



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren

Slutrapport

Sundhedsstyrelsen

Juni 2015

Implement Consulting Group
Strandvejen 56
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
www.implement.dk

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

*Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for
psykologbehandling i praksissektoren*

© Implement, KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er
tilladt med tydelig kildeangivelse.

Udgiver: Implement og KORA

ISBN: 978-87-7509-802-6

Rapporten er udarbejdet af
Michael Daugbjerg (Implement),
Mick Bundgaard Dige (Implement),
Susanne Reindahl Rasmussen (KORA),
Jesper Henriksen (Implement),
Nichlas Permin Berger (KORA)
og Katrine Schepelehn Johansen (KORA)

Juni 2015

Implement Consulting Group
Strandvejen 56
2900 Hellerup

Tlf.: +45 4586 7900
Mail: info@implement.dk
www.implement.dk
CVR 32767788

KORA
Købmagergade 22
1150 København K
Tlf.: +45 444 555 00
Mail: kora@kora.dk
www.kora.dk
CVR 29136807



Indholdsfortegnelse

1. Resumé.....	1
2. Baggrund.....	3
2.1 Psykologordningen.....	4
2.2 Evalueringens karakter og form	5
3. Kvantitativ dataindsamling og kortlægning	5
3.1 Formål	5
3.2 Datagrundlag.....	5
3.2.1 Opgørelse af antal psykologer, aktivitet under, omkostninger ved og henvisninger til psykologordningen	6
3.2.2 Opgørelse af ventetider	7
3.3 Metode og metodiske forbehold.....	7
3.3.1 Opgørelse af antal psykologer, aktivitet under, omkostninger ved og henvisninger til psykologordningen	7
3.3.2 Opgørelse af ventetider	8
3.3.3 De praktiserende lægers henvisningspraksis til ordningen	8
3.4 Resultater	9
3.4.1 Udvikling i antallet af ydernumre blandt psykologer	9
3.4.2 Udviklingen i aktivitet og økonomi under ordningen fra 2003-2013	9
3.4.3 Udvikling i ventetider til psykologbehandling under Psykologordningen.....	32
3.4.4 Udviklingen i de praktiserende lægers henvisninger til ordningen	36
3.4.5 Sammenfatning	39
4. Kvalitativ dataindsamling og kortlægning.....	40
4.1 Data og formål.....	40
4.2 Formål	40
4.3 Metode	41
4.3.1 Interviews med psykologer	41
4.3.2 Litteratursøgning og -analyse	41
4.3.3 Interviews med patienter og pårørende.....	43
4.3.4 Udenlandske erfaringer med sammenlignelige ordninger.....	45
4.3.5 Desk-research – kortlægning af eksisterende tilbud udover psykologordningen.....	45
4.4 Resultater	46
4.4.1 Psykologernes erfaringer med ordningen	46
4.4.2 Psykoterapeutiske metoder og evidensdebat	52
4.4.3 Patientperspektivet – hvad mener patienterne.....	59
4.4.4 Erfaringer med IATP	62



4.4.5	Andre tilbud til målgruppen.....	66
5.	Diskussion.....	68
5.1	Overordnet indtryk af psykologordningens virkning.....	68
5.2	Perspektiver ved ændringer af ordningen fsva. målgrupper og henvisningsårsager	68
5.2.1	Overvejelser om afgrænsning af ordningen	69
5.2.2	Overvejelser om udvidelse af ordningen	69
5.2.3	Ændret henvisnings- og visitationsgrundlag.....	71
5.2.4	Indkomstafhængighed i egenbetaling	71
5.3	Perspektiver ved ændring af kompetencekrav og specialiseringsgrad hos psykologer under ordningen.....	72
5.4	Perspektiver ved ændring af antal ydelser og praksis for visitation og re-visitiation til ordningen.....	73
5.4.1	Antallet af psykologsamtaler i et forløb	73
5.4.2	Vurdering af behov for og relevans af psykologforløb.....	73
6.	Litteratur	74
Bilag 1.1:	Figurer uden aldersstandardisering	76
Bilag 1.2:	Figurer med aldersstandardisering	80
Bilag 2:	Interviewede psykologer.....	86
Bilag 3:	Spørgeramme til interviews med psykologer	87
Bilag 4:	Spørgeguide til patienter – angst og depression	88
Bilag 5:	Spørgeguide til pårørende.....	89
Bilag 6:	Anvendt søgestrategi til litteratursøgningen.....	90
Bilag 7:	Resultat af litteratursøgning	94
Bilag 8:	Andre tilbud til målgruppe for psykologordningen	108



Tabeller

Tabel 1: Anvendte registre og variable i analyserne af aktivitet, omkostninger og henvisningspraksis til tilskudsberettiget psykolog-behandling i praksissektoren.....	6
Tabel 2: Psykologer under ordningen med tilskudsberettiget psykologbehandling fordelt på årstal. (Antal ydernumre)	9
Tabel 3: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient fordelt på køn og årstal	12
Tabel 4: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient fordelt på aldersgruppe og årstal.....	15
Tabel 5: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient fordelt på henvisningsårsag og årstal.....	19
Tabel 6: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal.....	22
Tabel 7: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. kvindelig patient, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal	23
Tabel 8: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. mandlig patient, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal	23
Tabel 9: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal.....	26
Tabel 10: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. kvindelig patient, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal.....	26
Tabel 11: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. mandlig patient, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal.....	26
Tabel 12: Medianen og det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient fordelt på køn og kommunernes urbaniseringsgrad. 2013	28
Tabel 13: Det gennemsnitlige antal psykologer, som giver tilskudsberettiget psykologbehandling i praksissektoren pr. 100.000 personer, fordelt på urbanisering. 2013	28
Tabel 14: Antal patienter, som har modtaget psykologbehandling under tilskudsordningen, pr. ydernummer blandt psykologer fordelt på percentiler. 2011-2013.....	29
Tabel 15: Antal patienter, som har modtaget psykologbehandlinger for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på antal behandlinger og procenter. 2012-2013.....	30
Tabel 16: Antal patienter som har modtaget psykologbehandlinger for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på antal behandlinger og procenter. 2011-2013.....	30
Tabel 17: Omsætningen blandt ydernummerpsykologer for depression og angst pr. 31. august 2014 set i forhold til omsætningsgrænsen på 270.000 kr.	35
Tabel 18: Antal henvisninger til psykologbehandling under tilskudsordningen, pr. ydernummer (blandt alment praktiserende læger) fordelt på percentiler. 2011-2013.	37
Tabel 19: Antal ydernumre blandt alment praktiserende læger, som har henvist til psykologordningen fordelt på ydernumre med og uden samtaleterapi i årene 2011-2013.	38
Tabel 20: Antal henvisninger til psykologbehandling under tilskudsordningen, pr. ydernummer (blandt alment praktiserende læger) fordelt på percentiler, årstal og ydernumre med og uden samtaleterapi. 2011-2013.....	38
Tabel 21: De gennemsnitlige omkostninger pr. patient, som har modtaget psykologbehandling fordelt på alder og henvisningsårsag. 2013.	70

Figurer

Figur 1: Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling fordelt på køn og årstal	10
Figur 2: Det samlede antal psykologydelser fordelt på køn og årstal	11
Figur 3: De samlede omkostninger ved psykologydelser fordelt på køn og årstal. (1.000 kr.)	11
Figur 4: Det samlede antal patienter pr. 100.000 personer, som har modtaget psykologbehandling fordelt på aldersgrupper og årstal.....	13
Figur 5: Det samlede antal psykologydelser pr. 100.000 personer fordelt på aldersgrupper og årstal.....	14
Figur 6: De samlede omkostninger ved psykologydelser pr. 100.000 personer fordelt på aldersgrupper og årstal. (1.000 kr.)....	14
Figur 7: Det samlede antal psykologydelser (henvisningsårsag 1-9) pr. 100.000 børn og unge fordelt på aldersgrupper og årstal.....	16
Figur 8: Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling fordelt på henvisningsårsag og årstal	17
Figur 9: Det samlede antal psykologydelser fordelt på henvisningsårsag og årstal.....	18
Figur 10: De samlede omkostninger ved psykologydelser fordelt på henvisningsårsag og årstal.....	18
Figur 11: Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal.....	20
Figur 12: Det samlede antal kvindelige patienter, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal.	21
Figur 13: Det samlede antal mandlige patienter, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal.	21
Figur 14: Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal.....	24
Figur 15: Det samlede antal kvindelige patienter, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal.....	24
Figur 16: Det samlede antal mandlige patienter, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal.	25
Figur 17: Det samlede antal patienter pr. 100.000 personer fordelt på køn og kommunernes urbaniseringsgrad. 2013.....	27
Figur 18: Det samlede antal psykologydelser pr. 100.000 personer fordelt på køn og kommunernes urbaniseringsgrad. 2013.	27
Figur 19: Gennemsnitlig ventetid til psykologbehandling for alle henvisningsårsager, opgjort i uger.....	32
Figur 20: Gennemsnitlig ventetid til psykologbehandling, fordelt på henvisningsårsag, opgjort i uger	33
Figur 21: Ventetider til psykologbehandling under psykologordningen opgjort i uger, fordelt på antallet af psykologer i Danmark med pågældende antal ugers ventetid, november 2014.....	33



Figur 22: Median, udtrykt i uger, til psykologbehandling for angst og depression under psykologordningen, fordelt på regioner, 2014.....	34
Figur 23: Median for ventetid, udtrykt i uger, til psykologbehandling for henvisningsårsagerne 1-9 under psykolog-ordningen, fordelt på regioner, 2014.....	35
Figur 24. Det samlede antal patienter, som har modtaget en registreret 1. konsultation ved psykolog fordelt på henvisningsårsag og årstal	36
Figur 25: Kortlægning af søgeresultater	42



1. Resumé

Sundhedsstyrelsen har bedt Implement og KORA om at gennemføre en evaluering af Tilskudsordningen for psykologhjælp i praksissektoren til særligt udsatte grupper. Evalueringen skal bidrage 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.

Evalueringen har gjort brug af flere gensidigt supplerende datakilder og metoder: i) Registerdata omfattende antal psykologer aktivitet og omkostninger ved forbrug af tilskudsberettigede psykologydelser samt lægernes henvisningspraksis er baseret på data i perioden 2004-2013, 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 om erfaringer med effektivitet, organisering og omkostningseffektivitet og v) desk research om øvrige offentlige tilbud om samtalebaseret støtte til målgruppen.

Udviklingen i antal psykologer, der arbejder under ordningen

Antallet af ydernumre blandt psykologer er steget med 60 % fra 2003-2013 (fra 535 til 854). Der ses i perioden en forholdsvis stor variation i antal patienter pr. ydernummer (i 2013 er 10-percentilen 34 og 90-percentilen er 169 med en median på 90)

Udviklingen i aktiviteten og omkostninger ved ordningen

I 2013 er der ca. 84.300 patienter, som i alt modtager 479.100 tilskudsberettigede psykologydelser – og omkostningerne herved beløber sig til ca. 237 mio. kr. Såvel antal patienter, som antal ydelser og omkostninger herved er mere end fordoblet i perioden fra 2004 til 2013. Den mest markante stigning 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/seksexuelle 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.

Det gennemsnitlige forbrug af psykologydelser er steget let fra 2004 til 2013 (fra 5,4 ydelser til 5,7 ydelser pr. person i kalenderåret). De 0-14-årige og de 65+-årige har det gennemsnitlig mindste forbrug.

I 2013 er det ca. 55 % af de personer, som modtager tilskudsberettigede psykologydelser, der er i behandling for depression eller angst. I alt er der 5-6 %, som bliver genhenvist efter 12 psykologydelser, mens det er knap 60 % af dem, der er henvist for depression, der får mindre end seks psykologydelser i løbet af kalenderåret og 55 % af dem, der er henvist grundet angst.

Beskrivelse af metoder under psykologordningen 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-klientrelationsfaktorer.

Udvikling i ventetider til psykologbehandling i ordningen

Evalueringen viser, at der generelt er sket en stigning i ventetiden til ordningen frem mod medio 2014. Herefter stabiliserer ventetiden sig på gennemsnitligt syv uger. Ventetiden på behandling for angst og depression er noget længere og har siden medio 2013 ligger på mellem otte og ti uger. Der er en høj grad af spredning regionerne imellem. Region Midtjylland har generelt længere ven-



tetid end de øvrige regioner, men i forhold til angst og depression har også Region Hovedstaden lang ventetid. Endelig ser det ud som om, der kunne laves en mere effektiv fordeling af patienter, da kun meget få psykologer har nået omsætningsloftet.

Sammenfatning af eksisterende dokumentation for psykologordningens effekter

To tidligere undersøgelser af delelementer af psykologordningen fra Forskningsenheden For Almen Praksis indikerer, at psykologbehandlingen har positive effekter. Der kan dog ikke på baggrund af undersøgelseerne konkluderes i forhold til ordningens omkostningseffektivitet. I undersøgelseerne konstateres det, at der hersker usikkerhed i forhold til, om patienter henvist til behandling på baggrund af henvisningsårsag 10 og 11 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 behandler indførelsen af et webbaseret psykometrisk monitoreringssystem, der dog ikke på undersøgelsestidspunktet var 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. Dette vil på sigt også kunne bidrage til et tydeligere billede af ordningens omkostningseffektivitet.

Indblik i patienternes oplevelser og tilfredshed med ordningen

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 afholder nogle fra at tage i mod tilbud om psykologbehandlingen 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 vægtlægger at kunne finde en psykolog, som på det personlige plan passer til den enkelte.

Udviklingen i henvisningsmønster

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

Beregning af de økonomiske konsekvenser ved udvidelse af ordningen

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

Udviklingen i øvrige offentlige tilbud til de enkelte målgrupper for ordningen

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.

Analyse af øvrige behandlingstilbuds omkostningseffektivitet ift. psykologordningen

Der kan på det foreliggende grundlag ikke gennemføres egentlige cost-effektivitetsanalyser af psykologordningen set i forhold til øvrige behandlingstilbud. En sådan analyse vil kræve, at der gennemføres omfattende beregninger af omkostningseffektiviteter 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-ordningen 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.

Internationale erfaringer med omkostningseffektive tilbud om samtaleterapi til målgruppen

Det er i rapporten prioriteret at undersøge erfaringerne med den engelske IAPT-ordning, da denne på en række punkter kan sammenstilles med den danske psykologordning. Af erfaringerne med denne fremgår det, at ordningen har en række positive effekter. Erfaringerne understøtter de generelle positive danske erfaringer. 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.

Der arbejdes i IAPT-ordningen 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.

Samlet diskussion af mulige ændring af ordningen

I dette afsnit diskuteres fordele og ulemper ved eventuelle ændringer af psykologordningen i forhold til

- a) målgrupper og henvisningsårsager, hvor det drøftes om psykologordningen skal omfatte færre af de nuværende målgrupper, og om psykologordningen med fordel kunne udvides med andre målgrupper/henvisningsårsager.
- b) kompetencekrav og specialiseringsgrad hos psykologer under ordningen, hvor det blandt andet drøftes om der kan stilles volumenkrav til psykologerne, og om der kan stilles krav om kontinuerlig kompetenceudvikling.
- c) antal ydelser og praksis for visitation og re-visitiation, hvor muligheden for at der som udgangspunkt blev henvist til et færre antal psykologbesøg, med mulighed for udvidelse ved behov, diskuteres.

I diskussionen trækkes der på elementer fra alle de foregående delanalyser.

2. Baggrund

Tilskudsordningen for psykologhjælp i praksissektoren til særligt udsatte grupper (herefter kaldet psykologordningen) er over en årrække blevet udvidet til at omfatte stadig flere patientgrupper. Flere analyser har over årene stillet spørgsmål ved, om anvendelsen af ressourcerne sker bedst muligt, og det har senest fået regeringens psykiatriudvalg til at anbefale, at psykologordningen gennemgås med henblik på en faglig vurdering af relevante målgrupper, kriterier for henvisning og tidsbegrænsning¹.

¹ En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Rapport fra Regeringens udvalg om psykiatri, oktober 2013.

Blandt andet på den baggrund har Sundhedsstyrelsen igangsat en evaluering af tilskudsordningen for psykologhjælp i praksissektoren (psykologordningen), 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. Sundhedsstyrelsen har bedt Implement Consulting Group og KORA (ICG-KORA) om at gennemføre denne kortlægning og analyse.

2.1 Psykologordningen

Psykologordningen er målgruppebaseret og blev etableret som en forsøgsordning i 1992 for visse målgrupper. I 1995 blev ordningen afløst af en permanent ordning. Formålet med psykologordningen 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 og 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 i alderen 18-37 år.
- I 2011 blev personer med let til moderat angst i alderen 18-28 år omfattet af ordningen.
- Med virkning fra juli 2012 blev der ændret i alderskriterierne for depression henholdsvis angst (se efterfølgende beskrivelse af henvisningskriterier 10 og 11).

Psykologordningen har således ændret karakter og er gået fra alene at være en ordning i forbindelse med akut opståede krisesituationer - til også at omfatte psykologbehandling af personer med sygdommene angst og depression.

De personer, som i dag har ret til tilskud til psykologbehandling efter sundhedsloven, fremgår af bekendtgørelse nr. 663 af 25/06/2012² om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper.

Psykologordningen omfatter således personer som henvises med følgende årsager:

1. har været ofre for røveri, vold eller voldtægt
2. har været ofre for trafikulykker eller andre ulykker
3. er pårørende til alvorligt psykisk syge personer
4. er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
5. er pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
6. er pårørende ved dødsfald
7. har forsøgt selvmord
8. har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge
9. inden de er fyldt 18 år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb
10. har en let til moderat depression, 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 aldersgruppen fra 18-38 år.

² <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=142603>

2.2 Evalueringens karakter og form

Den samlede evaluering skal jf. opgavebeskrivelsen besvare en række konkrete delopgaver:

1. Udviklingen i antallet af psykologer, der arbejder under ordningen
2. Udviklingen i aktiviteten under psykologordningen og udviklingen over tid (antal patienter og antal ydelser) samt omkostninger herved
3. Beskrivelse af anvendte metoder inden for de 11 henvisningskategorier samt beskrivelse af evidens for effekten
4. Udviklingen i ventetider til behandling under psykologordningen
5. Eksisterende effekter af ordningen, herunder samfundsøkonomiske og sundhedsfaglige effekter
6. Patienttilfredshed og –oplevelser med ordningen
7. Udvikling i henvisningsmønstre til ordningen
8. Beregning af økonomiske konsekvenser ved at udvide ordningen til at omfatte børn og unge med depression og angst.
9. Udvikling i andre tilbud til målgrupperne samt overlap til psykologordningen
10. Analyse af, om andre tilbud er mere effektive efter LEON-princip
11. Internationale erfaringer vedr. omkostningseffektive tilbud om samtalerapi til målgruppen.
12. Samlet forslag til, hvordan kvaliteten i psykologordningen kan forbedres

ICG-KORAs evalueringstilgang har til disse opgaver omfattet en lang række datakilder af henholdsvis kvantitativ og kvalitativ karakter. Metoder og resultater heraf uddybes i de følgende afsnit.

ICG-KORA har set det som sin primære opgave at etablere et solidt grundlag for det efterfølgende arbejde 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.

Dette er den endelige afrapportering af arbejdet, og rapporten har følgende overordnede struktur:

1. Deskriptiv fremstilling af den del af kortlægningen af psykologordningen, der bygger på kvantitative data
2. Deskriptiv fremstilling af den del af kortlægningen af psykologordningen, der bygger på kvalitative data
3. Diskussion med udgangspunkt i centrale temaer opstillet af Sundhedsstyrelsen og identificeret i forbindelse med kortlægningen.

3. Kvantitativ dataindsamling og kortlægning

3.1 Formål

Formålet med dette afsnit er at præsentere datagrundlaget, de metodiske overvejelser samt resultatet af databearbejdning omfattende fire delopgaver (jf. ovenstående nummerering), herunder:

1. Udvikling i antallet af psykologer med ydernummer, der arbejder under psykologordningen
2. Udviklingen i aktiviteten under psykologordningen og udviklingen over tid (antal patienter og antal ydelser) samt omkostninger herved
4. Udviklingen i ventetider til behandling under psykologordningen
7. Udvikling i de praktiserende lægers henvisningspraksis til ordningen

3.2 Datagrundlag

I dette afsnit redegøres for datagrundlaget for de kvantitative analyser.

3.2.1 Opgørelse af antal psykologer, aktivitet under, omkostninger ved og henvisninger til psykologordningen

Analyserne af henholdsvis aktivitet under og omkostninger forbundet med psykologordningen er baseret på registerdata indsamlet på i) individniveau for personer, som er blevet henvist til og/eller har modtaget psykologbehandling efter tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren, ii) unikke ydernumre for praktiserende læger, som henviser til ordningen henholdsvis iii) unikke ydernumre for psykologer, som yder psykologbehandling efter ordningen. Indsamlingsperioden dækker som udgangspunkt 1. januar 2003 – 31. december 2013.

Til at analysere udviklingen i antal psykologer (antal ydernumre) er der brugt udtræk fra Yderregisteret. Udtræk fra henholdsvis CSC Scandihealth (leveret af Danske Regioner) og Sygesikringsregisteret er brugt med henblik på at analysere udviklingen i aktivitet (antal patienter og antal psykologer) og omkostninger ved psykologbehandling under ordningen. Vi har som udgangspunkt anvendt data fra CSC Scandihealth, idet disse har oplysninger om henvisningsårsager på et disaggregeret niveau for de 11 henvisningsårsager, men her har det kun været muligt at få data for 2004-2013. En samkøring af data fra Yderregister og Sygesikringsregister er anvendt til estimering af almen praktiserende lægers henvisningspraksis til tilskudsberettiget psykologbehandling.

De respektive registre og deres anvendelse samt de anvendte variable i denne rapport fremgår af Tabel 1: Anvendte registre og variable i analyserne af aktivitet, omkostninger og henvisningspraksis til tilskudsberettiget psykologbehandling i praksissektoren Tabel 1.

Tabel 1: Anvendte registre og variable i analyserne af aktivitet, omkostninger og henvisningspraksis til tilskudsberettiget psykologbehandling i praksissektoren

Register (navn)	Beskrivelse af register	Brug i analysen	Variable
Yderregisteret; Statens Serum Institut	Yderregistret indeholder oplysninger om ydere under sygesikringen.	Der er lavet udtræk af ydere med specialerne almen lægehjælp (c-hspec = 80) og psykologhjælp (c_hspec = 63) med angivelse af ydernummer	v_cpr c_hspec k_ynr c_ynr
Sygesikringsregisteret, Statens Serum Institut	Sygesikringsregisteret indeholder oplysninger om kontakter hos behandlere med aftale i henhold til Sygesikringen – dette er også tilfældet for data fra CSC Scandihealth	Antal patienter, antal psykologbehandlinger og omkostninger ved psykologbehandling opgøres og fordeles på baggrund af oplysninger om køn, alder, henvisningsårsag og urbaniseringsgrad. Sidstnævnte er baseret på en inddeling af landets kommuner i fire klasser, som er brugt i Det danske landdistriktsprogram 2007-2013 ^a .	v_cpr v_alder c_sikkon v-kontakt v_antyd c_ydelsesnr v_brutto v_honaar v_honuge c_speciale c_ynr c_henynr c_ykom c_sikrkom

Kilde: Baseret på oplysninger i Yderregisteret og Sygesikringsregisteret.

a: Reference: Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2008, Det danske landdistriktsprogram 2007-2013. København: Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri.

Der skal gøres opmærksom på, at der ikke er fuldstændig overensstemmelse mellem data leveret af Danske Regioner og udtræk leveret af Statens Serum Institut. Antallet af personer og dermed det tilhørende antal psykologbehandlinger er ubetydeligt højere for data leveret af Danske Regioner (mindre end tre promille i 2013). Dette kan formentlig tilskrives, at der løbende kommer rettelser, som ikke opdateres samtidigt. Hertil kommer, at der også kan være mindre forskelle i bearbejdningen af data. Vurderingen er, at det ingen betydning har for de overordnede resultater og fortolkningen heraf.



Herudover skal det bemærkes, at udtræksdata fra Danske Regioner er leveret med fordeling på køn og fast afgrænsede 5-års aldersgrupper, hvilket betyder, at det ikke er muligt at angive fx median-værdier eller standard afvigelser og ej heller at ændre i afgrænsningen af aldersgrupperne.

Endelig er der ved levering af data til brug for nærværende rapport foretaget ændringer for 2011, som ikke fremgår af Sygesikringsregisterets data. En del af de af psykologerne registrerede ydelseskoder for 2. og efterfølgende konsultationer for henvisningsårsagerne 1-9 (kode 111) er ændret til 2. og efterfølgende konsultation (kode 211) for henvisningsårsagen depression (10), således at der er overensstemmelse med henvisningsårsager. Sidstnævnte er ikke en variabel i Sygesikringsregisteret, hvorfor det ikke er muligt at foretage opgørelser for depression på basis af Sygesikringsregisterets data i 2011.

3.2.2 Opgørelse af ventetider

Ventetiden til psykologbehandling er ligeledes et væsentligt element i en samlet evaluering af psykologordningen. Der er to primære datakilder til en beskrivelse af udviklingen i ventetiden:

- Det følger af overenskomst for psykologhjælp §25 stk. 3, at alle psykologer med ydernummer skal oplyse deres gennemsnitlige ventetid til første kontakt på sundhed.dk. Kun ventetid for ikke-akutte patienter skal indberettes, og oplysningerne skal opdateres minimum hver anden måned. Det har siden 1. juni 2014 været muligt at registrere ventetid både for henvisningsårsag 1-9 og for henvisningsårsager 10 og 11.
- Dansk Psykolog Forening har indsamlet ventetider på forskellige tidspunkter siden udgangen af 2011 ved anvendelse af spørgeskemaer til alle psykologer med et ydernummer.

