

Én time hos psykiater kan være nok

Sammendrag

Bakgrunn. Tradisjonell henvisning fra fastlege til psykiater innebærer ofte lang ventetid og mange konsultasjoner. Ofte trenger ikke pasienten en fullstendig psykiatrisk utredning.

Materiale og metode. Én felleskonsultasjon med pasient, fastlege og psykiater kan være snarveien til rett diagnose og behandling når fastlegen kjenner pasienten godt og skal følge opp vedkommende senere. Vi presenterer en slik metode og erfaringer med den. 19 pasienter har i løpet av en femårsperiode deltatt i felleskonsultasjon på ca. en time med fastlege og psykiater.

Resultater. Det ble stilt 48 diagnoser hos 19 pasienter. Personlighetsforstyrrelse er ofte kommet til som tilleggsdiagnose. 17 av pasientene har klart seg med denne ene konsultasjonen, mens to har trengt mer kontakt med psykiatrisk annenlinjetjeneste.

Fortolkning. Når det ikke er behov for langvarig psykiatrisk utredning eller behandling, kan en times felleskonsultasjon være nyttig. For pasientene har det vært trygt at fastlegen er deltaker i konsultasjonen, og fastlegen har lært mye om intervjueteknikk og diagnostikk. I vårt materiale har det vært pasientene med flere psykiatriske diagnoser samtidig som har voldt fastlegen mest besvær, spesielt de som har personlighetsforstyrrelse. Vi tror at i mange av tilfellene der det er behov for hjelp fra psykiatrisk annenlinjetjeneste kan man finne en løsning ved én enkelt felleskonsultasjon. Metoden kan også forsøkes sammen med andre spesialister.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Gunnar Moulund
gumoul@online.no
Legegruppen Grandgården
4841 Arendal

Johannes Kyvik
DPS Aust-Agder
Sørlandet Sykehus Arendal

Fastlegene utreder, avklarer og ferdigbehandler over 90 % av sine pasienter. De som krever spesialundersøkelse eller -behandling, blir henvist til annenlinjetjenesten, enten ved innleggelse i sykehus eller ved henvisning til spesialist. Ifølge en undersøkelse fra 1997 ble det skrevet henvisning til spesialist i ni av 100 konsultasjoner (1). Pasienter med svært spesielle sykdommer vil så godt som alltid bli henvist til spesialist, fordi utredning og behandling krever spesialkompetanse eller utstyr som allmennpraktikere ikke forventes å ha. Ved andre sykdommer, kanskje spesielt psykiske lidelser, vil henvisningspraksisen variere mye fra lege til lege, avhengig av vedkommendes erfaring og arbeidsmåte. Det har vært vanlig å regne at en tredel av konsultasjonene i allmennpraksis dreier seg om et psykisk problem (2).

Henvisning til psykiatrisk annenlinjetjeneste er ressurskrevende fordi det vanligvis genererer mange spesialistkonsultasjoner. Nyhenviste pasienter til Distriktpsikiatriske senter Aust-Agder får i gjennomsnitt 8,6 konsultasjoner. Selv om psykiatrien har fått tilført mye ressurser de siste årene, er det ofte lang ventetid ved de psykiatriske poliklinikkene og hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer.

Ved tradisjonell henvisning til psykiater må spesialisten bruke mye tid på å skaffe seg den kjennskap til pasienten som fastlegen allerede har. Ofte er det først og fremst psykiaterens tilleggs kunnskap eller spisskompetanse som er av interesse, siden det vanligvis er fastlegen som skal følge opp pasienten etter spesialistens undersøkelse og behandling.

