

Grænseløs depression



HENRIETTE JUNKER

Der er gået yderligere inflation i diagnosticeringen af depression, siden psykologbehandling blev sygesikringsstøttet i 2008. Resultatet er blandt andet overforbrug af antidepressiva.

Henriette Junker er cand.psych.aut og praktiserende psykolog.

PSYKOLOGBEHANDLING blev sygesikringsstøttet i 1992, og de første mange år var kriterierne for at få støtte forholdsvis velafgrænsede. Målgruppen var klienter med behandlingsbehov efter indtræf af svære livsbegivenheder (maks. 6-12 mdr. efter trafikulykker, dødsfald i nærmeste familie, kroniske fysiske lidelser mv.). Men efterhånden som yderligere kategorier (incest, depression og angst) stødte til, er det blevet sværere at afgrænse de behandlingsberettigede. Det er kategorier, som bliver administreret langt mere letsindigt. Det er absolut et plus, at stadig flere kan få støtte til psykologbehandling, og at psykologfaget i stigende grad anerkendes efter at have været noget af et stedbarn inden for sundhedssektoren. Men der synes at være gået inflation i diagnosticeringen af depression, siden psykologbehandling af 'let til moderat depression' blev sygesikringsstøttet fra 2008 (for personer under 38 år). Nu er det, med bredt flertal i Folketinget, blevet besluttet at ophæve aldersgrænsen for tilskud til psykologbehandling for depression, hvilket kan bevirke yderligere overdiagnosticering. Ifølge reglerne skal en patient diagnosticeres via en psykometrisk test hos lægen før henvisning til psykologhjælp, hvilket i praksis ofte ikke sker. Som privatpraktiserende psykolog gennem 8 år har jeg daglig berøring med klienter, som søger psykologhjælp til stress, eksistentielle problemer, samlivs-

problemer, uddannelses- og karrierekriseser og en lang række lignende problemstillinger. Mennesker, som ikke er klinisk deprimerede, men i livskrise. Siden 2008 har mange af disse imidlertid en sygesikringshenvisning fra deres læge med kryds i feltet 'let til moderat depression'. Adspurgt til diagnosticeringen hos lægen svarer cirka halvdelen, at de ikke er blevet testet. Og flere af dem, der er, har fået stillet diagnosen via spørgeskema med ganske få spørgsmål som 'Føler du dig nogle gange nedtrykt og trist' eller 'Har du afbrudt nattesøvn'. Udsagn, som langt de fleste mennesker vil kunne svare bekræftende til! Overdiagnosticering er en samfundsmæssig trend, særlig forvokset i kølvandet på medicinalindustriens eksplosive fremmarch inden for det psykofarmakologiske felt de senere år. Ikke overraskende er medicinalindustrien ophavsmænd til nogle af de 'simple' spørgeskemaer, som legitimerer depressionsdiagnosen.

Læger og psykologer rider med på bølgens ved at gå på kompromis med fagligheden. De praktiserende læger gør det ved at overdiagnosticere befolkningen med depression. Og sygesikringspsykologerne får del i kagen ved at acceptere at initiere behandling ud fra fejldiagnoserne. Begge faggrupper underminerer dermed respekt og seriøsitet omkring diagnosekriterierne. Depressionsdiagnosen synes forvansket til uigenkendelighed si-

den 2008. Faglig kompetence og etik synes ikke længere at gå forrest i konkret praksis omkring diagnosticering og behandling. Resultatet er en beklagelig udvanding af depressionsdiagnosen.

MIN KONKRETE kliniske erfaring understøttes af fakta: Ifølge en evaluering af ordningen med psykologbehandling af personer med let til moderat depression falder kun 33 procent af de henviste klienter til psykologbehandling for depression under sygesikringen inden for målgruppen! Resten er enten slet ikke deprimerede (39 procent) eller svært deprimerede (28 procent).

