

Hovedoppgave i psykologi

Psykologer ved fastlegesentra

Fastlegers syn på et tettere samarbeid

Håvard Berg Opstad

NTNU

Trondheim, Desember 2011

Innholdsliste

Sammendrag.....	3
1. Innledning.....	4
1.1. Opptappingsplanen for psykisk helse.....	4
1.1.1. Opptappingsplanen for rusfeltet.....	5
1.2. Samhandlingsreformen.....	5
1.3. Organisering av helsesystemet.....	6
1.4. Konsekvenser og resultater etter Opptappingsplanen.....	7
1.4.1. Spesialisthelsetjenesten.....	7
1.4.2. Primærhelsetjenesten.....	9
1.4.3. Videre satsing etter Opptappingsplanen.....	11
1.5. Psykisk helse og folkehelsearbeid.....	13
1.5.1. Legemiddelbruk.....	16
1.5.2. Sammensatte lidelser; risiko- og beskyttelsesfaktorer.....	16
1.5.3. Fem flaskehalsar.....	19
1.6. Psykisk helse og fastlegene.....	20
1.7. Er det rom for forbedring i fastlegesentra?.....	21
1.8. Psykologer i kommunene.....	24
1.9. Samarbeid mellom fastleger og psykologer.....	25
2. Metode.....	27
2.1. Deltakere.....	27
2.2. Spørreskjema og prosedyre.....	27
2.3. Statistiske analyser.....	28
3. Resultater.....	28
3.1. Samarbeid.....	29
3.2. Trygghet.....	31
3.3. Henvisning.....	33
3.4. Sammensatte/blandede lidelser.....	34
3.5. Psykofarmaka.....	35
4. Diskusjon.....	36
4.1. Samarbeid.....	36
4.2. Trygghet.....	38
4.3. Henvisning.....	39
4.4. Blandede lidelser.....	40
4.5. Psykofarmaka.....	41
4.6. Metodiske begrensninger.....	41
4.7. Samlokalisering.....	42
4.7.1. Fordeler ved samlokalisering.....	42
4.7.2. Barrierer ved samlokalisering.....	43
4.8. Den «nye» psykologen.....	44
5. Referanser.....	46
Vedlegg.....	58
Spørreskjema.....	58
Informasjonsskriv.....	64

Sammendrag

Tema: Opptrappingsplanen for psykisk helse og Samhandlingsrefomen har bidratt til en dreining i psykisk helsetjenester fra spesialisthelsetjenestenivå til primærhelsenivå. Målet var å sikre at pasientene skulle få et mer helhetlig behandlingstilbud nærmere der de bor, tidligere i sykdomsutviklingen. Evalueringen tyder på at mye er bedre, men at det fremdeles gjenstår en god del, særlig i forhold til pasienter med lettere angstlidelser og depresjon og i forhold til ventetider og fristbrudd. En av ordningene som er under utprøving i dag for å bedre på dette er psykologer samlokalisert på fastlegesentra.

Problemstilling: Ønsker fastleger et tettere samarbeid med psykologer? Hvilken nytte, konflikter og utfordringer ser de i forhold til et slikt samarbeid? Hvilken trygghet opplever fastlegene for diagnostisering, behandling og henvisning av psykiske lidelser?

Utvalg: Et tilfeldig utvalg av fastleger basert på fastlegelisten, hvor det er tatt høyde for ulikt antall fastleger i de forskjellige fylkene. Det var 300 i utvalget med en svarprosent på 28. Selv om utvalget er lite, har det samme karakteristika som populasjonen.

Forskningsmetode: Surveyundersøkelse distribuert elektronisk og med posten.

Hovedfunn: 86 % av fastlegene i studien ønsker et tettere samarbeid med psykologer (halvparten ønsker dette i stor grad). Særlig ønsker de samarbeid med psykologiske oppgaver for kompliserte psykiske lidelser, men også i forhold til psykosomatisk utredning og depresjon og angstlidelser. Det kommer ikke frem noen vesentlige problemer med et tettere samarbeid. Det er stor variasjon i den opplevde tryggheten i forhold til diagnostisering og behandling av psykiske lidelser. Det er grunn til å tro at dette i noen grad reflekterer en varierende kompetanse. Undersøkelsen viser at det er klima for samlokaliserte psykologer ved fastlegesentra. En nærmere evaluering av det pågående prøveprosjektet vil være viktig for å undersøke de praktiske erfaringene med allmennhelsesentra der psykisk og somatisk helse likestilles.

1. Innledning

1.1. Opptappingsplanen for psykisk helse

Stortingsmelding 25 (1996–1997), Åpenhet og helhet, og St.prp. nr. 63 (1997–1998), var starten på en åtte år lang reformering av det norske helsevesenet generelt, psykisk helse spesielt. Denne reformen benevnes som Opptappingsplanen for psykisk helse, eller bare Opptappingsplanen. Opptappingsplanen fastslo blant annet at kapasiteten i psykisk helsevern var for liten, og at kommunetjenestene var for dårlig utbygd, særlig i forhold til forebygging. Den pekte videre på at det var for høye terskler for pasientene, for vanskelig å slippe til, og det gikk for lang tid fra første sykdomstegn til behandling. Etter endt behandling fikk mange pasienter for dårlig oppfølging. Som en direkte følge av dette var målsettingen med Opptappingsplanen å styrke de forebyggende og helsefremmende tiltakene slik at de skulle bli mer tilgjengelig, med flere kvalifiserte fagfolk. Et overordnet mål var å forbedre kvaliteten og effektiviteten i tjenestene, tilpasset den enkelte brukers behov med tanke på uavhengighet, selvstendighet og mestring av eget liv. Dessuten ville man øke kunnskapen og skape mer åpenhet rundt psykisk helse og psykiske lidelser for å komme fordommene og tabuene til livs.

Et viktig aspekt ved Opptappingsplanen var at kommunen skulle få en nøkkelrolle, slik lovteksten allerede gjorde klart. Det ble tydelig at det var nødvendig med økte ressurser og kunnskap dersom det skulle være mulig å gjennomføre målsettingen. De avsatte midlene var i stor grad øremerkede til forskjellige tiltak for å sikre at pengene ble brukt i henhold til Opptappingsplanen. Hovedtyngden av pengene skulle brukes til å opprette flere stillinger innen kommunalt og statlig psykisk helsevern, styrke faglig kompetanse i kommunen, bedre aktivisering for brukere og tettere samarbeid med NAV (Arbeids- og velferdsforvaltningen), samt å styrke samarbeid mellom etater og nivå, særlig med tanke på forebyggende tiltak for barn og unge.

Opptappingsplanen fastslo at tilbudet av tjenester innen psykisk helsearbeid skal forankres i den eksisterende tjenestestrukturen i den enkelte kommune. Dette tilbudet skal oppleves helhetlig og koordinert, noe som innebærer et godt samarbeid både mellom ulike enheter i kommunen og mellom ulike nivå. Dette tilbudet skal i tillegg være kvalitativt godt med sterk faglig forankring, og sikre tillit hos brukerne gjennom kontinuitet og stabilitet i behandlerrelasjon. Med kvalitet menes at tjenestene skal være tilgjengelig og likeverdige for alle, tilpasset den enkeltes behov, og med tilfredsstillende resultater i form av bedring/lindring av sykdom og lidelse, eller bedret funksjonsevne eller livskvalitet. Undertonen handler om at psykiske lidelser skal være likeverdig somatiske lidelser, både i form av holdninger, tilbud og behandling.

1.1.1. Opptrappingsplanen for rusfeltet

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble Opptrappingsplanen for rusfeltet lagt frem som et satsingsområde. Målet var å gi ekstra fokus på hjelp, behandling og rehabilitering til en gruppe som i stor grad falt utenfor samfunnet generelt, og behandling spesielt. I tillegg skulle rusforebyggende arbeid styrkes, samt inkludere pårørende på en bedre måte. I følge Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for samtidig psykisk lidelse og ruslidelse (til høring) opptrer rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser ofte samtidig; såkalte «ROP»-lidelser. Derfor er det naturlig å se på Opptrappingsplanen for rusfeltet som en utvidelse av den opprinnelige Opptrappingsplanen. Styrking kommunens oppfølgingsarbeid og økning av behandlingsplasser i tverrfaglig spesialisert behandling var blant tiltakene som ble innført på grunn av økte ressurser. Det ble pekt på at det var en rekke udekte behov både i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Tidlig intervensjon i forhold til unge under 23 år som har eller er i ferd med å utvikle rusmiddelavhengighet og/eller psykiske lidelser eller der barn er pårørende ble ansett som et særlig viktig område. En ventelistegaranti for denne gruppen ble fastsatt.

1.2. Samhandlingsreformen

Det ble i NOU 3 (2005), Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste, påpekt en rekke utfordringer i forhold til samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008–2009), ble lagt fram av regjeringen i avslutningsfasen av Opptrappingsplanen som et ledd i en helhetlig plan (Nasjonal helse- og omsorgsplan for 2011–2015 (2010–2011) for helsetjenester i Norge med mål om «å redusere sosiale helseforskjeller og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det skal satses mer på forebyggende arbeid og tidlig innsats for å begrense plager og lidelser og hindre at sykdom utvikler seg» (sammendrag finnes på <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no>). I forhold til psykisk helse og Opptrappingsplanen var dette en videreføring og forsterking. Særlig gjaldt dette i forhold til kommunens ansvar og rettigheter som hovedkilde for alle helse- og omsorgstjenester, deriblant psykisk helse. Som en ytterligere styrking er det lagt frem forslag om nye lover i Folkehelseloven (Prop. 90 L, 2010–2011) og Helse- og Omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L, 2010–2011). Enkelt sett anses det som kostnadseffektivt å utrede og behandle hyppig forekommende lidelser desentralisert, mens sjeldne skal lidelser skal utredes og behandles mer sentralisert slik at kompetansen skal kunne utnyttes mest mulig. Samhandling er ment å fungere både innad helsenivå (f eks mellom profesjoner i primærhelsetjenesten) og mellom nivå (mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten), slik at pasienter opplever helhetlige og koordinerte tjenester samtidig som Opptrappingsplanens mål holdes i hevd. Lokalmedisinske sentra nevnes særskilt som en arena hvor

ulike profesjoner i kommunen, mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten kan samarbeide. Siden kommunen skal ha «sørge- for-ansvar», er det naturlig at samarbeidsarenaen ligger der.

I tillegg til samhandling, er forebygging en viktig del av Samhandlingsreformen. Målet er å flytte tyngdepunktet av ressursene tidligere i tiltakskjeden, slik at man oftere unngår utvikling av alvorlige og vedvarende psykiske lidelser. Alle deler av helse- og omsorgstjenesten ansees som viktige for å lykkes med forebygging, men særlig fastlegefunksjonen er sentral.

Psykisk helse og rus er et av de sentrale problemstillingene i Samhandlingsreformen. Det pekes på at man har behov for en omstrukturering av tjenestene i det psykiske helsevernet, samt å sikre oppbygging, utvikling og tilgjengelighet av det kommunale tilbudet og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til rus er angst og depresjon fokuspunkt i den videre satsingen med tanke på tidlig intervensjon og behandling som skal bygge på mest mulig kunnskap. Det skal også legges vekt på psykisk helse for barn og unge, der tidlig intervensjon og oppfølging kan være med å forebygge rusmiddelmisbruk og psykiske plager.

1.3. Organisering av helsesystemet

Norges helsemodell baserer seg på to hovednivåer; primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten kan deles opp på forskjellige måter, men i denne oppgaven vil helsetjenesten som tilbys i kommunen, kommunehelsetjenesten, og allmennlegetjenesten være de delene som belyses særlig.

I NOU 3 (2005) påpekes at hver av de 434 kommunene har et selvstendig ansvar for utvikling primærhelsetjenesten slik at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen får nødvendig helsehjelp med utgangspunkt i lokale behov. Selv om ansvaret egentlig er å sikre at tjenestene er tilgjengelige, vil de fleste kommuner selv ta ansvar for drift, organisering og finansiering. Dette innebærer en rekke tjenester, men i denne oppgaven vil tjenester som innebærer forebygging, diagnostikk og behandling innen psykisk helsefeltet. Allmennlegetjenesten ble i 2001 omorganisert slik at alle innbyggere har rett til å velge sin faste allmennpraktiserende lege, fastlegeordningen. Fastlegen har plikt til å prioritere pasienter på sin liste og være deres primærkontakt og koordinere deres kontakt med spesialisthelsetjenesten. Finansieringen har også blitt endret, fra fast lønn fra kommunen til en driftsavtale der fastlegene hvor 30 % er et basistilskudd fra kommunen basert på listelengden, mens 70 % kommer fra statlige refusjoner og egenandeler fra pasientene.

Spesialisthelsetjenesten ble fra 2002 organisert som fem statlig finansierte og styrte regionale helseforetak, som igjen ble organisert i 35 lokale helseforetak. Det psykiske helsevernet ble desentralisert og distriktpsikiatriske senter (DPS) fikk en sentral rolle. Disse er faglig selvstendige enheter som bidrar med en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Sammenlignet med psykiatriske sykehus er DPS mer tilgjengelige for pasientene gjennom større bruk av poliklinisk og ambulant virksomhet, samt nærere samarbeid med kommunen og bruk av døgnenheter med lavere terskel. I 2004 ble også rusfeltet organisert under spesialisthelsetjenesten, noe som ga en statusendring fra kommunal omsorg til spesialisert behandling for rusmiddelbruk. DPS'er og psykiatriske sykehus samlet kalles dette gjerne voksenpsykiatri (VOP). Tilsvarende tilbud for psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for barn og ungdom forkortes til BUP.

1.4. Konsekvenser og resultater etter Opptappingsplanen

Opptappingsplanen ble offisielt avsluttet i 2008, mens Regjeringen har forlenget Opptappingsplan for rusfeltet (2007–2010) med to år frem til utgangen av 2012. Oppgaven går ikke videre inn på resultater knyttet særlig til rusfeltet, både på grunn av at tiltakene ikke fullstendig er evaluert, men også på grunn for å begrense oppgaven. Se ellers Helsedirektoratets statusrapport for Opptappingsplanen for rusfeltet (2010).

1.4.1. Spesialisthelsetjenesten

Omlegging fra sentraliserte psykiatriske institusjoner til distriktpsikiatriske sentra (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske sentra (BUP) ble regnet som ett av de viktigste satsingsområde for Opptappingsplanen. Det ble lagt vekt på å få mer differensierte tilbud, slik bestemte grupper eller lidelser kunne få den behandling de kunne være best tjent med. For eksempel kunne dette være akutt-team, rusteam, allmennteam, psykoseteam, osv. Dette har antakelig vært det mest omfattende tiltaket, men samtidig gitt de mest betydningsfulle resultatene. Evalueringsrapporten (Brofoss & Larsen, 2009) viser at det skjer færre innleggelses, de skjer nærmere hvor folk bor, og det har vært en kraftig økning i polikliniske konsultasjoner samtidig med at døgnplasser i psykiatriske sykehus er redusert med cirka 100 per år. På tross av disse positive resultatene har Norge har fortsatt mer enn dobbelt så mange døgnplasser som England i forhold til innbyggertall, og vesentlig flere enn for eksempel Sverige, Danmark og Finland. De fleste kommunene beskriver samtidig at tilgangen til tjenestene i spesialisthelsetjenesten for voksne er blitt jevnt bedre i Opptappingsperioden, men ikke i forhold til barn og unge (Myrvold & Helgesen, 2009). Flere ansatte i kommunalt hjelpeapparat får regelmessig veiledning i forhold til voksne med psykiske lidelser, men en del opplever en reduisering i veiledningen i forhold til barn. Evalueringsrapporten gir et klart bilde av at

DPS utnytter sine differensierte funksjoner til å behandle flere pasienter på dette nivået, og at dette gjør det enklere for primærhelsetjenesten å finne rett tilbud for sine henviste pasienter (Brofoss & Larsen, 2009). Samtidig har det, i følge nøkkeltallrapporten for 2009 (Ouren & Bakkerud, 2010), for eksempel skjedd en økning i antall stillingshjemler for psykologer i spesialisthelsetjenesten; fra 2002 stillinger i 2002 til 2878 stillinger i 2007, med en liten nedgang til 2838 stillinger i 2008. Mye av den positive endringen man ser i behandlingsskapasiteten, skyldes antakelig den økte bemanningen.

Evalueringsrapporten (Brofoss & Larsen, 2009) viser at prioriteringen av pasientbehandlingen fungerer som det skal. De alvorligste pasientene blir prioritert først, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Hovedregelen er at de med øyeblikkelig hjelp-behov får innleggelse raskt og enkelt. Prop. 1 S (2009–2010) antyder at dette fokuset har gått på bekostning av forebyggingen og behandlingstilbudet av de mindre alvorlige psykiske lidelsene. Samhandlingsreformen tar dette folkehelseperspektivet i større grad. En fersk undersøkelse av helsedirektoratet fra norsk pasientregister om ventetider og pasientrettigheter (2011) viser at i første tertial i 2011 var gjennomsnittlig ventetid på behandling 54 dager i VOP og 58 dager i BUP. Dette innebærer en nedgang på én dag i VOP og hele 21 dager i BUP siden 2007. Brudd på vurderingsgarantien (tiden fra mottatt henvisning til vurdering- 30 dager for voksne og 10 dager for barn) var i samme periode 3 % i VOP og 7 % i BUP (mot 23 % i 2007), mens fristbrudd (andel pasienter som ikke får behandling innen den medisinsk satte fristen) skjedde i 9 % hos VOP og 10 % hos BUP. Det har derved vært en betydelig fremgang blant de unge, noe som kan sees i sammenheng med innføringen av ventetidsgaranti for personer under 23 år. Det betyr dog også at det fremdeles er mange som venter lenge på behandling både i VOP og BUP, og at frister fremdeles brytes jevnlig.

De siste fem årene det etablert cirka 150 ambulante team innen psykisk helse og rusfeltet (Meld. St. 16 (2010–2011)), hovedsakelig med vekt på akuttfunksjonene heller enn hjemmebehandling. 2 av 3 kommuner fikk besøk av slike team i 2008 (Myrvold & Helgesen, 2009). I 2011 skal status for teamene oppsummeres og organisering av ambulante team vurderes (Meld. St. 16 (2010–2011)). Særlig bruk av hjemmebaserte tilbud vil bli et viktig tema.

Dette viser i stor grad at man har lyktes med mye av det man ønsket innen spesialisthelsetjenesten, særlig i forhold til desentralisering, men at det fremdeles er enkelte problemer i forhold til både tid før vurdering og tid før oppstart av behandling og særlig i forhold til barn og unge.

1.4.2. Primærhelsetjenesten

Tall fra 2008 tyder på en tendens til at flere av kommunene igjen har valgt å legge det psykiske helsearbeidet i pleie- og omsorgstjenester i stedet for en del av helsetjenesten (Myrvold & Helgesen, 2009). Fastlegenes involvering og samarbeid i psykisk helsearbeidet i kommunen har økt over Opptappingsperioden. Den samme økningen har man sett i skolene, helsestasjonene og skolehelsetjenesten, samtidig som det har vært en dreining bort tjenester som møter barn i særlig vanskelige situasjoner som for eksempel barnevernet og sosialtjenesten. Dette er tjenester som rettes mot store deler av befolkningen slik Opptappingsplanen ønsker.