Tradisjonell henvisning og poliklinisk behandling synes for mange pasienters vedkommende å være unødvendig tid- og ressurskrevende. Vi har erfart at én felleskonsultasjon med pasient, fastlege og psykiater kan være en snarvei til godt fundert diagnose og behandling og ønsker å formidle våre erfaringer til norske leger. En slik arbeidsmåte kombinerer fastlegens kunnskap om pasienten og psykiaterens spisskompetanse og blir en kombinasjon av spesialistundersøkelse av pasient og veiledning av fastlege. Metoden

har vært lite benyttet i Norge, og den er heller ikke omtalt i læreboken *Allmenntidning*. De nye reglene for videre- og etterutdanning i allmenntidning gir ett poeng for hver felleskonsultasjon med egen pasient sammen med spesialist (3). Noen allmennpraktikere har beskrevet sine erfaringer med en liknende tilnærming (4). Psykiater Tom Andersen (1936–2007) i Tromsø samarbeidet i mange år tett med allmennleger, han brukte nesten hele sin arbeidstid utenfor sykehuset (5). Innleggelsesfrekvensen i psykiatriske institusjoner gikk i en periode ned med 40 % som følge av dette samarbeidet. En av hans artikler har den treffende tittelen *Consultation: would you like co-evolution instead of referral?* (6). I Balint-bevegelsen er psykiatrisk veiledning av allmennleger satt i system. Der er det mange elementer som likner felleskonsultasjonens arbeidsform, men den har ikke fått den store utbredelsen i Norge. Dansk Selskap for Almenntidning har arbeidet systematisk med faglig kollegial supervision i Balint-grupper (7). Møter med psykiatere som gir faglig veiledning til allmennpraktikere (enkeltvis eller i grupper) med eller uten pasient til stede og andre former for samarbeid foregår mange steder i verden (8, 9), men det er bare noen få artikler om temaet fra Norge (10).

Ifølge loven om spesialisthelsetjenesten skal spesialistene i annenlinjetjenesten «gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift» (11). I en nylig publisert artikkel om fastlegenes vurdering av de distriktpsikiatriske sentrene er det håndfast veiledning fra psykiaterne som savnes mest (12).

Materiale og metode

Fra oktober 2001 har en fastlege (GM f. 1948) hatt en avtale med en erfaren psykiater

Hovedbudskap

- Mange som henvises til psykiater, trenger ikke fullstendig psykiatrisk diagnostikk og behandling
- Én felleskonsultasjon med pasient, fastlege og psykiater kan gi god avklaring
- Felleskonsultasjon med andre spesialister bør trolig utprøves mer

ter (JK f. 1946) om å kunne henvise egnede pasienter til en felleskonsultasjon. Formålet har vært å avklare spesifiserte problemområder (diagnose, behandling, trykkespørsmål m.m.) hos pasienter som fastlegen skal følge opp videre. Fastlegen avtaler tid direkte på telefon og sender opplysninger om pasienten til spesialisten på forhånd (fig 1). Ventetiden har vært 1–2 uker. Pasienten får så beskjed om rammen for samtalen: Pasient og fastlege møter på psykiaterens kontor. Det er avsatt én klokke til samtale mellom psykiater og pasient. Fastlegen er for det meste tilhører, men kommer med enkelte kommentarer og spørsmål. Deretter forlater pasienten kontoret, og fastlege og psykiater bruker ca. en halv time til faglig drøfting og til å skrive ferdig en felles rapport om diagnose og videre behandling. Hele seansen, inkludert skriving av rapport, tar altså ca. 90 minutter. Alle pasientene blir etterpå spurt om hvordan de har opplevd felleskonsultasjonen.

Psykiateren legger vekt på å synliggjøre temaer som er vesentlige for å forstå problemer, behandling, selvhjelp og prognose. Overfor pasienten er det viktig at relasjonen mellom vedkommende og fastlegen blir understreket (tid nok til pasienten og trygghet for at fastlegen har kompetanse til å følge opp). I drøftingen mellom psykiateren og fastlegen blir formell og operasjonell diagnostikk og ulike former for behandlinger drøftet. Spesielt viktig er det å oppdage tilstander som kan behandles spesifikt (f.eks. bipolar sykdom). Vi er fullt klar over at psykiatriske diagnoser ikke er absolutte, men diagnosen er et viktig hjelpemiddel til riktig behandling. Det legges vekt på en helhetlig og praktisk rehabiliteringstenkning med realistiske ambisjoner ut fra pasientens ressurser.