Sygesikringssystemets indbyggede

logik er, at man skal være syg for at få professionel hjælp. Stadfæstelse af en diagnose kan være en lettelse, en oplevelse af anerkendelse af ens lidelser, hvis man faktisk er syg. Sjældent er det dog i sig selv befordrende for selvforståelsen at få prædikateret 'syg'. En psykisk diagnose indikerer en psykisk skrøbelighed, som kan være svær at ryste af sig igen. Fastsæt-

telsen af en diagnose bør derfor ske efter uhyre grundig undersøgelse og med stor etisk og faglig finfølelse i forhold til de konsekvenser, diagnosen kan have for personens videre liv og færden.

En lang række psykologiske problemstillinger kan og bør ikke forstås som sygdomme. De er forståelige, besværlige og pinefulde aspekter af og reaktioner på livets bølger og udfordringer, svære livsvilkår og barske betingelser. Ofte kan de afhjælpes med psykologisk behandling. Til tider er de decideret (psykolog)behandlingskrævende. Ved diagnosticering tilføres et syn på patienten og en selvforståelse hos klienten, som kan tendere stigmatiserende og passiviserende. En fremmedgørende 'ærefrygt' for diagnosen, som gør det sværere selv at tage ansvar, ligger lige for, når klientens problem forstørres og sygeliggøres gennem diagnosen. Hvis klienten ikke ser sig selv som aktør i behandlingen, er han tilbøjelig til at lægge ansvaret for at 'fikse' det uforståelige problem i hænderne på 'eksperten', fordi han således ikke har 'forstand på sig selv'. Det kan svække grundlaget for den psykologiske behandling, der ikke er et ensidigt behandlingsforetagende, men et samarbejde.

Et psykologforløb kræver paradoksalt nok ressourcer hos klienten. Psykologen kan stille indsigt fremmede spørgsmål, belyse u(er)kendte ting, facilitere og fordybe (selv)forståelse, støtte og opmuntre

til større personligt mod og selvværd og eventuelt komme med forslag til tiltag i klientens liv. Men psykologen er ikke en sandhedsapostel og kan ikke løse klientens problemer. I sidste ende er klienten den, der skal forandre sit liv, finde sin vej og afsøge, hvilke af de skridt og interventioner der har udfoldet sig via psykologsamtalerne, som gavner lige netop ham. At dette er grundstammen i et psykologisk behandlingsforløb vil de fleste psykologer være enige med mig i. Når sygesikringspsykologer accepterer det ma-

KRONIKSERIE

DIAGNOSE DANMARK.

Antallet af diagnoser er eksploderet inden for de sidste 10 år. En fjerdedel af os menes at lide af mindst én psykisk forstyrrelse om året, som kan diagnosticeres. Sideløbende er forbruget af antidepressiv- og ADHD-medicin steget voldsomt. To praktiserende psykologer siger fra i Politikens Kronik, der over to dage sætter fokus på diagnosticering af personer med depression og af børn.

Kroniken i morgen: Hvorfor alle de diagnoser? af Luise Bæk Bomme

...Grænseløs depression

skespil, hvori klienterne får tildelt stigende *labels* i den tjeneste at give flest muligt adgang til billigere psykologhjælp og dermed sig selv større klienttilstrømning/indtægt, går de på kompromis med faglig etik og viden. Ved overdiagnosticering fremmes endvidere en lidt smagfuld isolering af almenmenneskelige problemstillinger. Når den enkeltes symptomer indkapsles i en diagnose som depression, foretages en grov forenkling og individualisering af symptomer, hvori man kan 'slippe for' at forholde sig til og ændre de faktiske og mere komplekse livsvilkår, som problemerne har rod i. Det være sig stressende arbejdsmiljøer, destruktive relationer, omsorgs-svigt mv.

ANTIDEPRESSIV medicin betragtes i vid udstrækning som et behandlingstiltag, der skal supplere en psykoterapeutisk behandling ved depression. Derved kan den omfattende fejl-diagnosticering blæstemple medicinudskrivning. Ikke bare de privatpraktiserende læger, men også psykologer faciliterer – indirekte – øget ordinerings af 'lykkepiller'. Det er sværere for den privatpraktiserende psykolog at tale mod en ordinerings af antidepressiva, når vedkommende selv har godkendt henvisningen til psykologhjælp på baggrund af 'depression', som jo netop er det, man udskriver 'lykkepiller' mod!

