

- infusion. A new way to lower risk of severe hypoglycemia, improve metabolic control, and enhance coping in adolescents with type 1 diabetes. *Diab Care* 1999;22:1779-84.
5. The DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993;329:977-86.
 6. Hermansen K, Fontaine P, Kukolja KK et al. Insulin analogues (insulin detemir and insulin aspart) versus traditional human insulins (NPH insulin and regular human insulin) in basal-bolus therapy for patients with type 1 diabetes. *Diabetologia* 2004;47:622-9.
 7. Doyle EA, Weinzimer SA, Steffen AT et al. A randomized, prospective trial comparing the efficacy of continuous subcutaneous insulin infusion with multiple daily injections using insulin glargine. *Diab Care* 2004;27:1554-8.
 8. Linkeschova R, Raoul M, Bott U et al. Less severe hypoglycaemia, better metabolic control, and improved quality of life in Type 1 diabetes mellitus with continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) therapy; an observational study of 100 consecutive patients followed for a mean of 2 years. *Diab Med* 2002;19:746-51.
 9. Pickup J, Keen H. Continuous subcutaneous insulin infusion at 25 years: evidence base for the expanding use of insulin pump therapy in type 1 diabetes. *Diab Care* 2002;25:593-8.
 10. Palmer AJ, Roze S, Valentine WJ et al. The CORE diabetes model: projecting long-term clinical outcomes, costs and cost-effectiveness of interventions in diabetes mellitus (types 1 and 2) to support clinical and reimbursement decision-making. *Curr Med Res Opin* 2004;20:55-26.
 11. Weissberg-Benchell J, Antisdel-Lomaglio J, Seshadri R. Insulin pump therapy: a meta-analysis. *Diab Care* 2003;26:1079-87.
 12. Klein R, Moss S. A comparison of the study populations in the Diabetes Control and Complications Trial and the Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. *Arch Intern Med* 1995;155:745-54.
 13. Eliasson B, Cederholm J, Nilsson P et al. The gap between guidelines and reality: Type 2 diabetes in a National Diabetes Register 1996-2003. *Diab Med* 2005;22:1420-6.
 14. Tengs TO, Wallace A. One thousand health-related quality-of-life estimates. *Med Care* 2008;38:583-637.
 15. Pickup J, Mattock M, Kerry S. Glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion compared with intensive insulin injections in patients with type 1 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2002;324:705.
 16. Bode BW, Sabbah HT, Gross TM et al. Diabetes management in the new millennium using insulin pump therapy. *Diabetes Metab Res Rev* 2002;18:S14-20.
 17. Colquitt JL, Green C, Sidhu MK, Hartwell D, Waugh N. Clinical and cost-effectiveness of continuous subcutaneous insulin infusion for diabetes. *Health Technol Assess* 2004;8:43.
 18. Bruttomesso D, Pianta A, Crazzolara D et al. Continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) in the Veneto region: efficacy, acceptability and quality of life. *Diabet Med* 2002;19:628-34.
 19. St Charles ME, Sadri H, Minshall ME et al. Health economic comparison between continuous subcutaneous insulin infusion and multiple daily injections of insulin for the treatment of adult type 1 diabetes in Canada. *Clin Ther* 2009;31:657-67.
 20. Bode BW, Tamborlane WV, Davidson PC. Insulin pump therapy in the 21st century. Strategies for successful use in adults, adolescents, and children with diabetes. *Postgrad Med* 2002;111:69-77.
 21. Weintrob N, Shalitin S, Phillip M. Why pumps? Continuous subcutaneous insulin infusion for children and adolescents with type 1 diabetes. *Isr Med Assoc J* 2004;6:271-5.

Samtaleterapi ind i den praktiserende læges hverdag

Læge Annette Sofie Davidsen

RESUME

INTRODUKTION: Langt de fleste patienter med psykisk lidelse behandles hos praktiserende læger. Siden 1995 har der været en ydelse for samtaleterapi i overenskomsten, men det er ikke beskrevet, hvordan ydelsen tænkes anvendt. Rapporter fra Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin lægger op til større involvering af praktiserende læger i psykoterapeutisk behandling. Formålet med studiet var at undersøge, hvordan praktiserende læger oplever muligheden for at udføre samtaleterapi, og hvordan behandlingen kan indpasses i arbejdet.

