

SEPTEMBER 2015

EVALUERING OG PERSPEKTIVERING AF TILSKUDSORDNINGEN TIL PSYKOLOGBEHANDLING I PRAKSISSEKTOREN FOR SÆRLIGT UDSATTE PERSONGRUPPER

**EVALUERING OG PERSPEKTIVERING AF
TILSKUDSORDNINGEN TIL PSYKOLOGBEHANDLING I
PRAKSISSEKTOREN FOR SÆRLIGT UDSATTE
PERSONGRUPPER**

© Sundhedsstyrelsen, 2015

Du kan frit referere teksten i publikationen, hvis du tydeligt gør opmærksom på, at teksten kommer fra Sundhedsstyrelsen.

Det er ikke tilladt at genbruge billeder fra publikationen.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
sundhedsstyrelsen.dk

Emneord

Praktiserende psykologer, psykologordning, tilskudsordning, praksissektor, evaluering

Sprog

Dansk

Version

1.0

Versionsdato

15. september 2015

Udgivet af

Sundhedsstyrelsen

ISBN Elektronisk

978-87-7104-648-9

INDHOLD

1	Introduktion	5
1.1	Baggrund	5
1.2	Formål med evalueringen	7
1.3	Grundlaget for perspektivering	8
1.4	Overordnet konklusion	9
1.5	Anvendelse af begreber	10
2	Sammenfatning	11
3	Kortlægning og analyse af nuværende ordning	17
3.1	Udviklingen i antal psykologer i ordningen	17
3.2	Udvikling i aktivitet og omkostninger	17
3.3	Beskrivelse af metoder og evidens for effekten	18
3.4	Udvikling i ventetider til psykologbehandling	18
3.5	Dokumentation for effekter	18
3.6	Patienternes oplevelser og tilfredshed	19
3.7	Henvisningsmønster	19
3.8	Forventede udgifter ved at omfatte børn og unge	19
3.9	Øvrige offentlige tilbud	19
3.10	Internationale erfaringer	20
3.11	Omkostningseffektivitet	20
4	En del af et sammenhængende sundhedsvæsen	21
4.1	Udvikling af psykologpraksis	21
4.2	Samarbejdet med øvrige aktører	22
4.3	Erfaringer fra IAPT i Storbritanien	22
4.4	Stepped care	23

4.5	Henvisning	23
4.6	Kommunikation med øvrige aktører	24
4.7	Konklusion	25
5	Psykologens Kompetencer	27
5.1	Uddannelse og autorisation	27
5.2	Kompetenceniveauet i ordningen	28
5.3	Udvikling og vedligeholdelse af kompetencer	29
5.4	Efteruddannelse	29
5.5	Konklusion	31
6	Kvalitetssikring og -udvikling	32
6.1	Monitorering og dataopsamling	32
6.2	Faglige retningslinjer	33
6.3	Systematisk kvalitetsudvikling	34
6.4	Konklusion	34
7	Tilbuddets omfang	36
7.1	Den nuværende ordning	36
7.2	Antallet af konsultationer	37
7.3	Genhenvisning	38
7.4	Konklusion	39
8	Adgang til psykologbehandling	40
8.1	Alvorlige livsbegivenheder	40
8.2	Diagnoser	41
8.3	Sundhedsfaglig indikation	41
8.4	Psykisk patologisk reaktion og nedsat funktionsevne	42
8.5	Sværhedsgrad af en psykisk lidelse	43
8.6	Alder	43
8.7	Revision af faglige retningslinjer for henvisning til psykologbehandling	43
8.8	Konklusion	44
9	Målgrupper vedrørende alvorlige livsbegivenheder	45
9.1	De nuværende henvisningsårsager 1-9	45

9.1.1	Personer, der har forsøgt selvmord	46
9.1.2	Personer, der har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb i barndommen	46
9.1.3	Personer, der har været ofre for røveri, vold og voldtægt	47
9.2	Overvejelser vedrørende andre alvorlige livsbegivenheder	48
9.3	Periode fra alvorlig livsbegivenhed til henvisning	49
9.4	Konklusion	50
10	Målgrupper vedrørende angst, depression og andre diagnoser	51
10.1	Voksne med depression	51
10.2	Voksne personer med angst og OCD	53
10.3	Børn og unge med depression og angst	54
10.4	Overvejelser vedrørende andre diagnosegrupper	55
10.4.1	Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD)	56
10.4.2	Personer med spiseforstyrrelser	56
10.4.3	Personer med stresstilstande	57
10.4.4	Personer med funktionelle lidelser	58
10.5	Konklusion	59
11	Bilagsliste	61

1 INTRODUKTION

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har anmodet Sundhedsstyrelsen om at gennemføre en evaluering af psykologordningen, som omfatter en kortlægning og analyse af ordningen, der dækker udviklingen i en 10-årig periode, dvs. fra 2003-2013. Evalueringen har skullet munde ud i en perspektivering og vurdering af, hvordan kvaliteten i psykologordningen kan forbedres ved ændring af bl.a. målgruppeafgrænsning, henvisningskriterier samt tilbuddets tilrettelæggelse inden for den økonomiske ramme.

1.1 BAGGRUND

Psykologer i praksissektoren udgør en del af tilbuddet i et sundhedsvæsen, hvor der i stigende grad er fokus på udvikling af borgernære sundhedstilbud, hvor indsatsen leveres tæt på borgerens hverdagsliv og i sammenhæng med indsatser uden for sundhedsvæsenet (bl.a. social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet).

Siden psykologlovens vedtagelse i 1993 er der sket en væsentlig ændring i psykologernes virksomhedsområde og deres funktion i sundhedsvæsenet. Psykologer spiller således en stadig større rolle i udredningen og behandlingen af personer med psykiske lidelser i praksissektoren, i kommunalt regi og i sygehusvæsenet. Udviklingen er bl.a. sket efter, at tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren blev udvidet til også at omfatte personer med let til moderat angst og depression og med indførelsen af specialuddannelser af psykologer i børne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien.

Tilskudsordningen for psykologhjælp¹ er målgruppebaseret og blev etableret som en forsøgsordning i 1992 for visse målgrupper. I 1995 blev ordningen afløst af en permanent ordning.

¹ De persongrupper, som er omfattet af tilskud til psykologbehandling efter sundhedsloven, fremgår af Bekendtgørelse nr. 663 af 25/06/2012 om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper. Personer der har været udsat for følgende hændelser eller lider af angst og depression kan henvises til psykologbehandling:

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 (...fortsættes på næste side)

Formålet med ordningen var i begyndelsen at yde tilskud til behandling hos psykolog til personer med akut opståede psykiske problemer som følge af *en alvorlig livsbegivenhed, herunder ofre for røveri, vold, voldtægt; trafik- og ulykkesofre; pårørende til alvorligt psykisk syge; personer ramt af en alvorlig invaliderende sygdom og deres pårørende; samt pårørende ved dødsfald*. Dermed var formålet, at ordningen skulle virke forebyggende i forhold til udvikling af mere alvorlige psykiske problemer.

Der er løbende kommet nye målgrupper til i ordningen. I 1995 blev ordningen udvidet til også at omfatte *personer, der har forsøgt selvmord*, samt *kvinder, der har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge*. I 2005 blev gruppen udvidet til at omfatte ofre for incest eller andre seksuelle overgreb, inden de er fyldt 18 år.

I 2008 blev der yderligere indført tilskud til psykologbehandling til personer med *let til moderat depression*, og i 2011 blev *let til moderat angst* omfattet af ordningen.

Ordningen har således ændret karakter og er gået fra alene at være en ordning med mulighed for tilskud til psykologhjælp til forebyggelse af sygdom i forbindelse med akut opståede krisesituationer, til også at omfatte psykologbehandling af personer med sygdommene angst og depression.

Ordningen koster i dag omkring 240 millioner kroner, hvoraf omkring halvdelen er finansieret af satspuljemidler. Ordningen involverer 854 psykologer.

I 2011 blev der gennemført en evaluering af ordningen for personer med let til moderat depression² som viste, at kun 33 pct. af de patienter, almen praksis havde henvist til psykologbehandling, faldt ind under henvisningskriterierne. På baggrund heraf afsatte satspuljepartierne 1 mio. kr. til en yderligere evaluering af ordningen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fik satspuljepartiernes tilslutning til, at midlerne blev anvendt til at udarbejde faglige retningslinjer for henvisning til psykologbehandling for angst og depression og til en evaluering af effekten af disse.

Sundhedsstyrelsen udgav derfor i februar 2012 faglige retningslinjer for henvisning til behandling ved psykolog for let til moderat depression og angst³. En evaluering af effekten af disse retningslinjer⁴ er udarbejdet af Forskningsenheden for almen praksis i Aarhus i 2014 og offentliggøres sammen med denne evaluering. Rapporten beskriver udviklingen og implementeringen af og de første resultater af et web-baseret monitoreringssystem i primærsektoren.

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, jf. bekendtgørelsens bilag 1, og på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år

11. lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, jf. bekendtgørelsens bilag 1, og på henvisningstidspunktet er i alderen 18-38 år

² Fjeldsted R, Christensen KS, evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2011. (www.alm.au.dk)

³ Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog – for patienter med let til moderat depression og let til moderat angst, Sundhedsstyrelsen 2012

⁴ Christensen KS, Mortensen M, Beyer H, Vedsted P, Vestergaard M. Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2014

Udover de ændringer, der har været i psykologordningen, er der sket en udvikling i sundhedsvæsnets tilbud til personer med psykiske lidelser siden ordningens tilblivelse i 1992. Der er for eksempel etableret kommunale "Lær at leve med"-programmer for personer med angst- og depression, og almen praksis spiller en væsentlig rolle i behandlingen af mennesker med lettere psykiske lidelser bl.a. gennem tilbud om samtaleterapi. Herudover er der etableret regionale centre for forebyggelse af selvmord, der er et behandlingstilbud til selvmordstruede personer og personer, der har forsøgt selvmord. Endvidere er indsatsen over for ofre for voldtægt forbedret, idet der bl.a. i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning på området er etableret voldtægtscentre i regionerne, hvor det er muligt at få psykologisk støtte og behandling. På socialområdet er tilbuddene for voksne med senfølger efter seksuelle overgreb ligeledes blevet styrket. Blandt andet blev der med satspuljeaftalen for 2012-2015 etableret tre regionale centre, som skal yde professionel behandling og frivillig rådgivning og støtte til mennesker med senfølger af seksuelle overgreb.

Regeringens psykiatriudvalg har ligeledes anbefalet, at psykologordningen gennemgås med henblik på en faglig vurdering af relevante målgrupper, kriterier for henvisning og tidsbegrænsning.

Som led i overenskomsten for 2011 for psykologer i praksissektoren har der været nedsat et moderniseringsudvalg med repræsentanter for Danske Regioner, Dansk Psykologforening samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Moderniseringsudvalgets rapport⁵ fra 2013 konkluderer, at der bl.a. er behov for at forbedre kommunikationen mellem almen praksis og praktiserende psykologer. Endvidere anbefales det, at der i højere grad sker vidensdeling og samarbejde imellem aktørerne, samt at der skal igangsættes et arbejde med dokumentation, monitorering og feedback af arbejdet.

1.2 FORMÅL MED EVALUERINGEN

Formålet med denne evaluering af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren er – med baggrund i en kortlægning, analyse og faglig vurdering af ordningen - at udarbejde en perspektivering og vurdering af, hvordan kvaliteten af psykologordningen kan forbedres ved ændring af bl.a. målgruppeafgrænsning, henvisningskriterier samt tilbuddets tilrettelæggelse inden for den økonomiske ramme. I vurdering af målgruppeafgrænsning skal der bl.a. ses på behovet for og konsekvenserne af, at børn og unge omfattes af tilskudsordningen for angst og depression.

Den faglige vurdering baserer sig på evidensbaseret viden i det omfang, det har været muligt, og tager højde for ordningens økonomiske ramme og sammenhængen til øvrige behandlingstilbud.

⁵ Rapport fra Moderniseringsudvalget: Visioner for udvikling af den offentlige psykologordning, Regionernes Lønnings- og Takstnævns og Dansk Psykologforening, 2013

1.3

GRUNDLAGET FOR PERSPEKTIVERINGEN

Sundhedsstyrelsens opgave med evalueringen og perspektiveringen er konkretiseret i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses kommissorium (bilag 1). Jf. dette skal evalueringen og perspektiveringen forelægges for satspuljepartierne.

Sundhedsstyrelsen har med udgangspunkt i kommissoriet og med bidrag fra en faglig sparringsgruppe (bilag 2) gennemgået tilskudsordningen med henblik på en faglig vurdering af relevante målgrupper, kriterier for henvisning samt tilbuddets tilrettelæggelse inden for den økonomiske ramme. I forbindelse med arbejdet har der været nedsat en følgegruppe (bilag 3), der har fulgt processen.

Som led i evalueringen er Sundhedsstyrelsen blevet bedt om at vurdere behovet for og konsekvenserne ved eventuelt at inddrage børn og unge i tilskudsordningen. Der er i den forbindelse - med bidrag fra en faglig arbejdsgruppe på børne og ungeområdet - udarbejdet et notat vedrørende psykologbehandling til børn og unge med angst og depression. Notatet indgår som eksternt bilag til denne perspektivering.

Til brug for perspektiveringen har Implement Consulting Group og Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) i fællesskab gennemført en kortlægning og analyse af ordningen (eksternt bilag). Analysen og kortlægningen besvarer en række spørgsmål vedr. udviklingen af tilskudsordningen fra 2004 – 2013 samt effekten af og patienttilfredsheden med ordningen. Derudover indgår en beskrivelse af erfaringer fra Storbritannien med deres Improving Access to Psychological Treatment (IAPT)-program. Analysen og kortlægningen afrapporteres i en selvstændig rapport, som offentliggøres sammen med denne perspektivering. Data og konklusioner fra rapporten er sammenfattet i kapitel 3.

Derudover anvendes resultaterne af evalueringen af Sundhedsstyrelsens retningslinjer, som er gennemført af Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus Universitet i 2014, ligesom Moderniseringsudvalgets rapport har bidraget med inspiration.

Perspektiveringen tager udgangspunkt i, at psykologordningen er en generalistordning, hvor psykologerne har kompetencer i forhold til almen klinisk psykologi, og hvor psykologen således kan varetage psykologbehandling på generalistniveau til en række forskellige patientgrupper.

Psykologordningen er en tilskudsordning, hvor der er en egenbetaling på behandlingen. Tilbud med egenbetaling kendes fra en række andre praksisområder, herunder på fysioterapiområdet og tandplejeområdet. I evalueringen indgår der ikke undersøgelser af konsekvenserne af egenbetalingen for psykologbehandling i forhold til fx social ulighed i sundhed. Egenbetalingen må dog formodes at have en ekskluderende effekt overfor nogle personer, der enten ikke har råd eller ikke ønsker at betale for behandlingen. Implement og KORA's rapport giver visse indikationer på dette.

Sundhedsstyrelsen har valgt at opbygge dette dokument, så der først beskrives strukturelle overvejelser vedrørende psykologordningen og herefter overvejelser vedrørende målgruppen.

1.4

OVERORDNET KONKLUSION

Udgangspunktet for perspektiveringen er den eksisterende økonomiske ramme for ordningen, som aktuelt er på 240 mio. kroner. Sundhedsstyrelsen har derfor haft til hensigt at pege på områder, hvor der muligvis kan ske en økonomisk besparelse med henblik på at foreslå disse midler anvendt til andre områder. Perspektiveringen beskriver derfor en række mulige ændringer i målgruppeafgrænsning, henvisningskriterier samt tilbuddets tilrettelæggelse, som ud fra en faglig betragtning kan være med til at forbedre kvaliteten af psykologordningen.

Ét af de vigtigste fund i evalueringen har været, at det på en række områder ikke har været muligt at identificere data vedrørende effekt og kvalitet i psykologordningen. Der findes således ingen data om behandlingsresultater, om de konkrete problemstillinger hos de henviste personer samt om de behandlingsmetoder, som psykologerne anvender i konkrete forløb. Derfor har det ikke været muligt at få et tilstrækkeligt overblik over psykologordningens resultater i forhold til andre tilbud.

Derudover har undersøgelserne gennemført af Forskningsenheden for almen medicin i Aarhus vist, at der henvises et stort antal personer til psykologbehandling for depression, som ikke opfylder bekendtgørelsens kriterier for afgrænsning af målgruppen. Det må således konkluderes, at de nuværende visitationsretningslinjer ikke opfylder deres formål.

Der er således et begrænset datagrundlag til at vurdere de økonomiske implikationer af de enkelte ændringer tilstrækkeligt, og beregninger på de forskellige tiltag kan kun gennemføres med stor usikkerhed. Erfaringer fra tidligere justeringer i ordningen har været, at estimater om konsekvenserne ved justeringerne ikke har været tilstrækkelige, og at omkostningerne har været større end forventet. Der har således været både styringsmæssige og strukturelle udfordringer i ordningen.

Det er derfor Sundhedsstyrelsens overordnede konklusion, at der hensigtsmæssigt kan gennemføres en række strukturelle ændringer i ordningen for at bedre kvaliteten, vidensgrundlaget og styringsmulighederne.

Perspektiveringen peger i den forbindelse på en række overordnede sigtelinjer for udviklingen af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren:

- Tilskudsordningen bør i højere grad tilrettelægges som en integreret del af et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor praktiserende psykologer har et tæt samarbejde primært med almen praksis, men også med de øvrige aktører på området
- Tilskudsordningen bør afgrænses og målrettes til personer med psykiske lidelser og psykisk patologiske reaktioner, hvor der er evidens for psykologbehandling
- Henvisning til psykologbehandling bør for alle henvisningsårsagerne ske med baggrund i reviderede faglige visitationsretningslinjer, som understøtter almen praksis' rolle som gatekeeper
- Psykologer i praksissektoren bør i højere grad arbejde systematisk med kvalitet og evidensbaserede metoder, herunder monitorering af indsatsen
- Der bør udvikles et bedre datagrundlag til at dokumentere aktiviteter og resultater af tilskudsordningen

- Eventuelle ændringer i adgangen til ordningen bør afvente, at der er dokumenteret en forbedret efterlevelse af visitationsretningslinjerne hos læger og psykologer samt etableret et bedre vidensgrundlag til at estimere konsekvenserne af eventuelle ændringer i målgruppen.

1.5

ANVENDELSE AF BEGREBER

Begrebet 'praktiserende psykologer' anvendes i perspektiveringen om den del af de praktiserende psykologers virke, som er omfattet af tilskudsordningen for psykologbehandling, hvis ikke andet er anført.

Praktiserende psykologer er private erhvervsdrivende. For at behandle patienter inden for tilskudsordningen skal psykologen have et ydernummer, hvilket betyder, at psykologen har tilsluttet sig overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykologforening. Mange praktiserende psykologer med ydernummer tilbyder også psykologbehandling mod fuld egenbetaling, ligesom de tilbyder forsikringsbetalt psykologbehandling.

Der skelnes i perspektiveringen mellem de personer, der *er omfattet af* psykologordningen og de personer, der *gør brug af* psykologordningen. Ved personer omfattet af ordningen forstås hele målgruppen, fx antallet af personer, der har en bestemt psykisk lidelse. Det vil imidlertid kun være en del af målgruppen, som vil gøre brug af ordningen. Årsagen til dette kan fx være, at de bliver behandlet et andet sted, ikke erkender problemer, ikke vil behandles, ikke har råd til behandling eller ikke er blevet identificeret som havende et behov.

I perspektiveringsnotatet forstås funktionsevne, som personers evne til at fungere i de sammenhænge, som vedkommende er en del af.

2

SAMMENFATNING

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har anmodet Sundhedsstyrelsen om at gennemføre denne evaluering af psykologordningen, som omfatter en kortlægning og analyse af ordningen, der dækker udviklingen i en 10-årig periode, dvs. fra 2003-2013. Evalueringen har skullet munde ud i en perspektivering og vurdering af, hvordan kvaliteten i psykologordningen kan forbedres ved ændring af bl.a. målgruppeafgrænsning, henvisningskriterier samt tilbuddets tilrettelæggelse inden for den økonomiske ramme. Evalueringen og perspektiveringen skal forelægges for satspuljepartierne.