Til august 2006 var 19 pasienter undersøkt på denne måten, dvs. 2–5 felleskonsultasjoner per år (gjennomsnitt 3,8 per år). Ingen pasienter har hatt mer enn én felleskonsultasjon.

Til sammenlikning er 32 pasienter (sju per år) fra fastlegens liste henvist på ordinært vis til psykiatrisk poliklinikk i samme periode, ti pasienter (2,3 per år) til privatpraktiserende psykiater og 18 (4,1 per år) til privatpraktiserende psykolog.

Pasienten har ikke betalt egenandel ved felleskonsultasjonen. Fastlegen har benyttet takst 14 i normaltariffen – «når legen deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter med helse- og/eller sosialfaglig personell som et ledd i behandlingsopplegg for enkeltpasienter» (13). Psykiateren har ansett disse timene som del av sine veiledningsoppgaver (11).

Resultater

Av 79 pasienter som ble henvist til psykiatrisk annenlinjetjeneste, ble 19 (24%) henvist til felleskonsultasjon med psykiater.

Pasientenes alder ved felleskonsultasjonen var 22–60 år (gjennomsnitt 46 år), 79% var kvinner. Tabell 1 viser hvilke diagnoser som har vært stilt etter felleskonsultasjonen.

Pasient:	Født:
Adresse:	
Primærlege:	
Spesialist:	
Avtalt dato og tidspunkt:	
Kort sammendrag av tidligere fysiske og psykiske sykdommer	
Arbeidsforhold ev. sykmeldt/uførepensjon/arbeidsledig	
Nåværende medikasjon (ev. tidligere behandling vellykket/mislykket)	
Primærlegens diagnose	
Hva ønsker primærlegen hjelp til?	
Diagnose:	
Personlighetsvurdering:	
Råd om videre behandling:	
Behov for psykoterapi:	
Andre ønsker:	

Figur 1 Skjemaet som fastlegen fyller ut og sender til psykiateren før felleskonsultasjonen

Diagnosene er konvertert fra psykiaterens ICD-10-diagnoser til ICPC-2, som brukes i allmennpraksis (14). Hver pasient har i gjennomsnitt fått 2,5 diagnoser (spredning 1–5). Personlighetsforstyrrelse har kommet til som tilleggsdiagnose for flere. Ellers har det vært få diagnoseendringer i forhold til hva fastlegen visste fra før. En del spørsmålsteget er blitt slettet og noen nye er kommet til. To av pasientene har hatt kontakt med psykiatrisk annenlinjetjeneste etter felleskonsultasjonen, én var innlagt etter et alvorlig suicidalforsøk og én hadde sju konsultasjoner ved psykiatrisk poliklinikk. En pasient med lett psykisk utviklingshemning og AD/HD har skiftet fastlege. Alle pasientene har overfor fastlegen gitt uttrykk for at felleskonsultasjonen var en positiv opplevelse. Pasientene følte seg tatt på alvor ved å bli viderehenvist, og de mente det ga trygghet at fastlegen var med som deltakende observatør.

For fastlegen har det vært svært lærerikt å være deltaker i felleskonsultasjonene, spesielt nyttig har vært lærdom om intervjueteknikk og utvelgelse av hvilke problemområder man bør gå mer i dybden på.

For psykiateren har det vært nyttig å få bedre innsikt i fastlegens tenkemåte og arbeidsmetoder. Tilsendte opplysninger og fastlegens «medbrakte» kjennskap til pasientens sykehistorie har gjort det mulig for psykiateren å komme raskt frem til diagnose og råd om videre behandling. Rapporten er blitt skrevet ferdig på diskusjonsmøtet etter at pasienten er gått, slik at psykiateren ikke har fått noe etterarbeid.

