimumskompetencer indenfor uddannelsen til behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter indgår i flere af specialets fagområder. En koordinering og standardisering mht. efteruddannelsen indenfor området finder ikke sted.

Alt i alt skønnes videre- og efteruddannelsestilbud indenfor begge lægelige specialer at være utilstrækkelige mht. omfang og koordination på tværs af specialerne.

5.2 anbefalinger

På baggrund af en analyse af ovennævnte samt en indsamling af nationale og internationale erfaringer med shared-care (integreret tværsektorielt samarbejde om patientforløb) og andre nye samarbejdsformer med fokus på patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, anbefales følgende:

- at der på et centralt niveau i DPS og DSAM sikres en koordinering og opdatering af efteruddannelsen indenfor området med tilbud om tilbagevendende kurser
- at der tilbydes efteruddannelse i psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter til speciallæger i psykiatri og almen medicin
- at der udvikles den fornødne kompetence inden for psykiatrien til efteruddannelse af praktiserende læger indenfor dette felt
- at supervisionsordningerne for praktiserende læger koordineres og kvalitetssikres og at der udvikles standarder for supervisionsordninger for speciallæger i almen medicin
- at supervisionsordninger i en vis udstrækning bliver fælles for speciallæger i almen medicin og psykiatri
- at der gøres forsøg med følgende shared-care-modeller (se definition i kapitel 9.1) og andre samarbejdsformer:
 - Udvidelse af den eksisterende praksiskonsulentordning, så der kommer praksiskonsulenter på alle psykiatriske afdelinger, for distriktpsikiatrien samt for de praktiserende psykiatere
 - Telefonrådgivning af den praktiserende læge
 - Akutte og subakutte vurderinger hos praktiserende speciallæger i psykiatri eller speciallæger i psykiatri i hospitalsambulatorier/distriktpsikiatrien
 - Speciallægekonsultationer i almen praksis
 - Fælles patientforløb
 - Specialiserede samarbejdsformer
 - Rådgiversamtaler
 - Behandlende hjælpepersonale i psykiatrisk speciallægepraksis
 - Mobilteams
- at man lokalt danner et tværfagligt koordinationsudvalg med deltagelse af praktiserende læger, praktiserende psykiatere, psykologer, andre relevante faggrupper og psykiatriske afdelinger, som har til formål at udvikle samarbejdsmodeller vedrørende behandlingen af patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter

6. BAGGRUND FOR REDEGØRELSEN

Relationen mellem psykiatrien og primærsektoren er ikke altid optimal. I stedet for et velintegreret og komplementært kontinuum af ydelser, er relationen ofte karakteriseret af dårlig kommunikation, fragmentering af ydelser og et utilstrækkeligt samarbejde mellem aktørerne fra de to sektorer.

Med henblik på at gøre behandlingstilbudene bedre, har det længe været et fælles ønske for DPS og DSAM, at der skulle udarbejdes modeller for et bedre samarbejde mellem psykiatere og praktiserende læger. Således blev det i år 2000 foreslået, at DPS og DSAM skulle nedsætte en arbejdsgruppe til udarbejdelse af "shared care"-modeller. Inden dette arbejde blev effektueret, fremkom i 2001 DPS's rapport: *Behandling af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter*.

I rapporten peges på, hvordan praktiserende læger indgår og fremover kan indgå i behandlingen af denne patientgruppe. Det er en kendsgerning, at mange patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter bliver behandlet i almen praksis^a. Kun et mindre antal patienter henvises til psykiatrisk specialbehandling. Mange patienter får ikke den optimale behandling, idet der mangler målrettede behandlingstilbud.

Praktiserende læger ønsker bedre og øget mulighed for henvisning af patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter- til behandling hos psykiater/psykolog . Desuden ønsker praktiserende læger at bedre egen efteruddannelse for at kunne varetage behandlingen af denne gruppe patienter bedre. Det er i en rapport fra 1999 (9) dokumenteret, at der foregår efteruddannelse af praktiserende læger i kommunikation og samtaleterapi, men mange ønsker yderligere uddannelse heri.

Ved et bestyrelsesmøde i DSAM i april 2002 blev det besluttet, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe med medlemmer fra DPS og DSAM, som skulle se på mulighederne for, hvorledes samarbejdet mellem praktiserende læger og psykiatere om patienterne med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter kunne forbedres. DPS havde det samme ønske og de respektive bestyrelser udfærdigede som konsekvens heraf et kommissorium og nedsatte en arbejdsgruppe mhp. at lave forarbejdet til herværende rapport.

^a Der findes ikke tilsvarende danske undersøgelser, som kan bekræfte disse tal. Men i 1998 og i 2000 blev der foretaget en auditregistrering, hvor 184 danske praktiserende læger begge gange deltog som led i en nordisk audit om psykiske problemer i almen praksis. Med udgangspunkt i denne undersøgelse får man en patientgruppe på mindst 500.000 mennesker, der årligt henvender sig hos praktiserende læger med psykiske problemer af ikke psykotisk karakter. Lægerne skulle registrere henvendelser i forløb, som førstegangshenvendelser. Dette defineres som patienter, som ikke havde henvendt sig indenfor det sidste halve år med det pågældende psykiske problem. Med et gennemsnitligt patientgrundlag på 1510 personer, svarer antallet hos de 184 læger til i alt ca. 275.000 mennesker svarende til ca. 1/20 af befolkningen. Der blev registreret i alt 1876 førstegangshenvendelser i løbet af en 3 ugers registreringsperiode. Det vil svare til 26.264 på årsbasis hos disse læger og svarende til ca. 525.000 på årsbasis i befolkningen. Når der ses bort fra den usikkerhed, der er i opgørelsen, bl.a. fordi der ikke var tale om klare diagnostiske kriterier, danner dette tal formentlig en underestimering af antallet af personer med en psykisk lidelse. Desuden finder man en gruppe af personer med psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter, der vil opsøge behandlere udenfor almen praksis. Disse behandlere kan være Familierådgivningen, Børnerådgivningen, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning i kommunerne, psykologer, Alkoholcentre, Offerrådgivningen eller Sct. Nicolaitjenesten . Nogle forfattere angiver hyppigheden af angst- og depressive tilstande væsentlig lavere end DPS-rapporten (6) og det er også uklart i hvilket omfang, der er sammenfald med andre sygdomme. Endelig er der en stor variation i tilstandenes sværhedsgrad mht. behov for professionel behandling (7). Forskellige tal ved forskellige opgørelser og skøn kan skyldes forskellige diagnosekriterier og forskellige interesser, fx hos medicinalindustrien, patient-foreninger og informationsorganisationer.

7. VIDERE- OG EFTERUDDANNELSE AF SPECIALLÆGER I ALMEN MEDICIN OG AF SPECIALLÆGER I PSYKIATRI

7.1 Videreuddannelser – før og efter 2004

Almen medicin

Uddannelsen til almen mediciner – baserer sig på universitetsuddannelsen og turnusuddannelsen og er fast struktureret med en klinisk og en teoretisk del. Før 2004 var specialeuddannelsen på 3½ år

Med den nye speciallægeuddannelse, som trådte i kraft januar 2004, er den del af uddannelsen, der foregår i almen praksis, forlænget fra 1 år til 2½ år, og hospitalsdelen er reduceret fra 3 år til 2½ år. Det samlede specialeforløb er således på 5 år ligesom de øvrige specialer. Målbeskrivelsen kan læses på DSAM's hjemmeside: www.dsam.dk. Ifølge speciallægekommisionens betænkning skulle specialeuddannelsen forbedres indenfor alle specialer, således at alle fremtidige speciallæger skulle beherske 7 lægeroller: professionel, kommunikator, leder og administrator, samarbejder, sundhedsfremmer, akademiker og medicinsk ekspert.

I målbeskrivelsen har man for hver af de 7 roller beskrevet et antal mål og kompetencer, som den færdige speciallæge i almen medicin skal nå og beherske. Det er blevet til i alt 119 mål. Disse 119 mål er således de minimumskompetencer, som en speciallæge i almen medicin skal beherske. For samtlige mål er anført læringsstrategier og læringssted.

Den kliniske del

Specialeuddannelsen er blevet forlænget med 1½ år for at styrke den del af uddannelsen, der foregår i almen praksis. Den uddannelsessøgende starter med en ½-årlig introduktionsstilling i almen praksis. Herefter ansættes den uddannelsessøgende i en 4½-års blokstilling og starter ½ år som praksisamanuensis fase 1 i sin "stampraksis". I løbet af den 2½-årige hospitalsansættelse kommer uddannelseslægen tilbage til sin praksis på månedlige returdage.

De 2½ års hospitalsansættelse kan sammensættes forskelligt fra amt til amt indenfor følgende rammer:

- kirurgi 4-6 mdr.
- intern medicin 10-14 mdr.
- pædiatri 4-6 mdr.
- gynækologi/obstetrik 4-6 mdr.
- psykiatri 4-6 mdr.

Efter tiden på hospital kommer den unge læge tilbage til sin stampraksis som praksisamanuensis fase 2 i en ½ årlig ansættelse.

Uddannelsen afsluttes med 1-års ansættelse som praksisamanuensis fase 3. Dette skal være i en anden praksis end stampraksis.

Den teoretiske del.

Den teoretisk uddannelse er på 200 timer og består af specialespecifikke kursusdage, og som noget nyt planlægges også tværfaglige kurser for alle læger under videreuddannelse. Det drejer sig om kurser i: kommunikation, pædagogik og ledelse/administration. Derudover kommer der et 3 mdr.'s forskningstræningsmodul. Dette modul bliver også gældende for alle specialer - men indholdet bliver med en specialespecifik problemstilling.

Målene som den almen medicinske specialist skal nå indenfor psykiatri er :

- at kunne håndtere patienter med: depression, angst, psykotiske tilstande, tab og traumer
 - personlighedsforstyrrelser, spiseproblemer, organiske degenerative lidelser og misbrug
- at kunne varetage somatisk behandling i almenmedicinsk regi for patienter med psykisk handicap.
- at kunne afdække og håndtere relateringsproblemer

Som noget helt nyt har man i videreuddannelsen/specialeuddannelsen indført, at uddannelseslægerne skal danne supervisionsgrupper på amtsligt niveau. Dette finder sted som kvarte eller halve eftermiddage. Deltagelse i sådanne grupper foregår som minimum i tiden som praksisamanuensis fase 3 (Ugeskrift for Læger nr. 11 10.marts 2003 og DSAM's hjemmeside www.dsam.dk : Den nye specialeuddannelse).

Psykiatri

Videreuddannelsen baserer sig på universitetsuddannelsen og turnusuddannelsen. Den består af introduktionsuddannelsen og hoveduddannelsen, som begge består af en klinisk og en teoretisk del.

Rammerne fastsættes af Sundhedsstyrelsen (Speciallægekommisionens betænkning.2000) og indholdet af Dansk Psykiatrisk Selskabs videreuddannelsesudvalg.

Sundhedsstyrelsen har svarende til vilkårene for almen medicin udarbejdet en revideret speciallægeuddannelse i psykiatri med implementering fra 2004

(www.sundhedstyrelsen.dk). Hensigten er også for psykiatriens vedkommende, at man fremover ikke blot uddanner en speciallæge til medicinsk ekspert, men også fokuserer på lægen som kommunikator, samarbejder, professionel, akademiker, leder og sundhedsfremmer.

Uddannelsen til speciallæge i psykiatri havde indtil 2004 en varighed på 5½ år.