Den faglige vurdering skal basere sig på evidensbaseret viden i det omfang, det er muligt, samt tage højde for ordningens økonomiske ramme og sammenhængen til øvrige behandlingstilbud.

Nedenfor sammenfattes Sundhedsstyrelsens konklusioner.

Overordnet konklusion

Udgangspunktet for perspektiveringen er den eksisterende økonomiske ramme for ordningen, som aktuelt er på 240 mio. kroner. Sundhedsstyrelsen har derfor haft til hensigt at pege på områder, hvor der muligvis kan ske en økonomisk besparelse med henblik på at foreslå disse midler anvendt til andre områder. Perspektiveringen beskriver derfor en række mulige ændringer i målgruppeafgrænsning, henvisningskriterier samt tilbuddets tilrettelæggelse, som ud fra en faglig betragtning kan være med til at forbedre kvaliteten af psykologordningen.

Ét af de vigtigste fund i evalueringen har været, at det på en række områder ikke har været muligt at identificere data vedrørende effekt og kvalitet i psykologordningen. Der findes således ingen data om behandlingsresultater, om de konkrete problemstillinger hos de henviste personer samt om de behandlingsmetoder, som psykologerne anvender i konkrete forløb. Derfor har det ikke været muligt at få et tilstrækkeligt overblik over psykologordningens resultater i forhold til andre tilbud.

Derudover har undersøgelserne gennemført af Forskningsenheden for almen medicin i Aarhus vist, at der henvises et stort antal personer til psykologbehandling for depression, som ikke opfylder bekendtgørelsens kriterier for afgrænsning af målgruppen. Det må således konkluderes, at de nuværende visitationsretningslinjer ikke opfylder deres formål.

Der er således et begrænset datagrundlag til at vurdere de økonomiske implikationer af de enkelte ændringer tilstrækkeligt, og beregninger på de forskellige tiltag kan kun gennemføres med stor usikkerhed. Erfaringer fra tidligere justeringer i ordningen har

været, at estimater om konsekvenserne ved justeringerne ikke har været tilstrækkelige, og at omkostningerne har været større end forventet. Der har således været både styringsmæssige og strukturelle udfordringer i ordningen.

Det er derfor Sundhedsstyrelsens overordnede konklusion, at der hensigtsmæssigt kan gennemføres en række strukturelle ændringer i ordningen for at bedre kvaliteten, vidensgrundlaget og styringsmulighederne.

Perspektiveringen peger i den forbindelse på en række overordnede sigtelinjer for udviklingen af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren:

- Tilskudsordningen bør i højere grad tilrettelægges som en integreret del af et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor praktiserende psykologer har et tæt samarbejde primært med almen praksis, men også med de øvrige aktører på området.
- Tilskudsordningen bør afgrænses og målrettes til personer med psykiske lidelser og psykisk patologiske reaktioner, hvor der er evidens for psykologbehandling
- Henvisning til psykologbehandling bør for alle henvisningsårsagerne ske med baggrund i reviderede faglige visitationsretningslinjer, som understøtter almen praksis' rolle som gatekeeper
- Psykologer i praksissektoren bør i højere grad arbejde systematisk med kvalitet og evidensbaserede metoder, herunder monitorering af indsatsen
- Der bør udvikles et bedre datagrundlag til at dokumentere aktiviteter og resultater af tilskudsordningen

Eventuelle ændringer i adgangen til ordningen bør afvente, at der er dokumenteret en forbedret efterlevn af visitationsretningslinjerne hos læger og psykologer samt etableret et bedre vidensgrundlag til at estimere konsekvenserne af eventuelle ændringer i målgruppen.

En del af et sammenhængende sundhedsvæsen

Praktiserende psykologer varetager i regi af den offentlige tilskudsordning behandlingen af mange personer, der generelt har gavn af at være omfattet.

Psykologerne er altovervejende organiseret i individuelle praksis'er og har et begrænset samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Der kan derfor hensigtsmæssigt igangsættes en udvikling med afprøvning af nye praksisformer og med fokus på en større integration af psykologpraksis i sundhedsvæsenet. I den forbindelse kan der i overenskomsten hensigtsmæssigt udarbejdes en udviklingsplan, som aftaler den retning, som parterne ønsker psykologpraksis udviklet.

Det britiske Improved Access to Psychological Treatment (IAPT) kan give inspiration til udviklingen af psykologpraksis i Danmark. Flere af elementerne kan med fordel overføres til psykologpraksis i Danmark, men en overførsel af programmet i sin helhed vil kræve en betydelig udvikling/ændring af den nuværende tilskudsordning både organisatorisk og fagligt. Derudover er der en risiko for at etablere et parallelt system til behandling af personer med psykiske lidelser.

Planlægning af psykologbehandling kan hensigtsmæssigt ske ud fra en stepped care-model, hvor personer kan henvises til psykologpraksis, når indsatsen i almen praksis ikke

er tilstrækkelig, eller der ikke er indikation for en mere specialiseret psykologbehandling i et regionalt tilbud. Ligeledes vil det være vigtigt at videreudvikle shared care-modeller, så behandling af personer med psykiske lidelser sker i et veldefineret forløb.

Henvisning til psykologbehandling inden for tilskudsordningen bør fortsat ske igennem almen praksis. Dermed kan almen praksis fortsat fungere som gate-keeper og tovholder.

Kommunikationen mellem praktiserende psykologer og almen praksis kan hensigtsmæssigt videreudvikles, herunder at sikre gode henvisninger og epikriser samt at øge brugen af korrespondancemeddelelser.

Kompetencer hos psykologen

Tilskudsordningen til psykologbehandling er en generalistordning, hvor psykologerne har kompetencer i forhold til almen klinisk psykologi og derfor kan varetage indsatser til den samlede målgruppe. Hermed sikres et psykologtilbud til personer med almindelige psykiske lidelser og problemstillinger.

Praktiserende psykologer med ydernummer skal være autoriserede af Psykolognævnet, som er forankret i Social- og Indenrigsministeriet. I takt med at psykologer i stigende grad arbejder inden for sundhedsvæsenet, kan det være relevant at undersøge om de rette autorisations- og tilsynsforhold gør sig gældende.

Den enkelte psykolog bør have et tilstrækkeligt patientgrundlag til at vedligeholde og udvikle generelle og specifikke kompetencer i forhold til behandling af målgruppen. Hensigtsmæssigt bør tilskudsordningen omfatte psykologer, hvor opgaver inden for ordningen er deres hovedbeskæftigelse. Herved sikres de bedste betingelser for udvikling af både kliniske og organisatoriske kompetencer i forhold til målgruppen.

Efteruddannelsesaktiviteter til praktiserende psykologer bør have fokus på at udvikle og vedligeholde kompetencer i almen klinisk psykologi, herunder at sikre en opdatering i forhold til den nyeste forskningsbaserede viden om psykologbehandling til målgrupperne for ordningen. På sigt kan det være relevant at udvikle en formaliseret specialuddannelse i almen klinisk psykologi målrettet psykologer i praksis.

Kvalitetssikring og –udvikling

En række forskellige tiltag kan bidrage til at sikre og udvikle kvaliteten af psykologordningen, således at der sikres og udvikles en ensartet høj kvalitet af psykologernes tilbud.

Det er positivt, at der nu er etableret et monitoreringssystem for depression og angst. Dette vil i fremtiden være med til at frembringe data, så det enkelte forløb kan vurderes. Monitoreringssystemet kan hensigtsmæssigt udvides til også at omfatte resten af målgrupperne.

Der kan hensigtsmæssigt indledes et udredningsarbejde i forhold til, hvordan monitorering kan ledsage behandlingstilbuddet som led i en kvalitetssikring. Der bør her være fokus på effekt af behandlingen og henvisningspraksis som led i en stepped care tankegang. Derudover på samarbejdet mellem praktiserende psykologer, almen praksis og øvrige aktører i forhold til sammenhæng og opfølgning på psykologbehandlingen. Der vil være en

række omkostninger forbundet med at implementere en systematisk monitorering. Det vurderes imidlertid, at det vil give større mulighed for at udvikle ordningen og styre den økonomisk, ligesom det vil give en bedre kvalitet af behandlingsindsatsen.

Faglige retningslinjer kan hensigtsmæssigt udarbejdes af faglige selskaber, og bør løbende revideres i takt med ny forskning. Der kan derfor hensigtsmæssigt indledes et arbejde med relevante psykologfaglige selskaber under psykologforeningen om udarbejdelse af faglige retningslinjer i forhold til almen klinisk psykologisk behandling til målgruppen.

Det kan vurderes, om der kan udarbejdes en udgave af Den Danske Kvalitetsmodel tilpasset psykologpraksis, eller om der er en anden mere relevant ramme for systematisk kvalitetsudvikling.

Tilbuddets omfang

Psykologbehandling i praksissektoren er som udgangspunkt et tilbud om korttidsbehandling⁶.

I den nuværende ordning giver en henvisning mulighed for 12 konsultationer. Personer med angst og depression kan genvises til yderligere 12 konsultationer, hvis det vurderes, at de kan profitere af yderligere psykologbehandling. Personer med depression får i gennemsnit 8,9 konsultationer dog med stor variation i antallet af konsultationer.

Resultaterne fra psykoterapiforskning kan ikke entydigt pege på, hvor mange konsultationer, som patienter med forskellige typer af psykiske lidelser har brug for, for at opnå den ønskede effekt - hverken for angst, depression eller for andre psykiske lidelser. Nogle undersøgelser viser, at det kræver i gennemsnit 12,7 sessioner for at få signifikante resultater af behandlingen. Andre undersøgelser viser, at for enkelte sygdomme fx lette former for depression vil 6-10 sessioner være tilstrækkeligt.

Antallet af konsultationer i den nuværende ordning er tilstrækkeligt for de fleste personer med en psykisk lidelse, men nogle har brug for flere konsultationer for at få en blivende positiv effekt af behandlingen.

Det kunne overvejes at reducere antallet af konsultationer på en henvisning til 10. Det må dog antages, at for nogle personer vil 10 konsultationer ikke være tilstrækkelig til at opnå effekt af behandlingen, hvorfor flere formentlig vil have brug for genhenvisning. Det er ikke muligt præcist at vurdere, hvad dette vil betyde for antallet af genhenvisninger.

Genhenvisning bør fortsat være en mulighed for personer med angst og depression, hvor behandlingen har haft effekt, men hvor der er brug for yderligere konsultationer for at færdiggøre behandlingen. Det kan dog overvejes at reducere antallet af konsultationer ved genhenvisning til fx 6 set i lyset af, at personer med brug for længerevarende terapiforløb bør varetages i den regionale psykiatri.

⁶ Korttidsbehandling defineres normalt som behandlingsforløb på op til 25 konsultationer

Adgang til psykologbehandling

Det findes hensigtsmæssigt, at adgangen til tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren også fremadrettet afgrænses ved, dels en række alvorlige livsbegivenheder, dels diagnoser.

Adgangen til tilskudsordningen for personer, der har oplevet alvorlige livsbegivenheder (henvissningsårsag 1-9), kan hensigtsmæssigt afgrænses til de personer, som har udviklet en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne. De hyppigste psykiske patologiske reaktioner er akut belastningsreaktion, posttraumatisk stress belastning eller tilpasningsreaktion.

Adgangen til tilskudsordningen for personer med psykiske lidelser (depression og angst) bør som udgangspunkt være målrettet personer med lette til moderate psykiske lidelser. Den konkrete organisering af indsatsen til målgruppen bør tage udgangspunkt i en stepped care-model med vurdering af sværhedsgraden af lidelsen. Denne kan hensigtsmæssigt fastlægges i visitationsretningslinjer, forløbsprogrammer m.fl.

Det bør præciseres, at der skal være sundhedsfaglig indikation for psykologbehandling. Hermed præciseres det, at ordningen målrettes personer med bestemte psykiske lidelser og/eller psykisk patologiske reaktioner, hvor psykologbehandling i praksissektoren er det rette tilbud.

Der er som udgangspunkt ikke en sundhedsfaglig begrundelse for at afgrænse tilskudsordningen for personer med angst til særlige aldersgrupper.

For at sikre implementeringen af eventuelle justeringer i adgangen til tilskudsordningen bør den faglige retningslinje for henvisning til psykologbehandling i praksissektoren revideres.

Målgrupper vedrørende alvorlige livsbegivenheder

Henvissningsårsagerne 1-9 omfatter alvorlige livsbegivenheder, hvor der er en risiko for, at personen efterfølgende udvikler alvorlige psykisk patologiske reaktioner.

Implement og KORA's rapport peger på nogle af disse henvissningsårsager som værende for komplicerede til at blive behandlet hos praktiserende psykologer, og at der for de samme henvissningsårsager findes alternative regionale tilbud. Det vurderes dog, at de nuværende henvissningsårsager fortsat er relevante i tilskudsordningen.

Psykiske patologiske reaktioner kan opstå efter andre livsbegivenheder og for nogle af disse kan behandling i psykologpraksis være relevant.

Ud fra et sundhedsfagligt synspunkt kan det være relevant at forlænge tidsgrænsen, så en større andel af personer, der udvikler psykisk patologisk reaktioner omfattes. En sådan justering af adgangen til ordningen kan dog ikke anbefales på nuværende tidspunkt jf. den overordnede konklusion (afsnit 1.4).

Målgrupper vedrørende angst, depression og andre diagnoser

Voksne med depression bør fortsat være omfattet af tilskudsordningen. Gruppen af patienter er stor, og der er evidens for psykoterapi. Ordningen kan imidlertid hensigtsmæssigt målrettes personer med moderat depression, mens personer med let

depression varetages i almen praksis. Det kan også være relevant at udvikle andre og mindre omkostningstunge tilbud til personer med lette depressioner fx i kommunalt regi.

Voksne med angsttilstande og OCD bør fortsat være omfattet af tilskudsordningen. Gruppen af patienter er også stor – selvom den er mindre end gruppen af patienter med depression – og der er evidens for psykoterapi. Det vil være relevant at fastholde ordningen til personer med både let og moderat angst og OCD, da det vil kræve en opkvalificering af almen praksis generelt, hvis alle læger skal kunne varetage behandlingen.

Behandling af børn og unge med angst og depression bør varetages i et tæt tværfagligt samarbejde med familien og de aktører, som er omkring barnet/den unge i dagligdagen. Oftest er et monofagligt tilbud som psykologpraksis derfor ikke tilstrækkeligt set i forhold til børn og unges behov og det kan i stedet være hensigtsmæssigt at styrke andre tilbud. Hvis børn og unge omfattes af tilskudsordningen bør adgangen afgrænses til børn og unge i alderen 6 til og med 17 år med behandlingskrævende funktionsevnedssættelse i lettere til moderat grad og uden konkurrerende faktorer. En sådan udvidelse vil formentlig betyde, at 5.000-8.000 børn og unge vil benytte sig af tilbuddet. Det skal dog understreges, at tallet er et skøn og behæftet med stor usikkerhed.

Psykologbehandling i praksissektoren kan være relevant også for andre diagnosegrupper. En justering af tilskudsordningen til at omfatte nye målgrupper kan ikke anbefales på nuværende tidspunkt jf. den overordnede konklusion (afsnit 1.4).

3

KORTLÆGNING OG ANALYSE AF NUVÆRENDE ORDNING

Dette kapitel omfatter et resumé af Implement og KORA's rapport "Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologhjælp i praksissektoren" (eksternt bilag). Rapporten kan findes i sin fulde længde på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Kortlægningen og analysen anvendes i perspektiveringen som grundlag for de konkrete overvejelser og anbefalinger. Rapporten kan derudover anvendes til at kvalificere arbejdet med at optimere ressourceanvendelsen på psykologordningen med udgangspunkt i eksisterende praksis og nyeste viden om effekter og resultater af psykologindsatser samt alternative tilgange og indsatser til de omfattede målgrupper.

Kortlægningen og analysen har gjort brug af flere gensidigt supplerende datakilder og metoder: i) Registerdata fra perioden 2004-2013 omfattende antal psykologer, aktivitet og omkostninger ved forbrug af tilskudsberettigede psykologydelser samt lægernes henvisningspraksis; ii) Litteraturstudie omfattende effektstudier og tidligere undersøgelser af ordningen; iii) Interview med psykologer, patienter og pårørende om indhold, tilfredshed og fremtidige perspektiver; iv) Interview med internationale eksperter fra Storbritannien om erfaringer med effektivitet, organisering og omkostningseffektivitet; og v) Desk research om øvrige offentlige tilbud om samtalebaseret støtte til målgruppen.

Nedenfor præsenteres vigtige data og konklusioner fra rapporten.

3.1

UDVIKLINGEN I ANTAL PSYKOLOGER I ORDNINGEN

Antallet af ydernumre blandt psykologer er steget med 60 % fra 2003 til 2013 (fra 535 til 854). Der ses i perioden en forholdsvis stor variation i antal patienter pr. ydernummer (minimum 1 og maksimum 476 med en median på 90).

3.2

UDVIKLING I AKTIVITET OG OMKOSTNINGER

I 2013 var der ca. 84.300 patienter, som i alt modtog 479.100 tilskudsberettigede psykologydelser – og omkostningerne beløb sig til omkring 237 mio kroner. Såvel antal patienter, som antal ydelser og omkostninger er mere end fordoblet i perioden fra 2004 til 2013.

Den mest markante stigning i ydelser forekommer i perioden 2007-2009 (hvor det i 2008 bliver muligt at henvise grundet let til moderat depression). Den største udvikling (relative

stigning) ses i patientgrupperne, som er henvist for angst, depression og incest/sekssuelle overgreb, mens antallet af personer, som har forsøgt selvmord er reduceret. Hvorvidt denne reduktion kan tilskrives en øget kommunal/regional alternativ indsats kan ikke begrundes ud fra nærværende datagrundlag.

I 2013 er det ca. 55 % af de personer, som modtager tilskudsberettigede psykologydelse, der er i behandling for depression eller angst.

3.3

BESKRIVELSE AF METODER OG EVIDENS FOR EFFEKTEN

Litteraturen viser positiv effekt af de anvendte psykoterapeutiske metoder. Forskningen giver dog ikke et entydigt billede af, om nogle metoder er signifikant bedre end andre. Det betyder, at der ikke på nuværende tidspunkt kan opstilles egentlige retningslinjer for, hvilken metode der skal anvendes. Ligeledes giver forskningen ikke et entydigt svar på, hvilke faktorer der er de vigtigste for behandlingseffekten: Den specifikke psykoterapeutiske metode, fællesfaktorer eller behandler/klient relationsfaktorer.

3.4

UDVIKLING I VENTETIDER TIL PSYKOLOGBEHANDLING

Kortlægningen viser, at der generelt er sket en stigning i ventetiden til ordningen frem mod medio 2014. Herefter har ventetiden stabiliseret sig på gennemsnitligt syv uger. Ventetiden på behandling for angst og depression er noget længere og har siden medio 2013 ligget på mellem otte og ti uger.

Der er en høj grad af spredning regionerne imellem. Region Midtjylland har generelt længere ventetid end de øvrige regioner, men i forhold til angst og depression har også Region Hovedstaden lang ventetid.

Endelig ser det ud som om, at der kunne laves en mere effektiv fordeling af patienter, da kun meget få psykologer har nået omsætningsloftet.

3.5

DOKUMENTATION FOR EFFEKTER

To tidligere undersøgelser af dele af psykologordningen fra Forskningsenheden For Almen Praksis⁷ indikerer, at psykologbehandlingen har positive effekter. Der kan dog ikke på baggrund af undersøgelserne konkluderes i forhold til ordningens omkostningseffektivitet.