Det har vært en klar økning i formelle samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2005 til 2008 (Myrvold & Helgesen, 2009). Hovedsakelig gjelder dette i forhold til utskrivninger, og man ser at kommunen fremdeles i liten grad får delta i beslutningsprosessen.

I tillegg til omstrukturering av spesialisthelsetjenesten for psykisk helse, har Opptappingsplanen altså lagt vekt på at de fleste med psykiske lidelser skal kunne bo i kommunen og motta de kommunale tilbud og tjenester de har behov for, herunder psykisk helsetjenester. Helsedirektoratets nøkkeltallrapport (Ouren & Bakkerud, 2009) viser at dette tilbudet har blitt bedre. Det er både flere som får hjelp og det er et betydelig antall flere som jobber med slike kommunale tilbud. De fleste kommunene opplever at fagmiljøet er styrket som en følge av Opptappingsplanen (Myrvold & Helgesen, 2009). I kommuner der psykisk helse er samlet i en enhet oppleves dette i enda sterkere grad. Nøkkeltallsrapporten påpeker derimot at det fremdeles er en utfordring å få flere psykologer og leger til å jobbe i kommunene, samt å få en god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Ouren & Bakkerud, 2009). Det er også forskjeller mellom kommunene med tanke på hvilke tjenester de kan tilby mennesker med psykiske lidelser (Myrvold & Helgesen, 2006). Ting som innbyggertall i kommunen, geografi og økonomi har betydning for hvordan kommunene organiserer sitt psykiske helsearbeid. I tillegg er tilbudet påvirket av spesialisthelsetjenestens prioriteringer og samarbeid med kommunen som kan være forskjellig i ulike deler av landet.

Rapport fra SINTEF om øremerkede midler (Kaspersen & Ose, 2009, s. 21) viser at målet om 184 psykologstillinger i kommunen ikke ble oppnådd. Ved utgangen av 2008 hadde man kun oppnådd 66 % av målet. Det fremgår på at: «mangelen på psykologer blitt kompensert ved ansettelse av annet personell med høyskole- og universitetsutdanning». De konkluderer med at antallet psykologer i kommunene er lavt, men heldigvis økende. Dette har i vesentlig grad å gjøre med at

denne faggruppen tidligere nærmest var fraværende i kommunene før Opptrappingsplanen. Nøkkeltallrapporten (Ouren & Bakkerud, 2010) viser at det har vært en økning av årsverk innen kommunalt helsearbeid pga. de øremerkede midlene fra Opptrappingsplanen på 6842. Kun 1,6 % av disse er nyttet til psykologer, til tross for at Helse og Omsorgsdepartementet i flere år har påpekt en mangel i psykologkompetansen i kommunene (St.prp. nr. 1 (2006–2007); St.prp. nr. 1 (2007–2008)).

Evalueringsrapporten (Brofoss & Larsen, 2009) viser at et flertall av kommunene har valgt å organisere psykisk helsetjenesten som en egen enhet, og ikke som en integrert tjeneste etter statlige anbefalinger. Denne anbefalingen har riktignok ble moderert i senere tid (Myrvold & Helgesen, 2009) Det er også tydelig at små kommuner (under 5000 innbyggere) har vanskeligheter med å tilby de lovpålagte tjenestene som større kommuner, særlig i form av å kunne tiltrekke seg personer med faglig kompetanse. Anbefalingene om samarbeid på tvers av kommuner er i liten grad gjennomført. Heller ikke når det gjelder samarbeid på tvers av nivå eller mellom fastleger og øvrige primærhelseenheter, har man sett store endringer. Her er målsettingen i liten grad møtt, og det er særlig lite samarbeid i større kommuner.

NOU 22 (2009) peker på at mye av det som er utfordringer for voksne, er et særlig problem blant barn og unge. Mange foreldre synes det fremdeles er krevende å få stadig nye hjelpere slik at hele historien må gjentas gang på gang. Rapporten tyder på at foreldrene selv føler de selv har ansvaret for å få riktig hjelp fra de ulike enhetene og nivåene, og sørge for at kvalitet og kontinuitet opprettholdes over tid. I dag behandles de fleste i BUP-systemet, selv om mange av disse kunne vært behandlet på kommunalt nivå, ofte i form av tidlig intervensjon. Dette gjør terskelen mye høyere, spesielt for sårbare grupper. Mykletun og kolleger (2009) viser til at 8 % av barn- og unge under 18 år har et behov for hjelp i forhold til psykisk helse, og at Opptrappingsplanens oppnådde målsetning var 5 %.

Guldvog og kolleger (2007, s. 104) kommenterer resultatene slik: «Ett vesentlig spørsmål er om kommunehelsetjenesten har klart å møte alle endringene med hensiktsmessig arbeidsdeling mellom helseprofesjonene og god samhandling. Et annet spørsmål er om de gjeldende finansierings- og organisasjonsmodellene understøtter god samhandling og riktig prioritering i primærhelsetjenesten. En hensiktsmessig samhandling med spesialisthelsetjenesten er også en løpende utfordring».

Når det gjelder holdninger, har det vært en signifikant økning i folks engasjement for psykisk helse

både generelt og som pårørende i perioden 2002–2007, men dette har i liten grad ført til en økning i åpenhet rundt disse tema (Brofoss & Larsen, 2009). Dette gjelder særlig når man beveger seg utenfor den nære familie. Noe tyder på at åpenhet og kunnskap er et spesielt problem hos den eldre aldersgruppen. De eldre viser seg blant annet å være kraftig underrepresentert på DPS. Tradisjonelle informasjonskanaler har avtatt til fordel for mer moderne som for eksempel internett. Helsedirektoratets informasjon om psykiske lidelser finnes som en del av Helsenorge (<http://helsenorge.no>). Uansett er det slik at fastlegen fremdeles er den viktigste kanalen for informasjon om psykisk helse. Det kan virke som om man fremdeles har en vei å gå før psykisk helse er kvitt sitt stigma. På mange måter kan det virke som om den gjengse holdningen er: «jeg forstår om familien min får psykiske vansker. Jeg vet de kan få hjelp, og at det er ganske vanlig. Men det er ikke så greit nå som jeg selv har fått det. Hvis jeg forteller noen om dette, vil de tro jeg er gal».

Konklusjonen etter Opptappingsplanens slutt er blandet. Reformen i spesialisthelsetjenesten med omlegging til DPS og BUP med økende poliklinisk virksomhet har på mange måter vært vellykket. Dette tilbudet har kommet nærmere pasientene og man har sett en positiv økning i samarbeid mellom deler av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dessuten kan vi se at Opptappingsplanen også har bidratt til å bygge opp psykisk helsearbeid som en del kommunenes tjenester blant annet gjennom en økning i kompetanse og oppmerksomhet, selv om NOU 3 (2005) påpeker at tyngdekraften fremdeles ligger mot spesialisthelsetjenesten. Hovedsuksessen bak dette skyldes en kvantitativ økning i form av øremerkede midler. Intensjonen om tilgjengelighet og kvalitet er dessverre ikke oppfylt. Evalueringsrapporten (Brofoss & Larsen, 2009) påpeker ganske kraftig problemet med at det ikke er gjennomført noen kvalitativ vurdering av tilbudet, verken i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Særlig har man sett at kommunene i liten grad har vurdert det helsetilbudet som de tilbyr. Det er samtidig et tankekors at man ikke har møtt målet i forhold til ansettelse av psykologer, og at andre helsearbeidere ofte har blitt prioritert av kommunene. Et av hovedmålene ved Opptappingsplanen har vært å sikre at pasienter med psykiske lidelser får et tilbud og en behandling som er likeverdig med det som pasienter innen somatikken.

1.4.3. Videre satsing etter Opptappingsplanen

Som vi har sett har det vært en rekke utfordringer i forhold til omorganiseringen og desentraliseringen av helsesystemet i Norge de seneste årene. Særlig gjelder dette i forhold til samhandlingen og ansvarfordelingen mellom og på tvers av nivåer. Den nye Meld. St. 16 (2010-2011), Nasjonal Helse- og Omsorgsplan som går til 2015 beskriver hvordan helseforetak og kommuner, i lovs form, skal inngå lokale samarbeidsavtaler med tanke på økt samhandling og

koordinering. Dette skal bidra til at gråsoner forsvinner, slik at alle brukere får et tilbud på beste effektive omsorgsnivå. Evalueringsrapporten (Brofoss & Larsen, 2009) finner en sammenheng mellom hvilken organisatorisk forankring kommunen har valgt og graden av involvering av andre tjenester. De som har lagt psykisk helsearbeid som en tjeneste under en større paraply av helsetjenester (f eks i et helsesenter) klarer i større grad å involvere andre tjenester.

Regjeringen har i Helse- og Omsorgsplanen (2010–2011) satt som mål at ventetiden til behandling i spesialisthelsetjenesten skal reduseres og at den utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Samtidig er tanken at det skal ikke være fristbrudd og at det skal være god og lik tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Når man ser på den nåværende tilstanden i psykisk helsefeltet er det vanskelig å tenke seg måloppnåelse uten en vesentlig omstrukturering og betydelig ressursheving, særlig for å unngå fristbrudd. En tidlig rapport fra Sosial- og helsedirektoratet fastslo at kommunene i fremtiden må styrke kommunelegefunksjonen (Guldvog et al., 2007). Forankringen til kommunen må fremdeles være tydelig. Samtidig anser de det viktig å undersøke hvorvidt prioriterte pasientgrupper får tilstrekkelig oppmerksomhet fra fastlegene med dagens finansieringssystem, samt at primærhelsetjenesten må styrkes faglig og kapasitetsmessig, spesielt i psykisk helse og rusfeltet. I denne sammenhengen påpekes viktigheten av å utvikle faglig gode tjenester, som også er tilpasset yngre brukere, med nytenking og alternativ utforming av tjenestetilbudet i høysetet.

Helse- og Omsorgsplanen for 2011-2015 (2010–2011, s. 78) fastslår at: «For å sikre bedre tilgjengelighet til tjenestene og bedre utnyttelse av ressursene, er det nødvendig å fullføre omstillingsprosessen innen psykisk helsevern, som ble satt i gang i under Opptappingsplanen for psykisk helse». I fremtiden vil det være avgjørende at flere pasienter kan motta behandling så nær hjemmet med tanke på å møte utfordringene med økende antall eldre og flere personer med kroniske og livsstilsrelaterte sykdommer. Videreutvikling av tilbudet med mer desentraliserte spesialisthelsetjenester og økt fokus på psykisk helse i allmennhelsetjenesten virker positiv med tanke på resultatene man har sett med DPS og BUP. Regjeringen ønsker at DPS skal være det tydelige forankringspunktet i behandlingstilbudet på spesialisthelsenivå. DPS'ene skal være bedre i stand til å ivareta beredskap gjennom hele døgnet, særlig med tanke på akutfunksjoner som i dag fremdeles ivaretas hovedsakelig av de sentraliserte sykehusene. Dette vil bedre tilgjengelighet og økt trygghet hos brukere, pårørende og i det lokale hjelpeapparatet. I den videre utviklingen av tilbudet er polikliniske tjenester, ambulante funksjoner og tilbud om brukerstyrte plasser sentrale elementer. DPS og kommuner skal samtidig samarbeide for å utsette eller hindre innleggelser. Utvalget til Råd for psykisk helse (2008) mener at fokuset fremover etter Opptappingsplanen bør

være å slå flere av DPS-funksjonene sammen med kommunehelsetjenesten. Det vil i praksis si at det anbefales at primærhelsetjenesten, særlig i form av allmennlegetjenesten, i fremtiden må ta på seg enda mer av oppgavene som i dag tilbys av spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra Norge og andre land peker på at behovet for kostbare døgnplasser kan reduseres ved å utvikle gode lokale tjenester, som også er bedre for brukerne. Myrvold og Helgesen (2009) sier det vil være viktig å følge nøye med på utviklingen i psykisk helsefeltet i kommunen når de øremerkede midlene faller bort, fordi erfaring tilsier at finansielle incentiver er viktig for videre satsing.

Økt bruk av psykologer i kommunehelsetjenesten og oppsøkende behandlingsteam er ordninger som er under utprøving (Meld. St. 16 (2010-2011)). Flere psykologer i kommunene bidrar til at den psykiske helsetjenesten blir mer tilgjengelig, og sørger for å styrke den faglige bredden og kvaliteten i tilbudet til mennesker med psykiske plager og lidelser. Samtidig vil akutt-team følge opp mennesker med alvorlig psykisk lidelse og behov for særlig tilrettelagte tilbud, som ofte har vansker med å oppsøke psykisk helsetjeneste selv. Det er samtidig behov for å styrke kompetansen i behandling av rusmiddelavhengige i kommunene.

1.5. Psykisk helse og folkehelsearbeid

Verdens helseorganisasjon (WHO) (2004b, s. 12) definerer psykisk helse som: «En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.» (oversatt av Major et al., 2011). Videre beskriver de hvordan psykisk og fysisk (somatisk) helse ikke eksisterer alene, men at de, sammen med sosial fungering, er gjensidig avhengige determinanter for livskvalitet og velvære. Psykisk uhelse vil dermed være en situasjon hvor denne tilstanden er redusert, enten midlertidig eller kronisk. Folkehelseinstituttet (Major et al., 2011) deler psykisk uhelse inn i psykiske plager og psykiske lidelser, hvor psykiske plager kan gi høy symptombelastning, men ikke nødvendigvis tilfredsstillende kriteriene for diagnose. Psykiske lidelser vil da være en undergruppe av psykiske plager som tilfredsstiller kriteriene for en diagnose, for eksempel depresjon, generalisert angst, autismspekterlidelser, schizofreni, osv. De vanligste diagnosemanualene vi har; ICD-10 (1999) og DSM-IV (2000).

Helsedirektoratet definerer folkehelsearbeid som: «Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse» (Andreassen et al., 2010, s. 6). Dette er et vidt begrep som innebærer hele tiltakskjeden fra forebyggende tiltak via behandling til rehabilitering, og på alle

nivå. Dette er i tråd med Samhandlingsreformen.

Universelt (primært) nivå er det man vanligvis tenker på ved forebygging. Dette handler om å forhindre at uhelse oppstår hos en større gruppe mennesker. Dette kan for eksempel være tiltak for å øke antallet som er i arbeid og ikke sykemeldte. Selektert (sekundært) nivå dreier seg om inngripen for å stanse sykdomsutvikling eller å hindre tilbakefall. I symptomfri fase handler det om screening av personer uten symptomer for å avdekke begynnende utvikling av uhelse eller betydelig risiko for dette. I psykisk helse kan dette for eksempel dreie seg om screening for rusmiddelbruk. Innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse kalles gjerne tidlig intervensjon. Dette er det første steget hvor man setter inn konkrete tiltak mot en bestemt person for å unngå at uhelse oppstår eller forverres. Dette kan for eksempel være normalisering av opplevelsen for personer i krise. Den kliniske (symptomgivende) fase trer inn i overgangen fra direkte klinisk behandling, for å hindre tilbakefall av uhelse. Dette kan for eksempel være fysisk trening for å unngå nye episoder med depresjon. Det kan gjerne være en glidende overgang fra tidlig intervensjon via klinisk behandling til klinisk forebygging. Det siste nivået, indikert (tertiært) nivå, handler om rehabilitering/habilitering. Det vil si at man forsøker å tilrettelegge livssituasjonen til personen med en psykisk lidelse på mest mulig adekvat måte, slik at livskvaliteten blir best mulig. Denne oppgaven vil i hovedsak ha fokus på den delen som handler om tidlig intervensjon og over mot direkte klinisk behandling i overgangen mellom universelt og selektert nivå.

Norsk Psykiatrisk Forening (2010) er en sterk tilhenger av tidlig intervensjon i forhold til psykisk uhelse. Dette mener de vil kunne bidra til å redusere lidelsestrykket til en rekke personer og deres pårørende, spesielt de med langvarige psykiske lidelser. Samtidig vil det kunne spare samfunnet for store utgifter, med tanke på at utgiftene til én person vil beløpe mange millioner kroner.

Folkehelseinstituttet (Major et al., 2011) er klare på at det bør være et krav om at alle de tiltakene som settes i verk skal være testet ut på forhånd og ha dokumentasjon på at de virker etter hensikten. Dette kalles gjerne evidensbaserte eller forskningsbaserte tiltak. Det kan dog være vanskelig å finne en såkalt gullstandard i forhold til måling (randomiserte, kontrollerte forsøk-RCT). Jo tidligere i tiltakskjeden, desto vanskeligere blir det. Folkehelseinstituttet foreslår at man med store befolkningsrettede tiltak kan prøve å se på endinger i befolkningens helse som en helhet, selv om det alltid vil være vanskelig å se årsakssammenhenger når flere tiltak iverksettes samtidig.

En rapport fra Folkehelseinstituttet anslår at omtrent halvparten av den norske befolkningen vil ha

en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år (Mykletun et al., 2009). Helsedirektoratet anslår at mellom 15–20 % av den norske befolkningen lider av psykisk uhelse av en eller annen art til en hver tid, hvorav 3 % er alvorlige lidelser (Dahl et al., 2009). Dette medfører store utgifter årlig (St.prp 1, 2008–2009). Folkehelseinstituttet anslår at kostnadene beløper seg fra 60–70 milliarder pr år som en følge av tapt arbeidsfortjeneste, sykepenger, trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingstkostnader (Major, et al., 2011). I tillegg til angstlidelser og alkohol-avhengighet er særlig depresjon den mest utbredte og samfunnsøkonomisk belastende psykiske lidelsen i samfunnet (Mykletun et al., 2009). Folkehelseinstituttet tror angst og depresjon bidrar med halvparten av utgiftene (Major, et al., 2011). Livstidsforekomsten av depresjon er 15,6 % (Nes & Clench-Aas, 2011). I et tidlig intervensjon-perspektiv ser vi at særlig angstlidelser og depresjon både er lettest og mest lønnsom å forebygge. Sammenlignet med de alvorlige sinnslidelsene (schizofreni og bipolar lidelse), selvmord og alvorlige personlighetsforstyrrelser, koster depresjon samfunnet tre ganger mer (Andlin-Sobocki et al., 2005). WHO tror at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning og uførhet i 2020 med 15 % (WHO, 2004a).

Opp til én av fire barn og unge (3–18 år) har på et hvert tidspunkt så mange symptomer på psykiske plager at det går ut over fungeringen i form av blant annet trivsel, læring og sosialt (Mykletun et al., 2009), mens 7 % tilfredsstillter kriteriene for en psykisk lidelse både for 4-åringer (jf. samtale med Øyvind Kvello fra Tidlig Trygg i Trondheim 27.12.2011) og 8-10 åringer (Heiervang et al., 2007). Statusrapporter for psykisk helse med tall fra 2005 (Clench-Aas et al., 2009) og 2008 (Nes & Clench-Aas, 2011) har vist at nivået på psykiske plager har vært relativt stabilt gjennom perioden for Opptrappingsplanen, selv om det var en liten økning mot slutten av perioden. Henholdsvis hadde 8,7 % i 2005 og 10,2 % i 2008 hadde på ett gitt tidspunkt betydelige psykiske plager (Hopkins Symptom Checklist HSCL-25=> 1.75). Det var en høyere forekomst av plager hos kvinner, unge, personer som ikke lever i parforhold og personer med lav inntekt. For en stor gruppe vil de psykiske plagene være forbigående, og være et resultat av normale reaksjoner på en vanskelig livssituasjon (Andreassen et al., 2010). Dette kan være overgangsfaser som skilsmisser, arbeidsledighet, dødsfall, osv. Raske og gode tiltak for denne sårbare gruppen vil kunne hindre at disse utvikler kliniske psykiske lidelser.

