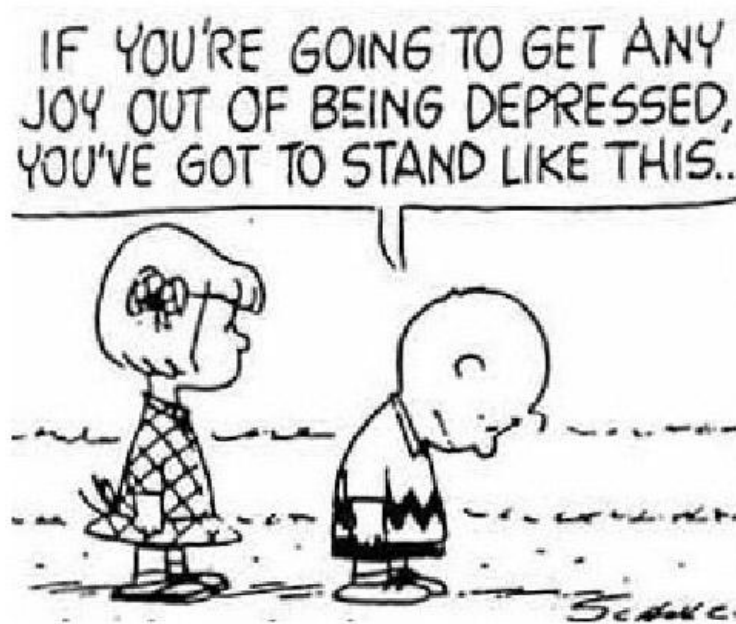


”Diagnostik og henvisning til psykologordningen af let til moderat deprimerede patienter i almen praksis.”



Læge Phuong Cao

Læge Anne-Marie Vinter

Læge Anette Byskov-Nielsen

Vejleder Kaj Sparle Christensen, lektor, ph.d.

Indholdsfortegnelse

1.0 <u>Introduktion</u>	side
1.1 Baggrund	3
1.2 Formål	4
2.0 <u>Metode</u>	
2.1 Litteratur	5
2.2 Spørgeskema	5
3.0 <u>Resultater</u>	
3.1 Respondenterne	6
3.2 "Golden standard"	8
3.3 Respondenternes faglige baggrund	10
3.4 Andel henvisninger til psykologordningen	11
3.5 Respondenternes vurdering af psykolog tilgængeligheden	13
4.0 <u>Diskussion</u>	
4.1 Sammenfatning og diskussion af resultater	14
4.2 Styrker og svagheder	16
4.3 Perspektivering	17
5.0 <u>Konklusion</u>	17
6.0 <u>Referenceliste</u> ⁽¹⁻⁷⁾	18
7.0 <u>Bilag</u> ^(a-h)	19

1. Introduktion

1.1 Baggrund

Depression er en alvorlig og livstruende sygdom. Omkring 15-25 % af alle kvinder og 7-12 % af alle mænd får en behandlingskrævende depression i løbet af livet. Punktprævalensen i Danmark er fundet at være 3,3%. Det svarer til, at der til enhver tid er omkring 125.000 voksne danskere med en klinisk depression¹. Det er vigtigt, at praktiserende læger er gode til at stille diagnosen og foranledige den rette behandling, da en overset depression kan få store personlige konsekvenser for patienten samt medføre et stort samfundsøkonomisk tab.

Siden april 2008 har de praktiserende læger haft mulighed for at henvise patienter med let til moderat depression til psykolog via psykologordningen, hvis de vurderer, at patienten vil have gavn af samtaleterapi som led i behandling af depression. Ideen til denne opgave udsprang af, der i vores tværfaglige netværk, blev hentydet til en vis overdiagnosticering og derved fejlhenvisning til psykologordningen med offentligt tilskud. Ved gennemgang af litteraturen viste en stor rapport fra 2011², at kun 33 % af de henviste faldt ind under henvisningskategorien "let til moderat depression" på tidspunktet for opstart af psykologbehandling. Dette er netop opfulgt af en rapport³ over resultaterne af webbaseret monitorering af personer, som er henvist efter henvisningskategori 10 og opstartet i psykologbehandling, som viser, at kun 23 % opfylder ICD-10 kriterierne for let til moderat depression. Hvis vurderingen baseres på en MDI sum score er henvisningskriteriet opfyldt for 50 %. Ved gennemgang af relevant international litteratur har vi fundet, at årsagen til, at der henvises for mange falsk positive, kan skyldes den lave prævalens i almen praksis⁴, hvor disse tests ikke egner sig til screening. Endvidere at praktiserende læger har svært ved at identificere de lette/milde depressioner, frem for de moderat og svære depressioner⁵.

Til diagnosticering og eventuelt efterfølgende henvisning til psykologordningen, findes Dansk selskab for almen medicins (DSAMs) kliniske vejledning "Unipolar depression- diagnostik og behandling"^a samt Sundhedsstyrelsens (SSTs) "Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog. For patienter med let til moderat depression og angst"^b.

Rapporten fra 2011² viste endvidere, at 83 % af de responderende praktiserende læger tilbyder samtaleterapi, men i en nyere rapport fra 2015³ ses, at henvisninger er steget kraftigt efter indførelsen af psykologordningen, samtidig med at ydelse 6101 (samtaleterapi) i almen praksis er faldende. Tillige ser man, af en rapport fra 2007⁶, at disse patienter opleves af de praktiserende læger som værende de mest tidskrævende og sværest at hjælpe.

1.2 Formål

Formålet med vores opgave er at undersøge, om lægerne i almen praksis følger vejledning og retningslinje for både diagnostik og henvisning til psykologordningen. Om de tilkendegiver at kende og bruge disse, samt ved diagnostik om de benytter henholdsvis klinisk skøn og psykometrisk test, hvor MDI, som indeholder ICD -10 kriterierne, betragtes som "Golden standard".

Hypotesen er således, at de "forkerte diagnoser og henvisninger" kunne skyldes, at alment praktiserende læger udelukkende bruger deres kliniske vurdering, fordi de ikke har kendskab til eller gør brug af de kliniske vejledninger/retningslinjer. Endvidere om dette kan være afhængigt af anciennitet.

Formålet med opgaven er tillige at undersøge, om der i de 4 dele af Region Midt er forskel på henvisningsraten, og om dette skyldes tilgængeligheden af psykologer eller intraregionelle forskelle i efteruddannelse/ mulighed for supervision.

Hypotesen er, at der henvises flere i de områder hvor psykologtilgængeligheden er god. Derimod forventes de områder, hvor tilgængeligheden er dårlig, at der her udføres flere samtaler i almen praksis (graden af efteruddannelse er høj), samt at flere deltager i supervisionsgrupper. Endvidere at de læger med høj anciennitet henviser færre grundet større erfaring med samtaler og mere efteruddannelse.

2.0 Metode

2.1 Litteratur

Via Morten Bondo Christensen, underviser på klinisk forskningstrænings-kurset, fik vi viden om en eksisterende rapport, lavet af bl.a. Kaj Sparle Christensen², som vi fandt via Google ved at søge på "Kaj Sparle", "rapport", "psykolog" og "depression". Med rapporten som udgangspunkt har vi orienteret os i litteraturen, primært via kædesøgninger. Vi har fundet alle artikler på Pubmed ved at søge direkte på artiklernes overskrift. Hovedparten af artiklerne er meta-studier, der sammenfatter og vurderer kvaliteten af eksisterende litteraturstudier. Desuden har vi orienteret os i de danske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen^b samt DSAMs kliniske vejledning for unipolar depression^a.

2.2. Spørgeskema.

Vi har udarbejdet et spørgeskema i håbet om at belyse, hvorvidt læger i almen praksis kender og bruger DSAMs vejledning og opfylder henvisningskriterierne beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog".