I undersøgelserne konstateres det, at der hersker usikkerhed i forhold til, om patienter henvist til behandling på baggrund af henvisningsårsag 10 (depression) og 11 (angst)

⁷ Fjeldsted R, Christensen KS, evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression: Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2011. (www.alm.au.dk) og Christensen KS, Mortensen M, Beyer H, Vedsted P, Vestergaard M. Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling: Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2014

faktisk tilhører de tilsvarende målgrupper. På den baggrund kan det overvejes, om særligt henvisningsårsagerne depression og angst anvendes som mere brede henvisningsbegrundelser ved et konstateret behov for psykologbehandling, som ikke falder ind under en af de 11 henvisningsårsager. Datagrundlaget er dog for usikkert til, at der kan drages endelige konklusioner i forhold til dette.

Den seneste undersøgelse fra 2014 omhandler indførelsen af et webbaseret psykometrisk monitoreringssystem, der dog ikke på undersøgelsestidspunktet er udbredt nok, til at der kan drages tydelige konklusioner om behandlingen af angst og depression. Det konstateres dog, at systemet er lovende i forhold til fremtidigt at kunne følge udviklingen i henvisningspraksis og i effekten af behandlingen. I rapporten anbefales det, at monitoreringssystemet videreføres, fordi metoden på sigt vil kunne bidrage til et tydeligere billede af ordningens omkostningseffektivitet.

3.6

PATIENTERNES OPLEVELSER OG TILFREDSHED

Det fremgår af både denne og tidligere undersøgelser, at der generelt er meget stor tilfredshed med ordningen blandt patienter og deres pårørende. I denne undersøgelse peger patienter og pårørende på, at ventetid kan være en udfordring, og at egenbetalingen formodentlig holder nogle fra at tage imod tilbud om psykologbehandling under ordningen.

Endvidere peges der på, at psykologordningen måske med fordel kunne iværksættes tidligere i det samlede forløb, og patienterne udtrykker manglende forståelse for de nuværende restriktioner i forhold til henvisningsårsager og alder. Enkelte efterspørger, at psykologen har mere specialiseret viden om netop de udfordringer, som patienten har. Det kan endvidere konstateres, at patienter og pårørende i høj grad lægger vægt på at kunne finde en psykolog, som på det personlige plan passer til den enkelte.

3.7

HENVISNINGSMØNSTER

Henvisning af patienter til tilskudsberettiget psykologbehandling kommer fortrinsvis fra ydernumre (blandt alment praktiserende læger), hvor der tilbydes samtaleterapi – dette forhold er ikke ændret i årene 2011 til 2013.

3.8

FORVENTEDE UDGIFTER VED AT OMFATTE BØRN OG UNGE

Implement og KORA har med tal fra Sundhedsstyrelsen skønsmæssigt beregnet de forventede udgifter ved en udvidelse af ordningen til også at omfatte børn og unge med angst og depression til at være mellem 11 og 24 mio. kr. årligt.

3.9

ØVRIGE OFFENTLIGE TILBUD

Der eksisterer en række offentlige og frivillige eller foreningsbaserede tilbud om psykologbehandling til målgrupperne for psykologordningen, der er gratis at anvende for

patienterne. Billedet er meget varieret i forhold til udbredelsen af tilbud på tværs af de 11 henvisningsårsager.

Særligt skal det fremhæves, at der ikke er væsentlige øvrige tilbud til målgruppen for henvisningsårsag 3: pårørende til alvorligt psykisk syge personer, henvisningsårsag 8: har fået foretaget abort efter 12. graviditetsuge og henvisningsårsag 11: let til moderat angst, herunder let til moderat OCD.

Omvendt kan der peges på relativt udbredt mulighed for psykologbehandling i andre (som oftest regionale) tilbud til målgruppen omfattet af psykologordningens henvisningsårsag 1: ofre for røveri, vold eller voldtægt, henvisningsårsag 7: har forsøgt selvmord, henvisningsårsag 9: ofre for incest eller andre seksuelle overgreb og henvisningsårsag 10: let til moderat depression.

3.10

INTERNATIONALE ERFARNINGER

Det er i rapporten prioriteret at undersøge erfaringerne med programmet Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) fra Storbritannien, da dette på en række punkter kan sammenstilles med den danske psykologordning.

Af erfaringerne med IAPT fremgår, at ordningen har positive effekter på en række områder. Det er i økonomiske undersøgelser af ordningen sandsynliggjort, at ordningen er omkostningseffektiv. Samtidig giver den systematiske registrering af resultaterne af indsatsen et solidt grundlag for at vurdere indsatsens kliniske effekt. Erfaringerne fra IAPT understøtter de generelle positive danske erfaringer.

Der arbejdes i IAPT med større grad af fleksibilitet i forhold til forskellige niveauer af indsats og i forhold til såvel individuelle som familie og gruppebaserede behandlingssessioner. Der er indikationer på, at dette kan forbedre den samlede ordnings omkostningseffektivitet.

3.11

OMKOSTNINGSEFFEKTIVITET

Der kan på det foreliggende grundlag ikke gennemføres egentlige cost-effectiveness analyser af psykologordningen set i forhold til øvrige behandlingstilbud. En sådan analyse vil kræve, at der gennemføres omfattende beregninger af omkostnings-effekt-ratioer af de enkelte øvrige tilbud. For langt de fleste tilbud er der ikke i dag umiddelbar adgang til data omkring disse forhold.

De engelske erfaringer med IAPT sandsynliggør, at den større adgang til psykologydelse for udsatte borgere er en omkostningseffektiv indsats set i forhold til behandling i det øvrige offentlige behandlingssystem. Dog må der peges på, at der for de mest behandlingskrævende målgrupper kan være nogle, som også ud fra en omkostningseffektivitetsbetragtning med fordel kan have gavn af et mere specialiseret tilbud end psykologbehandling i praksissektoren.

4

EN DEL AF ET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN

I dette kapitel beskrives en række perspektiver på mulige udviklinger af psykologpraksis, herunder erfaringer fra Storbritannien med IAPT. Endvidere diskuteres spørgsmålet om henvisning til praktiserende psykolog samt om samarbejdet og kommunikationen mellem praktiserende psykologer og de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

4.1

UDVIKLING AF PSYKOLOGPRAKSIS

De praktiserende psykologer er - ligesom de øvrige praksisområder - et monofagligt tilbud. Psykologerne arbejder primært i individuelle praksis'er, men en del har et matrikelfællesskab. For de fleste praktiserende psykologer gælder, at behandling af patienter i tilskudsordningen kun udgør en del af deres samlede beskæftigelse.

Det er regionernes ansvar at tilbyde psykologbehandling i praksissektoren. De nærmere rammer for ydelserne fastlægges i bekendtgørelse nr. 663 af 25/06/2012 om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper.

Overenskomsten mellem Danske Regioner og Psykologforeningen fastlægger rammen for praktiserende psykologer med ydernummer, herunder både den indsats, som psykologen kan/skal yde, og de organisatoriske rammer for ordningen. Det er således også gennem overenskomsten, at en udvikling af tilskudsordningen aftales.

Udvikling af psykologpraksis skal ses i sammenhæng med den øvrige udvikling af det borgernære sundhedsvæsen, som sker i disse år. I almen praksis udvikles således nye praksisformer, hvor læger arbejder sammen i lægehuse, og hvor der i stigende grad inddrages praksispersonale. Kommunerne etablerer sundhedshuse, hvor praksissektorens og kommunens tilbud på sundhedsområdet samt eventuelt udgående funktioner fra sygehuse placeres i et matrikelfællesskab. Og der er fokus på samarbejdet mellem aktørerne, herunder at sikre den nødvendige it-understøttelse.

I forhold til psykologpraksis kan der hensigtsmæssigt igangsættes en udvikling med afprøvning af nye praksisformer med henblik på en større integration af psykologpraksis i det borgernære sundhedsvæsen.

Udviklingen vil skulle initieres både i den enkelte praksis og gennem overenskomsten. I den forbindelse kan der hensigtsmæssigt – som det kendes fra de øvrige praksisområder – aftales en udviklingsplan i regi af overenskomsten, som beskriver den retning, som parterne ønsker udviklingen af psykologpraksis.

4.2

SAMARBEJDET MED ØVRIGE AKTØRER

I den nuværende ordning er der et formaliseret samarbejde mellem almen praksis og psykologer via henvisning og epikrise. De praktiserende psykologer har ikke et formaliseret samarbejde med praktiserende speciallæger i psykiatri og med psykologer eller andre faggrupper på de psykiatriske afdelinger, ligesom de ikke har et formaliseret samarbejde med psykologer eller andre faggrupper i kommunerne.

Der er derfor behov for en større grad af samarbejde om patientens behandling imellem almen praksis, psykologen og eventuelt også med den praktiserende speciallæge i psykiatri og de psykiatriske afdelinger. Ligeledes er der behov for koordinering med de kommunale aktører inden for sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet.

Der kan hensigtsmæssigt ske en udbygning af samarbejdet mellem almen praksis og psykologen med henblik på at sikre koordination omkring patientens behandling, herunder at patienter viderehenvises til anden behandling, når der er indikation for det.

4.3

ERFARINGER FRA IAPT I STORBRITANIEN

IAPT⁸ er et offentligt tilbud i Storbritannien, som oprindeligt (i 2008) blev udviklet for at tilbyde psykologbehandling til voksne med angst og depression. Efterhånden har målgruppen udviklet sig til også at omfatte andre tilstande, ligesom den nu i stigende grad også omfatter børn og unge. Patienterne kan henvises fra almen praksis, en visitator i kommunen eller fra jobcentret. Der er i stigende grad også mulighed for selvhenvendelse, hvor en visitator i IAPT vurderer, om den pågældende opfylder inklusionskriterierne.

Behandlingen leveres af psykologer og af andre faggrupper som fx sygeplejersker, terapeuter og socialrådgivere med relevant videre- og/eller efteruddannelse. Medicinsk behandling varetages af den praktiserende læge eller eventuelt en psykiater, som arbejder i primærsektoren.

IAPT har fokus på at anvende evidensbaserede metoder og har vist sig effektivt både i forhold til effekt af den konkrete behandling af den enkelte patient og i forhold til de samfundsmæssige omkostninger.

IAPT kan på flere områder give inspiration til udviklingen af psykologpraksis i Danmark. Det gælder bl.a. IAPT's fokus på anvendelse af evidensbaserede metoder og dets opfølgning gennem systematisk monitorering af indsatsen. Behandlingen monitoreres således løbende og resultatet heraf samles i en IAPT-database. Derudover kan det tætte tværfaglige samarbejde om behandlingen hensigtsmæssigt overføres umiddelbart.

En overførsel af programmet i sin helhed vil imidlertid kræve en betydelig udvikling/ændring af det nuværende tilbud både organisatorisk og fagligt. Der kan derudover være risiko for at få etableret et parallelt system til det nuværende sundhedsvæsen, hvor de to systemer ikke arbejder tilstrækkeligt sammen. Hvis IAPT skal

⁸ IAPT beskrives uddybende i Implement og KORA's rapport

overføres til Danmark vil der således være behov for, at psykologerne i højere grad arbejder sammen om den samlede opgaveløsning både inden for egen faggruppe og med andre faggrupper/aktører.

4.4

STEPPED CARE

Psykologbehandling i praksissektoren kan ses som et led i en stepped care tilgang, hvor psykologbehandlingen er et "step", der tilbydes, såfremt andre tiltag ikke er sufficente og et tiltag, der kan erstattes med andre, såfremt en forbedring udebliver.

Praktiserende psykologer varetager i en sådan stepped care-model som udgangspunkt personer med psykiske lidelser, hvor den primære behandling i almen praksis ikke er tilstrækkelig. Det betyder, at psykologpraksis primært varetager psykologbehandling til personer med moderate psykiske lidelser, mens psykologbehandling til personer med svære psykiske lidelser varetages på psykiatriske afdelinger af psykologer med specialistkompetencer - og i et tværfagligt samarbejde med speciallæger i psykiatri.

IAPT bygger også på en stepped care-model, hvor de første stadier i interventionen er "støtte og monitorering" efterfulgt af "guidet selvhjælp og terapi", mens det tredje stadie er mere systematisk psykoterapi og eventuelt også med medicinering.

En stepped care tilgang vil være hensigtsmæssig ud fra både et fagligt og et ressourcemæssigt synspunkt. Stepped care modeller kan fastlægges i forløbsprogrammer, visitationsretningslinjer m.m., hvor arbejdsdeling og samarbejde mellem de forskellige aktører i forhold til personer med psykiske lidelser fastlægges.

4.5

HENVISNING

I den nuværende tilskudsordning er det kun almen praksis, der kan henvise til psykologbehandling inden for tilskudsordningen. Praktiserende speciallæger eller sygehuse kan derimod ikke henvise til ordningen. Borgere kan derudover behandles uden henvisning, men i så fald med fuld egenbetaling.

Denne henvisningspraksis er begrundet i, at almen praksis generelt fungerer som gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen og samtidig har en rolle som tovholder i det konkrete patientforløb. Derudover er den begrundet i, at almen praksis som udgangspunkt forventes at varetage den primære behandling af patientens psykiske lidelse.

Rapporten fra Forskningsenheden for Almen Praksis fra 2011⁹ finder, at kun ca. 33 % af de patienter, der er henvist til psykologbehandling, opfylder henvisningskriterierne for let til moderat depression. Ca. 28 % har svær depression og 39 % har ikke depression. I

⁹ Fjeldsted R, Christensen KS, evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression: Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2011. (www.alm.au.dk)

rapporten fra 2014¹⁰ er der opgjort et lignende tal, men der er ikke tilstrækkeligt med data til at konkludere, om der er sket en ændring. Der findes ingen undersøgelser for, hvordan henvisninger sker i forhold til henvisningsårsagerne 1-9 og diagnosen let til moderat angst.

I IAPT kommer ca. halvdelen af henvisningerne fra almen praksis, ligesom en kommunal visitator og jobcentre kan henvise. Der er også mulighed for selvhenvielse, hvor borgeren henvender sig direkte til IAPT. Derefter vil en IAPT-medarbejder kontakte borgeren inden for 48 timer efter modtagelse af henvendelsen, som vurderer om selvhenvenderen tilhører målgruppen og kan få nytte af IAPT-ordningen. Andelen af borgere, der henvender sig direkte til IAPT, er stigende.

Undersøgelser af IAPT viser, at selvhenvendere overvejende opfylder de diagnostiske kriterier for depression og angst. Der advares dog også om, at personer med lettere problemer kan overbelaste systemet. Der findes i de britiske undersøgelser ikke tal for, hvor mange der bliver henvist til egen læge mhp. fornyet somatisk udredning.

Det vurderes, at det fortsat er hensigtsmæssigt i Danmark, at der henvises til psykolog igennem almen praksis. Dermed kan almen praksis fortsat fungere som gate-keeper og tovholder, hvilket er en vigtig del af almen praksis' rolle. Derudover er det også vigtigt at undgå at etablere et parallelt system til behandling af personer med lettere psykiske lidelser. Som det fremgår af afsnit 4.3 om stepped care, så er almen praksis den primære behandler af personer med psykiske lidelser, og tilskudsordningen for psykologbehandling kan hensigtsmæssigt målrettes personer med psykiske lidelser, hvor behandling i almen praksis ikke er tilstrækkelig. Hvis der gives mulighed for selvhenvendelse, vurderes det, at tilskudsordningen i højere grad vil ende med at varetage behandling af personer med lette psykiske lidelser.

Derudover kan almen praksis udrede og behandle eventuel samtidig somatisk lidelse, ligesom de kan vurdere indikationen for, at personen henvises til mere specialiseret behandling af den psykiske lidelse. Endvidere kan der være tilfælde, hvor der er indikation for at personen modtager behandling hos både psykolog og speciallæge i psykiatri. Her kan den praktiserende læge henvise til begge, og behandlingen foregår i en shared care-model, hvor alle tre aktører - med den praktiserende læge som tovholder - kan arbejde sammen.

4.6

KOMMUNIKATION MED ØVRIGE AKTØRER

I den nuværende psykologordning foregår samarbejdet mellem de praktiserende psykologer og det øvrige sundhedsvæsen primært via kommunikation med almen praksis.

Det fremgår af overenskomsten, at psykologens it-systemer skal understøtte relevant elektronisk kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen via MedCom-standarder.

¹⁰ Christensen KS, Mortensen M, Beyer H, Vedsted P, Vestergaard M. Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling: Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2014

Anvendelsen af kommunikation med psykiatrien via Medcom standarder vil blive udviklet i de kommende år. Dette kan hensigtsmæssigt også omfatte praktiserende psykologer.

Samarbejdet mellem de praktiserende psykologer og almen praksis foregår primært via henvisning, startbrev og epikrise. Alle disse er Medcom standarder, som både psykologen og den praktiserende læge er forpligtet til at anvende. Praktiserende psykologer kan derudover anvende elektroniske korrespondancemeddelelser til kommunikationen med både almen praksis og øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

På henvisningen angiver lægen henvisningsårsagen (årsag 1-11) og andre relevante oplysninger til psykologen. Epikriser fra de praktiserende psykologer består som minimum af et afkrydsningsskema.

Der bør fortsat være fokus på kommunikationen mellem de praktiserende psykologer og almen praksis ved at forbedre kvaliteten af henvisninger og epikriser. Endvidere vil det være hensigtsmæssigt at videreudvikle muligheden for og tilskynde til at bruge korrespondancemeddelelser med alle relevante aktører i sundhedsvæsenet.

4.7

KONKLUSION

Med baggrund i ovenstående er det Sundhedsstyrelsens vurdering:

- Praktiserende psykologer varetager i regi af den offentlige tilskudsordning behandlingen af mange personer, der generelt har gavn af at være omfattet.
- Psykologerne er altovervejende organiseret i individuelle praksis'er og har et begrænset samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Der kan derfor hensigtsmæssigt igangsættes en udvikling med afprøvning af nye praksisformer og med fokus på en større integration af psykologpraksis i sundhedsvæsenet. I den forbindelse kan der i overenskomsten hensigtsmæssigt udarbejdes en udviklingsplan, som aftaler den retning, som parterne ønsker psykologpraksis udviklet.
- Det britiske Improved Access to Psychological Treatment (IAPT) kan give inspiration til udviklingen af psykologpraksis i Danmark. Flere af elementerne kan med fordel overføres til psykologpraksis i Danmark, men en overførsel af programmet i sin helhed vil kræve en betydelig udvikling/ændring af den nuværende tilskudsordning både organisatorisk og fagligt. Derudover er der en risiko for at etablere et parallelt system til behandling af personer med psykiske lidelser.
- Planlægning af psykologbehandling kan hensigtsmæssigt ske ud fra en stepped care-model, hvor personer kan henvises til psykologpraksis, når indsatsen i almen praksis ikke er tilstrækkelig, eller der ikke er indikation for en mere specialiseret psykologbehandling i et regionalt tilbud. Ligeledes vil det være vigtigt at videreudvikle shared care-modeller, så behandling af personer med psykiske lidelser sker i et veldefineret forløb.
- Henvisning til psykologbehandling inden for tilskudsordningen bør fortsat ske igennem almen praksis. Dermed kan almen praksis fortsat fungere som gate-keeper og tovholder.

- Kommunikationen mellem praktiserende psykologer og almen praksis kan hensigtsmæssigt videreudvikles, herunder at sikre gode henvisninger og epikriser samt at øge brugen af korrespondancemeddelelser.

5

PSYKOLOGENS KOMPETENCER

Praktiserende psykologer har ligesom andre faggrupper i sundhedsvæsenet behov for vedvarende at vedligeholde og udvikle deres kompetencer i takt med, at der findes ny forskningsbaseret viden.

I dette kapitel beskrives kravene til kompetencer hos psykologer i praksissektoren, herunder forhold omkring autorisation, udvikling og vedligeholdelse af kompetencer samt efteruddannelse.

5.1

UDDANNELSE OG AUTORISATION

Psykologuddannelsen er en overvejende teoretisk uddannelse med et undervisningstilbud, der dækker en bred vifte af psykologfaglige områder, herunder udviklingspsykologi, kognitionspsykologi og organisationspsykologi, og som overordnet sikrer, at den studerende tilegner sig teoretiske forudsætninger for at anvende sin almene viden om psykologi.