MATERIALE OG METODER: Dette er et kvalitativt studie, der bygger på interview med praktiserende læger. Analysen gennemførtes ved hjælp af *interpretative phenomenological analysis*.

RESULTATER: Lægerne organiserede samtaleterapi meget forskelligt og tilbød terapien i forskelligt omfang. Rammerne for behandlingen var anderledes end i sekundærsektoren, og behandlingen var altid en forlængelse af et i forvejen bestående læge-patient-forhold. Patienter blev udvalgt i forhold til, om kommunikationen i forvejen var god. Samtaleterapi kunne kun gennemføres, hvis tidsforholdene tillod det, og ved mangel på tid var det altid det emotionelle område, der blev fravalgt.

KONKLUSION: En psykologisk tankegang bør medtænkes i det teoretiske grundlag for almen medicin. Der er behov for forskning i samtaleterapi og for kvalitetssikret træning og supervision af praktiserende læger.

Patienter med ikkepsykotisk psykisk lidelse er hyppige og tidskrævende i almen praksis [1]. Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) udgav i 2001 en rapport om behandling af denne patientgruppe [4]. Af rapporten fremgik det, at en stor patientgruppe ikke fik nogen behandling, og at praktiserende læger burde involveres mere i behandlingen bl.a. med samtaleterapi. En fælles arbejdsgruppe mellem Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) udgav i 2004 en rapport [5], som ligeledes understregede behovet for større involvering af praktiserende læger og udvidelse af supervisorsordninger for at ruste lægerne bedre til samtaleterapi.

I Danmark har praktiserende læger siden 1995 haft mulighed for at tilbyde patienterne syv samtaleterapi (honoreres svarende til tre konsultationer) pr. år [6]. Det er imidlertid ikke beskrevet, hvordan denne ydelse tænkes anvendt, hvilken målgruppe den retter sig imod, eller hvilken metode, der anses for formålstjenlig.

Samtaleterapi som behandlingsform har været beskrevet af læger med interesse for emnet [7, 8], men egentlige empiriske undersøgelser har været sparsomme [9]. Det er aldrig undersøgt, hvorledes samtaleterapi anvendes i praksis. Formålet med dette

ORIGINALARTIKEL

København,
Forskningsenheden
for Almen Praksis

studie var at undersøge, hvordan praktiserende læger oplevede og anvendte mulighederne for at udføre samtaleterapi, og hvordan de konkret organiserede terapien.

MATERIALE OG METODER

Tilgangen var kvalitativ. Datamaterialet bestod af semistrukturerede interview med 14 praktiserende læger, der var udvalgt strategisk ved trinvis rekruttering indtil teoretisk mætning, dvs. det punkt, hvor der ikke længere viser sig nye temaer eller dukker nye analytiske spørgsmål op i analysen [10]. Udvalgsstrategien er beskrevet udførligt andetsteds [11, 12]. Målet var at opnå spredning i holdning til samtaleterapi, og desuden tilstræbtes forskellighed mht. køn, alder, anciennitet, praksisbeliagenhed, solo- eller kompagniskab.

Dataindsamling

Jeg udførte 14 interview i perioden fra januar 2005 til februar 2006. Interviewene drejede sig om deltagerens holdning til samtaleterapi, hvordan de anvendte samtaleterapi, og hvordan terapien kunne indpasses i almen praksis. Deltagere, som ikke tilbød samtaleterapi, blev interviewet om håndtering af emotionelle problemer i almindelige konsultationer.

Interviewene varede fra 56 til 80 minutter, de blev optaget digitalt og transskriberet ordret. Efter interviewene skrev jeg noter om interviewsituationen, processen og andre observationer for at kontekstualisere deltagerens beretninger.