Der foreligger således ikke mulighed for at kortlægge ventetider til psykologbehandling i et længere historisk perspektiv.

3.3 Metode og metodiske forbehold

3.3.1 Opgørelse af antal psykologer, aktivitet under, omkostninger ved og henvisninger til psykologordningen

Delopgave 1 har til formål at identificere omfanget af ordningen med tilskudsberettiget psykologbehandling. Vi har identificeret antal psykologer, der arbejder under overenskomst med sygesikringen, via unikke ydernumre i Yderregisteret for årene 2003-2013.

Delopgave 2 har til formål at beskrive udviklingen i aktivitet og omkostninger. Disse afrapporteres for årene 2004-2013 på basis af data leveret af Danske Regioner, som har fået udtræk fra CSC Scandihealth.

Analyserne af den samlede aktivitet (antal personer og antal psykologbehandlinger) og omkostninger er foretaget for den samlede kohorte samt stratificeret på køn med efterfølgende beregninger af gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient pr. kalenderår (de reelle ydelsesforløb er længere). For henvisningsårsagerne 1-9 er der yderligere foretaget en opgørelse af antal ydelser for de yngste aldersgrupper (0-19 år) fordelt på 5-års-aldersgrupper. Herefter er aktiviteten, omkostningerne og det gennemsnitlige antal psykologbehandlinger fordelt på:

- Aldersgrupper (0-14; 15-24; 26-34; 35-44 65-74 og 75+-årige) og årstal
- Henvisningsårsager (1-11) og årstal

Efterfølgende er henvisningsårsagerne depression (henvisningsårsag 10) og angst (henvisningsårsag 11) analyseret i forhold til aktiviteten og omkostningerne og disses fordeling på aldersgrupper og årstal henholdsvis det gennemsnitlige antal psykologydelsers fordelt på køn og årstal.

Aktiviteten er yderligere blevet fordelt efter graden af urbanisering i den kommune, hvori patienten er bosiddende. Datagrundlaget herfor er for 2013 fra Sygesikringen samt en inddeling af de danske kommuner i fire klasser (bykommuner, mellemkommuner, landkommuner og yderkommuner) baseret på Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeris klassifikation i landdistriktsprogrammet (2008).³

Med henblik på at gøre aktiviteten sammenlignelig hen over årene og mellem henvisningsårsager er denne opgjort pr. 100.000 personer. Oplysninger om den samlede danske populations størrelse (antal personer) og dens fordeling på køn er baseret på udtræk fra Statistikbanken.dk. pr. 1. januar i givne år. Det skal yderligere bemærkes, at omkostningerne ikke er pristalsreguleret.

Endelig er der foretaget en analyse af udviklingen i antallet af lægelige genhenvisninger til psykologbehandling for henholdsvis depression (henvisningsårsag 10) henholdsvis angst (henvisningsårsag 11) i årene 2012-2013 (yderligere indgår tal for 2011 for angst). Opgørelsen er baseret på antal psykologbehandlinger, som overskrider 12 behandlinger for angst henholdsvis depression i det givne år. Herudover er der gennemført en analyse af det gennemsnitlige antal af psykologydelser pr. patient.

3.3.2 Opgørelse af ventetider

Delopgave 4 har til formål at opgøre ventetiden til behandling under psykologordningen. Såvel data fra Sundhed.dk, hvor psykologerne løbende indberetter ventetid til som data indsamlet ved spørgeskemaundersøgelser risikerer at være præget af usikkerhed, idet begge typer af dataindsamling beror på *forventninger* til ventetiden og ikke den *faktisk observerede* ventetid.

Den ventetid, der angives på både sundhed.dk og i spørgeskemaundersøgelserne gennemført af Dansk Psykologforening er den enkelte psykologs forventning til ventetid baseret på psykologens kalender på et givet, fast tidspunkt en gang hver anden måned. Denne kan afvige fra den faktiske tid, som patienterne reelt venter. Problemstillingen kendes også fra det somatiske sygehusvæsen, hvor analyser imidlertid viser, at uoverensstemmelsen mellem *faktisk* og *forventet* ventetid er begrænset. Derfor er det også vurderingen i nærværende rapport, at de forventede ventetider er det bedst mulige estimat for den faktiske ventetid.

Usikkerheden ved psykologernes indberetninger betyder imidlertid, at data skal tolkes med en vis forsigtighed. I forbindelse med diskussionen af ventetiderne sammenholdes de kvantitative data således også med udsagn fra interviewrunden, således at der kan gives et mere kvalificeret billede af ventetiden og ventetidens betydning/konsekvens.

3.3.3 De praktiserende lægers henvisningspraksis til ordningen

Delopgave 7 har til formål at beskrive udviklingen i lægernes henvisninger til ordningen. Det er imidlertid ikke muligt at benytte de registrerede henvisningsdatoer som grundlag herfor, idet der ikke er konsistens mellem henvisningstidspunkt og dato for registreringen af 1. konsultation. Udviklingen i lægernes henvisninger er derfor baseret på de registrerede 1. behandlinger fordelt på henvisningsårsagerne 1-11. Disse afrapporteres for årene 2004-2013 på basis af de af Danske Regioner leverede data.

Efterfølgende er antal henvisninger pr. ydernumre blandt alment praktiserende læger estimeret for perioden 2011-2013 med angivelse af percentiler på basis af data fra Sygesikringsregisteret. For at analysere udviklingen i henvisninger fra alment praktiserende læger (baseret på ydernumre), som tilbyder samtalerapi, benyttes et design som i Olsen et. al. (2008). I delanalyse 2 er alle personer med en kontakt hos en praktiserende psykolog identificeret. Koderne for første konsultation bruges

³ Klassifikationssystemet er baseret på 14 indikatorer med henblik på at belyse den strukturelle, økonomiske og demografiske situation i landets 98 kommuner.

til at identificere behandlingsforløb hos praktiserende psykolog. Behandlingsforløb kobles via variabelen "henvisende yder" til ydernumre for den henvisende praktiserende læge. Alle henvisninger summeres for de enkelte praktiserende læger og kobles med Yderregisteret. Dette giver mulighed for at beskrive den samlede udvikling i antallet af henvisninger pr. praktiserende læge (ydernumre) med fordeling på henvisende alment praktiserende læger, som tilbyder samtaleterapi og praktiserende læger, der ikke gør. Der gøres opmærksom på, at et mindre antal første konsultationer er udeladt af opgørelserne, idet den henvisende praktiserende læges ydernummer ikke fremgår af datagrundlaget.

3.4 Resultater

3.4.1 Udvikling i antallet af ydernumre blandt psykologer

Antallet af psykologer, som har arbejdet under ordningen med tilskudsberettiget psykologbehandling efter overenskomst med Sygesikringen fremgår af nedenstående Tabel 2.

Tabel 2: Psykologer under ordningen med tilskudsberettiget psykologbehandling fordelt på årstal. (Antal ydernumre)

Årstal	Antal ydernumre	Årlig procentvis stigning i perioden
2003	535	-
2004	549	3
2005	627	14
2006	648	3
2007	648	0
2008	730	13
2009	786	8
2010	799	2
2011	803	1
2012	839	4
2013	854	2
Stigning i perioden fra 2003-2013	319	60

Kilde: Baseret på udtræk af fra Yderregisteret.

Det fremgår af Tabel 2, at der i 2003 var 535 unikke ydernumre blandt psykologerne, mens dette antal var steget til 854 i 2013, hvilket er en absolut stigning på 319 ydernumre henholdsvis en relativ stigning på 60 %. Det ses af tabellen, at de årlige ændringer varierer mellem 0 og 14 procent hen over årene.

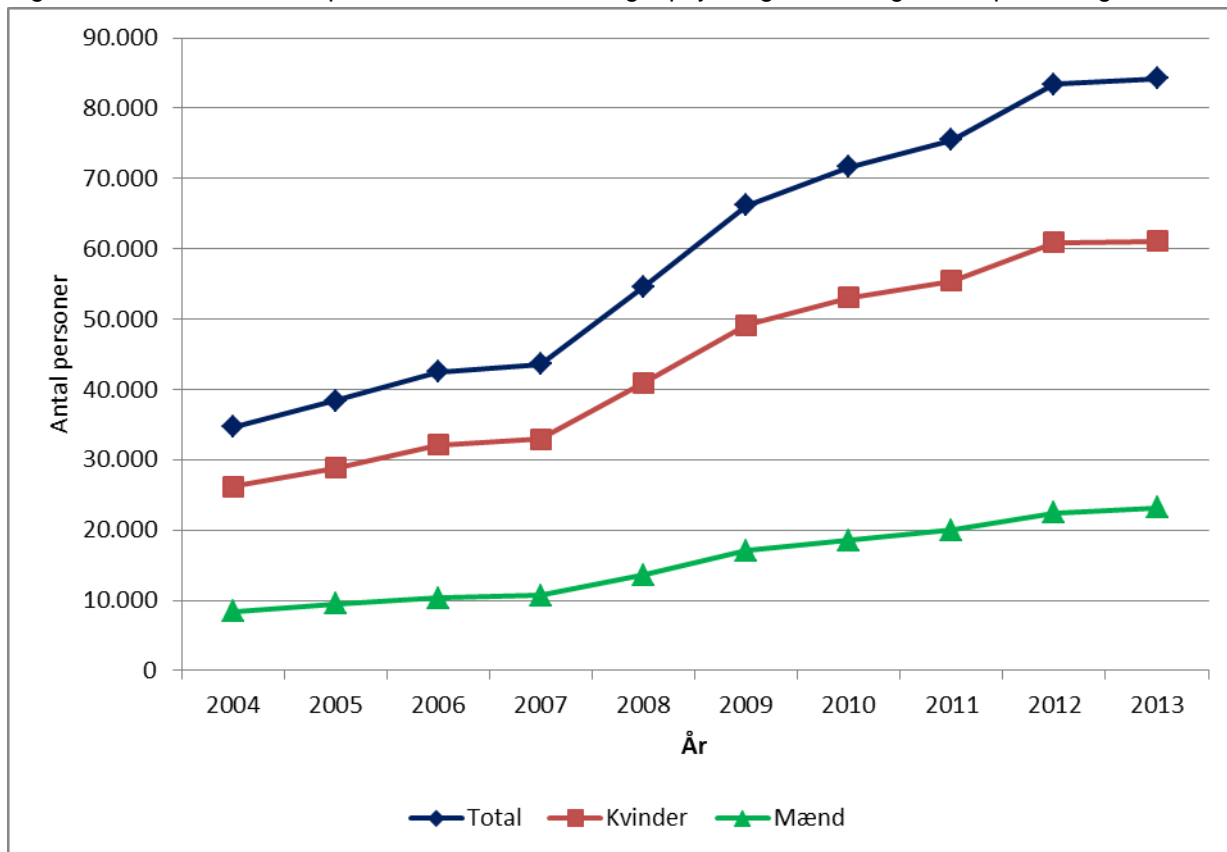
Der gøres opmærksom på, at antallet af ydernumre er højere i Moderniseringsstyrelsen rapport (2013), idet det fremgår, at der i 2012 var tildelt 851 ydernumre (versus 839 ydernumre ifølge denne rapport's opgørelse) henholdsvis 801 ydernumre i 2008-2011 (versus denne rapport's opgørelser, som har følgende antal ydernumre: 730 ydernumre i 2008, 786 i 2009, 799 i 2010 henholdsvis 803 ydernumre i 2011). Forskellen kan formentlig tilskrives, at der er en diskrepans i tildelte antal ydernumre og antal ydernumre, som har været aktive i et givent år.

3.4.2 Udviklingen i aktivitet og økonomi under ordningen fra 2003-2013

Antal personer, antal ydelser og omkostninger: Fordeling på køn og år

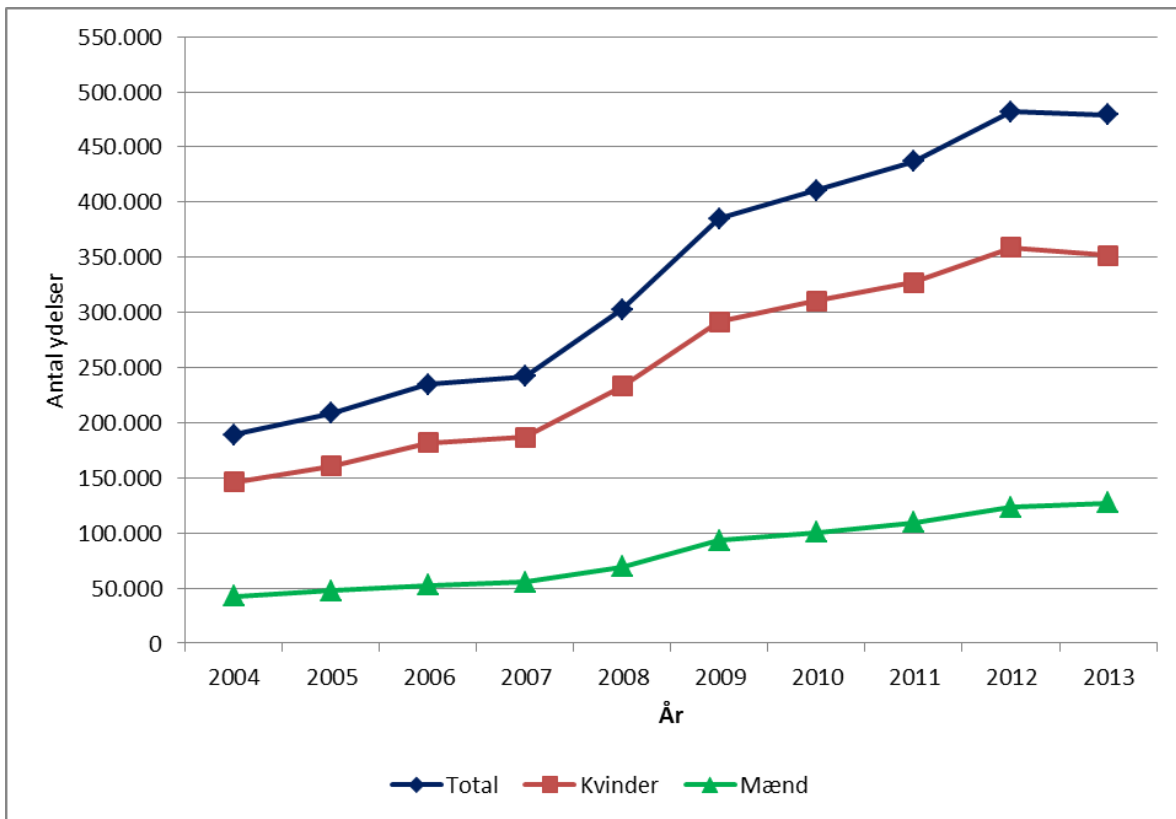
I de følgende figurer 1-3 ses udviklingen fra 2004 til 2013 i antallet af patienter, antal ydelser og omkostninger ved brug af tilskudsbehandlingen for psykologbehandling i praksissektoren. I alle tilfælde er der foretaget en fordeling på køn.

Figur 1: Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling fordelt på køn og årstal



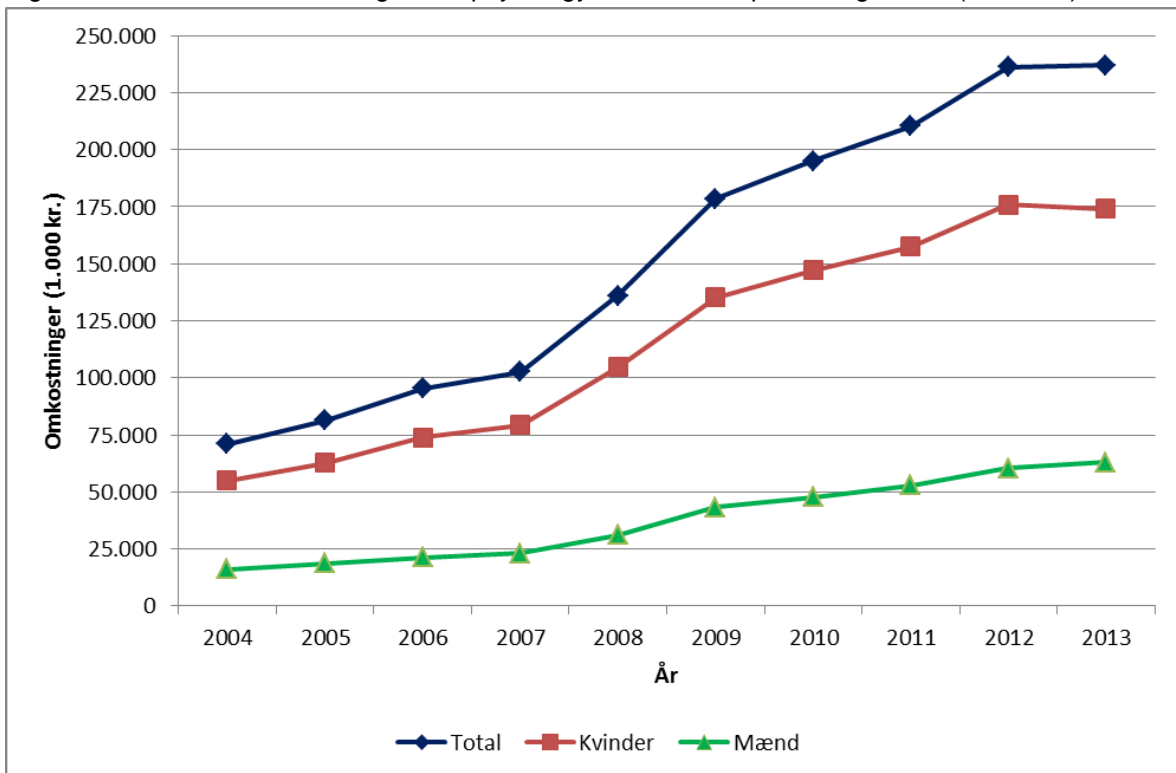
Kilde: CSC Scandihealth.

Figur 2: Det samlede antal psykolydelser fordelt på køn og årstal



Kilde: CSC Scandihealth.

Figur 3: De samlede omkostninger ved psykolydelser fordelt på køn og årstal. (1.000 kr.)



Kilde: CSC Scandihealth.

Der ses en forholdsvis ensartet udvikling i hele den 10-årige periode for det samlede antal personer, antal ydelser og omkostningerne ved ordningen, jf. de foregående figurer 1-3.

I hele perioden er der flere kvinder end mænd, som modtager psykologbehandling.

Det samlede antal personer, der modtager psykologbistand er fra 2004 til 2013 øget med ca. 143 % (fra ca. 34.700 i 2004 til 84.300 i 2013), antallet af ydelser er øget med ca. 154 % (fra ca. 188.800 i 2004 til 479.100 i 2013), og de samlede omkostninger er øget med ca. 234 % (fra 71,1 mio. kr. i 2003 til 237,1 mio. kr. i 2013). Denne relativt større stigning i omkostninger sammenlignet med stigningen for antal personer henholdsvis antal ydelser kan tilskrives prisregulering af psykologernes honorar.

Udviklingen fra 2004 til 2013 er overordnet set sket i fire tempi: i) 2004- 2007, ii) 2007-2009, iii) 2009-2012 og iv) 2012-2013:

- i. Perioden 2004-2007:
 - Antal personer er steget med 26 % (fra ca. 34.700 personer til ca. 43.600 personer),
 - Antal ydelser er steget med 28 % (fra ca. 188.800 ydelser til ca. 242.000 ydelser)
 - Omkostningerne er steget med 44 % (fra ca. 71,1 mio. kr. til ca. 102,5 mio. kr.)
- ii. Perioden 2007-2009:
 - Antal personer er steget med 52 % (fra ca. 43.600 personer til ca. 66.200 personer)
 - Antal ydelser er steget 59 % (fra ca. 242.000 ydelser til ca. 384.900 ydelser)
 - Omkostningerne er steget med 74 % (fra ca. 102,5 mio. kr. til 178,6 mio. kr.)
- iii. Perioden 2009-2012:
 - Antal personer er steget med 26 % (fra ca. 66.200 til ca. 83.400 personer)
 - Antal ydelser er steget med 25 % (fra ca. 384.900 ydelser til ca. 481.900 ydelser)
 - Omkostningerne er steget med 32 % (fra ca. 178,6 mio. kr. til ca. 236,3 mio. kr.)
- iv. Fra 2012 til 2013 er der sket en udfladning af udviklingen for både antal personer, antal ydelser og omkostninger.

I forbindelse med den forholdsvis markante stigning for perioden 2007-2009 skal det bemærkes, at der fra 2008 blev mulighed for at henvise til psykologordningen for let til moderat depression, og tilsvarende at det i 2011 blev muligt at henvise til ordningen grundet let til moderat angst.

I Tabel 3 ses det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient fordelt på køn og årstal.

Tabel 3: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient fordelt på køn og årstal

Køn	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kvinder	5,6	5,6	5,6	5,7	5,7	5,9	5,8	5,9	5,9	5,8
Mænd	5,0	5,0	5,1	5,2	5,1	5,5	5,4	5,5	5,5	5,5
Total	5,4	5,4	5,5	5,5	5,5	5,8	5,7	5,8	5,8	5,7

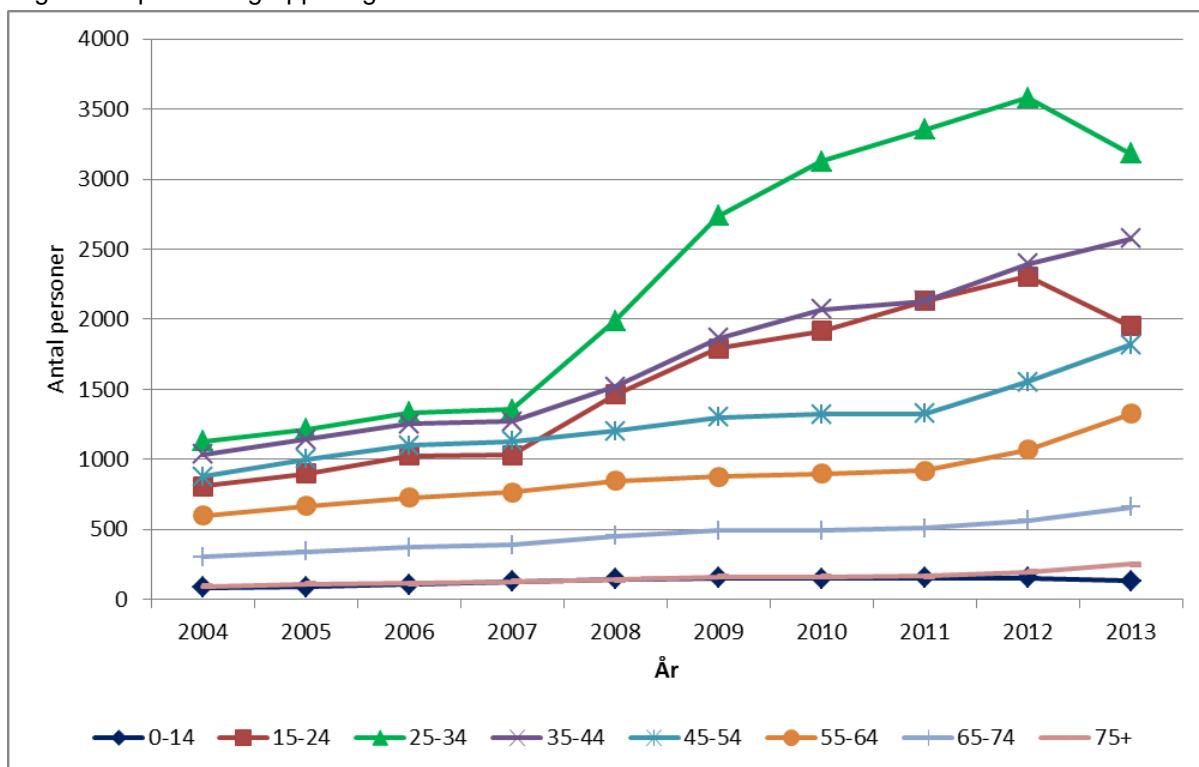
Kilde: CSC Scandihealth

Af Tabel 3 ses det at der er en mindre stigning i det gennemsnitlige antal psykologydelser fra 2004 til 2013. Denne er på ca. 3 % for kvinderne (fra gennemsnitlig 5,6 ydelser i 2004 til 5,8 ydelser i 2013) henholdsvis 9 % for mændene (fra gennemsnitlig 5,0 ydelser i 2004 til 5,5 ydelser i 2013). Kvindernes gennemsnitlige forbrug af psykologydelser er i alle årene 0,3 - 0,6 ydelser højere end mændenes.