Spørgeskemaet^c er på 2 sider. Det besvares anonymt og er en blanding af stratificerende og direkte ja/nej spørgsmål.

På side 1 spørges ind til lægens anciennitet, postnummer, kendskab til kliniske vejledninger og kendskab til faglige retningslinjer- og om de bruges.

På side 2 spørges ind til hvilke psykometriske test der bruges, hvor stor en andel de henviser til psykolog samt den selvvalgte tilgængelighed til psykolog i det specifikke optageområde.

Spørgeskemaet er sendt som brev via Post Danmark indeholdende en frankeret returkuvert med en besvarelsesfrist på 14 dage.

Via kontakt til Region Midt Praksisadministration har vi modtaget en komplet nummereret liste med adresser på alle læger/lægehuse inddelt efter kommuner i hele Region Midtjylland. I alt 398 adresser. Fra listen har vi valgt at invitere de læger/lægehuse med lige numre, for på denne måde at være sikre på, spørgeskemaerne kom ud til hele regionen – i alt 197 læger har modtaget et brev. De lægeklinikker med flere læger tilknyttet samme adresse har kun fået tilsendt et spørgeskema.

Et antal på 11 stk. er uddelt direkte i vores egne fase 2 praksisser.

Forskningsenheden for Almen Medicin har været så venlige at betale omkostningerne til papir, kuverter samt frimærker.

3. Resultater

3.1 Respondenterne

Vi sendte i alt 208 spørgeskemaer ud med frankerede svarkuverter og en besvarelsesfrist på ca. 14 dage.

Vi modtog i alt 123 spørgeskemaer retur, dermed en responsrate på 59,1 %.

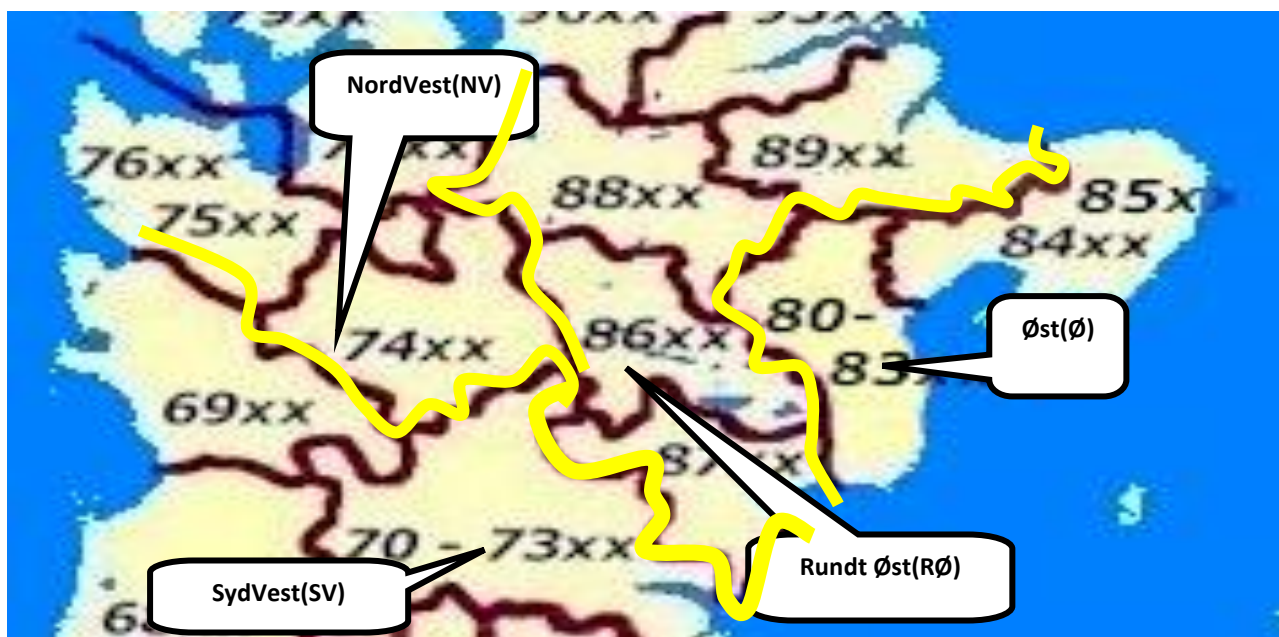
Vi måtte kassere 6 spørgeskemaer, da respondenterne ikke havde udfyldt postnumre. De øvrige 117 (56,3 %) spørgeskemaer var udfyldt til fulde og kunne inkluderes i undersøgelsen.

Spørgeskemaerne er optalt og analyseret manuelt med systematisk kontroltælling af samtlige resultater. Til analyse af resultaterne blev respondenterne delt i grupper efter hhv. anciennitet^d og postnumre^e.

Region Midt - 4 områder

I spørgeskemaerne blev respondenterne bedt udfylde deres postnumre. Ud fra dette har vi opdelt dem i 4 områder, da dette indgår i vores tolkning af resultaterne vedrørende psykologdækning, og andel henviste patienter til psykologordningen i Region Midt.

Figur 1



6880-7361: Sydvest

7400-7850: Nordvest

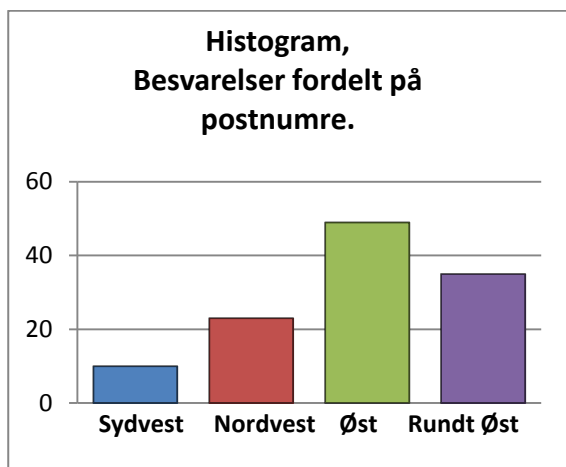
8000-8581: Øst

8600-8950: Rundt Øst

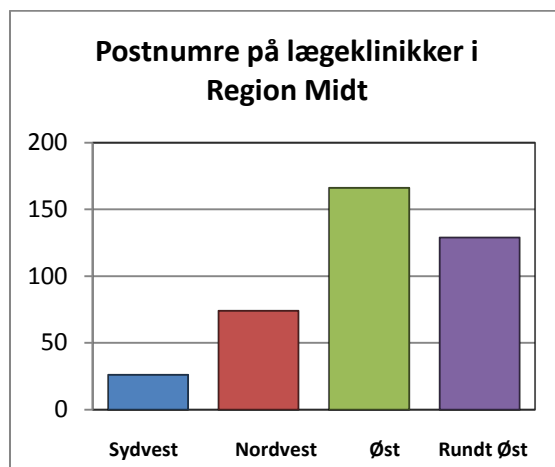
Nedenstående histogram (fig. 2) viser respondenterne fordelt på postnumre. Til sammenligning er der fremstillet et histogram over lægeklinikker fordelt på postnumre i Region Midt.

(6800-7399: Sydvest, 7399-7998: Nordvest, 7998-8597: Øst og 8597-9196: Rundt Øst) (fig. 3)

Figur 2



Figur 3

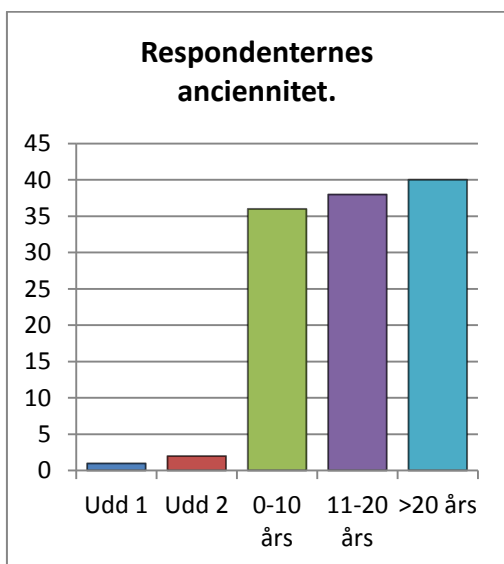


Af histogrammerne fremgår det, at fordelingen af respondenterne svarer til fordelingen af lægeklinikker i Region Midt.