Autorisationen er en kvalitetssikring af psykologens almene kliniske kompetencer. For at opnå autorisation skal psykologen have gennemført klinisk praksiserfaring svarende til to års fuldtidsansættelse (2400 timer)¹¹. Autorisation er ikke en forudsætning for at starte selvstændig praksis, men det er et krav for at kunne få et ydernummer.

Psykologers autorisation og tilsyn varetages af et uafhængigt nævn "Psykolognævnet", der hører hjemme under Social- og Indenrigsministeriet. Psykologer er således ikke autoriserede sundhedspersoner efter autorisationsloven og derfor ikke underlagt Sundhedsstyrelsens tilsyn. Ifølge psykologloven er psykologer dog forpligtede til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, som det kendes fra autorisationsloven, og de er underlagt Dansk Psykologforenings etiske forskrifter.

Klager over en psykolog sker normalt til Psykolognævnet. I det omfang at en psykolog arbejder inden for sundhedsvæsenet og behandler patienter med psykiske lidelser, skal

¹¹ Som en del af den kliniske praksiserfaring indgår udredning med 500 timer og intervention med 500 timer. Derudover indgår 200 konfrontationstimer med individer og 200 med organisation/gruppe. Samtidig er der et krav om 160 timers supervision med en supervisor, der har kompetencer inden for det felt, som superviseranden arbejder med.

klagen dog rettes til Patientombuddet, som hører under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Det kan således i praksis være forvirrende for de enkelte patienter, hvortil spørgsmål om deres retsstilling skal rettes.

Det faktum, at psykologers autorisation og tilsyn varetages af Psykolognævnet, og at de dermed ikke er autoriserede sundhedsprofessionelle, kan vanskeliggøre integrationen af psykologer i sundhedsvæsenet. Det kan derfor være relevant at undersøge om de rette autorisations- og tilsynsforhold gør sig gældende.

5.2

KOMPETENCENIVEAUET I ORDNINGEN

Praktiserende psykologer under ordningen skal være autoriserede og besidde de nødvendige psykologfaglige kompetencer, herunder have erfaring med behandling af de i overenskomsten omfattede persongrupper og erfaring med privat praksis.

Ved ansøgning om ydernummer stilles der derudover krav om, at psykologen i mindst 22 timer ugentlig skal kunne stå til rådighed som privatpraktiserende psykolog og ikke have anden fastansættelse i mere end 15 timer pr. uge.

Praktiserende psykologer er som udgangspunkt generalister med kompetencer i forhold til almen klinisk psykologi. Godt halvdelen af psykologerne har derudover en af Dansk Psykologforenings specialistuddannelser, men der stilles ikke krav om dette. Størstedelen af disse psykologer praktiserer i hovedstadsområdet og de større byer. 78 har en specialistgodkendelse i børnepsykologi, og syv en specialistuddannelse i børneneuropsykologi. Herudover kommer et ukendt (men mindre) antal, der er specialister i psykoterapi med børn, en retning der har været udbudt siden 2008 (de første specialister var færdige i 2011). Tidligere blev der ikke skelnet i retningen "specialist i psykoterapi" mellem børn og voksne, og mange psykologer, der er uddannet i denne ordning, har muligvis de fornødne kompetencer til at arbejde med børn og unge.

Det vurderes, at tilskudsordningen fortsat bør være en generalistordning, hvor psykologerne har kompetencer i forhold til almen klinisk psykologi og derfor kan varetage indsatser til den samlede målgruppe. Hermed sikres et psykologtilbud til personer med almindelige psykiske lidelser og problemstillinger. I forbindelse med interviewene af psykologer i Implement og KORA's rapport er der heller ikke noget, der taler for, at ordningen skal ændres fra en generalist- til en specialistordning.

5.3

UDVIKLING OG VEDLIGEHOLDELSE AF KOMPETENCER

Psykologer udvikler deres kliniske kompetencer via supervision, efteruddannelse og refleksion over egen praksis¹². Derudover kan det være relevant at udvikle organisatoriske kompetencer fx i forhold til samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Det kan være relevant at skelne mellem generelle og specifikke terapeutiske færdigheder/kompetencer. En terapeutisk kontakt til en bred gruppe af patienter, hvoraf mange ikke falder inden for målgruppen, vil sikre en vedligeholdelse af generelle psykologfaglige kompetencer, men det er ingen garanti for, at de mere specifikke kliniske og organisatoriske kompetencer, der knytter sig særligt til målgruppen, bliver udviklet og vedligeholdt.

Vedligeholdelse og udvikling af psykologfaglige kompetencer, færdigheder og viden, der knytter sig til målgruppen, kræver dels efteruddannelsesaktiviteter, dels et tilstrækkeligt antal behandlingsforløb til at kunne vedligeholde og udvikle kompetencerne gennem klinisk erfaring. Det er derfor relevant at tilrettelægge ordningen, så de praktiserende psykologer har et tilstrækkeligt antal patienter/konsultationer.

Aktuelt er der et krav om, at psykologer under ordningen skal afregne minimum 50.000 kroner om året med regionen. Hvis ikke dette opnås, skal regionen spørge psykologen om årsagen til den lave afregning og i sidste instans kan psykologen få frataget sit ydernummer

Det fremgår af Implement og KORA's rapport, at halvdelen af de praktiserende psykologer i 2013 behandlede færre end 90 patienter inden for psykologordningen.

Det må dog formodes, at de praktiserende psykologer har mere end 90 patienter om året, hvor resten så måske er selvbetalere eller forsikringspatienter. Men der er ingen garanti for, at de øvrige klienter/patienter har problemstillinger, der falder inden for målgrupperne til ordningen.

Det vurderes, at 90 patienter om året er for lavt til at kunne vedligeholde og udvikle kompetencer i forhold til behandling af patienter inden for ordningen. Hensigtsmæssigt bør tilskudsordningen omfatte psykologer, hvor opgaver inden for ordningen er deres hovedbeskæftigelse. Herved sikres de bedste betingelser for udvikling af både kliniske og organisatoriske kompetencer i forhold til målgruppen. Det vil også give de bedste muligheder for at udvikle ordningen.

5.4

EFTERUDDANNELSE

Det er en væsentlig forudsætning for psykologers varetagelse af behandlingen af de forskellige patientgrupper inden for ordningen, at de tilegner sig og vedligeholder kompetencer i grunduddannelsen og autorisationen og ved relevant efter-

¹² Dallos, R og Stedmon. J (red) (2009): Reflection in Psychotherapy and Counselling Maidenhead/NY: Open University Press

/videreuddannelse. Efterhånden som psykologer i praksissektoren – og psykologer generelt – leverer sundhedsydelse i tæt sammenhæng med sundhedsvæsenet i øvrigt, vil det være nærliggende at analysere behovet for ændring af disse forudsætninger nærmere.

I overenskomsten er der afsat midler til efteruddannelse. Regionerne afsatte således, i 2011 og 2012, ”0,09 kr. per indbygger til lokal anvendelse af efteruddannelseskarakter”. Af overenskomsten fremgår endvidere, at parterne er enige om, at ”det er vigtigt, at psykologer, som praktiserer under overenskomsten, deltager i regionale efteruddannelsesaktiviteter”, og at det ligeledes er vigtigt, at ”psykologer i relevant omfang deltager i supervision”. Der stilles ikke krav til omfanget af supervision eller til indholdet af kurserne. Ligeledes er der ingen sanktionsmuligheder for de psykologer, der ikke deltager i efteruddannelse eller modtager supervision.

Også i moderniseringsudvalgets rapport er der fokus på kvalitetssikring og relevant efteruddannelse. Der er her fokus på konkretisering af psykologens kliniske ekspertise samt på at forbedre efter- og videreuddannelsen.

Regionerne tilbyder med baggrund i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse¹³ fireårige specialuddannelser i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Specialuddannelserne har til formål, at psykologen gennem en psykologfaglig videreuddannelse på videnskabeligt grundlag, opnår teoretisk viden og praktiske færdigheder inden for sundhedssektoren i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatri eller psykiatri. Der udbydes ikke en specialuddannelse målrettet praksissektoren.

Psykologforeningen udbyder en række tre-årige specialistuddannelser, som er en videreuddannelse inden for klinisk psykologi. Specialistuddannelse kan ske inden for voksenområdet eller børneområdet. Derudover udbyder psykologforeningen kurser, der kan indgå som led i en specialistuddannelse og/eller er en mulighed for at erhverve sig viden inden for et specifikt område. Endvidere udbyder regioner og private aktører jævnligt efteruddannelseskurser, der kan godkendes af psykologforeningen som led i specialistuddannelsen.

Efteruddannelsesaktiviteter og kompetenceudvikling til praktiserende psykologer bør tilrettelægges, så kompetencer i almen klinisk psykologi udvikles og vedligeholdes, herunder at sikre løbende opdatering af psykologerne i forhold til den nyeste forskningsbaserede viden om psykologbehandling til målgrupperne for ordningen. På sigt kan det være relevant at udvikle en formaliseret efteruddannelse i almen klinisk psykologi målrettet psykologer i praksis. En sådan uddannelse kan - udover at forbedre de kliniske kompetencer - også inddrage organisatoriske kompetencer i forhold til samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

¹³ Bekendtgørelse nr. 1303 af 25/11/2010 om specialuddannelse af psykologer i børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri

5.5

KONKLUSION

Med baggrund i ovenstående er det således Sundhedsstyrelsens vurdering:

- Tilskudsordningen til psykologbehandling er en generalistordning, hvor psykologerne har kompetencer i forhold til almen klinisk psykologi og derfor kan varetage indsatser til den samlede målgruppe. Hermed sikres et psykologtilbud til personer med almindelige psykiske lidelser og problemstillinger.
- Praktiserende psykologer med ydernummer skal være autoriserede af Psykolognævnet, som er forankret i Social- og Indenrigsministeriet. I takt med at psykologer i stigende grad arbejder inden for sundhedsvæsenet, kan det være relevant at undersøge om de rette autorisations- og tilsynsforhold gør sig gældende.
- Den enkelte psykolog bør have et tilstrækkeligt patientgrundlag til at vedligeholde og udvikle generelle og specifikke kompetencer i forhold til behandling af målgruppen. Hensigtsmæssigt bør tilskudsordningen omfatte psykologer, hvor opgaver inden for ordningen er deres hovedbeskæftigelse. Herved sikres de bedste betingelser for udvikling af både kliniske og organisatoriske kompetencer i forhold til målgruppen.
- Efteruddannelsesaktiviteter til praktiserende psykologer bør have fokus på at udvikle og vedligeholde kompetencer i almen klinisk psykologi, herunder at sikre en opdatering i forhold til den nyeste forskningsbaserede viden om psykologbehandling til målgrupperne for ordningen. På sigt kan det være relevant at udvikle en formaliseret specialuddannelse i almen klinisk psykologi målrettet psykologer i praksis.

6

KVALITETSSIKRING OG -UDVIKLING

I dette kapitel beskrives forskellige tiltag, som kan bidrage til at sikre og udvikle kvaliteten af psykologordningen. Formålet hermed er at sikre og udvikle en ensartet høj kvalitet af psykologernes tilbud i praksissektoren.

6.1

MONITORERING OG DATAOPSAMLING

I den nuværende tilskudsordning dokumenterer den enkelte psykolog behandlingsforløbet i journalen, men anvendelse af monitoreringsværktøjer anvendes ikke systematisk, og data opsamles ikke.

Løbende monitorering af de individuelle behandlingsforløb kan medvirke til, at en progression i behandlingen sikres, og kan endvidere anvendes i forbindelse med en systematisk kvalitetssikringsindsats. Samtidig kan monitorering af henvisningspraksis hjælpe til at tydeliggøre henvisningsårsagerne og valget af interventioner. Der er indikationer på, at succesen med IAPT blandt andet skyldes den løbende monitorering af forløb.

Monitorering af psykologbehandling kan finde sted på forskellig vis. Der kan i den individuelle terapi løbende foretages rating ud fra selvrapporteringskemaer, hvor personen rater sine symptomer ud fra et valideret instrument¹⁴. Monitoreringen i IAPT foregår blandt andet ved, at der anvendes kliniske ratingscales efter hver session, der måler symptomerne, hvilket indgår konkret i behandlingen og i supervisionen. Data registreres elektronisk, hvilket faciliterer en central registrering og muliggør en ensartet behandling for alle¹⁵.

Dataopsamling kan hensigtsmæssigt indgå mere systematisk som led i kvalitetssikring. Fra de øvrige praksisområder i Danmark er der god erfaring med udarbejdelse af kvalitetsindikatorer og dataopsamling med henblik på at give sundhedspersonen feedback i forhold til deres eget arbejde med kvalitet af deres behandling. Det kan i den forbindelse være hensigtsmæssigt at samle kvalitetsindikatorer i en kvalitetsdatabase.

¹⁴ Fx. Hamilton eller Beck skalaer om angst og depression.

¹⁵ **The IAPT Data Handbook** - Guidance on recording and monitoring outcomes to support local evidence-based practice Version 2.0.1 June 2011. Link: <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-data-handbook-v2.pdf>

Forskningsenheden for Almen Praksis ved Århus Universitet har udviklet det web-baserede monitoreringssystem - "Sundhedsmappen.dk" - til måling af depression og angst. Erfaringerne er, at det er et godt værktøj til at monitorere både psykologbehandling og henvisningspraksis¹⁶. I "Sundhedsmappen.dk" kan data sammenkøres med kliniske databaser og med sygesikringsregisteret, hvilket åbner for omfattende kvalitetssikring. I den foreløbige version af systemet blev det fundet, at "det er sandsynligt, at efterlevelsen af kriterierne for henvisning og behandling af patienter med let til moderat angst og depression vil kunne højnes, hvis samarbejdet mellem alment praktiserende læger og psykologer blev forbedret"¹⁷. Den fortsatte drift og videreudvikling af systemet er i dag overgået til Den almenmedicinske kvalitetsenhed (DAK-E).

Der kan hensigtsmæssigt indledes et udredningsarbejde i forhold til, hvordan monitorering kan ledsage behandlingstilbuddet som led i en kvalitetssikring. Der bør her være fokus på effekt af behandlingen og henvisningspraksis som led i en stepped care tankegang. Derudover på samarbejdet mellem praktiserende psykologer, almen praksis og øvrige aktører i forhold til sammenhæng og opfølgning på psykologbehandling.

Der vil være en række omkostninger forbundet med at implementere en systematisk monitorering. Det vurderes imidlertid, at det vil give større mulighed for at udvikle ordningen og styre den økonomisk, ligesom det vil give en bedre kvalitet af behandlingsindsatsen.

6.2

FAGLIGE RETNINGSLINJER

Faglige retningslinjer er systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner. Faglige retningslinjer tager oftest udgangspunkt i en konkret patientgruppe eller en problemstilling og beskriver relevante metoder til udredning, behandling og opfølgning på indsatsen. Retningslinjerne er baseret på evidens, og formålet er at understøtte kvaliteten i behandlingen samt at sikre en ensartet kvalitet hos fagpersonerne.

Psykologforeningen har udviklet en række faglige retningslinjer for evidensbaseret psykologisk praksis¹⁸, der beskriver relevante metoder til udredning, behandling og opfølgning på indsatsen. Retningslinjerne kan anvendes i kvalitetssikringen af psykologens arbejde.

Faglige retningslinjer kan hensigtsmæssigt udarbejdes af faglige selskaber, og bør løbende revideres i takt med ny forskning. Der kan derfor hensigtsmæssigt indledes et arbejde med relevante psykologfaglige selskaber under psykologforeningen om

¹⁶ Christensen KS, Mortensen M, Beyer H, Vedsted P, Vestergaard M. Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling: Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 2014

¹⁷ Christensen KS, Mortensen M, Beyer H, Vedsted P, Vestergaard M. Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling: Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 2014, side 19.

¹⁸ <http://www.dp.dk/retningslinjer-for-evidensbaseret-psykologisk-praksis/>

udarbejdelse af faglige retningslinjer i forhold til almen klinisk psykologisk behandling til målgruppen.

6.3 SYSTEMATISK KVALITETSUDVIKLING

I overenskomsten om psykologhjælp fra 2011 blev parterne enige om at rette henvendelse til Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) med henblik på at afklare, hvordan Den Danske Kvalitetsmodel kan indarbejdes på psykologområdet.

I moderniseringsrapporten blev det ligeledes anbefalet "at parterne iværksætter et projekt til afklaring af, hvorledes man meningsfuldt kan arbejde med dokumentation, monitorering og feedback af arbejdet i praksis til både psykologer og regioner med henblik på at udarbejde en udgave af Den Danske Kvalitetsmodel tilpasset psykologpraksis".

Der kan hensigtsmæssigt ske en vurdering af, om der kan udarbejdes en sådan udgave af Den Danske Kvalitetsmodel tilpasset psykologpraksis, eller om der er en anden relevant ramme for systematisk kvalitetsudvikling.

6.4 KONKLUSION

Med baggrund i ovenstående er det Sundhedsstyrelsens vurdering:

- En række forskellige tiltag kan bidrage til at sikre og udvikle kvaliteten af psykologordningen, således at der sikres og udvikles en ensartet høj kvalitet af psykologernes tilbud.
- Det er positivt, at der nu er etableret et monitoreringssystem for depression og angst. Dette vil i fremtiden være med til at frembringe data, så det enkelte forløb kan vurderes. Monitoreringssystemet kan hensigtsmæssigt udvides til også at omfatte resten af målgrupperne.
- Der kan hensigtsmæssigt indledes et udredningsarbejde i forhold til, hvordan monitorering kan ledsage behandlingstilbuddet som led i en kvalitetssikring. Der bør her være fokus på effekt af behandlingen og henvisningspraksis som led i en stepped care tankegang. Derudover på samarbejdet mellem praktiserende psykologer, almen praksis og øvrige aktører i forhold til sammenhæng og opfølgning på psykologbehandlingen. Der vil være en række omkostninger forbundet med at implementere en systematisk monitorering. Det vurderes imidlertid, at det vil give større mulighed for at udvikle ordningen og styre den økonomisk, ligesom det vil give en bedre kvalitet af behandlingsindsatsen.
- Faglige retningslinjer kan hensigtsmæssigt udarbejdes af faglige selskaber, og bør løbende revideres i takt med ny forskning. Der kan derfor hensigtsmæssigt indledes et arbejde med relevante psykologfaglige selskaber under psykologforeningen om udarbejdelse af faglige retningslinjer i forhold til almen klinisk psykologisk behandling til målgruppen.

- Det kan vurderes, om der kan udarbejdes en udgave af Den Danske Kvalitetsmodel tilpasset psykologpraksis, eller om der er en anden mere relevant ramme for systematisk kvalitetsudvikling.

7

TILBUDETS OMFANG

I dette kapitel beskrives overvejelser vedrørende tilbuddets omfang og evidensen af dette.

7.1

DEN NUVÆRENDE ORDNING

Psykologbehandling i praksissektoren er målrettet personer, hvor der er indikation for korttidsbehandling¹⁹, mens længerevarende behandlingsforløb som udgangspunkt varetages i psykiatrisk regi.

Tilskudsordningen giver i dag mulighed for 12 konsultationer hos psykolog. For personer med angst og depression er der derudover mulighed for genhenvisning til yderligere 12 konsultationer. I disse tilfælde skriver psykologen en vurdering af behovet for genhenvisning i epikrisen, og personen opfordres til at kontakte den praktiserende læge, som herefter tager stilling til indikationen for genhenvisning.

Evalueringen af psykologordningen fra 2010 viser, at det gennemsnitlige antal konsultationer for personer henvist med depression var 8,9 i 2009. Denne undersøgelse præsenterer forløb, der strækker sig ud over kalenderåret og udtrykker antallet af ydelser pr. patient i et givent forløb. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har derudover i april 2015 gennemført nye opgørelser, som viser, at langt fra alle brugere af ordningen brugte alle 12 konsultationer, men at der er en forholdsvis høj procentdel, der brugte alle 12 konsultationer (se bilag 4).

