

FAGLIGE RETNINGSLINJER FOR HENVISNING TIL PSYKOLOG

For patienter med let til moderat depression
eller let til moderat angst

2012

Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog. For patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst

© Sundhedsstyrelsen, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk/>

Emneord: Faglige retningslinjer, depression, angst, almen praksis, praktiserende psykolog

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 23. februar 2012

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-343-3

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, februar 2012.

Indhold

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Indledning | 4 |
| | 1.1 Baggrund | 4 |
| | 1.2 Lovgrundlag | 5 |
| | 1.3 Litteratur | 6 |
| 2 | Depression | 7 |
| | 2.1 Diagnostiske kriterier | 8 |
| | 2.2 Undersøgelser | 9 |
| | 2.3 Behandlingsmuligheder | 10 |
| | 2.4 Henvisning til psykolog | 12 |
| 3 | Angst | 14 |
| | 3.1 Diagnostiske kriterier | 15 |
| | 3.2 Undersøgelser | 16 |
| | 3.3 Behandlingsmuligheder | 17 |
| | 3.4 Henvisning til psykolog | 18 |
| 4 | Psykologens opgaver | 19 |
| | 4.1 Vurdering ved modtagelse af henvisningen | 20 |
| | 4.2 Vurdering ved første konsultation | 20 |
| | 4.3 Ved manglende fremgang | 21 |
| | 4.4 Vurdering ved behov for genhenvisning | 21 |
| | 4.5 Afslutning af forløb | 21 |
| | Bilag 1 – Medlemmer af arbejdsgruppen | 22 |

1 Indledning

De faglige retningslinjer for henvisning til psykolog indeholder:

- Beskrivelse af kriterier for diagnosticering af patienter med let, moderat og svær depression samt principper for udredning og visitation med særligt fokus på henvisning til psykolog med tilskud (kapitel 2)
- Beskrivelse af kriterier for diagnosticering af patienter med let, moderat og svær angst samt principper for udredning og visitation med særligt fokus på henvisning til psykolog med tilskud (kapitel 3)
- Beskrivelse af psykologens opgaver i forbindelse med modtagelse af patienter under ordningen samt det videre samarbejde med patientens praktiserende læge (kapitel 4).

1.1 Baggrund

Evaluering af ordningen med henvisning af personer med let til moderat depression til psykolog¹ viste, at kun 33 % af de henviste patienter faldt ind under henvisningskriteriet, mens 39 % af patienterne ikke havde en depression og 28 % af patienterne havde en svær depression.

Satspuljepartierne besluttede i juli 2011, at der skal ”udarbejdes praktisk anvendelige retningslinjer for henvisning til psykolog. Retningslinjerne skal også pege på indsatsmuligheder i forhold til patienter, som ikke opfylder kriterierne for let til moderat depression/angst”.

1.1.1 Aktivitetsdata

Antallet af patienter, der henvises til psykolog på grund af depression har været stigende. Således blev 21.944 patienter henvist til psykolog i 2009, mens det tilsvarende tal i 2010 var 27.274. Det gennemsnitlige antal behandlinger per patient, var 5,81 i 2009 og 5,73 i 2010 (CSC Scandihealth²). Som det fremgår af ovenstående afsnit, er det kun 33 % af disse patienter, der falder indenfor henvisningskriteriet, og det fremadrettede antal patienter, der henvises, må derfor antages at være væsentligt lavere.

Endvidere fremgår det af ovenstående evaluering af ordningen, at i perioden 1. februar 2009 – 31. januar 2010 blev 9 % af patienterne genhenvist.

Prævalensen af depression og angst er hhv. 2,6 % og 0,6 % i almen praksis³. Tallet baseres på årlige opgørelser fra praktiserende læger, som er tilmeldt DAK-E's (Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed) datafangst modul, og som diagnosekoder mere end 70 % af alle ”face to face” kontakter.

¹ Fjeldsted R, Christensen KS. Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Aarhus. *Forskningsenheden for Almen praksis, Aarhus Universitet*, 2011

² CSC Scandihealth er det centrale it-system, hvori de afholdte udgifter for alle regioner registreres

³ Data fra perioden 23.01.2011-22.01.2012 - det totale antal patienter i opgørelsen er 836.229.

En ph.d.-afhandling⁴ har vist, at prævalensen af depression i befolkningen er ca. 4 %. Heraf havde 1/3 let depression, 1/3 havde moderat depression og 1/3 havde svær depression. Det er velbeskrevet, at under halvdelen af alle med depression kommer til almen praksis' kendskab.

ICD-10 (International Classification of Disease) diagnostiske kriterier danner grundlag for henvisning og behandling i denne ordning. Kriterierne bør derfor være kendt af såvel læger som psykologer. Almen praksis anvender ICPC (International Classification of Primary Care) til kodning.

1.2 Lovgrundlag

I medfør af sundhedsloven § 69 yder regionsrådet tilskud til behandling hos psykolog efter lægehenvi sning.

De nærmere regler om tilskud til psykologbehandling efter sundhedsloven fremgår af bekendtgørelse nr. 300 af 7. april 2011 om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper.