Uddannelsen startede med en ét-årig ansættelse i introduktionsstilling. De resterende 4½ år bestod af ét års sideuddannelse (neurologi), to års ansættelse som kursusreservelæge på universitetsafdeling og efterfølgende 1,5 års ansættelse som 1. reservelæge.

Fra 2004 afkortes speciallægeuddannelsen, således at de tidligere 5½ år (inkl. neurologi) afkortes til fem år - inkl. den ét-årige introduktionsstilling. Fra 2004 ansættes den yngre læge ikke som tidligere i en uddannelses- og 1. reservelægestilling. I stedet vil lægen blive ansat i en såkaldt hoveduddannelses blok.

Uddannelsen starter som før med en etårig introduktionsstilling (I-stilling).

Samtidig med denne ansættelse deltager lægen i et ét-årigt introduktionskursus, som tilrettelægges af Dansk Psykiatrisk Selskab.

Efter at I-stillingen er gennemført og godkendt, fortsætter den kommende psykiater med hoveduddannelsen, som finder sted under en fireårig ansættelse. Denne ansættelse omfatter en neurologisk sideuddannelse og en psykiatrisk hoveduddannelse.

Sideløbende med den kliniske ansættelse skal lægen gennemføre et teoretisk kursusforløb med i alt 11 moduler, af hver tre dages varighed. Supplerende til de specialespecifikke kurser, deltager den uddannelsessøgende læge i et ledelses-, administrations-, og samarbejdskursus og i et kursus vedrørende træning i forskning. Under uddannelsen skal man opnå en godkendelse af grunduddannelsen i psykoterapi, som omfatter dokumenterede og superviserede psykoterapeutiske behandlingsforløb såvel individuelt som i gruppe.

Målbeskrivelsen beskriver minimumskompetencer, som skal opnås, før uddannelsen kan godkendes. Det sker med udgangspunkt i de kompetencefelter, som er beskrevet i Speciallægekommisionens betænkning.

For at sikre, at de beskrevne kompetencer opnås, har den uddannelsessøgende læge under uddannelsen en vejleder, som skal godkende at uddannelsen er gennemført

tilfredsstillende. Foruden uddannelsesvejlederen har lægen under uddannelsen kliniske og psykoterapeutiske vejledere og supervisorere.

Fagområder indenfor psykiatrien

Under uddannelsen til speciallæge opnår lægen minimumskompetencer indenfor flere områder af psykiatrien. Derudover har den enkelte læge mulighed for at fordybe sig i et specifikt område – et fagområde. I 2003 vedtog Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) en række fagområder.

Et fagområde afgrænser et særligt interesse- og kompetenceområde, som enten ikke er dækket af et godkendt speciale eller udgør en mindre del heraf.

I henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier defineres et fagområde som en kompetence, der vurderes i forhold til eksempelvis en funktionsbeskrivelse til et konkret stillingsopslag og ikke ved formelle målbeskrivelser eller uddannelsesbestemmelser. Der er tale om en individuel kompetencevurdering.

Med henblik på at sikre en fortsat udvikling af behandling, uddannelse og forskning, har Dansk Psykiatrisk Selskab i 2003 vedtaget at anbefale følgende 12 fagområder (herunder ikke psykotiske tilstande) for psykiatri:

- Skizofreni
- Affektive sindstilstande
- Spiseforstyrrelser
- Ikke psykotiske tilstande
- Misbrugspsykiatri
- Psykofarmakologi
- Psykoterapi
- Retspsykiatri
- Ældrepsykiatri
- Sexologi
- Oligofrenipsykiatri
- Neuropsykiatri

Målbeskrivelsen for den aktuelle og kommende speciallægeuddannelse i psykiatri kan findes i sin helhed på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.Sundhedsstyrelsen.dk)

7.2 Efteruddannelser

Efteruddannelse er den uddannelse, som opnås efter speciallægeuddannelsen.

Efteruddannelse er frivillig og en del af en livslang læringsproces, som skal vedligeholde og udvikle de lægefaglige kompetencer. Målet er til enhver tid at kunne give patienterne en optimal behandling.

Igennem de sidste 10 år har efteruddannelse været en del af aftale- og overenskomstforhandlinger mellem Amtsrådsforeningen/ Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de lægelige organisationer.

Med de gældende regler, har sygehusansatte afdelings- og overlæger ret til 10 dage om året, hvor de får tjenestefrihed med løn til efteruddannelse. Der er endvidere aftale om dækning af kursus- og transportudgifter, men i praksis er der begrænsede mulighederne herfor.

I henhold til gældende aftaler og overenskomster er arbejdsgiverne ansvarlige for finansiering af en vis efteruddannelse. Denne er ikke tilstrækkelig, og medicinalindustriens bidrag til lægers efteruddannelse udgør et betydeligt supplement til det offentlige og lægernes egen finansiering. Lægeforeningen har en samarbejdsaftale med medicinalindustrien om vilkårene for samarbejdet, som skal sikre, at relationerne foregår åbent og i indbyrdes uafhængighed.

Lægeforeningens undersøgelser viser, at danske læger uddanner sig ud over det, der er aftalt og afsat rammer til. Overlæger og praktiserende læger deltager i gennemsnit i over 12 dages efteruddannelse årligt. Læger bruger både hjemme og på arbejdspladsen i gennemsnit et par timer hver uge på faglig læsning.

Speciallægekommissionen fastslår, at alle læger har ret og pligt til at vedligeholde og udvikle deres kompetencer. Man finder det ikke hensigtsmæssigt at indføre recertificering, men vil skabe mulighed for, at den enkelte læge løbende kan sammenligne sin egen uddannelsesprofil med kollegers via Lægeforeningens elektroniske netværk (Lægers Efteruddannelse, Oktober 2000. Den Almindelige Danske Lægeforening, Foreningen af speciallæger, Foreningen af Yngre Læger, Praktiserende Lægers Organisation, Lægers efteruddannelse).

I Sverige har Landtingsforbundet og det svenske lægeforbund oprettet en institution IPULS (Institutet för Professionell Utvikling af Läkare i Sverige), der står for en kvalitetssikring af lægers videre- og efteruddannelse. I flere andre lande er der krav om kontinuerlig efteruddannelse, og man drøfter såvel nationalt som internationalt, hvordan læger kan sikres en betalt efteruddannelse, og hvordan der kan foregå en systematisk registrering af den enkelte læges efteruddannelse. AEP (Association of European Psychiatrists) har sammen med WPA (World Psychiatric Association), UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) og WHO (World Health Organisation) taget initiativ til at arbejde hen imod en systematisk kodning og registrering af efteruddannelsesaktiviteter hos psykiatere.

Som led i sikring og udvikling af kvaliteten af den lægelige efteruddannelse har Lægeforeningen iværksat et arbejde med udvikling af et system til akkreditering af kursusudbydere. Systemet er baseret på en række kriterier eller kvalitetskrav i en proces, hvor der lægges vægt på, at organisationen kan dokumentere et relevant formål og en strategi, som sikrer en fortsat udvikling og forbedring.

Almen medicin

Det er Praktiserende Lægers Organisation (PLO)'s målsætning, at den enkelte praktiserende læge skal kunne dokumentere mindst 200 timers efteruddannelse over 4 år overfor en lægelig instans.

I almen medicin kan man efteruddanne sig ved selvstudier, ved aktiviteter i egen praksis, i den decentrale gruppebaserede efteruddannelse (DGE = tolvmandsforeninger) og ved decentrale kurser, som afholdes af flere institutioner som eksempelvis Institut for Rationel Farmakoterapi, Sygesikringen eller sygehusafdelinger. Centrale kurser fra Fællesudvalget, Lægeforeningen, Sundhedsstyrelsen, videnskabelige selskaber og andre behandlingsinstitutioner end tidligere nævnt kan sammen med private udbydere (eksempelvis LUF (Lægernes Uddannelses Forening)) også tilbyde efteruddannelser. En del kurser afholdes i lægekredsforeningerne – nogle som korte "gå hjem-møder". Endelig udgør tilbuddene fra medicinalindustrien en væsentlig del.

Det tilstræbes, at lægerne registrerer deres egen efteruddannelse, men der er store forskelle på denne praksis.

Psykiatri

På den enkelte psykiatriske afdeling fastlægges efteruddannelsen normalt under hensyntagen til planlægningen af patientbehandlingen, afdelingens faglige udvikling og den enkelte læges kompetenceudviklingsbehov.

Af hensyn til koordineringen af de driftsmæssige forhold m.v. sker deltagelse i efteruddannelse efter indstilling af den ledende overlæge / områdets lægechef (Amtsrådsforeningen 10-01-2003 / Personaleadministrativ Information vedrørende overlægers og sygehuslægers efteruddannelse).

Praktiserende speciallæger i psykiatri har aftale om kompensation for tabt arbejdsfortjeneste med 60% af den gennemsnitlige dagsomsætning 7 dage om året. Der er ikke aftale om dækning af kursusafgift og transport.

Der foreligger en "Positivliste for Voksenpsykiatri" over godkendte efteruddannelsestilbud. Anmodning om at andre aktiviteter godkendes som efteruddannelse afgøres efter individuel ansøgning til Danske Psykiateres og Børne- Ungdomspsykiateres Organisation (DPBO), der sammen med fællesudvalget for DPBO og DPS anbefaler godkendelse eller afslag til Efteruddannelsesfonden, samtidig med at ansøgeren underrettes.

DPS' efteruddannelsesudvalg har ansvaret for, at der løbende gives efteruddannelsestilbud til psykiatriske speciallæger. Målgruppen er fortrinsvis DPS og (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)- medlemmer. Andre sundhedsfaglige faggrupper kan også indbydes til udvalgets kursusaktiviteter. Der tilstræbes en ajourføring og videreudvikling af teoretisk viden og praktiske færdigheder. Udvalget skal løbende skabe sig et overblik over forskellige tendenser i fagets udvikling og på baggrund heraf koordinere eller arrangere efteruddannelseskurser. Udvalget fører løbende kursuskalender i DPS' fagtidsskrift (Psykiatri NYT) vedrørende planlagte kurser i DPS' regi herunder interessegruppernes kurser (DPS Årsberetning 2003).

7.3 Aktuelle videre- og efteruddannelser inden for diagnostik og behandling af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter

Almen medicin

I målbeskrivelsen for uddannelsen til speciallæge i almen medicin indgår krav vedrørende diagnostik og behandling af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter i rollen som medicinsk ekspert i psykiatri. Ifølge de konkretiserede mål skal almen medicineren kunne diagnosticere, behandle og viderevisitere patienter med angst, depression, personlighedsforstyrrelser, misbrug af medicin, alkohol og euforiserende stoffer, relateringsproblemer, spiseforstyrrelser, tab og traumer.

I de praktiserende lægers efteruddannelse er der aktuelt ikke formelle krav mht. efteruddannelse i diagnostik og behandling af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter. Der forekommer lokalt over hele landet arrangementer mellem praksissektor og psykiatriske afdelinger, ofte i samarbejde med praksiskonsulenterne. Det kan dreje sig om hele uddannelsesdage eller "gå hjem møder". Af centraliserede kurser har der i nogle år været mindst et fast, tilbagevendende kursus i kognitiv adfærdsterapi. Ligeledes har der i mere end 10 år været tilbagevendende kurser i konsultationsprocessen. Derudover har Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) arrangeret kurser i rationel psykofarmakoterapi som et tværfagligt kursus for praktiserende læger og psykiatere. Praktiserende læger har mulighed for at deltage i introduktionskursus i psykiatri og børne/ungdomspsykiatri.