Antal patienter, antal ydelser og omkostninger: Fordeling på aldersgrupper og årstal

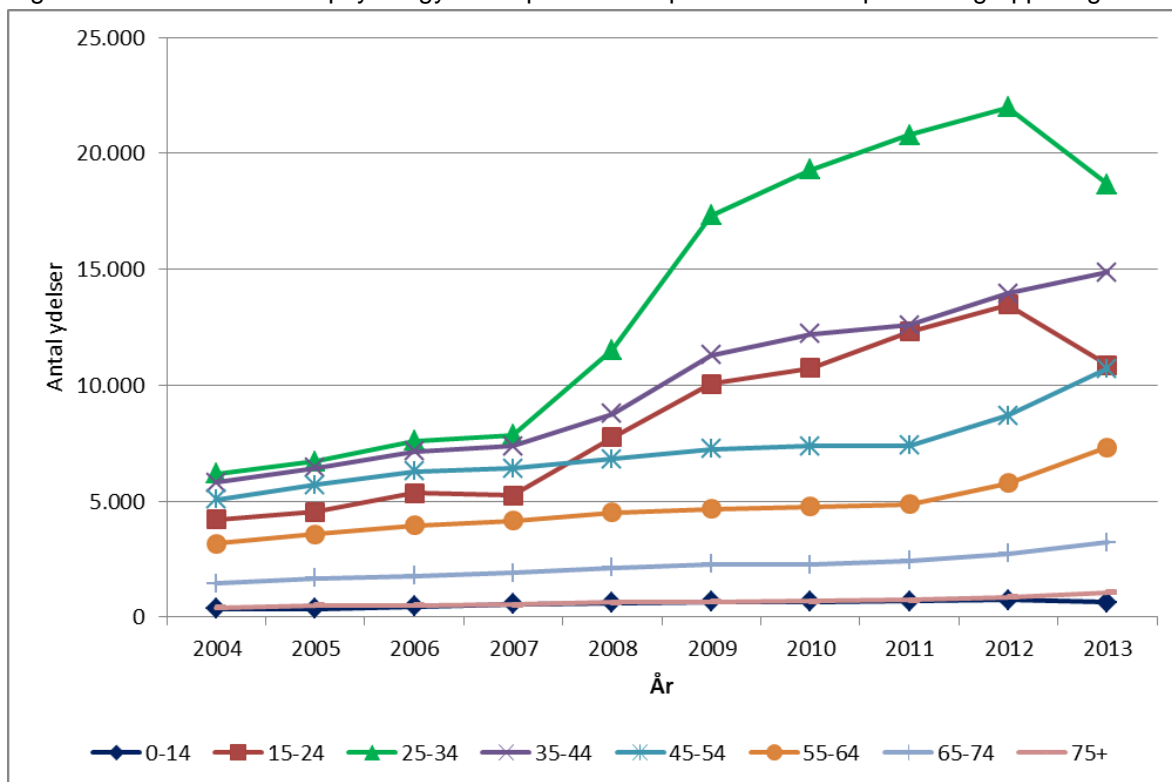
I de følgende figurer Figur 4-Figur 6 ses udviklingen i antallet af patienter, antal ydelser og omkostninger i forbindelse med psykologordningen pr. 100.000 personer, fordelt på aldersgrupperne: 0-14-årige og herefter 10-års aldersgrupper frem til de 75+-årige. Denne aldersjustering gør det muligt at foretage sammenligning mellem aldersgrupperne. I bilagsfigurerne 4-6 kan udviklingen i antal patienter, antal ydelser og omkostninger aflæses uden aldersjustering.

Figur 4: Det samlede antal patienter pr. 100.000 personer, som har modtaget psykologbehandling fordelt på aldersgrupper og årstal



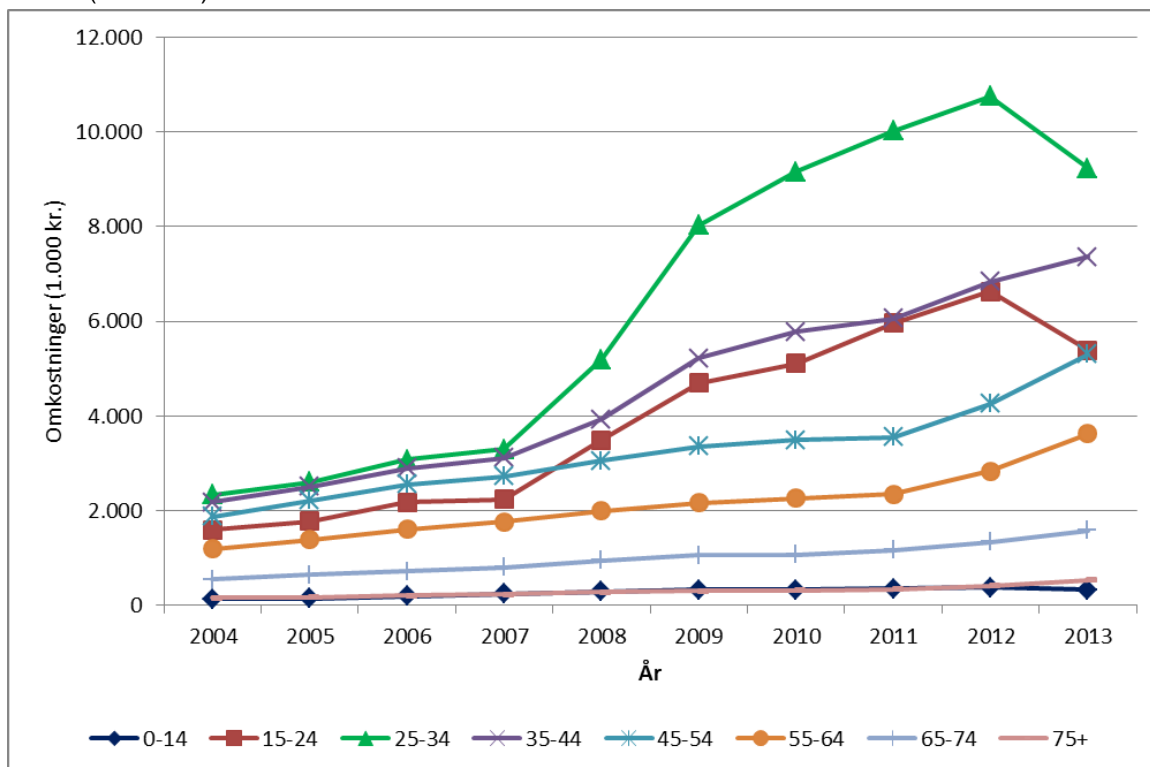
Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken.

Figur 5: Det samlede antal psykologydelser pr. 100.000 personer fordelt på aldersgrupper og årstal



Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken.

Figur 6: De samlede omkostninger ved psykologydelser pr. 100.000 personer fordelt på aldersgrupper og årstal. (1.000 kr.)



Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken.

Udviklingen i den 10-årige periode for det samlede antal personer, antal ydelser og omkostningerne herved adskiller aldersgrupperne imellem (figurerne Figur 4-Figur 6). Den mest markante stigning ses for de 15-24-årige og de 25-34 årige i perioden 2007-2012. Det bør i denne forbindelse erindres, at det i 2008 blev muligt at henvise de 18-37-årige for let til moderat depression og de 18-28-årige for let til moderat angst i 2011 – hvorefter der fra juli 2012 ikke er nogen øvre aldersgrænse ved depression samtidig med, at den øvre aldersgrænse blev hævet med ti år for angst. For begge aldersgrupper ses der et fald fra 2012 til 2013, både hvad angår antal personer, antal ydelser og omkostninger.

I Tabel 4 ses det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient fordelt på aldersgrupper.

Tabel 4: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient fordelt på aldersgruppe og årstal

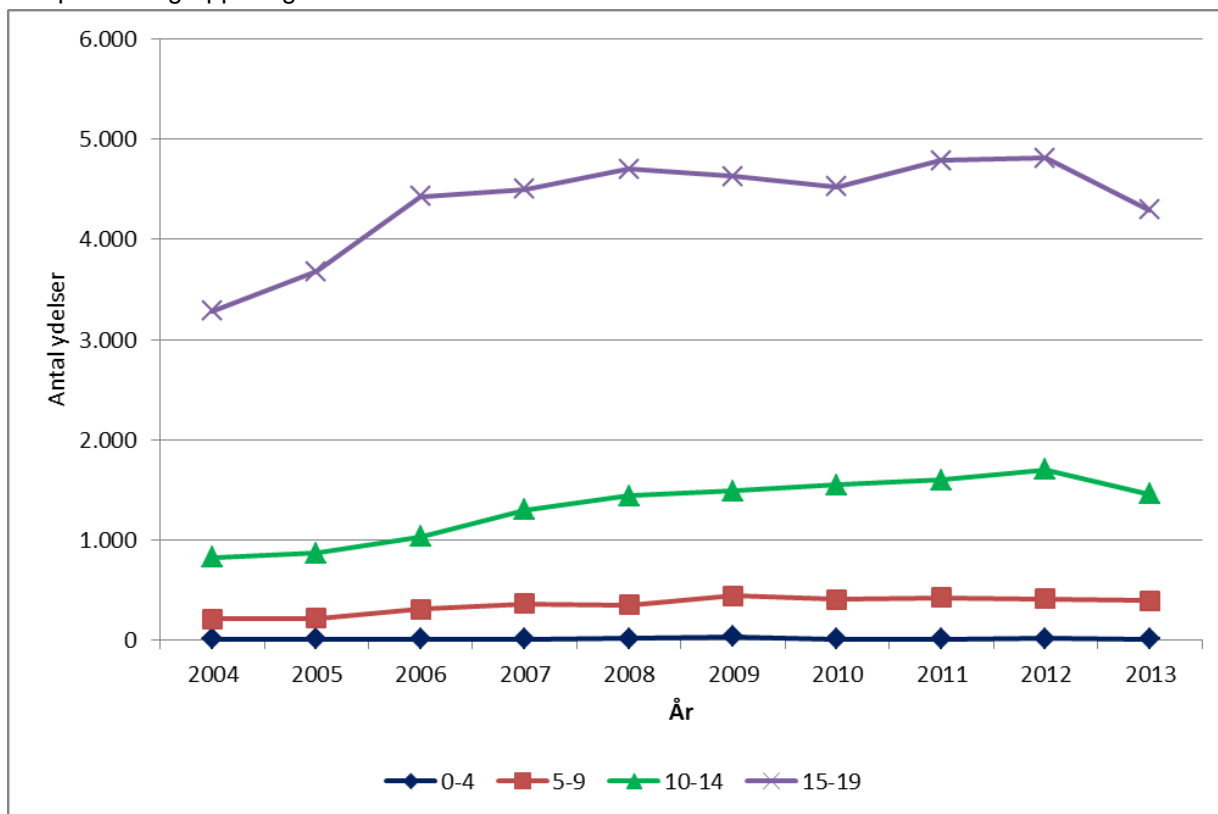
Aldersgrup	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14	4,2	4,1	4,3	4,5	4,4	4,4	4,5	4,5	4,7	4,8
15-24	5,2	5,0	5,2	5,1	5,3	5,6	5,6	5,8	5,9	5,6
25-34	5,5	5,5	5,7	5,8	5,8	6,3	6,2	6,2	6,1	5,9
35-44	5,6	5,6	5,7	5,8	5,8	6,1	5,9	5,9	5,8	5,8
45-54	5,8	5,7	5,7	5,7	5,7	5,6	5,6	5,6	5,6	5,9
55-64	5,3	5,4	5,4	5,4	5,3	5,3	5,3	5,3	5,4	5,5
65-74	4,7	4,9	4,8	4,9	4,7	4,7	4,6	4,8	4,9	4,9
75+	4,4	4,6	4,4	4,4	4,5	4,2	4,2	4,4	4,5	4,3
Total	5,4	5,4	5,5	5,5	5,5	5,8	5,7	5,8	5,8	5,7

Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken.

Det gennemsnitlige antal psykologydelser er steget jf. tidligere beskrivelse af Tabel 3. Af Tabel 4 fremgår det yderligere, at der for alle aldersgrupper undtagen de 75+-årige er sket en stigning i det gennemsnitlige antal psykologydelser fra 2004 til 2013. Størst er stigningen for de 0-14-årige (13 %: 4,2 ydelser i 2004 versus 4,8 ydelser i 2013). For de øvrige aldersgrupper (15-74 år) er stigningen på 2-7 %. Det fremgår herudover af Tabel 4, at de yngste (de 0-14-årige) samt de ældste (de 65+-årige) i alle årene har et gennemsnitligt forbrug af psykologydelser, som er mindre end 5,0 ydelser.

I Figur 7 ses udviklingen i det samlede antal psykologydelser, når børn og unge (0-19-årige), som er henvist grundet henvisningsårsagerne 1-9, er fordelt på 5-års-aldersgrupper og årstal (opgørelserne omfatter også 18-19-årige, idet data som tidligere beskrevet er leveret på aggregeret niveau i 5-års aldersgrupper). I Bilagsfigur 7 kan udviklingen i antal ydelser for børn og unge med henvisningsårsagerne 1-9 aflæses uden aldersjustering.

Figur 7: Det samlede antal psykologydelser (henvisningsårsag 1-9) pr. 100.000 børn og unge fordelt på aldersgrupper og årstal.



Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken.

Det årlige antal psykologydelser til børn og unge (0-19-årige) stiger med alderen uanset årstal. Udviklingen i det samlede antal psykologydelser i perioden 2004 til 2013 adskiller sig for aldersgrupperne (Figur 7):

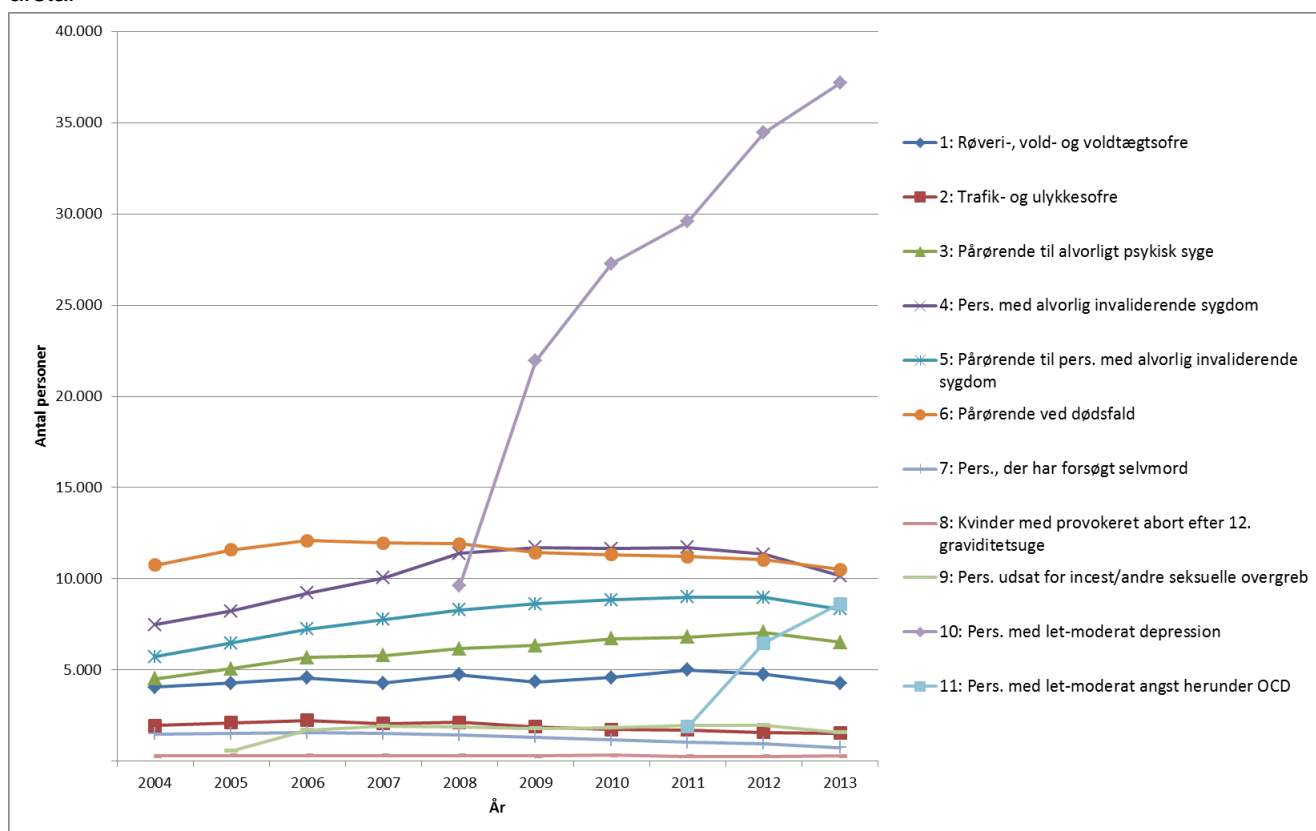
- De 0-4-årige modtager i alle årene (2004-2013) samlet set mindre end 37 psykologydelser pr. 100.000 personer, idet det samlede årlige antal psykologydelser fluktuerer mellem 12 og 36 ydelser pr. 100.000 personer
- For de 5-9-årige gør det sig gældende, at de i 2004 i alt modtager ca. 220 ydelser pr. 100.000 personer. Dette antal stiger næsten jævnt frem til 2009, hvor aldersgruppen modtager ca. 450 psykologydelser pr. 100.000 personer (en stigning på ca. 107 % fra 2004 til 2009). Herefter falder antallet til ca. 400 ydelser pr. 100.000 personer i 2013 (et fald på ca. 11 % fra 2009 til 2013).
- For de 10-14-årige stiger det samlede årlige antal ydelser fra ca. 830 pr. pr. 100.000 personer i 2004 til ca. 1.440 i 2008 (en stigning på ca. 74 % fra 2004 til 2008). Herefter flader stigningen ud frem til 2012, hvor det samlede antal ydelser er på ca. 1.710 ydelser pr. 100.000 personer (en stigning på ca. 18 % fra 2008 til 2012). I 2013 er antallet af psykologydelser faldet til ca. 1.460 psykologydelser pr. 100.000 personer, hvilket ligger under niveauet for 2008 (et fald på ca. 15 % fra 2012 til 2013). For den ældste aldersgruppe – de 15-19-årige - gør det sig gældende, at den i alt modtager ca. 3.290 ydelser pr. 100.000 personer i 2004. Dette antal stiger forholdsvis jævnt frem til 2008, hvor aldersgruppen samlet set modtager ca. 4.700 psykologydelser pr. 100.000 personer (en stigning på ca. 43 % fra 2004 til 2008). Frem til 2012 er dette antal næsten uændret (ca. 4.810 ydelser i 2012), hvorefter antallet falder til ca. 4.290 psykologydelser pr. 100.000 personer (et fald på ca. 11 % fra 2012 til 2013).

I 2013 var der i alt 5.892 børn og unge, som modtog tilskudsberettiget psykologbehandling. Disse fordeler sig på 11 børn i alderen 0-4-år, 270 i alderen 5-9-år, 1.026 børn i alderen 10-14-år henholdsvis 4.585 unge i alderen 15-19-år.

Antal personer, antal ydelser og omkostninger: Fordeling på henvisningsårsag og årstal

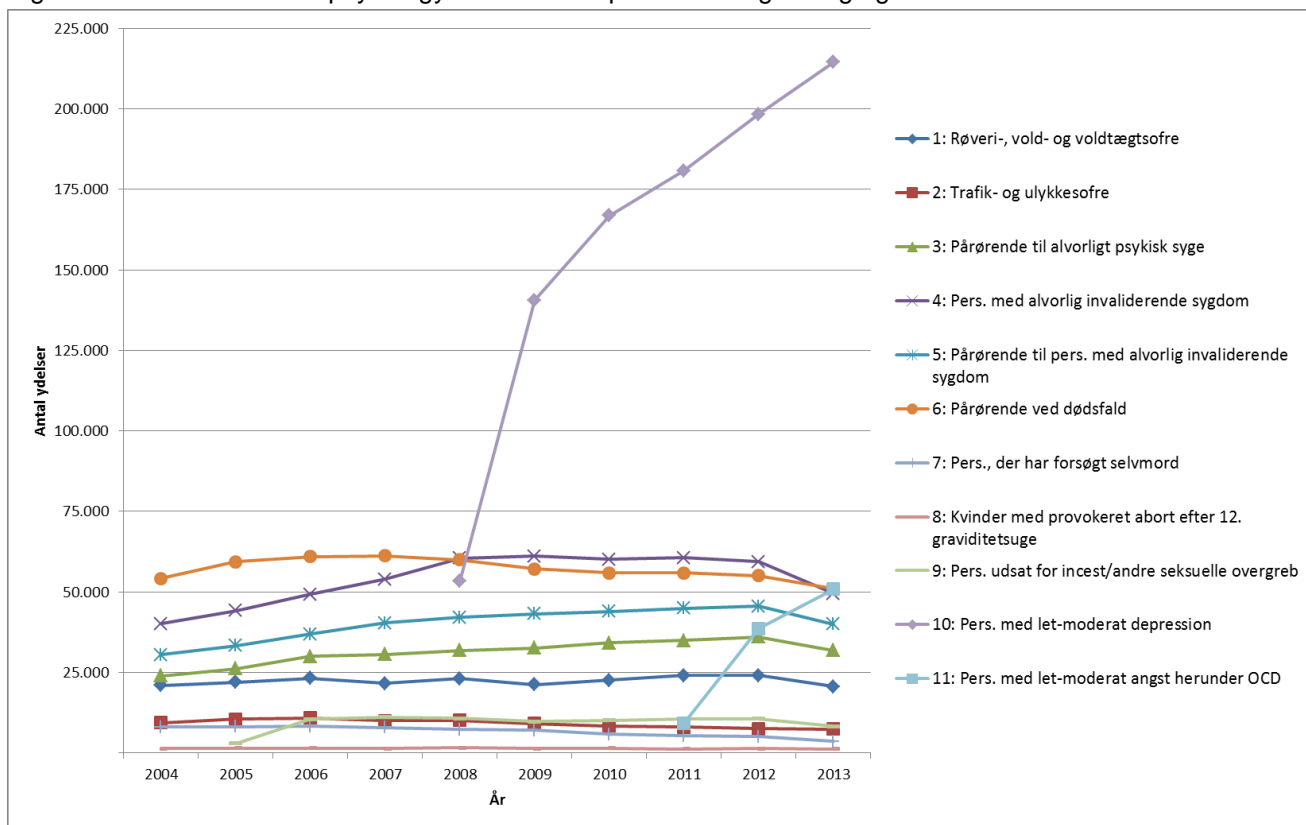
I de følgende tre figurer Figur 8, Figur 9 og Figur 10 ses udviklingen fra 2004 til 2013 i antallet af patienter, antal ydelser og omkostninger ved brug af tilskudsordningen, når der er foretaget en fordeling på henvisningsårsager.

Figur 8: Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling fordelt på henvisningsårsag og årstal



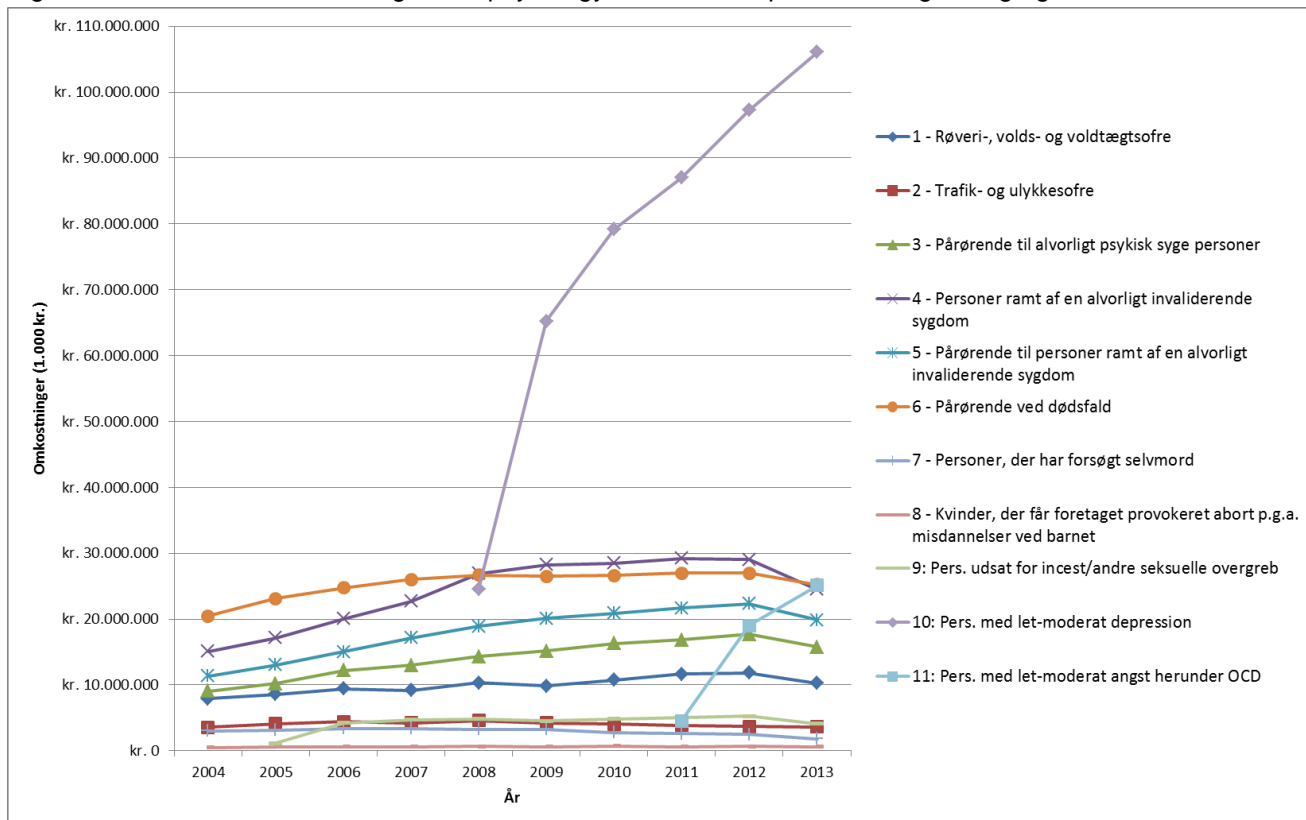
Kilde: CSC Scandihealth

Figur 9: Det samlede antal psykologydelse fordelt på henvisningsårsag og årstal.



Kilde: CSC Scandihealth

Figur 10: De samlede omkostninger ved psykologydelse fordelt på henvisningsårsag og årstal



Kilde: CSC Scandihealth

Udviklingen i antal personer, antal ydelser og omkostningerne herved har samme forløb over tid, jf. figurerne Figur 8-Figur 10. De største relative ændringer i antallet af personer, antal ydelser og omkostningerne herved ses i de tre sidst tilkomne patientgrupper, som kan henvises til psykologbehandling med tilskud (henvisningsårsagerne 9-11). Den absolut største forskel er imidlertid for patientgruppen med angst. Det fremgår således:

- Antallet af patienter, som er henvist grundet incest eller seksuelle overgreb (henvisningsårsag 9), er på otte år steget med 164 % (fra 10,8 patienter pr. 100.000 personer i 2005 til 28,5 i 2013)
- Antallet af patienter, som er henvist grundet depression (henvisningsårsag 10), er på fem år steget med 277 % (fra 176,5 patienter pr. 100.000 personer i 2008 til 666,0 i 2013)
- Antallet af patienter, som er henvist grundet angst (henvisningsårsag 11), er på to år steget med 351 % (fra 34,3 patienter pr. 100.000 personer i 2011 til 154,6 i 2013).