Anciennitet

Udd. 1, er læger i klinisk basisuddannelse, introduktionsstilling og fase 1. Mens Udd. 2 er læger i henholdsvis fase 2 og 3.

Figur 4

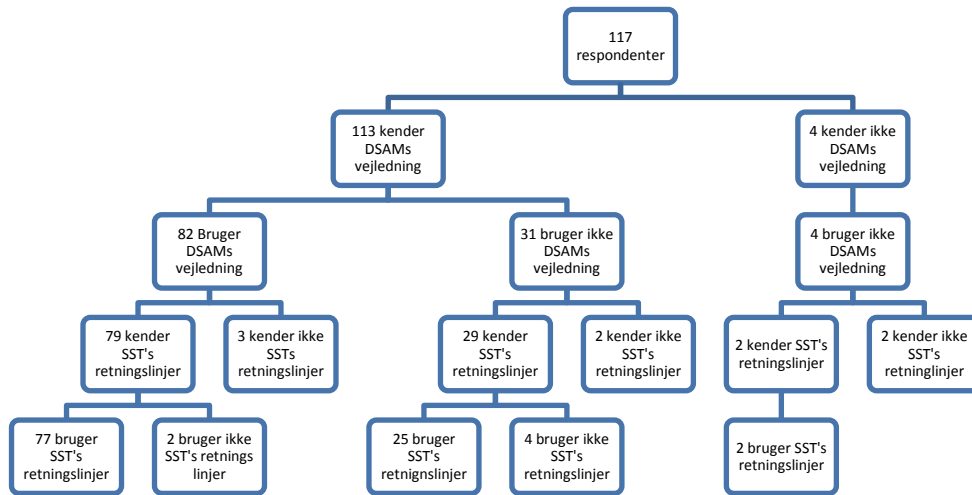


Af figuren ses at respondenterne langt overvejende er speciallæger, og at de 3 anciennitetsgrupper er forholdsvis lige store.

3.2 "Golden standard"

Ud fra vores spørgeskema er det muligt at finde de læger, som i deres kliniske arbejde kender og bruger både DSAMs kliniske vejledning og SSTs retningslinjer, samt angiver at bruge MDI og klinisk skøn ved diagnosticering af let til moderat depression. Som tidligere nævnt har vi valgt at kalde denne metode "Golden standard".

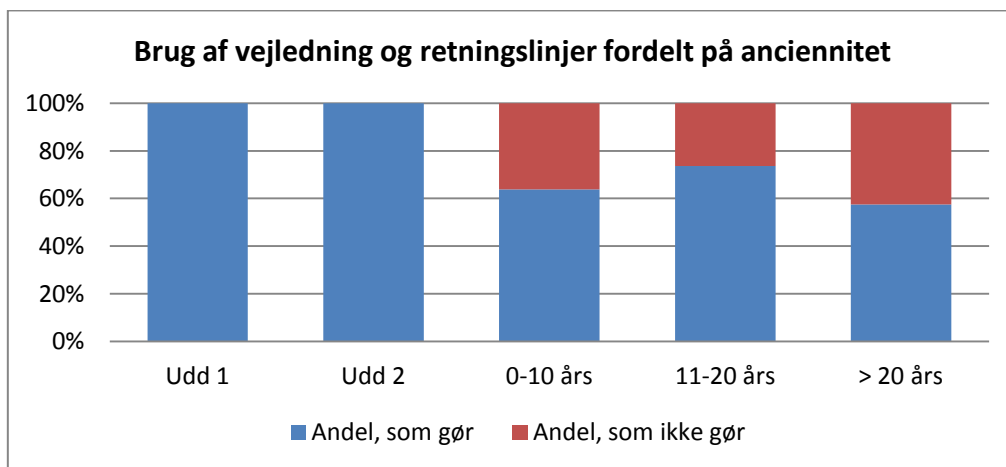
Af flowdiagrammet fremgår hvor mange af vores respondenter som hhv. kender og bruger vejledningerne.



Af de 82 respondenter som kender og bruger DSAMs vejledning, er der 77 (65,8 %) af alle respondenter som tillige kender og bruger SSTs retningslinjer ved henvisning af patienterne til psykolog. Se bilag ^f for flowdiagram udelukkende på kendskab og brug af STTs vejledning.

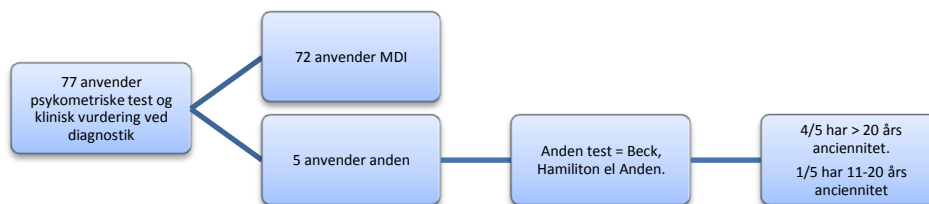
De 65,8 % fordeler sig således i henhold til anciennitet.

Figur 5



Alle anvender både klinisk skøn og psykometrisk test i deres kliniske arbejde ved diagnosticering af let til moderat depression - ikke alle angiver at bruge MDI.

Figur 6



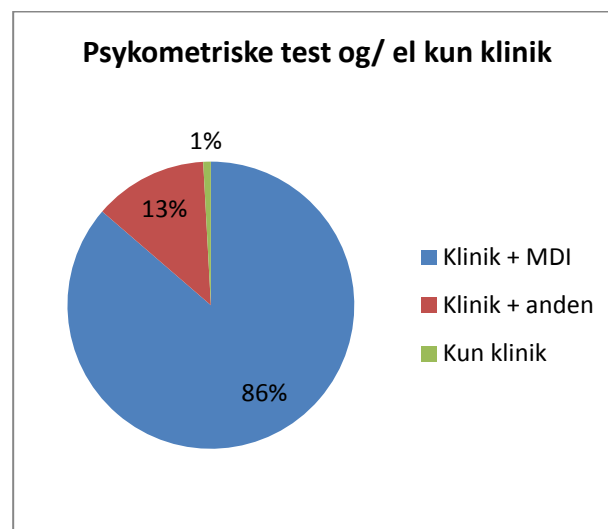
Af de 5 respondenter, som ikke bruger MDI men anden test, ses at det er de ældre speciallæger med anciennitet over 20 år, som anvender anden test.

72 ud af 117 respondenter (61,5 %) lever således op til vores "Golden standard".

Til trods for der kun er 47,5 % (19/40^d) af de med anciennitet over 20 år, som følger "Golden standard", mod henholdsvis 63,9 % (23/36^d) og 71 % (27/38^d) i de to andre anciennitetsgrupper, er der ikke statistisk signifikant forskel på speciallægenes brug heraf, $p=0,55$ (Pearson Chi 2 test).

Hvis vi udelukkende ser på, hvordan vores 117 respondenter stiller diagnosen, uden at kigge på deres kendskab til vejledning og retningslinje eller deres anciennitet, da stilles diagnosen let til moderat depression som vist i fig. 7.