Diskusjon

Hvor mange som blir henvist til psykiatrisk annenlinjetjeneste, vil variere med hvor mange pasienter med psykiske lidelser legen har på sin liste (legesleksjon), fastlegens erfaring og tilbudet i psykiatrien. Kort ventetid

Tabell 1 Diagnoser som ble stilt hos 19 pasienter som deltok i felleskonsultasjon med fastlege og psykiater

ICPC-kode	Tekst	Antall
P19	Stoffmisbruk	1
P72	Schizofreni	3
P73	Affektiv lidelse	1
P74	Angstlidelse	6
P75	Somatoform lidelse	7
P76	Depressiv lidelse	7
P78	Nevrasteni	5
P79	Tvangslidelse	1
P80	Personlighetsforstyrrelse	9
P81	Hyperkinetisk forstyrrelse	1
P85	Psykisk utviklingshemning	3
Andre diagnoser	Stamming, fibromyalgi, epilepsi, cerebral parese	4
Sum		48

hos spesialist vil øke pågangen. I undersøkelsesperioden startet to privatpraktiserende psykologer praksis i distriktet, og disse hadde kort ventetid i begynnelsen. Dette førte til mange henvisninger i 2002 og 2003, men flere av pasientene ble senere henvist til det offentlige psykiske helsevesen fordi behandlingen var for kostbar.

Alle tiltak som kan redusere den lange ventetiden til psykiatriske poliklinikker er verdifulle, forutsatt at ikke kvaliteten på behandlingen blir redusert. Den tradisjonelle henvisningen fra en fastlege til en psykiatrisk poliklinikk medfører ofte mye dødtid fordi terapeuten trenger mye tid for å tilegne seg den informasjon som fastlegen allerede sitter inne med. Hvis man kan oppnå det samme for pasienten med én felleskonsultasjon i stedet for 8–9 polikliniske konsultasjoner, er både tid og penger spart, og informasjonsverdien for fastlegen blir større. Kort ventetid til spesialistkonsultasjon sikrer også at samtalen kommer når den trengs og ikke – som det ofte skjer nå – etter at pasienten er blitt vesentlig bedre eller så syk at vedkommende er blitt innlagt før første time.

Fastlege og psykiater får ved en slik metode gjensidig bedre innsikt i hverandres tenkemåte og arbeidsmetode. Fastlegen får bedret sin kompetanse, noe som også kommer andre pasienter til gode og som med stor sannsynlighet reduserer behovet for henvisning til spesialist. Spesialisten utnytter sin arbeidstid bedre ved at «spisskompetansen» i større grad er i bruk.

De aller fleste pasientene i vårt materiale

har klart seg med denne ene spesialisttimen, bare to har hatt ny kontakt med psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. En viktig erfaring er at fastlegen ofte ikke har behov for en total psykiatrisk gjennomgang av pasienten, men trenger hjelp til mer spesifikke problemer, f.eks. til å stille riktig diagnose, til valg av behandling eller rett og slett bekreftelse på at den behandling som er i gang, er god nok. Én grunn til at ventetiden er lang hos psykiater/psykolog, kan være at spesialisten tror at fastlegen forventer full psykiatrisk gjennomgang, mens det i virkeligheten bare er noen få problemområder man trenger hjelp til. Ikke alle pasienter som henvises, trenger spesifikk psykiatrisk behandling. Det er derfor viktig at fastlegen har en klar «bestilling» av hva som ønskes når en pasient henvises, både spesifisering av problemområder og kanskje også av varighet av behandlingen.

Denne metoden egner seg ikke for alle med psykiske lidelser. De som trenger mer langvarig spesialistoppfølging, må henvises som før. Det er heller ikke alle fastleger og psykiatere en slik metode passer for. For å ha nytte av den må fastlegen ha en viss erfaring, være interessert i psykososiale problemer og kjenne sine pasienter godt. Psykiateren bør ha erfaring nok til raskt å finne frem til de vesentlige problemstillingene og ha de nødvendige pedagogiske evner til på kort tid å kunne formidle sykdomsforklaring til pasienten. Både fastlege og psykiater må tore å eksponere seg til en viss grad og arbeide åpent. Det er viktig med tillit og god kjemi mellom fastlege og psykiater, men vi tror at det på de fleste steder i Norge finnes fastleger og psykiatere som med noe trening kunne danne gode kollegiale team. Vår erfaring nå er at kanskje en tredel til halvparten av henvisningene til psykiatrisk annenlinjetjeneste kan ordnes på denne måten.