I perioden 2003-2013 er der også sket væsentlige reduktioner, relativt set idet: Antallet af personer, som er henvist grundet trafik- og ulykke (henvisningsårsag 2), er reduceret med 24 % (fra 36,5 patienter pr. 100.000 personer i 2004 til 27,7 i 2013) mens antallet af personer, som har forsøgt selvmord (henvisningsårsag 7), er reduceret med 52 % (fra 27,8 patienter pr. 100.000 personer i 2004 til 13,3 i 2013).

Der ses ingen væsentlige ændringer i antallet af personer, som er henvist grundet røveri-, vold og voldtægt (henvisningsårsag 1); at være pårørende ved dødsfald (henvisningsårsag 6) eller kvinde, som har fået foretaget provokeret abort grundet misdannelser (henvisningsårsag 8).

For de øvrige henvisningsårsager (3-5) er der sket en stigning på ca. 31-40 % i perioden 2004-2013.

Af Tabel 5 fremgår det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient fordelt på de 11 henvisningsårsager.

Tabel 5: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient fordelt på henvisningsårsag og årstal

Henvisningsårsag	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1: Røveri-, vold- og voldtægts ofre	5,2	5,1	5,1	5,1	4,9	4,9	4,9	4,8	5,1	4,9
2: Trafik- og ulykkesofre	4,8	5,0	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8	4,7	4,8	4,8
3: Pårørende til alvorligt psykisk syge	5,3	5,2	5,3	5,3	5,2	5,1	5,1	5,1	5,1	4,9
4: Pers. med alvorlig invaliderende sygdom	5,4	5,4	5,3	5,4	5,3	5,2	5,2	5,2	5,2	4,9
5: Pårørende til pers. med alvorlig invaliderende sygdom	5,3	5,2	5,1	5,2	5,1	5,0	5,0	5,0	5,1	4,8
6: Pårørende ved dødsfald	5,0	5,1	5,0	5,1	5,0	5,0	4,9	5,0	5,0	4,8
7: Pers., der har forsøgt selvmord	5,3	5,3	5,3	5,2	5,1	5,3	5,0	5,2	5,2	4,9
8: Kvinder med provokeret abort efter 12. graviditetsuge	4,5	5,0	4,8	4,7	5,1	4,6	4,7	4,6	4,8	4,4
9: Pers. udsat for incest/andre seksuelle overgreb	-	5,1	6,1	5,7	5,7	5,4	5,5	5,3	5,4	5,2
10: Pers. med let-moderat depression	-	-	-	-	5,6	6,4	6,1	6,1	5,8	5,8
11: Pers. med let-moderat angst herunder OCD	-	-	-	-	-	-	-	4,9	6,0	5,9
Total	5,4	5,4	5,5	5,5	5,5	5,8	5,7	5,8	5,8	5,7

Kilde: CSC Scandihealth

Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient er stort set uændret inden for de enkelte henvisningsårsager ved sammenligning af 2004 med 2013. For patienter og pårørende, der er henvist grundet alvorlig invaliderende sygdom, er der dog et mindre fald på 0,5 i det gennemsnitlige antal psykologydelser (henvisningsårsagerne 4 og 5).

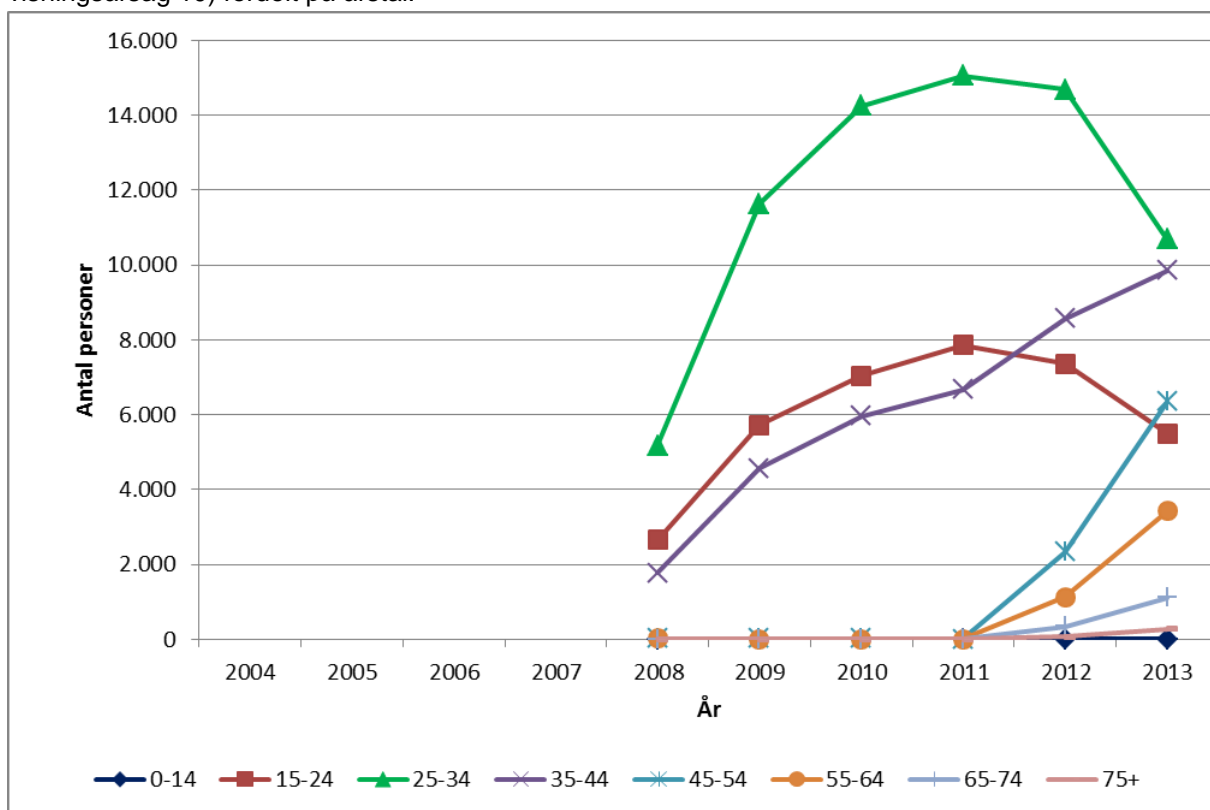
I 2013 har patienter, som er henvist grundet depression henholdsvis angst (henvisningsårsagerne 10 og 11), gennemsnitligt set modtaget flest psykologydelser (5,8-5,9 psykologydelser pr. patient). Mens kvinder, der har fået foretaget en provokeret abort grundet misdannelser ved barnet (henvisningsårsag 8), er dem, som gennemsnitlig har fået færrest psykologydelser (4,4 psykologydelser pr. patient).

Antal personer og det gennemsnitlige antal ydelser ved depression henholdsvis angst fordelt på køn og årstal

I dette afsnit ser vi mere indgående på udviklingen for henvisningsårsagerne depression og angst.

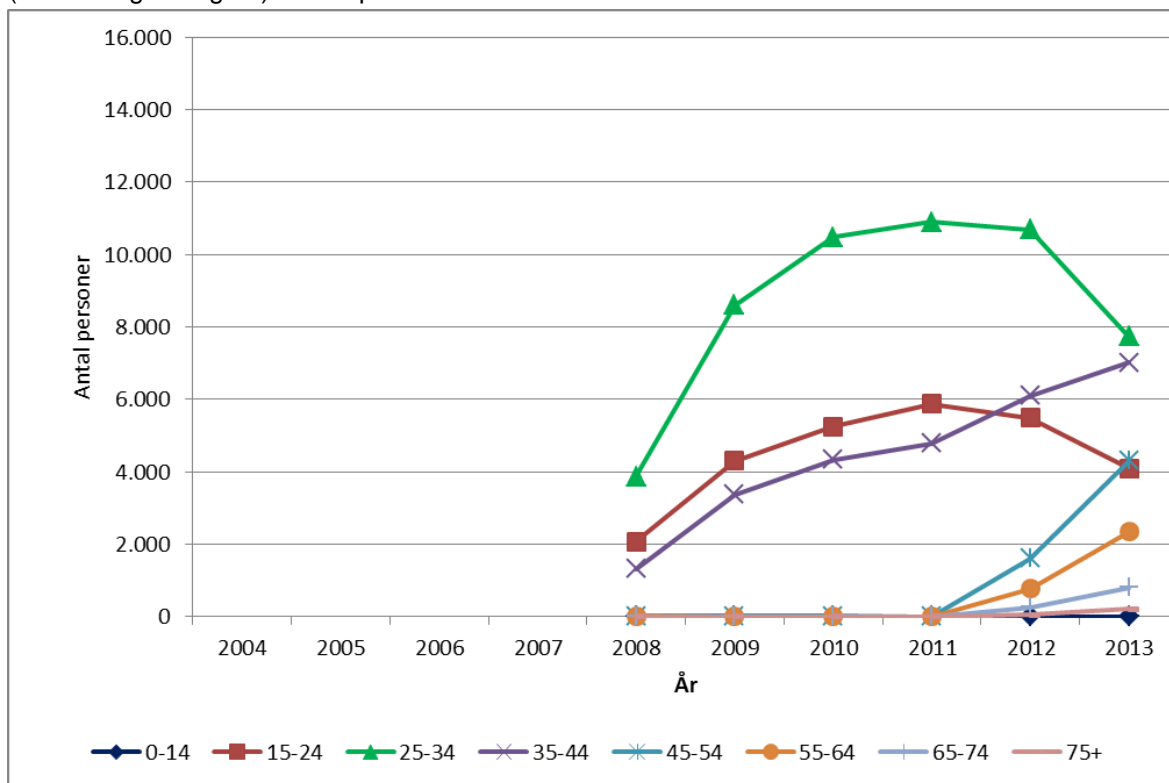
I de følgende tre figurer Figur 11-Figur 13 ses udviklingen fra 2004 til 2013 i antallet af patienter uden aldersjustering fordelt på aldersgrupper og køn, som har modtaget tilskudsberettiget psykologbehandling for *depression*. Antallet pr. 100.000 personer – altså med aldersjustering er angivet i bilag (bilagsfigurerne 11-13).

Figur 11: Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal.



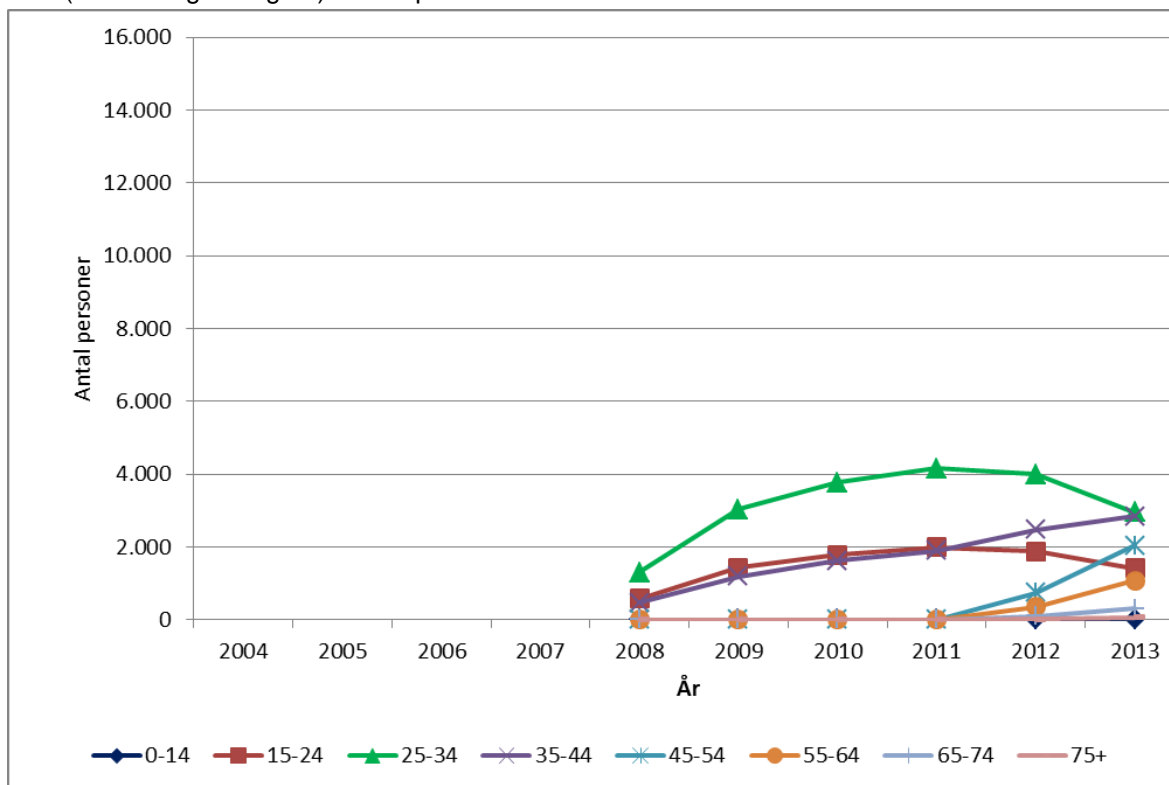
Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken.

Figur 12: Det samlede antal kvindelige patienter, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal.



Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken.

Figur 13: Det samlede antal mandlige patienter, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal.



Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken.

Udviklingen for det samlede antal personer, som i perioden fra 2008 til 2013 har modtaget psykologbehandling efter tilskudsordningen, adskiller sig for aldersgrupperne (Figur 11-Figur 13). Det skal igen påpeges, at den nedre aldersgrænse for tilskudsberettiget psykologbehandling for depression i alle årene er 18 år, mens den øvre aldersgrænse for henvisning til tilskudsberettiget psykologbehandling var 37 år frem til 1. juli 2012, hvorefter der ikke er en øvre aldersgrænse. Det skal yderligere bemærkes, at det jf. metodebeskrivelsen ikke har været muligt på det foreliggende datagrundlag at tilpasse aldersgrupperne til den præcise afgrænsning for tilskudsberettiget psykologbehandling.

Den relativt set mest markante stigning ses – uanset køn – for de 35-44-årige; i perioden 2008-2013 stiger antallet af patienter med ca. 455 % (fra ca. 1.770 patienter i 2008 til ca. 9.940 patienter i 2013). I perioden 2008-2011 ses der ligeledes en markant stigning i aldersgrupperne de 15-24-årige på ca. 197 % henholdsvis ca. 191 % for de 25-34-årige. Det er også i disse to aldersgrupper, at det absolutte antal patienter er højest (i 2011 er der ca. 7.850 patienter i aldersgruppen 15-24 år henholdsvis ca. 15.050 patienter i alderen 25-34 år), Fra 2011 til 2013 falder antallet af patienter i aldersgruppen 15-24 år til samme antal patienter som blandt de 35-44-årige, mens det falder yderligere for de 25-34-årige.

Fra 2012 ses der et mindre antal patienter i de tre ældste aldersgrupper, som er steget i 2013 – uanset køn. Mens antallet af patienter blandt de 45-54-årige i 2013 er højere end i aldersgruppen 15-24 år.

Der har i årene 2008-2011 været ca. 240 40+-årige patienter, som har modtaget behandling uden at være omfattet af tilskudsberettiget psykologbehandling, idet de falder uden for alderskriterierne (heraf bidrager de 40-44-årige med 168 patienter).

I tabellen Tabel 6-Tabel 8 fremgår det gennemsnitlige forbrug af psykologydelser pr. kalenderår for patienter, der er henvist grundet depression, når det er fordelt på aldersgrupper og køn. Aldersgrupper, som ligger uden for alderskriterierne i givne årstal er markeret med lyseblåt.

Tabel 6: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal

Aldersgruppe	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14	-	-	-	-	1,0	6,0	3,0	2,0	5,0	3,0
15-24	-	-	-	-	5,3	6,0	5,9	6,0	5,9	5,5
25-34	-	-	-	-	5,6	6,5	6,2	6,2	6,0	5,6
35-44	-	-	-	-	5,7	6,5	6,2	6,1	5,7	5,8
45-54	-	-	-	-	4,1	3,1	2,3	5,3	4,8	6,3
55-64	-	-	-	-	4,7	3,0	-	-	4,8	6,0
65-74	-	-	-	-	-	-	5,0	-	4,1	5,4
75+	-	-	-	-	-	-	-	-	4,4	4,6
I alt					5,6	6,4	6,1	6,1	5,8	5,8

Kilde: CSC Scandihealth

Tabel 7: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. kvindelig patient, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal

Aldersgruppe	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14	-	-	-	-	1,0	6,0	3,0	2,0	5,0	-
15-24	-	-	-	-	5,4	6,1	6,0	6,1	5,9	5,5
25-34	-	-	-	-	5,7	6,7	6,2	6,3	6,1	5,6
35-44	-	-	-	-	5,9	6,6	6,3	6,1	5,8	5,8
45-54	-	-	-	-	4,3	3,0	1,7	6,8	4,8	6,4
55-64	-	-	-	-	4,8	3,3	-	-	4,8	6,1
65-74	-	-	-	-	-	-	-	-	4,1	5,5
75+	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3	4,9
I alt					5,6	6,5	6,2	6,2	5,8	5,8

Kilde: CSC Scandihealth

Tabel 8: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. mandlig patient, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på årstal

Aldersgruppe	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0
15-24	-	-	-	-	5,0	5,7	5,5	5,7	5,6	5,3
25-34	-	-	-	-	5,3	6,2	6,1	5,9	5,8	5,5
35-44	-	-	-	-	5,4	6,3	5,9	5,9	5,5	5,8
45-54	-	-	-	-	2,5	3,2	4,3	3,3	4,9	5,9
55-64	-	-	-	-	4,0	2,0	-	-	4,8	5,7
65-74	-	-	-	-	-	-	5,0	-	3,9	5,2
75+	-	-	-	-	-	-	-	-	4,7	3,8
I alt					5,2	6,1	5,9	5,8	5,5	5,7

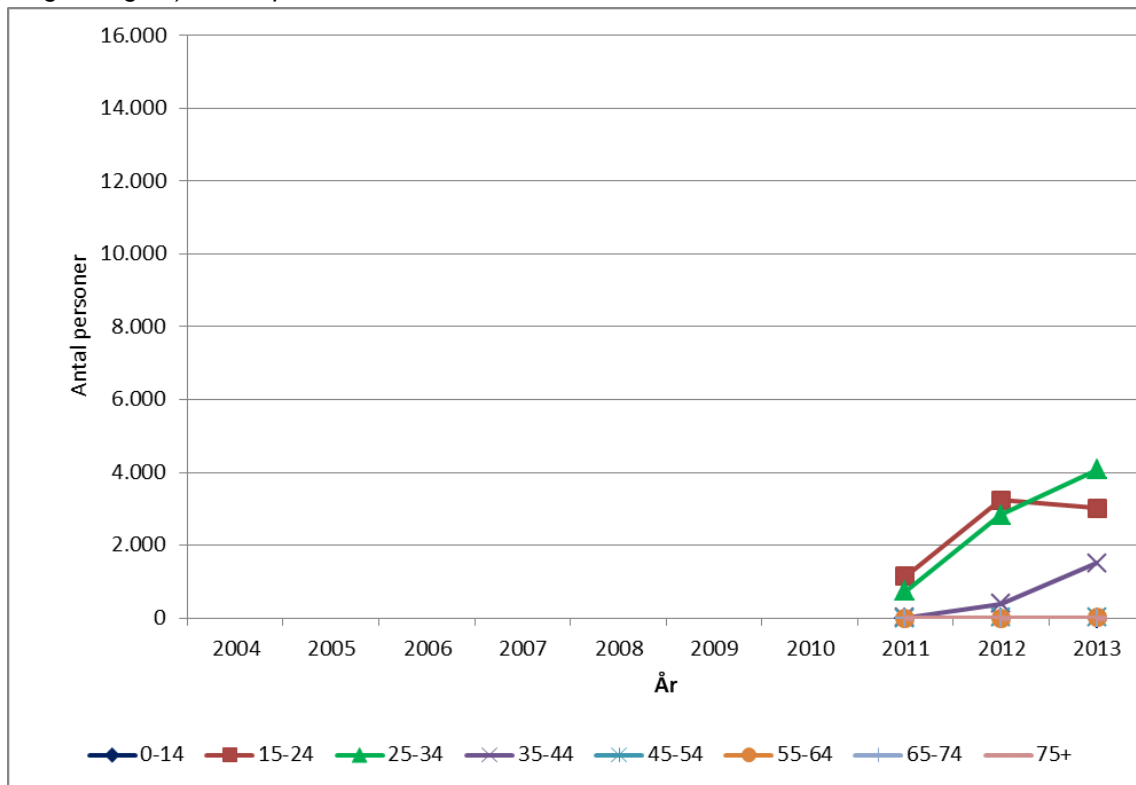
Kilde: CSC Scandihealth

Om end det gennemsnitlige antal psykologydelser fluktuerer i perioden (2008-2013) for de tre yngste aldersgrupper, så er det næsten uændret ved sammenligning af 2008 versus 2013: 15-24-årige (5,3 ydelser i gennemsnit i 2008 versus 5,5 i 2013), 25-34-årige (5,6 ydelser i gennemsnit i 2008 versus 5,6 i 2013) og 35-44-årige (5,7 ydelser i gennemsnit i 2008 versus 5,8 i 2013) (se tabellerne Tabel 6-Tabel 8).

Der gives i 2013 i gennemsnit 4,6-6,0 psykologbehandlinger pr. patient afhængig af aldersgruppen – færrest i aldersgruppen de 75+-årige. Mændene har gennemgående et mindre gennemsnitligt forbrug end kvinderne.

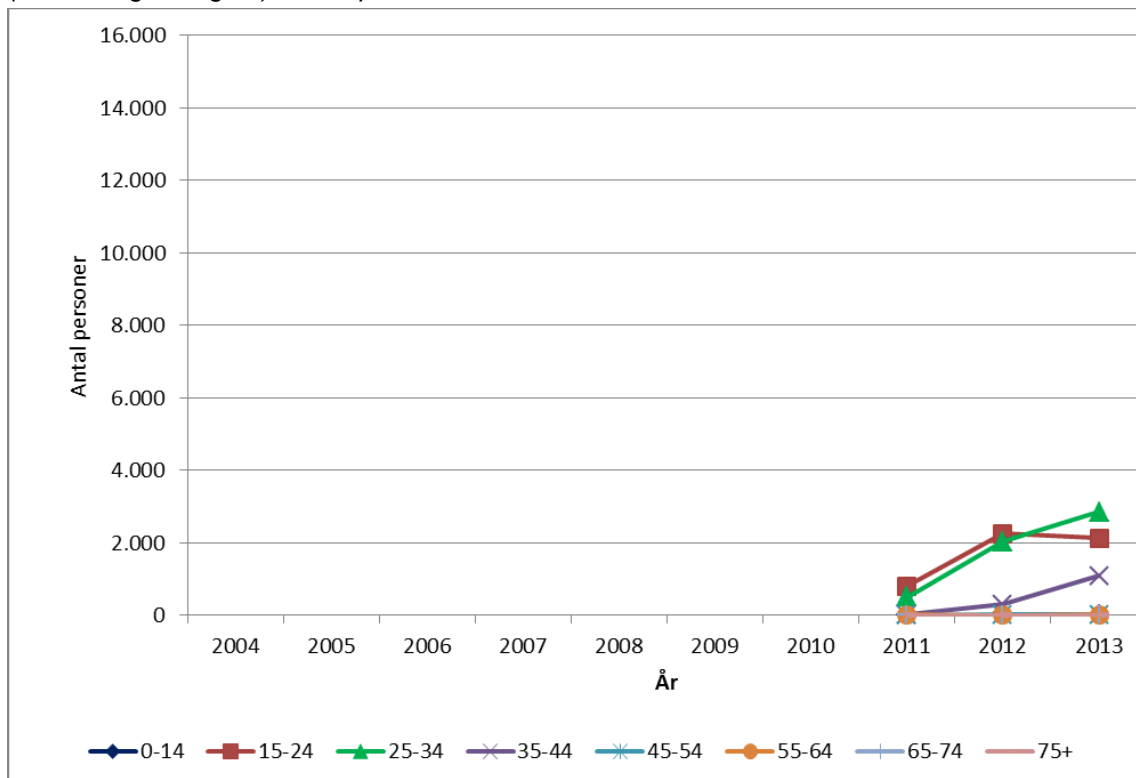
I Figur 14, Figur 15 og Figur 16 ses udviklingen fra 2004 til 2013 i antallet af patienter, som har modtaget tilskudsberettiget psykologbehandling for angst. Antallet er præsenteret med aldersjustering i bilaget til rapporten (bilagsfigurene 14-16).