Datanalyse

Til den detaljerede strukturelle analyse anvendtes *interpretative phenomenological analysis* [13]. Målet var at komme tæt på referencerammen for den person, hvis oplevelse blev undersøgt og at forstå den mening, deltagerne tillagde denne oplevelse. Den initiale analyse begyndte med gentagen læsning af hver interviewtransskription og de reflekterende noter for at danne mig et overblik. Ved andet trin blev der identificeret temaer for hver deltager, og teksten blev markeret med nøgleord eller fraser, som afspejlede betydningen af deltagerens beretning. Hvert interview undergik den samme proces. For at sikre at temaerne fortsat tog udgangspunkt i data, blev teksten atter læst, og marginale temaer udelukket. Til slut blev der fundet overordnede temaer, som repræsenterede alle deltagere. Den tekst, der tilhørte hvert tema, dannede basis for detaljeret analyse og en nuanceret og illustrerende beskrivelse af dette tema. Denne artikel omhandler temaet »organisering af samtaleterapi«.

RESULTATER

Organisering af samtaleforløb

Der var stor forskel på, hvordan lægerne organiserede samtaleterapi. Dette gjaldt såvel antal samtaler pr. patient som antal samtaler pr. dag eller uge, intervallerne mellem samtalerne, tiden der blev sat af til de enkelte samtaler, tidspunkt på dagen og andre forhold.

Nogle læger tilbød slet ikke samtaleterapi. Nogle havde relativt korte forløb, 2-3 samtaler, mens andre havde forløb, som stødte mod loftet på de tilladte syv samtaler. Enkelte gik ud over de syv samtaler, men afregnede, hvad der gik ud over loftet, som en konsultation.

Hyppigt gik der 2-3 uger mellem samtalerne, men de mest terapeutisk indstillede læger aftalte samtaler med en uges interval hos de dårligste patienter. Den tid, der blev sat af til den enkelte samtale, var meget forskellig. En læge satte undertiden en time af, en anden tre kvarter. Begge disse læger gik i supervision, havde en del terapeutisk erfaring og betragtede samtaleterapi som en integreret del af deres arbejde. De fleste satte en halv time af, men 20 minutter forekom også. De læger, som tilbød flest samtaler, følte begrænsningen på syv samtaler som en indskrænkning i deres terapeutiske muligheder. De kunne ofte rumme at have en samtale om dagen, hvorimod andre syntes, at grænsen var nået ved to om ugen.

Der var forskellige kategorier af samtaler. Depressive patienter, som blev sat i medikamentel behandling, blev ofte tilbudt opfølgning med samtaleterapi. Disse samtaler var dog oftest en kontrol af medicinens virkning og en samtale om konkrete dagligdagsforhold som familie og arbejdsforhold og ikke om dybereliggende psykologiske problemer. I det hele taget beskrev de fleste læger konkrete, problem-løsende samtaler, og kun enkelte læger, som var mere terapeutisk træned, håndterede dybereliggende psykologisk materiale i samtalerne.

To af lægerne havde en terapeutisk træning af 2-3 års varighed. Fire havde deltaget i ugekurser (»Kalymnos-kurser« eller kognitiv terapi). Alle disse læger gik i supervision. Otte havde ingen træning og gik ikke i supervision. Alle deltagere sagde, at de ikke anvendte nogen bestemt terapeutisk metode.

Rammer og afgrænsning

Lægerne beskrev, at de var meget bevidste om, at forholdene for samtaleterapi i almen praksis var anderledes end for psykoterapi hos en psykiater eller en psykolog. Grænserne og rammerne var anderledes, for det første fordi lægen var læge for patienten både i fysiske og psykiske anliggender. Selv om emnet i samtaleterapierne var det psykologiske, kom patient-

ten ofte ind på kropslige emner, og når samtaleterapien var slut, var lægen stadig læge for patienten. Måske kom patienten også ind imellem de aftalte samtaler til lægen med fysiske problemer.

Der havde ofte været en »tyvstart« på samtalerne i et almindeligt konsultationsforløb. Undertiden havde der tidligere været lignende forløb med den samme patient. Patienten henvendte sig i perioder, hvor det brændte på, og der kunne så indledes et nyt samtaleforløb.

Det kunne i almen praksis være svært altid at overholde de faste tidsrammer, som ellers gælder i specialiseret psykoterapi. Det kunne ikke altid undgås, at der opstod forsinkelse eller afbrydelser, selv om det måtte tilstræbes. Lægen var også til rådighed for akutte hændelser, så alting kunne ikke planlægges i detaljer.