Figur 7



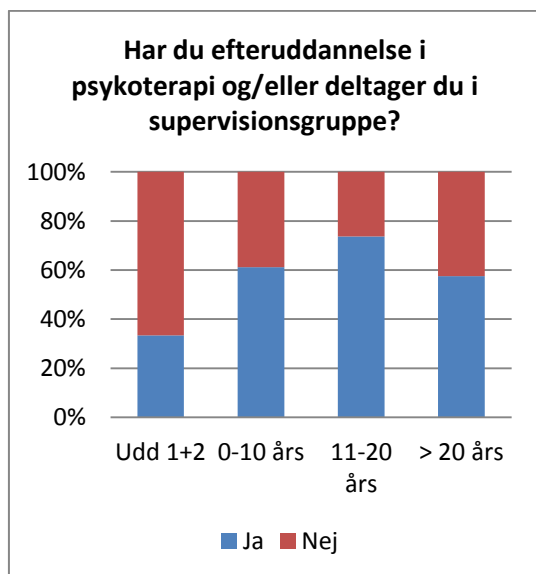
3.3 Respondenternes faglige baggrund

Vi har spurgt respondenterne til deres efteruddannelse i psykoterapi, samt om de deltager i supervisionsgrupper.

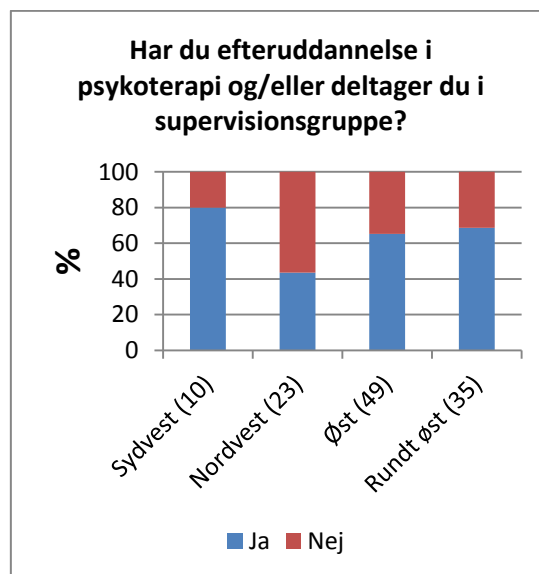
74^g respondenter (63,3 %) har efteruddannelse eller deltager i supervisionsgruppe.

De fordeler sig således på henholdsvis anciennitet (fig. 8) og område af Region Midt(fig. 9).

Figur 8



Figur 9



I Nordvest er der kun 43,5 % som har efteruddannelse og/eller deltager i supervision.

Ad bilag ^h fremgår følgende

- 18,8 % af vores respondenter deltager i supervisionsgruppe og har en efteruddannelse i psykoterapi.
- 29,9 % af vores respondenter går udelukkende i supervisionsgruppe.
- 14,5 % af vores respondenter har udelukkende en efteruddannelse i psykoterapi.

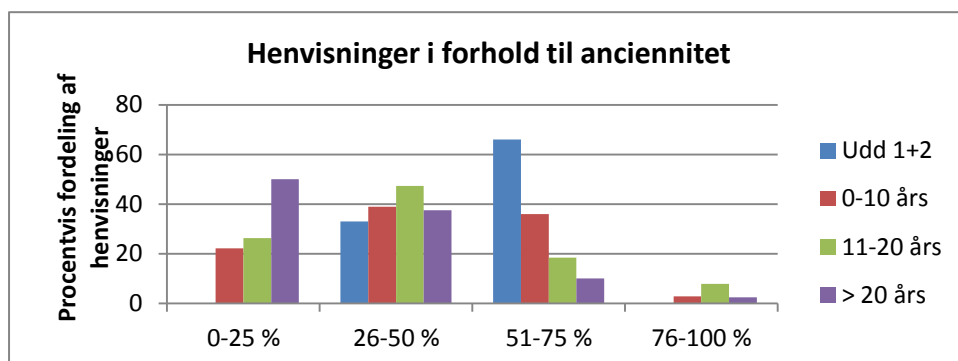
De efteruddannede/supervisionsdeltagelse ^{g+h}.

For de 63,3 %, som har en form for efteruddannelse eller deltager i supervisionsgruppe, viser det sig, at 29,7 % (22/74) har både efteruddannelse og forsat deltager i supervision. I gruppen (11-20 års anciennitet) er det 23,7 % (9/38) af samtlige respondenter.

3.4 Andel henvisninger til psykologordningen

Figur 10 viser hvorledes de forskellige anciennitetsgrupper henviser til psykolog.

Figur 10



Henvisninger ift anc.	Udd 1+2	0-10 års anc	11-20 års anc	>20 års anc
0-50 %	33%	61,1%	73,7%	87,5%
>50 %	66%	38,9%	26,3%	12,5%

Krydstabuleres antal henvisninger med respondenternes grad af efteruddannelse (inklusive deltagelse i supervision) fordeler det sig således:

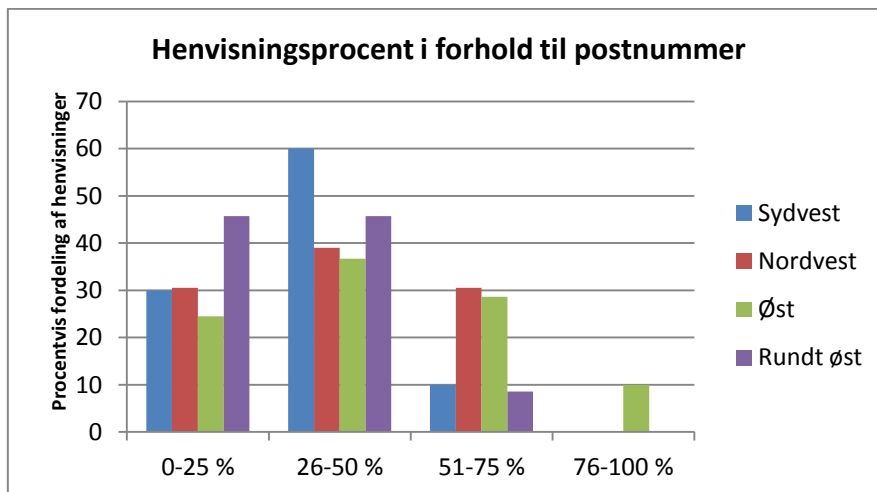
Efteruddannelse	Ja	Nej	I alt
Andel henviste			
0-25 %	21	17	38
26-50 %	35	13	48
51-75 %	16	10	26
76-100 %	2	3	5
I alt	74	43	117

24,3 % (18/74) af dem med efteruddannelse/supervision henviser mere end halvdelen af deres patienter til psykolog sammenholdt med 30,2 % (13/43) i den gruppe uden efteruddannelse/supervision. $p=0.49$, således ikke statistisk signifikant (Pearson Chi 2 test).

Der er ingen signifikant forskel på de 4 grupper, $p= 0,24$ (Pearson Chi 2 test), men nøjes vi med at se på dem, som henviser færrest, er der en trend i retning af, at dem med efteruddannelse/supervision tilhører den gruppe, $p= 0,09$ (Pearson Chi 2 test).

Figur 11 viser hvorledes henvisningsprocenten fordeler sig i forhold til respondenternes postnumre/hvor i regionen de driver klinik.