Figur 14: Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal



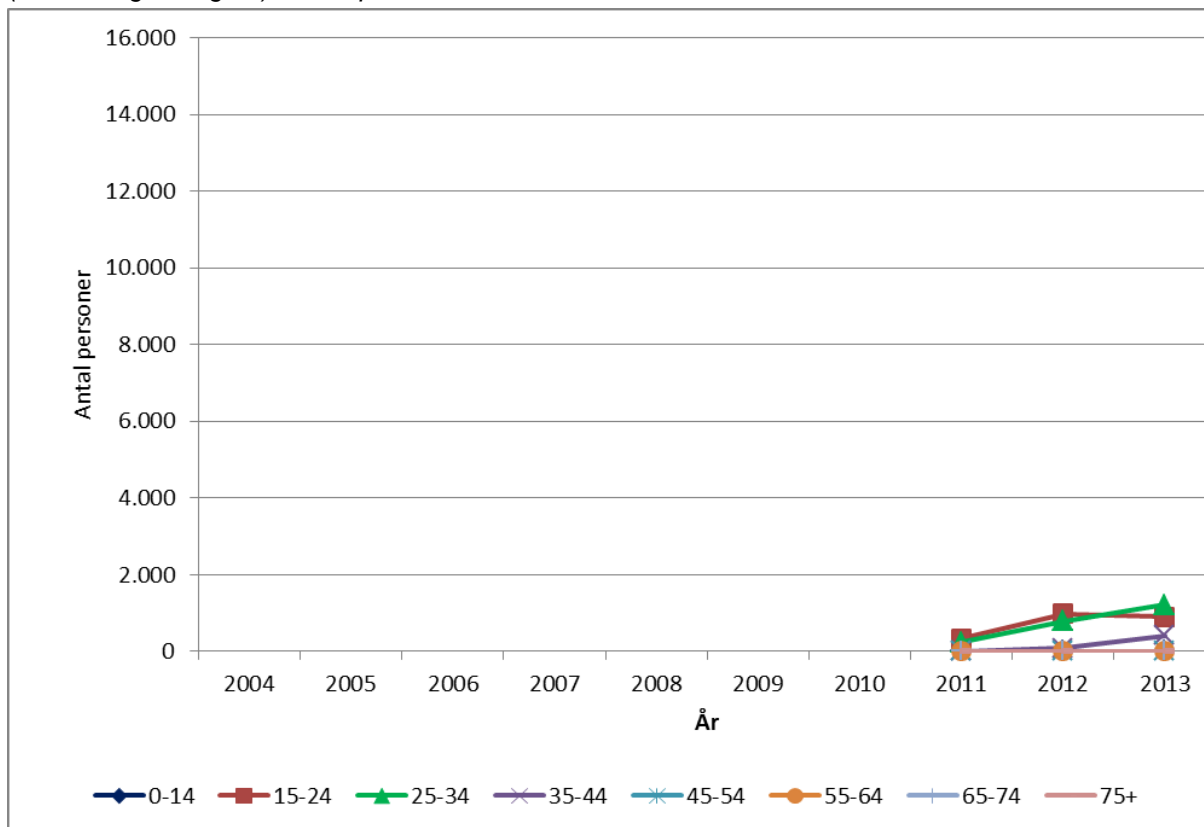
Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken

Figur 15: Det samlede antal kvindelige patienter, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal



Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken

Figur 16: Det samlede antal mandlige patienter, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal.



Kilde: CSC Scandihealth og oplysninger om befolkningstal fra Statistikbanken

Det bemærkes, at den øvre aldersgrænse for henvisning (for angst) under ordningen er øget med ti år pr. 1. juli 2012, så den herefter er 18-38 år. Dernæst skal det også bemærkes, at 5-års-aldersgrupperne ikke er parallelle med aldersafgrænsningen for henvisning til psykologordningen for angst.

Fra 2011 til 2012 ses der en stigning på ca. 185 % for de 15-24-årige (fra ca. 1.140 patienter i 2011 til ca. 3.240 patienter i 2013) hvorefter der sker et mindre fald på ca. 7 %. For aldersgruppen 25-34-årige stiger antallet næsten lineært med 450 % fra 2011 til 2013 (fra ca. 740 patienter i 2011 til ca. 4.070 patienter i 2013). I 2013 er der i aldersgruppen 35-44-årige ca. 1.500 patienter, som har modtaget psykologbehandling for angst (i 2012 var antallet ca. 380 patienter), jf. figurerne *Figur 14- Figur 16*.

Der har i årene 2011-2013 været godt 100 patienter, som ikke var omfattet af tilskudsberettiget psykologbehandling grundet overskridelse af det øvre alderskriterie.

I tabellerne Tabel 9-Tabel 11 ses det gennemsnitlige forbrug af psykologydelser pr. kalenderår for patienter, der er henvist grundet angst, når det er fordelt på aldersgrupper og køn. Aldersgrupper, som ligger uden for alderskriterierne i givne årstal er markeret med lyseblåt.

Tabel 9: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. patient, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24	-	-	-	-	-	-	-	4,9	6,0	5,7
25-34	-	-	-	-	-	-	-	4,8	6,2	6,0
35-44	-	-	-	-	-	-	-	4,7	4,5	6,0
45-54	-	-	-	-	-	-	-	12,0	4,1	5,2
55-64	-	-	-	-	-	-	-	2,0	5,0	4,4
65-74	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	3,5
75+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I alt								4,9	6,0	5,9

Kilde: CSC Scandihealth

Tabel 10: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. kvindelig patient, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24	-	-	-	-	-	-	-	4,8	6,1	5,7
25-34	-	-	-	-	-	-	-	4,8	6,2	6,1
35-44	-	-	-	-	-	-	-	6,6	4,4	6,1
45-54	-	-	-	-	-	-	-	12,0	4,6	4,9
55-64	-	-	-	-	-	-	-	2,0	5,0	4,4
65-74	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	2,0
75+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I alt								4,9	6,0	6,0

Kilde: CSC Scandihealth

Tabel 11: Det gennemsnitlige antal psykologydelser pr. mandlig patient, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på årstal

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24	-	-	-	-	-	-	-	5,1	5,9	5,6
25-34	-	-	-	-	-	-	-	4,8	6,0	5,8
35-44	-	-	-	-	-	-	-	2,5	4,7	5,7
45-54	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5	5,7
55-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,5
65-74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,0
75+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I alt								4,9	5,9	5,8

Kilde: CSC Scandihealth

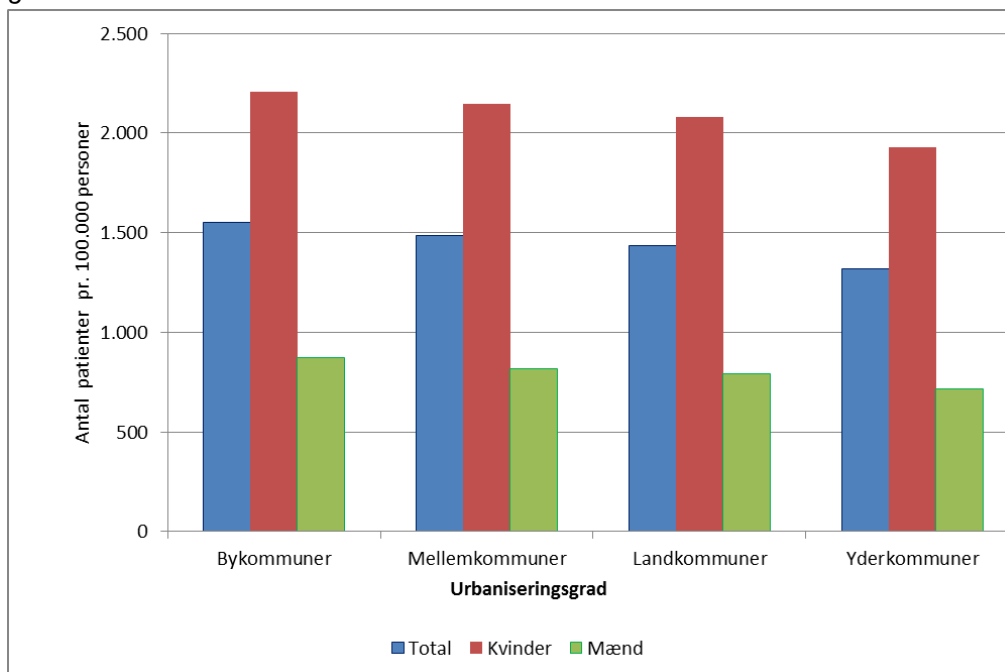
Det gennemsnitlige antal psykologydelser er fra 2011 til 2013 steget med 16 % henholdsvis 24 % i aldersgrupperne 15-24-årige og 25-24-år.

Der bruges i 2013 gennemsnitlig 5,7-6,0 psykologbehandling pr. patient i de tre aldersgrupper, som er omfattet af ordningen. Mændene har gennemgående et mindre gennemsnitligt forbrug end kvinderne.

Antal personer og antal ydelser fordelt på urbaniseringsgrad

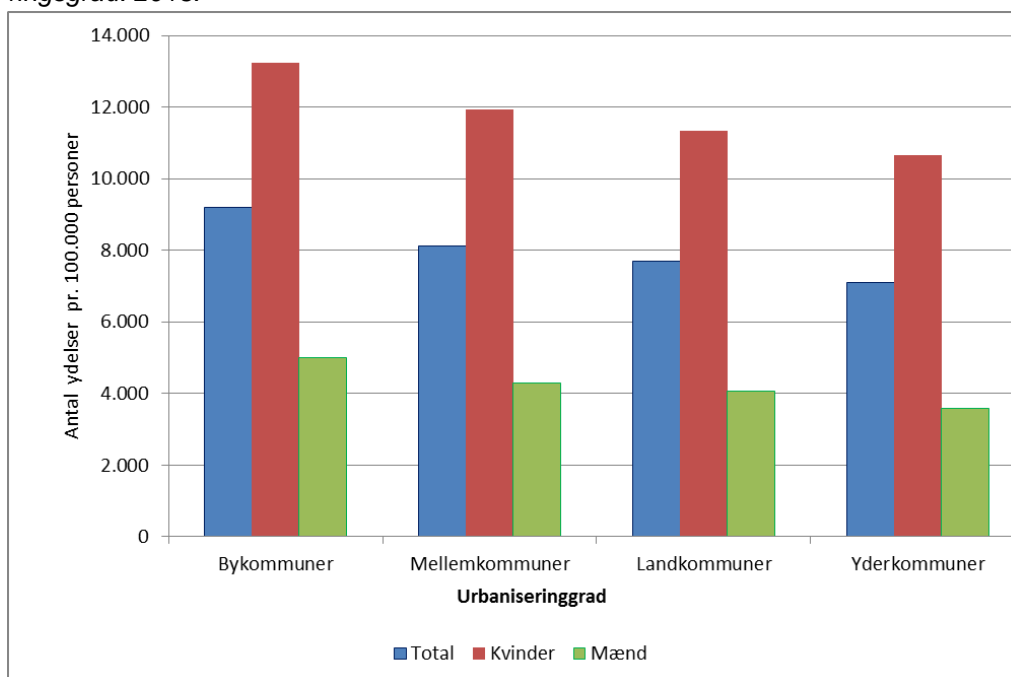
I Figur 17 og Figur 18 ses antallet af patienter og antal ydelser pr. 100.000 personer, når der er foretaget en fordeling på urbaniseringsgraden i den kommune, patienterne er bosiddende i, samt på køn.

Figur 17: Det samlede antal patienter pr. 100.000 personer fordelt på køn og kommunernes urbaniseringsgrad. 2013.



Kilde: Baseret på udtræk fra Sygesikringsregisteret og Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeris inddeling i kommunernes urbanisering (2008).

Figur 18: Det samlede antal psykologydelser pr. 100.000 personer fordelt på køn og kommunernes urbaniseringsgrad. 2013.



Kilde: Baseret på udtræk fra Sygesikringsregisteret og Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeris inddeling i kommunernes urbanisering (2008).

Det fremgår af Figur 17 og Figur 18 at både antal patienter og antal psykologydelse pr. 100.000 personer er højest i bykommunerne og falder forholdsvis jævnt med faldende grad af urbanisering.

Det samlede antal patienter pr. 100.000 personer er ca. 18 % højere i bykommunerne end i yderkommunerne (ca. 1.600 patienter pr. 100.000 personer i en bykommune versus 1.300 patienter pr. 100.000 personer i en yderkommune) mens antallet af psykologydelse er ca. 30 % højere i bykommunerne end i yderkommunerne (ca. 9.200 psykologbehandling pr. 100.000 personer i bykommunerne versus 7.100 pr. 100.000 personer i yderkommunerne).

Tabel 12: Medianen og det gennemsnitlige antal psykologydelse pr. patient fordelt på køn og kommunernes urbaniseringsgrad. 2013

Køn	Værdier	Bykommuner	Mellemkommuner	Landkommuner	Yderkommuner
Kvinder	Median	5,0	4,0	4,0	4,0
	Gennemsnit	6,0	5,5	5,4	5,5
	Std. dev.	4,5	4,2	4,1	4,0
Mænd	Median	5,0	4,0	4,0	4,0
	Gennemsnit	5,7	5,2	5,1	5,0
	Std. dev.	4,5	4,1	4,0	4,1
Total	Median	5,0	4,0	4,0	4,0
	Gennemsnit	5,9	5,5	5,4	5,4
	Std. dev.	4,5	4,1	4,0	4,1

Kilde: Baseret på udtræk fra Sygesikringsregisteret og Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeris inddeling i kommunernes urbanisering (2008).

Af Tabel 12 fremgår det, at medianen for både mænd, kvinder og samlet set er fem psykologydelse pr. patient i bykommuner, mens den i alle øvrige tilfælde er fire psykologydelse pr. patient. Det gennemsnitlige forbrug er højere end medianerne uanset køn og urbaniseringsgrad. Det kan herudover beregnes, at der gennemsnitlig er ca. 9 % flere psykologydelse for kvinder bosiddende i bykommuner sammenlignet med kvinder fra yderkommuner (gennemsnitlig 6,0 psykologydelse for kvinder bosiddende i bykommuner versus 5,5 psykologydelse i yderkommuner) henholdsvis ca. 15 % flere psykologydelse for mænd fra bykommuner (gennemsnitlig 5,7 psykologydelse for mænd bosiddende i bykommuner versus 5,0 psykologydelse i yderkommuner).

I nedenstående Tabel 13 er antallet af psykologer opgjort pr. 100.000 personer i de fire klasser af urbanisering med det formål at undersøge, om antallet af psykologer kan være medvirkende til at forklare forskelle mellem by- og yderkommuner.

Tabel 13: Det gennemsnitlige antal psykologer, som giver tilskudsberettiget psykologbehandling i praksissektoren pr. 100.000 personer, fordelt på urbanisering. 2013

Bykommuner	Mellemkommuner	Landkommuner	Yderkommuner	Total
15,3	14,2	15,2	15,2	15,1

Kilde: Baseret på udtræk fra Sygesikringsregisteret og Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeris inddeling i kommunernes urbanisering (2008).

Det fremgår af Tabel 13, at det gennemsnitlige antal psykologer pr. 100.000 personer samlet set er 15,1 pr. 100.000 personer. Herudover ses det, at der ikke er væsentlig forskel mellem kommuner

med forskellig urbanisering (mindre end 2 % mellem bykommuner og yderkommuner). Antallet af psykologer synes således ikke at kunne forklare forskellen i antal psykologydelser pr. patient for kommuner med forskellig urbaniseringsgrad.

Antal patienter pr. ydernummer for psykologer

I nedenstående Tabel 14 fremgår antallet af patienter pr. ydernummer for psykologer med angivelse af medianen samt 10-, 25-, 75- og 90-percentilerne – opgjort for årene 2011-2013.

Tabel 14: Antal patienter, som har modtaget psykologbehandling under tilskudsordningen, pr. ydernummer blandt psykologer fordelt på percentiler. 2011-2013

Percentiler	2011	2012	2013
10	32	35	34
25	52	56	57
Median	82	86	90
75	118	126	130
90	162	180	169

Kilde: Sygesikringsregistret

Det fremgår af Tabel 14, at medianen for antal patienter pr. ydernummer for psykologer, der arbejder under ordningen, er steget med ca. 10 % fra 2011 til 2013 (fra 82 patienter pr. ydernummer til 90 patienter pr. ydernummer). Der ses i de tre år en forholdsvis stor variation i antal patienter pr. ydernummer blandt psykologer: I 2013 er 10-percentilen 34 pr. ydernummer, mens 90-percentilen er 169 pr. ydernummer.

Antal patienter, som er genhenvist til psykologbehandling for depression henholdsvis angst

En patient, der har behov for flere end 12 psykologbehandlinger skal – for at kunne modtage yderligere psykologbehandling under ordningen – genhenvises af den alment praktiserende læge. I Tabel 15 og Tabel 16 ses udviklingen i antal patienter, som har modtaget 1-12 eller flere psykologbehandlinger for henholdsvis depression (2012-2013⁴) henholdsvis angst (2011-2013).

⁴ Det har ikke været muligt på det foreliggende datagrundlag fra Sygesikringsregisteret at fordele psykologbehandlinger og dermed antal personer, som har modtaget psykologbehandling i 2011 grundet depression (jf. beskrivelsen i afsnit 3.2.1).

Tabel 15: Antal patienter, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) fordelt på antal behandlinger og procenter. 2012-2013.

Antal ydelser	2012		2013	
	Antal ptt.	Procent (%)	Antal ptt.	Procent (%)
1	4.195	12	4.810	13
2	4.415	13	4.710	13
3	4.173	12	4.309	12
4	3.665	11	3.979	11
5	3.253	10	3.353	9
6	2.803	8	2.858	8
7	2.278	7	2.506	7
8	1.936	6	2.087	6
9	1.543	5	1.736	5
10	1.315	4	1.463	4
11	1.051	3	1.171	3
12	1.503	4	1.919	5
>12	2.067	6	2.107	6
≥ 1	34.197	100	37.008	100

Kilde: Sygesikringsregistret

Tabel 16: Antal patienter som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) fordelt på antal behandlinger og procenter. 2011-2013.

Antal ydelser	2011		2012		2013	
	Antal ptt.	Procent (%)	Antal ptt.	Procent (%)	Antal ptt.	Procent (%)
1	266	14	667	10	1.017	12
2	285	15	794	12	1.007	12
3	255	14	743	12	1.034	12
4	257	14	761	12	970	11
5	211	11	586	9	797	9
6	154	8	489	8	690	8
7	120	7	482	7	527	6
8	87	5	364	6	509	6
9	64	3	313	5	411	5
10	58	3	289	4	346	4
11	34	2	249	4	304	4
12	30	2	391	6	570	7
>12	22	1	322	5	424	5
≥ 1	1.843	100	6.450	100	8.606	100

Kilde: Sygesikringsregistret



Det kan beregnes ud fra Tabel 15, at antallet af patienter, som har modtaget mere end 12 psykologbehandling for depression (genhenvist til behandling for depression), kun er steget med ca. 2 % (fra 2.067 patienter i 2012 til 2.107 patienter i 2013), mens andelen af patienter, som har modtaget mere end 12 psykologbehandling for depression i begge år er ca. 6 %.

Antallet af patienter, som har modtaget 12 psykologydelser i kalenderåret er steget med ca. 28 % (fra 1.503 patienter i 2012 til 1.919 patienter i 2013). Det fremgår yderligere, at antal patienter – i både 2012 og 2013 - falder næsten lineært med det stigende antal psykologydelser i intervallet 1-11 ydelser (fx får 4.810 patienter (13 %) én ydelse i 2013 versus 1.171 patienter, som får 11 ydelser (3 %)). I både 2012 og 2013 er det knap 60 % af patienterne, som har modtaget psykologydelser for depression, der får mindre end seks psykologydelser i løbet af året.

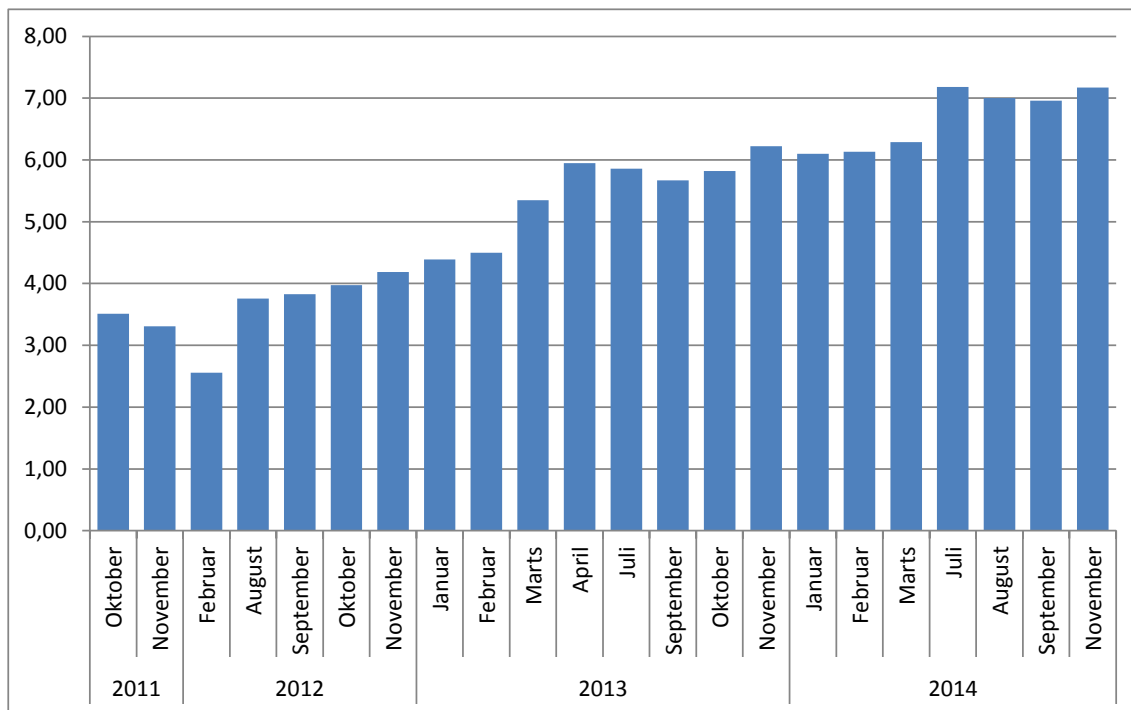
Af Tabel 16 kan det beregnes, at antallet af patienter, som har modtaget mere end 12 psykologbehandling for angst i et givent år (genhenvist til behandling for angst), er steget med ca. 1.827 % (fra 22 patienter i 2011 til 424 patienter i 2013). Andelen af patienter, som har modtaget mere end 12 psykologbehandling for angst er steget fra 1 % i 2011 til 5 % i 2012 og 2013.

Antallet af patienter, som har modtaget 12 psykologydelser i kalenderåret er steget med ca. 1.800 % (fra 30 patienter i 2011 til 570 patienter i 2013). Det fremgår yderligere, at antal og andelen af patienter, som modtager 1-4 ydelser ikke adskiller sig væsentligt inden for de givne år (ca. 14-15 % i 2011 henholdsvis 10-12 % i 2012 og 11-12 % i 2013). I intervallet 4-11 ydelser falder antal og andelen af patienter jævnt med det stigende antal ydelser (fx får 970 patienter (11 %) fire ydelser i 2013 versus 304 patienter, som får 11 ydelser (4 %)). I 2011 er det knap 70 % af patienterne, som har modtaget psykologydelser for angst, der får mindre end seks ydelser i løbet af året, mens andelen er faldet til ca. 55 % i 2012 og 2013.

3.4.3 Udvikling i ventetider til psykologbehandling under Psykologordningen

I dette afsnit fokuseres på ventetiderne til behandling under psykologordningen. Som tidligere beskrevet kortlægges ventetiderne med udgangspunkt i data fra Dansk Psykologforening (surveydata) og sundhed.dk (selvindberettede data).

Figur 19: Gennemsnitlig ventetid til psykologbehandling for alle henvisningsårsager, opgjort i uger

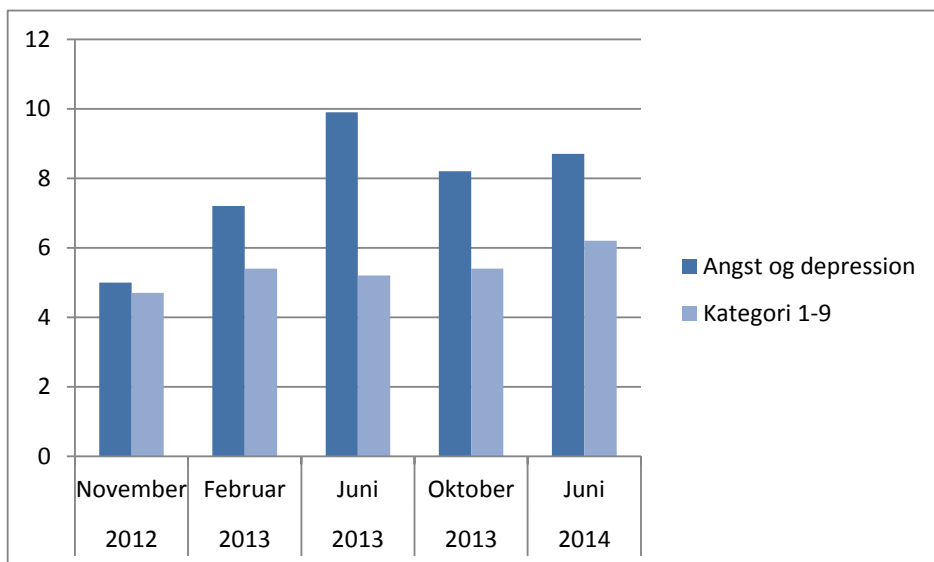


Kilde: Danske Regioner på baggrund af data fra sundhed.dk

Af Figur 19 fremgår den generelle ventetid til psykologbehandling under sygesikringen i Danmark. Opgørelsen er ikke opdelt på henvisningsårsager. Ventetiden viser en stigende tendens, hvor den gennemsnitlige ventetid i november 2014 er opgjort til lidt over 7 uger.

Dansk Psykologforening indsamler med mellemrum ventetider ved at udsende et spørgeskema til de medlemmer, der er i besiddelse af et ydernummer. Her anmodes psykologerne om at indberette ventetider opdelt på henholdsvis henvisningskategori 1-9 samt 10 og 11. Opgørelserne fremgår herunder af Figur 20. (Svarprocenten er pt. uafklaret, men oplysningen kan evt. indhentes via Psykologforeningen.)