Medicinalindustrien har bidraget med kurser i behandling af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter. Psykiatrifonden og patientforeninger har udbudt kurser, som dog ikke har været målrettet til praktiserende læger.

En stor del af efteruddannelsen planlægges og afholdes af de praktiserende læger selv, herunder i deres decentrale gruppebaserede efteruddannelsesgrupper (DGE="tolvmandsforeninger").

Som anført i undersøgelsen fra Århus amt (9) har mange praktiserende læger deltaget i kortere- eller længerevarende kurser i kommunikation og samtaleterapi.

Lægeforeningen har et særligt ansvar for, at der bliver tilbudt uddannelser, som kan blive gentaget og forbedret, og som dækker de behov, der er for kontinuerlig opdatering og kvalitetssikring inden for diagnosticering og behandling af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter.

Psykiatri

I den nye målbeskrivelse for psykiatri er uddannelsesmulighederne inden for diagnostik og behandling af psykiske lidelser af ikke psykotiske tilstande specificeret i nogen grad. Men egentlige formelle krav findes. Dog opnås en vis kompetence på baggrund af, at uddannelsen foregår under ansættelse på klassificerede kliniske uddannelsesafdelinger, som dækker et bredt udsnit af psykiatrien.

På de teoretiske kurser omhandles emnet indenfor epidemiologi, psykopatologi, misbrug, og behandlingsmetoder - psykoterapeutiske, biologiske og integrerede. Den yngre læge gennemfører en formaliseret uddannelse i psykoterapi (Betænkning om uddannelse i psykoterapi. Januar 2000. DPS, Udvalget for psykoterapeutiske behandlingsmetoder), som indbefatter psykoterapi af patienter med psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter.

DPS har endvidere som nævnt defineret "ikke psykotiske tilstande" som et af de 12 fagområder, hvor man ønsker en specialisering med henblik på "at sikre den fortsatte udvikling af behandling, uddannelse og forskning". Der vil være mulighed for "fokuserede kliniske ophold af ugers til måneders varighed inden for området ikke psykotiske tilstande også i speciallægepraksis".

De formaliserede uddannelseskraav til psykoterapi er videreført uændret fra før 2004 (se bilag 2). Kompetencebeskrivelserne er dog nuanceret i den nye målbeskrivelse. Udover at "uddannelsen sikrer, at speciallægen på forsvarlig måde kan gøre brug af psykoterapeutiske teknikker" gives der i den nye målbeskrivelse eksempler på relevante delmål så som, at speciallægen skal kunne "udføre psykoterapi af angsttilstande, tilpasningsreaktioner, somatoforme tilstande, ikke organiske, seksuelle funktionsforstyrrelser af lettere grad" og "udføre psykoterapeutisk behandling med støttende, symptomlindrende eller helbredende sigte under hensyntagen til patienternes personlighedsstruktur og lidelsens sværhedsgrad".

7.4 Mangler i tilbuddene til speciallæger i almen medicin i efteruddannelse i diagnostik og behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter

Efteruddannelsen af praktiserende læger indenfor psykiatri er i dag relativt ustruktureret. Indholdsmæssigt mangler der faste centraliserede kurser i:

- Almen psykiatri (diagnostik, forebyggelse og behandling både på det biologiske, psykologiske og sociale plan) - gentaget med faste intervaller.
- Kurser i depression og angst med udgangspunkt i almen praksis indeholdende diagnostik og behandling; kurser i samtaleterapi og farmakoterapi.
- Funktionelle lidelser/somatisering. Diagnostik og behandling. Afklaring af hvad den praktiserende læge selv kan klare, hvornår der skal henvises, og hvem der kan henvises til
- Misbrug (medicin, alkohol, hash, narko) diagnostik og behandling. Modeller for misbrugsbehandling i almen praksis og træning i brug af den motiverende samtale (10). Viden om misbrugscentre, hvem kan henvises til hvilken behandling.
- Spiseforstyrrelser forebyggelse, diagnostik og behandling. Modeller for behandling i almen praksis. Hvem skal henvises og hvilke henvisningsmuligheder er der.
- Følger efter seksuelt misbrug

En forudsætning for efteruddannelse af praktiserende læger indenfor dette felt er, at der udvikles den fornødne kompetence hertil inden for psykiatrien. Dette indebærer jf. DPS-rapporterne *Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter* og *Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer, 2004-2010*, at der regionalt foregår specialisering såvel på afdelingsniveau (specialafsnit) som på individniveau (overlæger med særlig fagområdeekspertise).

På baggrund af ovennævnte, anbefales følgende:

- at der på centralt niveau i DPS og DSAM sikres en koordinering og opdatering af videre- og efteruddannelse indenfor området
- at der i videreuddannelsen til almen medicin indbygges et grundkursus i samtalebehandling, inkluderende grundlæggende viden om psykoterapeutiske metoder
- at der i videreuddannelsen til speciallæger i almen medicin oprettes kurser i kommunikation, supervision og samarbejdsstruktur
- at der tilbydes efteruddannelse i psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter til speciallæger i psykiatri og almen medicin

8. SUPERVISIONSORDNINGER FOR SPECIALLÆGER I ALMEN MEDICIN

8.1 Aktuelle supervisionsordninger

Supervisionsordninger for praktiserende læger

I landsoverenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringen er der en aftale om honorering af samtaleterapi for 7 sessioner svarende til 7 gange ½ time pr. sikrede pr. år (§70A). I protokollatet til denne paragraf, forudsættes, at den praktiserende læge går i regelmæssig supervision med henblik på at kvalitetssikre samtaleforløbene. Ligeledes er der efter ansøgning mulighed for at udvide antallet af samtaler fra 7 til 14 (15) pr. år.

I nogle amter eksisterer desuden en §2 aftale om samtaleterapi, hvor den praktiserende læge får betalt sin supervision. I andre §2 aftaler indgår, at de patienter, som får samtaleterapi bliver "tilmeldt" sygesikringen.

I Københavns kommune^a blev indtil 1. juli 2004 foruden et fastsat beløb til supervisor, givet honorar til de praktiserende læger for at deltage i supervisionsmøder. Også i Sønderjyllands amt giver sygesikringen tilskud til supervisionsmøder. Det er derfor ikke mærkeligt, at den største tilslutning til supervisionsordninger er i Sønderjylland og i Københavns kommune, hvor henholdsvis 58 % og 62% af de praktiserende læger deltager. På landsplan deltager ca. 1/3 af de praktiserende læger i supervision (ifølge en opgørelse efter en e-mailforespørgsel hos amterne efterår 2003). Det har dog været svært at få helt sikre tal herpå, bl.a. fordi ordningen de fleste steder varetages af den gruppebaserede efteruddannelse (DGE), som får tilskud af kvalitetsudviklingsudvalgene. Det er ikke undersøgt hvem, der yder supervisionen, men som regel er det primært psykologer og psykiatere samt praktiserende læger. I Københavns kommune er der 4 gange flere psykologer end psykiatere, der yder supervision til de praktiserende læger. I Københavns kommune har der siden 1994 eksisteret en supervisionsordning for praktiserende læger, som udfører samtaleterapi. Den første evaluering af dette forløb udkom i 1997 (11). De praktiserende læger evaluerede ordningen positivt. De fandt at supervisionen højnede samtalens præcision, indhold og endelige resultat. Det systematiske arbejde med samtaler medfører en læreproces, som har konsekvens for lægernes øvrige patientkontakter. Endvidere oplevede lægerne, at det havde indflydelse på, at de blev mere tilfredse i det daglige arbejde, og at det havde en forebyggende indflydelse på at føle sig udbrændt.

I Ringkøbing amt blev en evaluering af supervision til praktiserende læger foretaget efter 1 år i 2002. Resultaterne ligner de Københavnske og kunne samles ved følgende: større faglig kompetence, beskyttelse af sig selv som person og personlig udvikling, større arbejdsglæde og mod, forbedrede kommunikative redskaber.

Hvad er samtaleterapi?

Ved samtaleterapi forstås i de gældende ordninger efter arbejdsgruppens forespørgsel hos amterne *et vist antal samtaler med et terapeutisk sigte med passende interval og sædvanligvis ikke under 4 samtaler*. Hvilken patientkategori, der kan tilbydes samtaleterapi er i nogle ordninger defineret ud fra diagnostiske kriterier (eks. Nordjyllands amt), mens andre amter anfører at det omfatter patienter med specielle helbreds- og/eller trivselsproblemer, der ikke umiddelbart kan løses i almindelige konsultationer (eks. Københavns kommune).

Hvad er supervision?

^a Denne aftale er opsagt pr. 1. juli 2004.

Det er ikke entydigt defineret, hvad supervision for praktiserende læger er. Til gengæld er der opmærksomhed på, at det er en væsentlig del af praktiserende lægers efteruddannelse med henblik på såvel faglig, personlig og professionel udvikling. (12) Supervision er ud fra et fagligt synspunkt et væsentligt element i kvalitetssikringen af samtaleterapi, og det er en forudsætning i Landsoverenskomsten, at praktiserende læger, som udfører samtaleterapi, deltager i supervisionsmøder enten internt mellem alment praktiserende læger eller eksternt med psykolog eller psykiater (11). Supervision er et begreb, som først og fremmest bliver benyttet ved psykoterapi. For praktiserende læger udgør supervision et "arbejdsrum", hvori lægen sammen med kolleger og en supervisor, efter behov, kan se på læge/patient-samtalerne fra mange vinkler. Supervisionens sigte er at øge deltagernes kompetence og autonomi. Der er således både et indlærings- og udviklingsperspektiv mht. lægens faglighed. Supervisionen kan fokusere på patientens historie, på relationen mellem læge og patient og på lægen som terapeut. Supervision er ikke terapi hverken for lægen eller patienten. Supervision kan foregå individuelt eller i gruppe (11)

Balintsupervision,

Balintsupervision, der udføres af såvel psykiatere som praktiserende læger, er en supervisionsform, der primært tager udgangspunkt i læge-patientforholdet, der analyseres i gruppen efter den metode, som Michael Balint udviklede sammen med praktiserende læger i England i 1950'erne. Hans bog "The doctor, his patient and the illness" er internationalt anerkendt, og oversat til mange sprog. Den beskriver måder at arbejde i grupper på, som har dannet grundlag for oprettelse af Balintgrupper over hele verden. (www.balintsociety.dk) Supervisionsformen er primært baseret på en psykodynamisk tilgang, men den praktiske udøvelse vil i stor grad afhænge af den person, der er gruppeleder/supervisor. Der findes overordnede retningslinier, som praktiseres forskelligt i forhold til det enkelte medlemslands traditioner. I Tyskland er der en stor udbredelse af balintgrupper. Her arbejder man med balintgrupper allerede i lægestudiet, og for at kunne arbejde med psykoterapi (dvs. blive honoreret for samtaleterapi af sygesikringen) i almen praksis, kræves det, at man har deltaget i et bestemt antal seminarer med balintsupervision og deltager fast i en balintgruppe. I videreuddannelsen til almen praksis, psykiatri og gynækologi er deltagelse i balintgrupper obligatoriske i Tyskland. Grupperne er typisk tværfaglige, således at der f.eks. deltager gynækologer, psykologer, almenmedicinere og psykiatere i den samme gruppe. Ligeledes kan der være deltagere fra andre specialer, som f.eks. intern medicin.