De personer, som har ret til tilskud til psykologbehandling, er personer som:

- 1) har været ofre for røveri, vold eller voldtægt,
- 2) har været ofre for trafikulykker eller andre ulykker,
- 3) er pårørende til alvorligt psykisk syge personer,
- 4) er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom,
- 5) er pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom,
- 6) er pårørende ved dødsfald,
- 7) har forsøgt selvmord,
- 8) har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge,
- 9) inden de er fyldt 18 år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb,
- 10) har en let til moderat depression og på henvisningstidspunktet er i aldersgruppen 18 til og med 37 år eller,
- 11) lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, jf. bekendtgørelsens bilag 1, og på henvisningstidspunktet er i aldersgruppen 18 til og med 28 år.

Bekendtgørelsen er udtømmende, og der kan således ikke efter sundhedsloven ydes tilskud til psykologbehandling i praksissektoren i andre tilfælde⁵.

Lægehenvi sning til behandling i henhold til henvisningsgruppe 1-8 kan normalt ikke udstedes senere end 6 måneder efter den begivenhed, der er årsag til henvisningen, indtrådte.

⁴ Olsen LR. Measurements of depressive illness and mental distress in the Danish general population. Ph.d.-afhandling. Københavns Universitet. 2006.

⁵ Medio 2012 udstedes en ny bekendtgørelse, således at aldersgrupperne for henvisningsårsagsgruppe 10 og 11 ændres. Der vil blive informeret herom, når en ny bekendtgørelse foreligger.

Tilskud ydes for indtil 12 konsultationer pr. behandlingsforløb. Personer som behandles for depression eller angst kan dog genhenvises, således at tilskud ydes for op til 24 konsultationer i alt.

Tilskuddet er betinget af, at behandlingen ydes af en psykolog, der har tilsluttet sig den gældende overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening.

Disse faglige retningslinjer for henvisning vedrører udelukkende henvisningsårsag 10 og 11 (let til moderat depression og let til moderat angst).

1.3 Litteratur

Følgende litteratur har været anvendt i forbindelse med udarbejdelsen:

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

Klinisk vejledning for almen praksis. Unipolar depression. Diagnostik og behandling. København. *Dansk Selskab for Almen Medicin*. 2010

Klinisk vejledning for almen praksis. Angsttilstande. Diagnostik og behandling. København. *Dansk Selskab for Almen Medicin*. 2010

Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København. *Sundhedsstyrelsen* 2007.

Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København. *Sundhedsstyrelsen* 2007.

Udover ovennævnte litteratur er retningslinjerne udarbejdet på grundlag af arbejdsgruppens opdaterede kendskab til litteraturen og god klinisk praksis.

2 Depression

Kriterier, der skal være opfyldt, før henvisning af patienter med depression til psykolog

1. **Diagnostisk interview:** Patienten bør interviewes med udgangspunkt i de diagnostiske kriterier for depression over mindst 2 samtaler
2. **Somatisk undersøgelse:** Patienten bør være udredt som beskrevet i DSAMs kliniske vejledning om unipolar depression
3. **Differentialdiagnoser:** Somatiske og psykiatriske differentialdiagnoser bør være udelukket som primær sygdom
4. **Psykometrisk test:** Depressionens sværhedsgrad bør vurderes ved hjælp af psykometrisk test. Depressionsgraden skal være let til moderat (jf. Tabel 2.2) for, at patienten kan henvises til psykolog med tilskud
5. **Funktionsevne:** Funktionsevnen skal være nedsat i lettere til moderat grad på grund af depressionen – den nedsatte funktionsevne kan fx vise sig ved isolationsyndens, vanskeligheder ved at gå på arbejde på grund af depression eller ved hukommelses- og koncentrationsbesvær.

Derudover skal der før henvisning til praktiserende psykolog tages stilling til, om patientens behov bedre varetages ved:

- støttende samtaler eller samtaleterapi hos den praktiserende læge (eventuelt kombineret med farmakologisk behandling)
- et mere tværfagligt tilbud (end almen praksis og praktiserende psykolog)
- henvisning til psykiater (fx ved tvivl om diagnose/behandling, eller ved kompliceret sygdom)

Patienter, der ikke opfylder de diagnostiske kriterier for depression, men har symptomer på fx stress, personlighedsforstyrrelse eller funktionelle tilstande, kan ikke henvises til psykologbehandling med tilskud.

I dette kapitel beskrives kriterier for diagnosticering af patienter med let, moderat og svær depression samt principper for udredning og visitation af disse patienter med særligt fokus på henvisning til psykolog med tilskud. Endvidere beskrives mulige indsatser overfor patienter, som henvender sig med tegn på depression uden at have depression.

Det tilstræbes, at behandling i sundhedsvæsenet baseres på, hvad der forskningsmæssigt er bedst tilgængelig evidens for. Det gælder for såvel medicinsk behandling (pro.medicin.dk) som samtaleterapi⁶. Er psykoterapi indiceret bør kognitiv adfærdsterapi (KAT) eller interpersonel terapi være førstevalg ved depression.

2.1 Diagnostiske kriterier

I den gældende ICD-10 klassifikation defineres depression som en tilstand med flere samtidige symptomer, som har været til stede det meste af tiden, næsten hver dag, i de seneste 14 dage (se Tabel 2.1). Sværhedsgraden af depressionen defineres ud fra antallet af tilstedeværende symptomer (se Tabel 2.2).