Figur 20: Gennemsnitlig ventetid til psykologbehandling, fordelt på henvisningsårsag, opgjort i uger

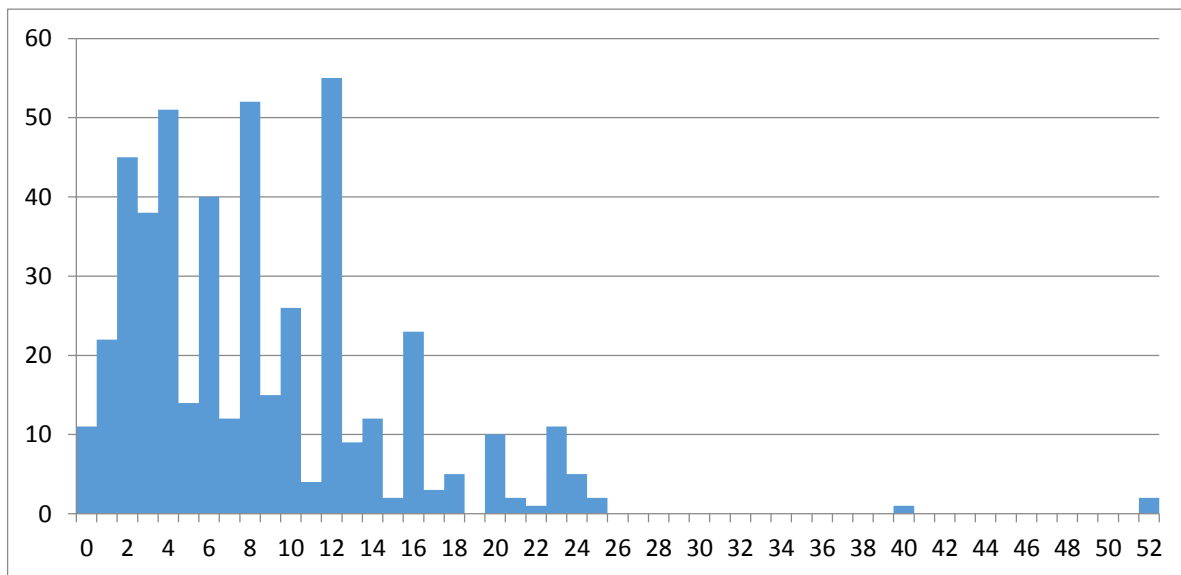


Kilde: Spørgeskemaundersøgelse gennemført af Danmarks Psykologforening

Generelt tyder det foreløbigt på, at der er relativt længere ventetid til depression og angst end til øvrige diagnosegrupper. Samtidig synes der at være relativ god overensstemmelse mellem opgørelserne fra sundhed.dk og opgørelserne fra Dansk Psykologforening, når det kommer til den generelle gennemsnitlige ventetid til psykologbehandling.

I løbet af 2014 er det blevet muligt mere systematisk at følge udviklingen i ventetider til psykologbehandling under psykologordningen både på henvisningsdiagnose og fordelt på regioner ved anvendelse af data fra sundhed.dk. Af Figur 21 fremgår en opgørelse for november måned 2014, der illustrerer, hvordan ventetiden fordeler sig blandt psykologerne i Danmark.

Figur 21: Ventetider til psykologbehandling under psykologordningen opgjort i uger, fordelt på antallet af psykologer i Danmark med pågældende antal ugers ventetid, november 2014

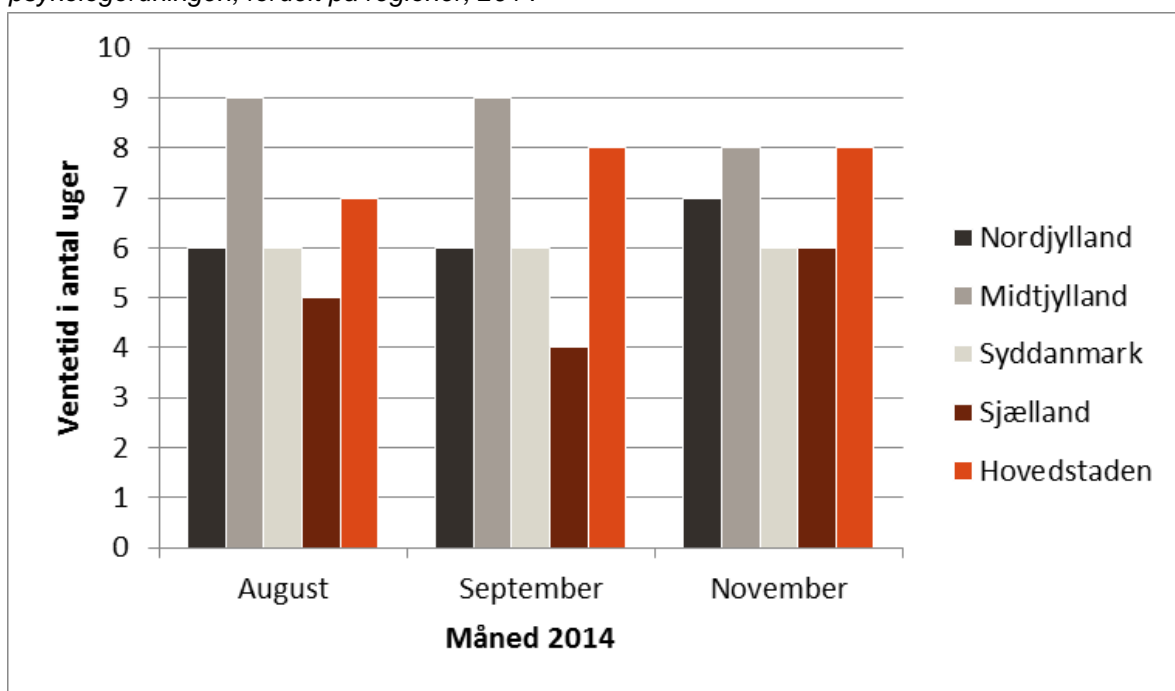


Kilde: Sundhed.dk

Som det fremgår, er fordelingen en anelse højreskæv, hvilket bl.a. skyldes, at 2 psykologer angiver en ventetid på et år, mens en enkelt har en ventetid på 40 uger. Ligeledes er det værd at bemærke, at fordelingen synes at være påvirket af, at psykologerne primært udtrykker ventetider i uger med hele tal. Fx angiver 14 psykologer ventetid på fem uger, mens henholdsvis 40, 12 og 52 psykologer angiver ventetider på henholdsvis seks, syv og otte uger.

Da *Figur 21* udviser en skæv (ikke normalfordelt) tendens, og at andre måneder end den angivne november har samme trend, vurderes det at være mest relevant at præsentere ventetiden til psykologbehandling udtrykt ved medianen. Denne opgørelse fremgår af *Figur 22*. Figuren viser, at der på tværs af regioner er forskel på, hvor meget "den midterste ventende" skal vente på psykologbehandling for angst eller depression. Mens denne person i region Sjælland og i Syddanmark i november 2014 skulle vente i 6 uger, skulle der i region Midtjylland og Hovedstaden ventes i 8 uger. Det kan dog ikke afvises, at denne forskel alene skyldes relativt overordnede og skønsmæssige indberetninger af ventetiden.

Figur 22: Median, udtrykt i uger, for ventetid til psykologbehandling for angst og depression under psykologordningen, fordelt på regioner, 2014

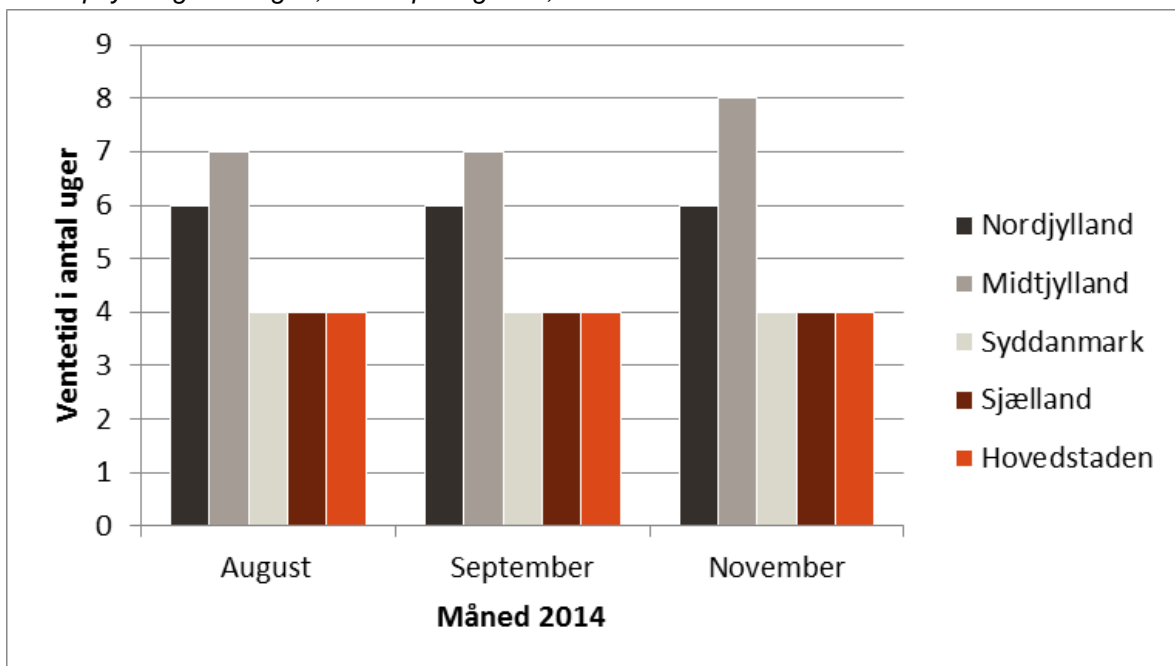


Kilde: Sundhed.dk

Den tilsvarende opgørelse for henvisningsdiagnoserne 1-9 fremgår af *Figur 23* nedenfor. Det fremgår ikke tydeligt af figuren, men Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark har i alle tre måneder en medianventetid på 4 uger. I region Midtjylland er ventetiden for medianpatienten med 8 uger dobbelt så lang i samme periode.

Figurerne 22 og 23 viser tilsammen, at ventetiden til behandling for angst og depression synes at være længere end ventetiderne til henvisningskategorierne 1-9.

Figur 23: Median for ventetid, udtrykt i uger, til psykologbehandling for henvisningsårsagerne 1-9 under psykolog-ordningen, fordelt på regioner, 2014



Kilde: Sundhed.dk

I forlængelse af ovenstående er der indhentet data fra Danske Regioner, der giver en status på omsætningen for angst og depression frem til og med august 2014. Opgørelsen ses i Tabel 17 nedenfor. Af tabellen kan det udledes, at ca. 79 pct. af psykologerne fortsat har mulighed for at gennemføre mere end dobbelt så meget tilskudsberettiget aktivitet for depression og angst i de sidste fire måneder af 2014.

Tabel 17: Omsætningen blandt ydernummerpsykologer for depression og angst pr. 31. august 2014 set i forhold til omsætningsgrænsen på 270.000 kr.

	Omsætning over 275.000 kr.	Omsætning mellem 225.000-275.000 kr.	Omsætning mellem 175.000-225.000	Omsætning mellem 125.000-175.000
Region Nordjyl-		2	7	26
Region Midtjyl-		5	23	42
Region Syddan-		2	20	42
Region Sjælland		0	2	16
Region Hoved-	2	9	20	57
I alt	2	18	72	183

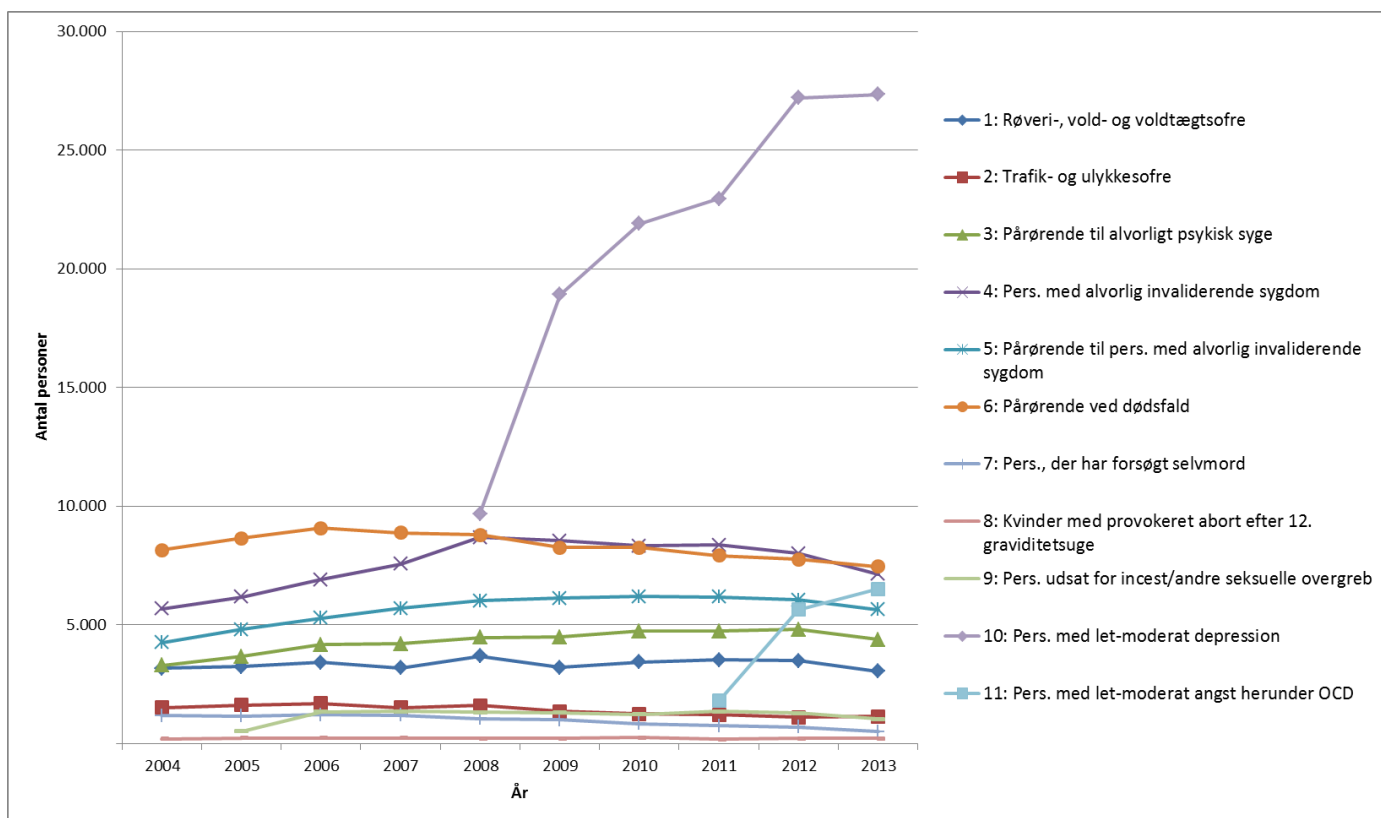
Kilde: Danske regioner

Det kan endvidere konstateres, at data fra Danske Regioner ligeledes viser, at kun 97 ydernumre – svarende til ca. 11. pct. – af de 854 ydernumre i 2013 nåede omsætningsloftet.

3.4.4 Udviklingen i de praktiserende lægers henvisninger til ordningen

I dette afsnit beskrives udviklingen i lægernes henvisningspraksis til psykologordningen. Den første kontakt i et behandlingsforløb, som psykologerne anvender i forbindelse med fakturering til Sygesikringen, har sin egen kode. I nedenstående *Figur 24* ses antallet af alle type 1. konsultationer ved psykolog (individuelle, børn i selskab med pårørende og i grupper) fordelt på henvisningsårsag og årstal.

Figur 24: Det samlede antal patienter, som har modtaget en registreret 1. konsultation ved psykolog fordelt på henvisningsårsag og årstal



Kilde: CSC Scandihealth

Udviklingen i antal henvisninger fra almen opgjort som antal 1. konsultationer hos psykologer (*Figur 24*) har et tilsvarende forløb som udviklingen i 'det samlede antal patienter', jf. *Figur 8*.

De største relative ændringer i antal 1. konsultationer ses som ved opgørelsen af 'det samlede antal patienter' ligeledes i de tre sidst tilkomne patientgrupper, som kan henvises til psykologbehandling med tilskud (henvisningsårsagerne 9-11) – om end stigningerne her er mindre. Den absolut største forskel er også her i patientgruppen med angst. Det bør bemærkes, at ca. 42 % af alle 1. konsultationer i 2013 kan tilskrives henvisning for depression (henvisningsårsag 10) henholdsvis ca. 10 % grundet angst.

Det fremgår således:

- Antallet af 1. konsultationer for patienter, som er henvist grundet incest eller seksuelle overgreb (henvisningsårsag 9), er på otte år steget med 94 % (fra 9,7 1. konsultationer pr. 100.000 personer i 2005 til 18,8 i 2013)
- Antallet af 1. konsultationer for patienter, som er henvist grundet depression (henvisningsårsag 10), er på fem år steget med 176 % (fra 177,7 1. konsultationer pr. 100.000 personer i 2008 til 489,9 i 2013)

- Antallet af 1. konsultationer for patienter, som er henvist grundet angst (henvisningsårsag 11), er på to år steget med 258 % (fra 32,6 1. konsultationer pr. 100.000 personer i 2011 til 116,9 i 2013).

I perioden 2003-2013 er der også sket væsentlige reduktioner, relativt set idet: Antallet af 1. konsultationer for personer, som er henvist grundet trafik- og ulykke (henvisningsårsag 2) er reduceret med 27 % (fra 28,2 1. konsultationer pr. 100.000 personer i 2004 til 20,4 i 2013) mens antallet af personer, som har forsøgt selvmord (henvisningsårsag 7), er reduceret med 58 % (fra 21,9 1. konsultationer pr. 100.000 personer i 2004 til 9,2 i 2013).

Der ses ingen væsentlige ændringer i antallet af 1. konsultationer for personer, som er henvist grundet røveri-, vold og voldtægt (henvisningsårsag 1) eller kvinder, som har fået foretaget provokeret abort grundet misdannelser (henvisningsårsag 8).

Det fremgår yderligere af *Figur 24*, at fra 2012 til 2013 er antallet af 1. konsultationer kun steget for henvisningsårsagen angst:

- Antallet af 1. konsultationer er steget med 15 % for patienter, som er henvist med angst (fra 101,4 1. konsultationer pr. 100.000 personer i 2012 til 116,9 i 2013)

For de øvrige henvisningsårsager ses der enten et fald i antallet af 1. konsultationer (henvisningsårsagerne 1, 3-7 og 9) eller ingen væsentlig ændringer (henvisningsårsagerne 8 og 10).

3.4.4.1 Antal henvisninger til psykologbehandling pr. ydernummer blandt alment praktiserende læger

I nedenstående Tabel 18 fremgår antallet af henvisninger pr. ydernummer blandt alment praktiserende læger med angivelse af medianen samt 10-, 25-, 75- og 90-percentiler – opgjort for årene 2011-2013.

Tabel 18: Antal henvisninger til psykologbehandling under tilskudsordningen, pr. ydernummer (blandt alment praktiserende læger) fordelt på percentiler. 2011-2013.

Percentiler	2011	2012	2013
10	4	6	5
25	10	12	12
Median	20	23	22
75	36	41	41
90	59	65	64

Kilde: Sygesikringsregistret

Det kan på basis af Tabel 18 beregnes, at medianen for antal henvisninger pr. ydernummer, som har henvist til ordningen, er steget med 15 % fra 2011 til 2012 (fra 20 henvisninger til 23 henvisning pr. ydernummer). Fra 2012 til 2013 er medianen for antal henvisninger pr. ydernummer faldet med ca. 4 % (til 22 henvisninger pr. ydernummer). Det betyder, at medianen for antal henvisninger fra 2011 til 2013 er steget med ca. 14 %.

Herudover fremgår det af Tabel 18, at 90-percentilen for antal henvisninger fra de alment praktiserendes ydernumre er steget fra 59 henvisninger i 2011 til 65 henvisninger i 2012, hvorefter den er faldet til 64 henvisninger i 2013.

3.4.4.2 Antal henvisninger – fordelt på ydernumre blandt alment praktiserende læger med og uden samtaleterapi

Antal ydernumre blandt alment praktiserende læger fordelt på ydernumre med og uden samtaleterapi, som har henvist til psykologordningen i årene 2011-2013, fremgår af *Tabel 19*.

Tabel 19: Antal ydernumre blandt alment praktiserende læger, som har henvist til psykologordningen fordelt på ydernumre med og uden samtaleterapi i årene 2011-2013.

Ydernumre	2011	2012	2013
Med samtaler	1.693	1.608	1.606
Uden samtaler	412	480	462
Samtaler (i.o.) ^a	151	100	100
I alt	2.256	2.188	2.168

Kilde: Sygesikringsregisteret.

a: Er ikke registreret i Yderregisteret.

Det ses af *Tabel 19*, at der er i alt er 2.256 ydernumre blandt de alment praktiserende læger, som i 2011 har henvist til tilskudsordningen for psykologbehandling. Dette antal er fordelt på 1.693 ydernumre med samtaleterapi, 412 ydernumre uden samtaleterapi og 151 ydernumre, som ikke er registreret i Yderregisteret i dette år. I 2012 er det samlede antal ydernumre, som har henvist 2.188, mens det er faldet til 2.168 ydernumre i 2013.

I *Tabel 20* fremgår antallet af henvisninger pr. ydernummer blandt alment praktiserende læger, når de er fordelt på ydernumre med og uden samtaleterapi, med angivelse af medianen samt 25- og 75-percentilerne – opgjort for årene 2011-2013.

Tabel 20: Antal henvisninger til psykologbehandling under tilskudsordningen, pr. ydernummer (blandt alment praktiserende læger) fordelt på percentiler, årstal og ydernumre med og uden samtaleterapi. 2011-2013.

	2011		2012		2013	
	Ydernumre med samtaleterapi	Ydernumre uden samtaleterapi	Ydernumre med samtaleterapi	Ydernumre uden samtaleterapi	Ydernumre med samtaleterapi	Ydernumre uden samtaleterapi
Percentiler						
25	12	10	14	11	15	11
Median	23	17	27	19	25	19
75	39	29	45	32	46	30

Kilde: Sygesikringsregisteret.

Det ses af *Tabel 20*, at medianen for antal henvisninger pr. ydernummer i alle årene (2011-2013) er større for ydernumre med samtaleterapi sammenlignet med ydernumre uden samtaleterapi.

Medianen for antal henvisninger pr. ydernummer med samtaleterapi stiger fra 2011 til 2012 med ca. 15 % (fra 23 henvisninger til 27 henvisninger pr. ydernummer) mens stigningen for ydernumre uden samtaleterapi er på ca. 11 % (fra 17 henvisninger til 19 henvisninger pr. ydernummer). Fra 2012 til 2013 er der et fald på ca. 6 % for ydernumre med samtaleterapi (fra 27 henvisninger til 25 henvisninger pr. ydernummer), mens medianen for antal henvisninger er uforandret for ydernumre uden samtaleterapi. Det betyder, at medianen for antal henvisninger pr. ydernummer fra 2011 til 2013 stiger med ca. 9 % for ydernumre med samtaleterapi henholdsvis 12 % for ydernumre uden samtaleterapi.

Det ses, at 75-percentilen for antal henvisninger uanset årstal ligeledes er større blandt ydernumre med samtaleterapi end blandt ydernumre uden samtaleterapi: Antal henvisninger fra ydernumre med samtaleterapi stiger fra 39 henvisninger i 2011 til 45 henvisninger i 2012 henholdsvis 46 henvisninger i 2013. For ydernumre uden samtaleterapi er 75-percentilen for antal henvisninger i 2011 29, hvorefter den stiger til 32 i 2012 og efterfølgende falder til 30 henvisninger i 2013.

Antallet af henvisninger pr. ydernummer, som ikke er registreret i Yderregisteret er forholdsvis lille og dermed ikke af væsentlig betydning i forhold til sammenligning af henvisninger pr. ydernummer med og uden samtaleterapi: Medianen for antal henvisninger blandt ydernumre, som ikke er i Yderregisteret, er én i alle årene (2011-2013), mens 75 % percentilen er to i alle årene, og det største antal henvisninger pr. ydernummer er henholdsvis 21 i 2011, 19 i 2012 og 26 henvisninger pr. ydernummer i 2013 (fremgår ikke af tabellerne).