Statusrapportene (Clench-Aas et al., 2009; Nes & Clench-Aas, 2011) viste at totalt hadde 9 % (2005) og 7,5 % (2008) av befolkningen søkt hjelp for psykiske problemer de siste 12 månedene. Blant personer med betydelige plager hadde 43 % søkt hjelp for sine plager i 2005, mot under 33 % i 2008. Hovedsakelig skyldes nedgangen mindre bruk av andre hjelpere enn allmennlege, psykolog

eller psykiater i de store byene. Dette kan tolkes som om terskelen er hevet og at færre søker hjelp på et lavere nivå, noe som er stikk i strid med intensjonen med Opptrappingsplanen. Det er samtidig et stort antall som ikke søker hjelp for sine problemer. Allmennlegene har kontakt med de fleste som søker hjelp, mens noen færre søker hjelp hos psykolog og psykiater. Dette er naturlig i forhold til måten helsesystemet er bygd opp, med få psykologer og nesten ingen psykiatere i primærhelsetjenesten.

9,4 % av befolkningen hadde helt eller delvis redusert arbeidsevne på grunn av sine psykiske plager i 2008, mens 8,2 % (mellom 25–64 år) var sykemeldt eller trygdet som en følge av psykiske problemer, mot hele 13 % i 2005. Forfatterne antyder at den relativt lave andelen i den siste studien kan skyldes seleksjonsbias og hukommelsesbias. Statusrapporten fra 2005 (Clench-Aas et al., 2009) viser at Norge ligger helt i toppen i Europa i forhold til sykemeldinger og trygdesaker, og det er lett å tenke seg at det reelle tallet er enda høyere på grunn av at psykiske lidelser ofte underrapporteres (St.prp 1 (2008–2009)). Dette kan sees på flere måter. Det kan bety at helsevesenet er flinkere til å se og akseptere psykiske lidelser som en legitim trygde- og sykdomsårsak, men det kan *og* bety at helsevesenet i for liten grad klarer å hjelpe mennesker som potensielt kunne stått i arbeid (pga av mangler i hjelpeapparatet, og et arbeidsliv med utfordringer i forhold til tilrettelegging). Rapporten påpeker at OECD hevder at man «medikaliserer» arbeidsledighet og sosiale problemer i Norge, og at dette bidrar til lav arbeidsledighet og høy medisinsk arbeidsuførhet her i landet. Dersom denne påstanden er korrekt, er det mulig å anta at det eksisterer en hel gruppe personer som faller utenfor arbeid med psykiske vansker for godt, som med et mer optimalt og helhetlig behandlingssystem kunne kommet tilbake til arbeid. Mye tyder dessuten på at uførepensjon innvilges raskere for psykiske lidelser enn for somatiske sykdommer, slik at psykiske lidelser medfører flere tapte arbeidsår andre sykdommer (Prop. 1 S, 2009–2010).

1.5.1. Legemiddelbruk

I 2008 brukte totalt 4,6 % legemidler (legemidler brukt i forhold til psykiske lidelser omtales også som psykofarmaka) mot depresjon ukentlig eller oftere, mens 3,1 % brukte beroligende legemidler (Nes & Clench-Aas, 2011). I gruppen med betydelige psykiske plager var andelene henholdsvis 19 og 16 %, noe som betyr at de fleste med slike psykiske plager ikke bruker legemidler. Det er stigende grad av legemiddelbruk med alderen hos kvinner. Dette samsvarer med tallene fra 2005 (Clench-Aas et al., 2009). Det vil dog være interessant å se om vi får en nedgang av legemiddelbruk som en følge av innskjerpede førerkortbestemmelser (Helsetilsynet, 2001).

1.5.2. Sammensatte lidelser; risiko- og beskyttelsesfaktorer

Om en person utvikler en lidelse, somatisk så vel som psykisk, avhenger (forenklet sett) av to ting; medfødt sårbarhet i form av gener og tilstedeværelse av negative risikofaktorer i miljøet (Clench-

Aas et al., 2009). Psykiske lidelser kan både operere som en risikofaktor i seg selv, og som en konsekvens av andre risikofaktorer. De opererer som risikofaktor for somatisk sykdom og tidlig død (Mykletun et al., 2009), og som konsekvens av opphopning av negative livshendelser som samlivsbrudd, tap av arbeid, alvorlige økonomiske problemer og tap av nære (Nes & Clench-Aas, 2011). Andre faktorer som har vist seg å korrelere med psykiske lidelser er arbeidsledighet/ dårlig arbeidsmiljø, lav sosioøkonomisk status, innvandringsbakgrunn, manglende sosial støtte/nettverk, sivilstand som enslig eller skilt og fysisk inaktivitet (Dalgard, 2006; Martinsen, 2000; Mykletun, 2009). Forebygging av psykiske lidelser skjer gjennom lignende mekanismer, men da med motsatt fortegn; som motstandsdyktighet eller beskyttelsesfaktorer. I tillegg er det et innviklet samspill mellom disse, noe som gjør det vanskeliggjør prediksjon av hvem som utvikler lidelser og hvordan de gjør det. Både akutte og kroniske risikofaktorer bidrar, men mange anser langvarige belastninger som mest negativt for utviklingen av psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2009b). Dessuten vil sannsynligheten for skjevutvikling øke i takt med antallet risikofaktorer.

Tidligere var det et klarere skille mellom psykiske og somatiske lidelser med to tilhørende referansesmodeller. Leger har tradisjonelt i stor grad brukt den biomedisinske modellen, hvor symptomer har en bestemt patologisk opprinnelse med en bestemt kur/behandling (se for eksempel Gunn & Blount, 2009). Dersom disse symptomkriteriene ikke fylles, vil man pr definisjon være frisk. I en slik tilnærming vil behandler ha et stort ansvar for behandlingsresultat, uavhengig av motivasjon/samarbeid hos pasienten. Den andre tilnærmingen, som først ble presentert av Engel, beskrev hvordan en biokjemisk endring ikke direkte kan oversettes til en lidelse (Borrell-Carrió et al., 2004). I stedet vil en rekke psykososiale komponenter modulere endringene slik at hver enkelt menneske får sin unike subjektive opplevelse. Herunder vil personens unike risiko- og beskyttelsesfaktorer spille en viktig rolle. Dette ser man for eksempel i Melzacks portkontrollteori om smerte (Melzack & Wall, 1996). Også innen den mer rene biomedisinske legemiddeltradisjonen ser man hvor viktig den subjektive opplevelsen har å si for virkningen, gjennom placeboeffekten. Kulmineringen av denne, og andre teorier, kalles gjerne den biopsykososiale modellen.

Typiske symptomer fremvist ved konsultasjoner i primærhelsetjenesten er brystmerter, utmattelse, svimmelhet, hodepine, oppblåsthet, ryggmerter, kortpustethet, søvnproblemer, magesmerter og nummenhet (Kroenke & Mangesldorff, 1989). Dette er veldig generelle symptomer med en rekke potensielle årsaker. Ut i fra disse symptomene fant man at kun 15 % hadde funn av klar underliggende biologisk patologi. Det er lett å tenke seg at mange personer som får beskjed om at de er friske (etter det biomedisinske dikotomiske systemet), hvor symptomene vedvarer, i liten grad

vil føle seg positivt møtt. I en slik situasjon vil et nærere samarbeid med helsepersonell innen mental helsefeltet kunne bidra til en mer holistisk ivaretagelse der den biopsykososiale modellen faktisk blir ivaretatt. Dette gjelder særlig for sammensatte lidelser og somatiserende/somatoforme lidelser. Tanken er at slike pasienter får sine (normale) somatosensoriske impulser forsterket gjennom en komplisert interaksjon mellom sansestimuli og langvarig negativ kognitiv prosessering med sterk emosjonell reaktivitet til stimuli (Nakao & Barsky, 2007). I korte trekk betyr dette at når mennesker knytter sterke negative tanker og følelser opp mot bestemte kroppslige fenomener, så vil intensiteten oppleves større. Dette vil igjen kunne føre til at oppmerksomheten ledes mot stimuli i større grad, og denne vil forsterkes enda mer i en negativ spiral. Samtidig er det viktig at disse pasientene møtes på at deres subjektive opplevelse er virkelig og basert på reelle kroppslige fenomener, slik at disse ikke avfeies som ”bare psykiske plager”. Pasienter som ikke føler seg møtt eller opplever mestring, fordi de ikke blir møtt med en holistisk tankegang i helsevesenet, vil i større grad kunne utvikle en slik negativ «spiral». For noen bunner dette ut i en somatoform lidelse med en opplevelse at de er avhengig av sterke smertedempende eller angstdempende medisin for å håndtere sin hverdag.

Legeforeningen (2009, s. 16) beskriver deres opplevelse av den nye hverdagen:

Dagens folkesykdommer stiller nye faglige krav til helsetjenesten. Psykisk lidelse, KOLS, fedme og medisinsk uforklarte lidelser (MUPS) er eksempler på tilstander med betydelig lidelsestrykk der tradisjonelle medisinske forståelses- og løsningsmodeller kommer til kort. Samtidig gir nye og sammensatte lidelser som kronisk utmattelsessyndrom og el-overfølsomhet store utfordringer. Ny forståelse og mer hensiktsmessige handlingsstrategier må utvikles og baseres på relevant forskning.

Mange etablerte strategier for forebygging, behandling og tilfriskning utnytter pasientens egne krefter for lite, slik at helsetjenesten bidrar til medikalisering i stedet for mestring og selvstendighet. Når allmennlegen iverksetter livsstilsintervensjon eller skal følge opp pasienter fra marginaliserte grupper, er det en vesentlig kvalitet på tjenestene at tyngdepunktet legges på mestring, og at man unngår å etablere en skyldfølelse hos pasienten. Generalistfokus og helhetsperspektiv er nødvendige forutsetninger for tjenester av god kvalitet.

En nederlandsk studie (de Waal et al., 2008) viste at 1 av 6 på venterommet til en allmennlege hadde en somatoform lidelse, mens 1 av 13 enten hadde angsttilstander eller depresjon. Samme studie viste at personer med somatoforme lidelser hadde høyere forbruk (opp mot 30 %) av primærhelsetjenester, selv om man korrigerer for angst og depresjon. I psykisk helsevern er behandlingen som regel et samarbeid mellom behandler og pasient, der pasienten i større grad ansvarliggjøres for manglende samarbeid og belønnes for egen mestring (Gunn & Blount, 2009). Denne tankegangen må i enda større grad inkorporeres i fastlegesentra.

1.5.3. Fem flaskehalsar

Folkehelseinstituttets rapport (Mykletun et al., 2009) ser for seg fem flaskehalsar i forhold til behandling av psykiske lidelser som alle kan relateres til Opptappingsplanen og folkehelse:

1. Å få personer med psykiske lidelser til å søke hjelp – opp til halvparten med psykisk helseproblemer søker aldri hjelp. For å sikre dette er det nødvendig med så lett tilgjengelig psykisk helsehjelp som mulig og bedre opplysning, særlig med tanke på fysiske symptomer i forbindelse med psykiske lidelser.
2. Å redusere under behandling av syke og overbehandling av friske – symptomene pasienter kommer med er i stor grad diffuse og generelle. Å skille somatiske fra psykiske plager på bakgrunn av disse er ofte veldig vanskelig, særlig fordi disse opptrer samtidig.
3. Allmennlegens verktøykasse – som portvokter og som pasientenes første møte med hjelpeapparatet, vil fastlegefunksjonens kompetanse rundt diagnostisering, behandling og henvisning ofte være avgjørende for videre forløp. Hit kommer et stort spekter av psykososiale vansker; alt fra sorgarbeid, via lettere psykiske lidelser som angst og depresjon til alvorlige kroniske lidelser som schizofreni og personlighetsforstyrrelser, som alle krever forskjellige verktøy.
4. Frafall fra behandling. Det har lenge vært kjent at pasienter med psykiske lidelser har stor grad av frafall, helt eller delvis (Bækeland & Lundwall, 1975). Frafall ved psykologisk behandling skyldes ofte egenskaper ved den terapeutiske alliansen og egenskaper ved terapeuten (f eks terapitype og terapitruening) i tillegg til egenskaper hos pasientene (f eks motivasjon og diagnose/alvorlighet) (Sharf, 2008). Bivirkninger av psykofarmaka er særlig grunn for dette, og tall viser for eksempel at 40 % av forskrevet antidepressiva aldri tas (Lingam & Scott, 2002). I stedet er det mange som forespør, men ikke får, psykologisk behandling (Layard, 2006; Levenson et al., 2003). Dette skyldes i stor grad at tjenesteapparatet fremdeles er for dårlig organisert til å kunne tilby alle slik behandling. Kapasitet i spesialisthelsetjenesten, tid og/eller kompetanse hos allmennlegen er typiske årsaker.
5. Kvalitet på anvendt behandling. Opptappingsplanen har bidratt med kvantitet i behandlingsapparatet, mens det fremdeles gjenstår en del når det gjelder kvalitet på tjenestene. Det finnes en rekke behandlinger som fungerer (f eks Churchill et al., 2001; Cuijpers et al., 2009; Gloaguen et al., 1998; Hunot et al., 2007; Mead et al., 2008), men det er fremdeles for få som har tilgang til disse. Mye av dette skyldes antakelig den store friheten behandlere innen psykisk helse har til selv å velge hvilke metoder de bruker, selv om noen behandlinger virker bedre enn andre.

Disse flaskehalsene viser at det finnes en rekke utfordringer for å gjøre tilgjengelig kunnskap og tiltak slik at man kan behandle flere pasienter med psykiske lidelser, tidligere og bedre. At dette i stor grad ikke skjer, skyldes trolig at organiseringen av helsevesenet i forhold til psykisk helse er topptungt. Det vil si at det aller meste av den generelle kompetansen, i form av psykologer og psykiatere, fremdeles befinner seg i siste del av systemet (spesialisthelsetjenesten). Det å flytte noe av denne kompetansen ned på et mer primært nivå vil kunne bidra til å redusere flaskehalsene.

1.6. Psykisk helse og fastlegene

Fastlegene har fått en fremtredende og viktig funksjon i dagens helsemodell. De viktigste funksjonene til fastlegen er, i tillegg til kompetanse i allmennmedisinske spørsmål, å være en person som bidrar med langsiktig og helhetlig oppfølging av pasientene. Fastlegen skal også fungere som en døråpner og koordinator for mer spesialiserte tjenester. Omleggingen til fastlegeordningen har i all hovedsak vært en suksess (les mer i Befring, 2003; Sandvik, 2006). Fastlegeordningen har blant annet medført økt tilgjengelighet og nærhet i form av kortere ventetid og bedre legedekning. Det er likevel utfordringer. I Samhandlingsreformen (2008–2009) trekkes det blant annet frem at fastlegene ikke er godt nok integrert i kommunehelsetjenesten og at kommunene ønsker bedre muligheter for å styre fastlegene. Det påpekes at fastlegene ikke driver med nok forebyggende og oppsøkende arbeid og de ikke samhandler nok med andre yrkesgrupper. Samtidig er det forståelse for den sentrale rollen fastlegene har i helsetjenesten for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Legeforeningen (2009, s. 8) oppsummerer selv de viktigste egenskapene til fastlegen:

Fastlegen har kjent pasienten over tid og kan vurdere om pasientens allmenntilstand er vesentlig endret, dvs. raskt kunne se og respondere på uventede endringer og symptomer. Fastlegeordningen bidrar til å bedre denne kontinuiteten i tid mellom lege og pasient. Men fremfor alt er tid til pasienten der og da nødvendig - spesielt i forhold til pasienter med sammensatte lidelser eller spesielle behov. Tid til den gode samtalen, trøsten og oppmuntringen er sentralt i et godt lege-pasientforhold.

KOSTRA-tall for 2005 viser i følge Guldvog et al. (2007), at nesten hele befolkningen står på en fastlegeliste. I gjennomsnitt er befolkningen i kontakt med fastlegen 4.5 ganger i året, noe som tilsvarer mer enn 20 millioner kontakter i året. Når det gjelder psykisk helsearbeid, oppgir 2 av 3 at fastlegetjenesten i stor grad er involvert (Brofoss & Larsen, 2009). Sentrale data fra Allmennlegetjenesten fra 2005 forteller oss i følge Helsedirektoratets rapport om Allmennlegetjenesten og psykisk helse (2009) at psykiske lidelser er den nest hyppigste kontaktårsak i allmennlegetjenesten med 10 % av alle kontakter. I aldersgruppen 25 til 44 er

andelen 15 %. Rapporten forteller videre at: «Erfaringer fra praksisfeltet og pasientstatistikk viser at man kan regne med at inntil en tredjedel av konsultasjonene i allmennpraksis inkluderer en psykisk problemstilling».

En rapport fra daværende Sosial- og helsedirektoratet (Guldvog et al., 2007) fastslo viktigheten med å styrke og videreutvikle fastlegefunksjonens rolle i det psykiske helsearbeidet i kommunen. Det ble påpekt at det bør utvikles bedre mekanismer og arbeidsmetoder for dette fagfeltet i samarbeid med kommunen, med større fokus på teamarbeid. Andre helseprofesjoner, som f.eks. psykologer, kan bidra med mer spesialiserte tjenester for å avlaste fastlegen slik at denne kan brukes mer effektivt. Legeforeningens egen statusrapport (2009) støtter dette synet. Deres konklusjon er at en styrking av primærhelsetjenesten bør innebære en styrking av fastlegeordningen i fht. volum, kvalitet og finansiering. Blant annet ønsker de å utvide tilbudet og størrelsen på fastlegesentra, noe som innebærer åpning for mer fleksible åpningstider og flere personellgrupper. Videre sier de at: ”i samhandling med andrelinjetjenesten bør det etableres systemer slik at flere kan behandles i fastlegepraksis”. Det vil være veldig naturlig å tenke psykisk helse som en del av dette utvidede tilbudet.

1.7. Er det rom for forbedring i fastlegesentra?

De aller fleste psykiske lidelser blir fremdeles diagnostisert og behandlet av allmennlegene (Legeforeningens statusrapport, 2009). Kan vi forvente at fastleger har samme kompetanse på psykiske lidelser som de mer spesialiserte profesjonene i spesialisthelsetjenesten (psykologer og psykiatere)? I følge Kunnskapssenterets rapport (Hviding et al., 2008) er det et stort forbedringspotensial både for diagnostisering og behandling av psykiske lidelser ved legesentra. Spesielt gjelder dette de såkalte mindre alvorlige lidelsene som angst og depresjon, men også for eksempel schizofreni.

Ådnanes og Bjørngaard (2006) beskriver hvordan fastlegene utreder personer med psykiske lidelser ved å utøve sin tradisjonelle medisinskfaglige rolle. Vanligvis skjer det gjennom samtalekonsultasjon, somatisk undersøkelse, medisinvurdering og henvisning. Fastlegene bruker i liten grad psykiatrisk diagnoseverktøy i utredning av lidelsen, og når det benyttes, er det primært i forbindelse med angst eller depresjon. En synteserapport fra SINTEF Helse (Andersson & Ådnanes, 2006) viser til at det ofte er både utfordrende og tidkrevende å diagnostisere psykiske lidelser, noe som medfører at fastlegenes tidsbegrensede, takstbaserte system ikke er optimalisert eller fleksibelt nok for å skape et adekvat tilbud til disse pasientene. Det samme gjelder i forhold til samarbeid med

andre instanser.