Således kan diagnosen depression rumme meget forskellige symptomkombinationer og derved fremstå klinisk meget forskelligt. Som det fremgår nedenfor, er det dog et krav, at patienten opfylder mindst 2 ud af 3 såkaldte kernesymptomer: 1) nedtrykthed, 2) nedsat lyst eller interesse og 3) nedsat energi eller øget træthæd.

Tabel 2.1: Diagnostiske kriterier for depressiv enkeltepisode og periodisk depression efter ICD-10.

A: Generelle kriterier:

- 1) Varighed af depressiv episode mindst 2 uger
- 2) Ingen tidligere episoder med depression (gælder for enkeltepisode) eller med hypomani, mani eller blandingstilstand
- 3) Organisk ætiologi udelukkes

B: Kernesymptomer

- 1) Nedtrykthed
- 2) Nedsat lyst eller interesse
- 3) Nedsat energi eller øget træthæd

C: Ledsagesymptomer

- 1) Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- 2) Selvbeprejdelse eller skyldfølelse
- 3) Tanker om død eller selvmord
- 4) Tænke- eller koncentrationsbesvær
- 5) Agitation eller hæmning
- 6) Søvnforstyrrelser
- 7) Appetit eller vægtændring

Selv om diagnosesystemet således er kategorielt (enten/eller-diagnose) er det vigtigt at være opmærksom på, at de enkelte symptomer er vidt udbredt i befolkningen

⁶ Samtaleterapi dækker i denne sammenhæng over såvel fx undervisende og rådgivende samtaler som egentlig psykoterapi. Psykoterapi defineres her som en kommunikation, der baseres på videnskabeligt forankret psykologisk teori og metode, og som terapeuten behersker.

i forskellig sværhedsgrad og ofte er meget varierende over tid. Derudover er fremtrædelsesformen af flere af symptomerne af og til vag eller ukarakteristisk, specielt hvad angår stemningsleje.

Tabel 2.2: Kriterier for diagnosticering af let, moderat og svær depression

Let depression: 2 B-symptomer og 2 C-symptomer

Moderat depression: 2 B-symptomer og 4 C-symptomer

Svær depression: 3 B-symptomer og 5 eller flere C-symptomer

Ovenstående kriterier anvendes uanset årsag, herunder fx også ved fødselsdepressioner, som i øvrigt ikke adskiller sig fra depressioner i andre livsfaser.

Kriterierne for depression fremgår af MDI-skemaet (Major Depression Inventory)⁷, hvor der også er vejledning i vurdering af sværhedsgraden ud fra sumscoren.

Man skal være opmærksom på, at der ved depression kan ses en række andre vigtige symptomer. Smerter er et af dem, men der kan også forekomme eksempelvis angst. Angst er et prognostisk vigtigt tegn, idet undersøgelser viser, at risikoen for selvmord da er større. Ligeledes er effekten af behandlingen ofte ringere og indtræder langsommere. Forekommer der psykotiske symptomer (vrangforestillinger eller hallucinationer), hvilket ikke er helt sjældent, skal patienten vurderes akut på psykiatrisk afdeling.

Nedsat funktionsevne

Samtidig med de depressive symptomer skal patientens funktionsevne være nedsat i lettere til moderat grad for, at patienten kan henvises til psykolog med tilskud. Dette kan vise sig på forskellige måder. Patienten kan være præget af glædesløshed og apati medførende isolationstendens og besvær ved at tage kontakt til andre mennesker, herunder familien. Patienten kan have svært ved at gå på arbejde på grund af depressionen. Depressionen kan også medføre hukommelses- og koncentrationsbesvær, så patienten kan have svært ved at tage beslutninger eller lære nye ting.

2.2 Undersøgelser

At stille den korrekte diagnose og fastlægge sværhedsgraden er nødvendig for at give den korrekte behandling. Det er også vigtigt at afdække eventuelle årsagsforhold, det vil sige hvilke biologiske, psykologiske og sociale faktorer, der kan tænkes at have udløst eller forværret depressionstilstanden hos den pågældende patient, så behandlingen om muligt kan rettes mod dem.

Den diagnostiske sikkerhed ved en enkelt samtale er meget lav i almen praksis. Ifølge en metaundersøgelse af Mitchell et al.⁸ identificeres ca. 50 % af de deprime-

⁷ http://laegehaandbogen.dk/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/depression-3118.html#doc_heading_ID0EHBA

rede, og ca. 20 % af de ikke-deprimerede får fejlagtigt en depressionsdiagnose. For at øge den diagnostiske præcision bør patienten interviewes over minimum to samtaler.

Selv om de diagnostiske kriterier for let til moderat depression er opfyldt, bør den praktiserende læge sikre sig, at der ikke foreligger en somatisk sygdom, som kan være årsag til patientens symptomer.

2.2.1 Undersøgelser, der skal foretages før henvisning til praktiserende psykolog

Patienten bør primært udredes som skitseret i DSAMs kliniske vejledning om unipolar depression. Primær udredning omfatter relevant anamnese, objektiv undersøgelse, relevant laboratoriescreening og udredning samt psykometrisk test. Vigtige psykiatriske differentialdiagnoser som misbrug, psykose, angst og demens bør være udelukket som primær sygdom.