Der kan være forskellige grunde til, at ikke alle personer, der henvises, bruger 12 konsultationer. Nogle personer må formodes at få det så meget bedre efter få konsultationer, at de vælger at afslutte behandlingen. For andre handler det måske om dårlig kemi med psykologen, eller at de ikke oplever at få noget ud af behandlingen. Denne problematik nævnes i Implement og KORA's rapport i interviews med brugerne af ordningen. Egenbetalingen kan også tænkes at spille ind på den måde, at hvis personer får det bedre hurtigt eller omvendt ikke oplever, at det hjælper nok, afsluttes behandlingen før det maksimale antal konsultationer er opbrugt.

¹⁹ Korttidsbehandling defineres normalt som forløb på op til 25 sessioner

Et psykologisk behandlingsforløb vil typisk omfatte en række elementer. Den terminologi, der anvendes, og hvilke aspekter af terapien der betones hvornår, varierer de forskellige terapeutiske retninger imellem, ligesom de teoretiske begrundelser for interventioner kan variere.

Et normalt psykoterapiforløb indledes med en "kortlægning" (nogle gange omtalt som assessment) af personens problemer, disses omfang og sværhedsgrad. Her udforskes måske også andre aspekter af personens liv. Sideløbende vil psykologen fra starten søge at skabe en god alliance med personen, da denne regnes for en central forudsætning for at kunne skabe terapeutiske fremskridt. I de indledende faser kan der derudover foretages interventioner med henblik på lindring, hvilket fortsætter i terapiens videre forløb. På et tidspunkt i forløbet kan fokus ændres fra interventioner på symptomniveau til at omfatte mere dybereliggende psykiske problematikker i det omfang, disse relaterer sig til den aktuelle problematik. Afslutningsvis vil der i psykologisk behandling indgå en form for afrunding og for tilbagefaldsforebyggelse, så personen i fremtiden ikke falder tilbage i den samme psykologiske problematik. Der kan ligeledes aftales en opfølgende samtale - eller en "booster session" - typisk 1- 3 måneder efter, at forløbet er afsluttet. Formålet med denne er at sikre, at personen fortsat er på rette vej og eventuelt minde om de ting, der er opnået i terapiforløbet.

7.2

ANTALLET AF KONSULTATIONER

Der er ikke konsensus om, hvor mange konsultationer der er påkrævet, for at psykologbehandling kan siges at virke. Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelser hos voksne (2007) angiver, at angstlidelser kan behandles effektivt med korttidsbehandling, og estimerer, at socialfobi kræver mellem 12-15 sessioner, OCD mindst 10 sessioner og panikangst 7-14.

Længden af depressionsbehandling afhænger i høj grad af sværhedsgraden. Antal af sessioner, som er nødvendige for at opnå effekt, afhænger således ikke bare af diagnosen, men også af sværhedsgraden, graden af komorbiditet og borgernes personlige ressourcer og netværk, samt hvilket mål der opstilles i behandlingen. Behandlingsforløb kan ydermere påvirkes af andre ting, som fx udefra kommende hændelser (eksempelvis dødsfald i personens familie).

Terapiforløb er derudover meget forskelligartede. Personers problematikker - også inden for samme diagnose - er meget varierede og de responderer forskelligt. Derudover betoner de forskellige terapiretninger forskellige aspekter af behandlingen.

Siden 1980'erne er der foretaget en række videnskabelige dosis-effekt-undersøgelser af, hvor mange sessioner der er nødvendige for at skabe klinisk signifikante forbedringer for hovedparten af klienterne. De metodologisk set stærkeste af disse undersøgelser har vist, at det i gennemsnit kræver 12,7 sessioner at flytte mellem 58 % og 67 % af klienterne klinisk signifikant (Hansen et al, 2002). Terapeutiske forløb kan dog påvirkes af forskellige faktorer, der kan påvirke længden, fx. hændelser i klientens liv og terapeut-klient relationen. Der er generel enighed om, at korttidsbehandling har en væsentlig effekt på flertallet, og at personer, som ikke bliver hjulpet af korttidsbehandling, er belastede af komplekse psykiske lidelser.

Der findes derudover videnskabelige effektstudier, der dokumenterer, at specifikke lidelser kan behandles med mindre end 12 sessioner. Blandt andet er der forskningsresultater, der viser, at mildere former for depression har effekt efter 6-10 sessioner med kognitiv adfærdsterapi, mens sværere tilfælde kræver mere behandling og eventuelt også medicinsk behandling. For angst er der ligeledes studier, der dokumenterer, at kognitiv adfærdsterapi i mindre end 12 sessioner for panikangst, enkeltfobier og social fobi har en signifikant behandlingsmæssig effekt.

De nuværende 12 konsultationer på en henvisning vil således være tilstrækkelige for en stor del af de personer, der henvises til psykologbehandling, og nogle vil kunne klare sig med mindre. De fleste personer stopper behandlingen, når de har opnået den lindring, de oplever, er tilstrækkelig (Barkham et al 2006). Nogle personer, der allerede har fået det bedre før 12 konsultationer, vil dog udnytte henvisningen fuldt ud.

Det kunne overvejes at reducere antallet af konsultationer på en henvisning til 10. For nogle personer vil dette være nok til at opnå effekt af behandlingen, men for andre vil 10 konsultationer ikke være tilstrækkelig. Alt andet lige vil et færre antal konsultationer betyde, at der er mindre tid til at gennemføre de forskellige faser af behandlingen. En konsekvens af en reduktion kan derfor være en favorisering af personer med milde symptomer på bekostning af personer, der har sværere symptomer.

Baseret på den opridsede psykoterapiforskning vil det ikke være hensigtsmæssigt at reducere antallet yderligere til fx 8.

7.3

GENHENVISNING

Der findes ingen undersøgelser – endsige meta-analyser - der udelukkende ser på effekt og antal af genhenvisninger. Baseret på studier, som dem beskrevet ovenfor, er der patienter med angst og depression, der vil have brug for mere end 10-12 konsultationer til at opnå den ønskede effekt, og som med et mindre antal ekstra konsultationer vil profitere optimalt af behandlingen og undgå tilbagefald. Det er svært at sige præcis, hvor mange ekstra konsultationer, der er brug for grundet variationen i terapiforløbene, og grundet det, at mange patienter afslutter behandlingen, når de føler, at de opnår tilstrækkelig lindring (Barham et al 2006). Hansen et al's meta-analyser viser dog, at over 60 % vil profitere af 13 sessioner. Det kan derfor formodes, at et mindre antal konsultationer end 12 i en genhenvisning vil være tilstrækkeligt for mange patienter. Omvendt vil der være en del patienter, der kræver mange psykologsamtaler, og hvor ovenstående meta-analyser viser, at det kræver mere end 25 konsultationer. Personer, der har behov for længerevarende psykoterapiforløb, vil dog formentlig blive varetaget bedst i psykiatrisk regi.

Personer, der ikke har haft effekt af de første 10-12 konsultationer, vil formentlig heller ikke have effekt af yderligere behandling i psykologpraksis, hvorfor det ikke giver mening at genhenvise disse. For nogle af disse personer vil der være indikation for mere specialiseret behandling i tråd med stepped care-princippet, for andre en helt anden behandlingsform.

Det vurderes relevant, at genhenvisning er en mulighed for personer med angst og depression, hvor behandlingen har haft effekt, men hvor der er brug for flere konsultationer for at færdiggøre behandlingen. Det kan dog overvejes at reducere antallet af konsultationer ved genhenvisning til fx 6 set i lyset af, at personer med behov for længerevarende terapiforløb bør varetages i den regionale psykiatri.

7.4

KONKLUSION

Med baggrund i ovenstående er det Sundhedsstyrelsens vurdering:

- Psykologbehandling i praksissektoren er som udgangspunkt et tilbud om korttidsbehandling²⁰.
- I den nuværende ordning giver en henvisning mulighed for 12 konsultationer. Personer med angst og depression kan gives yderligere 12 konsultationer, hvis det vurderes, at de kan profitere af yderligere psykologbehandling. Personer med depression får i gennemsnit 8,9 konsultationer.
- Resultaterne fra psykoterapiforskning kan ikke entydigt pege på, hvor mange konsultationer, som patienter med forskellige typer af psykiske lidelser har brug for, for at opnå den ønskede effekt - hverken for angst, depression eller for andre psykiske lidelser. Nogle undersøgelser viser, at det kræver i gennemsnit 12,7 sessioner for at få signifikante resultater af behandlingen. Andre undersøgelser viser, at for enkelte sygdomme fx lette former for depression vil 6-10 sessioner være tilstrækkeligt.
- Antallet af konsultationer i den nuværende ordning er tilstrækkeligt for de fleste personer med en psykisk lidelse, men nogle har brug for flere konsultationer for at få en blivende positiv effekt af behandlingen.
- Det kunne overvejes at reducere antallet af konsultationer på en henvisning til 10. Det må dog antages, at for nogle personer vil 10 konsultationer ikke være tilstrækkelig til at opnå effekt af behandlingen, hvorfor flere formentlig vil have brug for genhenvisning. Det er ikke muligt præcist at vurdere, hvad dette vil betyde for antallet af genhenvisninger.
- Genhenvisning bør fortsat være en mulighed for personer med angst og depression, hvor behandlingen har haft effekt, men hvor der er brug for yderligere konsultationer for at færdiggøre behandlingen. Det kan dog overvejes at reducere antallet af konsultationer ved genhenvisning til fx 6 set i lyset af, at personer med brug for længerevarende terapiforløb bør varetages i den regionale psykiatri.

²⁰ Korttidsbehandling defineres normalt som behandlingsforløb på op til 25 konsultationer

8

ADGANG TIL PSYKOLOGBEHANDLING

Afgrænsning af de persongrupper, som er omfattet af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren, kan ske efter forskellige principper. I den nuværende ordning afgrænses persongruppen med baggrund dels i en række hændelser/livsbegivenheder, dels i diagnoser. Derudover indgår alder som kriterie.

I dette kapitel drøftes forskellige principper for at afgrænse adgangen til tilskudsordningen. Drøftelserne tager udgangspunkt i, at tilskudsordningen er forankret i sundhedsloven, og at tilbuddet omfatter almen klinisk psykologi.

8.1

ALVORLIGE LIVSBEGIVENHEDER

Alvorlige livsbegivenheder forstås i denne sammenhæng som oplevelser, hvor der er en øget risiko for, at personen udvikler alvorlige psykiske patologiske reaktioner, som kan påvirke deres samlede funktionsevne.

Henvisningsårsagerne 1-9 i den nuværende tilskudsordning omfatter en række sådanne specifikke hændelser/livsbegivenheder. Formålet med at tilbyde psykologbehandling til disse målgrupper har hidtil været at sikre en tidlig indsats med henblik på at forebygge udvikling af en mere alvorlig psykisk lidelse.

Langt de fleste personer, der oplever alvorlige livsbegivenheder, vil kunne håndtere situationen uden professionel bistand fra en psykolog. Nogle udvikler imidlertid en psykisk patologisk reaktion, hvor der er behov for en professionel indsats. En sådan reaktion afhænger dels af alvorligheden af livsbegivenheden, dels af personens evne til at håndtere voldsomme livsbegivenheder m.m.

De aktuelle ni henvisningsårsager er ikke dækkende for de persongrupper, som kan udvikle alvorlige belastningsreaktioner på baggrund i en alvorlig livsbegivenhed. Også andre livsbegivenheder kan resultere i psykisk patologiske reaktioner. Dette er fx tilfældet for personer med krigstraumer. Dette er dog en målgruppe, der har mere komplekse problemstillinger end, hvad der kan behandles i psykologpraksis.

Det vurderes fortsat relevant at anvende alvorlige livsbegivenheder som en afgrænsning af adgangen til tilskudsordningen. Der bør dog indføres et krav om, at personen skal have udviklet en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne inden henvisning, se nedenfor.

8.2

DIAGNOSER

Diagnoser anvendes i den nuværende tilskudsordning til at afgrænse gruppen af patienter med let til moderat depression og med visse angstlidelser, som er omfattet af ordningen.

Diagnoser er beskrivelser af sygdomsbilleder, der afgrænser de forskellige sygdomme i forhold til hinanden. For psykiske lidelser foreligger diagnostiske kriterier, herunder beskrivelse af de symptomer som personen skal have. Konkrete symptomer kan indgå i flere diagnoser. Diagnosen giver ikke en forklaring på tilstanden, og risikofaktorer som fx stress kan resultere i forskellige psykiske og somatiske lidelser. Endelig er der også en stor grad af komorbiditet, således at nogle personer med psykiske lidelser opfylder kravene til flere diagnoser. Diagnoser bruges oftest også i forbindelse med dokumentation, og megen forskning tager udgangspunkt i diagnoseafgrænsede grupper.

Afgrænsning af målgrupper med udgangspunkt i diagnoser anvendes også i stor grad i forbindelse med planlægning af sundhedsvæsenets indsats. Forløbsprogrammer, visitationsretningslinjer, m.fl. er således oftest afgrænset til diagnosegrupper.

Det vurderes relevant fortsat at anvende diagnoser til at afgrænse grupper af personer med psykiske lidelser, som er omfattet af tilskudsordningen. På nuværende tidspunkt er personer med angst og depression omfattet. Andre diagnosegrupper kan omfattes af ordningen, hvis der er evidens for psykologbehandling til målgruppen, og hvis det som led i den generelle indsats for målgruppen vurderes relevant at tilbyde psykologbehandling i praksissektoren.

Derudover bør planlægningen af indsatsen ske ud fra en stepped care-model (se afsnit 4.4), hvor det for hver enkelt diagnosegruppe afgøres, hvilken sværhedsgrad af sygdommen der omfattes af ordningen om psykologbehandling.

8.3

SUNDHEDSFAGLIG INDIKATION

Det bør præciseres, at der skal være sundhedsfaglig indikation for psykologbehandling. Hermed præciseres det, at ordningen målrettes personer med bestemte psykiske lidelser og/eller psykisk patologiske reaktioner, hvor psykologbehandling i praksissektoren er det rette tilbud.

Læger, som henviser til tilskudsordningen, bør således inden henvisning vurdere, om der er sundhedsfaglig indikation for psykologbehandling med udgangspunkt i en helhedsvurdering af personen og dennes ressourcer, personlighedsmæssige vanskeligheder, motivation, samt symptomernes sværhedsgrad og kontekst. Derudover inddrages en vurdering af, om psykologbehandling i praksissektoren er det rette tilbud. Endelig skal der indgå en vurdering af, om personen er omfattet af målgrupperne for tilskudsordningen

Psykologer, der modtager henvisning til psykologbehandling, bør på samme måde vurdere, om der er sundhedsfaglig indikation for psykologbehandling og om psykologbehandling i praksissektoren er det rette tilbud, samt om personen er omfattet af ordningen. Hvis dette ikke er tilfældet, bør personen afvises.

8.4

PSYKISK PATOLOGISK REAKTION OG NEDSAT FUNKTIONSEVNE

Personer, som har oplevet en af de ni alvorlige livsbegivenheder, som er beskrevet i henvisningsårsag 1-9 (se også afsnit 1.1), har i den nuværende ordning ret til henvisning til psykologbehandling inden for de første 6(12) måneder efter hændelsen. I bekendtgørelsen stilles der ikke yderligere krav, herunder krav om nedsat funktionsevne. I overenskomsten med psykologerne er det dog fastlagt, at tilbuddet omfatter personer, som får psykiske problemer med baggrund i en af de ni henvisningsårsager.

Der er ikke evidens for en forebyggende effekt af psykologbehandling til personer, som har oplevet en alvorlig livsbegivenhed, men som ikke har udviklet psykisk patologisk reaktion på dette. Der er derimod evidens for psykologbehandling til personer, som har udviklet en psykisk patologisk reaktion med baggrund i en alvorlig livsbegivenhed.

Ved voldsomme hændelser - eller ved belastninger over tid - kan der opstå psykiske patologiske reaktioner, der ikke går over af sig selv, men som medfører funktionsevnenedsættelse, herunder aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger i hverdagen samt reduktion af livskvalitet. Funktionsevne forstås i denne sammenhæng som personens evne til at fungere i de sammenhænge, som vedkommende er en del af. Det vil være forskelligt fra person til person, hvor meget en reaktion på en konkret livsbegivenhed påvirker funktionsevnen.

De oftest optrædende psykisk patologiske reaktioner på alvorlige livsbegivenheder er akut belastningsreaktion, posttraumatisk stress belastning (PTSD) og tilpasningsreaktion. Disse tre tilstande har alle en ICD-10 diagnose og dertil knyttede diagnosekriterier. En akut belastningsreaktion er som udgangspunkt forbigående, men personer med akut belastningsreaktion kan gennemgå en progressiv forværring og ende med at udvise symptomer på PTSD i form af fx voldsom angst og flashbacks. Der er evidens for, at tilstanden kan afhjælpes ved psykologbehandling, der også kan forebygge, at tilstanden forværres.²¹

En afgrænsning af adgangen til tilskudsordningen til personer, som med baggrund i en alvorlig livsbegivenhed har udviklet en psykisk patologisk reaktion og samtidig nedsat funktionsevne, vil således medføre, at ordningen afgrænses til personer, hvor der er sundhedsfaglig indikation for psykologbehandling, og hvor der er evidens for, at behandlingen kan forebygge udvikling af mere alvorlig psykopatologi.

Det vurderes, at tilskudsordningen for personer, der har oplevet alvorlige livsbegivenheder (henvisningsårsag 1-9), hensigtsmæssigt kan afgrænses til de personer, som på baggrund heraf har udviklet en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne.

²¹ Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S. and Richards, D (2007): Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Psychiatry* (2007) 190: 97-104

8.5

SVÆRHEDSGRAD AF EN PSYKISK LIDELSE

Diagnosen i sig selv siger ikke noget om sværhedsgraden af sygdommen, og om behandling af en person med en psykisk lidelse vil kunne varetages i psykologpraksis, eller om der er indikation for et andet tilbud.

I bekendtgørelsen og i de faglige retningslinjer for henvisning til tilskudsordningen opdeles sværhedsgraden af henholdsvis angst og depression i let, moderat og svær. Der tages således udgangspunkt i, at let til moderat depression og angst kan varetages i psykologpraksis, mens svær depression og angst varetages i psykiatrien.

Det vil altid være begrundet i en konkret faglig vurdering, om en person med en konkret psykisk lidelse kan varetages i praksissektoren. Vurderingen skal dog samtidig ses ud fra den organisering af indsatsen til målgruppen, som er fastlagt i forløbsprogrammer, visitationsretningslinjer m.fl.

Psykologbehandling i praksissektoren bør som udgangspunkt være målrettet personer med lette til moderate psykiske lidelser. Den konkrete organisering af indsatsen til målgruppen kan hensigtsmæssigt fastlægges i visitationsretningslinjer, forløbsprogrammer m.m. med baggrund i en stepped care-model.

8.6

ALDER

Psykiske reaktioner og psykiske lidelser kan opstå i alle aldersgrupper.

Den nuværende tilskudsordning er primært målrettet voksne, men for personer med angst er den afgrænset til personer op til 38 år. Der er som udgangspunkt ikke en sundhedsfaglig begrundelse for at afgrænse tilskudsordningen til særlige aldersgrupper. Det må således formodes, at alle praktiserende psykologer har kompetencer til at varetage behandling af voksne i alle aldre med psykiske lidelser.

Psykologbehandling til børn og unge kræver dog særlige kompetencer hos psykologen, ligesom der i højere grad er behov for et tværfagligt samarbejde.

8.7

REVISION AF FAGLIGE RETNINGSLINJER FOR HENVISNING TIL PSYKOLOGBEHANDLING

Sundhedsstyrelsen har i 2012 udarbejdet faglige retningslinjer for henvisning til psykologbehandling for personer med depression og angst. Der foreligger ikke tilsvarende for henvisning af personer, som henvises med baggrund i en alvorlige livsbegivenhed.

De to evalueringer fra Forskningsenheden for almen praksis i Aarhus peger på, at det er vanskeligt for lægerne at anvende denne visitationsretningslinje. Samtidig peges der ovenfor på en række justeringer i adgangen til tilskudsordningen.