Videre tyder kartleggingen fra SINTEF Helse på at fastleger i liten grad behandler barn og unge for psykiske lidelser. I over 80 % av tilfellene henvises disse videre til BUP, i mange tilfeller (55 %) på bakgrunn av egen manglende kompetanse. En av fire fastleger opplever ingen kompetanse i forhold til barns psykiske lidelser. For voksne gjelder dette en av åtte fastleger. Denne påstanden støttes i noen grad av de andre instansene, særlig PPT. Fastlegene nevner også at dette er tidkrevende arbeid som må konkurrere med somatiske pasienter. Fastlegene gir uttrykk for dårlig kompetanse og for lite støtte til å fortsette behandlingen av pasienter med kroniske og alvorlige psykiske lidelser som er stabile etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten. Selv om enkelte slike pasienter antakelig får videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, er det naturlig å tenke at mange har behov for faglig og stabil oppfølging i primærhelsetjenesten.

En stor metastudie av Mitchell og kolleger (2009) viser at selv motiverte allmennleger i urbane miljøer har store vanskeligheter med å diagnostisere depresjon med samme effektivitet som spesialisthelsetjenesten. Av 100 personer, der 20 er deprimerte, vil allmennlegen bare diagnostisere 10 av de 20. Av de 80 som ikke er deprimerte, vil 15 få diagnosen depresjon. En kommentar fra samme utgave av *The Lancet* (s. 589-590) forteller at dette ikke er overraskende, all den tid en vanlig konsultasjon bare varer noen få minutter. Dette forsterkes av at pasienter som beskriver de samme symptomene over tid med større sannsynlighet diagnostiseres korrekt. En skandinavisk undersøkelse blant et utvalg av allmennleger understøtter resultatene for en norsk populasjon (Østergaard et al., 2010). HUNT-studien (Rønnes et al., 2005) viste samtidig at bare et mindretall av personer med angst eller depresjon faktisk søker hjelp for sine vansker.

Med tanke på resultatene over er det ikke rart at både studier fra utlandet (Brugha et al., 2004; Druss, 2006; Tiemeier et al., 2002) og fra Norge (Olsson et al., 2006) tyder på at så vel underbehandling som overbehandling av psykiske plager er et utbredt problem i legers allmennpraksis. Overbehandlingen skjer særlig med bruk av antidepressiva. En amerikansk studie (Kessler et al., 2005) viste at det ikke har vært noen nedgang i forekomsten av psykiske lidelser hos befolkningen, på tross av en økning i behandlingsraten de siste årene. I hovedsak skyldes en slik vekst økt forskriving av antidepressiva (Rønning et al., 2009), der allmennleger står for den største andelen (Kjosavik et al., 2009). Mange av de som får disse medikamentene er dessuten i en mild episode eller utenfor kliniske nivå (Kessler et al., 2005). Selv om medikamentene virker best ved alvorlig depresjon at det lite trolig dreier seg om effekt over placebo ved slike nivå (Kirch et al.,

2008). Undersøkelser viser at psykofarmaka (f.eks. benzodiazepine og antidepressiva) ofte ender som eneste reelle behandlingsform for mange allmennleger (Bjørner, 2003a; Bjørner, 2003b; McCracken et al., 2006). Følgene av dette vil kunne være kostnader i form av feilaktig bruk av helseressurser, unødige bivirkninger hos pasienter, samt redusert tillit til behandlingsapparatet pga. behandlinger som er lite virkningsfulle (Mykletun et al., 2009). Følgene av underbehandling av psykiske lidelser vil i mange tilfeller være uføretrygd, dersom pasientene ikke kommer seg tilbake i arbeid. HUNT-studien (Øverland et al., 2007) fant at 25% av de med psykisk lidelse som primærdiagnose og 50% som sekundærdiagnose ikke hadde fått behandling for denne før uføretrygd ble vedtatt. Totalt vil så mange som tre av fire som har depresjon ikke motta behandling for dette (Wang et al., 2007; Wittchen & Jacobi, 2005).

I rapporten fra SINTEF Helse påpekes det også at fastlegene opplever at spesialisthelsetjenesten i liten grad er tilgjengelig for samarbeid eller veiledning, og at mange pasienter faktisk får faste og hyppige konsultasjoner med avtale om å ta kontakt om behov (Andersson & Ådnes, 2006). Dessuten er psykologiske behandlingsmetoder (først og fremst kognitiv terapi) i ferd med å få fotfeste blant mange fastleger. Mye tyder dog på at fastlegens egen interesse for psykiske lidelser er avgjørende for hvilke tiltak som settes i verk, og mange fastleger gir uttrykk for at deres ansvar er å identifisere og sortere ut personer som har behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Hvilke tiltak kan man se for seg er foreslått for å øke presisjonen og kvaliteten i allmennlegetjenesten slik den er i dag? Europakommisjonen (2005) anbefaler at kapasiteten og kompetansen blir styrket. Når 100 allmennleger ble intervjuet (Mykletun et al., 2010) ønsket 4 av 10 mer kompetanse i diagnostisering og behandling av psykiske lidelser, mens nesten 6 av 10 ønsket økt kapasitet og bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette mente de selv om DPS og BUP både har økt dekningsgrad og kapasitet som en følge av Opptrappingsplanen (Andersson & Ådnes, 2006). Det har vist seg at opplæring i form av kurs alene ikke i særlig grad gir en slik kompetanseheving (Thompson et al., 2000). For diagnostisering angst og depresjon kan økt bruk av selvutfyllingsskjema sammen med allmennlegens klinisk skjønn medføre noe økning i presisjon og som er lite kostnadskrevende (Olsson et al., 2005). Helsedirektoratets arbeidsgruppe (2009) fremsetter et ønske om at videre- og etterutdanningen til for spesialiteten i allmennmedisin skal inkludere obligatoriske kurs i psykisk helse, noe den ikke gjør i dag (Aschim et al. 2010).

Gilbody et al. (2003) tror at man må gjennomføre store og drastiske endringer i tilnærmingen til psykiske lidelser (studien så på depresjon) i primærhelsetjenesten, både i forhold til organisering og

behandling, dersom potensialet for kvalitet skal nås. Blant annet foreslår de større bruk av flerfaglige team (hvor f eks allmennlege og psykolog/psykiater arbeider sammen), formell integrasjon av tjenester (f eks somatisk og psykiske helse) og kontinuitet i behandling. I tilfeller uten behov for langvarig utredning eller behandling kan også én fellestime mellom f eks allmennlege og psykiater gi positive resultater (Mouland & Kyvik, 2007). En nederlandsk studie tyder på god behandlingseffekt for somatoforme lidelser og depresjon når allmennlege deltar i samarbeidende psykiatriske konsultasjoner (van der Feltz-Cornelis et al., 2010).

1.8. Psykologer i kommunene

Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene skal i følge Helse- og Omsorgsplanen (2010–2011) omfatte forebygging, diagnostisering, funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering oppfølging, psykososial støtte og veiledning.

Psykologene har en allsidig utdanning innen psykisk helsefeltet for både voksne og barn/ungdom (Rodal & Frank, 2008). Sentralt i psykologarbeid står kunnskap om menneskelig fungering, om samspill og relasjoner, om sårbarhet, og forståelse av menneskets psykologiske utvikling og endring. Hovedkompetansen ligger i forhold til diagnostisering/utredning og behandling av alle typer psykiske lidelser, ruslidelser og psykisk utviklingshemninger. De skal beherske et bredt spekter av utredningsverktøy både i forhold til psykopatologi, evner og annen menneskelig fungering/funksjonsavvik. Et annet viktig spekter ved utdanningen er forståelse av normalpsykologi, så vel som psykopatologi. Dette gjør en psykolog i stand til å normalisere naturlige menneskelige reaksjoner i ekstreme situasjoner.

Tradisjonelt har psykologer jobbet i liten grad jobbet i kommunen (Major et al., 2011). Spesielt gjelder dette innen psykisk helse for voksne. Som en konsekvens av Opptrappingsplanens fokus på psykisk helse i denne sektoren, har psykologens rolle blitt belyst i større grad. Skal kommunens lavterskeltilbud innbefatte psykologer, eller skal denne profesjonen fremdeles brukes i neste ledd? De fleste rapporter (se for eksempel Brofoss & Larsen, 2009; Rodal & Frank, 2008) har konkludert med at psykologene har en viktig rolle å spille i det nye helhetlige Helsenorger (<http://helsenorge.no>) hvor kommunen og primærhelsetjenesten er sentrum. Dette fordrer et nytt spørsmål: Hvilken rolle skal de ha?

Ambulerende psykiatriske team fremstår som et mulig tiltak i følge regjeringens Helse- og Omsorgsplan (2011–2015). Disse teamene fungerer ofte som et bindeledd mellom

spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. De arbeider også ofte nært pasientene, med kortere ventelister. En annen mulig oppgave som regjeringen anser som mulig, er veiledning fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. En styrking av dette samarbeidet kan skje ved at f.eks. psykiater eller psykolog veileder fastlege eller annet helsepersonell i kommunen generelt om psykiske lidelser eller som en del av pasientens ansvarsgruppe. Det siste tiltaket som er forenelig med regjeringens tanker, er dersom psykologene bidrar som en del av lokalmedisinske senter i tett samarbeid med fastleger.

Det er satt i gang en del forsøksordninger med psykologer i kommunen (Rodal & Frank, 2008). Norsk psykiatrisk forening (2010) fremhever viktigheten med at disse samorganiseres med fastlegene for å få med det somatiske aspektet. Når psykologer arbeider i primærhelsetjenesten, vil det være ekstra viktig å huske på dette, all den tid også psykiatriske symptomer kan skyldes en rekke somatiske forhold. Ikke bare omvendt. Av tiltakene nevnt over knytter det seg i følge Folkehelseinstituttet særlig interesse for samlokalisering av fastlege og psykolog (Major et al., 2011). NOU 22 (2009) mener at en kommunal psykologtjeneste må til for at barn og unge skal få bedre tilgang til psykisk helsehjelp. De mener videre at det må utarbeides en handlingsplan for å utvide dette tilbudet, der rammene utvides vesentlig fra dagens nivå. Både PP-tjenesten, skolehelsetjenesten, skoler og barnehager vil kunne profittere på en felles psykologfunksjon.

1.9. Samarbeid mellom fastleger og psykologer

Hva vil man kunne oppnå med en slik ordning? Det vil kunne legge forholdene til rette for gjensidig faglig støtte og kunnskap mellom to profesjoner som i stor grad kompletterer hverandre. En nederlandsk studie har vist at en samarbeidsmodell mellom psykologer og leger i primærhelsetjenesten er mer kostnadseffektiv enn tradisjonell praksis med henvisning (van Orden et al., 2009).

I 2009 sendte Den Norske Lægeforening og Norsk psykologforening sammen et brev til Helse- og Omsorgsdepartementet. I dette brevet bekreftes behovet for en styrking av primærhelsetjenesten, og at fremdeles det er en skjevfordeling mellom ressursene der og de i spesialisthelsetjenesten. For å få til dette foreslås det «å utvikle et godt og hensiktsmessig samarbeid mellom fastleger og psykologer i kommunene». Delingen foreslås slik at fastlegene har det koordinerende ansvaret for personene på sin liste, men at psykologen skal utrede, diagnostisere og behandle psykiske problemer med selvstendig behandlingsansvar. Fremdeles bør en del, etter faglige begrunnelser gjort i samråd mellom psykolog og fastlege, henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Det pekes videre på at det

ikke er ønskelig med et mer fragmentert kommunehelsetilbud til personer med psykiske problemer. Et nært samarbeid mellom psykologer og fastleger, både i lokasjon og arbeidsform, vil derfor være gunstig. Psykologen vil i tillegg kunne være en viktig aktør i oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser, også etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne bidra til enklere og raskere tiltak i forhold til endring i sykdomsbildet, men også en større trygghet for pasienten. Begge disse konsekvensene vil kunne være positivt i forhold til å minske bruken av tvang i forhold til en veldig sårbar gruppe.

Frank og Rodal (2008) tenker seg et kommunalt helsesenter der psykologen er samlokalisert med fastlege, fysioterapeut, ergoterapeut, helsestasjon med flere, kan være en god arena for å yte lavterskeltilbud for barn, unge, voksne og eldre med psykiske lidelser og problemer.

Oppsummert ser man at Opptrappingsplanen for psykisk helse har bidratt med en nødvendig og positiv omstrukturering av psykisk helsevern, der særlig spesialisthelsetjenestene har blitt mer tilgjengelig for brukerne. Man ser derimot at det fremdeles er en rekke utfordringer knyttet til psykisk helsetjenester knyttet til kommunen. På tross av et ønske om styrking av feltet og behov for mer spesialisert kompetanse, er realiteten at fastleger er de som i hovedsak behandler psykiske lidelser. Dette gjelder særlig lettere psykiske lidelser som angst og depresjon som bare vil bli et økende problem i tiden fremover. Litteraturen viser at fastlegene har store utfordringer både ved diagnostisering og behandling av psykiske lidelser, og at medikamenter ofte blir eneste reelle behandlingsalternativ. Dette medfører at det fremdeles finnes et behov for en større omlegging av psykisk helsetjenester i kommunen. Psykologer har her blitt trukket frem som en gruppe som kan være med å bidra til økt kompetanse. Det er samtidig vanskelig å se for seg en stor restrukturering i allmennlegefunksjonen uten å samarbeide tett med fastlegene. Hvilke tiltak kan de se for seg i utformingen av fremtidens allmennpraksis? Hvilke utfordringer har de i forhold til psykiske lidelser og sammensatte pasienter? Ønsker de å samarbeide tettere med psykologer?

Min hovedoppgave vil handle om psykologer i primærhelsetjenesten; en studie om fastlegene kan tenke seg et tettere og mer allsidig samarbeid med psykologer enn slik det er i dag. Altså er hovedproblemstillingen: *Fastlegers syn på et tettere samarbeid med psykologer ved legesentra*. Delproblemstillinger er hvilken nytte, konflikter og utfordringer ser de i forhold til dette? I tillegg vil jeg ønske å få svar på fastlegenes opplevelse av egen trygghet i møte med psykiske lidelser, samt enkelte andre viktige tema knyttet til fastlegers møte med psykisk helse, som forskrivning av psykofarmaka, blandede (psykisk og somatisk) lidelser, tidsbruk/prioritering og møte med

spesialisthelsetjenesten. For å svare på dette har jeg valgt å utforme et spørreskjema med bakgrunn i de utfordringene som er aktuelle i forhold til psykisk helse i dagens fastlegesentra etter Opptrappingsplanen.

2. Metode

2.1. Deltakere

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden februar-mai 2011. Utvalget består av 300 tilfeldig uttrukne fastleger fra den offentlig tilgjengelige fastlegelisten MinFastlege (<https://tjenester.nav.no/minfastlege/innbygger/visloginside.do>). Dette har sammenheng med at fastlegelisten, som holdes av Legeforeningen, ikke er tilgjengelig for andre profesjonsgrupper. Hvert fylke er representert i utvalget med et antall som er proporsjonalt med det faktiske antallet på nevnte liste. Dette sikrer geografisk spredning, og et utvalg som reflekterer helheten best mulig. Det ble antatt at man naturlig får en tilfredsstillende kjønnsfordeling. Skriftlig informasjon om undersøkelsen ble lagt ved. Fastlegene ble kontaktet via epost funnet på norsk helsenett(nhn.no) med forespørsel om de ønsket å være med på undersøkelsen. De som responderte positivt på henvendelsen fikk tilsendt spørreskjema på valgfri måte (se nedenfor). Det viste seg imidlertid at mange ikke hadde registrert epostadresse. Dessuten tyder mye på at mange epostadresser ikke var i bruk. Disse fikk tilsendt spørreskjema pr post.

2.2. Spørreskjema og prosedyre

Spørreskjema ble gitt på to måter, med identisk innhold. Én nettbasert, ved bruk av verktøyet It'slearning (www.itslearning.no), og én papirutgave, distribuert med posten. Svarene fra papirutgaven ble punchet inn i nettverktøyet slik at all informasjon ble lagret i denne databasen. Dette sikrer trygg og anonym datalagring uten mulighet for å spore svarene til den enkelte deltaker. Alle har, så langt det har latt seg gjøre, fått distribuert den utgaven de har ønsket. Den elektroniske utgaven ble purret to ganger, mens den postale utgaven ikke ble det av kostnadmessige årsaker.

Jeg henvendte meg pr epost til regional etisk komité (REK) med hovedtrekkene i spørreskjemaet. REK fastslo at måten studien ble laget ikke krevde noen nærmere godkjenning. Hovedbegrunnelsen for dette var at undersøkelsen ikke tok i bruk noen personsensitive data.

Det ble lagt stor vekt på å lage skjemaet for undersøkelsen kort og konsist, for å sikre så høy svarprosent som mulig. Dette i særdeleshet fordi informantene gjerne er travle mennesker med behov for effektivitet. Spørsmålene ble formet for å få fastlegenes subjektive opplevelse i størst mulig grad. Tanken er at dette reflekterer holdningene fastlegene bedre enn objektive mål. Det ble

derfor i hovedsak brukt svaralternativer i form av 5-punkts Likert-skala. Dette gjør det enkelt for fastlegene å vurdere og lett å analysere. De demografiske variablene ble utformet av to hensyn. Først for å reflektere egenskaper ved fastlegene der man kan finne signifikante forskjeller. I tillegg var det nyttig å se om utvalget som deltok kan representere en populasjon av fastleger. Jeg tok delvis legeforeningens egen statistikk som utgangspunkt for disse variablene (<http://legeforeningen.no/id/18>). Spørsmålene rundt samarbeid mellom fastleger og psykologer var helt sentrale i undersøkelsen Disse ble plassert nær slutten av undersøkelsen, med hensikt, for at dette ikke ble for tydelig. Jeg ville ha tak i hvilke oppgaver fastlegene kunne tenke seg å samarbeide, med utgangspunkt i psykologers typiske psykologiske arbeidsoppgaver. Samtidig ville jeg finne hvilke ulemper et slikt samarbeid vil kunne medføre sett fra fastlegens syn. Mer generelle spørsmål om fastlegers trygghet ble stilt i forkant for å ikke påvirke disse spørsmålene. Her var det snakk om tryggheten for de mer overordnede oppgavene for fastleger; diagnostisering, behandling og henvisning, med utgangspunkt i psykiske lidelser. De siste viktige temaene i undersøkelsen var fastlegenes opplevelse av blandede lidelser (psykosomatiske o.l.), psykofarmaka og tidsbruk. Blandede lidelser er, som vi har sett, et område hvor det er mest naturlig for psykologer og fastleger å samarbeide. Hvorvidt fastlegene opplever slik problematikk vil være en viktig forutsetning for samarbeid med psykologer. Når det gjelder psykofarmaka, var jeg bare opptatt av angstlidelser og depresjon. Dette er de mest utbredte lidelsene, samt de lidelsene der psykologisk behandling ofte er å foretrekke. Tidsbruk ble antatt å være sentralt i forhold til bedring, med tanke på at vi vet at fastlegers tidsbruk er begrenset og at god behandling av psykiske lidelser tar tid. Det aller siste spørsmålet handlet om hvorvidt fastlegene liker å jobbe med psykiske lidelser. Dette ble det siste spørsmålet for å unngå at dette skulle påvirke svarene på de andre spørsmålene. Spørreskjemaet ligger som vedlegg.