2.3 Behandlingsmuligheder

Behandlingen bør altid tilrettelægges individuelt under hensyntagen til eventuelle årsagsforhold, patientens behandlingsmotivation, personlighed, køn, sociale forhold (herunder familiære situation) samt kulturelle forhold.

Behandlingsmulighederne afhænger af depressionsgraden, som kan vurderes ved hjælp af ICD-10 kriterierne eller MDI skemaet. En mere præcis vurdering af sværhedsgraden fås ved hjælp af Hamiltons depressionsskala (HAM-D17). Det kræver uddannelse og rutine at bruge denne.

Behandlingsalgoritme

Ingen depression Patienter, som ikke opfylder kriterierne for let til moderat depression, kan ikke henvises til psykolog under depressionsordningen.

Den praktiserende læge bør vurdere, om patienten har behov for et andet tilbud. Det kan fx være støttende samtaler⁹ eller samtalerapi hos den praktiserende læge, kommunale, regionale eller private tilbud (fx via Psykiatrifonden, patientforeninger eller mødrehjælpen) eller psykiatrisk behandling. Der er desuden mulighed for behandling hos psykolog med fuld egenbetaling (eller ved betaling fra fx forsikringssselskab eller arbejdspladsen).

Det er vigtigt, at den praktiserende læge er orienteret om de forskellige muligheder – den kommunale praksiskonulent kan have viden om de kommunale tilbud.

⁸ Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care. a meta-analysis. Lancet 2009; 374: 609-619.

⁹ Støttende samtaler er almindelige konsultationer af 10-15 minutters varighed (mens samtalerapi forudsætter, at lægen er under supervision og afsætter 30 minutter til behandlingen).

| | |
|--------------------|---|
| Let depression | Samtaleterapi Der er ingen dokumentation for effekt af medicinsk behandling. |
| Moderat depression | Samtaleterapi og eventuel medicinsk behandling (i henhold til DSAMs vejledning om unipolar depression og www.pro.medicin.dk). Nogle patienter har trods manglende effekt af medicinsk behandling god effekt af KAT (kognitiv adfærdsterapi) og interpersonel terapi. |
| Svær depression | Medicinsk behandling (i henhold til DSAMs vejledning om unipolar depression og www.pro.medicin.dk) samt støttende samtaler. |

Opgavefordeling

Almen praksis

Flertallet af patienter med depression behandles i almen praksis. Alle patienter med depression har behov for almindelige støttende samtaler hos den praktiserende læge, og nogle praktiserende læger har efteruddannet sig, så de også kan give egentlig samtaleterapi. Hvis der ikke er tydelig bedring efter 1-2 måneders behandling, bør patienten henvises til psykolog eller psykiater jf. stepped care princippet.

Praktiserende psykolog

Hvis der er behov for samtaleterapi udenfor den faglige ramme, som den enkelte praktiserende læge kan tilbydes i almen praksis, kan personer med let til moderat depression henvises til samtaleterapi/psykoterapi hos praktiserende psykolog. Hvis der ikke er tydelig bedring efter 1-2 måneders psykologbehandling, bør patienten henvises til egen læge til revurdering af behandlingen.

Patienter som udover depression har samtidigt tilstedeværende problemstillinger af alvorlig karakter (som fx misbrug, kronisk psykisk sygdom, alvorlig personlighedsforstyrrelse, ADHD eller kompliceret social problematik) kan have behov for et tværfagligt tilbud.

Praktiserende psykiater

Følgende patienter bør henvises til praktiserende psykiater:

- Patienter, hvor der har været manglende respons på psykologbehandlingen
- Patienter med kompliceret sygdom, fx med samtidig ADHD eller somatisk sygdom
- Patienter, hvor der er usikkerhed om diagnose eller den videre behandling
- Patienter med moderat depression med manglende respons på behandling med antidepressiva i sufficient dosering
- Patienter med behov for langvarig recidivforebyggende medikamentel behandling eller samtaleterapi.

Psykiatrisk ambulatorium/specialklinik

Følgende patienter er omfattet af den udvidede behandlingsret og kan derfor henvises til ambulat sygehusbaseret behandling:

- Patienter med svær depression

- Patienter med moderat depression og alvorlige komplicerende faktorer i form af svære samtidige sygdomme, personlighedsforstyrrelse, svækkede kognitive funktioner eller kompliceret social problematik.

Psykiatrisk afdeling: Patienter, der er suicidale, udtalt spisevægrede eller psykotiske, bør henvises til akut vurdering på psykiatrisk afdeling.

Kommunale tilbud: Kommunen kan tilbyde støtteforanstaltninger på beskæftigelsesområdet, undervisningsområdet, sundhedsområdet og socialområdet efter en konkret vurdering af patientens funktionsevne. En diagnose er ikke en forudsætning for et kommunalt tilbud, og samtidig er en diagnose heller ikke en automatisk adgang til kommunale ydelser. Den kommunale praksiskonsulent kan være orienteret om de forskellige tilbud.

2.4 Henvisning til psykolog

Hvis der er behov for samtaleterapi udenfor den faglige ramme, som kan tilbydes i almen praksis, kan personer med let til moderat depression, jf. afsnit 2.1, henvises til psykologisk behandling hos praktiserende psykologer.