Bendixsupervision

Bendixsupervision er en supervisionsform, som blev udviklet af den danske psykiater Torben Bendix i begyndelsen af 70'erne, og som var inspireret af balintmetoden. Den foregår ligeledes i grupper, hvor man ved hjælp af båndudskrifter analyserer sine samtaler. Metoden er velegnet til praktiserende læger. Bendix's bog: "Din nervøse patient" udkom første gang i Danmark i 1977. Lægeforeningen udsendte bogen til samtlige læger. Dette blev indledningen til indførelse af psykoterapi i almen praksis i Danmark. (www.bendixselskabet.suite.dk)

Videosupervision

Videosupervision er en metode at supervisere på, hvor der benyttes videooptagelser af patientsamtaler, som udgangspunkt for refleksion og træning af samtaler. Denne benyttes i kursus i almen medicin på 13. semester ved Københavns universitet. Mange praktiserende læger har deltaget i kurser herom og bliver superviseret efter denne metode.

Andre former

Andre supervisionsformer foregår efter kognitiv referenceramme. En del læger, der har deltaget i kurser i kognitiv terapi har efterfølgende fortsat med at bruge metoderne i deres supervisionsgruppe med eller uden supervisor. I mange grupper benyttes gruppesupervision efter systemisk referenceramme.

Hvem kan yde supervision?

Den praktiserende læge vælger selv sin supervisor.

I nogle amter (Vejle, Nordjylland m.fl.) er det primært psykologer eller psykiatere tilknyttet de psykiatriske afdelinger, der yder supervision. Ofte drejer sig om fælles patienter, og det indgår i samarbejdet mellem sygehus og primærsektor (§2 aftale Vejle Amt).

Ifølge sygesikringen kan supervisorer være

1. Alment praktiserende læger med en uddannelse i at supervisere andre og med mindst 2 års erfaring i supervisionsgrupper med tilhørende supervisionstræning.
2. Autoriserede psykologer/psykiatere med psykoterapeutisk uddannelse og med efteruddannelse, som indeholder træning i at supervisere andre. Mindst 2 års erfaring i supervision.
3. Medlemmer af "Psykoterapeutforeningen" - Foreningen af uddannede psykoterapeuter i Danmark - som har en social-/sundhedsfaglig uddannelse og en efteruddannelse, som indeholder træning i at supervisere andre. Mindst 2 års erfaring i supervision.

8.2 Etablering af supervisionsordninger med forslag herom

Supervisionsordninger forstås her bredt omfattende såvel supervision af psykoterapi, faglig vejledning, liaisonkonsultationer etc.

Der eksisterer allerede forskellige, omfattende supervisionsordninger for almen praksis i de fleste amter og H:S. Der mangler imidlertid en koordinering og en kvalitetssikring heraf.

I en vis udstrækning bør supervisionsordninger være fælles for speciallæger i almen medicin og psykiatri.

Supervision kan med fordel kobles til eventuelle fremtidige shared-care teams (se definition i næste kapitel). Tværfaglig supervision vil ofte være at foretrække, idet flere forskellige faggrupper vil være involveret i det samme patientforløb.

Den liaisonpsykiatriske TERM-model har vist gode resultater i samarbejdsfeltet mellem almen praksis og psykiatrien (kap. 9.2).

Anbefalinger for supervisionsordninger:

- Supervisionsordningerne for praktiserende læger bør koordineres og kvalitetssikres og der bør udvikles standarder for supervisionsordninger for speciallæger i almen medicin
- Supervisionsordninger kan i en vis udstrækning blive fælles for speciallæger i almen medicin og psykiatri

9.1 Nationale erfaringer

Shared care i Danmark er *et integreret tværsektorielt samarbejde om patientforløb* indenfor såvel psykiatri som somatik. Det har til formål at koordinere og effektivisere behandlingsforløbet, samt at videreudvikle den fagspecifikke behandling og klargøre, hvor patienten skal behandles. Samarbejde og kommunikation mellem primær- og sekundærsektoren er grundstenen i disse tiltag, og det optimale patientbehandlingsforløb er facit. Der er efterhånden iværksat flere initiativer, fx praksiskonsulentordningen, edb-samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren, krav til henvisninger, epikriser og patientforløbsanalyser, som alle er eksempler på shared care. (13)

Praksiskonsulentordningen har eksisteret i de sidste 4 – 11 år i alle amter og H:S (14). Ved en statusrapport, der blev udgivet 2003, havde alle sygehuse, på nær 5 psykiatriske, tilknyttet en eller flere praksiskonsulenter. Udbredelsen var størst indenfor specialerne pædiatri og intern medicin.

Det nævnes, at ordningen har haft positiv indflydelse på overordnede områder som kommunikation, nedbrydelse af barrierer, skrevne informationskanaler (nyhedsbreve) og information i øvrigt, samt løsning af samarbejdsproblemer.

Der udtrykkes forventning til, at ordningen i fremtiden får større fokus på mere konkrete tiltag, blandt andet medvirken i patientforløbsbeskrivelser.

Vedrørende patientforløbsbeskrivelser i H:S fremgår det (PH:S info), at der aktuelt er 15 beskrevne patientforløbsbeskrivelser, hvoraf to relateret til psykiatri (demens, tvangsindlæggelse).

I idekataloget for de næste to år er der imidlertid anført flere emner med relation til psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter: incest, dysfunktioner, angst, fobi, depressioner, etniske psykiatriske lidelser, misbrugsproblematikker / rådgivningscentre. Indenfor psykiatri, er der herhjemme to projekter forankret i hhv. Århus (TERM-modellen) og i København (Liaisonenheden, Bispebjerg Hospital), som påkalder sig særlig opmærksomhed. Desuden beskrives nedenfor erfaringer med samarbejdsmodeller mellem hospitals-/lokalpsykiatri og almen praksis (Silkeborgmodellen) samt enkeltstående erfaringer i almen praksis.

TERM-modellen (16)

Formålet med TERM-modellen er at hjælpe med i processen med at bedre behandlingsmulighederne for gruppen af patienter med funktionelle lidelser og at hjælpe med til at forebygge uhensigtsmæssig sygdomsadfærd.

Uddannelsesprogrammet er udarbejdet af Forskningsenheden for Funktionelle lidelser, Psykosomatik og Liaisonpsykiatri, Århus Universitetshospital i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet. Herudover har en konsulent fra University of Manchester deltaget i udviklingsarbejdet.

Programmet består af en manual og et intensivt kursus, hvor de forskellige elementer i behandlingsmodellen trænes ved praktiske øvelser. Der er udarbejdet separat undervisningsmateriale til kursister og undervisere.

Uddannelsesprogrammet er beregnet til læger i almen praksis, men vil formodentlig med fordel kunne anvendes også i andet regi, ligesom de teknikker, der undervises i, vil kunne anvendes såvel i den somatiske klinik som i behandlingen af andre psykiske lidelser end somatisering.

Programmet er udviklet i forbindelse med FIP-studiet (Forebyggelse af funktionelle lidelser og uhensigtsmæssig sygdomsadfærd i almen praksis), som er et tværvidenskabeligt samarbejde med deltagelse af: Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Psykosomatik og Liaisonpsykiatri, Århus Universitetshospital,

Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet, Afdelingen for Etnografi og Social Antropologi, Aarhus Universitet og Psykologisk Afdeling, Aarhus Universitet. Uddannelsesprogrammet bygger på "The Reattribution Model", som blev udviklet i Manchester af professor David Goldberg og Lektor Linda Gask i begyndelsen af 1980'erne, og som Linda Gask siden har arbejdet videre med. Modellen er blevet testet i forskellige undersøgelser og disse tyder på, at denne model er effektiv bl.a. med hensyn til at forbedre lægernes kommunikations-færdigheder og til at formindske forbruget af sundhedsydelser.

Man har i Danmark valgt at ændre og modificere The Reattribution Model på visse punkter og tilføje nye elementer. Navnet er derfor ændret til TERM-modellen (The Reattribution Model and Management Model).

Uddannelsesprogrammet fokuserer på diagnostik og behandling af funktionelle lidelser; men mange af de teknikker, der undervises i er generelle og kan derfor med stor fordel benyttes også ved andre psykiske lidelser såvel som mere generelt i den kliniske hverdag

Liaisonenheden, H:S:

Liaisonpsykiatrisk Enhed H:S har som en af hovedopgaverne at vurdere og behandle patienter med somatoforme, dissociative tilstande samt funktionelle syndromer. Enheden modtager disse patienter fra alle sektorer i sundhedsvæsenet, primært fra almen praksis. I henhold til frit sygehusvalg modtages patienter fra hele landet. Alle henviste indkaldes til vurdering, og en del vil afsluttes med en "second opinion", der sendes til henvisende læge samt evt. til patientens egen læge. De øvrige indgår i et kortere eller længere behandlingsforløb, der omfatter psykofarmakologisk behandling, oftest med antidepressiva eller psykoterapi. Enheden kan i begrænset omfang tilbyde korterevarende psykoterapi individuelt og i gruppe (mindfulness). Enheden samarbejder med Smerteklinikken Bispebjerg Hospital vedrørende behandling af kroniske smerter og med neurologisk afdeling vedrørende kronisk hovedpine.

En række patienter med hypokondri og somatisering er indgået i et forskningsprojekt støttet af Socialministeriet. Disse patienter, der ofte har haft funktionshæmmende sygdomsangst igennem en årrække, tilbydes efter lodtrækning enten målrettet kognitiv adfærdsterapi ved Kognitivt Psykolog Center, uspecifikke samtaler ved psykiater eller venteliste. Patienter på ventelisten, vil efter fire måneder indgå i en af de to terapigrupper. Efter pilotprojekt omfattende 16 patienter, er 80 patienter indgået i lodtrækningen og har alle modtaget behandling. Patienterne vil blive fulgt i et års efterundersøgelse. Resultaterne af undersøgelsen offentliggøres og de opnåede terapeutiske erfaring vil blive viderebragt til psykiatere og alment praktiserende læger i en række kurser.

I en række tilfælde vil en væsentlig indsats være en afklaring, idet forløbet af somatoforme tilstande ofte er præget af multiple undersøgelser, indlæggelse og behandlingsforsøg samt evt. gentagne operationer. Som led heri har Liaisonpsykiatrisk Enhed med støtte fra Københavns Kommune indgået et samarbejde med Fonden for Arbejdsmarkedsrevalidering. Projekt DIKO (Koordinationsudvalget for den forebyggende arbejdsmarkedsindsats i Københavns kommune) sigter mod en samordnet social og lægelig erhvervsafklaring for patienter med somatisering og funktionelle tilstande.

Erfaringer fra Århus (Silkeborg-modellen):

Formålet med modellen er at udbygge samarbejdet mellem psykiatri (hospitals- og lokalpsykiatri) og almen praksis i Vestegnen i Århus Amt (Silkeborg, Them, Ry, Galten, Hammel og Gjern kommuner) med i alt ca. 97.000 indbyggere.

Som optakt til projektet, blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt områdets praktiserende læger, dels for at vurdere det hidtidige samarbejde, dels for at få synspunkter på hvilke områder, der kunne ændres eller udbygges.

På baggrund heraf, blev der efterfølgende:

- Nynormeret en overlægestilling i 1997
- Afsat tid til funktioner direkte relateret til samarbejdet med praktiserende læger, herunder også tid til relevant videreuddannelse og ajourføring af viden samt organisatoriske aktiviteter. Dette for at imødekomme ønsker om større dialog med psykiatrien og bedre information om psykiatriens organisation, målgrupper og visitationsprocedurer
- Planlagt en serviceudvidelse med:
 - Vurderingssamtaler, herunder subakut vurdering
 - Daglig telefontid

For at måle effekten af indsatsen, blev spørgeskemaundersøgelsen gentaget i januar 2000 (17).