2.3. Statistiske analyser

Statistiske analyser ble utført med SPSS versjon 17.0. Hoveddelen består av deskriptiv statistikk og en grafisk representasjon av denne. Kji-kvadrat brukes for å teste signifikante forskjeller mellom grupper. Korrelasjoner er gjennomført med Spearmans rho-korrelasjon. Signifikante korrelasjoner er flagget med * $p < 0.05$, ** < 0.01 , *** < 0.001 .

3. Resultater

I de tilfeller hvor oppgaven bruker begrepene stor og liten grad, er henholdsvis de to øverste og to laveste kategoriene lagt sammen. Utdanningsinstitusjon og type arbeidsplass er kategorier som ikke kan brukes i forhold til korrelasjoner. Av denne grunn brukes ikke disse kategoriene i analysene.

Spørsmålene om tidsbruk er utelatt pga tilbakemeldinger fra flere fastleger om at det er vanskelig å vurdere tidsbruken uten å bruke mye tid. Jeg har valgt å slå sammen aldersgruppene i mer hensiktsmessige grupper i forhold til analysering av data. Dett er gjort i etterkant av gjennomføringen av undersøkelsen, slik at resultatgruppene er noe annerledes sammensatt enn de opprinnelige. Den demografiske variabelen «når er du ferdig utdannet?» er utelatt fordi alder en lignende, men viser seg å være en bedre variabel. Når det gjelder samarbeidsvariabelen, så har jeg valgt å snu skalaen i forhold til spørreskjema for å mer naturlige sammenhenger i korrelasjonsanalysene.

Svarprosenten var 28% (N=85). Av respondentene var 44.6% kvinner og 55.4% menn.

		n	%
Kjønnsfordeling	Kvinne	37	44.6
	Mann	46	55.4
Aldersfordeling	Under 35 år	13	15.3
	36-45 år	23	27.1
	46-55 år	23	27.1
	Over 55 år	26	30.6
Bosted	Større by	25	29.8
	Mindre by	24	28.6
	Tettsted	18	21.4
	Bygd	17	20.2

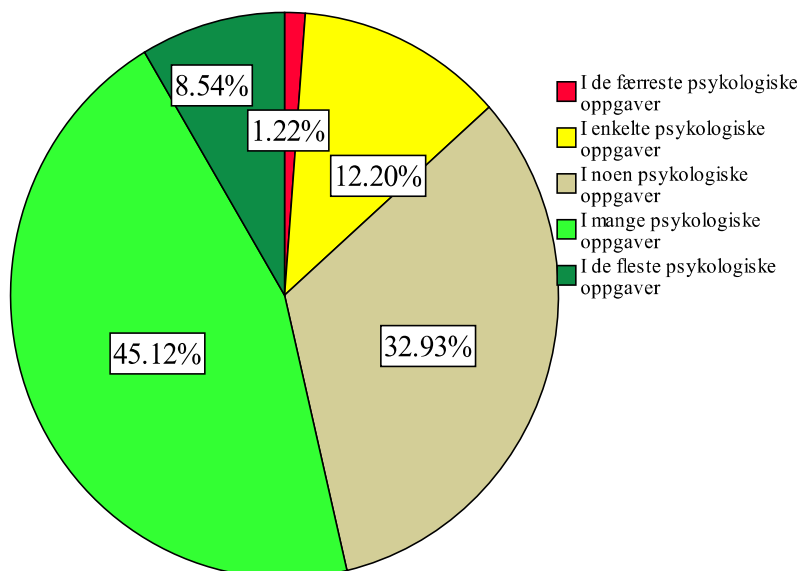
Utdannet	UiO	24	28.2
	NTNU	7	8.2
	UiB	12	14.1
	UiT	7	8.2
	Utlandet	35	41.2
Arbeidsplass	Legesenter med flere leger	71	83.5
	Eget legekantor	2	2.4
	Deler legekantor med én annen lege	11	12.9
	Helsesenter	1	1.2

Tabell 1: Demografiske variabler N=83-84

3.1. Samarbeid

Spm.:I hvilket omfang kan du tenke deg å samarbeide med en psykolog ved psykologiske oppgaver?

Signifikante forskjeller $K_{ji}(4)=55.74^{***}$. Resultatene fra Illustrasjon 1 viser at 53 % av fastlegeutvalget ønsker å samarbeide med en psykolog i stor grad ved psykologiske oppgaver, mens bare 1 % ikke ønsker noe samarbeid. Dersom vi ser på alle som ønsker å samarbeide ved noen psykologiske oppgaver eller mer, omfatter det 86 % av utvalget. Videre ser vi i Tabell 2 en svak negativ korrelasjon mellom kjønn, bosted og alder og samarbeid. Kvinner ønsker i noe større grad enn sine mannlige kolleger samarbeid med psykologer. Jo større sted eller yngre personen er, desto mer ønsker de samarbeid.



Illustrasjon 1: I hvilket omfang kan du tenke deg å samarbeide med en psykolog ved psykologiske oppgaver?

Tabell 2: I hvilket omfang kan du tenke deg å samarbeide med en psykolog ved psykologiske oppgaver? Korrelasjon.

Spm.: Kan du se for deg mulige psykologiske oppgaver hvor du vil samarbeide tettere med en psykolog?

Vi ser i Tabell 3 at et flertall ønsker tett samarbeid i forhold til diagnostisering og samtaleterapi ved kompliserte psykiske lidelser. I forhold til psykosomatisk utredning, samtaleterapi ved enkle psykiske lidelser og ansvarsgruppe rundt bestemte pasienter, ønsker rundt halvparten et tett samarbeid. Når det gjelder henvisninger til spesialisthelsetjenesten og diagnostisering av enkle psykiske lidelser, ønsker under 20 % samarbeid.

Korrelasjonene fra Tabell 3 viser en signifikant og moderat sammenheng mellom de som ønsker å samarbeide tett med psykologer og de som ønsker samarbeid om oppgaven psykosomatisk utredning. Lignende, men svakere korrelasjon, ser vi i forhold til diagnostisering av kompliserte psykiske lidelser og samtaleterapi ved enkle psykiske lidelser. Det er ingen signifikant korrelasjon med de andre oppgavene.

Spm.: Kan du se for deg mulige problemer ved å ha en psykolog i tettere samarbeid?

Resultatene fra Tabell 3 viser at ingen problemer kommer over 30 %. «Økt tidsbruk med koordinering av pasienter» og «ingen har et helhetlig bilde av pasientens tilstand», er problemene med høyest frekvens. Det er signifikante svake negative korrelasjoner mellom ønske om samarbeid med psykologer og feildiagnostisering av somatiske lidelser og mindre personlig kompetanse om psykiske lidelser. De andre korrelasjonene med er ikke signifikante.

Kan du se for deg mulige psykologiske oppgaver hvor du vil samarbeide tettere med en psykolog?

Samtaleterapi ved kompliserte psykiske lidelser	Diagnostisere kompliserte psykiske lidelser	Psyko-somatisk utredning	Henvising til spesialist-helsetjenesten	Samtaleterapi ved enkle psykiske lidelser	Diagnostisere enkle psykiske lidelser	Ansvarsgruppe rundt bestemte pasienter
74,10%	63,50%	48,20%	11,20%	49,40%	20,00%	46,50%
.043	.241*	.409**	.055	.206*	.176	-.019
Kan du se for deg mulige problemer ved å ha en psykolog i tettere samarbeid?						
Økende feil-diagnostisering ved somatiske lidelser	Mindre personlig kompetanse om psykiske lidelser	Mindre tilskudd	Økt tidsbruk i koordinering av pasienter	Mindre behandlings-kontroll for fastlegene	Økende feilbehandling ved somatiske lidelser	Ingen har et helhetlig bilde av pasientens tilstand
12,90%	11,80%	5,90%	30,60%	15,30%	11,80%	23,50%
-.224*	-.215*	-.009	-.117	-.121	-.089	-.126

Tabell 3: I hvilket omfang kan du tenke deg å samarbeide med en psykolog ved psykologiske oppgaver? prosent og korrelasjon.

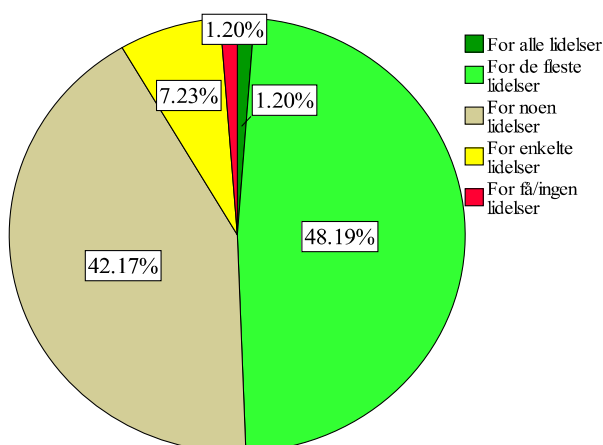
3.2. Trygghet

Spm.: I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet/grunnlag (tid, kompetanse osv) i forbindelse med..

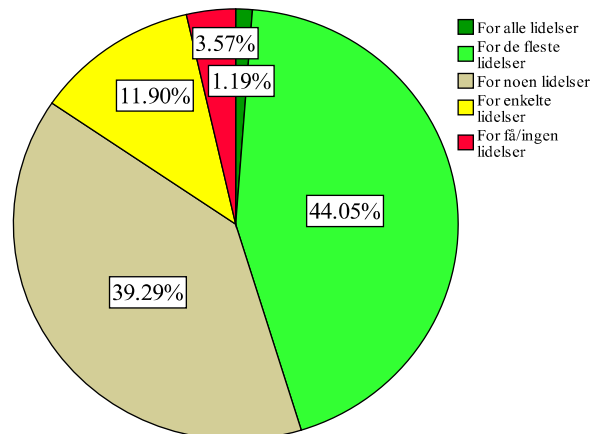
1.differensialdiagnostikk av psykiske lidelser? Signifikante forskjeller $K_{ji}(4)=89.47^{***}$. Vi ser av Illustrasjon 2 at halvparten av legene i stor grad opplever at de er trygge ved differensialdiagnostikk. 8 % opplever dette i liten grad. Vi ser i Tabell 4 signifikante svake negative korrelasjoner mellom alder og bosted og trygghet. Det betyr at fastleger ved større plasser og yngre alder er mindre trygge.

2. behandling av psykiske lidelser? Signifikante forskjeller $K_{ji}(4)=68.86^{***}$. Vi ser av Illustrasjon 3 at 45 % av fastlegene i stor opplever grad trygghet i forhold til behandling av psykiske lidelser. 15 % opplever i liten grad trygghet. Vi ser i Tabell 4 en signifikant svak negativ korrelasjon mellom alder og trygghet.

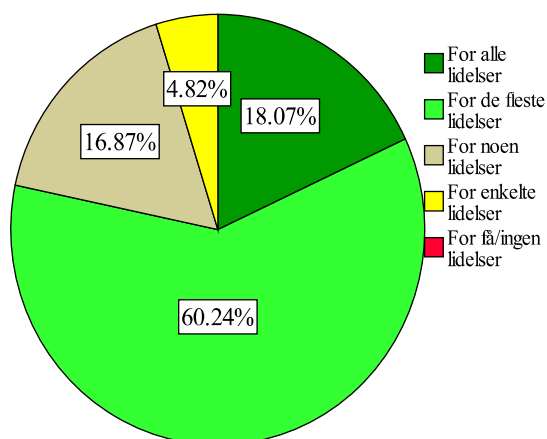
3. henvisning av psykiske lidelser? Signifikante forskjeller $K_{ji}(3)=58.54^{***}$. Vi ser av Illustrasjon 4 at 8 av 10 i stor grad opplever trygghet i forhold til henvisning ved psykiske lidelser. 5 % opplever liten grad av trygghet. Det er ingen som opplever fullstendig mangel på trygghet for henvisning av psykiske lidelser. Vi ser i Tabell 4 en signifikant svak negativ korrelasjon mellom alder og trygghet.



Illustrasjon 2: I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet ved differensialdiagnostikk?



Illustrasjon 3: I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet ved behandling?



Illustrasjon 4: I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet ved henvisning?

	Kjønn	Bosted	Alder
I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet ved differensialdiagnostikk	-.133	-.184*	-.240*
I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet ved behandling	-.174	-.121	-.267**
I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet ved henvisning	-.064	-.033	-.190*

Tabell 4: Korrelasjon trygghet og demografiske variabler

Vi ser i Tabell 5 en signifikant svak negativ korrelasjon mellom en opplevelse av å ha tilstrekkelig trygghet for henvisninger og et ønske om samarbeid med en psykolog. Det er også signifikante korrelasjoner mellom trygghet for diagnostisering, behandling og henvisninger. Det går derfor i retning av at det er de samme som opplever trygghet i alle situasjoner. Størst sammenheng finnes mellom diagnostisering og behandling, der korrelasjonen er moderat.

	1	2	3	4
1. I hvilket omfang kan du tenke deg å samarbeide med en psykolog ved psykologiske oppgaver?	1.000	.085	.143	-.228*
2. I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet ved differensialdiagnostikk	.085	1.000	.505**	.208*
3. I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet ved behandling	.143	.505**	1.000	.260**
4. I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet ved henvisning	-.228*	.208*	.260**	1.000

Tabell 5: Korrelasjon trygghet og samarbeid

Spm.:Hvilke tiltak anser du som mest fornuftige for å styrke allmennlegers trygghet i forhold til psykiske lidelser?

Vi ser i Tabell 6 at kursing (6 av 10) og tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten (7 av 10) er de de tiltakene flest fastleger ønsker for å øke sin egen trygghet i forhold til psykiske lidelser. Også telefonkontakt med psykiater og bruk av ambulerende psykiatrisk akutt-team kommer høyt på lista (5 av 10). En fysisk tilgjengelig psykolog kommer som nummer fem på lista (1 av 3).

	Kursing	Tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten	Økt fokus på psykiske lidelser i medisinstudiet	Telefonkontakt med psykolog	Telefonkontakt med psykiater	Ambulerende psykiatrisk akuttteam
n	51	64	17	23	45	41
%	60.0%	75.3%	20.0%	27.1%	52.9%	48.2%
	En fysisk tilgjengelig psykiatrisk sykepleier	En fysisk tilgjengelig psykolog	Færre pasienter på lista	Mer tid til konsultasjoner	Annet	
n	20	29	9	25	16	
%	23.5%	34.1%	10.6%	29.4%	18.8%	

Tabell 6: Hvilke tiltak anser du som mest fornuftige for å styrke allmennlegers trygghet i forhold til psykiske lidelser?

3.3. Henvisning

Spm.: Hvor ofte henviser du pasienter til spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser?

Signifikante forskjeller $K_{ji}(4)=65.53^{***}$. Resultatene viser at 24 % av utvalget opplever å henvise minst en gang i uka eller mer, hvorav 6 % opplever å henvise flere enn 2 ganger i uka. 1 av 2 henviser noen ganger i måneden, mens den siste firedelen henviser 1 gang eller sjeldnere.

Spm.: I hvilket omfang opplever du at pasienter som henvises videre til spesialisthelsetjenesten (innen psykiatri) får avslag?

Signifikante forskjeller $K_{ji}(4)=50.24^{***}$. Nesten 12 % opplever ofte at deres henvisninger blir avvist, mens nesten 45 % opplever dette i liten grad.

Tabell 7 viser en signifikant og svak korrelasjon for at fastleger på mindre plasser opplever at de henviser oftere enn fastleger ved større plasser. Når det gjelder avvísninger er det en signifikant moderat korrelasjon som går andre veien. Det er ingen signifikante alders- og kjønnskorrelasjoner. Det er en svak signifikant korrelasjon mellom henvisningsgrad og avvísningsgrad.

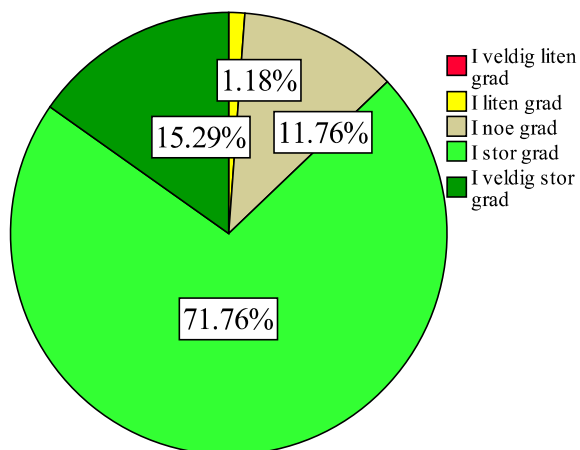
	Kjønn	Bosted	Alder	Hvor ofte henviser du pasienter til spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser?	I hvilket omfang opplever du at pasienter som henvises videre til spesialisthelsetjenesten får avslag?
Hvor ofte henviser du pasienter til spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser?	-.117	.232*	.140	1	-.213*
I hvilket omfang opplever du at pasienter som henvises videre til spesialisthelsetjenesten får avslag?	.031	-.452**	-.126	-.213*	1

Tabell 7: Korrelasjoner; henvisning, avvísning og demografiske variabler

3.4. Sammensatte/blandede lidelser

Spm.: I hvilket omfang erfarer du å møte pasienter med blandet problematikk? (Herunder kommer alle tilstander hvor det samtidig er innslag av psykisk og somatisk problematikk/symptom som f eks psykosomatikk, somatoforme lidelser, smerter med depresjon/angst osv).

Signifikante forskjeller $K_{ji}(3)=102.81^{***}$. Vi ser i Illustrasjon 5 at 88 % opplever å møte blandet problematikk i stor grad. 1 % opplever å møte blandet problematikk i liten grad, hvorav ingen opplever å møte det i veldig liten grad.



Illustrasjon 5: I hvilket omfang erfarer du å møte pasienter med blandet problematikk?

Spm.: Hvordan behandler du slike blandede tilstander? Prioritert rekkefølge.

	Den somatiske tilstanden	Den psykiske tilstanden med medisinsk behandling	Den psykiske tilstanden med psykologisk behandling	Henviser til somatisk spesialisthelsetjeneste	Henviser til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste
Gj.snitt	1,63	2,69	2,2	3,82	3,73
Modus	1.00	3.00	1.00	4.00	5.00
SD	.93552	.87164	1.31519	1.01854	1.33604

Tabell 8: Hvordan behandler du blandede tilstander? (i prioritert rekkefølge)

3.5. Psykofarmaka

Det ble klart at spørsmålene om psykofarmaka som første eller eneste del av behandlingen ble for uklare til at det ga noen gode svar i forhold til intensjon. Flere leger kommenterte disse spørsmålene konkret. Jeg har derfor valgt å ikke inkludere dette i analysen.