Faktorer af betydning for tilbud om samtaleterapi

Lægerne beskrev, at det var dem, der »inviterede« patienterne til samtaleterapi. Hyppigst drejede det sig om patienter med depression, eller problemstillinger hvor der var et »virvar af symptomer«, som ikke umiddelbart gav mening, eller patienter, som henvendte sig med problemer på arbejdspladsen eller i familien. Lægerne havde begrænset kapacitet til samtaleterapi, og det kom til at betyde en selektion. De tilbød samtaleterapi til patienter, som de mente, var i stand til at »arbejde« med deres problemer og patienter, hvor de syntes, at kommunikationen og kontakten i forvejen var god. Det skulle ikke være for svære problemstillinger. For eksempel ville patienter med svære somatiseringstilstande som regel ikke blive tilbudt samtaleterapi, men snarere faste kontroller med længere intervaller end ved egentlige samtaleterapi. Terapipatienterne blev »håndplukket«.

Lægerne beskrev tillige, at organisatoriske ændringer – som f.eks. opsigelse af den tidligere aftale om superviseret samtaleterapi i Københavns Kommune – betød, at de tilbød færre samtaleterapi, dels fordi de ikke længere fik betalt supervisionen, dels fordi deres ydelsesmønster blev styret af den signalværdi, der var indeholdt i forskellige aftaler.

Tiden

Tiden havde stor betydning. Samtaleterapi krævede, at der var tid til at »komme ned i tankeflow«. Lægerne gav sig kun tid, hvis de ikke i forvejen havde for meget arbejde og ikke forventede at blive forstyrret. De fortalte, at i travle perioder skruede de »ned for det der samtaleblus« og fokuserede mere på biomedicinske problemstillinger. De følte ikke, at de traditionelle ydelser i almen praksis kunne bortvælges, så det blev samtaleterapien, der måtte vige. Dette gjaldt også involveringen i emotionelle forhold i situatio-



CITATER FRA INTERVIEW

Citater fra interview med deltagerne til illustration af resultaterne

»Det fylder utrolig meget i min hverdag, altså jeg har samtaler hver dag, en halv time er der sat af til patienterne, og det er typisk folk med problemer på arbejdspladsen, folk med problemer med familien, spiseforstyrrelser af de lettere grader og depressive patienter. Dem har jeg en del af. Vi har ikke rigtig nogen muligheder for at henvise dem nogen steder hen. Vi har to halvtidspsykiatere, som – jeg ved ikke hvor lang ventetid de har, det er enormt – sygehuset tager sig ikke af lettere psykiatri overhovedet. Vi får henvisningerne tilbage, hvis vi sender dem, så derfor sender jeg dem aldrig. Og psykologhjælp er jo også betinget af bestemte kriterier, som gør, at alle de der med ægteskabelige problemer og almindelig sorg, de går ikke ind under der.« (Læge 1)

»Altså, det hænger, som jeg sagde, sammen med dels, hvor mange vi i forvejen har, altså det er jo ikke en psykiatrisk klinik, hvor vi skal sidde og bruge hele dagen på det, og jeg ved ikke, hvis det var det, om man orkede det på langt sigt, men sådan, sådan lidt vil jeg gerne.« (Læge 14)

Interviewer: »Har du også samtaleterapi med nogle patienter?«

»Nej. Nej ikke andet end det almindelige, altså, ikke sådan en bevidst – Altså, der har kørt nogle, en slags undervisningsgrupper her i amtet, hvor man kunne komme ind under supervision af nogle psykiatere eller psykologer og lære noget om det, men – og jeg har været til et enkelt af møderne, men det er ikke blevet til noget, altså, det var sådan noget med, at man skulle afse en tre timer en gang om måneden eller sådan noget, hvor man så mødtes, hvor der var noget supervision ... Men jeg valgte det fra ... Jamen altså, jeg var bange for, at det blev for omfattende, altså – at det ville lægge for meget beslag på tiden her.« (Læge 8)

»Jeg lukker op. Det er jo også derfor man kan være læge på enormt mange måder, fordi om man – hvad interesserer man sig for, og hvad lukker man op, og hvad lukker man i over for, ikke, og jeg har da også nogle gange, i perioder hvor jeg har været vildt stresset, hvor jeg bare har, også via supervisionen har, nu skal jeg ikke invitere flere indenfor, jamen så er jeg – så er jeg måske også – nå men det var blodtrykket, fint her er recepten, farvel. Fordi så passer jeg på mig selv, ikke?« (Læge 7)