Den praktiserende læge skal følge patienten med jævnlige konsultationer, særligt i perioden fra henvisningen til patientens opstart hos den praktiserende psykolog. Hvis tilstanden ændres væsentligt bør der foretages en ny psykometrisk test (fx MDI). Hvis henvisningskriterierne ved den opfølgende konsultation (i almen praksis) ikke længere er opfyldt, skal patienten orienteres om, at kriterierne for tilskud ikke længere er opfyldt. Patienten kan derefter vælge at aflyse tiden hos psykologen eller modtage psykologbehandling uden tilskud.

Det er særligt relevant at henvise mennesker, der udover let til moderat depression også har belastende begivenheder/traumer bag sig. Det kan fx være tidlige og nuværende tab, overgreb i barndommen, ofre for fysisk vold/mishandling, seksuelt overgreb eller omsorgssvigt. Herudover er det særligt relevant at henvise mennesker med lavt selvværd eller sparsomt/intet netværk.

Personer, som ikke opfylder depressionskriterierne, men har symptomer på fx stress, personlighedsforstyrrelser eller funktionelle tilstande, kan ikke henvises til psykolog med tilskud under diagnosen depression.

2.4.1 Indhold af henvisningen

Henvisningen bør indeholde:

- En beskrivelse af problemstillingen, herunder dens varighed og formålet med henvisningen
- Kriterierne for at stille diagnosen depression og sværhedsgraden af denne vurderet ved ICD-10 kriterier, MDI eller HAMD (Hamiltons Depressionsskala)
- Tidligere psykiske problemstillinger
- Eventuelle psykosociale forhold, der er relevant for tilstanden
- Beskrivelse af somatisk udredning

- Beskrivelse af hidtidige behandlingsforløb og eventuel medicinsk behandling for depression
- Beskrivelse af relevant komorbiditet
- Anden relevant medicinsk behandling.

3 Angst

Kriterier, der skal være opfyldt, før henvisning af patienter med angst til psykolog

1. **Diagnostisk interview:** Patienten bør interviewes med udgangspunkt i de diagnostiske kriterier for angsttilstande
2. **Somatisk undersøgelse:** Patienten bør være udredt som beskrevet i DSAMs kliniske vejledning om angst
3. **Differentialdiagnoser:** Somatiske og psykiatriske differentialdiagnoser bør være udelukket som primær sygdom
4. **Psykometrisk test:** Angstdiagnose(r) og sværhedsgrad bør vurderes ved psykometrisk test. Sværhedsgraden skal være let til moderat.
5. **Funktionsevne:** Funktionsevnen skal være nedsat i lettere til moderat grad på grund af angst – den nedsatte funktionsevne kan fx vise sig ved isolationstendens, undgåelsesadfærd på grund af angsten (fx undlade at benytte offentlige transportmidler), vanskeligheder ved at gå på arbejde på grund af angsten eller ved hukommelses- og koncentrationsbesvær.

Derudover skal der før henvisning til praktiserende psykolog tages stilling til, om patientens behov bedre varetages ved:

- støttende samtaler eller samtalerapi hos den praktiserende læge (eventuelt kombineret med farmakologisk behandling)
- et mere tværfagligt tilbud (end almen praksis og praktiserende psykolog)
- henvisning til psykiater (fx ved tvivl om diagnose/behandling eller ved kompliceret sygdom)

Patienter, der ikke opfylder de diagnostiske kriterier for angst, men har symptomer på fx stress, personlighedsforstyrrelse eller funktionelle tilstande, kan ikke henvises til psykologbehandling med tilskud. Patienter med enkeltfobier kan ligeledes ikke henvises til psykologbehandling med tilskud.

I dette kapitel beskrives kriterier for diagnosticering af patienter med let, moderat og svær angst samt principper for udredning og visitation af disse patienter med særligt fokus på henvisning til psykolog.

Det tilstræbes, at behandling i sundhedsvæsenet baseres på, hvad der forskningsmæssigt er bedst tilgængelig evidens for. Det gælder for såvel medicinsk behandling (pro.medicin.dk) som samtalerapi¹⁰. Er psykoterapi indiceret bør kognitiv adfærdsterapi (KAT) således være førstevalg ved angst.

3.1 Diagnostiske kriterier

Noget forenklet kan de diagnostiske kriterier for angsttilstande fremstilles som nedenfor. Patienter med ICD 10-diagnoser fra F40-F42 (og samtidig let til moderat angst) er omfattet af ordningen med henvisning til psykolog, fraset patienter med enkeltfobier (F40.2).

Fobiske angsttilstande

P79/F40.0 Agorafobi – fobisk angst for at færdes alene uden for hjemmet

En relativt veldefineret gruppe af fobier omfattende frygt for at forlade hjemmet, komme i forretninger, forsamlinger eller på offentlige steder eller rejse alene med tog, bus eller fly. Panikangst optræder ofte i forbindelse med agorafobi.

P 79/F40.1 Socialfobi – fobisk angst i sociale situationer

Frygt for at blive kritisk iagttaget af andre mennesker eller frygt for at komme til at gøre noget pinligt, førende til tilbøjelighed til at undgå forskellige sociale situationer. Mere gennemgribende sociale fobier er sædvanligvis ledsaget af lavt selvværd og frygt for kritik. Der kan være klager over ansigtsrødmen, rysten på hænderne og opkastnings- eller vandladningstrang.