Vi ser i Tabell 9 at nesten 6 av 10 fastleger forskriver psykofarmaka for affektive lidelser i stor grad, mens litt over 4 av 10 forskriver psykofarmaka for angstlidelser i stor grad. For affektive lidelser opplever tilsvarende antall (6 av 10) stor grad av langtidseffekt av medikamentene, mens man ser at fastleger som opplever stor grad av langtidseffekt i 3 av 10 tilfeller. Ser man alle som opplever noen grad av langtidseffekt eller mer er tallet 8 av 10. Nesten 10 % av fastlegene forskriver nesten alltid psykofarmaka mot affektive lidelser.

Tabell 10 viser en signifikant moderat korrelasjon mellom grad av forskriving av psykofarmaka for både depresjon og angstlidelser og opplevelse av langtidseffekt av medikamentene. Det finnes også en signifikant svak korrelasjoner mellom fastleger som forskriver psykofarmaka for affektive lidelser og fastleger som forskriver psykofarmaka for angstlidelser.

	Nesten aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Nesten alltid
I hvilken grad forskriver du psykofarmaka som en del av behandlingen ved affektive lidelser?	1.2%	4.8%	35.7%	48.8%	9.5%
I hvilken grad opplever du tilfredsstillende langtidseffekt av medisinene (mot affektive lidelser)?	0.0%	2.4%	38.6%	57.8%	1.2%
I hvilken grad forskriver du psykofarmaka som en del av behandlingen ved angstlidelser?	4.8%	6.0%	45.2%	41.7%	2.4%
I hvilken grad opplever du tilfredsstillende langtidseffekt av medisinene (mot angst)?	4.8%	13.3%	48.2%	32.5%	1.2%

Tabell 9: Bruk av psykofarmaka mot angst og depresjon

	1	2	3	4
1. I hvilken grad forskriver du psykofarmaka som en del av behandlingen ved affektive lidelser?	1.000	.501**	.220*	.135
2. I hvilken grad opplever du tilfredsstillende langtidseffekt av medisinene?	.501**	1.000	.246*	.282**
3. I hvilken grad forskriver du psykofarmaka som en del av behandlingen ved angstlidelser?	.220*	.246*	1.000	.496**
4. I hvilken grad opplever du tilfredsstillende langtidseffekt av medisinene?	.135	.282**	.496**	1.000

Tabell 10: Korrelasjoner; psykofarmaka: bruk og langtidseffekt

4. Diskusjon

Målet med undersøkelsen har vært å undersøke om fastleger ønsker å samarbeide tettere med psykologer ved fastlegesentra. Bakgrunnen er prosjektene som er under utprøving der psykologer er samlokalisert ved fastlegesentra, og nasjonale retningslinjer som antyder at dette er en mulig vei videre for å forsterke psykisk helse i primærhelsetjenesten.

4.1. Samarbeid

Det viktigste funnet er at et stort flertall av fastlegene ønsker å samarbeide tettere med en psykolog ved psykologiske oppgaver. Halvparten sier sågar at de ønsker samarbeid i mange oppgaver. Noen grupper ønsker mer samarbeid enn andre. Kort sagt dreier det seg om yngre kvinner i en større by. Med tanke på at de yngre ønsker mer samarbeid, er det grunn til å tro at dette er en ny trend for fastlegene der bevisstheten rundt psykiske lidelser er større. Det kan samtidig reflektere at yngre fastleger er mer usikker på oppgavene, og derfor ønsker mer samarbeid. At flere ønsker samarbeid på større plasser, sammenlignet med mindre, kan ha en sammenheng med at det er mer naturlig for dem å tenke seg et mulig samarbeid. Det kan være noe enklere å rekruttere psykologer til større plasser enn mindre. Dette kan være en berettiget frykt. Flere andre kommenter at de ønsker samarbeid med psykologer, men at de opplever problemer med tilgjengeligheten slik ordningen med spesialisthelsetjeneste og private psykologer er i dag. En sier:

«Generelt synes jeg at ventetider for å komme til behandling i 2. linje (psykolog, psykiater osv) er veldig lang, særlig hvis en antar at den som er henvist har det psykisk tungt.»

En annen sier:

«Årsak til at jeg sjelden henviser til psykolog, er at det er praktisk talt umulig å få time hos psykolog med driftstilskudd i den regionen der jeg jobber. Ventetiden kan være på flere måneder. Dette er et stort problem når mine pasienten har akutt behov for noen hyppige samtaler ved akutte psykiske problemer.»

Fastlegene i denne undersøkelsen ønsker hovedsakelig samarbeid i forhold til mer kompliserte oppgaver, som vanligvis forbindes med arbeidet til en psykolog i spesialisthelsetjenesten; utredning

og behandling av kompliserte lidelser som for eksempel bipolar lidelse, personlighetslidelser eller psykoser/schizofreni. Behandling av flere av disse bør kanskje skje på spesialisthelsetjenestnivå, men særlig utredning og differensialdiagnostikk på et tidlig tidspunkt øker sannsynligheten for at man tidlig finner rett behandling til rett tid. Det at mange ønsker samarbeid i forhold til «samtaleterapi ved kompliserte psykiske lidelser», samtidig som det ikke eksisterer noen korrelasjon med samarbeid generelt, tyder på at de fleste synes samarbeid om denne oppgaven er viktig uavhengig om de generelt sett ønsker mye samarbeid. Selv om de fleste i denne undersøkelsen ikke ønsker samarbeid i forhold til henvisning, uavhengig av generelt ønske om samarbeid, så vil en bedre utredning ved fastlegesentra kunne øke presisjonen i henvisningene slik at man kan unngå dobbeltarbeid i spesialisthelsetjenesten. Mange ønsker også samarbeid i forhold til psykosomatisk utredning og behandling av enklere psykiske lidelser som for eksempel depresjon og angst. Dette er oppgaver man naturlig tenker bør skje på primærhelsenivå i stedet for spesialisthelsetjeneste. Særlig er psykosomatisk utredning og behandling en oppgave som bør utnytte kompetanse fra begge profesjoner samtidig, selv om helheten ved slik oppfølging også med fordel bør brukes i de fleste psykisk helse-oppgaver.

Det fremgår ingen vesentlige problemer knyttet til et økt samarbeid, selv om noen er redd for at samarbeidet med psykologer kan føre til at fastlegen mister sitt helhetlige perspektiv og at koordineringen av pasientene mellom fastlege og psykolog tar bort tid fra direkte pasientrettet arbeid. Dette er viktige potensielle problemer i forhold til samlokaliserte psykologer, og senere undersøkelser bør avdekke tiltak for å minimere dem. Likevel er det bare 3 av 10 som tenker dette kan bli et problem. På den andre siden er det mulig å tanke at fastlegene for mer tid til mer til indirekte pasientarbeid, i tråd med Samhandlingsreformen. Det virker sannsynlig at fastlegene får bedre pasientkontroll med samlokaliserte psykologer i forhold til andre modeller for psykisk helse i kommunen. En fastlege kommenterer sin bekymring slik: «samarbeid tett med psykolog vil sannsynligvis øke henvisningsgraden og dermed trekke mer ressurser ut av 2.-linjetjenesten.» Dette tenker jeg er en unødvendig bekymring. En psykolog ved fastlegesentra vil heller føre til at flere pasienter behandles på primærhelsenivå, noe som vil frigjøre ressurser i spesialisthelsetjenesten.

To fastleger oppsummerer hvordan det virker veldig mange fastleger tenker om samarbeid med psykologer:

«Ser ingen problemer i et samarbeid med psykolog. Dessverre har vi i mitt fylke for få psykologer. Unntaket er innenfor barne- og ungdomspsykiatrien der jeg har stor nytte og godt samarbeid med psykolog tilknyttet PP-tjenesten i kommunen.»

«... jeg vil ikke forvente særlig mye problem ved et samarbeide med psykolog ved senteret. Samarbeidet vil avhenge av både psykolog, lege og de gitte rammebetingelser for begge. Jeg ville i utgangspunktet være positiv til et samarbeid med psykolog ved vårt senter.»

4.2. Trygghet

I forhold til fastlegers trygghet gir svarene ingen entydige resultater, selv om mange opplever trygghet. Det er stor variasjon i opplevd trygghet i forhold til psykiske lidelser, særlig i forhold til differensialdiagnostikk og behandling av psykiske lidelser. En fastlege setter ord på hvordan han opplever sin utrygghet:

«De alvorligste psykiske lidelser som psykoser og alvorlige depresjoner mottas ved psykiatrisk poliklinikk, men lettere psykiske lidelser blir jeg ofte sittende med alene selv om pasientene har behov for samtaleterapi i større grad enn jeg har tid/kompetanse til å gi. Er svært frustrerende at det skal være så vanskelig å få pasienter videre i systemet, betyr ikke at jeg ikke liker slike pasienter/problemer eller ikke ønsker å jobbe med dem, men er ofte behov for større samtalevolum enn jeg kan gi.»

Dette støtter antakelsen om at det har skjedd et løft i forhold til alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser, men at gruppen med mindre alvorlige lidelser fremdeles faller gjennom mellom primærhelsenivå og spesialisthelsenivå.

Når det gjelder henvisninger, virker det som om trygghet er en mer gjennomgående opplevelse. Dette gjenspeiler kanskje at henvising til mer spesialiserte tjenester er en viktig del av en fastleges arbeid, og at dette er noe de opplever at de behersker uavhengig av problematikk. Det virker likevel som om det er et potensiale for å øke tryggheten i forhold til diagnostisering og behandling.

Sammenhengene i korrelasjonene tyder også på at det er stor grad av variasjon mellom fastlegene når det gjelder trygghet. Slik jeg tolker resultatene er det gjerne de samme fastlegene som er trygge uansett. Dette er en sammenheng som kommer klarest frem i mellom diagnostisering og behandling, hvor variasjonen er større enn ved henvising. Det fremkommer også små aldersforskjeller, hvor yngre er mindre trygge enn eldre leger. Dette er en sammenheng man på forhånd kunne anta. Det som er mer overraskende er at det eksisterer en korrelasjon mellom større plasser og mindre trygghet ved diagnostisering (den samme ikke-signifikante tendensen finner jeg også ved behandling). Det er ingen korrelasjon mellom alder og bosted, så jeg kan utelukke det som en sammenfallende variabel. Jeg tolker dette som at fastleger (pasienter) på større plasser har større tilgang på spesialisthelsetjenesten, noe som gjør at fastlegene opplever mindre behov for grundig diagnostisering og behandling. I lys av dette kan vi huske at fastlegene på større plasser opplever fler avvísninger. Hvis mange som burde bli behandlet på primærhelsenivå henvises videre, vil en del av disse bli avslått.

Den eneste klare sammenhengen mellom samarbeid og trygghet finnes ved henvisinger. Disse resultatene tolker jeg som at de fastlegene som er utrygge i forhold til henvisinger, ønsker mer samarbeid. Ellers er det ingen sammenhenger mellom trygghet og samarbeid. Sett til sammen betyr dette i mine øyne at det er ganske tilfeldig hvor flink en fastlege er i forhold til psykiske lidelser. Det er viktig å bemerke at det ikke nødvendigvis er slik at de som opplever trygghet i realiteten er dyktigere enn de som ikke opplever trygghet. F.eks. er det naturlig å anta at enn del personlighetskomponenter antakelig spiller inn. Jeg tror likevel det er en viss sammenheng mellom opplevd trygghet og dyktighet. Å ha en psykolog å støtte seg på vil i alle fall kunne øke denne tryggheten, noe som uansett vil komme pasientene til gode.

Av fastlegene ønsker 1 av 3 å ha en fysisk tilgjengelig psykolog. Med tanke på resultatene om samarbeid virker dette noe merkelig, men det kan være at en del har tenkt at en fysisk tilgjengelig psykolog ikke direkte gir dem trygghet i form av egen kompetanse. Dette reflekterer også tiltakene mange har valgt, der for eksempel kursing og samarbeid med og veiledning av spesialisthelsetjenesten er mest fremtredende. Noen vil kanskje synes det er vanskelig å se for seg et system som er totalt forskjellig fra det de har i dag. Motstand mot endring er veldig vanlig, og graden avhenger mye av individuelle disposisjoner (Saksvik & Hetland, 2009). I dag er spesialisthelsetjenesten deres samarbeidspartner i forhold til psykiske lidelser, og mange vil antakelig gå ut ifra denne rammen.

4.3. Henvisning

Funn i forhold til henvisnings- og avvisningsgrad antyder at det er stor variasjon blant fastlegene. Dette kan reflektere egenskaper ved spesialisthelsetjenesten i deres region (manglende kapasitet). Dette stemmer overens med funn vi har sett i forhold til ventelistebrudd o.l. Dette kan og reflekter egenskaper ved henvisningsprosessen til den enkelte lege (som tidligere diskutert i forbindelse med trygghet). Dersom noen fastleger henviser (og diagnostiserer) pasienter som ikke tilfredsstiller spesialisthelsetjenestens kriterier for rett til helsehjelp, vil disse som regel få avslag eller i beste fall få returnert henvisningen for ytterligere opplysninger. I motsatt fall vil en fastlege som bare henviser i alvorlige tilfeller oppleve at de aller fleste henvisningene aksepteres. På begge sider er det altså fallgruver. Kommentaren til fastlegen som uttalte seg om trygghet passer også inn her. Spesialisthelsetjenesten har mange plasser allerede opplevd kutt, og det forventes at flere saker behandles av kommunen eller av fastlege. Dette medfører antakelig at flere opplever avvisninger i en del tilfeller der det gjelder henvisning av lettere angstlidelser, depresjon eller samtaler uten

konkret psykisk lidelser (som f eks sorgarbeid). Samtidig har ikke fastlegene kapasitet til å ta i mot alle henvendelsene, og opplever ikke nok støtte fra kommunen, En fastlege sier det slik:

«Hovedproblem nummer to er et fraværende tilbud innenfor kommunens oppfølgingstjeneste for spesielt eldre med samtalebehov. Er kun alvorlige psykiske lidelser, f. eks etter innleggelse, og rusmisbrukere som prioriteres av kommunens oppfølgingstjeneste.»

Det er sannsynlig at denne gruppen i større grad kan ivaretas av en samlokalisert psykolog.

Tallene tyder på at fastleger på små plasser henviser mer, mens de på større plasser opplever mer avvísninger. Dette kan tolkes dit hen at fastleger i byer opplever at de henviser mindre til spesialisthelsetjenesten fordi de er vant til å få mange henvisninger avslått. Det kan også tolkes slik at det er mindre kompetanse om psykiske lidelser på mindre plasser, slik at de oftere henviser og har et bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Resultatene antyder også at noen henviser for mye og andre for lite. Det er naturlig å tenke at dette delvis gjenspeiler at de ulike fastlegene har ulik interesse og kompetanse for psykiske lidelser. Det kan også virke som om en del fastleger opplever større trygghet med henvisninger enn den faktiske dyktigheten (jf. avvísninger) tyder på. Uansett tyder resultatene på at en del pasienter som fastlegene tenker at de selv ikke har kapasitet, trygghet, tid eller annet ikke ivaretas av spesialisthelsetjenesten i første instans, slik systemet er i dag. Dette er antakelig rett vurdert. Samtidig bør det eksistere et bedre tilbud for disse på primærhelsenivå generelt, men på fastlegesentra spesielt. Vi har sett at psykologer, i stor grad, allerede har kompetanse til å gi tilstrekkelig trygghet, slik at fastlegene raskt kan tilby et fullgodt behandlingsopplegg.

4.4. Blandede lidelser

Som forventet opplever de aller fleste fastlegene veldig ofte å møte pasienter med både psykisk og somatisk problematikk samtidig. Ingen fastleger opplever å møte dette i veldig liten grad. Dette er i tråd med det andre studier som har målt faktisk brukt tid. Sentraltendensen viser at fastlegene som oftest ønsker å behandle den somatiske problematikken i første omgang, tett etterfulgt av det som går på den psykiske delen med psykologiske virkemiddel. Dersom ikke dette er nok, vil fastlegene ønske å bruke medisinsk behandling i forhold til den psykiske problematikken. Er ikke dette tilstrekkelig, vil de først som regel henviser til mer grundig somatisk utredning. Til slutt vil de ønske å henviser til psykisk spesialisthelsetjeneste. Det er viktig å huske at legene antakelig til en viss grad vil variere når de setter inn hvilke tiltak i forhold til helhetsbildet til den konkrete blandede problematikken. Det fremgår av prioriteringen at den somatiske og psykiske tilstanden vurderes som omtrent like viktige, noe som kan ansees som et tegn på at fastlegene ser viktigheten av å tilnærme seg begge deler samtidig. Hvorvidt dette skjer i praksis er vanskelig å spekulere i.

4.5. Psykofarmaka

Funnene fra undersøkelsen tyder på utbredt bruk av psykofarmaka i behandlingen av både affektive lidelser og angstlidelser. Det er mulig å stusse litt på at så mange som 8 av 10 opplever *langtidseffekt (noen ganger eller mer)* for psykofarmaka mot angst. Spesielt sett i lys av at benzodiazepiner, som vi tidligere har sett er det mest utbredte legemiddelet, i liten grad gir noen langtidseffekt og ikke anbefales brukt (se for eksempel Cloos & Ferreira, 2009). Undersøkelsen skiller ikke mellom bruk av for eksempel benzodiazepine og SSRI som en del av angstbehandlingen. Det hadde vært spennende å se om det er forskjeller mellom disse gruppene. Det er også noe overraskende at nesten 10 % av fastlegene nesten alltid forskriver psykofarmaka mot affektive lidelser, med tanke på at andre behandlingsformer som kognitiv atferdsterapi i mange tilfeller gir like god effekt, særlig ved mildere depresjon (Thase et al., 1997). Noen antyder at psykofarmaka ikke bør brukes i alle tilfeller eller stadier (Otto et al., 2005), mens en andre antyder at bruke av psykofarmaka gjør depresjonen verre for enkelte (Fava, 2003). Det er til en viss grad de samme som forskriver mye psykofarmaka både for angst og depresjon. På mange måter støtter funnene opp om tidligere studier om overbehandling i form av psykofarmaka.