Figur 11

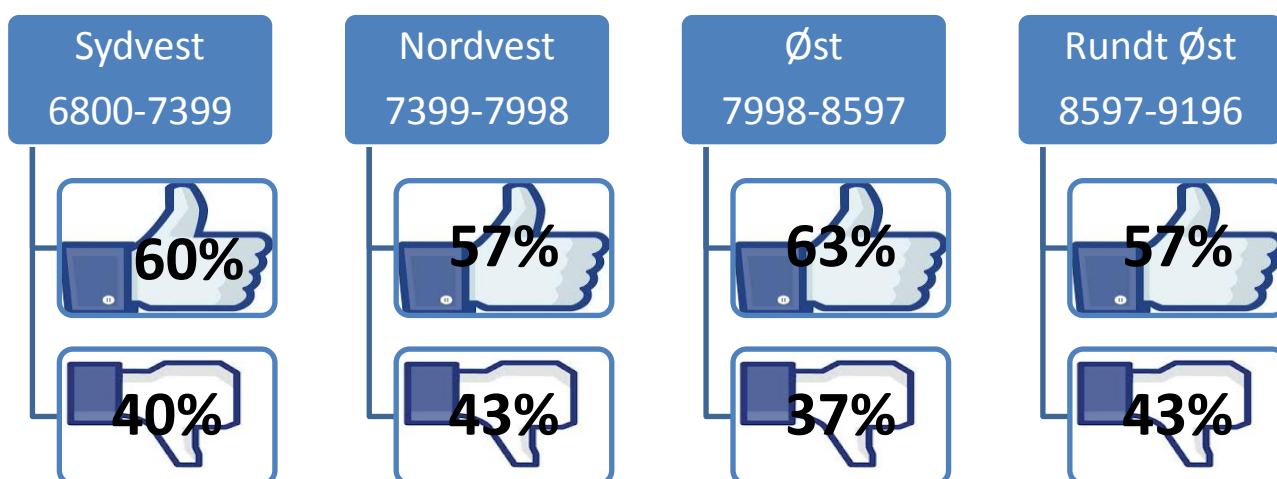


Det bemærkes, at alle de respondenter, der henviser 76-100 % af deres patienter med diagnosen let til moderat depression, er praktiserende i Øst, jvf. 3.5.

3.5 Respondenternes vurdering af psykologtilgængeligheden

Figur 12 viser hvorledes respondenterne i de 4 områder af Region Midt vurderer psykologtilgængeligheden i deres område, skelnet mellem god (thumbs up) eller dårlig/ved ikke (thumbs down).

Figur 12



Der er 59,8 % respondenter som synes, at psykologtilgængeligheden i deres område er god. 40,2 % finder den dårlig/ved ikke.

Lavest er vurderingen i området NV og RØ, hvor 43,5 % finder tilgængeligheden dårlig/ved ikke.

63,3 % i området Øst finder psykologtilgængeligheden god.

90 % af respondenterne i området SV henviser 0- 50 % af deres "Let til moderat depressive" patienter^e, og 60 % vurderer at der er god psykologtilgængelighed i området. De er overvejende selv efteruddannede og/eller deltagende i supervision.

69,5 % i området NV henviser 0- 50 %^e af deres "Let til moderat depressive" patienter, hvor 56,5 % vurderer, at der er god psykologtilgængelighed i området. De er de dårligst efteruddannede/ ikke-deltagende i supervision.

10 % af respondenterne i området Øst henviser 76-100 % af deres let til moderat depressive patienter. Det er det eneste område i undersøgelsen, hvor respondenterne angiver at henvise så stor en gruppe af deres patienter i denne kategori. 63 % vurderer, at der er god psykologtilgængelighed i området. De er efteruddannede/deltagende i supervision på niveau med kollegerne i RØ.

I området RØ angiver 91,4 %^e af respondenterne at henvise 0- 50 % af deres let til moderat depressive patienter, og 57 % vurderer, at der er god psykologtilgængelighed i området. 68,6 % af dem er efteruddannede.

4.0 Diskussion

4.1 Sammenfatning og diskussion af resultater

Respondenternes fordeling i Region Midt er svarende til klinikkernes fordeling i regionen (figur 2+3). Speciallægerne er fordelt på 3 lige store grupper, og derfor vurderer vi, at resultaterne i undersøgelsen er sammenlignelige grupperne imellem.

Deres svar viser som følger:

- 61,5 % lever op til "Golden standard".
 - 57,5 % af lægerne med mere end 20 års anciennitet kender og bruger både DSAMs vejledning og SSTs kriterier. Af disse er der 82,6 %, der anvender MDI^d.
 - Til sammenligning er der 100 % i gruppen 0-10 års anciennitet, som kender og bruger vejledning og retningslinje, der anvender MDI^d.
- 63,25 % har efteruddannelse og/ eller deltager i supervisionsgruppe^e.
 - Dårligst i NV, hvor 43,5 % har efteruddannelse og /eller deltager i supervisionsgruppe (fig. 9).
 - Af de efteruddannede/supervisionsdeltagende kollegaer henviser 24 % mere end 50 % af deres let til moderat depressive patienter. Af læger uden efteruddannelse/supervision henviser 30 % mere end halvdelen af deres patienter.
 - Efteruddannede/superviserede læger har trend i retning af at henvise færre patienter.
 - Læger med over 20 års anciennitet henviser færrest af deres let til moderat depressive patienter.
 - 38,9 % af læger med 0-10 års anciennitet henviser mere end halvdelen af deres patienter, hvilket er den største gruppe af speciallæger, der henviser så stor en andel.

Læger med 11-20 års anciennitet er den gruppe, der er bedst efteruddannede/superviserede (74 %^e), samtidig med er de også den største gruppe, som lever bedst op til "Golden standard"(71 %^d). Kun 26,3 % af dem henviser mere end halvdelen af deres patienter (fig 10).
- 59,8 % af respondenterne finder psykologtilgængeligheden god.
 - I Øst vurderes psykologtilgængeligheden bedst, og her henviser 38,8 % af alle lægerne mere end halvdelen af deres patienter^e.
 - I NV, hvor man er dårligst efteruddannet/superviseret henviser 30 % af lægerne mere end halvdelen af deres patienter^e.
 - I RØ er man bedst efteruddannet/superviseret, og her henviser kun 8,6 % af lægerne mere end halvdelen af deres patienter^e.
 - RØ og NV vurderer psykologtilgængeligheden ens.

Vi har i vores opgave arbejdet med en selvdefineret "Golden standard", som vi i gruppen mener er den bedste måde, hvorpå man korrekt diagnosticerer patienter med let til moderat depression.

Denne indebærer kendskab og brug af både SSTs kriterier og DSAMs vejledning samt anvendelse af MDI-skema og klinisk skøn. Man kan kun følge SSTs kriterier korrekt, hvis man samtidig også bruger DSAMs vejledning til bl.a. somatisk differentialdiagnostisk udredning. Vi mener ikke, det er nok kun at bruge ICD-10 kriterierne, da de ikke er fyldestgørende nok til at vurdere sværhedsgraden af en depression. Man kan anvende flere anerkendte diagnostiske tests, men vi mener, MDI-skemaet er det bedste, da det både giver mulighed for en mere nuanceret diagnosticering i henhold til ICD-10 kriterierne og mulighed for at vurdere og monitorere sværhedsgraden af depressionen. Det er samtidig en tidsbesparende undersøgelse, da det er patienten selv, der scorer de forskellige symptomer. Ved udelukkende monitorering er HAM-D17 en mere præcis og detaljeret test, men også væsentlig mere tidskrævende da det er lægen der vurderer og scorer symptomerne.

Over 60 % lever op til vores "Golden standard", hvilket burde give 60 % korrekt diagnosticerede patienter på henvisningstidspunktet og ikke kun 23 %³. Dette kan måske tyde på, at de praktiserende læger alligevel ikke følger "Golden standard" til fulde. At de ikke tolker vejledningen og retningslinjen ens, dvs ikke er undervist i brug af disse. Deres motivation for henvisninger kan være betinget af andre faktorer, såsom patienternes forhold vedrørende f.eks. økonomi, motivation, netværk eller egenomsorg. De praktiserende læger kan også føle sig mere pressede til at henvise på patientens opfordring, selv om patienten ikke opfylder kriterierne.

En anden forklarende årsag kan være fejldiagnosticering/fejltolkning af MDI, hvor der kun lægges vægt på sum score og ikke ICD-10 kriterierne, således der bliver en overdiagnosticering. Derudover er det differentialdiagnostisk svært at skelne depression fra f.eks. en akut belastningsreaktion eller stress.