P79/F40.2 Enkeltfobi – fobisk angst i særlige situationer

Fobier begrænset til helt specifikke situationer såsom angst for dyr, højder, torden, mørke, flyvning, lukkede rum, besøg på offentlige toiletter, indtagelse af visse fødemidler, tandlægebesøg, synet af blod eller legemsbeskadigelse. **Patienter med enkeltfobier kan ikke henvises til psykolog med tilskud.**

Andre angsttilstande

P74/F41.0 Panikangst

Tilbagevendende anfald af pludseligt indsættende svær panikagtig angst, som ikke er begrænset til særlige situationer eller omstændigheder, og som derfor optræder uforudsigeligt. Som ved andre angsttilstande omfatter de dominerende symptomer hjertebanken, trykken i brystet, kvælningfølelse, svimmelhed og uvirkelighedsfølelse (depersonalisation eller derealisation).

P74 F41.1 Generaliseret angst

Det essentielle træk er en bekymringstendens og angst, som er generaliseret og

¹⁰ Samtalerapi dækker i denne sammenhæng over såvel fx undervisende og rådgivende samtaler som egentlig psykoterapi. Psykoterapi defineres her som en kommunikation, der baseres på videnskabeligt forankret psykologisk teori og metode, og som terapeuten behersker

vedvarende, men ikke begrænset til særlige situationer eller omstændigheder. De mest fremtrædende symptomer omfatter klager over vedholdende nervøsitet, rysten, muskelspændinger, svedtendens, ørhed i hovedet, hjertebanken, svimmelhed og trykken i maven. Patienterne giver ofte udtryk for frygt eller bekymring for, at de selv eller deres nærmeste skal blive syge eller komme ud for en ulykke.

P76/F41.2 Lettere angst-depressionstilstand. P74 / F41.3 Anden blandet angsttilstand. P74 / F41.8 Andre angsttilstande. P74 / F41.9 Angsttilstande, uspecificeret Kategorien F41.2 anvendes, når både angst og depression er til stede på samme tid men kriterierne for depression eller andre angstdiagnoser ikke er opfyldt. F41.3 benyttes til patienter med angstsymptomer blandet med træk fra F42-F48, det vil sige obsessive, somatoforme eller dissociative symptomer.

P79/F42 Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)

Tilstanden er karakteriseret ved tilbagevendende tvangstanker eller tvangshandlinger. Tvangstanker er ideer, tankebilleder eller indskydelser, som dukker op i patientens bevidsthed igen og igen på stereotyp måde. De er pinagtigt generende og forsøges ofte uden held afvist. De erkendes af patienten som hans eller hendes egne tanker, selv om de er ufrivillige og ofte i modstrid med dennes følelser. Tvangshandlinger og ritualer er stereotyp adfærd, som gentages igen og igen. De er ikke i sig selv behagelige eller nyttige. Sædvanligvis erkender patienten denne adfærd som meningsløs eller ineffektiv og gør forsøg på at modstå den. Angst er næsten altid til stede. Hvis patienten prøver at modstå tvangshandlingerne, forværres angsten.

Nedsat funktionsevne

For alle disse tilstande gælder, at de skal have nedsat patientens funktionsevne i lettere til moderat grad for, at patienten kan blive henvist til psykolog med tilskud. Dette kan vise sig på forskellige måder. Fx kan patienten frembyde isolationstendens og have svært ved at tage kontakt til andre mennesker. Han eller hun kan have undgåelsesadfærd på grund af angsten, hvilket kan forhindre benyttelse af offentlige transportmidler eller indkøb i supermarkeder og lignende. Nogle patienter vil have svært ved at gå på arbejde på grund af angsten. Angsten kan også medføre koncentrationsbesvær, så patienten kan have svært ved at tage beslutninger eller lære nye ting.

3.2 Undersøgelser

Før patienten henvises til psykolog, skal der være foretaget diagnostisk interview, somatisk udredning samt psykometrisk test. Vigtige psykiatriske differentialdiagnoser som misbrug, psykoser og depression bør være udelukket som primær sygdom.

3.2.1 Undersøgelser, der skal foretages før henvisning til praktiserende psykolog

Patienten bør primært udredes som skitseret i DSAMs kliniske vejledning om angsttilstande. Primær udredning omfatter relevant anamnese, objektiv undersøgelse, relevant laboratoriescreening og udredning med Angst Symptom Skemaet (ASS). Ved afkodning af ASS er funktionsindskrænkningen (spørgsmål 10) og kernesymptomerne nervøsitet, bekymringstendens og undgåelsesadfærd (spørgsmål 1-3) afgørende for diagnosen. En mere præcis vurdering af tilstandens sværheds-

grad kan fås ved hjælp af Hamiltons angstsкала (HAMA). Det kræver uddannelse og rutine at anvende denne.

3.3 Behandlingsmuligheder

Opgavefordeling

Almen praksis

Flertallet af patienter med angsttilstande behandles i almen praksis. Praktiserende læger kan behandle patienter med lette til moderate angsttilstande. Behandlingen omfatter samtaleterapi og/eller medikamentel behandling (i henhold til DSAMs kliniske vejledning om angsttilstande og pro.medicin.dk). Hvis der ikke er tydelig bedring efter 1-2 måneders behandling, bør patienten henvises til psykolog eller psykiater jf. stepped care princippet.