4.6. Metodiske begrensninger

En viktig metodisk begrensning ved denne studien er det lave antallet personer som har besvart. Gjennomsnittlig svarprosent i lignende studier er vanligvis rundt 50 % (van Horn et al., 2009). Resultatene må dermed fortolkes med forsiktighet, selv om man kan tenke at allmennleger vil ligge litt under dette estimatet. I denne studien vil den reelle svarprosenten være noe vanskelig å avgjøre siden jeg ikke vet helt sikkert om alle de aktuelle personene faktisk svarte på spørreskjemaet eller reelt mottok det (jf. to utsendelsesmetoder). Det var et inntrykk at en del på fastlegelisten ikke lenger var ansatt ved det legekantoret de sto oppført. Man derfor kan anta at den reelle svarprosenten er noe høyere. Pga et kostnadsspørsmål var det ikke aktuelt å sende ut undersøkelsen flere ganger pr post, selv om dette antakelig ville økt responsraten betraktelig (Barclay et al., 2002). Når svarprosenten er såpass lav, vil det øke sannsynligheten for systematisk frafall. Sammenligninger mellom de demografiske variablene i studien og statistikk fra Legeforeningen gir en pekepinn på om det eksisterer forskjeller (<http://legeforeningen.no/id/18>). Statistikken viser at 44,9 % av legene er kvinner, noe som er tett opp mot studiens utvalg (44,6 %). Ser man på utdanningsinstitusjon er det verdt å merke seg at studien har 41,2 % utdannet fra utlandet, noe som virker høyt. Statistikken viser at 37,4 % av allmennlegene er utdannet i utlandet, noe som er litt lavere enn studien. Det er likevel ikke så stor forskjell at man kan tenke seg at det har påvirket studien. Innbyrdes mellom de

norske universitetene er resultatene tilsvarende. Sammenlignet med aldersstatistikk fra 2002 er alderen for leger generelt ganske lik med det fra studien. Nesten tilsvarende tall er 19,0 % for leger under 35, 26,0 % mellom 35 og 44 år, 27,1 % mellom 45-54 og 27,8% for leger som er 55 år og oppover. I studiens utvalg er det det en liten forskyvning mot yngre leger i forhold til statistikken, men tendensen er den samme. Statistikken for legenes sentralitet i kommunehelsetjenesten fra 2009 er gradert i fire grupper; fra minst sentral til særlig sentral kommune. Dette tilsvarer noenlunde gruppene i studien. I følge statistikken arbeider 12,9 % i de minst sentrale kommunene, 7,1 % i de mindre sentrale kommunene, 17,1 % i de sentrale kommunene, mens 62,9 % arbeider i særlig sentrale kommuner. Dette skiller statistikken mye fra studiens utvalg. Det er vanskelig å vite om de store forskjellene skyldes at det er systematiske forskjeller eller om det skyldes at man måler forskjellige ting. I verste fall betyr det at færre leger fra særlig sentrale strøk har svart på undersøkelsen. Definisjonen til SSB for sentralitet handler om hvordan en kommune ligger geografisk i forhold til tettsteder av forskjellige størrelser. Med tanke på at de fleste mennesker bor og arbeider i kommuner i tilknytning til det sentrale Østlandet, vil antakelig mange flere inngå i denne definisjonen enn de som faktisk bor i enn større by. Samlet sett er det grunn til å anta at dette utvalget ikke skiller seg fra den generelle populasjonen i særlig grad.

Videre er det verdt å merke seg at mange (ca 15 %) ikke har besvart spørsmålene om prioritering av behandling av blandet tilstand. Dette kan redusere validiteten til funnene ved dette spørsmålet. Bruk av pilotstudie eller fokusgruppe på forhånd hadde kanskje bidratt til å gjøre spørreskjemaet enda mer spisset mot problemstillingen, og for å være sikker på at spørsmålene ble forstått etter intensjonen. Dette ble vurdert på forhånd, men nedprioritert av ressursmessige hensyn.

4.7. Samlokalisering

Vi har sett at de fleste fastlegene i denne undersøkelsen ønsker tettere samarbeid med psykologer i forhold til en rekke psykologiske oppgaver, og at fastlegene med dagens ordning har en rekke utfordringer knyttet opp mot særlig diagnostisering og behandling av psykiske lidelser. Dette støtter i stor grad opp om tanken om at psykologer bør være samlokalisert med fastlegene i fastlegesentra. Videre følger diskusjon om fordeler og barrierer knyttet til dette, samt noen forslag knyttet til hverdagen til den «nye» allmennpsykologen.

4.7.1. Fordeler ved samlokalisering

Det å være samlokalisert kan gi en rekke fordeler. Gunn og Blount (2009) mener det at psykologen og legen raskt og enkelt kan kommunisere bidrar til at man sparer mye tid i forhold til henvisninger, ventelister osv. Psykologen kan raskt gå inn å se hvorvidt man skal følge opp i forhold til psykiske plager. Samtidig forteller de at det vil gjøre det enklere både for psykologen og legen å gi en

biopsykososial forklaring på lidelsen, særlig i forhold til kroniske, somatiserende/somatoforme lidelser, og forebyggende tiltak som for eksempel røyking, alkohol og fedme, men også i forhold til å mestre andre somatiske plager.

4.7.2. Barrierer ved samlokalisering

Helsedirektoratets rapport om psykologer i kommunen (Rodal & Frank, 2008) påpeker at en av utfordringene til psykologer som skal arbeide i kommunen er å unngå for uklare og vide arbeidsoppgaver. Ved å arbeide i fastelegesentra vil dette naturlig spisses gjennom fastlegenes eksisterende posisjon. Rapporten forteller videre at psykologer i kommunen ofte behøver noe tid før tilbudet blir kjent og folk begynner å bruke det. Som en del av fastelegesentra vil det bli enklere for psykologen å synliggjøre sine tjenester gjennom allerede eksisterende kanaler.

Det finnes også enkelte mulige barrierer som bidra til å vanskeliggjøre samarbeidet mellom psykologer og fastleger. Det er tidligere omtalt tradisjonelle forskjeller i behandlingsfilosofi. Dersom behandlerne har vansker med å se på problemene/symptomene på samme måte, vil det være vanskelig å samarbeide om behandling. Vi har heldigvis sett en klar tendens til at de to profesjonene i større grad har nærmet seg hverandres tilnærming, hvor den biopsykososiale modellen og mer holistiske tankegangen blir mer rådende (Ringén, 2007). En annen mulig barriere er behandlingsfokus (Gunn & Blount, 2009). Medisin har tradisjonelt lagt vekt på handling mer enn diskusjon og dialog; en tankegang også pasienter er vant til. I mange tilfeller er pasientene misfornøyde dersom de drar fra legen uten en resept, en diagnostisk test eller henvisning til spesialisthelsetjeneste. Psykoterapi handler i større grad om å fasilitere pasientens egne endringsprosesser, og at dette er like viktig som å gi pasienten én enkelt løsning. Det blir antakelig viktig for psykologer som jobber tett med fastlegene å delvis tilpasse seg disse forventningene. Dette må dog ikke gå ut over de viktige prosessene som gjerne skjer over tid i psykoterapi, og det blir nødvendig å finne et kompromiss mellom disse og klarheten/tydeligheten som kjennetegner medisin. Den siste barrieren er enklere å komme over. Begge profesjoner har en egen sjargong som er selvfølgelig for dem selv, men som kan kreve «oversettelse» for den andre parten. Gjennom kurs, åpen dialog o.l. vil det etter hvert bli lettere å snakke sammen også uten tilpasning.

Helsedirektoratets rapport (Frank & Rodal, 2008) sier det vil kunne bli en utfordring å treffe rett pasient med rett nivå og rett profesjon dersom flere aktører blir involvert, og primærhelsetjenesten får mer ansvar for psykisk helse. Det vil antakelig bli viktig med klare samarbeidsrutiner og retningslinjer både i forhold til utredning, behandling, henvisning og oppfølging, slik at man unngår kaos. At kommunehelsetjenesten blir lovpålagt grunnansvaret for psykiske lidelser vil

forhåpentligvis hjelpe på dette. Rapporten foreslår for eksempel at de lette og moderate psykiske lidelser og problemer bør følges opp i primærhelsetjenesten, mens lidelser med alvorlige lidelser med større behandlingsbehov henvises til spesialisthelsetjenesten. De foreslår også at det vanligvis bør være en tidsbegrensing for behandling som skjer på primærhelsenivå (5-10 konsultasjoner). Utgifter knyttet til etablering av psykologer i fastlegesentra vil også kunne være betydelig, og vil kunne medføre en potensiell hindring for å knytte til seg psykolog. Denne undersøkelsen har vist at fastleger på mindre plasser ønsker mindre samarbeid, og at dette kan skyldes vansker med å rekruttere psykologer hit. Økonomiske incentiver bør derfor vurderes, enten som øremerkede midler fra kommunen eller som støtte til de ulike sentra. Tanken om statlige driftsstøttede psykologhjemler der psykologen arbeider som selvstendig næringsdrivende etter fastlegemodellen, bør også kunne vurderes å raskt etablere nye psykologer i sentra. Det siste som kan bli et problem er i utdanning og faggrupper. Det pekes på at psykologer som arbeider alene og i kommunen, ikke nødvendigvis har mulighet til faglig diskusjon eller til å starte spesialistutdanning. For å unngå at disse psykologene stagnerer faglig anbefales det at det dannes fagnettverk, i tillegg til større samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med spesialisering. Dersom man også får i stand en «allmenpsykologspesialisering» vil dette følge automatisk.

4.8. Den «nye» psykologen

En mulighet er å bruke suksessen fra fastlegeordningen til å modellere den nye psykologens hverdag; allmenpsykologen. Hver pasient har en fast psykolog som kommer i tillegg til fastlegen, og i mange tilfeller vil kunne følge en bestemt fastlege direkte. Disse samarbeider tett sammen, og gjerne samlokalisert for å skape et helhetlig tilbud for pasientene. Finansieringen av psykologens virksomhet vil i så måte være en viktig faktor for å kunne gjennomføre en slik reform. Helsedirektoratet ønsker å utrede hensiktsmessigheten av å bruke driftstilskudd, trygdefinansiering og egenandeler slik som fastlegene har i dag (Rodal og Frank, 2009). Dette støttes av legeforeningen og psykologforeningen (2009), som mener en slik ordning «vil kunne sikre stabilitet og styring av innholdet». Sven Conradi (2008) beskriver to oppgaver for en psykolog i samarbeid med fastlegen; i behandling av vanlige psykiske lidelser og atferdsmodifiserende råd og veiledning. NOU 22 (2009) foreslår at psykologens funksjon bør være tverrsektoriell med oppgaver knyttet til veiledning, rådgivning, forebygging og tidlig intervensjon.

Ett potensielt problem som vil kunne oppstå, er at det blir veldig liten forskjell mellom ”generalistpsykologene” og ”spesialistpsykologene”. Dersom de mest erfarne psykologene søker seg til primærhelsetjenesten pga lønnsincentiver, vil man kunne se en kompetanseforskyvning, der

spesialisthelsetjenesten sitter på mindre kompetanse enn primærhelsetjenesten. Det setter hele kartet på hodet. For å bøte på dette vil det kunne være lurt å endre spesialistsystemet i retning legespesialiseringen. I dag er en psykologspesialist en styrket generalist med fordypning (barn, voksen eller organisasjon). Hadde det ikke vært logisk å tenke seg en spesialist i angstbehandling, utviklingsforstyrrelser eller personlighetsforstyrrelser i stedet? Norsk psykiatrisk forening (2010) ønsker en tilsvarende ordning innen spesialiseringen i psykiatri. Etter denne tankegangen kan man tenke seg at man også utdanner spesialister i allmennpsykologi, hvor utdanningen er spesifikt rettet mot primærhelsetjenesten. Man vil anta at differensialdiagnostisering vil være en viktig egenskap for en slik psykolog. En annen viktig ferdighet vil kunne være grundig innføring i somatikk med psykiatriske symptomer, for å hjelpe fastlegen i å fange opp disse tilfellene. Jeg tenker det vil være nødvendig å finne ut mer om hvordan en slik spesialisering vil se ut, og hvilke egenskaper som er nødvendige i dette potensielt krevende feltet.

Denne undersøkelsen har vist at det er stor enighet blant fastleger om at de ønsker større samarbeid med psykologer ved sine sentra. Særlig gjelder dette i forhold til mer komplisert diagnostikk og behandling, og i forhold til blandede (psykiske og somatiske) lidelser. Allmennlegene opplever unisont at de møter blandede lidelser i stor grad. Mye tyder på at det finnes en stor gruppe pasienter som avvises av spesialisthelsetjenesten, men som ikke har et tilstrekkelig tilbud i primærhelsetjenesten mange steder i landet. Det fremgår tegn på at det er allmennlegens egen interesse, kompetanse og trygghet som er avgjørende for videre tiltak, og at denne varierer mye. Det pågår nå, som tidligere nevnt, en del prøveprosjekt der psykologer arbeider i allmennlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2009a). Resultatene fra disse vil antakelig gi enda større pekepinn på om vi får se en allmennhelsepraksis i fremtiden med både allmennleger og allmenpsykologer. Videre forskning bør i stor grad se på erfaringene fra disse prosjektene, særlig sett ut i fra allmennlegenes ståsted. Skal en slik stor reform lykkes er det helt nødvendig at denne viktige og sterke gruppen blir hørt, slik at fundamentet for samarbeid blir solid. Opplever allmennlegene at endringen skjer med dem (ikke sammen dem), vil antakelig motstanden bli større.

5. Referanser

Andersson, H. W., & Ådnanes, M. (2006). Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer - Sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter. Trondheim: SINTEF Helse, rapport A205. Hentet 29.10.2011 http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/SINTEF_A205_Fastlegen_og_pasienter_med_psykiske_problemer.pdf

Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H. U., & Olesen, J. (2005) Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12(1), 1-27.

Andreassen, B. A., Bakkerud, J, Blom, E., Guttormsen, K., Heier, S. H., Moe, B., Rodal, J., Skotheim, B., Sletysjøe, H., Steinnes, B., Sælensminde, K., Vinje, H., & Wang, H. (2010). Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet, rapport IS-1846. Hentet 29.10.2011 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00306/Utviklingstrekkrapport_306499a.pdf

Aschim, B., Martinsen E.W., & Lundevall, S. (2010). Psykiaterens kronikk - Kognitiv atferdsterapi i allmennpraksis : til inspirasjon for legene og til nytte for pasientene! Erfaringer med innføringskurs for allmennleger. Hentet 29.10.2011 <http://www.legeforeningen.no/id/161279.0>

Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.

Barclay, S., Todd, C., Finlay, I., Grande G. & Wyatt, P. (2002). Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of Gps. *Family Practice* 19(1), 105-111.

Befring, A. K. (2003). Evaluering av fastlegeordningen to år etter. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 123, 2491.

Bjørner, T. (2003a) Hva er god behandling av angsttilstander i allmennpraksis? Utposten- blad for allmenn- og samfunnsmedisin. 7/8. Hentet 29-10.2011 <http://www.uib.no/isf/utposten/2003nr78/utp03707.htm>

Bjørner, T. (2003b), Benzodiazepine and minor opiate prescribing in primary health care, in Department of General Practice and Community Medicine. Oslo: University of Oslo.

Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.

Brofoss, K. E. & Larsen, F. (2009). Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009) Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Forskningsrådet.

Hentet 29.10.2011

http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering_av_Opptappingsplanen_for_psykisk_helse/1219128517836

Brugha, T. S., Bebbington, P. E., Singleton, N., Melzer, D., Jenkins, R., Lewis, G., Farrell, M., Bhugra, D., Lee, A. & Meltzer, H. (2004). Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 185, 378-384.

Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A. & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments of depression. *Health Technology Assessment*, 5(35). Hentet 29.10.2011

<http://www.hta.ac.uk/pdfexecs/summ535.pdf>

Clench-Aas, J., Rognerud, M. & Dalgard, O. S. (2009) Levekårsundersøkelsen 2005 Psykisk helse i Norge - Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, rapport 9. Hentet 29.10.2011 <http://www.fhi.no/dav/cb6edae52e.pdf>

Cloos, J-M & Ferreira, V. (2009). Current use of benzodiazepines in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 90-95.

Conradi, S. (2008). Kan leger og psykologer samarbeide om å forene kropp og sjel? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(5) 534-535.

Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. & Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 26(3), 279-288.

- Dahl, S. R., Manavado, L., Monsen, Ø. Siem, H. (2009). Norway and Health – An introduction. Oslo:Helsedirektoratet, rapport IS-1730 E. Hentet 29.10.2011
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00232/Norway_and_Health___232259a.pdf
- Dalgard, O. S. (2006). Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, rapport 2. Hentet 29.10.2011 <http://www.fhi.no/dav/8AF0E9B952.pdf>
- Den Norske Legeforening. (2009). Tillit – trygghet – tilgjengelighet – Styrking av allmenntilleggsmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020. Statusrapport. Hentet 29.10.2011
http://www.legeforeningen.no/asset/46612/1/46612_1.pdf
- Den Norske Legeforening og Den Norske Psykologforening. (2009). Samhandlingsreform og samarbeid mellom fastlege og psykolog. Brev til Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 29.10.2011 <http://www.psykologforeningen.no/Foreningen/Nyheter-og-aktuelt/Aktuelt/Samarbeider-om-samhandlingsrutiner>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. (2000). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Druss, B. G. (2006) Rising mental health costs: What are we getting for our money? *Health Affairs*, 25(3), 614-622.
- Europakommisjonen.(2005). Green paper: improving the mental health of the population : towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: Commission of the European Communities. Hentet 29.10.2011
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
- Fava, G. A. (2003). Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 123-133.
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Van Os, T. W. D. P., Van Marwijk, H. W. J. & Albert F.G. Leentjens. (2010). Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 521–533.

Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care - A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3145-3151.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), 59-72.

Guldvog, B., Klepp, K-I, Olsen, Ø., Forland, F., Aarseth, H. P., Major, E. F. & Slåttebrekk, O. V. (2007). Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet, rapport IS-1443. Hentet 29.10.2011 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00016/IS-1443_16144a.pdf

Gunn, W. B. & Blount, A. (2009). Primary Care Mental Health: A New Frontier for Psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 235–252.

Heiervang, E. Stormark, K. M., Lundervold, A. J. Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M-B, Ullebø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A. & Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.

Helsedirektoratet. (Til høring). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Hentet 29.10.2011 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00316/H_ringsversjon_av_r_316179a.pdf

Helsedirektoratet. (2009)a. Allmennlegetjenesten og psykisk helse. Oslo: Helsedirektoratet, rapport IS-1655. Hentet 29.10.2011 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00147/IS-_1655_Allmennleg_147179a.pdf

Helsedirektoratet. (2009)b. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, rapport IS-1561. Hentet 29.10.2011 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00134/Nasjonale_retningsl_134229a.pdf

Helsedirektoratet.(2010). Opptappingsplanen for rusfeltet - Statusrapport 2009. Oslo: Helsedirektoratet, rapport IS-1836. Hentet 29.10.2011
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00304/Opptappingsplan_fo_304579a.pdf

Helsetilsynet. (2001). Vanedannende legemidler - forskrivning og forsvarlighet, Oslo: Helsetilsynet, rapport IK-2755. Hentet 29.10.2011
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/vanedannende_legemidler_for_skrivning_forsvarlighet_ik-2755.pdf

van Horn, P., Green, K., & Martinussen, M. (2009). Survey response rates and survey administration in clinical and counseling psychology: A meta-analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 69, 389-403.

Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V. and Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.

Kaspersen, S.L. & Ose, S. O. (2009). Psykisk helsearbeid i kommunene: Disponering av statlig øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2008. Trondheim: SINTEF Helse, rapport A1435. Hentet 29.10.2011 http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Disponering_%C3%B8remerkede_midler_1999-2007.pdf

Kessler, R., Demler, O., Frank, R., Olfson, M., Pincus, H., Walters, E., Wang, P., Wells, K. & Zaslavsky, A. (2005) Prevalence and treatment of mental disorders 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523.

Kirsch, I., Deacon, B., Huedo-Medina, T., Scoboria, A., Moore, T. and Johnso, B. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *Public Library of Science Medicine*, 5(2).

Kjosavik, S. R., Ruths, S. & Hunskaar, S. (2009) Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 7, 572-578.

Kroenke, K. & Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence,

evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine*, 86, 262-266.

Hviding, K., Bugge, P., Brelin, P., Ekern, P., Høifødt, T., Nessa, J. & Flottorp, S. (2008).

Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis.