Vedrørende samarbejdet med psykiatrisk afdeling var der på de fleste områder en positiv udvikling. Specielt kom der bedre "klarhed af aftaler om arbejdsfordeling og ansvar mellem almen praksis og psykiatrisk afdeling".

Vedrørende ny service fra lokalpsykiatrien (distriktskykiatrien) fandt man stor tilfredshed. Størst tilfredshed var der med "subakutte vurderingssamtaler", dernæst "almindelige vurderingssamtaler".

Det kunne konkluderes, at det er patienter med depressive tilstande, angst og nervøst betingede symptomer og patienter med personlighedsforstyrrelser, der blev henvist til vurdering, og ikke lokalpsykiatriens traditionelle målgruppe. Der var ofte behov for diagnostiske og prognostiske vurderinger, og subakut vurdering af suicidalfare eller anden faretruende udvikling

For at imødekomme de praktiserende lægers behov, var det væsentligt, at vurderingerne foregik på kvalificeret niveau af speciallæger i psykiatri.

Erfaringer fra Vejle Amt:

Siden 1978 har der i Vejle Amt eksisteret et formaliseret samarbejde mellem almen praksis og psykiatrisk afdeling på Vejle Sygehus. I starten var det et samarbejde mellem en overlæge fra en psykiatrisk afdeling og nogle praktiserende læger. Overlægen superviserede patientsamtaler efter Bendix-metoden (kapitel 8.1). Efterhånden har det udviklet sig til 4 teams bestående af læger fra psykiatrisk afdeling, der er tilknyttet bestemte kommuner og praktiserende læger. Overlæge Svend Boel Jensen, Vejle Amt, har beskrevet det på følgende måde: "Som udgangspunkt blev der ofret meget tid på supervisionstilbud til de praktiserende læger. I dag er dette nok trådt noget i baggrunden til fordel for "konsultative samtaler" og information omkring de enkelte patienters behandlingsforløb i psykiatrisk afdeling".

Den nuværende model tilrettelægger samarbejds møderne med visse forskelle fra praksis til praksis. Alt overvejende er strukturen den, at en erfaren behandler (speciallæge, psykolog og/eller socialrådgiver) regelmæssigt med få måneders interval aflægger besøg i lægepraksis, hvor man med udgangspunkt i konkrete behandlingsforløb drøfter og tidvis direkte superviserer psykiatriske problemstillinger.

Erfaringer fra Ringkøbing Amt:

I Ringkøbing Amt etablerede man i 2001 et midlertidigt *Psykiatrisk Mobilteam* under Ringkøbing Amt, Psykiatrien i Herning. Ordningen er senere blevet permanent. Teamet består af 4 psykiatriske sygeplejersker med reference til en behandlingsansvarlig læge i distriktet. Teamet træffes og imødekommer alle henvendelser i tidsrummet 07.30 – 16.00.

Målsætningen for teamet er at være et behandlingstilbud i hjemmet som alternativ til indlæggelse. Endvidere er målsætningen at afkorte et indlæggelsesforløb ved at tilbyde psykiatrisk sygepleje i hjemmet.

Opgaverne er:

- At yde en fleksibel og hurtig kontakt såvel direkte som indirekte (pr telefon)
- At vise opmærksomhed på tidlig intervention, så indlæggelse kan undgås eller afkortes
- At lave en beskrivelse af den akutte/konkrete problemstilling
- At koordinere muligheder som alternativ til indlæggelse, hvis det er muligt
- At etablere en bæredygtig alliance med patienter, pårørende og professionelle netværk
- At støtte patienten i det første akutte forløb, samtidig med at det øvrige netværk etableres
- At følge op på iværksat behandling f. eks. ordineret af bagvagt, overlæge eller evt. praktiserende læge.
- At yde støtte til pårørende, evt. psykoedukation
- At hjælpe patienten til indlæggelse, hvis det er nødvendigt

Målgruppen er principielt alle patienter, både dagpatienter, patienter til vurdering og patienter med behov for telefonkontakt.

Henvielse kan ske både fra psykiatrisk afdeling, praktiserende læger, amtslige og kommunale institutioner/tilbud.

Psykiatrisk Mobilteam er hurtigt imødekomende og er koordinerende i forhold til andre tilbud, hvis teamet ikke er bedste tilbud.

Det betyder, at patient og pårørende oftest modtager en psykiatrisk ydelse, som matcher det behov, de præcis har, og frem for alt bygger de på patientens ressourcer og raske sider.

Patienten kan ofte fastholdes i sin hverdag i nærmiljøet og undgår derfor regression og socialisering i hospitalsmiljøet.

9.2 WHO

WHO omtaler to steder nye samarbejdsformer på tværs af sektorerne:

- Indførelse af nye strukturer til behandling af kroniske tilstande (Innovate Care for Chronic Conditions Framework), som beskrives på hjemmesiden:

(http://www.who.int/chronic_conditions/implementation/framework/icccframework_policy.pdf)

og

- Integrering af psykiatrisk behandling i almen praksis (Integrating Mental Health Care into General Health Services), som beskrives på hjemmesiden: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter4/004b3.htm>.

Nedenfor følger et oversat resume af indholdet i de to web-adresser.

Vedrørende indførelse af nye strukturer til behandling af kroniske tilstande:

WHO anbefaler følgende:

Vedrørende samfundet:

- Skaf opmærksomhed og reducer stigmatisering
- Frem bedre resultater gennem ledelse og støtte
- Mobiliser og koordiner resurserne
- Sørg for komplementære behandlingstilbud

Vedrørende organisering af sundhedsvæsenet:

- Frem kontinuitet og koordinering
- Støt kvalitet gennem ledelse og incitament
- Tilrettelæg og opret teams i sundhedsvæsenet
- Anvend informationssystemer
- Støt selvhjælp og forebyggelse

Vedrørende integrering af psykiatrisk behandling i almen praksis:

WHO skriver bl.a. følgende:

Ved at integrere psykiatrisk behandling i primærsektoren opnås flere fordele, såsom at stigmatisering af psykisk syge reduceres og opnåelse af en større bredde i tilbud om undersøgelse og behandling. Dette gælder især patienter med tendens til somatisering og psykisk syge patienter med somatiske symptomer.

På et administrativt niveau er der også fordele, når man indfører en "shared infrastructure", idet modellen erfaringsmæssigt fører til bedre økonomi og effektiv udnyttelse af de tilgængelige ressourcer. Man kan også opnå en bedre udnyttelse af de universelt set begrænsede ressourcer, når det gælder psykiatrisk uddannede personalegrupper, når andre muligheder i samfundet tages i brug.

Denne integrering kræver en grundig analyse af de tilgængelige behandlingstilbud på flere niveauer. Eksempelvis kan nævnes, at tidlig intervention over for alkoholmisbrug bedst finder sted i primærsektoren, hvorimod behandlingen af akutte psykoser bedst finder sted på et mere specialiseret niveau, hvor man kan udnytte behandlingseksperter, forskningserfaringen og anvendelse af medicin på et specialniveaue.

Efter en specialbehandling bør patienterne tilbagehenvises til primærsektoren til fortsat behandling, idet primærsektoren ofte har en bedre placering, når det gælder vedvarende støtte til patienter og deres familie.

Den mere præcise organisering af denne integration afhænger af det gældende tilbud og status af sundhedstjenesterne i det pågældende lands sundhedsvæsen.

En vellykket integrering af psykiatrisk behandling i primærsektoren indebærer at planlæggerne må vurdere om følgende betingelser er til stede:

- Personalet i primærsektoren må have den fornødne viden, motivation og færdigheder mht. at tage sig af patienter med psykiske lidelser
- Antal af personale med viden og autoritet til at udskrive psykofarmaka skal være tilstrækkeligt stort på såvel primær som sekundært niveau
- Der skal være tilstrækkelig tilgængelighed mht. psykofarmaka på såvel primær som sekundært niveau
- Der skal være nok psykiatrisk uddannede specialister til at sikre en tilstrækkelig støtte og monitorering af personalets indsats i den primære sundhedstjeneste
- Effektive henvisningsveje mellem primær, sekundær og tertiær niveau skal være til stede
- Mulighed for at tilføre eller omfordele de nødvendige økonomiske ressourcer mellem primær, sekundær og tertiær niveau bør overvejes
- De integrerede aktiviteter bør vedvarende monitoreres, evalueres og opdateres

9.3 Udenlandske erfaringer

Flere steder i verden er der inspiration at hente mht. shared care (tværsektorielt samarbejde om patientforløb) inden for psykiatri. I flere lande har man nedsat nationale arbejdsgrupper til at udarbejde planer og strategier. Der er gennemført en række undersøgelser, som er evaluerede og kvalitetssikrede. Der findes nyhedsbreve, konferencer og hjemmesider om "shared care in Mental Health". Også lærebøger med en problemorienteret indfaldsvinkel er der eksempler på (10).

Nedenfor beskrives eksempler fra lande, som er kommet langt med shared care (Canada og Australien). Desuden beskrives et eksempel på "counsellor"-metoden fra England, hvor ikke-læger supplerer behandlingen af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter med en formaliseret form for rådgivning/psykoterapi.

Canada

For at forbedre behandlingen af psykiatriske patienter i Canada nedsatte man en samarbejdsgruppe mellem The Canadian Psychiatric Association og The College of Family Physicians of Canada. Gruppen fremsatte i 1997 en rapport om "Shared Mental Health Care". For at få rapportens indhold implementeret i praksis dannedes "The Canadian Consortium for Collaborative Mental Health Care", der inkluderer mange af de nationale sundhedsarbejderes faglige organisationer: læger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere etc.. The Consortium har i oktober 2003 udarbejdet sit forslag om implementering "Shared Mental Health Care: Strengthening the relationship between mental health and primary care providers" (17).

I organisationsformen- Shared Mental Health Care- har de praktiserende læger en særdeles central rolle i behandlingen. Her har man den basale kontakt med patienterne, og det giver gode muligheder for prævention og tidlig diagnosticering, familieengagement, patientuddannelse og vedvarende støtte til patienten. Men det er en nødvendighed, at der er et betydeligt udbygget samarbejdssystem, der muliggør at patienterne modtager passende behandling uden obstruktion. Det er endvidere nødvendigt at de praktiserende læger har en betydelig støtte og opbakning i dette vanskelige arbejde fra deres kolleger i psykiatrien. Der skal være let adgang til konsultationer hos psykiateren, og der skal være en god opbakning, når familielægen behandler. Et overordentligt væsentligt moment er samarbejdet, og i en artikel (18) nævnes følgende vigtige forhold:

1. Styrkelse af de personlige kontakter mellem familielægen, psykiateren og andre der arbejder med psykiatri.
2. Forbedret kommunikation mellem de involverede.
3. Lettere adgang til psykiatrisk service i form af enklere henvisningsprocedure.
4. Det betydningsfulde i tidlig diagnosticering af psykisk lidelse.
5. Etableret telefonopbakning fra psykiateren.
6. Løbende undervisning omkring samarbejdsrelationerne.
7. Uddannelse af fremtidige praktiserende læger og psykiatere m.h.p. samarbejdet.
8. Betonning af integrationen mellem psykiatrien og den primære sundhedstjeneste på planlægningsniveauet.
9. Betonning af integrationen af psykiatrisk service i den primære sundhedstjeneste.

På hjemmesiden www.shared-care.ca findes en række links til: bibliografi om shared-care, om forskning, evaluering og beskrivelse af igangværende projekter, omtale af den årlige nationale konference samt et nyhedsbrev.