»Hvis jeg ved, jeg har travlt og bare skal – [klasker hænderne sammen flere gange] – blive færdig, jamen så snak ... så jeg opdager ingen, der har det skidt. Nej, virkelig [ler]. Og jeg tænker, neej, neej, sådan skal jeg ikke arbejde til daglig.« (Læge 7)

»Jeg synes samtalebehandling er rigtig spændende, og jeg synes også at det, jeg synes også der kommer, der kommer altså tit noget godt ud af det, ikke også? Men frustrationen ligger jo i, kan ligge i, at der er jo en tid ... en tidsbegrænsning i det, ikke altså. Jeg mener, vi har vores kerneydelser som praktiserende læger, så, så i de perioder, hvor jeg synes, vi har meget travlt, der må jeg simpelthen skrue ned for det der samtaleblus, så vi – jeg har ikke tid til det. Og det, synes jeg, er lidt ærgerligt, for jeg ved ikke, hvor de ellers skulle henvises.« (Læge 11)

Interviewer: »Så siger du de syv gange. Er det så de syv gange, eller kunne det være mere?«

»Altså i mit system, der kunne det godt være mere, men så kniber jeg det ned på et kvarter. Og – det er jeg ikke så glad for, for det – så bliver jeg sgu halvstresset af det, altså. Det tager lidt tid at komme ind i rytmen, for man skal jo som læge, og det skal patienterne vel også, lige skifte tempo, ikke? Det bliver sådan mere flydende konsultation, hvor man kommer lidt ned i tankeflow på en anden måde, ikke? Det kan ikke gøres under en halv time, synes jeg ikke.« (Læge 2)

Aufklärung.
Fra fotoserie til
illustration af
hovedtemaer i
samtaletterapi i
almen praksis.
Foto:
Søren Davidsen.



ner, hvor det ikke på forhånd var rammesat som samtaletterapi. I disse situationer spurgte lægerne ikke ind til det emotionelle, de »lukkede ikke op«. De havde »ikke tid til at høre svaret«. På denne måde udgjorde samtaletterapi et særligt følsomt område. For det første fordi samtalerne ikke kunne fungere, hvis de rette tidsmæssige rammer ikke var til stede, for det andet fordi lægerne følte, at de somatiske områder ikke lod sig bortvælge.

DISKUSSION

Samtaletterapi organiseredes meget forskelligt hos de forskellige læger. Nogle havde mange samtaler og betragtede disse som en integreret del af deres kliniske virkelighed. Andre fravalgte helt samtaletterapi og tilbød slet ikke denne ydelse. For de, der udførte samtaletterapi, gjaldt det, at det var et sårbart område, som blev fravalgt, hvis tiden var knap. Det gjaldt ikke kun samtaletterapi, men hele den emotionelle dimension.

Foruden at tilbuddet om samtaletterapi varierede mellem lægerne, blev det også givet til en udvalgt gruppe af patienter, og det fungerede ikke som et generelt tilbud til alle patienter med psykisk lidelse.

Nogle følte overenskomstens loft på syv samtaler som en begrænsning i deres faglige virke. Dette antal er desuden fastsat helt arbitrært. I specialiseret psykoterapi er korttidsterapier på 20-40 terapisesioner. Korttidsterapier begrundes sig endvidere mere i økonomiske end i faglige hensyn [14].

Det langvarige læge-patient-forhold i almen praksis har været sammenlignet med en langstrakt psykoterapi, der er brudt op i små bidder [15]. Nogle af lægerne følte således også, at hvad der var foregået i forvejen var en del af samtaletterapien. I modsætning til i sekundærsektoren vil samtaler i almen praksis altid bygge oven på en forhåndsviden [16], og terapien vil være en del af en i forvejen bestående relation.

Nogle af lægerne blev frustrerede, når de følte sig nødsaget til at prioritere den biomedicinske lægerolle.

For dem var samtaletterapi en integreret del af deres lægearbejde og afspejlede en rendyrkning af et læge-patient-forhold ud fra en terapeutisk holdning [12]. Men de kunne ikke opretholde denne holdning i presede perioder. Det biomedicinske blev automatisk prioriteret, uden at det har været undersøgt, om denne prioritering giver de bedste behandlingsresultater.