Praktiserende psykolog

Hvis der er behov for samtaleterapi udenfor den faglige ramme, som kan tilbydes i almen praksis kan personer med let til moderat angst henvises til behandling hos praktiserende psykolog. Patienten skal være i stand til at følge et ambulante psykologisk tilbud. Hvis der ikke er tydelig bedring efter 1-2 måneders psykologbehandling, bør patienten henvises til egen læge til revurdering af behandlingen.

Praktiserende psykiater

Følgende patienter bør henvises til praktiserende psykiater:

- Patienter, hvor der har været manglende respons på psykologbehandlingen
- Patienter med kompliceret sygdom, fx med samtidig ADHD eller somatisk sygdom
- Patienter, hvor der er usikkerhed om diagnose eller den videre behandling
- Patienter med moderat angst eller OCD med manglende respons på behandling med antidepressiva eller anden angstmedicin i sufficient dosering
- Patienter med behov for langvarig recidivforebyggende medikamentel behandling eller samtaleterapi

Psykiatrisk ambulatorium/specialklinik

Patienter med svær angst og komplicerende faktorer i form af svære komorbide sygdomme, personlighedsforstyrrelse eller kompliceret social problematik er omfattet af den udvidede behandlingsret og kan henvises til psykiatrisk ambulatorium/specialklinik.

Kommunale tilbud

Kommunen kan tilbyde støtteforanstaltninger på beskæftigelsesområdet, undervisningsområdet, sundhedsområdet og socialområdet efter en konkret vurdering af patientens funktionsevne. En diagnose er ikke en forudsætning for et kommunalt tilbud, og samtidig er en diagnose heller ikke en automatisk adgang til kommunale ydelser. Den kommunale praksiskonsulent kan være orienteret om de forskellige tilbud.

3.4 Henvisning til psykolog

Hvis der er behov for samtaleterapi udenfor den faglige ramme, som kan tilbydes i almen praksis, kan personer med let til moderat angst, jf. afsnit 3.1, henvises til psykologisk behandling hos praktiserende psykolog. Komorbid sygdom vil ofte forekomme, men angstsygdommen skal være dominerende.

Personer, som ikke opfylder de omtalte angstkriterier kan ikke henvises til psykolog med tilskud på grund af angstilstanden. De skal enten behandles i almen praksis, henvises til psykiater, til psykolog uden offentligt tilskud eller til andre kommunale og lokale tilbud.

3.4.1 Indhold af henvisningen

Henvisningen bør indeholde:

- En beskrivelse af problemstillingen, herunder dens varighed og formålet med henvisningen
- Så præcis en angstdiagnose som muligt (fx socialfobi, panikangst eller generaliseret angst) og sværhedsgraden af denne vurderet ved ICD-10 kriterier, ASS eller HAMA
- Tidligere psykiske problemstillinger
- Eventuelle psykosociale forhold, der er relevant for tilstanden
- Beskrivelse af somatisk udredning
- Beskrivelse af hidtidige behandlingsforløb og eventuel medicinsk behandling for angst samt anden relevant medicinsk behandling
- Beskrivelse af relevant komorbiditet.

4 Psykologens opgaver

Psykologens opgaver i forhold til behandling af patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst

- **Ved modtagelsen af henvisningen:**
 - Fremgår de nødvendige oplysninger af henvisningen?
 - Falder patienten indenfor ordningen?
- **Ved den/de første konsultation(er):**
 - Falder patienten indenfor ordningen?
 - Valg af behandlingsform (kognitiv adfærdsterapi eller interpersonel terapi bør være førstevalg ved depression og kognitiv adfærdsterapi bør være førstevalg ved angst)
- **Ved manglende fremgang:**
 - Hvis der ikke er tydelig bedring efter 1-2 måneders psykologbehandling, bør patienten henvises til almen praksis til revurdering af behandlingen
- **Ved behov for genhenvisning:**
 - Årsagen hertil samt hvad der forventes opnået ved genhenvisning beskrives i epikrisen
- **Ved afslutning udarbejdes kort epikrise med fokus på:**
 - Behandlingens effekt
 - Hvilken behandling, der er givet, og hvordan der fortsat kan behandles/følges op i almen praksis
 - Psykofarmakologisk behandling ved afslutningen af behandlingen (herunder ikke-receptpligtig medicin)

I dette kapitel beskrives psykologens opgaver ved modtagelsen samt det videre samarbejde med patientens praktiserende læge.

4.1 Vurdering ved modtagelse af henvisningen

Den første kontakt mellem psykolog og patient er almindeligvis telefonisk eller via mail. Psykologen skal på dette tidspunkt sikre sig, at de nødvendige oplysninger (fx patientens navn, cpr.nr., adresse, henvisningsårsag, lægens oplysninger til behandlende psykolog inklusiv psykometrisk test og resultat heraf og udstedelsesdato for henvisningen) fremgår af henvisningen, samt at patienten falder indenfor henvisningskriterierne.

Hvis patienten falder udenfor henvisningskriterierne, afvises patienten, og patienten anbefales at søge læge igen. Patienten skal have kontaktet psykologen senest en måned fra henvisningens udstedelsesdato.