3.4.5 Sammenfatning

Resultaterne fra den kvantitative analyse viser sammenfattende:

- Antallet af ydernumre blandt psykologer er steget med 60 % fra 2003-2013 (fra 535 til 854)
- Medianen for antal patienter pr. ydernummer blandt psykologer, der arbejder under ordningen, er steget med ca. 10 % fra 2011 til 2103 (fra 82 patienter pr. ydernummer til 90 patienter pr. ydernummer). Der ses i perioden en forholdsvis stor variation i antal patienter pr. ydernummer: I 2013 er 10-percentilen for patienter, som har modtaget psykologbehandling 34 pr. ydernummer, mens 90-percentilen er 169 patienter pr. ydernummer .
- Der forekommer en stigning i såvel antal patienter, som antal ydelser og omkostninger herved i perioden fra 2004 til 2012 – hvorefter udviklingen flader ud. Den mest markante stigning forekommer i perioden 2007-2009 (hvor det i 2008 bliver muligt at henvise grundet let til moderat depression):
 - Det samlede antal personer, der modtager psykologbistand er fra 2004 til 2013 øget med ca. 143 % (fra ca. 34.700 i 2004 til 84.300 i 2013)
 - Antallet af ydelser er øget med ca. 154 % (fra ca. 188.800 i 2004 til 479.100 i 2013)
 - De samlede omkostninger er øget med ca. 234 % (fra 71.1 mio. kr. i 2003 til 237,1 mio. kr. i 2013). Den relative større stigning i omkostninger sammenlignet med stigninger i antal patienter henholdsvis antal ydelser kan tilskrives prisregulering af psykologernes honorar
- Udviklingen i antal personer, antal ydelser og omkostningerne herved har samme forløb over tid uanset henvisningsårsag. Den største udvikling (relative stigning) ses i patientgrupperne, som er henvist for angst, depression og incest/sekuelse overgreb:
 - Antallet af patienter, som er henvist grundet angst (henvisningsårsag 11), er på to år steget med 351 % (fra 34,3 patienter pr. 100.000 personer i 2011 til 154,6 i 2013)
 - Antallet af patienter, som er henvist grundet depression (henvisningsårsag 10), er på fem år steget med 277 % (fra 176,5 patienter pr. 100.000 personer i 2008 til 666,0 i 2013)
 - Antallet af patienter, som er henvist grundet incest eller sekuelse overgreb (henvisningsårsag 9), er på otte år steget med 164 % (fra 10,8 patienter pr. 100.000 personer i 2005 til 28,5 i 2013)
- Herudover skal det bemærkes, at der er sket en halvering i behandling af personer, som har forsøgt selvmord (fra 27,8 patienter pr. 100.000 personer i 2004 til 13,3 i 2013). Hvorvidt denne reduktion kan tilskrives en øget kommunal/regional alternativ indsats kan ikke begrundes ud fra nærværende datagrundlag

- Det gennemsnitlige forbrug af psykologydelser er steget let fra 2004 til 2013 (fra 5,4 ydelser til 5,7 ydelser pr. person i kalenderåret). Den yngste aldersgruppe (0-14-årige) samt de ældste (65+-årige) har det gennemsnitlig mindste forbrug (< 5,0 ydelser pr. person i kalenderåret). Forbruget af ydelser stiger med alderen inden for den yngste aldersgruppe.
- I 2013 er det ca. 55 % af de personer, som modtager tilskudsberettigede psykologydelser, der er i behandling for depression eller angst – hovedparten af dem er i alderen 25-34 år. I både 2012 og 2013 er der 6 % henholdsvis 5 % af dem, der er henvist for henholdsvis depression henholdsvis angst, som bliver genhenvist efter 12 psykologydelser. Mens det er knap 60 % af dem, der er henvist for depression, der får mindre end seks psykologydelser i løbet af kalenderåret og 55 % af dem, der er henvist grundet angst.
- Der findes generelt en stigning i ventetiden til ordningen frem mod medio 2014. Herefter stabiliserer ventetiden sig på gennemsnitligt syv uger. Ventetiden på behandling for angst og depression er noget længere og har siden medio 2013 ligger 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, der kunne laves en mere effektiv fordeling af patienter, da kun meget få psykologer har nået omsætningsloftet.
- I både 2011, 2012 og 2013 kommer henvisning af patienter til tilskudsberettiget psykologbehandling fortrinsvis fra ydernumre (blandt alment praktiserende læger) hvor der tilbydes samtaleterapi (i 2013 er medianen på 25 henvisninger pr. ydernummer med samtaleterapi versus 19 henvisninger pr. ydernummer uden samtaleterapi).
- Der synes at være tendens til, at antal patienter og antal psykologydelser er højere i bykommuner sammenlignet med kommuner med lavere urbaniseringsgrad. Denne tendens kan ikke begrundes ud fra et højere antal psykologer i bykommunerne, idet antal psykologer pr. 100.000 indbyggere ikke er højere i bykommuner sammenlignet med land-/bykommuner.

4. Kvalitativ dataindsamling og kortlægning

4.1 Data

I denne del af afrapporteringen redegøres der for, hvordan og hvilke kvalitative data der er indhentet i forbindelse med evalueringen.

De primære kilder til de kvalitative data er:

- Interviews med 31 psykologer, der arbejder under Sygesikringen
- Litteratursøgning med henblik på kortlægning af metoder og evidens for anvendte metoder under ordningen
- Interviews med seks patienter, der har modtaget behandling under psykologordningen, og tre pårørende
- Interview og dokumentgennemgang om udenlandske erfaringer med sammenlignelige ordninger
- Desk research til afdækning af øvrige eksisterende tilbud om offentlig psykologbehandling til psykologordningens målgrupper

4.2 Formål

De kvalitative data supplerer således den kvantitative dataindsamling og analyse, og de to datatyper giver til sammen et mere fuldstændigt og metodisk stærkt billede af både psykologordningens indhold og virkemåde, men også af evidensen for dens indhold og for de metoder, der anvendes

under ordningen. Anvendelse af kvalitative data er helt nødvendige i forhold til at kunne give bud på svar på flere af de i evalueringen stillede spørgsmål. Det gælder:

- 3: Beskrivelse af metoder under psykologordningen og evidens for effekten
- 5: Sammenfatning af eksisterende dokumentation for psykologordningens effekter
- 6: Indblik i patienternes oplevelser og tilfredshed med ordningen
- 9: Udviklingen i øvrige offentlige tilbud til de enkelte målgrupper for ordningen
- 10: Analyse af øvrige behandlingstilbuds omkostningseffektivitet ift. psykologordningen
- 11: Internationale erfaringer med omkostningseffektive tilbud om samtaleterapi til målgruppen

4.3 Metode

I dette afsnit beskrives dataindsamlingsmetoderne, der er anvendt til indhentning af de kvalitative data.

4.3.1 Interviews med psykologer

ICG-KORA har i projektperioden interviewet i alt 31 psykologer, der praktiserer under sygesikringen jf. oversigten over psykologer samt spørgeguide i bilag 2 og 3. De fleste (24) interviews er gennemført som telefoninterviews, mens otte interviews er gennemført ved personligt fremmøde.⁵ De forskellige metodiske tilgange har ikke afstedkommet systematiske forskelle på interviewenes forløb eller indhold. Det er derfor meningsfuldt at afrapportere de gennemførte interviews samlet.

Interviewene har haft flere formål.

1. For det første har det været målsætningen at få et indblik i og overblik over, hvilke metoder de psykologer, der yder behandling under psykologordningen, praktiserer. I forlængelse heraf var det et delmål at få beskrevet psykologernes faglige overvejelser, herunder overvejelser om evidens, i forbindelse med valg af metoder.
2. For det andet har det været et formål at få et indblik i, hvordan psykologerne oplever ordningen, herunder også hvilke udviklings- eller forbedringspotentialer de ser for ordningen.
3. For det tredje har interviews haft til hensigt at afdække psykologernes syn på, om ordningen virker efter hensigten, om de rette målgrupper nås, og hvordan der eventuelt kan prioriteres anderledes.

Interviews er gennemført med udgangspunkt i en løs, semistruktureret spørgeguide, jf. bilag 3. Den løst strukturerede spørgeguide har betydet, at samtlige interviews har haft karakter af egentlige samtaler. Samtidig har guiden imidlertid sikret mulighed for at samle systematisk og struktureret op på interviews, så resultaterne af interviews kan sammenholdes.

4.3.2 Litteratursøgning og -analyse

Litteratursøgningen er gennemført på baggrund af en søgestrategi, der er godkendt af opdragsgiver, jf. bilag 6. Søgningen resulterede initialt i alt 3966 artikler. Der er efterfølgende gennemført et

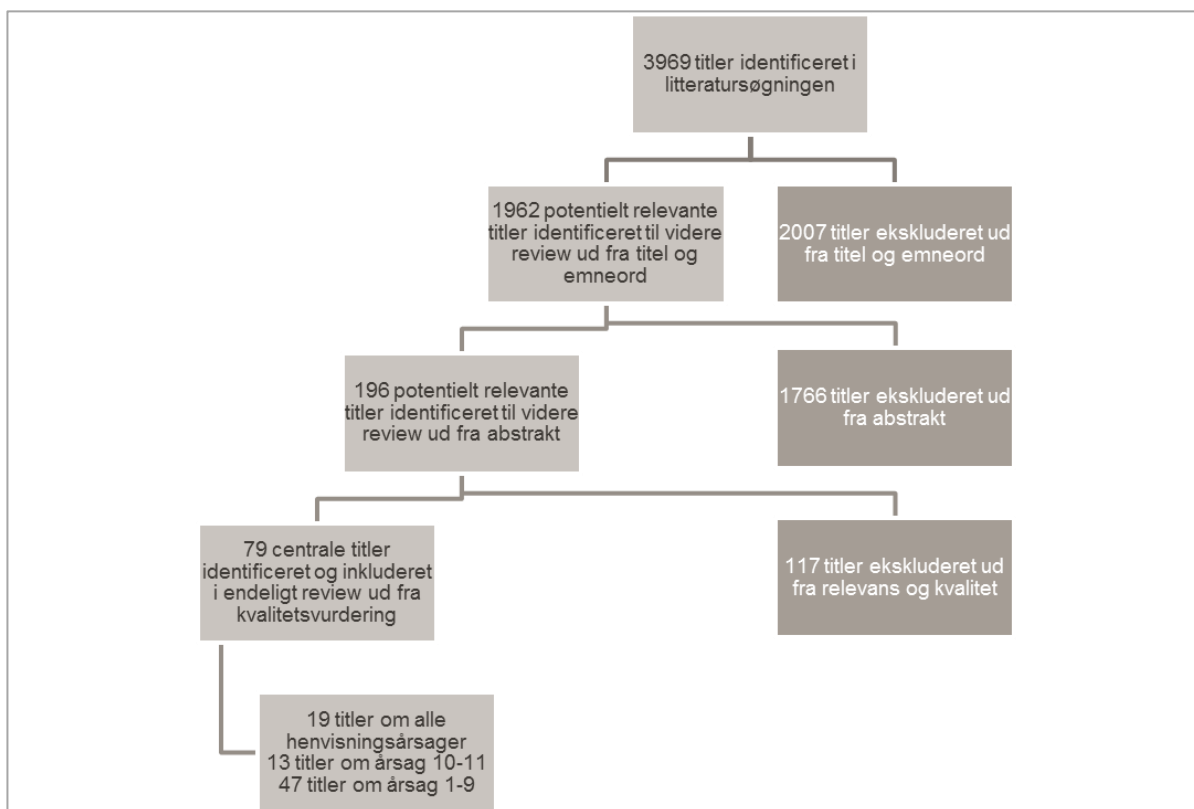
⁵ Initialt var det hensigten kun at gennemføre de otte interviews, der er gennemført ved personligt fremmøde i hovedstadsområdet, men under disse interviews blev der gjort opmærksom på, at det var sandsynligt, at der eksisterer systematiske forskelle på tværs af landets psykologer ift. anvendte metoder under ordningen, henvisningsmønstre og –praksis fra alment praktiserende læge mv. Det blev i forlængelse heraf besluttet at gennemføre yderligere ca. 20 telefoninterviews, der bl.a. havde til formål at afdække evt. geografiske forskelligheder i behandlingsmetoder mv. mellem psykologer, der praktiserer under Sygesikringen.

systematisk review af de identificerede artikler med henblik på at identificere den mest relevante litteratur.

I denne systematiske reduktion af materialet blev der fokuseret på at sikre, at alle relevante meta-analyser af metoder og effekterne heraf er medtaget i analysen. Ligeledes blev det sikret, at de relevante artikler, der knytter an til specifikke henvisningsdiagnoser mellem 1 og 11, ligeledes blev inddraget i analysen. Litteratursøgningen og den efterfølgende analyse er således særdeles omfattende.

Evalueringen af ordningen for personer med let til moderat depression i 2011⁶ og den igangværende evaluering af effekten af de faglige retningslinjer for henvisning af patienter med depression og angst til behandling ved psykolog⁷, som Sundhedsstyrelsen udgav i februar 2012 indgår ligeledes i litteraturreviewet.

Figur 25: Kortlægning af søgeresultater



I forhold til henvisningskategorien 4 "ramt af en alvorligt invaliderende sygdom", er en række centrale og relevante sygdomme inkluderet: Hjerneskader, nervesygdomme, demenssygdomme, sklerose, sygdomme i bevægelsesapparatet, livsstilssygdomme, hjertesygdomme, handicappede, adfærdssygdomme og traumesygdomme.

Den systematiske gennemgang af litteraturen er illustreret i Figur 25: Kortlægning af søgeresultater⁵. Efter at de 3966 artikler blev identificeret blev første sortering udført. Ud fra titel og emneord blev 1959 artikler inkluderet og 2007 ekskluderet. I anden sortering blev de resterende 1959 inklu-

⁶ 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).

⁷ Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog. For patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst. Sundhedsstyrelsen, 2012.

deret eller ekskluderet ud fra gennemlæsning af abstrakts. I alt blev 193 artikler inkluderet og 1766 artikler sorteret fra. Vurderingen blev foretaget ud fra de eksklusionskriterier, der er fremgår af søgestrategien. I den tredje og sidste sortering blev den tilbageværende litteratur kvalitetsvurderet, og sorteret i centrale artikler, 75 i alt, eller vurderet som mindre relevante, 118 i alt. Disse 118 mindre relevante artikler er ikke gennemlæst i fuld tekst, men er alligevel vurderet at have tilstrækkelig relevans til at nævnes i listen over referencer i et selvstændigt afsnit. Se Bilag 7: Resultat af litteratursøgning. Til relevansvurderingen anvendtes vurderingskriterier, der ligeledes er beskrevet i søgestrategien. Artiklerne blev endelig sorteret ud fra om de omhandlede gruppe 1-9, 10-11 eller alle 11 henvisningsgrupper.

4.3.3 Interviews med patienter og pårørende

Undersøgelsen af patientperspektivet trækker i et vist omfang på litteraturgennemgangen, men primært på interviews med pårørende og patienter.

I projektbeskrivelsen var det forudsat, at patienter skulle rekrutteres via psykologforeningen og de psykologer, som de identificerede. Dette ønskede hverken Psykologforeningen eller (indtil videre) psykologerne at medvirke til med henvisning til, at det ville kunne belaste relationen mellem psykolog og patient.

Vi har i stedet taget kontakt til Depressionsforeningen, Diabetesforeningen og pårørendeforeningen Bedre psykiatri, der alle har været behjælpelige med at slå vores forespørgsel op på deres hjemmesider og facebooksider eller sendt mail ud til relevante medlemmer. Det har resulteret i ni henvendelser, hvor alle er blevet interviewet. Desuden har vi fået sat opslag op i en udvalgt almen praksis.

Der er blevet udarbejdet interviewguides i forbindelse med interviewene blandt andet med inspiration fra skalaen Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) (Ruggeri 2010), der ofte bruges, når man i internationale undersøgelser beskæftiger sig med patienttilfredshed i forbindelse med psykisk sygdom. Der er også inddraget fund fra litteraturen om, hvad patienter lægger vægt på i mødet med en behandler (bl.a. Simpson et al. 2008). Interviewene er blevet gennemført som åbne, kvalitative interviews, hvor der er blevet givet stor plads til informanternes egne temaer. Interviewene er blevet optaget og interviewer har taget noter undervejs. Interviewene er blevet gennemført som seks-telefoninterviews, et individuelt interview og et gruppeinterview med to fremmødte. Interviewene har taget mellem 25 og 90 minutter.

4.3.3.1 Deltagere i interviewene

Der er som nævnt interviewet ni informanter, seks kvinder og tre mænd. Tre af kvinderne var pårørende til mennesker med en alvorlig psykisk sygdom – de var pårørende til henholdsvis en bror, en søn og en ægtefælle. De øvrige kvinder var henvist for depression eller stress, og mændene var henvist for stress, angst eller depression. En mand havde som den eneste haft et langt forløb i psykiatrien og havde en psykiatrisk diagnose. De seks kvinder var henholdsvis 25, 29, 46, 48, 50 og 53 år, mændene var 40, 42 og 61 år.

At der kun er interviewet relativt få patienter til undersøgelsen betyder selvfølgelig, at der er færre perspektiver og udsagn om, hvordan psykologordningen opfattes – variationen er simpelthen mindre end med flere informanter. Til gengæld har kvaliteten i de gennemførte interview været høj. De informanter, der har meldt sig, har alle gerne ville fortælle om deres erfaringer, og har givet udtryk for, at de synes, at det var vigtigt, at netop deres perspektiv kom med i undersøgelsen.

Når man annoncerer efter patienter på den måde, som vi har gjort, så betyder det selvfølgelig, at de patienter, der henvender sig, er patienter, der gerne vil fortælle om deres erfaringer. Det må forventes, at motivationen til dette er størst hos dem, der er positivt indstillet og gerne vil berette om en positiv oplevelse. Der kunne selvfølgelig godt have været nogen med meget negative oplevelser, der ville bruge muligheden for at gøre opmærksom på dette. Denne sidste gruppe har dog

ikke meldt sig til vores undersøgelse og de interviewede patienter har alle været positive over for ordningen.

4.3.3.2 Analysemetode

Interviewene med patienter er blevet gennemgået i forhold til en række temaer, der dels afspejler interviewguiderne og dels afspejler de temaer, som patienterne selv lagde vægt på. Analytisk set er der tale om en indholdsanalyse, hvor hovedvægten er blevet lagt på at fremdrage, hvad informanterne har sagt om de forskellige temaer (Kvale og Brinkmann 2009).

Temaerne fra spørgeguiderne har været:

- Kontakten med praktiserende læge og henvisningen til psykologen
- Oplevelsen af samtaleforløbet hos psykologen
- Forskelle mellem behandling hos psykolog og praktiserende læge
- Om patienten har haft en oplevelse af at have fået hjælp
- Om patienten har haft en oplevelse af at have fået mere viden om psykiske sygdom
- Oplevelsen af psykologens kvalifikationer
- Inddragelse af pårørende
- Tilskuddets betydning
- Om man ville anbefale denne form for hjælp til andre og opsøge den igen

Derudover har informanterne bragt følgende temaer på bane i interviewene

- Forskellige dimensioner i oplevelsen af samtaleforløbet
- Psykologens rolle i forhold til andre samtalepartnere
- Vigtige dimensioner i selve relationen til psykologen

Derudover kan interviewene give nogle forklarende bud på de mere kvantitative fund i litteraturen, herunder i første omgang fundene i undersøgelsen af psykologordningen, der blev gennemført i 2011 (Fjeldsted og Christensen 2011). Når 2011-undersøgelsen finder en høj grad af tilfredshed med behandlingen, kan vores interview give nogle bud på, hvad det er, der gør, at patienterne er tilfredse med behandlingen (se Bourgois 2002).

4.3.4 Udenlandske erfaringer med sammenlignelige ordninger

Indsamlingen af udenlandske erfaringer har koncentreret sig om at opsummere erfaringerne med det engelske Improving Access to Psychological Treatment-program. Dette program ligner på mange områder den danske psykologordning, og der er derfor et væsentligt potentiale i at trække på erfaringerne med arbejdet i denne indsats. Erfaringerne er afdækket gennem interview og anden kontakt med britiske eksperter. Endvidere har vi gennem disse kilder identificeret de mest relevante dokumenter omkring ordningen (se boks). Kilderne er **Cathy Richards**, NHS Scotland, Consultant Clinical Psychologist, og **Geraldine Strathdee**, NHS England, Psykiater og National Clinical Director for Mental Health.

- Community and Mental Health team, Health and Social Care information Centre: Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services, 2014
- Department of Health: Talking therapies: A four-year plan of action (No health without mental health), 2011
- David M. Clark: Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience, 2011.
- Department of Health: Improving access to Psychological Therapies (IAPT), 2012
- Department of Health: IAPT three-year report: The first million patients, 2010.
- Gyani, A., Shafran, R., Layard, R. & Clark, D. M.: Enhancing Recovery Rates in IAPT Services: Lessons from analysis of the year one data, London: NHS, 2011.
- Hamilton, S., Hicks, A., Sayers, R., Faulkner, A., Larsen, J., Patterson, S. & Pinfold, V.: A user-focused evaluation of IAPT services in London. Report for Commissioning Support for London. Rethink: London.
- King's Fund: Service transformation. Lessons from mental health, 2012.
- Mukuria C, Brazier J, Barkham M, Connell J, Hardy G, Hutten R, Saxon D, Dent-Brown K, Parry G.: Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service.
- NHS England: Strategy for mental health, 2013.
- NHS Scotland: A Guide to delivering evidence-based Psychological Therapies in Scotland – The Matrix, 2012.
- NHS Scotland: A framework for mental health services in Scotland, 2013.
- Radhakrishnan, M, Hammond G, Jones, PB, Watson, A, McMillan-Shields, F, Lafortune, L.: Cost of improving access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region, Behavior Research and Therapy, 2013, vol. 51 no. 1
- Thornicroft, G.: A new mental health strategy for England. BMJ 342, d1346, 2011.

4.3.5 Desk-research – kortlægning af eksisterende tilbud udover psykologordningen

Udover de ændringer, der har været i psykologordningen, er der sket en udvikling i sundhedsvæsnets øvrige 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. Bl.a. med satspuljeaftalen for 2012-2015

blev der etableret tre regionale centre, som skal yde professionel behandling og frivillig rådgivning og støtte til personer med senfølger af seksuelle overgreb⁸.

Der er for at skabe et samlet billede gennemført en omfattende desk-research, hvor mange (formentlig langt de fleste) tilbud – udover psykologordningen – til målgrupperne omfattet af psykologordningen, er identificeret. Desk-research er fulgt op med telefoninterview til regionale eksperter for at validere fundene.

Kortlægningen er gennemført for at etablere et samlet overblik over tilbud til målgrupperne, herunder om disse tilbud kan siges at være overlappende med psykologordningens tilbud. Kortlægningen skal således skabe mulighed for at evaluere på, om de tilbud, der er offentligt finansieret supplerer hinanden eller måske for nogle tilbuds vedkommende er overlappende og ”konkurrerende”.

4.4 Resultater

I dette afsnit præsenteres resultaterne af de forskellige kvalitative dele af dataindsamlingen. Det drejer sig om følgende afsnit:

- *Psykologernes erfaring med ordningen*, hvor budskaberne fra interviewene med psykologer fremlægges.
- *Psykoterapeutiske metoder og evidensdebat*, hvor resultatet af litteraturgennemgangen præsenteres.
- *Hvad mener patienterne?*, hvor resultatet af de gennemførte patient- og pårørendeinterview fremlægges.
- *Erfaringer med IATP*, hvor de engelske erfaringer med at øge adgangen til psykologbehandling præsenteres
- *Andre tilbud*, hvor en oversigt over de fundende øvrige tilbud til målgruppen præsenteres.

4.4.1 Psykologernes erfaringer med ordningen

4.4.1.1 Praksis og anvendte metoder under psykologordningen

De gennemførte interviews har vist, at der anvendes et meget stort antal forskellige metoder, når klienter behandles under psykologordningen. Der er i den forbindelse intet, der tyder på, at der skelnes mellem, om en klient er henvist over psykologordningen eller kommer i privatregi ift. hvilken metode, der tages udgangspunkt i.

Ligeledes er der generelt ikke belæg for at sige, at der på tværs af landet er systematiske forskelle på de metoder, der anvendes.

Interviews har ligeledes vist, at den enkelte psykologs (efter-)uddannelsesmæssige baggrund samt ikke mindst erfaringer fra egen praksis er det, der oftest lægges til grund for valget af metoder. Der er i relation hertil en mindre tendens til, at de psykologer, der har en selvforståelse af at tilhøre én specifik psykologisk retning, i højere grad begrundes valget af metode ud fra evidens. Dette gælder især de psykologer, der primært anvender en kognitiv eller psykodynamisk tilgang som må betragtes som de store overordnede terapeutiske retninger.

De psykologer, der primært tilskriver sig én bestemt retning, er også dem, der har flest eksplicite meninger ift. andre retninger. Især ses der et billede af ”en kamp” mellem den kognitive og den psykodynamisk tilgang, hvor de psykologer, der primært tilskriver sig én af disse retninger, mener at have evidens for egne metoder.

⁸ <http://www.sm.dk/Temaer/social-omraader/Udsatte-voksne/seksuelle%20overgreb/Voksne-incesttramte/Sider/Start.aspx>.

Mange giver dog udtryk for, at deres praksis er en kombination af mange forskellige metoder (mange kombinerer og praktiserer også både psykodynamisk og kognitiv tilgang). Et flertal angiver således at have en eklektisk tilgang til behandlingen. Holdningen blandt disse er, at det vigtigste ift. om en given metode er effektiv er, at man som psykolog selv er tryk ved anvende den. Dette er derfor også ofte argumentet, når forskellige metoder fravælges: At man ikke er tryk ved dem, eller mangler tilstrækkelig uddannelse inden for metoden. Her fremhæves det også, at man som psykolog ikke kan forventes at kunne anvende alle tilgange og metoder og slet ikke af lige høj kvalitet. Der opleves et behov for at specialisere sig inden for bestemte metoder, men med mulighed for at bringe elementer fra andre retninger ind efter præference. Af samme grund angiver flere, at jo mere erfaring man har som psykolog, jo mere fleksibel bliver man i sine metodiske valg.

En typisk proces ved behandling under psykologordningen

Den første session beskrives relativt ens for flerheden af psykologer og er gældende uanset den enkelte psykologs baggrund og metodepræferencer. Således anvendes første session (og i visse tilfælde helt frem til tredje) på at udrede og kortlægge klientens symptomer og årsagerne hertil. Nogle kortlægger desuden hele klientens sygehistorik (en egentlig anamnese). Andre fokuserer på klientens relationer i de forskellige livsområder. Den teoretiske eller faglige tilgang og værktøjer til disse kortlægninger er forskellig fra psykolog til psykolog – og fra klient til klient. Men et typisk forløb beskrives ofte som startende med en kortlægning, hvorefter der på forskellig vis dykkes ned i årsagssammenhænge og/eller introduceres for og trænes i "coping"-strategier overordnet afhængig af, om psykologen typisk anvender kognitiv eller psykodynamisk metode.