Der findes her en beskrivelse af et særligt udbygget system i byen Hamilton, Ontario. Projektet involverer 87 lægepraksis, der betjener 170.000 mennesker. Som noget særligt har man counsellors (19) tilknyttet behandlingsteamet. Disse er enten uddannede som sygeplejersker eller socialrådgivere og har erfaring fra psykiatrien. Hver praksis besøges af konsulterende psykiatere, som dels ser de vanskeligste patienter, og dels superviserer og underviser såvel counsellors som den praktiserende læge, og psykiateren er i øvrigt tilgængelig via telefonkonsultationer. Et overordnet administrativt netværk sørger for økonomien, rammerne og løbende evaluering, og sørger for ekstra uddannelse og anden støtte til de praksis, der deltager i projektet. Mange af de psykiatriske patienter ses udelukkende af counsellors og mange til relativt få konsultationer. Antal henvisninger til psykiatriske klinikker er faldet væsentligt i området. Der er stor tilfredshed såvel blandt patienter som behandlere med ordningen. Psykiaterens opbakning forøger den praktiserende læges færdighed og giver tryghed. Patienterne finder behandlingen mindre stigmatiserende og er glade for at opretholde relationen til familielægen. Behandlingen er integreret og kontinuerlig, og der er kort ventetid. Fra de psykiatriske hospitaler kan patienterne udskrives hurtigere, fordi de følges op på kvalificeret vis. Det er meget væsentligt, at der eksisterer en følelse af partnerskab mellem psykiatrien og de primære behandlere i praksis. Fra starten af projektet havde de praktiserende læger stor indflydelse på programmets design. Der lægges stor vægt på uddannelsen af counsellors, som får støtte af de besøgende psykiatere. Det er væsentligt med den regelmæssige kommunikation og kontakt mellem almenpraksis og psykiatrien. Der lægges vægt på en forståelse og respekt for behandlingen i praksis, hvor de ansatte skal besidde fleksibilitet og evnen til omstilling til utraditionelle arbejdsmåder.

Der er stadig brug for psykiatriske ambulatorier, men de ses mere som en del af et kontinuum. Det er en fordel i praksis, at patienterne ses over lang tid og i mange forskellige tilstande. Ved denne behandlingsform er der en bedre integration af den somatiske og emotionelle omsorg, således at andre sygdomme, der samtidigt kan være til stede, får en bedre behandling. Der udvikles en bedre mulighed for psykoedukation (patientuddannelse). Dette arbejde udføres især af counsellors. Det bliver også muligt på et tidligt tidspunkt at identificere risikogrupper.

Kun få steder i Canada er systemet så udbygget som i Ontario, men mange steder har man udbytte af i større eller mindre grad at bruge modellen.

Australien

Også i Australien har man været optaget af at forbedre behandlingen af patienter med ikke-psykotiske lidelser. Man har også her fundet det nødvendigt, at praktiserende læger må have en mere fremtrædende rolle i behandlingen af psykiske lidelser. Der er derfor udarbejdet en plan og strategi for mental health: Australia's Second National Mental Health Plan.

I en rapport har man opsummeret de initiativer, der har været indtil nu.

Følgende anbefalinger blev konklusionen af rapporten:

- 1) Uddannelse
 - Baseres på voksenpædagogik/læringsprincipper
 - Bør udvikles og implementeres med input fra alle deltagere inklusiv brugerne
 - Bør indeholde fælles uddannelsessessioner mellem praktiserende læger og speciallæger i psykiatri og psykologer
 - Skal inkludere træningsaktiviteter eller færdigheder baseret og med fokus på at forbedre klinisk viden om diagnosticering og behandling af psykiske lidelser og sygdomme, procesviden/færdigheder i tværfaglige casekonferencer og behandlingsplaner
 - Organisationel viden/færdigheder i f.eks. at forstå specielle roller, relationer, ansvarsfordeling, teamudvikling og dynamik.
- 2) Organisering

- Det er nødvendigt at få størstedelen af praktici med. Samarbejde mellem almen praksis og psykiatrisektor skal forbedres, offentlige, private og græsrodsorganisationer skal opmuntres til at støtte disse initiativer. Shared care (integreret behandling) for folk med komplekse psykiske sygdomme skal forbedres og støttes ved vedvarende uddannelse af alle deltagere inklusiv brugerne.
 - Nem adgang for almen praksis til at få råd og klinisk støtte af specialister
 - Forbedret kommunikation mellem almen praksis og specialister/sekundærfaktor. Informationsteknologi
 - Udvikling af forretningsgange og guidelines
 - Programmer skal være brugbare såvel af brugere af almen praksis som sekundærsektor
 - Fuldtidsansatte liaison-konsulenter og koordinatore
 - Programmer bør implementeres og have ejerskab på alle niveauer, praktiserende læger skal deltage i planlægningen, implementeringen og evalueringen
 - Græsrodsorganisationer og den private sektor bør medinddrages
- 3) Evaluering
- Før- og efter evaluering
 - Helbredsudkomme og brugertilfredshed
 - Deltagertilfredshed
 - Procesmål såsom kommunikation, relationudvikling, mødetyper og karakteristika af deltagerne
 - Udvikling af viden og færdigheder
 - Ny evaluering efter 3 år
- 4) Økonomi
- Alle deltagende sektorer bør prioritere og deltage i finansieringen, for at få "ejerskab" og en projektf finansiering for mindst 3 år

Counsellors i England


I England har man siden 1970 opbygget et netværk af counsellors og psykoterapeuter som arbejder i primærsektoren med psykisk sundhed. Counsellorordningen er startet på frivillig basis, hvor uddannede terapeuter leverer et antal gratis terapi timer, typisk 2-8 timer pr uge, til et *counsellingcenter*.

I counsellingcentret kan patienter selv søge behandling, eller blive henvist af den praktiserende læge eller fra det psykiatriske system. De patienter, der er henvist fra praktiserende læge eller det psykiatriske system, får betalt terapien af det offentlige system (NHS). Der er en begrænset mængde midler, en praktiserende læge kan henvise 5 patienter pr. år til behandling 10 gange af en times varighed. Patienter kan også selv henvende sig for at få psykoterapi, men skal så selv betale for samtalerne, så meget som de kan klare og behandlingsperioden er ubegrænset.

Counsellingsystemet tager sig af ikke-psykotiske patienter med livsmestringsproblemer i forbindelse med

- tab og traumer
- depressioner
- alkohol og stofmisbrug
- sexmisbrug
- vold
- sociale fobier og generel angst
- problemer med impuls kontrol og sociale færdigheder hos umodne personer

ligesom patienterne kan få vejledning i stress håndtering.

Uddannelsen til counsellor er 4-årig og man betaler den selv. De fleste har ingen baggrund i sundhedsvæsenet, men har en anden hoveduddannelse, som f.eks. skolelærer, pædagog, ntoruddannelse eller lignende, men der er også personer

indenfor sundhedsvæsenet, der tager uddannelsen, for at arbejde som terapeut. Der er overvægt af kvindelige terapeuter.

9.4 Forslag om etablering af shared-care modeller

Vedrørende organisering af shared-care i Danmark

På sigt bør der være såvel en central som en decentral organisering af shared-care. En central udviklings- og planlægningsgruppe mellem DSAM og DPS bør etableres som faglig sparringspartner for administrative planlæggere. Kommissoriet for denne gruppe kunne være:

- At bygge bro mellem primær- og sekundærsektoren (det gode patientforløb)
- Fremme forståelsen og udøvelsen af shared-care indenfor psykiatri
- Dokumentere og beskrive erfaringerne på området
- Udvikle sundhedstjenesteforskning på området
- Fremskaffe økonomiske midler til implementering
- Udvikle uddannelsesprogrammer
- Sikre kvalitetsudvikling og evaluering af igangværende projekter

Vedrørende udvikling og implementering af shared-care i Danmark

I Danmark eksisterer der en praksiskonsulentordning (PKO). Denne bør inddrages i udvikling og implementering på et regionalt niveau.

Udenlandske erfaringer viser, at der efter ovenstående proces bør inddrages andre faggrupper, idet shared-care er en tværfaglig opgave.

De eksisterende nationale erfaringer bør udnyttes. Men samtidig må der være plads til nytænkning og inspiration fra udlandet. WHO's principper (kapitel 9,2) er en mulig checkliste for processen.

Modellerne for shared-care må nødvendigvis være fleksible og tilpasset de regionale forhold og behov.

Nøglen til et succesfuldt samarbejde er den personlige kontakt, som skal være regelmæssig og respektfuld. Derved kan man drage fordele af mulighederne for at støtte hinanden og dele de tilgængelige resurser, når det er hensigtsmæssigt.

9.5 Anbefalinger for shared-care modeller:

Der er behov for indførelse af nye samarbejdsformer mellem praktiserende læger og speciallæger i psykiatri og psykiatriske afdelinger for at bedre samarbejdet omkring psykiatriske patienter med ikke-psykotiske lidelser, nedsætte ventetiderne og bedre behandlingstilbuddene. Samarbejde og kommunikation mellem primær- og sekundærsektoren er grundstenen i disse tiltag, og det optimale patientbehandlingsforløb er facit.

Shared care (integreret tværsektorielt samarbejde om patientforløb) kan udbygges med supervision og indikatorer på ordningernes funktion.

Nogle modeller kræver organisatoriske og overenskomstmæssige ændringer, som må søges gennemført. Desuden er der behov for en styrkelse af praksiskonsulentordningen som bindeled mellem psykiatriske afdelinger og almen praksis med udarbejdelse af fælles retningslinier for kommunikation og samarbejde samt målbare kriterier for evaluering, hvor kvalitetsindikatorerne eksempelvis kunne være ventetider, patienttilfredshed, behandlingseffekt og økonomi.

I den samlede tilrettelæggelse af disse modeller bør der foregå en begrundet afvejning i dimensionering af de forskellige behandlingsregier ud fra en viden om sygdomsforekomst og organisering af behandlingstilbud i området.

På baggrund af såvel nationale som internationale erfaringer (kapitlerne 9.2 - 9.3) foreslås følgende shared-care modeller på forskellige områder:

1. Praksiskonsulentordningen (udvidelse af eksisterende model):

Der er gode erfaringer med praksiskonsulentordningen som bindeled mellem psykiatriske afdelinger og almen praksis. Der foreligger et solidt erfaringsgrundlag og ordningen har haft positiv indflydelse på overordnede områder som kommunikation, nedbrydelse af barrierer, skrevne informationskanaler (nyhedsbreve) og information i øvrigt, samt mht. løsning af samarbejdsproblemer. Det forekommer oplagt at udvide ordningen til også at omfatte mere konkrete tiltag såsom medvirken i patientforløbsbeskrivelser samt som platform for udvidet dialog mellem sektorerne i forbindelse med evaluering af shared-care modeller.

Der er således ikke tale om en ny model i sig selv, men om et forslag til en struktur, hvor ansvaret for en lokal udvikling af shared-care kan placeres. Der skabes herved mulighed for en sikring af, at behandlingen kan finde sted på det mindst indgribende niveau, for fleksibilitet, for kontinuitet og for en direkte samordning mellem sektorerne.

De følgende 5 modeller relateres til feltet mellem almen praksis og speciallæger i psykiatri:

2. Telefonrådgivning:

Daglig telefontid hos en speciallæge på en psykiatrisk afdeling, i distriktspsykiatrien eller hos en praktiserende speciallæge på bestemte tidspunkter er en overkommelig og enkel model, som der er gode erfaringer med flere steder i landet. Men som et formaliseret instrument er den en sjældenhed.