Ingen af vores resultater har vist nogen statistisk signifikans, men det tyder på, at lægerne med mere end 20 års anciennitet er den gruppe, hvor færrest anvender MDI^d. De henviser færre på trods af samme grad af efteruddannelse og/eller supervision, som den gruppe af læger med 0-10 års anciennitet. En af forklaringerne kan være, at de vægter deres mavefornemmelse højere. Psykologordningen er relativ ny, hvorfor de ikke har været vant til at henvise og i stedet behandlede patienterne selv, hvilket de måske fortsat gør. Modsat henviser læger med 0-10 års anciennitet flere til psykologordningen, da det næsten altid har været en behandlingsmulighed for dem. En anden årsag kan også være manglende erfaring og usikkerhed med diagnosticeringen, som derved øger tendensen til at henvise.

En stor del af lægerne er efteruddannede/i supervisionsgrupper og dette mest i Øst. Dette kan skyldes en større tilgængelighed for efteruddannelse, hvor kurser oftere er placerede i Silkeborg og Aarhus.

Trods ingen signifikans kan man i undersøgelsen se, at det tenderer mod vurderingen af god psykologtilgængelighed giver en høj henvisningsrate. Det ser ud til, at psykologtilgængeligheden pr. indbygger er størst i Øst i forhold til Vest⁷.

4.2 Styrker og svagheder

Spørgeskemaundersøgelsen er et tværsnitsstudie og har dermed karakter af at være beskrivende. En ulempe ved tværsnitsstudier er risikoen for selektionsbias, som opstår hvis forskelle i besvarelser fra respondenter afviger fra besvarelser fra ikke-respondenter og giver anledning til systematiske fejl.

Til trods for anonymitet og frankerede svarkuverter var der et frafald på omkring 44 %, hvilket åbner muligheden for, at de personer, der ikke indgik i undersøgelsen, ville have svaret anderledes og dermed ændret udfaldet, f.eks. efteruddannelsesniveaue og psykologtilgængeligheden i SV. Måske har nogle læger undladt at svare på grund af et manglende kendskab til de retningslinjer, vi har undersøgt.

Alle data er dobbelt indkodet af den samme person.

Vi havde tilstræbt en population på cirka 200 læger. Den faktiske studiepopulation er 117. Den konkrete målpopulation er almen praktiserende læger i Region Midt. Den eksterne målpopulation er almen praktiserende læger i Danmark. Undersøgelsens eksterne validitet er til stede, da resultaterne må antages at være repræsentative og generaliserende.

Den interne validitet kan derimod være truet af informationsbias. Respondenterne kan have følt sig pressede til at svare det, der er det mest socialt acceptable ifølge "golden standard" ("social desirability bias"). Der kan også være tale om recallbias, da man måske ikke kan huske, hvor stor en del af sine let-moderate depressive patienter, man henviser til psykolog. Endvidere kan den interne validitet også være truet af confounding. Dette kan være i forbindelse med diagnosticering af let til moderat depression, hvor det kan være svært at differentiere fra andre tilstande som bl.a. akut belastningsreaktion, angst eller hypothyreose, da symptombilledet er meget lig hinanden.

Det anvendte spørgeskema er ikke valideret. Det blev lavet og sendt ud som det allerførste i selve opgaveprocessen. Vi har ikke opdaget egentlige fejl i spørgeskemaet men har efterfølgende flere gange tænkt, udformningen kunne have været mere målrettet vores hypotese, og at nogle spørgsmål skulle have været mere præciserende. Det ville f.eks. have været yderst interessant at vide, hvorvidt de praktiserende læger bruger MDI sum score i diagnosticering af depression. Bl.a. vedrørende spørgsmålet om vurderet psykologtilgængelighed kan det diskuteres, hvorledes man fortolker ordet "tilgængelighed". Nogle vil forstå det som "ventetiden", andre opfatter det som "det faktiske antal af psykologer". Derudover har vi heller ikke givet respondenterne mulighed for udelukkende at angive brug af psykometrisk test som en del af diagnosticeringen.

Undersøgelsens population er lille, hvilket giver mulighed for, at studiet har lav statistisk styrke, og at estimerne kan være behæftede med en vis usikkerhed.

4.3 Perspektivering

Vi kan kun gisne om, hvordan undersøgelsen ville have set ud, hvis vi i spørgeskemaet havde spurgt ind til brugen af sum score ved henvisning til psykolog. I spørgeskemaundersøgelsen angiver 61,5 % at følge "Golden standard", men jf. Sparle et al³, kan man få en mistanke om, at de ikke bruger vejledningen og kriterierne korrekt. Rapporten viser, at hvis henvisningskriteriet i stedet er baseret på MDI sum score, er henvisningskriteriet opfyldt for 50 % af patienterne.

I takt med at vi henviser flere til psykolog, og antallet af 6101-ydelser er faldet, bør man sætte fokus på efteruddannelse indenfor psykiatria minor, eftersom der er læring i vedligeholdelse af sine evner indenfor psykoterapi og korrekt diagnosticering.

Man kan også stille flere krav på selve henvisningen, således de kan risikere at blive afvist. Lægen vil på den måde blive gjort opmærksom på mangler/uopfyldte kriterier i henvisningen.

5.0 Konklusion

Efter analyse af spørgeskemaerne udsendt til vores kollegaer i Region Midt, har vi fundet, at 61,5 % anvender "Golden Standard", i det de henviser til psykologordningen med baggrund i kendskab og anvendelse af DSAMs vejledning og SSTs retningslinjer. 61,5 % anvender både klinisk skøn og MDI til diagnostik, men det står os uvist, om de benytter sum score til diagnosticering. Vi fandt, at færrest af de kollegaer med lang anciennitet lever op til dette. Dog ingen signifikant forskel mellem anciennitetsgrupperne.

Vi fandt ingen signifikant forskel i andel henviste patienter med let til moderat depression mellem respondenterne, men undersøgelsen tyder på, at læger med anciennitet over 20 år henviser færre.

Hos de kollegaer som har efteruddannelse i psykoterapi og/eller er i supervisorsgruppe, fandtes en trend i retning af at de henviser færre, end de som ikke har efteruddannelse/er i supervision.

Læger med 11-20 års anciennitet er den gruppe, der er bedst efteruddannet/superviseret, samtidig med er de også den gruppe, som lever bedst op til "Golden standard".

I Øst, hvor psykologtilgængeligheden vurderes bedst, henvises flere patienter til psykologordningen, dette dog ikke signifikant flere end i Nordvest, hvor tilgængeligheden vurderes dårligst.

Tak til vejleder Kaj Sparle Christensen for vejledning med blandt andet statistiske beregninger.

6.0 Referenceliste

- 1) www.sundhed.dk
- 2) Christensen KS, Fjeldsted R. "Evaluering for ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression". Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, 2011
- 3) Christensen KS et al. "Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling". Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, 2015
- 4) Mitchell et al. "Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis". Lancet 2009
- 5) Mitchell et al. "Can general practitioners identify people with distress and mild depression?". Journal of Affective Disorders, 2013
- 6) Christensen KS, Fjeldsted R. "Evaluering af forsøgsprojekter vedrørende psykologbehandling af personer med lette til moderat svære depressioner i Fyns og Århus Amter". Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, 2007
- 7) www.rm.dk/api/ESDHBlock/DownloadFile?blockId=331468&agendald=17917&appendixId=99981, side 13

7.0 Bilag

a) Klinisk vejledning for almen praksis. Unipolar depression. Diagnostik og behandling. DSAM, 2010.
(http://www.dsam.dk/files/9/depression_med_links.pdf)

b) "Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog. For patienter med let til moderat depression og angst."
Sundhedsstyrelsen, 2012.(<http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/07juli/HenvisnPsykologv3.pdf>)

c) Spørgeskema

Herning den 23.2.2015

Kære kolleger.