Kunnskapsoppsummering, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, rapport 3. Hentet 29.10.2011

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Samhandling+om+pasienter+med+alvorlige+psyki+ske+problemer+i+allmennpraksis.480.cms>

Layard, R. (2006). Health policy - The case for psychological treatment centres. *British Medical Journal*, 332(7548), 1030-1032.

Levenson, R., Greatly, A. & Robinson, J. (2003). London's state of mind Summary. Vol. 86.

London: King's Fund. Hentet 29.10.2011

http://www.kingsfund.org.uk/publications/londons_state.html

Lingam, R. & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(3), 164-172.

Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011).

Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo:

Nasjonalt Folkehelseinstitutt, rapport 1. Hentet 29.10.2011

<http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 120, 3054-3056 .

McCracken, C., Dalgard, O. S., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen V. & Dowrick, C. (2006) Health service use by adults with depression: community survey in five European countries. Evidence from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 189, 161-167.

Mead, G.E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C.A., McMurdo, M. & Lawlor, D.A. (2008). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.

Meld. St. 16. (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 29.10.2011

<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>

Melzack, R. & Wall, P. D. (1996). Pain mechanisms: A new theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. *Pain Forum*, 5(1), 3-11.

Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*. 374, 609-619.

Mouland, G. & Kyvik, J. (2007). Én time hos psykiater kan være nok. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 127, 2810-2812.

Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, rapport 8. Hentet 29.10.2011
<http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>

Mykletun, A., Knudsen, A. K., Tangen, T. & Øverland, S. (2010) General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Services Research*, 10(35).

Myrvold, T. M. & Helgesen, M. K. (2006). Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005. Oslo: NIBR, rapport 11. Hentet 29.10.2011 <http://www.nibr.no/filer/2006-11.pdf>

Myrvold, T. M. & Helgesen, M. K. (2009). Kommunalt psykisk helsearbeid: Organisering, samarbeid og samordning. Oslo: NIBR, rapport 4. Hentet 29.10.2011 <http://www.nibr.no/filer/2009-4.pdf>

Nakao, M. & Barsky, A. J. (2007). Review: Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, 1(17).

Nasjonalt helse- og omsorgsplan (2011-2015). Sammendrag av høringsgrunnlag: Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 29.10.2011

<http://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no>

Nes, R. B. & Clench-Aas, J. (2011). Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport, 2. Hentet 12.11.2011

<http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>

Norsk pasientregister. (2011). Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2011. Oslo: Helsedirektoratet, rapport IS-1916. Hentet 12.11.2011

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00339/Ventetider_og_pasie_339049a.pdf

Norsk Psykiatrisk Forening. (2010). Mennesker som hjelper mennesker – Utviklingsplan for norsk psykiatri 2010-2015. Hentet 12.11.2011 http://www.legeforeningen.no/asset/48789/1/48789_1.pdf

NOU. (2005). Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 3. Hentet 12.11.2011

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20052005/003/PDFS/NOU200520050003000DDDPDFS.pdf>

NOU. (2009) Det du gjør, gjør det helt - Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. 22. Hentet 12.11.2011

<http://www.regjeringen.no/pages/2272040/PDFS/NOU200920090022000DDDPDFS.pdf>

Olsson, I., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2005) The hospital anxiety and depression rating scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*, 5(1), 46.

Olsson, I., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2006) Recognition and treatment recommendations for generalized anxiety disorder and major depressive episode. A cross-sectional study among general practitioners. *The Primary Care Companion*, 8, 340-347.

van Orden, M, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven P, Hoencamp E. (2009). Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 60, 74-79.

Otto, M. W., Smits, J. A. J. & Reese, H. E. (2005) Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for Mood and Anxiety Disorders in Adults: Review and Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(1), 72-86.

Ouren, T. & Bakkerud, J. (2009). Nøkkeltall for helsesektoren 2008. Oslo: Helsedirektoratet, rapport IS-1661. Hentet 12.11.2011
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00098/N_kkeltallsrapporten_98789a.pdf .

Ouren, T. & Bakkerud, J. (2010). Nøkkeltall for helsesektoren 2009. Oslo: Helsedirektoratet , rapport IS-1772. Hentet 12.11.2011
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00277/N_kkeltall_for_hels_277139a.pdf

Prop. 1 S (2009-2010). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 12.11.2011
http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2010/dokumenter/pdf/hod.pdf

Prop. 90 L (2010–2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Hentet 12.11.2011
<http://www.regjeringen.no/pages/16245842/PDFS/PRP201020110090000DDDPDFS.pdf>

Prop. 91 L (2010–2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 12.11.2011
<http://www.regjeringen.no/pages/16246070/PDFS/PRP201020110091000DDDPDFS.pdf>

Ringen, P. A. (2007). Kronikk: Medisin og psykiatri - stykkevis og delt? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 127, 908-910.

Rodal J. & Frank, K.(2009). Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Oslo: Helsedirektoratet, Rapport IS1565. Hentet 12.11.2011
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00064/Psykologer_i_kommune_64779a.pdf

Roness A., Mykletun, A. & Dahl A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 51-58.

Rønning, M., Sakshaug, S., Strøm, H., Berg, C. L., Litleskare, I., Blix, H. S. & Granum, T. (2009).

Legemiddelforbruket i Norge 2004 – 2008. Legemiddelstatistikk 2009, Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, rapport 1. Hentet 12.12.2011 <http://www.fhi.no/dav/542314a014.pdf>

Rådet for psykisk helse (2008). Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena. En utvalgsrapport. Hentet 12.11.2011 <http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/dokumenter/tjenester.pdf>

Saksvik, I. B. & Hetland, H. (2009). Endringsmotstand – begrepet analysert i et personlighetsperspektiv. P. Ø. Saksvik & K Nytrø (Eds.). Klinisk Organisasjonspsykologi (123-138). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Sandvik, H. (2006). Evaluering av fastlegereformen 2001-2005 – Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Forskningsrådet. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/rapport_7350a.pdf

Sharf, J. (2008). Psychotherapy dropout: A meta-analytic review of premature termination. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 6336.

Statens helsetilsyn, World Health Organization. (1999). ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget.

St.meld.nr.25 (1996-1997). Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet 29.10.2011 http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086

St.meld.nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 12.11.2011 <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

St.prp.nr.63 (1997-1998): Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet 29.10.2011 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>

St.prp. nr. 1 (2006-2007). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 12.11.2011
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STP/20062007/001HOD/PDFS/STP200620070001HODDDDDPDFS.pdf>

St.prp. nr. 1 (2007-2008). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 12.11.2011
<http://www.regjeringen.no/pages/2013283/PDFS/STP200720080001HODDDDDPDFS.pdf>

St.prp. nr. 1 (2008-2009). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 12.11.2011
http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2009/dokumenter/pdf/hod.pdf

Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds III, C. F., Pilkonis, P. A., Hurley, K., Grochocinski, V. & Kupfer, D. J. (1997). Treatment of Major Depression With Psychotherapy or Psychotherapy-Pharmacotherapy Combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1009-1015.

Thompson, C., Kinmonth, A. L., Stevens, L., Peveler, R. C., Stevens, A., Ostler, K. J., Pickering, R. M., Baker, N. G., Henson, A., Preece, J., Cooper, D. and Campbell, M. J. (2000) Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*, 355(9199), 85-191.

Tiemeier, H., de Vries, W. J., Loo, M. V., Kahan, J. P., Klazinga, N., Grol, R. & Rigter, H. (2002). Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Quality & Safety in Health Care*, 11(3), 214-218.

de Waal, M. W. M., Arnold, I. A. A., Eekhof, J. A. H., Willem J. J., Assendelft, W. J. J. & van Hemert, A. M. (2008) Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety & depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice*, 9(5).

Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G. & Bromet, E. J. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370(9590), 841-50.

Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-76.

World Health Organization. (2004) a. Prevention of Mental Disorders - Effective interventions and policy options. Summary report. Geneva: WHO. Hentet 12.11.2011

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

World Health Organization. (2004) b. Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice. Summary report. Geneva: WHO. Hentet 12.11.2011

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Østergaard, S. D. , Foldager, L., Allgulander, C., Dahl, A. A., Huuhtanen, M-T, Rasmussen, I. & Munk-Jørgensen, P. (2010). Psychiatric caseness is a marker of major depressive episode in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28, 211–215.

Øverland S., Glozier N., Krokstad S. & Mykletun, A. (2007). Under-treatment prior to disability pension award for mental illness. The HUNT study. *Psychiatric Services*, 58(11), 1479–1482.

Ådnanes, M. & Bjørngaard, J. H. (2006). Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. Trondheim: SINTEF Helse, rapport A230. Hentet 12.11.2011

<http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport%20A230,%20Fastlegen%20og%20det%20psykiske%20helsearbeidets%20tiltak%20for%20voksne%20med%20psykiske%20lidelser.pdf>

Vedlegg

Spørreskjema



Fastlegers syn på psykisk helse ved legesentra

Kjønn

- Kvinne
 Mann

Hvor bor du?

- Større by Tettsted
 Mindre by Bygd

Alder

- Under 30 år 46-50 år
 31-35 år 51-55 år
 36-40 år 56-60 år
 41-45 år Over 60 år

Nå var du ferdig utdannet?

- Før 1980 1995-1999
 1980-1984 2000-2004
 1985-1989 Etter 2004
 1990-1994

Hvilken type arbeidsplass har du?

- Legesenter med flere andre leger Deler legekontor med én annen lege
 Eget legekontor Helsesenter

Hvor utdannet du deg?

- UiO UIT
 NTNU UIB
 Utlandet

Henvising til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Hvor ofte henviser du pasienter til spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser?

- Omtrent hver dag Mange ganger i uka 1-2 ganger i uka Noen ganger i måneden 1 gang i måneden eller sjeldnere

I hvilket omfang opplever du at pasienter som henvises videre til spesialisthelsetjenesten får avslag?

- I veldig liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I veldig stor grad

Blandet problematikk.

Herunder kommer alle tilstander hvor det samtidig er innslag av psykisk og somatisk problematikk/symptom (som f.eks psykosomatikk, lidelser, smerter med depresjon/angst osv).

I hvilket omfang erfarer du å møte pasienter med blandet problematikk?

- I veldig liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I veldig stor grad

Hvordan behandler du slike blandede tilstander?

Nummerer i prioritert rekkefølge.

	1. prioritet	2. prioritet	3. prioritet	4. prioritet	5. prioritet
Den somatiske tilstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den psykiske tilstanden med medisinsk behandling(eks psykofarmaka)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den psykiske tilstanden med psykologisk behandling(eks kognitiv terapi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henviser til somatisk spesialisthelsetjeneste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henviser til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tidsbruk.

Hvor mye tid pr uke, vanligvis, bruker du på psykologiske konsultasjoner av pasienter....

	Under 1 time	1-3 timer	3-5 timer	5-7 timer	Over 7 timer
uten psykiske lidelser (pasienter som trenger noen å snakke med)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
med lettere psykiske lidelser (som angst/depresjon)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
med tyngre psykiske lidelser (som personlighetsforstr, schizofreni og bipolar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Opplevs dette som nok tid for å skape endring/bedring hos pasientene?

	Nesten aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Nesten alltid
For pasienter uten psykiske lidelser (pasienter som feks trenger noen å snakke med)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For pasienter med lettere psykiske lidelser (som angst/depresjon)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For pasienter med tyngre psykiske lidelser (som personlighetsforstyrrelser, schizofreni og bipolar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Trygghet

I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig trygghet/grunnlag(tid, kompetanse osv) i forbindelse med..

	For alle lidelser	For de fleste bortsett fra enkelte kompliserte lidelser	For noen lidelser	For enkelte lidelser	For få(ingen) lidelser
differensialdiagnostikk av psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
behandling av psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
henvisning av psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvilke tiltak anser du som mest fornuftige for å styrke allmennlegers trygghet i forhold til psykiske lidelser?

Her er det mulig med flere avkryssninger.

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kursing | <input type="checkbox"/> En fysisk tilgjengelig psykiatrisk sykepleier |
| <input type="checkbox"/> Tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten | <input type="checkbox"/> En fysisk tilgjengelig psykolog |
| <input type="checkbox"/> Økt fokus på psykiske lidelser i medisinstudiet | <input type="checkbox"/> Færre pasienter på lista |
| <input type="checkbox"/> Telefonkontakt med psykolog | <input type="checkbox"/> Mer tid til konsultasjoner |
| <input type="checkbox"/> Telefonkontakt med psykiater | <input type="checkbox"/> Mer bruk av ansvarsgrupper |
| <input type="checkbox"/> Ambulerende psykiatrisk akutteam | <input type="checkbox"/> Annet: |

Psykofarmaka.

Psykofarmaka ved affektive lidelser(depresjon, bipolar).

	Nesten aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Nesten alltid
I hvilken grad forskriver du psykofarmaka som en del av behandlingen ved affektive lidelser(depresjon, bipolar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad er det første eller eneste del av behandlingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du tilfredsstillende langtidseffekt av medisinene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Psykofarmaka ved angstlidelser

	Nesten aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Nesten alltid
I hvilken grad forskriver du psykofarmaka som en del av behandlingen ved angstlidelser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad er det første eller eneste del av behandlingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du tilfredsstillende langtidseffekt av medisinene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Samarbeid om psykologiske oppgaver.

I hvilket omfang kan du tenke deg å samarbeide med en psykolog ved psykologiske oppgaver?

I de fleste psyk. oppgaver

I mange psykologiske oppgaver

I noen psyk. oppgaver

I enkelte psykologiske oppgaver

I de færreste psyk. oppgaver

Kan du se for deg mulige psykologiske oppgaver hvor du vil samarbeide tettere med en psykolog?

Her er det mulig med flere avkryssninger.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnostisere enkle psykiske lidelser | <input type="checkbox"/> Samtaleterapi ved enkle psykiske lidelser |
| <input type="checkbox"/> Diagnostisere kompliserte psykiske lidelser | <input type="checkbox"/> Samtaleterapi ved kompliserte psykiske lidelser |
| <input type="checkbox"/> Psykosomatisk utredning | <input type="checkbox"/> Ansvarsgruppe rundt bestemte pasienter |
| <input type="checkbox"/> Henvisning til spesialisthelsetjenesten | <input type="checkbox"/> Annet: |

Kan du se for deg mulige problemer ved å ha tettere samarbeid med en psykolog?

Her er det mulig med flere avkryssninger.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mindre tilskudd(psykologene tar deler av potten) | <input type="checkbox"/> Mindre behandlingskontroll for fastlegene(f eks medisin kontra samtaleterapi) |
| <input type="checkbox"/> Mindre personlig kompetanse om psykiske lidelser | <input type="checkbox"/> Økt tidsbruk i koordinering av pasienter |
| <input type="checkbox"/> Økende grad av feildiagnostisering ved organiske/somatiske lidelser med psyk. symptomer | <input type="checkbox"/> Det er ingen som har et helhetlig bilde av pasientens tilstand |
| <input type="checkbox"/> Økende grad av feilbehandling ved organiske/somatiske lidelser med psyk. symptomer | <input type="checkbox"/> Annet: |

Psykofarmaka ved angstlidelser

	Nesten aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Nesten alltid
I hvilken grad forskriver du psykofarmaka som en del av behandlingen ved angstlidelser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad er det første eller eneste del av behandlingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du tilfredsstillende langtidseffekt av medisinene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Samarbeid om psykologiske oppgaver.

I hvilket omfang kan du tenke deg å samarbeide med en psykolog ved psykologiske oppgaver?

I de fleste psyk. oppgaver

I mange psykologiske oppgaver

I noen psyk. oppgaver

I enkelte psykologiske oppgaver

I de færreste psyk. oppgaver

Kan du se for deg mulige psykologiske oppgaver hvor du vil samarbeide tettere med en psykolog?

Her er det mulig med flere avkryssninger.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnostisere enkle psykiske lidelser | <input type="checkbox"/> Samtaleterapi ved enkle psykiske lidelser |
| <input type="checkbox"/> Diagnostisere kompliserte psykiske lidelser | <input type="checkbox"/> Samtaleterapi ved kompliserte psykiske lidelser |
| <input type="checkbox"/> Psykosomatisk utredning | <input type="checkbox"/> Ansvarsgruppe rundt bestemte pasienter |
| <input type="checkbox"/> Henvisning til spesialisthelsetjenesten | <input type="checkbox"/> Annet: |

Kan du se for deg mulige problemer ved å ha tettere samarbeid med en psykolog?

Her er det mulig med flere avkryssninger.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mindre tilskudd(psykologene tar deler av potten) | <input type="checkbox"/> Mindre behandlingskontroll for fastlegene(f eks medisin kontra samtaleterapi) |
| <input type="checkbox"/> Mindre personlig kompetanse om psykiske lidelser | <input type="checkbox"/> Økt tidsbruk i koordinering av pasienter |
| <input type="checkbox"/> Økende grad av feildiagnostisering ved organiske/somatiske lidelser med psyk. symptomer | <input type="checkbox"/> Det er ingen som har et helhetlig bilde av pasientens tilstand |
| <input type="checkbox"/> Økende grad av feilbehandling ved organiske/somatiske lidelser med psyk. symptomer | <input type="checkbox"/> Annet: |

Trivsel.

I hvilken grad liker du å jobbe med psykiske lidelser?

- Det er den beste delen av jobben, jeg ønsker mer slikt arbeid
- Jeg liker veldig godt den delen av jobben
- Jeg har ingen sterk formening om den delen av jobben
- Jeg liker ikke den delen av jobben særlig godt
- Jeg liker ikke den delen av jobben i det hele tatt; skulle helst vært foruten

Tusen takk for at du tok deg tid til å gjennomføre undersøkelsen.

Mvh
Håvard Berg Opstad
Stud.psychol
NTNU

Spørreundersøkelse for fastleger angående psykisk helse ved legesentra

Denne anonyme undersøkelsen gjennomføres av psykologstudent Håvard Berg Opstad ved NTNU med førsteamansuensis Øyvind Kvello som veileder. Materialet oppbevares på en sikker måte etter gjeldende forskrifter i undersøkelsesperioden og destrueres ved slutføring av oppgaven. Svarene kan på ingen måte spores tilbake til den som ga dem. Alle deltakere er tilfeldig trukket ut med bakgrunn i fastlegelisten, som er offentlig tilgjengelig. Undersøkelsen er godkjent av REK.

Dersom du tidligere har svart på denne undersøkelsen på nett, kan du se bort i fra denne henvendelsen.

Målet med studien er å få et innblikk i allmennlegenes (fastlegenes) tanker om psykisk helse ved legesentra i dag og i fremtiden. Mer nøyaktig vil jeg finne ut om allmennlegene kan tenke seg et tettere og mer allsidig samarbeid med psykologer enn det som er det gjengse i dag. Hvilken nytte, konflikter og utfordringer ser de i forhold til dette? Hva kan psykologene bidra med i deres øyne?

Dette er et spørreskjema som bare tar 5 minutter å svare på, men som på sikt kan bidra til å forme et mer effektivt helsevesen. Ferdig utfylt skjema kan legges i den ferdig frankerte konvolutten. Dersom du heller ønsker en nettbasert utgave, kan du sende en mail til havarst@stud.ntnu.no

Håvard Berg Opstad
HNR, DPS Molde, Psykiatrisk Poliklinikk
Nøisomhedsvegen 12, 6416 Molde

Ved spørsmål, vennligst ta kontakt:

Håvard Berg Opstad
Stud.psychol, NTNU
havarst@stud.ntnu.no
95865854