Forbruget af antidepressiva i Danmark er stort og stadig stigende. Det er fortrydeligt, at psykologstanden bidrager til denne kedelige udvikling. I mit virke har jeg været i berøring med mange klienter, der er fejlmedicineret med antidepressiva som følge af fejl-diagnosticering. I bed-



Faglig kompetence og etik synes ikke længere at gå forrest i konkret praksis

pres fra deres læge for at modtage 'lykkepiller', de ikke ønsker, og som forekommer helt utidigt i forhold til deres problematik. De fleste har respekt for autoriteter og for sundhedsfagligt personale ikke mindst. Siger lægen, at patienten har en depression (med henblik på sygesikringshenvi-sning til psykolog), tror hun som oftest på det. Foreslår han, at hun også skal medicineres, tør hun sjældent lade være. For depression er jo en alvorlig ting, det ved enhver da!

Når sygesikringspsykologen så heller ikke meldsiger den diagnose (det kan hun jo ikke uden at save sin egen gren over!), ser det ud som et kompetent, enigt sundhedsfagligt personale med faglig fundering af behandlingsanvisningerne. 'Overrekutteringen' til psykologbehandling over sygesikringsordningen bevirker, at ventetiden hertil er dybt kritisk i mange dele af landet.

Vi er godt 1.600 fuldtids privatpraktiserende psykologer på landsplan og dertil et stort antal deltidspatentpraktiserende psykologer (bibeskæftiget i egen praksis). P.t. er kun 851 af disse tilknyttet sygesikringen. Danske Regioner begrænser antallet af tilknyttede psykologer for at holde udgiftsniveauet til psykologbe-

ste fald uden virkning. I værste fald årsag til voldsomme angstanfald, selvmordstanker, psykotiske episoder eller ligegyldighed og følelseløshed. Jeg møder også mange, som udsættes for stort

handling ned. Derfor står hundredvis af psykologer uden for sygesikringen, endskønt de fuldt ud lever op til de udstukne faglige kvalifikationer til at bestride sygesikringsopgaverne og ville kunne afhjælpe ventelisteproblemet. Psykologforeningen accepterer stadige udvidelser og løshåndet forvaltning af ordningen uden at kvittere med insisterende krav om tilstrækkelig udvidelse af tilknyttede psykologer.

Paradoksalt nok garanterer en sygesikringshenvi-sning end ikke behandling hos en velkvalificeret autoriseret psykolog. Et stigende antal sygesikringspsykologer (p.t. små 100) hyrer en praksiskandidat; en uautoriseret og oftest nyuddannet psykolog med ringe erfaring i psykologarbejde. Tilbud om at 'komme hurtigere i behandling, hvis du konsulterer min praksiskandidat' er svært at afslå, hvis man er i akut krise. Overdiagnosticering + underbemanding = en ventetid, som presser mange til at acceptere dette tilbud. Helt absurd, når den liberale psykologstand bugner af autoriserede og erfarne psykologer, man ikke må konsultere under sygesikringsordningen!

SUNDHEDSSTYRELSEN har nylig publiceret skrivelserne 'Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog. For patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst'. Denne er udgivet som følge af de kritiske tal, der vidner om omfangsrige fejlhenvisninger og kalder på regulering. Retningslinjerne skal altså forebygge, at den uheldige udvikling fortsætter. Dette er ikke mindst relevant, når vi står foran den udvidelse af ordningen, som bekendtgøres medio 2012: ophævel-

se af aldersgrænsen for berettigelse til henvisning til psykolog over sygesikringen ved let til moderat depression og ved let til moderat angst.

Et panel af læger og psykologer har udarbejdet skrivelsen, hvori der anbefales større grundighed i diagnosticering, visitation og behandling. Imidlertid synes materialet at være formuleret ud fra den grundantagelse, at læger og psykologer ved for lidt om diagnosekriterierne for depression, og at problemet derfor kan afhjælpes ved udspecificering af de diagnosekriterier. Vel at mærke diagnosekriterier, som de to faggrupper allerede har kendskab til, eller burde have kendskab til og i hvert fald har adgang til at få kendskab til.