Der kan derfor hensigtsmæssigt ske en revision af den faglige henvisningsretningslinje.

8.8

KONKLUSION

Med baggrund i ovenstående er det Sundhedsstyrelsens vurdering:

- Det findes hensigtsmæssigt, at adgangen til tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren også fremadrettet afgrænses ved, dels en række alvorlige livsbegivenheder, dels diagnoser.
- Adgangen til tilskudsordningen for personer, der har oplevet alvorlige livsbegivenheder (henviseingsårsag 1-9), kan hensigtsmæssigt afgrænses til de personer, som har udviklet en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne. De hyppigste psykiske patologiske reaktioner er akut belastningsreaktion, posttraumatisk stress belastning eller tilpasningsreaktion.
- Adgangen til tilskudsordningen for personer med psykiske lidelser (depression og angst) bør som udgangspunkt være målrettet personer med lette til moderate psykiske lidelser. Den konkrete organisering af indsatsen til målgruppen bør tage udgangspunkt i en stepped care-model med vurdering af sværhedsgraden af lidelsen. Denne kan hensigtsmæssigt fastlægges i visitationsretningslinjer, forløbsprogrammer m.fl.
- Det bør præciseres, at der skal være sundhedsfaglig indikation for psykologbehandling. Hermed præciseres det, at ordningen målrettes personer med bestemte psykiske lidelser og/eller psykisk patologiske reaktioner, hvor psykologbehandling i praksissektoren er det rette tilbud.
- Der er som udgangspunkt ikke en sundhedsfaglig begrundelse for at afgrænse tilskudsordningen for personer med angst til særlige aldersgrupper.
- For at sikre implementeringen af eventuelle justeringer i adgangen til tilskudsordningen bør den faglige retningslinje for henvisning til psykologbehandling i praksissektoren revideres.

9

MÅLGRUPPER VEDRØRENDE ALVORLIGE LIVSBEGIVENHEDER

I dette kapitel beskrives en række overvejelser i forhold til justering af adgangen til tilskudsordningen for personer, som har reaktioner på alvorlige livsbegivenheder. Denne målgruppe er i dag omfattet af ordningen i henhold til henvisningsårsag 1-9. Der tages udgangspunkt i anbefalingen i forrige kapitel om, at henvisning med baggrund i en alvorlig livsbegivenhed afgrænses til personer, som har udviklet en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne.

9.1

DE NUVÆRENDE HENVISNINGSÅRSAGER 1-9

Henvisningsårsagerne 1-9 omfatter alvorlige livsbegivenheder, hvor der er en risiko for, at personen efterfølgende udvikler alvorlige psykisk patologiske reaktioner. De forskellige henvisningsårsager er blevet omfattet af ordningen af flere omgange med baggrund i konkrete politiske beslutninger. En vurdering af, om disse henvisningsårsager fortsat bør være omfattet af ordningen, kan hensigtsmæssigt tage udgangspunkt i, om persongruppen kan varetages i et monofagligt tilbud om psykologbehandling på generalistniveau, eller om der er indikation for en mere specialiseret og/eller tværfaglig behandlingsindsats.

Implement og KORA's rapport nævner - på baggrund af interviews med psykologer inden for ordningen - tre henvisningsårsager som værende for komplicerede til at blive behandlet hos praktiserende psykologer. Disse tre henvisningsårsager er 1) personer, der har været ofre for røveri, vold eller voldtægt, 2) personer, der har forsøgt selvmord, og 3) personer, der inden de er fyldt 18 år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb.

Rapporten kortlægger også offentlige tilbud til målgrupperne i de eksisterende henvisningsårsager 1-9. Resultatet af denne kortlægning viser, at der for disse tre henvisningsårsager eksisterer regionale tilbud. For de andre seks henvisningsårsager er der ikke identificeret regionale tilbud. I dette afsnit diskuteres derfor, hvorvidt de identificerede offentlige tilbud til disse tre henvisningsårsager kan erstatte tilbuddet hos praktiserende psykologer.

9.1.1

Personer, der har forsøgt selvmord

Antallet af personer, der har modtaget psykologbehandling inden for tilskudsordningen efter at have forsøgt selvmord, er faldet fra ca. 1.530 personer i 2004 til ca. 730 personer i 2013.²²

Ikke-psykotiske selvmordsoverlevende vil kunne profitere af individuelle psykologsamtaler. Dog skal der ifølge mange retningslinjer kunne tilbydes to ugentlige samtaler, hurtig behandling og opfølgningssamtaler efter afsluttet forløb. Vigtigheden af, at der er mulighed for psykologbehandling efter selvmordsforsøg, understreges også af en ny dansk undersøgelse, der viser, at samtaleterapi forebygger fornyet selvmordsforsøg.²³

Udover tilbuddet om psykologbehandling i praksissektoren, så er der i alle regioner i sygehusvæsenets regi etableret en specialfunktion for selvmordsforebyggelse med den specifikke opgave hurtigt at yde relevant individuel støtte til selvmordstruede, og hvor der er åbent for selvhenvendende. Målgrupperne for centrene er som udgangspunkt personer, som har forsøgt selvmord eller er selvmordstruede, men som ikke tilhører psykiatriens kernegruppe dvs. at de ikke har en psykiatrisk lidelse eller kun en lettere psykisk lidelse. Centrene har som servicemål at yde rådgivning inden for fem dage.

Det vurderes, at psykologbehandling af personer, der har forsøgt selvmord, som udgangspunkt bør foregå på de regionale centre. Personer med selvmordstanker vil ofte have en depression som årsag til disse og vil kunne henvises til psykologbehandling med baggrund i denne diagnose. Det vil dog altid bero på en konkret lægefaglig vurdering i det enkelte tilfælde, om personen vil kunne behandles i praksissektoren.

9.1.2

Personer, der har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb i barndommen

Antallet af personer, der har modtaget psykologbehandling inden for tilskudsordningen efter at have været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb i barndommen, er steget fra 594 i 2005 til 1.568 i 2013.²⁴

Incest og seksuelle overgreb i barndommen kan skabe en lang række psykologiske vanskeligheder, der kan vise sig som angst, depression, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser m.fl.. Dette kan skabe grundlæggende vanskeligheder i relationer til andre mennesker samt grundlæggende problemer i forhold til blandt andet

²² Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Implement Consulting Group og KORA, 2015.

²³ Erlangsen, A., Lind, B.D., Stuart, E.A., Stanager, E., Larsen, K.L., Wang, A.G., Hvid, M., Nielsen, A.C., Pedersen, C.M., Winslæv, J., Langhoff, C., Mühlmann, C. og Nordentoft, M. (2014): Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: A register-based, nationwide multicenter study using propensity score matching. *The Lancet Psychiatry* Volume 2, No. 1, p49-58, January 2015

²⁴ Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Implement Consulting Group og KORA, 2015.

selvbillede og kropsopfattelse. Følgerne kan være så gennemgribende, at langvarig specialiseret behandling er påkrævet.²⁵

Der er oprettet tre centre for seksuelt misbrugte, der til sammen dækker borgere i alle fem regioner.²⁶ Endvidere er der en række centre, der foruden at tilbyde hjælp til voldtægts ofre, også tilbyder hjælp til ofre for seksuelt misbrug og/eller incest. Nogle af centrene er finansierede ved satspuljemidler. Derudover har en række psykologer fordelt over hele landet i en årrække haft et samarbejde med Socialstyrelsen om at tilbyde gratis psykologbehandling til personer, som har været udsat for seksuelle overgreb i barn- eller ungdommen.²⁷ Tilbuddet er offentligt finansieret af satspuljemidler frem til slutningen af 2015 og består aktuelt af 37 psykologer.

Det vurderes, at konsekvenserne for personer, der har oplevet incest eller seksuelle overgreb, er så gennemgribende, at det kræver specialiseret tværfaglig behandling. Nogle personer vil imidlertid kunne varetages i et monofagligt tilbud i praksissektoren. Det vil kræve en konkret lægefaglig vurdering i det enkelte tilfælde.

9.1.3

Personer, der har været ofre for røveri, vold og voldtægt

Antallet af personer, der har modtaget psykologbehandling inden for tilskudsordningen, efter at have været ofre for røveri, vold eller voldtægt, har ligget lige under 5.000 om året i perioden fra 2004 til 2013.²⁸ Det er ikke muligt at få oplyst, hvor mange personer, der henvises inden for hver af de tre årsager (røveri, vold og voldtægts ofre).

Voldtægts ofre og overfalds ofre udvikler ofte PTSD, og der er evidens for, at dette kan afhjælpes af individuelle psykologsamtaler.²⁹

Voldtægts ofre kræver en hurtig indsats både politimæssigt og sundhedsfagligt. Den primære indsats varetages på centre for voldtægts ofre. Behandlingen hos praktiserende psykologer vil derfor først kunne blive relevant senere i forløbet. Der er centre for voldtægts ofre fordelt på landets større hospitaler og minimum et center i hver region. I de senere år har der politisk været et ønske om at styrke centrene, og i 2013 har centrene fået allokateret flere midler. På alle centrene tilbydes der samtaler med psykolog. På de

²⁵ Cole, P.M. og Putman, F.W. (1992): Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *J Consult Clin Psychol*, 1992 Apr;60(2):174-84 eller Briere, J. and Elliott, D.E. (2003): Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect* Volume 27, Issue 10, October 2003, Pages 1205-1222

²⁶ Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Implement Consulting Group og KORA, 2015.

²⁷ <http://psykologordningen.dk/>

²⁸ Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Implement Consulting Group og KORA, 2015.

²⁹ Kearns, M.C., Ressler, K.J., Zatzick, D. and Olasov Rothbaum, B. (2012): Early interventions for PTSD: a review *Depress Anxiety*. 2012 Oct; 29(10):833-842.

fleste centre er der dog begrænsning på antallet af psykologsamtaler, men behovet søges vurderet individuelt³⁰. Nogle centre viderehenviser til praktiserende psykologer.

For voldsofre er der en række centre i forskellige dele af landet, der tilbyder psykologhjælp.³¹ Nogle er forbeholdt børn, andre både børn og kvinder, og nogle er specifikt for kvinder. For røveriofre er der ingen andre tilbud om psykologbehandling i offentligt regi.

Det vurderes, at voldtægtsofre bør behandles i de regionale centre i den akutte fase, men at der kan være et behov for opfølgning og behandling, som kan varetages af praktiserende psykologer.

Det vurderes derudover, at ofre for vold og røveri kan have brug for psykologbehandling, samt at disse personer kan varetages af praktiserende psykologer.

9.2

OVERVEJELSER VEDRØRENDE ANDRE ALVORLIGE LIVSBEGIVENHEDER

De oftest optrædende psykiske patologiske reaktioner på alvorlige livsbegivenheder er akut belastningsreaktion, posttraumatisk stress belastning (PTSD) og tilpasningsreaktion. Disse tilstande kan også opstå efter andre livsbegivenheder end de, som er omfattet af tilskudsordningen.

Moderniseringsudvalgets rapport fra 2013 foreslår, at målgruppen udvides med mobning, skilsmisse og stort statustab. Implement og KORA's rapport peger – udover stress, der er beskrevet i afsnit 10.4.3 - på par med samlivsproblemer, herunder specielt kriser i forbindelse med skilsmisse.

Skilsmisse som livsbegivenhed er i mange undersøgelser kædet sammen med negative psykologiske konsekvenser for både børn og voksne³², herunder tidligere død. Derudover er der en øget risiko for udvikling af depression. Personer, der med baggrund i en skilsmisse³³ udvikler en psykisk lidelse i form af angst eller depression, vil være omfattet af den nuværende ordning. Mange udvikler dog andre psykisk patologiske reaktioner, herunder særligt tilpasningsreaktioner og belastningsreaktioner, som ikke er omfattet, men som også kan være alvorlige. Psykologbehandling til disse personer må formodes at have en effekt i forhold til at udvikle en mere alvorlig psykisk lidelse.

Statustab, herunder jobtab er ligeledes kædet sammen med negative psykologiske konsekvenser. "Statustab" er dog svært at definere og kan derudover både være en årsag i sig selv og en konsekvens af noget andet. Begrebet kan derfor være vanskeligt at operationalisere i forhold til psykologordningen.

Der eksisterer ikke en entydig definition af "mobning". En opgørelse blandt 118 danskere viste, at 1,6 % af alle danske arbejdstagere oplever, at de dagligt eller ugentlig udsættes

³⁰ (http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/04apr/Behltilbud_ModtagecentreVoldtaegtsofre.pdf).

³¹ <http://dk.voldsofre.dk/vi-tilbyder/hjaelp-og-raadgivning/> samt <http://www.lokk.dk/>

³² 19 Amato, 2001 <http://psycnet.apa.org/journals/fam/15/3/355/>

³³ Skilsmisse skal forstås som ophør af længerevarende parforhold uanset om personen har været gift eller ej.

for mobning, og at tre ud af fire af disse har PTSD symptomer.³⁴ Personer, der oplever mobning, kan dog også opleve andre stress symptomer, fx søvnbesvær³⁵. Mobning på arbejdspladsen er et problem, som kræver en indsats fra arbejdspladsens side med henblik på at forbedre trivsel på arbejdspladsen, og som derfor ikke hensigtsmæssigt løses gennem individuelle psykologsamtaler.

En udvidelse af tilskudsordningen til at omfatte andre livsbegivenheder kan ikke anbefales på nuværende tidspunkt, jf. den overordnede konklusion i afsnit 1.4. Hvis det overvejes på et senere tidspunkt, bør der forinden ske en vurdering af evidensen for behandlingen, størrelsen af målgruppen samt af hensigtsmæssig organisering af behandlingstilbud til målgruppen.

9.3

PERIODE FRA ALVORLIG LIVSBEGIVENHED TIL HENVISNING

I den eksisterende ordning kan lægehenvisningen til psykologbehandling for henvisningsårsagerne 1-8 normalt ikke udstedes senere end 6 måneder og maksimalt 12 måneder efter den begivenhed, der er årsag til henvisningen.

Tidsgrænsen udtrykker, at der er en tidsmæssig sammenhæng i mellem hændelsen og den psykiske reaktion. En manglende tidsgrænse vil medføre, at psykologisk behandling af reaktionen på den konkrete livsbegivenhed bliver vanskeligere, da senere opståede livsbegivenheder og omstændigheder i personens liv kan blive emnet i behandlingen.

Ved belastningsreaktioner er symptomdebut typisk gradvis, og der vil være forudgående symptomer af forskellig karakter, der, hvis de bliver for voldsomme, kan medføre en funktionsevnedssættelse og dermed være behandlingskrævende. Det er graden af symptomer, og ikke det tidsmæssige, der er afgørende for, hvornår det bliver behandlingskrævende. Symptomer opstår typisk inden for et år efter hændelsen, men kan opstå mere end et år efter hændelsen, om end dette er sjældent. Der vil derudover være personer, som først senere bliver diagnosticerede og/eller motiverede for behandling.

Ved PTSD udvikler 85 % symptomer inden for den første måned efter hændelsen, mens det sker senere hos 15 %.³⁶

Den nuværende tidsgrænse på 6 (12) måneder betyder således, at de fleste, men ikke alle personer, der udvikler en psykisk patologisk reaktion med baggrund i alvorlig livsbegivenhed, er omfattet af tilskudsordningen.

Ud fra et sundhedsfagligt synspunkt kan det derfor være relevant at forlænge tidsgrænsen, så en større andel af de personer, der udvikler psykisk patologisk reaktioner omfattes. En

³⁴ Sygeforsikringen "danmark"'s hjemmeside (<http://www.sygeforsikring.dk/default.aspx?ID=153>)

³⁵ [Nielsen MB](#), [Magerøy N](#), [Gjerstad J](#) og [Einarsen S](#): Workplace bullying and subsequent health problems [Tidsskr Nor Lægeforen](#). 2014 Jul 1;134(12-13):1233-8. Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24989201>

³⁶ [U.S. National Library of Medicine](#) – Posttraumatic Stress disorder. Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015860/>

sådan justering af ordningen kan dog ikke anbefales på nuværende tidspunkt jf. den overordnede konklusion i afsnit 1.4.

9.4

KONKLUSION

Det er med baggrund i ovenstående Sundhedsstyrelsens vurdering:

- Henvisningsårsagerne 1-9 omfatter alvorlige livsbegivenheder, hvor der er en risiko for, at personen efterfølgende udvikler alvorlige psykisk patologiske reaktioner.
- Implement og KORA's rapport peger på nogle af disse henvisningsårsager som værende for komplicerede til at blive behandlet hos praktiserende psykologer, og at der for de samme henvisningsårsager findes alternative regionale tilbud. Det vurderes dog, at de nuværende henvisningsårsager fortsat er relevante i tilskudsordningen.
- Psykiske patologiske reaktioner kan opstå efter andre livsbegivenheder og for nogle af disse kan behandling i psykologpraksis være relevant.
- Ud fra et sundhedsfagligt synspunkt kan det være relevant at forlænge tidsgrænsen, så en større andel af personer, der udvikler psykisk patologisk reaktioner omfattes. En sådan justering af adgangen til ordningen kan dog ikke anbefales på nuværende tidspunkt jf. den overordnede konklusion (afsnit 1.4).

MÅLGRUPPER VEDRØRENDE ANGST, DEPRESSION OG ANDRE DIAGNOSER

I dette kapitel beskrives overvejelser vedrørende justering af tilskudsordningen i forhold til personer med depression og angst. I den forbindelse beskrives en vurdering af behovet for og konsekvenserne ved at omfatte børn og unge med angst og depression i ordningen. Endvidere beskrives overvejelser vedrørende andre diagnosegrupper, der har været peget på som relevante for ordningen.

Målgrupperne af personer med angst og depression er relativt nye i ordningen, og der har været en fortsat stigning i antallet af henvisninger. Det har derfor været forsøgt at afgrænse grupperne, hvorfor Sundhedsstyrelsen i 2012 udarbejdede faglige retningslinjer for henvisning af disse grupper til psykologbehandling³⁷.

10.1

VOKSNE MED DEPRESSION

Personer med let til moderat depression blev omfattet af tilskudsordningen i 2008. I første omgang blev kun voksne i alderen 18-37 år omfattet, men den øvre aldersgrænse blev fjernet i 2012. Børn og unge er fortsat ikke omfattet.

Antallet af personer, der henvises pga. depression er steget fra ca. 10.000 i 2008 til ca. 37.000 i 2013.

Ordningen er afgrænset til personer med let til moderat depression. Personer, der henvises til psykologbehandling, skal opfylde ICD-10's diagnostiske kriterier for depression, ligesom der skal være en nedsat funktionsevne i let til moderat grad. Det er en forudsætning for henvisning, at der foreligger en psykometrisk test, som bekræfter dette. Den praktiserende læge bør have interviewet patienten over mindst to samtaler for at sikre, at depressionsdiagnosen er korrekt. Derudover bør lægen overveje, om patienten kan behandles i almen praksis eller i et andet regi.

Som tidligere beskrevet, så har der været gennemført to evalueringer af henvisninger af patienter med depression. Den første blev gennemført i 2011 og fandt, at blandt patienter, der var henvist af egen læge til psykologbehandling for depression under ordningen, havde 39 % ingen depression, 5,3 % let depression, 27 % moderat depression og 28 % svær

³⁷ Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog. For patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst. Sundhedsstyrelsen, 2012

depression³⁸. I undersøgelsen fik patienterne udleveret depressionsspørgeskemaet Major Depression Inventory (MDI) ved første konsultation hos psykologen. Skemaet blev benyttet som diagnoseinstrument til at fastlægge, hvor mange af de henviste der opfyldte ICD-10 kriterierne for let, moderat og svær depression.

I 2014 blev der foretaget en opfølgning på evalueringen fra 2011³⁹. Denne undersøgelse havde et begrænset antal deltagere, men overordnet blev fundet de samme resultater som i 2011. Det tyder derfor på, at de alment praktiserende lægers henvisningspraksis ikke følger bekendtgørelsens kriterier. Undersøgelserne angiver ikke årsagen til dette, men en forklaring kan være, at de praktiserende læger ikke har alternative tilbud at henvise personer til, hvor der er indikation for professionel hjælp til at håndtere psykiske problemstillinger. Derudover er der en del praktiserende læger, som ikke selv varetager samtaleterapi.