Betenkeligheter ved en slik arbeidsmetode er at psykiateren kan stille feil diagnose eller overse viktige momenter fordi det blir for overfladisk og kortvarig kjennskap til pasienten. Denne faren motvirkes av at fastlegen som oftest vil ha sett pasienten i mange situasjoner gjennom flere år. En annen fare er at psykiateren blir så påvirket av de informasjonene fastlegen gir at feiloppfatninger kan bli sementert og autorisert. Det er mindre fare for å falle i denne grøften hvis spesialisten starter med blanke ark. Lang oppfølgingstid hos fastlege gjør likevel at de viktigste tilstandene sannsynligvis vil komme for en dag med tiden.

Mange av de pasientene som er vanskelige for fastlegen – det gjelder både diagnostikk og behandling – har ofte flere psykiske lidelser. Spesielt har det vært nyttig for fastlegen å få innsikt i hvordan personlighetsforstyrrelser kan komplisere forståelsen av andre psykiske lidelser. Psykiatere og fastleger har nok forskjellig kultur når det gjelder bruk av personlighetsdiagnoser. Vi tror fastlegene ved å bli bedre i personlighetsdiagnostikk kan forstå sine pasienter bedre.

Avslutning

Felleskonsultasjoner for godt utvalgte pasienter er til nytte for både pasient, fastlege og spesialist og samtidig billig sammenliknet med tradisjonell praksis. Vi vil oppfordre kolleger til å prøve ut denne arbeidsmåten mer – ikke bare i psykiatrien, men også innenfor andre fagfelter som geriatri, nevrologi og revmatologi, der fastlegens erfaring kan kombineres med spesialistens spisskompetanse.

G. Mouland takker for allmennpraktikerstipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU).

Litteratur

- Hjortdahl P. Helseproblemer og bruk av helsetjenester i allmennpraksis. I: Hunskaar S, red. Allmennmedisin. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 28–34.
- Thorsen O, Thorsen GRB. Psykiske forstyrrelser og atferdsvansker. I: Hunskaar S, red. Allmennmedisin. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 405.
- Spesialistreglene i allmennmedisin www.legeforeningen.no/index.gan?id=1124&subid=0 [5.3.2007].
- Angvik BR, Berg E. Psykolog og allmennpraktiker på legens kontor. Tidsskr Nor Psykologforen 1996; 33: 794–9.
- Andersen T. Reflekterende prosesser: samtaler og samtaler om samtalerne. 3. utg. København: Dansk psykologisk forlag, 2005.
- Andersen T. Consultation: would you like co-evolution instead of referral? Fam Syst Med 1984; 2: 370–9.
- Kaltoft S, Thorgaard L, red. Lægen som lægemiddel: om læge-patient-forholdet: et kursprosjekt om samtale og supervision. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
- Younes N, Gasquet I, Gaudebout P et al. General practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. BMC Fam Pract 2005; 6: 18. www.biomedcentral.com/1471-2296/6/18 [24.7.2007].
- Lucena RJ, Lesage A. Family physicians and psychiatrists: qualitative study of physicians' views on collaboration. Can Fam Physician 2002; 48: 923–9. www.cfpc.ca/cfp/2002/may/vol48-may-research-3.asp [24.7.2007].
- Okkenhaug JL. Fra kontakt til kontrakt. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 822–4.
- Lov om spesialisthelsetjenesten. www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html [24.7.2007].
- Bjertnæs ØA, Oltedal S, Garratt A et al. Fastlegens vurdering av kvaliteten ved distriktpsykiatriske sentre. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2878–91.
- Normaltariffen 2006–07. www.legeforeningen.no/assets/Normaltariffen_2007.pdf [24.7.2007].
- Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. www.kith.no/upload/1895/ICPC-2-bok_110304.pdf [24.7.2007].

Manuskriptet ble mottatt 5.9. 2006 og godkjent 25.7. 2007. Medisinsk redaktør Erlend Hem.