Lægerne i almen praksis har mange kontakter med patienter med psykiske lidelser og har ofte brug for faglig vejledning og råd om tilgængelige behandlingstilbud og visitationsretningslinier. Som sundhedsvæsenets gate-keeper er den praktiserende læge ofte alene og har behov for let tilgængelig specialfaglig sparring.

3. Akutte og subakutte vurderinger hos praktiserende speciallæger i psykiatri eller speciallæger i psykiatri i hospitalsambulatorier/distriktspsykiatrien:

Den speciallægelige vurdering og diagnostik uden ventetid, kan oftest alene finde sted på de psykiatriske skadestuer. Hermed signaleres et behov for indlæggelse, som måske ikke er tilsigtet, og samtidig udsættes patienten for en stigmatisering forbundet hermed. Typisk er skadestuelægen ikke speciallæge. En speciallægevurdering vil derfor først finde sted næste dag.

Et mindre indgribende tiltag i form af akutte og subakutte vurderinger kan finde sted hos speciallæger i ambulant regi i en praksis eller på et ambulatorium. Det er ofte patienter med depressive tilstande, angst og nervøst betingede symptomer og patienter med personlighedsforstyrrelser, der henvises til vurdering, viser erfaringen (kapitel 9.2). Tilbuddet er næste niveau efter telefonrådgivningen, og vil kunne udfylde et stort behov i almen praksis.

4. Speciallægekonsultationer i almen praksis:

I enkelte tilfælde er det en fordel, hvis speciallægekonsultationen finder sted i almen praksis. Der er her tale om en vurdering mhp. diskussion og faglig rådgivning omkring fælles patienters problemstillinger (se model 5) eller om en psykoterapeutisk supervision.

5. Fælles patientforløb:

Fælles patientforløb med kvartårslige eller halvårslige konsultationer hos en praktiserende speciallæge i psykiatri eller på hospitalsambulatorium og jævnlige kontroller hos egen praktiserende læge i de mellemliggende perioder, kan være et fornuftigt patientforløb for mange patienter med ikke psykotiske lidelser.

Ordningen medfører en kontinuitet og en tæt koordinering mellem lægen i almen praksis og speciallægen. Ordningen kan stå alene i en behandling, hvor samtaleterapi indgår – eller være koblet til samarbejdsmodeller, som indbefatter egentlige kursusforløb omhandlende patienter med særlige sygdomme eller problemstillinger (se model 6). En viden hos patienten om at den praktiserende læge er det bærende element, og en sikkerhed for at en ekspertviden udnyttes kan være udgangspunktet for, at en patient med endog svære problemstillinger kan behandles i almen praksis.

6. Specialiserede samarbejdsmodeller:

Samarbejdsmodeller i lighed med TERM programmet (kapitel 9.1) er velkendt i udlandet og har allerede vist gode resultater i Danmark.

Formålet kan som for TERM-modellens vedkommende være en hjælp til at bedre behandlingsmulighederne for gruppen af patienter med funktionelle lidelser og at hjælpe med til at forebygge u hensigtsmæssig sygdomsadfærd. Modellen kan danne udgangspunkt for udvikling af shared-care modeller for andre psykiske lidelser af ikke-psykotisk natur.

Et sådant program består af en manual og et intensivt kursus, hvor de forskellige elementer i behandlingsmodellen trænes ved praktiske øvelser. Der er udarbejdet separat undervisningsmateriale til kursister og undervisere.

Uddannelsesprogrammet rettes mod læger i almen praksis, men vil i nogle tilfælde også kunne anvendes i andet regi.

På grænsen mellem livsmestringsproblemer og egentlig sygdom er der et behov for andre aktører i samspil med lægerne. Når det familierelaterede og sociale netværk ikke slår til, må andre muligheder overvejes. Her kommer først og fremmest eksisterende frivillige ordninger på banen og her har socialektoren en rolle. Men enkelte nationale og mange udenlandske erfaringer taler for, at andre faggrupper som eksempelvis sygeplejersker, socialrådgivere og ergoterapeuter med en supplerende efteruddannelse kan være et vigtigt supplement. I det følgende nævnes eksempler på modeller:

7. Rådgiversamtaler:

Som nævnt i kapitel 9.3 er der i udlandet flere forskellige eksempler på "counsellor"-ordninger. Der kan være tale om rådgivere med en formaliseret uddannelse bag sig, som har samtaleforløb med patienter med livsmestringsproblemer. Typisk er der tale om andre faggrupper end læger og psykologer – eksempelvis sygeplejersker og socialrådgivere. Et behov for et samtaletilbud uden at der er tale om psykoterapi kan derved dækkes og samtidig kan en udvikling til en egentlig psykisk sygdom forebygges. Det kan overvejes at indføre en sådan model under danske forhold – og samtidig at sikre en tæt koordinering til almen praksis.

8. Behandlende hjælpepersonale i psykiatrisk speciallægepraksis:

De ovenfor nævnte rådgivere kan for danske forhold med fordel forankres til en psykiatrisk speciallægepraksis, hvor de nævnte opgaver kan suppleres med andre under supervision af speciallægen. Her kan nævnes opgaver som administration af medicin, psykoedukative opgaver samtidig med en tovholderfunktion mellem behandlingssystemerne og de offentlige myndigheder i øvrigt.

9. Mobilteams:

Mobilteams, hvor psykiatrisk uddannede sygeplejersker med en psykiater som konsulent kan kontaktes af aktører i såvel primærsektoren som socialektoren mhp. akutte eller subakutte vurderinger og indsatser. Flere amter har haft succes med sådanne ordninger, som kan udfylde et behov hos patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk natur med svære funktionsnedsættelser. Det er vigtigt, at også de den praktiserende læge indgår i samarbejdet, idet disse patienter ofte ses i konsultationen. Sygeplejersken kan fungere som tovholder i det enkelte patientforløb.

9.6 Emner, der kan være velegnede for et fælles efteruddannelsesstilbud til praktiserende læger og speciallæger i psykiatri

Der er behov for en fælles efteruddannelse om en række afgrænsede psykiatriske temaer, hvor vægten lægges på beskrivelsen og omtalen af patienten i sin sociale kontekst og deres interpersonelle relationer, og tilstandene belyses såvel fra en diagnostisk som en problemorienteret og en psykologisk synsvinkel inkluderende en behandling, der retter sig mod såvel det sociale som det medikamentelle og det psykologiske. Fælles kurser i større omfang for de to specialer er ikke almindeligt, men rummer store udviklings muligheder.

Emner for fælles efteruddannelsesstilbud kunne være:

- Depressive tilstande
- Angsttilstande
- Den vanskelige patient
- Misbrug af alkohol, medicin og forskellige stoffer
- Tab og psykiske traumer
- PTSD
- Transkulturel psykiatri
- Den Psykisk syge familie
- Selvmordsforebyggelse
- Den psykisk syge under graviditet og fødsel
- Personlighedsforstyrrelser
- Psykoedukation ved udvalgte psykiske lidelser

En klassisk vanskelig behandlelig, omkostningstung patientkategori har altid været af fælles interesse, nemlig:

- Den somatiserende patient

På dette område har adfærdsterapien , kognitiv terapi og TERM-modellen indenfor de senere år fremsat væsentlige nye behandlingsmuligheder.

De alment praktiserende læger og speciallægerne i psykiatri har brug for specialiserede psykoterapeutiske uddannelser indenfor:

- Psykodynamisk psykoterapi
- Kognitiv terapi
- Familieterapi
- Sexologi
- TERM-modellen

Der vil blive et væsentligt behov for uddannelse af supervisorer (se kapitel 8.2). Disse kan være praktiserende læger, psykiatere og psykologer. De rammer der superviseres indenfor kan være:

- Balint-grupper
- Kognitivt baserede grupper
- Bendix-grupper
- Video-/supervisionsgrupper
- TERM-modellen

I fald der i en fremtid etableres og udbygges shared care (se afsnit 9.5) vil der blive brug for uddannelse herom.

- Organisatorisk viden/færdighed med henblik på at forstå specielle roller, relationer, ansvarsfordeling, teamudvikling og dynamik.
- Alle temaer nævnt under "Afgrænsede psykiatriske temaer" vil få en helt anden dimension hvis de alment praktiserende læger og psykiaterne har etableret en meget tættere og integreret samarbejdsrelation

9.7 Anbefalinger for videre- og efteruddannelser af speciallæger i almen medicin og psykiatri

- Fælles efteruddannelseskurser om en lang række afgrænsede psykiatriske temaer, hvor der bibringes faktuel viden om temaet og, hvor udbyttet også består i udveksling om begge parter viden og arbejdsbetingelser. Et eksempel kan være kurser om patienter med somatoforme tilstande
- Fælles kurser om shared care- såvel om organisatoriske forhold, som om patienter med forskellige afgrænsede psykiatriske tilstande

10. KLINISKE VEJLEDNINGER OG INDIKATORER

10.1 Aktuelle fælles kliniske vejledninger og indikatorer

Sundhedsstyrelsen og DSAM har hver især udfærdiget nationale vejledninger om behandling af depression (Vejledninger om behandling med antidepressiva og af børn med antidepressiva. Sundhedsstyrelsen, December 2000 og Klinisk vejledning om diagnostik og behandling af depression i almen praksis. DSAM 2001) og desuden har Sundhedsstyrelsen udfærdiget vejledninger til læger om behandling med antipsykotika og centralstimulerende midler. Dette er eksempler på kliniske vejledninger, som giver oplysning om depressioners kendetegn og om behandlingsmuligheder.

Herudover påbegynder såvel DPS som BUP-DK et arbejde med at udfærdige nationale referenceprogrammer, herunder programmer for psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter – eksempelvis angsttilstande. Arbejdet udføres med støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og sker i et samarbejde med Sekretariatet for Referenceprogrammer, som hører under Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i Sundhedsstyrelsen. Et referenceprogram er jf. Sekretariatet for Referenceprogrammets definition en systematisk beskrivelse af de elementer, som bør indgå i undersøgelse, behandling og pleje af en bestemt sygdom eller et kompleks af symptomer. Beskrivelsen sker tværfagligt, på grundlag af evidensbaseret viden, og der medtages organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser. Der er således en række initiativer i gang, som kan anvendes som fælles kliniske vejledninger og indikatorer på et nationalt plan.

Supplerende til nationale referenceprogrammer, har en række amter og enkelte hospitaler udformet kliniske vejledninger til lokalt brug.

10.2 Forslag til områder med fælles kliniske vejledninger og indikatorer

Supplerende til videre- og efteruddannelsesområdet samt supervisionsordninger er der også behov for at opnå fælles standarder for arbejdet i klinikken såvel på et fagligt som på det organisatorisk plan.

Som nævnt i kapitel 9 er der en række nationale og udenlandske initiativer, som kan tjene som inspiration. Desuden har WHO sat nogle politikker, som bør følges op herhjemme. Og endelig, som nævnt i kapitel 10.1 findes der allerede nu anerkendte vejledninger til disposition.

Det er især de faglige indfaldsvinkler og i mindre grad det organisatoriske (sundhedstjenesteforskning), som har vakt genklang i en dansk sammenhæng. Dog er der enkelte erfaringer (se kapitel 9), hvor nye strategier afprøves. Men som en overordnet strategi – indenfor psykiatrien – er shared care en nyhed. Her må man trække på udenlandske erfaringer.

Der er behov for en revidering af flere kliniske vejledninger og der er behov for problemorienterede vejledninger for læger i almen praksis(26). Andre områder, som har tværsektoriel interesse er transkulturel psykiatri og børn af psykisk syge.