Let depression indebærer lettere funktionsevnededsættelse i hverdagen og medfører ikke altid indikation for behandling. Om end der er evidens for, at visse former for psykoterapi er effektiv ved let depression, er der ligeledes gode erfaringer med en række andre mindre omkostningsfulde interventioner. De britiske NICE-guidelines inkluderer fx en række tiltag for let depression, der ikke nødvendigvis omfatter psykoterapi, men derimod motion og computeriseret kognitiv adfærdsterapi (KAT), KAT-baseret selvhjælp eller støttende KAT-baserede gruppeforløb.⁴⁰

I IAPT tilbydes psykoterapi som førstevalg til moderat og svær depression men ikke til let depression. Årsagen til det er blandt andet, at interventionerne skal være omkostningseffektive, og at første "step" er at tilbyde den mindst indgribende og mest effektive intervention. IAPT's erfaringer på dette punkt er gode.⁴¹

I Danmark gennemfører regionerne aktuelt et collaborative care-projekt – Collabri – som har til formål at understøtte almen praksis i håndteringen af patienter med angst og depression. Collaborative care er en variant af shared care, som bl.a. omfatter placering af care-managers fra psykiatrien hos praktiserende læger, undervisning af praktiserende læger samt mulighed for, at praktiserende læger kan få supervision hos en speciallæge i psykiatri. Der foregår en omfattende evaluering af projektet. Afhængigt af denne kan der være en forventning om, at almen praksis fremadrettet selv varetager patienter med lette depressionstilstande.

Ved moderat og svær depression er funktionsevnen yderligere nedsat, og personer er typisk mere forpinte i form af fx humørsænkning og nedsat energi, ligesom mange vil have svært ved at passe deres uddannelse eller arbejde og eventuelt være sygemeldte. Der er

³⁸ Fjeldsted R, Christensen KS. Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression: Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2011. (www.alm.au.dk)

³⁹ Christensen KS, Mortensen M, Beyer H, Vedsted P, Vestergaard M. Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling: Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 2014

⁴⁰ <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/ifp/chapter/treatments-for-mild-to-moderate-depression>

⁴¹ (<https://www.nice.org.uk/guidance/qs8/chapter/about-this-quality-standard>) og (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3212920/>)

evidens for psykoterapi til denne målgruppe. For personer med svær depression vil det oftest være kombineret med psykofarmakologisk behandling.

Det vurderes, at der således er gode faglige og organisatoriske argumenter for, at patienter med depression fortsat er omfattet af ordningen. Gruppen af patienter med let til moderat depression er stor, og der er evidens for psykoterapi. Det er samtidig vurderingen, at en stor del af målgruppen kan behandles i et monofagligt tilbud som psykologpraksis.

Ordningen kan imidlertid hensigtsmæssigt målrettes personer med moderat depression, mens personer med let depression varetages i almen praksis ved støttende samtaler eller egentlig samtaleterapi. Det kan også være relevant at udvikle andre og mindre omkostningstunge tilbud til denne gruppe fx i kommunalt regi. Dette vil også være i tråd med stepped care-princippet.

Hvis alle praktiserende læger skal varetage behandling af let depression, fx i form af samtaleterapi vil der formentlig være behov for et kompetenceløft i almen praksis. Her kan erfaringerne fra Collabri-projektet indgå.

Det vurderes endvidere, at de indledende behandlingstiltag kan medføre større sandsynlighed for, at den praktiserende læge får afdækket, hvorvidt personen reelt lider af en depression eller ej. Som en konsekvens heraf kan antallet af personer, der jf. ovenstående henvises til psykolog fra praktiserende læger uden at have en depression, måske reduceres.

Yderligere vurderes det, at behandlingen af personer med svær depression primært er en specialistopgave, men ud fra en konkret faglig vurdering kan personer med svær depression behandles hos privat praktiserende psykologer. En sådan behandling skal dog foregå i tæt samarbejde med den praktiserende læge og vil oftest omfatte både psykoterapeutisk og psykofarmakologisk behandling.

10.2 VOKSNE PERSONER MED ANGST OG OCD

Personer med let til moderat angst og obsessive-kompulsive tilstande (OCD) blev omfattet af tilskudsordningen i 2011. I første omgang blev voksne i alderen 18-28 år omfattet. I 2012 blev den øvre aldersgrænse ændret til 38 år.

Der har været en stigning i antallet af personer behandlet under denne henvisningsårsag fra ca. 1.900 i 2011 til ca. 8.500 i 2013.

Ordningen er afgrænset til personer med let til moderat angst og OCD. Personer, der henvises til psykologbehandling, skal opfylde ICD-10's diagnostiske kriterier for angsttilstande henholdsvis OCD, ligesom der skal være en nedsat funktionsevne i let til moderat grad. Ordningen omfatter således de fleste angsttilstande, dog undtaget enkeltfobier som fx fly- og elevatorskræk.

Evalueringen af tilskudsordningen i 2014 omfattede også patienter henvist på grund af angst.⁴² Undersøgelsen inkluderede imidlertid kun syv patienter med angst, hvorfor denne del af undersøgelsen ikke er inddraget i denne evaluering.

Psykologbehandling for angst – uanset sværhedsgrad – er vist at have effekt og at være førstevalgsbehandling før medicinsk behandling.⁴³ Der er derudover en del evidens for, at tidlig intervention i forhold til angst kan have en positiv effekt i forhold til at forebygge udviklingen af mere alvorlige tilfælde. Ved milde former for angst, hvor personen ikke søger hjælp, vil tilstanden typisk ikke blive forbedret, fordi personen vil være styret af undgåelses- og sikkerhedsadfærd, der forhindrer en ny indlæring om, at det angstfyldte ikke er farligt. Angsten vil således blive vedligeholdt.⁴⁴

Det vurderes, at der er gode faglige og organisatoriske argumenter for, at patienter med angsttilstande og OCD fortsat er omfattet af tilskudsordningen. Gruppen af patienter med let til moderat angst og OCD er stor – selvom den er mindre end gruppen af patienter med depression – og der er evidens for psykoterapi. Det er samtidig vurderingen, at en stor del af målgruppen kan behandles i et monofagligt tilbud som psykologpraksis.

Det vurderes samtidig, at det er relevant at fastholde ordningen til personer med både let og moderat angst og OCD. Nogle praktiserende læger vil kunne varetage psykoterapi til patienter med lette tilfælde af angst, men det vil kræve en opkvalificering af almen praksis generelt, hvis alle læger skal kunne gøre det.

10.3

BØRN OG UNGE MED DEPRESSION OG ANGST

Sundhedsstyrelsen er i forbindelse med denne evaluering blevet anmodet om at vurdere behovet for og konsekvenserne af at børn og unge med depression og angst omfattes af tilskudsordningen. Vurderingen er beskrevet i et særskilt dokument (eksternt bilag).

Det er i notatet estimeret, at 40.000-48.000 børn og unge i alderen 6-18 år lider af behandlingskrævende angst, og at 11.000-26.000 børn og unge i alderen 6-18 år lider af behandlingskrævende depression. Tallene omfatter børn og unge, der uanset behandlingsform vil have behov for behandling.

Der findes en række tilbud til børn og unge med depression og angst, men organiseringen og indholdet af disse varierer regionerne og kommunerne imellem. Børn og unges sundhed og trivsel er dækket af tre lovgivninger: sundhedsloven, serviceloven og folkeskoleloven. Børn og unge med svær angst og depression behandles i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, mens de lettere former behandles enten hos den praktiserende læge eller hos en praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. De kommunale

⁴² Christensen KS, Mortensen M, Beyer H, Vedsted P, Vestergaard M. Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling: Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 2014

⁴³ www.niceguidelines.org.uk

⁴⁴ Clark, D. (1999): Anxiety disorders: How they persist and how to treat them Behaviour Research and Therapy 37 (1999) S5±S27

tilbud fokuserer på forebyggelse og opsporing, og derudover er der behandlingstilbud i nogle kommuner. Det har ikke været muligt at udarbejde en komplet oversigt over disse. Endvidere foreligger der ikke fyldestgørende dokumentation for en præcis afgrænsning af målgruppen, for dækningen og kvaliteten af eksisterende tilbud samt for estimeringen af eventuelle fremtidige kapacitetsbehov.

Børn fra seksårsalderen vil besidde de fornødne koncentrationsmæssige, refleksive og kognitive evner til at drage nytte af psykologbehandling. Psykologbehandling til børn og unge kræver særlige kompetencer hos psykologen i form af både teoretisk viden og praktisk erfaring med behandling af denne målgruppe. Hvis praktiserende psykologer skal varetage behandling af børn og unge, vil der derfor være behov for dels et kompetenceløft af psykologerne, dels at behandling af børn og unge begrænses til et mindre antal psykologer i hver region. Yderligere er det væsentligt, at der tilstræbes en tilgang, der tilgodeser barnets sociale kontekst, hvor der arbejdes med familien og skolen omkring barnet og den unge.

Det er vigtigt, at behandling af børn og unge med angst og depression varetages i et tæt tværfagligt samarbejde med familien og de aktører, som er omkring barnet/den unge i dagligdagen. Monofaglige tilbud vil derfor normalt ikke være tilstrækkelige set i forhold til børn og unges behov. Praktiserende psykologer, der varetager psykologbehandling af børn og unge, skal derfor indgå i et tæt formaliseret samarbejde med de øvrige aktører omkring børn og unge.

Hvis børn og unge omfattes af tilskudsordningen, så bør adgangen afgrænses til børn og unge i alderen 6 til og med 17 år med behandlingskrævende funktionsevnededsættelse i lettere til moderat grad. Der bør ikke være konkurrerende faktorer som svære sociale eller mere udtalte skolemæssige problemer, ligesom der ikke bør være betydende komorbiditet.

Antallet af børn og unge, der opfylder ovenstående målgruppeafgrænsning, og som forventes at ville benytte sig af et tilbud om psykologbehandling i praksissektoren, hvis det bliver muligt, vurderes til at være ca. 5.000-8.000 om året. Det skal dog understreges, at tallet er et skøn og behæftet med stor usikkerhed.

10.4

OVERVEJELSER VEDRØRENDE ANDRE DIAGNOSEGRUPPER

Psykologbehandling indgår i behandlingen af mange psykiske lidelser. I forbindelse med denne evaluering og perspektivering er det derfor fundet relevant at vurdere, om patienter med andre psykiske lidelser end angst og depression kan varetages i psykologpraksis. Der er i vurderingen taget udgangspunkt i, at psykologpraksis varetager behandling på generalistniveau af personer med forskellige psykiske lidelser og tilstande.

I det følgende vurderes derfor, om patienter med diagnoserne posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), spiseforstyrrelser, stress og funktionelle lidelser kan varetages i psykologpraksis.

10.4.1

Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD)

PTSD er kendetegnet ved angst, undgåelsesadfærd og flashbacks og er forudgået af en belastning af exceptionel truende eller katastrofeagtig natur. Sundhedsstyrelsen har tidligere haft forbehold ved, at personer med PTSD behandles i et monofagligt tilbud i praksissektoren. PTSD er derfor i dag ikke omfattet af tilskudsordningen.

Mange personer, der oplever katastrofelignende hændelser, vil udvise psykiske symptomer på akut belastningsreaktion, men for mange er disse forbigående og aftager indenfor 48 timer. Hos nogle vil reaktionen dog udvikle sig til PTSD med større eller mindre grad af funktionsevnedensættelse. Af disse personer vil 85 % udvikle symptomer indenfor den første måned, hos 15 % sker det senere. Mange af de lettere tilfælde af PTSD vil udvise angstsymptomer, fx som panikanfald, eller udvikle symptomer på depression.

Sværhedsgraden af PTSD kan betragtes på et kontinuum fra forbigående angstsymptomer til langvarig invaliderende funktionsevnedensættelse fx i form af påtrængende selvmordstanker. Svære tilfælde af PTSD kan medføre stærkt nedsat funktionsevne. Disse personer har behov for en tværfaglig indsats i psykiatrisk regi. Efterhånden er der imidlertid en del evidens for, at psykologbehandling har en gavnlig effekt på lette og moderate former af PTSD, og at tidlig intervention kan forebygge alvorligere former af PTSD.⁴⁵

Der eksisterer regionale og kommunale kriseberedskaber, men de dækker kun perioden umiddelbart efter en større krise.

Det vurderes derfor, at personer med let (-moderat) PTSD kan behandles i et monofagligt psykologtilbud i praksissektoren. Personer med svær PTSD bør dog fortsat behandles i et tværfagligt og mere specialiseret setup i psykiatrien.

10.4.2

Personer med spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser omfatter bulimi, anoreksi samt trøstespisning (svarer til binge eating disorder (BED)). Spiseforstyrrelser kan anskues på et kontinuum, der spænder fra bekymringer om kost, vægt og udseende, over mere restriktiv og streng vægtregulering til fuldt udviklede spiseforstyrrelser, der kan vise sig ved fx selv-udsultning, opkast eller overdreven brug af afføringsmidler.

Den overordnede forekomst af anoreksi skønnes at være 1-2 % i hele befolkningen med 8,2 nye tilfælde per 100.000 om året. Over 90 % af patienterne er unge kvinder i teenageårene eller tidligt i 20-årene. Lidelsen debuterer ofte i puberteten, omend senere debut også er mulig.

Alvorlige anorektiske tilfælde, hvor kroppen er udsultet, kræver en tværfaglig behandling og ofte døgnindlæggelse. Tilsvarende er tilstande med alvorlig psykiatrisk komorbiditet – fx

⁴⁵ Kearns, M.C., Ressler, K.J., Zatzick, D. and Olasov Rothbaum, B. (2012): Early interventions for PTSD: A review *Depress Anxiety*. 2012 Oct; 29(10): 833–842. Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665083/>

i form af personlighedsforstyrrelser eller/og selvskadende adfærd. Behandlingen af denne målgruppe sker i sygehusregi i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledninger for psykiatri hhv. børne-ungdomspsykiatri.

Der findes dog efterhånden en række forskningsresultater, der viser, at ikke-livstruende tilfælde af anoreksi og især bulimi kan behandles ved hjælp af psykologbehandling.⁴⁶

Sundhedsstyrelsen anbefaler i retningslinjerne fra 2005⁴⁷, at spiseforstyrrelser først og fremmest behandles ambulant. Imidlertid vil manglende effekt af ambulant behandling eller alvorlige psykiatriske eller somatiske komplikationer kunne nødvendiggøre indlæggelse. Retningslinjerne følger således en stepped care-model.

Det vurderes, at psykologer med autorisation har de fornødne kompetencer til at behandle personer med lette spiseforstyrrelser. Gennem uddannelse og autorisationsforløbet får psykologen således kendskab til udviklingspsykologi og kroppens fysiologiske processer, hvilket er en forudsætning for at forstå effekten af fejlnæring (fx i form af udsultning, overdreven udrensning eller overspisning). På grund af den udbredte komorbiditet er viden om differentialdiagnostik og psykiatriske lidelser som fx personlighedsforstyrrelser vigtig at have kendskab til.

Hvis personer med spiseforstyrrelser omfattes af tilskudsordningen, vil det formentlig betyde, at lettere tilfælde ville kunne blive behandlet, før de udvikler sig til mere alvorlige indlæggelseskrævende tilstande. Samtidig vil eventuel komorbiditet kunne blive identificeret og relevant behandling iværksat. Endelig kan det formentlig reducere presset på de eksisterende offentlige tilbud, som er målrettet personer med sværere spiseforstyrrelser.

Overlappende symptombilleder mellem de forskellige typer af spiseforstyrrelser kan dog vanskeliggøre en præcis diagnose, og det kan gøre det svært at vælge en passende behandlingsstrategi. Det kan derfor være svært for den praktiserende læge at vurdere, hvilke personer med spiseforstyrrelser, der er egnede til at blive henvist til praktiserende psykolog. Somatisk komorbiditet, der eventuelt kan være behandlingskrævende, kan yderligere opstå under psykologbehandlingen, og som ikke ville kunne varetages i et monofagligt psykologtilbud. Endvidere er der typisk tale om langvarige psykologforløb, hvor gen- eller viderehenvielse kan komme på tale. Hvis personer med spiseforstyrrelser omfattes af ordningen, vil der derfor være behov for retningslinjer på området.

10.4.3

Personer med stresstilstande

Stress er kroppens reaktion på en belastning resulterende i en stresstilstand. Stress er således ikke en sygdom men en risikofaktor for sygdom. I en publikation fra Sundhedsstyrelsen i 2007 svarede 8,7 % af befolkningen, at de ofte var stressede i deres

⁴⁶ (se fx Hoffman et al 2013 – link <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584580/> eller Murphy et al 2010 – link <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2928448/>), og en omfattende dansk undersøgelse (Poulsen et al 2013 - <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2013.12121511>) fandt at psykologbehandling i form af kognitiv adfærdsterapi var i behandlingen af bulimi.

⁴⁷ (<https://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/plan/spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser.pdf>)

dagligdag og 33 %, at de af og til var stressede. I en undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet fra 2010 angiver 12,7 % af den voksne befolkning, at de ofte eller meget ofte føler sig stresset. Der ses således en stigning i forekomsten af stress, der forventes at fortsætte.

En stresstilstand er karakteriseret ved forskellige kognitive, fysiologiske og emotionelle symptomer og kan ses som et kontinuum fra lettere tilstande til sværere stresstilstande kendetegnet ved fysiologisk og psykologisk udbrændthed. De fysiologiske reaktioner på stress er hensigtsmæssige lige nu og her, fordi man bliver i stand til at yde sit yderste, men hvis man bliver udsat for belastningen i længere tid, eller hvis belastningen er meget stor, øges risikoen for stressbetinget sygdom. Det er vist, at langvarige stresstilstande kan have helbredsmæssige konsekvenser i form af øget risiko for sygdom i form af blandt andet hjertekarsygdom, angst og depression. Det er således vist, at ubehandlede alvorlige stresstilstande udløser over halvdelen af depression- og angsttilstande.

Der er evidens for, at visse former for psykoterapi har en effekt i behandlingen af stresstilstande. En grundig somatisk udredning hos praktiserende læge er dog vigtig for at udelukke andre årsager til stresssymptomer. Nogle stresstilstande identificeres på – eller igennem – arbejdspladsen, hvor flere virksomheder og sundhedsforsikringer tilbyder stressbehandling. Stresstilstande kan også identificeres hos praktiserende læge, hvor nogle tilbyder forløb med samtalerapi. Der findes endvidere en række kommunale/regionale behandlingstilbud for folk med stresstilstande. Eksempelvis har Københavns Kommune planer om at oprette stressklinikker tilknyttet kommunens forebyggelsescentre i løbet af 2015, og de arbejdsmedicinske klinikker i de forskellige regioner tilbyder behandling af arbejdsrelaterede stresstilstande.

Personer, som på baggrund af en stresstilstand udvikler angst og depression, vil kunne henvises til psykologbehandling med denne henvisningsårsag.

Personer, som på baggrund af en stresstilstand udvikler psykisk patologiske reaktioner som fx belastningsreaktioner eller hvor stresstilstanden udmønter sig i risiko for eller ved reel fysisk sygdom, er omfattet af den nuværende tilskudsordning, hvis tilstanden er en følge af en af de eksisterende alvorlige livsbegivenheder.

10.4.4

Personer med funktionelle lidelser

Begrebet funktionelle lidelser er en samlebetegnelse for en række funktionelle syndromdiagnoser i de enkelte somatiske specialer. Funktionelle lidelser klassificeres ofte under somatoforme tilstande i ICD-10.

Idet funktionelle lidelser er en samlebetegnelse, kendes hyppigheden ikke præcist, men der er fundet en prævalens af ICD-10 somatoforme tilstande på 6,3 %.