Psykologen spørger til patientens forventninger til psykologbehandlingen og patientens viden om ordningen, herunder viden om egenbetaling og antal konsultationer, der kan opnås tilskud til. Første kontakt afsluttes med aftale om første samtale samt praktiske oplysninger.

4.2 Vurdering ved første konsultation

Første samtale er beskrevet i bilag 5 i Overenskomst om Psykologhjælp. Der bør suppleres med følgende ved de første konsultationer:

Psykologen foretager ved første konsultation en nærmere vurdering af, om patienten falder indenfor henvisningskriterierne. Patienter, som ikke opfylder henvisningskriteriet, er ikke berettigede til offentligt tilskud til behandling.

Psykologen optager i de første 1-2 konsultationer en psykosocial anamnese. Der foretages en vurdering af sygdommens sværhedsgrad og selvmordsrisiko. Endvidere danner psykologen sig hypoteser om de psykologiske faktorer, der har bidraget til at skabe symptomerne og de faktorer, der aktuelt vedligeholder dem. Der udformes i samarbejde med patienten en behandlingskontrakt, hvori psykologen og patienten i fællesskab præciserer rammer, form, indhold og mål for behandlingen.

Det tilstræbes, at behandling i sundhedsvæsenet baseres på, hvad der forskningsmæssigt er bedst tilgængelig evidens for. Det gælder for såvel medicinsk behandling (pro.medicin.dk) som samtaleterapi¹¹. Er psykoterapi indiceret bør kognitiv adfærdsterapi (KAT) således være førstevalg ved angst og KAT eller interpersonel terapi ved depression. Psykologen foretager i samarbejde med patienten løbende vurderinger af behandlingsalliance, behandlingens effekt og symptomernes sværhedsgrad. I den forbindelse kan psykologiske test og andre vurderingsmetoder anvendes som supplement til den kliniske vurdering af tilstanden.

¹¹ Samtaleterapi dækker i denne sammenhæng over såvel fx undervisende og rådgivende samtaler som egentlig psykoterapi. Psykoterapi defineres her som en kommunikation, der baseres på videnskabeligt forankret psykologisk teori og metode, og som terapeuten behersker

4.3 Ved manglende fremgang

Hvis der ikke er tydelig bedring efter 1-2 måneders psykologbehandling, bør patienten henvises til egen læge til revurdering af behandlingen.

4.4 Vurdering ved behov for genhenvi sning

Hvis psykologen efter 12 samtaler vurderer, at patienten kan profitere af yderligere psykologbehandling anføres dette i epikrisen. Dette kan fx være tilfældet, hvis:

- patienten har nået en vis bedring, og der er sandsynlighed for at yderligere sessioner vil skabe fortsat bedring
- patienten ikke har haft tilstrækkelig effekt af førstevalgsmetoden, og der er grund til at forsøge med andre metoder
- der er behov for at konsolidere en opnået bedring
- psykologen finder det relevant af anden årsag (skal anføres i tilbagemeldingen til den praktiserende læge)

Psykologen beskriver behovet for genhenvi sning i epikrisen og opfordrer patienten til at konsultere egen læge for at vurdere indikationen for genhenvi sning til yderligere samtaler (maksimalt 12).

4.5 Afslutning af forløb

Når patienten er velbehandlet, afsluttes psykologbehandlingen. Herudover afsluttes psykologbehandlingen og anden behandling overvejes, hvis patienten ikke profiterer af psykologbehandlingen, eller hvis patienten ikke kan behandles inden for et psykologisk ambulante behandlingstilbud (fx hvis der er andre alvorlige problemstillinger eller ved manglende stabilt fremmøde).

Ved behandlingens afslutning udarbejdes en kort epikrise (5-15 linjer) med relevante oplysninger til den praktiserende læge. Den afsendes efter samtykke med patienten. Indhold af epikrisen:

- Hvad er effekten af behandlingen (afkrydses som henholdsvis 'tydelig bedring', 'moderat (en vis) bedring', 'ubetydelig eller ingen bedring' samt 'forværring')
- Hvilken behandling er givet, og hvordan kan der fortsat behandles/følges op i almen praksis
- Angivelse af eventuel psykofarmakologisk behandling ved afslutningen af forløbet, herunder ikke-receptpligtig medicin.

Bilag 1 – Medlemmer af arbejdsgruppen

Der har været afholdt 3 møder i arbejdsgruppen.

Deltagere i arbejdsgruppen:

Kaj Sparle Christensen
Lektor, praktiserende læge
Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet
Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin

Merete Strømning – deltog i arbejdsgruppen fra d. 9. november 2011 – 18. januar 2012

Privatpraktiserende psykolog
Psykologhuset Broen, København
Udpeget af Dansk Psykolog Forening

Nicole Rosenberg
Chefpsykolog
Institut for Klinisk Medicin – Psykiatrien i Region Midtjylland
Udpeget af Dansk Psykolog Forening

Niels Damsbo
Lektor, praktiserende læge
Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin

Poul Videbech
Professor, overlæge
Institut for Klinisk Medicin – Center for psykiatrisk forskning
Udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab

Randi Luggin
Overlæge
Psykoteraapeutisk afsnit, Psykiatrisk Center Amager
Udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab

Sundhedsstyrelsen har varetaget sekretariatsfunktionen.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke arbejdsgruppen for deres indsats. Projektgruppens habilitetserklæringer er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.