Det anbefales, at der udfærdiges fælles kliniske vejledninger og indikatorer for følgende områder:

- Revidering af klinisk vejledning om diagnostik og behandling af depression i almen praksis

- Selvmordsforebyggelse
- Misbrug
- Angst
- Somatisering
- Spiseforstyrrelser
- Transkulturel psykiatri
- PTSD
- Psykisk sygdom i graviditet og efter fødsel
- Børn af psykisk syge

11. ANBEFALINGER OG FORSLAG

Anbefalinger for videre- og efteruddannelser af speciallæger i almen medicin og af speciallæger i psykiatri:

Følgende kurser anbefales:

- Kurser i videreuddannelsen til almen praksis
 - samtalebehandling med viden om basale psykoterapeutiske metoder i almen praksis
- Fælleskurser under videreuddannelsen
 - Samarbejdsstrukturer – shared care
 - Organisational viden/færdigheder i f. eks. at forstå specielle roller, relationer, ansvarsfordeling, teamudvikling og dynamik
- Efteruddannelseskurser for praktiserende læger
 - Almen psykiatri (forebyggelse, diagnostik, behandling – med udgangspunkt i alle dimensioner: biologisk, psykologisk og socialt)
 - Særlige kurser i depression og angst
 - Funktionelle lidelser/somatisering
 - Misbrug (medicin, alkohol, narkotika)
 - Spiseforstyrrelser
- Efteruddannelseskurser for praktiserende læger og speciallæger i psykiatri
 - Rationel farmakoterapi af depression og angst
 - Transkulturel psykiatri
 - PTSD
 - Patientforløb om depression, angst, somatisering, incest osv.
 - Psykoedukation af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter
 - Uddannelse i psykoterapi
 - Uddannelse i supervision

Anbefalinger for supervisionsordninger for speciallæger i almen medicin:

- De eksisterende supervisionsordninger bør koordineres og kvalitetssikres
- Der bør udvikles standarder for supervisionsordninger for speciallæger i almen medicin
- I en vis udstrækning bør supervisionsordninger være fælles for speciallæger i almen medicin og psykiatri
- Aktuelle nationale erfaringer med liaisonpsykiatriprojekter bør evalueres, implementeres og udbredes.

Anbefalinger for shared-care modeller:

Følgende shared-care modeller anbefales:

- Telefonkonsultationer: Praktiserende læger opnår mulighed for telefonrådgivning hos speciallæger i psykiatri på ugentlige fastlagte tidspunkter.
- Akutte og subakutte vurderinger af patienter hos speciallæger i psykiatri mhp. diagnostik, vurdering og behandlingsforslag samt fremtidig opfølgning
- "Konsultative" besøg i almen praksis mhp. diskussion og faglig rådgivning omkring patienter og fælles problemstillinger.

- Fælles patientforløb med konsultationer dels hos speciallæge i psykiatri med kvartårlige eller halvårlige kontakter, dels hos patientens egen læge i mellemtiden.
- Mobilteam: Et team af psykiatrisk uddannede sygeplejersker med en psykiater som konsulent. Teamet kan kontaktes af aktører i såvel primærsektoren som socialsektor.
- Brug af uddannede sygeplejersker eller socialrådgivere som rådgivere eller vejledere i almen praksis
- Styrkelse af praksiskonsulentordningen som bindeled mellem psykiatriske afdelinger og almen praksis med udarbejdelse af fælles retningslinier for kommunikation og samarbejde samt målbare kriterier for evaluering.
- Samarbejdsmodeller i lighed med TERM programmet også ved andre psykiske lidelser af ikke-psykotisk natur
- Regional etablering af et tværfagligt koordinationsudvalg med deltagelse af praktiserende læger, praktiserende psykiatere, psykologer, andre relevante faggrupper og psykiatriske afdelinger, som har til formål at udvikle samarbejdsmodeller vedrørende behandlingen af patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter

Anbefalinger for kliniske vejledninger og indikatorer:

Det anbefales, at der udfærdiges fælles kliniske vejledninger og indikatorer for følgende områder:

- Revidering af klinisk vejledning om diagnostik og behandling af depression i almen praksis
- Selvmordsforebyggelse
- Misbrug
- Angst
- Somatisering
- Spiseforstyrrelser
- Transkulturel psykiatri
- PTSD

12. REFERENCER

1. <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter4/004b3.htm> (Hjemmeside for WHO-rapport af 2001).
2. Primary Mental Health Care Australian Resource Centre & The Australian Divisions of General Practice June 2001
3. Kates N, Shared mental health care- The way ahead, May 2002, Canadian Family Physician
4. Fast-Forwarding Primary Care Mental Health. National Institute for Mental Health in England. 2002
5. Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. Dansk Psykiatrisk selskab 2001
6. Munk-Jørgensen P, Poulsen HD, Bolwig T. Forekomst af psykiske sygdomme. Psykiatri for sygeplejersker 2004.
7. Goldberg D, Huxley P. Common Mental Disorders. A Biosocial Model, London: Routledge 1992.
8. Jørgensen CR. Psykologien i senmoderniteten, Hans Reitzels Forlag 2002.
9. Nielsen JM. Alment praktiserende lægers efteruddannelse indenfor kommunikation og samtaleterapi. Ugeskr Læger 164/7;895-99
10. C.E.Maebech, Hans Kallerup og Margratha Maunsbach: DSAM vejledning: Den Motiverende samtale 1999.
11. Rasmussen PB og Bentzen K: Superviseret samtalebehandling i almen praksis. Lægeforeningens forlag. København. 1997
12. Burton J et al.: Supervision and Support in Primary Care. Radcliffe Medical Press. 2003
13. Ugeskr Læger 2002; 164:5256-61. Rubak, S.L.M, Mainz, J., Rubak, J.M.: "Shared care"- et integreret samarbejde om patientforløb på tværs af sektorgrænserne
14. Praksiskonsulentordningen i Danmark. Statusrapport. 2000. København: Praksiskonsulentordningen 2001
15. http://www.dsam.dk/strukturrapport/4_2.html (Hjemmeside for DSAM's strukturrapport)
16. www.auh.dk/cl_psych/term/TERM-DK (Hjemmeside for TERM-modellen)
17. Søgaard HJ. Praktiserende lægers vurdering af samarbejdet med lokalpsykiatrien i Vestregionen og psykiatrisk afdeling i Silkeborg. Psykiatrien i Århus Amt. Juni 2000
18. Shared Mental Health Care: Strengthening The Relationship Between Mental Health And Primary Care Providers a Document From The CPA/CFPC Working Group April 2003
19. Kates N et al.: Integrating Mental Health Services into Primary Care: Lessons Learned, Families, Systems & Health Vol.19, No1, 2001
20. Kates N et al.: Counsellors in Primary Care: Benefits and Lessons Learned, Can J Psychiatry, Vol 47, No 9, November 2002
21. Elder A, Holmes J: Mental Health in primary care 2002 Oxford University Press
22. Mynors-Wallis et al.: Shared care in mental health. Oxford University Press 2002
23. Olesen F, Jensen PB, Grinsted P, Henriksen JS. General practitioners as advisers and coordinators in hospitals. Qual Health Care 1998; 7: 42-7.
24. Cole S, Raju M, Barrett J, Gerrity M, Dietrich A. The MacArthur foundation Depression Education Program for Primary Care physicians. North Shore Health System; 1998
25. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health Behavior Change. A guide for Practitioners, 1 ed. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone; 1999

BILAG 1

Uddrag af brev fra Dansk Psykolog Forening af 14. maj 2003 (Roal Ulrichsen) (j.nr. 09.13-83), hvor arbejdsgruppen har stillet foreningen en række spørgsmål (kursiv):

”Det er ikke altid så nemt, som man umiddelbart skulle tro, at besvare statistiske spørgsmål, for forudsætningerne for svarene hører med, og er ikke altid sammenfaldende. Men jeg skal forsøge bedst muligt.”

1. *Hvor mange praktiserende psykologer er der i Danmark?*

”I Dansk Psykolog Forening er der pr. 01.01.2003 i alt 826 i sektionen for autoriserede psykologer, der er fuldtidspraktiserende. Herved forstås psykologer, der ikke har anden ansættelse af mere end 15 timers varighed ugentligt.

Organisationsprocenten er meget høj så det er tæt på det korrekte tal. Hertil kommer et antal, som falder udenfor den definerede kategori, fordi de f.eks. er uautoriserede, har et større antal timer som ansatte eller af andre årsager ikke er optaget i sektionen for privatpraktiserende.”

2. *Hvor mange klienter behandler disse pr. år?*

”En spørgeskemaundersøgelse fra 2001 fortæller, at hver autoriserede fuldtidspraktiserende i 2000 i gennemsnit har haft ca. 100 klienter.”

3. *Hvor mange af disse er henvist af praktiserende læger?*

”Af de 100 klienter er i gennemsnit 45 henvist fra praktiserende læger gennem overenskomsten med Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Tallet er kraftigt stigende.”

4. *Hvor mange psykologer er ansat i social-og sundhedsforvaltninger?*

”Pr. 01.01.2003 er der ca. 810.”

BILAG 2:

Psykoteraeutisk behandling (www.sst.dk)

En speciallæge i psykiatri skal kunne analysere forudsætningerne for behandling, planlægge behandlingen og vurdere resultatet af en given psykoteraeutisk behandling.

En speciallæge i psykiatri skal kunne gøre rede for

- (1) den historiske udvikling af den af speciallægen valgte psykoteraeutiske behandlingsmetode
- (2) basal teori vedrørende psykodynamisk-psykoanalytisk psykoteraeutisk
- (3) basal teori vedrørende adfærdsterapeutisk-kognitiv psykoteraeutisk
- (4) basal teori vedrørende systemisk psykoteraeutisk
- (5) uddybet viden om en af de 3 nævnte psykoteraeutiske behandlingsmetode

En speciallæge i psykiatri skal kunne gennemføre effektiv symptomreducerende psykoteraeutisk behandling af personer med:

- (1) affektive sindslidelser af lettere eller moderat grad
- (2) angsttilstande, obsessiv-kompulsive tilstande og spiseforstyrrelser af lettere eller moderat grad
- (3) tilpasningsreaktioner
- (4) dissociative tilstande
- (5) somatoforme tilstande
- (6) ikke organiske seksuelle funktionsforstyrrelser

En speciallæge i psykiatri skal kunne gennemføre symptomlindrende psykoteraeutisk behandling af personer med:

- (1) personlighedsforstyrrelser
- (2) forstyrrelser af personlighedsstrukturen, der giver sig udtryk i kønsidentitetsforstyrrelser, seksuelle afvigelser eller selvdestruktivitet.

En speciallæge i psykiatri skal kunne gennemføre støttende psykoteraeutisk behandling af personer med:

- (1) psykiske lidelser og adfærdsförstyrrelser som fölge af misbrug
- (2) skizofreni, skizotypisk sindslidelse og øvrige psykotiske tilstande
- (3) affektive sindslidelser af svær grad
- (4) angsttilstande, obsessiv-kompulsive tilstande og spiseförstyrrelser af svær grad
- (5) posttraumatiske stresstilstande

En i-læge skal efter afslutning af introduktionsuddannelsen:

- (1) have kendskab til de basale teorier vedrørende psykoteraeutisk
- (2) kunne henvise til psykoteraeutisk
- (3) kunne udføre psykoteraeutisk af angsttilstande, tilpasningsreaktioner, somatoforme tilstande og ikke organiske seksuelle funktionsförstyrrelser af lettere grad.