I forbindelse med uddannelsen til speciallæge i almen medicin, skal vi i fase 2 lave et forskningstræningprojekt.

Vores opgave går ud på at afdække, hvordan praktiserende læger stiller diagnosen "Let til moderat depression" før henvisning til psykologordningen.

Vi beder derfor om jeres hjælp med dette spørgeskema. Returner venligst i medsendte svarkuvert.

Hvem er du?	Sæt kryds
Uddannelseslæge (KBU, Intro eller fase 1)	
Uddannelseslæge (fase 2-3)	
Speciallæge med 0-10 års anciennitet	
Speciallæge med 11-20 års anciennitet	
Speciallæge med >20 anciennitet	

Angiv venligst dit postnummer	Postnr.

	Ja	Nej
Jeg har efteruddannelse i psykoterapi?		
Jeg deltager i en supervisionsgruppe?		

DSAMs kliniske vejledning: "Unipolar depression. Diagnostik og behandling" (2010)	Ja	Nej
Har du kendskab til ovennævnte vejledning?		
Bruger du ovennævnte vejledning?		

FAGLIGE RETNINGSLINJER FOR HENVISNING TIL PSYKOLOG For patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst (SST 2012)	Ja	Nej
Har du kendskab til ovennævnte retningslinjer?		
Bruger du ovennævnte retningslinjer ved henvisning til psykolog?		

Til at stille diagnosen "Let til moderat depression", hvad bruger du overvejende?	Ja	Nej
Anvender kun klinisk vurdering.		
Psykometriske test og klinisk vurdering.		

Hvis du bruger psykometriske test, hvilke bruger du da?	Ja	Nej
MDI		
Hamiltons (HAMD)		
Becks (BDI)		
Anden		

Hvor stor en andel af dine patienter med diagnosen "Let til moderat depression", henviser du til psykologordningen?	Sæt kryds
0-25 %	
26-50 %	
51-75 %	
76-100 %	

Hvordan vurderer du tilgængeligheden til psykologer i dit område?	Sæt kryds
God	
Dårlig	
Ved ikke	

Med venlig hilsen

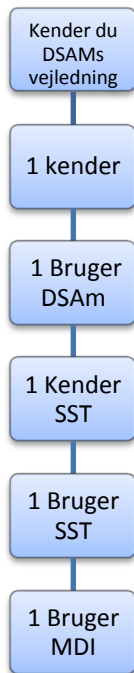
Lægerne

Anne-Marie Vinter, Phuong Cao & Anette Byskov-Nielsen

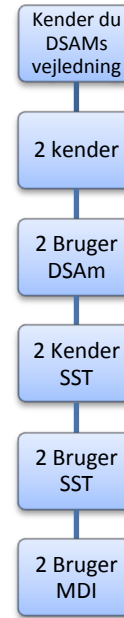
Svar udbedes senest den 12.3.2015

d)

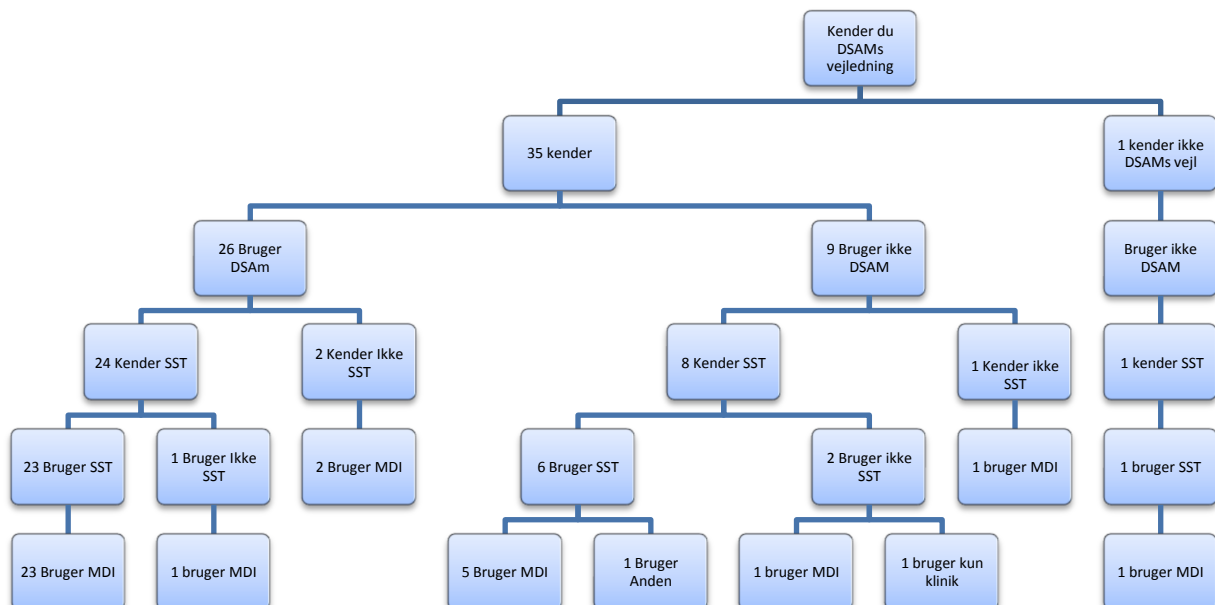
Udd.1 (1 respondent)



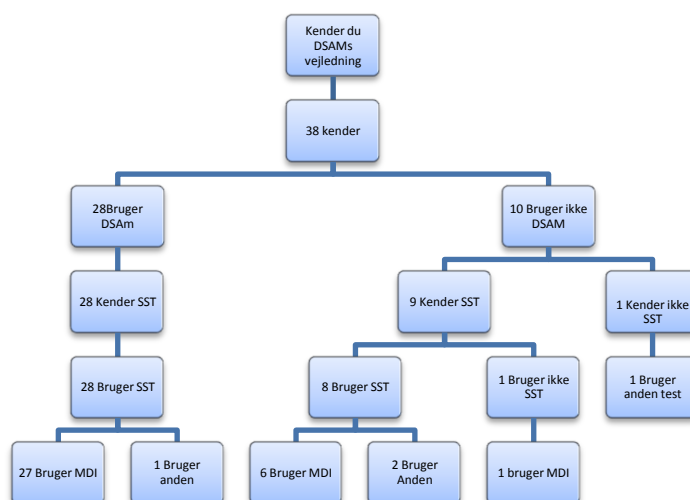
Udd. 2 (2 respondenter)



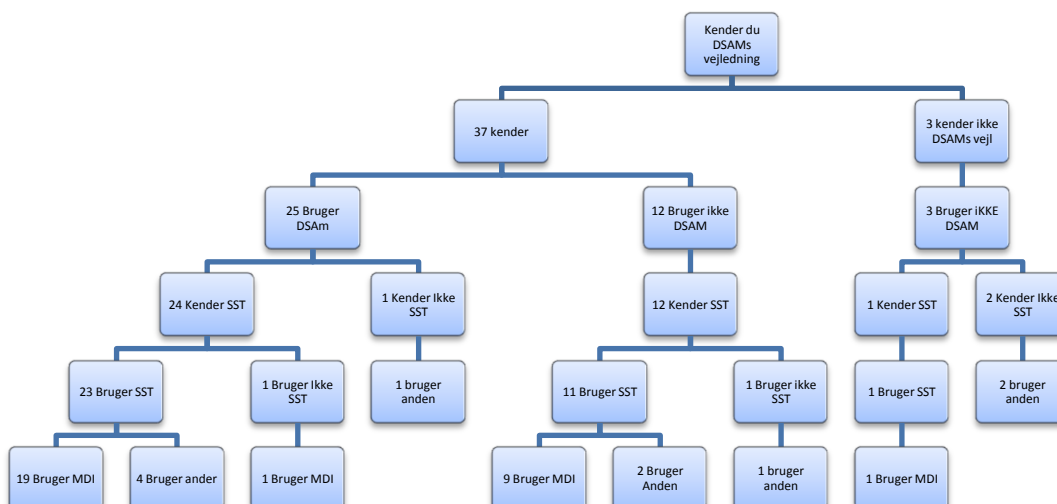
0-10 års anciennitet (36 respondenter)



11-20 års anciennitet (38 respondenter)



>20 års anciennitet (40 respondenter)



Kender og bruger DSAMs vejledning fordelt på anciennitet.