Det har været fremhævet, at forskning i og styrkelse af praktiserende lægers psykologiske håndtering af patienter med psykiske problemer ville have stor effekt på befolkningsniveau [2]. Dette vil kræve inddragelse af relevante psykologiske teorier i en almenmedicinsk sygdomsmodel [17]. Et teoretisk grundlag er nødvendigt for forskning i og kvalitetsudvikling af den psykologiske behandling i almen praksis, så samtaletterapi kan vurderes på linje med biomedicinsk behandling. Andre hindringer for optimal behandling af psykisk lidelse i almen praksis er systembarrierer og manglende samarbejde med sekundærsektoren [18].

Lægerne var trænet i vidt forskellig grad, og under halvdelen gik i supervision. Rapporterne fra DPS og DSAM [4, 5] slog fast, at der var behov for efteruddannelse af praktiserende læger og for træning og supervision i samtaletterapi. Der er dog ikke siden foretaget noget tiltag i denne retning. Der er i målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i almen medicin indført et supervisionsmodul for fase 3-amanuenser, men indhold og rammer er ikke beskrevet, og det er indtil videre kun udmøntet i praksis få steder. Tidligere ordninger for supervision af praktiserende læger er opsagt [19], hvilket har medført, at lægerne disse steder fortæller, at de udfører færre samtaletterapi. Dette til trods for, at det fremføres, at der er et stort behov for at træne praktiserende læger i psykologiske færdigheder for at kunne håndtere den store gruppe af patienter med psykisk lidelse, som behandles i almen praksis [2, 4, 5, 20]. Der er behov for empiriske undersøgelser, som belyser effekten af samtaletterapi i almen praksis og for egnede trænings- og supervisionsmodeller for praktiserende læger. Et bud på en model, som vil kunne efterprøves forskningsmæssigt, kunne bygge på mentaliseringsbegrebet [12].

KONKLUSION

Lægerne, som indgik i projektet, anvendte samtaletterapi i meget forskelligt omfang og organiserede samtaletterapi meget forskelligt. Nogle tilbød slet ikke samtaletterapi. Lægerne var desuden trænet i vidt forskelligt omfang. De enkelte læger foretog en selektion af, hvem de tilbød samtaletterapi til. Tiden var en vigtig faktor i forhold til at indpasse samtaletterapi i den almindelige kliniske hverdag. Hvis tiden var

knap, var det altid samtalerterapi, som blev fravalgt, da lægen prioriterede de biomedicinske opgaver. Samtalerterapi er således ikke en naturlig og integreret del af den praktiserende læges arbejde.

Til trods for, at det fremhæves, at praktiserende læger i højere grad skal tage sig af patienter med psykisk lidelse [4;5], også med samtalerterapi, er behandlingen dårligt undersøgt, og der er ikke indbygget træning i samtalerterapi i uddannelsen. Der er behov for en relevant teori for det psykologiske område i almen praksis og for forskning og kvalitetssikring på området. Desuden er der behov for kvalitetssikret træning og supervision af praktiserende læger, hvis samtalerterapi skal være et standardiseret behandlingstilbud i almen praksis.

KORRESPONDANCE: Annette Sofie Davidsen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Øster Farimagsgade 5, Postboks 2099, 1014 København K. E-mail: ad@gpract.ku.dk