At (gen)opridsede rammer for psykologhenvisning pga. depression, der som udgangspunkt hele tiden har været gældende, udgør næppe grundlaget for en skelsættende ændring i forhold til den aktuelle praksis. Der synes ikke at være tale om en konkret opstramning, som også har reel praktisk konsekvens. Når der til lige ikke er tilført proceduren involvering eller tiltag fra andre, uvildige instanser, er det svært at få øje på noget kvalitativt nyt i anvisningerne i forhold til hidtidige udstukne kriterier for henvisning til psykologhjælp.

Sundhedsstyrelsens oplæg til en grundigere behandling af henvisningsprocessen fordrer i øvrigt mere arbejde for den enkelte læge og psykolog i forhold til testning, interview, udførlig henvisningsskrivelse, opkrise, behandlingsmetodevalg mv. Og indtil videre har psykologforeningen allerede stillet sig på bagbenene over for de anviste ekstra op-

“ Debatten omkring de mange problemstillinger har til nu kun raset 'diskret' internt i Psykologforeningen

gaver, som ikke rummes inden for overenskomsten i dens aktuelle form. Alt i alt er det svært at se, hvorledes retningslinjerne skal kunne skabe grundlag for håndfaste og sikre forholdsregler til at stoppe den aktuelle praksis, hvor henvisning for og dermed diagnosti-

cering af depression er løbet løbsk. Faren er, at de nævnte retningslinjer vejer for 'let' på vægtskålen op imod de førnævnte bevæggrunde, som den enkelte privatpraktiserende læge og psykolog har for at forvalte reglerne 'rundhåndet'. Derfor tvivler jeg på, at anvisningerne vil kunne forårsage en mærkbar afhjælpning af problemerne med overdiagnosticering.

DEBATTEN omkring de mange problemstillinger har til nu kun raset 'diskret' internt i Psykologforeningen. Forårsaget af en art misforstået loyalitet over for den fagforening og de sygesikringskolleger, som især siden 2008 har taget brødet ud af munden på os uden for sygesikringsordningen, og ubehag ved deres anklager om, at vi ikke varetager klientinteresser, men blot vor egen bitterhed.

Naturligvis er der bitterhed hos os, som efter adskillige års rentabel privat praksis har fået reduceret vort levebrød siden 2008. Personlig er jeg dog næppe så hårdt ramt som mange kolleger pga.

stor tilstrømning til mit specialiserede felt, parterapi (som ikke dækkes af sygesikringen).

Loyalitet og angst skal dog ikke længe hindre mig i at tage bladet fra munden og beskrive de problemer, som vitterlig først og fremmest rammer brugerne. Jeg efterlyser ansvarlighed over for konsekvenserne af ordningen, som den forvaltes i dag, for at fremme klienters interesse, men også psykologfagets (selv)respekt. Vi skal forholde os til, at klienter i dag er nødt til at acceptere en (fejl)diagnose for at få tilskud til psykologhjælp; til den utilstedelige forvrængning og forstørrelse af deres problemer! Det er godt, at systemet vil give en hånd. Men hvis den, der får håndsrækningen, samtidig holdes nede af systemets fod, så er hjælpen tvivlsom! Håbet er en skelsættende reformering af de uværdige og vildledende tilstande.

Enten bør depressionsdiagnosen foregå under en langt mere fagligt velfunderet og 'uvildig' screeningsproces end nuværende praksis hos praktiserende læger og (legitimeret af) behandlende sygesikringspsykologer. Eller - endnu bedre - bør sygesikringsstøttet psykologhjælp tilbydes folk med den brede vifte af livskriser, som forarmer deres liv og funktion, men vitterlig ikke er sygdom i klinisk psykologisk forstand. Altså tilskud til psykologhjælp uden diagnose.

I den forbindelse bør sygesikringsordningen liberaliseres for at komme de kritisable ventetider til livs og give klienter adgang til valgfrihed mellem landets mange kvalificerede privatpraktiserende psykologer.

HENRIETTE JUNKER