Hvis respondenten kender DSAM's vejledning, bruges den da?	Ja		Nej		I alt
Udd. 1	1	(100 %)	0	(0%)	1
Udd. 2	2	(100 %)	0	(0%)	2
0-10 års	26	(74,3%)	9	(25,7%)	35
11-20 års	28	(73,7%)	10	(26,3%)	38
>20 års	25	(67,6%)	12	(32,4%)	37
Total	82		31		113

Der er 67,6 % af de med anciennitet over 20 år, som vælger at bruger DSAMs vejledning, sammenlignet med hhv 74,3 % og 73,7 % af de med anciennitet mindre eller lig med 20 år. Ingen statistisk signifikant forskel, $p=0,4$.

e)

Postnumre: 6800-7399 Sydvest

Antal: 10 respondenter.

Psykologdækningen	Efteruddannelse/supervision	Øvrige	I alt (%)
God	6 ¹	0 ³	60 %
Dårlig/ Ved ikke	2 ²	2 ⁴	40 %
			100 %

*Nr refererer til følgende gruppeinddeling.

Antal henvisninger	Gr. 1	Gr.2	Gr. 3	Gr. 4	I alt (%)
0-25 %	2	0		1	30 %
26-50 %	3	2		1	60 %
51-75 %	1	0		0	10 %
76-100 %	0	0		0	
Total					100 %

Postnumre: 7399- 7998 Nordvest

Antal: 23

Psykologdækningen	Efteruddannelse/supervision	Øvrige	I alt (%)
God	6 ¹	7 ³	56,5 %
Dårlig/ Ved ikke	4 ²	6 ⁴	43,5 %
			100 %

*Nr refererer til følgende gruppeinddeling.

Antal henvisninger	Gr. 1	Gr.2	Gr. 3	Gr. 4	I alt (%)
0-25 %	2	2	2	1	30,43 %
26-50 %	2	2	4	1	39,00 %
51-75 %	2	0	1	4	30,43 %
76-100 %	0	0	0	0	0 %
Total					100 %

Postnumre: 7998-8597 Øst

Antal: 49

Psykologdækningen	Efteruddannelse/supervision	Øvrige	I alt (%)
God	21 ¹	10 ³	63,27 %
Dårlig/ Ved ikke	11 ²	7 ⁴	36,73 %
			100 %

*Nr refererer til følgende gruppeinddeling.

Antal henvisninger	Gr. 1	Gr.2	Gr. 3	Gr. 4	I alt (%)
0-25 %	5	0	5	2	24,49 %
26-50 %	7	7	3	1	36,73 %
51-75 %	7	4	0	3	28,57 %
76-100 %	2	0	2	1	10,00 %
Total					100 %

Postnumre: 8597-9196 Rundt Øst.

Antal: 35

Psykologdækningen	Efteruddannelse/supervision	Øvrige	I alt (%)
God	15 ¹	5 ³	57 %
Dårlig/ Ved ikke	9 ²	6 ⁴	43 %

*Nr refererer til følgende gruppeinddeling.

Antal henvisninger	Gr. 1	Gr.2	Gr. 3	Gr. 4	I alt
0-25 %	8	2	4	2	45,71 %
26-50 %	5	7	1	3	45,71 %
51-75 %	2	0	0	1	8,60 %
76-100 %	0	0	0	0	0 %
Total					100 %

Vurdering af psykologtilgængeligheden versus andel af henviste?

Postnr. 6800-7399 Sydvest	God	Dårlig
0-25 %	2	1
26-50 %	3	3
51-75 %	1	0
76-100 %	0	0
Total	6	4

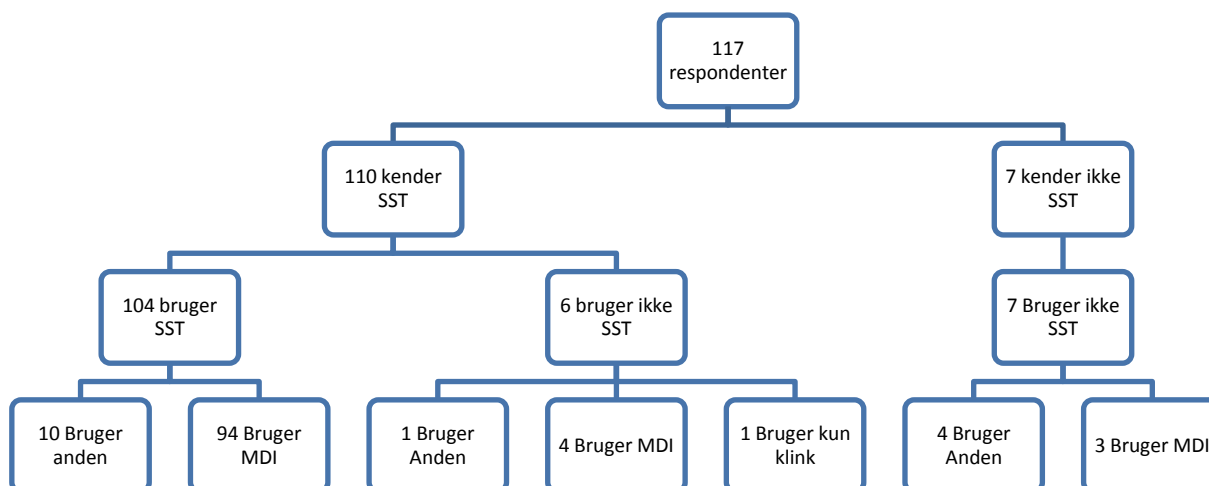
Postnr.7399-7998 Nordvest	God	Dårlig
0-25 %	4	3
26-50 %	6	3
51-75 %	3	4
76-100 %	0	0
Total	13	10

Postnr. 7998-8597 Øst	God	Dårlig
0-25 %	10	2
26-50 %	10	8
51-75 %	7	7
76-100 %	4	1
Total	31	18

Postnr. 8597-9196 Rundt Øst	God	Dårlig
0-25 %	12	4
26-50 %	6	10
51-75 %	2	1
76-100 %	0	0
Total	20	15

I alt	God	Dårlig
0-25 %	28	10
26-50 %	25	24
51-75 %	13	12
76-100 %	4	1
Total	70	47

f) SSTs retningslinjer.



g)

Har du efteruddannelse i psykoterapi og/eller deltager du i supervisionsgruppe?	I alt	Ja	Nej
Udd. 1 + 2	3	1 (33%)	2 (67%)
0-10 års	36	22 (61%)	14 (39%)
11-20 års	38	28 (74%)	10 (26%)
>20 års	40	23 (58%)	17 (42%)
Total		74 (63,2%)	43 (36,8%)

h)

Hvilken form benyttes af de 74 resp?	Psyko-terapi	Supervision	Begge
Udd. 1 + 2	0	1 (100%)	0
0-10 års	4 (18,2%)	13 (59,1%)	5 (22,7%)
11-20 års	7 (25%)	12 (42,9%)	9 (32,1%)
>20 års	6 (26,1%)	9 (39,1%)	8 (34,8%)
Total	17 (23%)	35 (47,3%)	22 (29,7%)