Funktionelle lidelser er kendetegnet ved vedholdende fysiske symptomer, der påvirker funktionsevne og livskvalitet. Ved klinisk undersøgelse eller supplerende diagnostiske undersøgelser findes ikke en oplagt forklaring på symptomerne. En del patienter med funktionelle lidelser har flere forskellige gener, der kan kræve tværfaglige indsatser. Smertebehandling kan være påkrævet, og psykiske problemer i form af bekymringer og

depression forekommer ikke sjældent hos personer, der rammes af flere uforklarlige fysiske gener.

Patienter med funktionelle lidelser behandles primært i almen praksis, eller på hovedfunktionsniveau i regionerne. Der er desuden oprettet to regionale videnscentre for funktionelle lidelser, som også tilbyder behandling – Liasonklinikken i Region Hovedstaden og Forskningsklinikken for funktionelle lidelser i Region Midtjylland. Disse behandler de sværeste tilfælde og er således et meget begrænset tilbud. Endvidere arbejdes der på at oprette et regionalt center i Region Syddanmark, der vil blive organiseret under smerteklinikken på Odense Universitetshospital.

Det er vist, at kognitiv adfærdsterapi har god effekt i behandlingen af nogle funktionelle syndromdiagnoser. Psykologbehandling hos praktiserende psykologer kan således være relevant for personer med funktionelle lidelser, der har lette symptomer og er motiverede, og hvor behandling hos egen læge ikke er tilstrækkelig.

Funktionelle lidelser har dog oftest en kompleks symptomatologi, som kræver tværfaglig indsats. Der er derudover tale om en samlebetegnelse for forskellige syndromdiagnoser. Årsagen til lidelserne er forskellig, afhængig af syndromdiagnose, og den er samtidig ofte uspecifik.

Det vurderes derfor ikke på nuværende tidspunkt hensigtsmæssigt at omfatte funktionelle lidelser af tilskudsordningen. Hvis funktionelle lidelser skulle omfattes af tilskudsordningen, ville det kræve, at der i stedet blev fokuseret på at inkludere enkelte syndromdiagnoser, hvor kognitiv adfærdsterapi har vist at have god effekt.

10.5 KONKLUSION

Med baggrund i ovenstående er det Sundhedsstyrelsens vurdering:

- Voksne med depression bør fortsat være omfattet af tilskudsordningen. Gruppen af patienter er stor, og der er evidens for psykoterapi. Ordningen kan imidlertid hensigtsmæssigt målrettes personer med moderat depression, mens personer med let depression varetages i almen praksis. Det kan også være relevant at udvikle andre og mindre omkostningstunge tilbud til personer med lette depressioner fx i kommunalt regi.
- Voksne med angsttilstande og OCD bør fortsat være omfattet af tilskudsordningen. Gruppen af patienter er også stor – selvom den er mindre end gruppen af patienter med depression – og der er evidens for psykoterapi. Det vil være relevant at fastholde ordningen til personer med både let og moderat angst og OCD, da det vil kræve en opkvalificering af almen praksis generelt, hvis alle læger skal kunne varetage behandlingen.
- Behandling af børn og unge med angst og depression bør varetages i et tæt tværfagligt samarbejde med familien og de aktører, som er omkring barnet/den unge i dagligdagen. Oftest er et monofagligt tilbud som psykologpraksis derfor ikke tilstrækkeligt set i forhold til børn og unges behov og det kan i stedet være hensigtsmæssigt at styrke andre tilbud. Hvis børn og unge omfattes af tilskudsordningen bør adgangen afgrænses til børn og unge i alderen 6 til og med 17

år med behandlingskrævende funktionsevnededsættelse i lettere til moderat grad og uden konkurrerende faktorer. En sådan udvidelse vil formentlig betyde, at 5.000-8.000 børn og unge vil benytte sig af tilbuddet. Det skal dog understreges, at tallet er et skøn og behæftet med stor usikkerhed.

- Psykologbehandling i praksissektoren kan være relevant også for andre diagnosegrupper. En justering af tilskudsordningen til at omfatte nye målgrupper kan ikke anbefales på nuværende tidspunkt jf. den overordnede konklusion (afsnit 1.4).

11

BILAGSLISTE

- Bilag 1: Kommissorium for evaluering af tilskudsordningen for psykologbehandling til særligt udsatte persongrupper i praksissektoren, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Bilag 2: Medlemmer af den faglige sparringsgruppe
- Bilag 3: Medlemmer af følgegruppen
- Bilag 4: Fordeling af forbrug af antal konsultationer til psykolog påbegyndt i 2012

Eksterne bilag

[Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykolog behandling i praksissektoren, Implement og KORA, udarbejdet for Sundhedsstyrelsen, juni 2015](#)

[Notat vedrørende psykologbehandling til børn og unge med angst og depression, Sundhedsstyrelsen, februar 2015](#)

[Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling, Forskningsenheden for almen praksis i Aarhus, udarbejdet for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014](#)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse**KOMMISSORIUM FOR EVALUERING AF TILSKUDSORDNING FOR PSYKOLOGBEHANDLING TIL SÆRLIGT UDSATTE PERSONGRUPPER I PRAKSISSEKTOREN**

Som opfølgning på satspuljeaftalen for 2012-2015 blev der i forbindelse med udvidelse af aldersgrupperne for psykologbehandling til personer med let til moderat angst og depression reserveret 1 mio. kr. til en evaluering af ordningen. Også regeringens psykiatriudvalg foreslog i deres rapport, at psykologordningen gennemgås med henblik på en faglig vurdering af relevante målgrupper, kriterier for henvisning og tidsbegrænsning. Derfor igangsættes en evaluering af tilskudsordningen til psykologbehandling i praksissektoren. Evalueringen skal forelægges for satspuljepartierne i foråret 2015.

Baggrund og formål

Tilskudsordningen for psykologhjælp er målgruppebaseret og blev etableret som en forsøgsordning i 1992 for visse målgrupper. I 1995 blev ordningen afløst af en permanent ordning.

Formålet med ordningen var i begyndelsen at yde tilskud til behandling hos psykolog til personer med akut opståede psykiske problemer, som følge af en alvorlig livsbegivenhed, herunder *ofre for røveri, vold, voldtægt; trafik- og ulykkesofre; pårørende til alvorligt psykisk syge; personer ramt af en alvorlig invaliderende sygdom og deres pårørende; samt pårørende ved dødsfald*. Dermed var formålet, at ordningen skulle virke forebyggende i forhold til udvikling af mere alvorlige psykiske problemer.

Der er løbende kommet nye målgrupper til i ordningen. I 1995 blev ordningen udvidet til også at omfatte *personer, der har forsøgt selvmord, og kvinder, der har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge*. I 2005 blev gruppen udvidet til at omfatte *ofre for incest eller andre seksuelle overgreb, inden de er fyldt 18 år*.

I 2008 blev der yderligere indført tilskud til psykologbehandling til personer med *let til moderat depression*⁴⁸, og i 2011 blev *let til moderat angst* omfattet af ordningen⁴⁹.

Ordningen har således ændret karakter, og er gået fra alene at være en ordning med mulighed for tilskud til psykologhjælp til forebyggelse af sygdom i forbindelse med akut opståede krisesituationer, til også at omfatte psykologbehandling af personer med sygdommene angst og depression.

En evaluering af ordningen for personer med let til moderat depression i 2011 viste, at kun 33 pct. af de patienter, almen praksis havde henvist til psykologbehandling, faldt ind under henvisningskriterierne. På baggrund heraf afsatte satspuljepartierne i 2011 1 mio. kr. til en yderligere evaluering af ordningen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fik satspuljepartiernes tilslutning til, at midlerne blev anvendt til at udarbejde faglige retningslinjer for henvisning til psykologbehandling for angst og depression og til en evaluering af effekten af retningslinjerne.

Sundhedsstyrelsen udgav i februar 2012 faglige retningslinjer for henvisning til behandling ved psykolog for let til moderat depression og angst, og en evaluering af effekten af disse retningslinjer⁵⁰ planlægges at foreligge inden sommeren 2014.

Udover de ændringer, der har været i psykologordningen, er der sket en udvikling i sundhedsvæsnets tilbud til personer med psykiske lidelser siden ordningens tilblivelse i 1992. Der er for eksempel etableret kommunale "Lær at leve med"-programmer for personer med angst- og depression, og almen praksis spiller en væsentlig rolle i behandlingen af mennesker med lettere psykiske lidelser bl.a. gennem tilbud om samtalerapi. Herudover er der etableret regionale centre for forebyggelse af selvmord, der er et behandlingstilbud til selvmordstruede og personer, der har forsøgt selvmord. Endvidere er indsatsen over for ofre for voldtægt forbedret, idet der bl.a. i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning på området er etableret voldtægtscentre i regionerne, hvor det er muligt at få psykologisk støtte og behandling. På socialområdet er tilbuddene for voksne med senfølger efter seksuelle overgreb ligeledes blevet styrket. Bl.a. med satspuljeaftalen for 2012-2015, blev der etableret tre regionale centre, som skal yde professionel behandling og frivillig rådgivning og støtte til mennesker med senfølger af seksuelle overgreb.

Regeringens psykiatriudvalg har anbefalet, at psykologordningen gennemgås med henblik på en faglig vurdering af relevante målgrupper, kriterier for henvisning og tidsbegrænsning.

I lyset af ovenstående iværksættes en evaluering af tilskudsordningen for psykologhjælp i praksissektoren, herunder kortlægning, analyse og faglig vurdering af ordningen. Den faglige vurdering skal basere sig på evidensbaseret viden, tage højde for ordningens økonomiske ramme og sammenhængen til øvrige behandlingstilbud.

⁴⁸ I 2008 blev tilskud for let til moderat depression i aldersgruppen 18-37 år indført. I satspuljeaftalen for 2012-2015 er den øvre aldersgrænse ophævet frem til udgangen af 2015.

⁴⁹ I 2011 blev patienter med let til moderat angst i aldersgruppen 18-28 år omfattet af ordningen. I satspuljeaftalen for 2012-2015 blev angst udvidet til aldersgruppen 18-38 år frem til udgangen af 2015.

⁵⁰ Udarbejdes af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus

Opgavebeskrivelse

Evalueringen af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren omfatter en kortlægning og analyse af ordningen, der om muligt afdækker udviklingen i en 10-årig periode, dvs. fra 2003-2013.

Evalueringen belyser følgende:

- Udviklingen i kapacitet, aktivitet og økonomi inden for de enkelte henvisningskategorier.
- Psykologernes metoder til behandling af målgrupperne i ordningen og effekt
- Udviklingen i ventetider til psykologbehandling i ordningen.
- Eksisterende dokumentation for effekterne af ordningen, herunder samfundsøkonomiske og sundhedsfaglige effekter, som bl.a. fremgår af tidligere evalueringsarbejder.
- Patienternes oplevelser og tilfredshed med ordningen
- Udviklingen i de praktiserende lægers henvisninger til ordningen, herunder med fokus på om der er sket en ændring i henvisningspraksis efter indførelse af Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer for henvisning til behandling ved psykolog for let til moderat depression og angst. Den evaluering, der er undervejs af lægernes henvisningspraksis, skal bidrage til analysen.
- Udviklingen i øvrige tilbud til målgrupperne for ordningen, herunder bl.a. "Lær at leve med"-programmer og samtaleterapi hos praktiserende læge.
- Internationale erfaringer med omkostningseffektive tilbud om samtaleterapi til målgruppen, herunder primært med fokus på IAPT-programmet fra Storbritannien, hvor evidensbaseret samtaleterapi ydes i gruppeforløb bl.a. af sygeplejersker certificeret i metoden.
- Ordningens sammenhæng til øvrige behandlingstilbud og opgavevaretagelse efter princippet om laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON).

Evalueringen skal munde ud i en perspektivering og vurdering af, hvordan kvaliteten i psykologordningen kan forbedres ved ændring af bl.a. målgruppeafgrænsning, henvisningskriterier samt tilbuddets tilrettelæggelse inden for den økonomiske ramme. I vurdering af målgruppeafgrænsning skal bl.a. ses på behovet for og konsekvenserne ved at børn og unge omfattes af tilskudsordningen for angst og depression. Evalueringen forelægges for satspuljepartierne primo 2015 i henhold til satspuljeaftalen for 2012-2015.

Organisering

Sundhedsstyrelsen udarbejder evalueringen af tilskudsordningen for psykologbehandling, og kan i dette arbejde inddrage eksternt ekspertise og konsulentbistand.

Der nedsættes endvidere en *følgegruppe*, som får lejlighed til at kommentere på evalueringens tilrettelæggelse og fremdrift, herunder på første møde kommentere på styrelsens projektplan for evalueringen.

Følgegruppen sammensættes af:

- Sundhedsstyrelsen (formand)

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Finansministeriet
- Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
- Dansk Psykolog Forening
- Lægeforeningen/PLO
- Danske Patienter
- PsykiatriNetværket
- Danske Regioner
- KL

Sundhedsstyrelsen kan udover følgegruppen inddrage og rådføre sig med relevante parter.

Sundhedsstyrelsens afrapportering sker til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse efter, at evalueringen har været forelagt følgegruppen

Tidsplan

Arbejdet igangsættes i april 2014 og Sundhedsstyrelsens evaluering skal foreligge året efter, dvs. i april 2015.

Det forventes, at der drøftes en mødeplan på første møde mellem Sundhedsstyrelsen og følgegruppen, herunder fastlægges, hvor mange møder det er relevant at afholde mv.

Medlemsliste

**Følgegruppe for evaluering af tilskudsordning for psykologbehandling i
praksissektoren til særligt udsatte persongrupper**

Repræsentant	Kontaktoplysninger
Bente Møller (formand) Overlæge	Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Lærke Steenberg Smith Fuldmægtig	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Primær Sundhed og Forebyggelse
Martin Juul Nielsen Fuldmægtig	Finansministeriet
Sine Hadrup Sinding Fuldmægtig	Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
Eva Secher Mathiasen Formand	Dansk Psykolog Forening
Niels Ulrich Holm Praktiserende læge	Praktiserende Lægers Organisation (PLO)
Tina Linaa Rådgivningskonsulent	Danske Patienter Diabetesforeningen
Kenneth Engstrøm Direktør	Psykiatri Netværket Det Sociale Netværk
Helle Nørtoft Laursen Konsulent	Danske Regioner
Rafai Atia Konsulent	Kommunernes Landsforening Center for social og sundhed

Sekretariat	Kontaktoplysninger
Jeppe Nørgaard Rasmussen indtil 1. april 2015 Assisterende læge	Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Astrid Permin Assisterende læge	Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Mille Kathrine Pedersen Akademisk medarbejder	Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Rikke Hinge Carlsson Uddannelseslæge	Sundhedsstyrelsen Sygehuse & Beredskab
Peter Dalsgaard Psykolog	Konsulent for Sundhedsstyrelsen

Faglig sparringsgruppe vedrørende evaluering af tilskudsordning for psykologbehandling i praksissektoren til særligt udsatte persongrupper

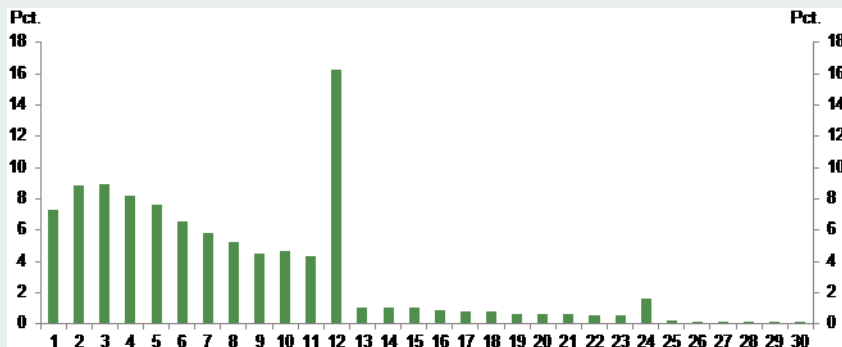
Repræsentant	Kontakt detaljer
Jeppe Nørgaard Rasmussen (formand) Læge	Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Jette Labianca Praktiserende speciallæge	Udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
Kaj Sparle Christensen Praktiserende læge	Dansk Selskab for Almen Medicin
Ole Karkov Østergård Psykolog	Udpeget af Selskab for Psykoterapi
Susanne Bærentzen Psykolog	Udpeget af Selskab for Psykologisk Psykiatri
Bjarne Thyssen Jørgensen Socialoverlæge	Udpeget af K, Socialmedicinsk afsnit, Odense Kommune
Dorthe Fisher Mathiesen	Danske Regioner
Finn Blickfeldt Juliussen	Socialstyrelsen Kontor for Psykosociale Indsatser
Sabine Klinker Daglig leder	Udpeget af Danske Patienter Videnscenter om Spiseforstyrrelser og selvskade
Knud Kristensen Formand for Sind	Udpeget af Rådet for Socialt Udsatte, Sind

Sekretariat	Kontakt detaljer
Astrid Permin Assisterende læge	Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Bente Møller Overlæge	Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Rikke Hinge Carlsson Uddannelseslæge	Sundhedsstyrelsen Sygehuse & Beredskab
Peter Dalsgaard Psykolog	Konsulent for Sundhedsstyrelsen

Fordeling af forbrug af antal konsultationer til psykolog påbegyndt i 2012 frem til 2014

Figurene viser fordelingen af antallet af konsultationer for personer, der har første konsultation i psykologordningen i 2012. Forløbene følges frem til udgangen af 2014 for at inkludere forløb, der strækker sig over flere kalenderår.

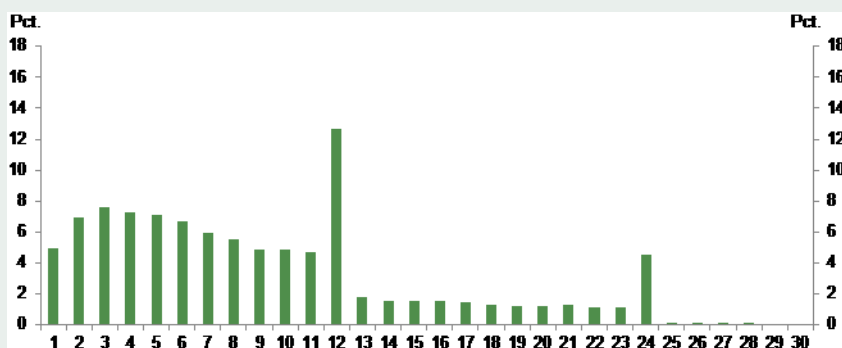
Figur 1 - Henvisningsårsag 1-9



Anm.: Der er i figuren ikke taget højde af nogle patienter kan have gennemgået to forløb i perioden.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses beregninger pba. Sygesikringsregisteret.

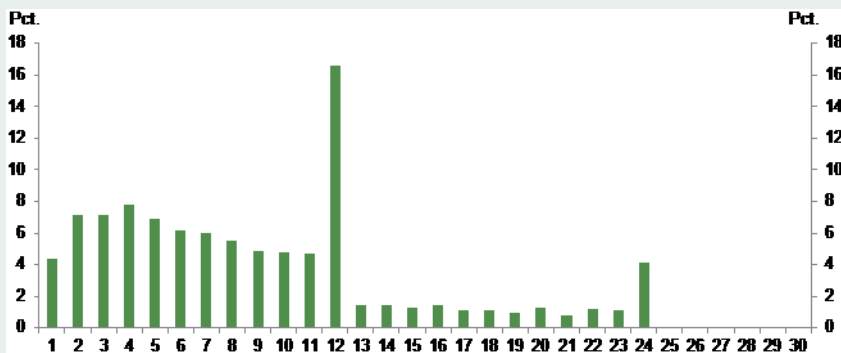
Figur 2 - Henvisningsårsag 10 (depression)



Anm.: Der er i figuren ikke taget højde af nogle patienter kan have gennemgået to forløb i perioden.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses beregninger pba. Sygesikringsregisteret.

Figur 3 - Henvisningsårsag 11 (angst)



Anm.: Der er i figuren ikke taget højde af nogle patienter kan have gennemgået to forløb i perioden.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses beregninger pba. Sygesikringsregisteret.