ANTAGET: 20. september 2009

FØRST PÅ NETTET: 8. marts 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Goldberg D. Epidemiology of mental-disorders in primary-care settings. *Epi Rev* 1995;17:182-90.
2. Cape J, Barker C, Buszewicz M et al. General practitioner psychological management of common emotional problems (II): a research agenda for the development of evidence-based practice. *Br J Gen Pract* 2000;50:396-400.
3. Huibers MJ, Beurskens AJ, Blijenberg G et al. The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 (2):CD003494.
4. Dansk Psykiatrisk Selskab. *Behandling af psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter*. København, 2001.
5. Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin. *Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke psykotisk karakter*. København, 2004.
6. Praktiserende lægers organisation. *Landsoverenskomsten*. København: PLO, 2006.
7. Kaltoft S. Samtalerterapi – et værktøj i almen praksis. *Ugeskr Læger* 1993;155:415-21.
8. Risør O, Larsen J. Samtalerterapi i almen praksis. *Ugeskr Læger* 1995;157:4011-5.
9. Cape J, Barker C, Buszewicz M et al. General practitioner psychological management of common emotional problems (I): definitions and literature review. *Br J Gen Pract* 2000;50:313-8.
10. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods*. 3 ed. London: Sage, 2002.
11. Davidsen A. Experiences of carrying out talking therapy in general practice: A qualitative interview study. *Pat Educ Counsel* 2008;72:268-75.
12. Davidsen A. How does the general practitioner understand the patient? *Psych Psychother-Theory Res Pract* 2009;82:199-217.
13. Smith JA, Osborn M. *Interpretative phenomenological analysis*. I: Smith JA, ed. *Qual Psych*. London: Sage, 2003:51-80.
14. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy – A meta-analysis. *JAMA* 2008;300:1551-65.
15. Holmes J. Psychotherapy and general practice: evidence, narrative and the 'new deal' in mental health. *Psychoanal Psychother* 2000;14:129-41.
16. van Weel-Baumgarten EM, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ et al. The validity of the diagnosis of depression in general practice: is using criteria for diagnosis as a routine the answer? *Br J Gen Pract* 2000;50:284-7.
17. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004;2:576-82.
18. Pincus HA, Pechura CM, Elinson L et al. Depression in primary care: linking clinical and systems strategies. *Gen Hos Psych* 2001;23:311-8.
19. Københavns Kommune SP. *Superviseret samtalebehandling i almen praksis*. København: Københavns Kommune, 1999.
20. Dowrick C, Gask L, Perry R et al. Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour? *Psych Med* 2000;30:413-9.

Primær cerebral vaskulitis hos børn

Læge Dan Østergaard Pradsgaard, overlæge Brian Stausbøl-Grøn, professor John Rosendahl Østergaard & professor Troels Herlin

RESUME

INTRODUKTION: Primær cerebral vaskulitis hos børn er en relativt nyligt erkendt inflammatorisk sygdom i hjernens blodkar. Sygdommen karakteriseres ved et nyligt erhvervet fokalt eller diffust neurologisk udfald med angiografisk eller histologisk verificerede vaskulitisforandringer i hjernen uden anden kendt sygdom.

MATERIALE OG METODER: Retrospektiv journalbaseret gennemgang af patienter under 15 år med diagnosen cerebral vaskulitis, der har været indlagt på afdelingen siden 1999.

RESULTATER: Seks ud af ti børn med centralnervesystem (CNS)-vaskulitisforandringer påvist ved magnetisk resonans (MR)-skanning opfyldte kriterierne for primær cerebral vaskulitis. Debutalderen var 3-12 år. Pludseligt indsættende hemiparese sås hos fem børn. Desuden sås facialisparesse, ataksi, dysartri, bevidsthedstab og krampes. Blod- og spinalvæskeforandringer var beskedne. MR-angiografi viste kaliberveksling af karrene og stenose. Alle havde supratentorielle læsioner, og hos to sås læ-

sioner infratentorielt. Højdosispulsteroidbehandling havde god effekt. Hos to patienter med progredierende sygdom suppleredes med cyklofosamid-pulsterapi og azathioprin.

KONKLUSION: Primær vaskulitis i CNS er ofte akut indsættende med svære neurologiske symptomer og sequelae og kan have et fatalt forløb. Til trods herfor er prognosen god, idet der kan opnås recidivfri overlevelse hos 70%, såfremt immunsuppressiv behandling iværksættes tidligt.

Primær cerebral vaskulitis hos børn er en relativt nyligt erkendt inflammatorisk sygdom i hjernen og rygmarven. Første serie voksne patienter blev beskrevet af *Calabrese* i 1988 [1], hvorimod patientserier vedrørende børn med sygdommen først er beskrevet i dette årti [2, 3]. *Calabrese* har defineret primær cerebral vaskulitis som et klinisk forløb med nyligt erhvervede

ORIGINALARTIKEL

Århus Universitets-hospital, Skejby, Børneafdelingen, og MR-centret, Billeddiagnostisk Afdeling