Alle giver udtryk for, at den enkelte psykolog selv har mulighed for at vælge, hvilken tilgang der vil være bedst i den konkrete situation, og der er et klart billede af relativ stor tillid til kollegaers faglighed og faglige dømmekraft mellem psykologer. Enkelte giver udtryk for en frustration over, at de praktiserende læger har en holdning til, at den kognitive tilgang er bedst, og derfor anbefaler dette til klienten. Men der er imidlertid ingen, der føler sig begrænset i forhold til metodevalg, når man sidder i konsultationssituationen. Der er ligeledes bred enighed om, at en indførelse af restriktioner ift. den enkelte psykologs metodevalg, vil være at gå i en forkert retning. Metodevalg bør ifølge psykologerne primært være en erfarings- og/eller forskningsbaseret klinisk vurdering.

Der er en klar tendens til, at valget af metode i den konkrete situation i højere grad er situationsbestemt og afhænger af klienten end af fx henvisningsårsag eller Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Dog er der en tydelig tendens til, at kognitive metoder tages i brug som første valg ved angst og depression samt til "de mere intellektuelle" klienter. Hvordan der træffes valg i den enkelte situation ift. metode angives som baseret på faglig fornemmelse og erfaring.

Alle respondenter giver udtryk for, at de holder sig løbende opdateret ift. metoder og ny viden. Dette gøres af mange forskellige veje: Supervision, netværk med sparring om konkrete sager, netværk med sparring ift. nye metoder, ny faglitteratur og forskning, efteruddannelse, kurser (fx gennem psykologforeningen eller regionen), fagpolitisk aktiv, samt ifm. hverv som underviser eller censor

på uddannelsesinstitutioner.

4.4.1.2 Psykologernes vurdering af ordningen

Overordnet set er der blandt psykologer bred enighed om ordningens relevans og nødvendighed, og ligeledes er der en generel enighed om, at ordningen i store træk også fungerer rigtig godt. Ordningen opleves som værende med til at understøtte en bred adgang til psykologbehandling, så dette – som det opleves at have været tilfældet tidligere – ikke er forbeholdt de økonomisk velstillede. En afledt konsekvens heraf er således også, at psykologerne vurderer, at man har klienter fra alle samfundsklasser. Dog er der formentlig stadig en overrepræsentativitet af økonomisk bedst stillede, og der er stadig klienter, som vælger behandling fra grundet kravet om selvbetaling af en



andel af behandlingen. Det fremhæves desuden, at ordningen har bidraget til at reducere den type livskriser og konflikter, herunder bl.a. skilsmisser, dødsfald mv, der har et niveau, hvor psykologhjælp er nødvendigt.

Praksis i forhold til henvisning til psykolog og samarbejdet med lægerne

Der er en generel oplevelse af, at den henvisningsgruppe, der oftest mødes af psykologerne, er klienter med depression. Herudover afhænger henvisningsmønstrene og de henvisningsgrupper, der oftest ses især af den enkeltes specialisering og professionelle interesse. Det er dog generelt sådan, at langt de fleste af de interviewede psykologer modtager alle typer af henvisninger med den undtagelse, at en relativ stor del som hovedregel ikke tager mod børn.

Samarbejdet med de praktiserende læger fremhæves af flere som velfungerende. Der er en oplevelse af, at lægerne i langt de fleste tilfælde er tilgængelige og samarbejdsvillige. Det fremhæves også af mange som et positivt element, at henvisning foregår via praktiserende læge, idet den praktiserende læge ofte har kendt patienten i længere tid.

Andre psykologsrespondenter ser det imidlertid som en tilsidesættelse af psykologernes kompetencer, og betegner det som urimeligt, at klienter til tider skal "kæmpe med lægerne" om at få henvisning til psykolog. Der er imidlertid relativt stor enighed om, at lægerne generelt henviser, hvis der er behov for en psykolog. Som en af de interviewede psykologer udtalte, så er "*lægerne rigtigt gode til at udvise konduite*", hvormed menes, at de praktiserende læger generelt henviser til psykolog, når der er grundlag for det.

På baggrund af interviews med psykologerne ser det ikke ud til, at der er betydelige forskelle på henvisningsmønstrene på tværs af landet

De interviewede psykologer har under interviewene ligeledes påpeget væsentlige udfordringer vedr. de praktiserende lægers henvisninger til psykolog. De udfordringer, der nævnes mere gennemgående fremgår herunder:

- Det kræver reelt og ideelt en psykologfaglig vurdering overhovedet at henvise til psykologbehandlingen ved anvendelse af den korrekte henvisningskategori. Denne ekspertise besidder de praktiserende læger ikke.
- Der er en oplevelse af, at henvisningsårsagen depression til tider anvendes (for) ukritisk. Med psykologernes nuværende aktivitetsloft ift. indtjening fra depression og angst angives dette som særligt problematisk, da loftet rammes hurtigere, hvis depressionskategorien tages i anvendelse, når en anden henvisningsårsag fagligt set burde været anvendt.
- Det er i sammenhæng hermed oplevelsen, at depressionskategorien anvendes som "skraldespandskategori", hvor klienter, der ligger uden for ordningens målgrupper, henvises via denne kategori, fordi der er et behov for psykologbehandling. For eksempel modtages stressramte klienter med henvisning om depression. Der er stor forskel på den enkelte psykologs praksis – nogle afviser klienten, mens andre behandler klienten på baggrund af lægens henvisning. For mange er der imidlertid en oplevelse af, at det er en reel udfordring, som bør håndteres.
- Det fremhæves yderligere, at det er uhensigtsmæssigt, at mange læger har en præference for kognitiv adfærdsterapeutiske metoder, og således til tider kommer til træde ind på psykologens fagområde, ift. at fortælle klienten, hvilken metode - og dermed nogle gange psykolog - patienten bør vælge, når de henvises.



Specifikt i forhold til ventetider

Der er en oplevelse af, at ventetiderne er lange og også en bevidsthed om, at ventetiden kan være decideret invaliderende for de mennesker, der skal vente på hjælp. Det påpeges i den forbindelse, at ordningen ikke fungerer som tilbud i forbindelse med behov for akut psykologhjælp, da ventetiderne er så lange, som de er. Fx i forbindelse med ulykker, dødsfald eller svære depressioner angives ventetiderne som uhensigtsmæssige og medvirkende til forværring af patientens situation.

Der udtrykkes i den sammenhæng ønske om, at lægerne i højere grad end i dag oplyser klienterne om de lange ventetider, så det ikke kommer som en overraskelse for klienten, når de kontakter psykologen.

De lange ventetider begrundes af mange med, at ordningen, ifølge dem, er underfinansieret. Det påpeges, at der er en ubalance mellem de politiske ønsker ift. at sikre bred adgang hurtigst muligt, og ordningens finansiering. Flere vurderer, at det samfundsøkonomisk er urentabelt at lade folk vente på venteliste. Andre psykologer påpeger imidlertid, at ventetiderne bl.a. også skyldes, at der er nogle af psykologerne med ydernummer, der ikke har specielt mange patienter i behandling under psykologordningen. Måske fordi de i stedet primært behandler patienter, der er 100 pct. selvbetalere.

Det er desuden psykologernes oplevelse, at ventelisterne er blevet længere i forbindelse med, at der er indført aktivitetsloft for behandling af klienter med depression og angst. Der er samtidig andre psykologer, der påpeger, at man henviser videre til andre psykologer, når man selv er fuldt booket, og patienten ikke kan/vil vente.

Ordningens opbygning og virkemåde

Flere respondenter har fremhævet, at det administrative arbejde i forbindelse med ordningen er omfattende og tidskrævende. For eksempel nævnes det af flere, at de it-systemer, der anvendes i kontakten med praktiserende læger og andre sundhedsaktører ikke fungerer optimalt. Reglerne i forhold til, hvor gammel en henvisning må være, har øget det administrative arbejde, da klienterne ofte ikke er opmærksomme på dette forhold. Der må højst gå 30 dage fra henvisning udstedes af praktiserende læge, til der er taget kontakt til psykolog. Ud over at medføre ekstra administrativt arbejde medfører reglerne også, at flere klienter ender med give op ift. at få psykologhjælp, når de er nødt til at gå tilbage til den praktiserende læge for at få en ny henvisning.

I forhold til ordningens opbygning påpeges det, at aflønningen under ordningen ikke er tidssvarende og derfor i nogles øjne er for lav. Det er et problem, fordi der så opstår en tendens til, at psykologerne tager private klienter ind først og "fylder op" med klienter, der henvises over psykologordningen. Klienter henvist over sygesikringen ender derfor hos nogle bagerst i køen, hvilket naturligt medfører længere ventelister.

Det opleves ligeledes hos et mindretal som et problem, at der ikke gives betaling ved udeblivelse, da der desværre kan ses en tendens til at de svageste patienter derfor ikke tages ind, da psykologerne i gennemsnit kan risikere et tab på op til 30.000 kr. om året på udeblivelser. Det opleves som et svigt af denne gruppe.

I forlængelse heraf opleves det som problematisk, at psykologerne ikke aflønnes for at skrive epikriser. Det betyder, at epikriserne enten ikke udfærdiges, eller at de laves dårligt. For voksne klienter er dette mindre problematisk, da de selv kan orientere praktiserende læge om forløb og tilstand, men ifm. børn og unge er det et alvorligt problem, at epikriser til egen læge ikke udfærdiges, da der herved opstår et "hul" i sygehistorien.

Det vurderes desuden af flere, at ordningen er for ufleksibel ift. grænsen for antal sessioner. Oplevelsen er, at nogle har behov for flere sessioner, mens andre afsluttes før tid. Der er en oplevelse af, at det i højere grad burde være op til psykologen at vurdere, hvorvidt et forløb afsluttes, og at denne ændring ikke ville betyde væsentligt for ordningens økonomi, da det vil "gå op" i sidste ende. En psykolog henviser til undersøgelser, der viser, at klienter i gennemsnit har 6 sessioner.

De fleste udtrykker stor forståelse for, at det handler om økonomisk prioritering, men forholder sig samtidig uforstående over for, at der henvises pba. årsager og ikke fx symptomer og funktionsgrad (man ville fx typisk ikke se tilsvarende på det somatiske område).

Endelig er der flere, der har udtrykt stor bekymring for, at de ser en udvikling ift., at de private sygeforsikringselskaber udnytter ordningen. Folk tror, at de har en sundhedsforsikring, der betaler for deres psykologbehandling, men der er en oplevelse af, at forsikringselskaberne i stigende grad går via kundens praktiserende læge og får henvisning. Forsikringselskabet betaler således kun den del af behandlingen, som kunden selv skulle have finansieret – det offentlige betaler resten.

Ordningens begrænsninger i forhold til målgrupper

Der er relativt stor enighed om, hvilke målgrupper, det ikke er muligt at hjælpe gennem ordningen. Her peges der især på klienter med svære psykiatriske diagnoser, herunder svær umedicineret eller kronisk depression, borderline klienter, svært personlighedsforstyrrede og alvorlige misbrugere.

Begrundelserne for, at disse målgrupper ikke kan hjælpes gennem psykologordningen, går lige fra, at antallet af sessioner via ordningen ikke rækker til at problematikken disse målgrupper kommer med, generelt ikke lader sig behandle i privat praksis i almindelighed, da det kræver, at man er selvhjulpent nok til at møde op til ambulante behandling. Her er der imidlertid samtidig bred enighed om, at samarbejde med behandlingspsykiatrien fungerer ganske fint.

4.4.1.3 Psykologernes perspektiver for den fremadrettede udviklingen af ordningen

Helt generelt handler mange af de udviklingspotentialer, der af psykologerne angives for psykologordningen om at øge fleksibiliteten i ordningen – det være sig ift. henvisningsmetode, målgrupper eller aflønning. Desuden påpeger flere, at der burde være større fokus på forebyggelsen af de sværeste psykiske lidelser. Der er flere, der mener, at hvis der åbnes op for psykologbehandling før en tilstand, fx stress, udvikler sig til en egentlig depression eller lignende, så vil det være en samfundsøkonomisk gevinst. Med respekt for, at økonomisk prioritering er væsentlig, argumenterer disse for, at behandling hos psykolog, der i højere grad ydes "efter behov" end diagnose, bør overvejes. Mange påpeger i den forbindelse som nævnt, at det er u hensigtsmæssigt at der skal henvises på baggrund af årsagskategorier. Derfor er der også flere af respondenterne, der mener, det er meningsløst, at man kan tale om prioriteringer indenfor ordningen - eller for den sags skyld udvikelse af ordningen – ift. disse kategorier og målgrupper.

Flere påpeger, at man bør udvikle en ny henvisningspraksis i samarbejde med lægerne. Henvisning på baggrund af behov kan fx ske på baggrund af funktionsdygtighed, psykisk trivsel og symptomer. Argumentet er, at det er dem, der er hårdest ramt ift. dårlig psykisk trivsel, der har størst nytte af psykologhjælp. Der foreslås således henvisning på et mere frit og åbent grundlag, samtidig med, at der argumenteres for, at der bør fastholdes et økonomisk loft over indtjeningen for den enkelte psykolog. Der er delte holdninger til, hvorvidt det er lægerne, psykologerne selv eller en kombination, der skal stå for henvisningen i en sådan konstruktion.

Der kan peges på mange forskellige målgrupper, som psykologerne med varierende tyngde har påpeget kunne indgå mere eksplicit i ordningen, herunder:

- Udsatte for stress-reaktioner er en målgruppe, der hyppigt fremhæves som relevante at omfatte af ordningen. Der lægges særligt vægt på det forebyggende element ift. at undgå, at stress udvikler sig til angst og depression. Samtidig er der tale om en målgruppe, som har et tydeligt behov for hjælp. Samtidig erkender mange også, at stress-begrebet er så elastisk, at der er fare for, at det vil løbe løbsk økonomisk. Flere fremhæver desuden det faktum, at mange stressramte i dag behandles i ordningen, men under henvisningsårsagerne depression eller angst. Såfremt denne praksis fortsætter vurderes det, at behovet for en udvidelse til denne kategori ikke er nødvendig. Det må dog siges at være et opmærksomhedspunkt, at der formentlig henvises forskelligt, således at nogle borgere med stress modtager tilbud om

psykologbehandling, mens andre med tilsvarende tilstand og situation ikke gør, alt efter den enkelte læges og evt. psykologs praksis på området.

- Mange finder det urimeligt og ikke tilstrækkeligt fagligt funderet, at der er opstillet nedre og øvre aldersgrænser for, hvornår man kan henvises over ordningen. Det påpeges, at det bør være et psykologfagligt skøn om behov, og ikke borgerens alder, der skal ligge til grund for tilbuddet.
- Der er en oplevelse af, at børnene glemmes i den nuværende ordning. Dette påpeges som et stort problem, da de kommunale PPR'er ikke har tilstrækkelige tilbud. Der er en oplevelse af, at PPR i stigende grad udøver konsulentbistand til lærere og pædagoger, men ikke egentlig psykologhjælp til børnene. Som eksempel blev det nævnt, at børn ofte debuterer med angst i 10-års alderen, men at de i den nuværende ordning skal vente, til de bliver 18 år, før de kan få hjælp.
- Dét faktum, at der er tale om, at henvisning skal ske med kort varsel efter den udløsende hændelse ved henvisningskategorierne 1-9, opleves også som et problem, idet mange først reagerer på traumatiske oplevelser senere i livet. For eksempel borgere, der har oplevet massivt omsorgssvigt i barndommen, men først reagerer som voksne, eller børn der har mistet en forælder som lille, men først reagerer i teenageårene.
- Flere fremhæver også, at hjælp til familier eller par med samlivsproblemer, herunder specifikt kriser i forbindelse med skilsmisser, vil have et stort forebyggende element. Det vurderes bredt at kunne forebygge mange livskriser og depressioner hos både børn og voksne
- Sidst men ikke mindst fremhæver flere respondenter – særligt i yderområderne – at de oplever, at der er folk, der ikke er i stand til at finansiere egenbetalingen, hvilket er problematisk, da kommunen ikke altid yder støtte, selvom behovet er reelt. I den forbindelse peges der også på, at de helt ressourcetsvage borgere eller lave socialklasser glemmes i ordningen. Altså dem, der ikke engang når frem til praktiserende læge for at få en henvisning. Eller dem der ikke er i stand til at sætte ord på deres tilstand over for en læge eller overbevise en læge om, at en henvisning er nødvendig.

Der er ingen af de eksisterende henvisningskategorier, der opleves som direkte irrelevante at have som en del af ordningen, da vurderingen er, at der er tale om sygdomme og tilstande, hvor der er reelt behov for og mening i at yde psykologhjælp.

Der er dog flere, der påpeger, at der kan være overlap i tilbud på nogle områder, da der er visse typer henvisninger, de sjældent møder. For eksempel henvisninger som følge af sen abort. Der er også blandt nogle en oplevelse af, at kræftramte kan søge hjælp andre steder. Givet, at disse tilbud er tilstrækkelige, er holdningen hos flere, at det vil være i orden at tage disse henvisningskategorier ud af psykologordningen.

Derudover er der flere, der giver udtryk for at enkelte af henvisningskategorierne kræver specialiseret psykologhjælp, hvorfor det vil være mere hensigtsmæssigt at flytte behandlingen til et andet regi end de praktiserende psykologer generelt. Det drejer sig om incest og visse former for særligt traumatiske trafikuheld. For begge kategorier gælder desuden, at det findes alternative, specialiserede tilbud som fx Rigshospitalets traumepsykologiske enhed, men hvor det bør overvejes, om kapaciteten i disse tilbud er tilstrækkelige til at dække behovene.

Der peges desuden på muligheden for at reducere antallet af sessioner i forlængelse af henvisningsgang nr. 2 for angst og depression fra 12 sessioner til 8 sessioner, da de første 12 sessioner sjældent er nok, hvorimod 12 ekstra ofte vil være for meget. Dette vil måske kunne bidrage til besparelser. Det er dog på baggrund af interviewene uklart, i hvor høj grad klienterne gives sessioner udover det faktiske behov.

Der fremhæves desuden udviklingspotentialer ift. at se på muligheden for at give gruppe- eller familiesessioner med en mere fleksibel honorarstruktur. I dag udvides tidsrummet for sessionen

med et antal minutter pr. person, der deltager i sessionen. Det er ofte unødvendigt for familier, idet børn alligevel ikke kan deltage i længere tid af gangen.

Der peges også på udviklingspotentiale ift. at være bedre i stand til at sikre en glidende overlevering af ydernumre fra psykolog til psykolog. Mange erfarne psykologer vil gerne have de unge psykologer til oplæring, men det er en udfordring, når de ikke må løse det overenskomstmæssige arbejde. Der er forslag om, at man kan dele et ydernummer – gerne med økonomiske begrænsninger – men således, at det sikres, at de unge kommer ind og får den rette træning under supervision. Andre fremfører omvendt, at der skal kunne stilles de samme krav til alle med ydernummer, og at ingen bør kunne behandle under ordningen, uden at være helt færdiguddannet.

4.4.2 Psykoterapeutiske metoder og evidensdebat

Efter en kort introduktion til de dominerende retninger inden for psykoterapeutisk behandling gennemgås hovedpointerne i litteraturen identificeret gennem litteratursøgningen i dette afsnit.

4.4.2.1 Psykoterapeutiske retninger

Som det er fremgået af de forrige afsnit er der ikke på baggrund af interviews med psykologerne skabt grundlag for at tro, at de metoder, der anvendes under psykologordningen adskiller sig fra metoder, der anvendes helt generelt blandt praktiserende psykologer. Det betyder, at der overordnet kan sondres mellem fire hovedretninger, hvoraf de to første er meget dominerende og anvendes meget bredt:

- Psykodynamisk terapi
- Kognitiv adfærdsterapi
- Eksistentiel psykoterapi
- Systemisk-narrativ terapi

Den psykodynamiske terapi og den kognitive adfærdsterapi udgør ligeledes de to største psykoterapiskoler i verden i dag, mens den eksistentielle og den systemisk-narrative metode er mindre fremherskende. Alle fire metoder er imidlertid også identificeret i forbindelse med de afholdte interviews.

Det skal indledningsvist slås meget klart fast, at langt de fleste – ICG-KORA har ikke talt med psykologer, hvor det ikke forholder sig sådan – psykologer anvender flere forskellige metoder, om end man ofte ligeledes er – og anerkender at have enten præference for eller størst viden om en enkelt terapiretning og ofte en specifik gren herunder.

Metoderne beskrives herunder, ligesom evidensen for de enkelte metoder i forhold til psykoterapeutisk behandling opsummeres.

Psykodynamisk terapi

De psykodynamiske terapier bygger oven på psykoanalysen, som blev udviklet af Sigmund Freud o.a., som den første specifikke psykoterapeutiske skole i starten af 1900-tallet. Mange senere psykodynamiske teoretikere, inkl. Anna Freud, Alfred Adler, Carl Jung, Karen Horney, Erik Erikson, Melanie Klein, Heinz Kohut og John Bowlby har efterfølgende bygget oven på Freud's grundlæggende idéer.

I psykodynamisk terapi er der fokus på intrapsyriske og ubevidste konflikter, og hvordan disse påvirker individets udvikling. Fri association anvendes som en central metode for at udforske ubevidste indre konflikter og vanskeligheder. Det er tanken, at individet udvikler og anvender forskellige forsvarsmekanismer for at undgå ubehagelige intrapsyriske og relationelle konflikter. Psykopatologi menes at hidrøre fra tidlige barndomsoplevelser og kan bl.a. føre til anvendelsen af primitive forsvarsmekanismer. Det antages som led i metoden, at livstemaer og dynamikker vil dukke op i klient-terapeut-forholdet som overføring og modoverføring, hvorfor dette *relationelle* arbejde står

centralt. Fortolkning af overføringsreaktioner, forsvarsmekanismer og symptomer og adfærd bruges til at arbejde igennem de nuværende problemer. Det vurderes som centralt for terapien, at klienten øger sin selvindsigt/sygdomsindsigt, hvilket menes at føre til mere hensigtsmæssig og socialt tilpasset adfærd.

Inden for de senere år er der dukket en række nyere psykodynamiske korttidsbehandlinger op (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy - ISTDP), hvilket flere af de interviewede benytter sig af. De nyere tilgange vælges, fordi de er mere tidseffektive end de tidligere psykodynamiske tilgange og erfaringen er, at der er god effekt. Begreber som overføring/modoverføring og tilknytning er stadig centrale i moderne psykodynamisk korttidsbehandling, ligesom elementer fra særligt kognitiv adfærdsterapi er blevet integreret. De væsentligste nyere psykodynamiske korttidsbehandlinger er:

- Mentaliseringsbaseret terapi
- Interpersonel terapi
- Dynamisk interpersonel terapi
- Intensiv Psykodynamisk Korttidsterapi

Kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi består oprindeligt af to adskilte terapeutiske retninger: adfærdsterapien og den kognitive terapi. Den rene adfærdsterapi og den rene kognitive terapi kaldes tilsammen for den første bølge inden for kognitiv adfærdsterapi. Anden bølge opstod i 1970'erne på bagkanten af den såkaldte "kognitive revolution", hvor bl.a. Albert Banduras arbejde med self-efficacy beskrev kognitive aspekter i angstreduktion og deres indflydelse på at ændre personens adfærd. Desuden er ren adfærdsterapeutisk eksponering mere besværlig end at indlede denne med kognitiv træning gennem samtale, og flere amerikanske klinikere begyndte derfor at koble adfærdsterapien og den kognitive terapi. Efter årtiers metodiske diskussioner blev de to retninger således gradvist forsonet, og den første samlede konference for kognitiv adfærdsterapi var en realitet i 1976 i New York. Siden slutningen af 1980'erne har den kognitive model og informationsbearbejdningsteorien været de dominerende teoretiske hjørnesteen i kognitiv adfærdsterapi. Der findes i dag kognitive adfærdsterapeutiske protokoller for alle psykiske lidelser.

Kognitiv adfærdsterapi er en aktiv, målorienteret, tidsbegrænset, samarbejdsorienteret og struktureret tilgang til at reducere psykiske og psykiatriske symptomer hos individet gennem en ændring af uhensigtsmæssig tænkning og adfærd samt et mål om generel fleksibilitet i tanker, adfærd og følelser. Tilgangen baserer sig på videnskabelige modeller for menneskelig adfærd, kognition og emotion. Kernen er den kognitive model med fokus på samspillet mellem negative tanker, uhensigtsmæssige underliggende antagelser og dysfunktionel adfærd, som kan blive til negative cirkler med psykisk lidelse til følge. Kognitiv adfærdsterapi hviler på en antagelse om, at individets adfærd styres af tanker og følelser, og at vi kan ændre følelsen og adfærden, hvis vi ændrer tanken (kognitionen).

Med anden bølges store udbredelse i den vestlige verden op gennem 1980'erne og 1990'erne fulgte også kritik fra konstruktivister og postmodernister, som fandt kognitiv adfærdsterapi reduktionistisk i sit menneskesyn og tilgang til psykoterapeutisk arbejde. Som følge af denne kritik opstod en række nyere integrative psykoterapeutiske tilgange, som ofte samles under betegnelsen den tredje bølge. Disse nyere metoder er inspireret af psykodynamisk tænkning, emotionsteori⁹, zenbuddhisme, humanistisk psykologi og den nyeste neurovidenskab; de inkluderer bl.a.:

- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)
- Compassion-fokuseret terapi

⁹ Flere af retningerne i tredje bølge inkluderer da også gestaltterapeutiske metoder for at arbejde direkte med personens følelser.



- Dialektisk adfærdsterapi
- Metakognitiv terapi
- Mindfulness-baseret kognitiv terapi for depression (MBCT)
- Mindfulness-baseret stressreduktion (MBSR)
- Skemafokuseret terapi

I dag eksisterer der således tre kognitive adfærdsterapeutiske bølger side om side, og der pågår videnskabeligt arbejde omkring, hvilke der er mest effektive i det psykoterapeutiske arbejde.

Eksistentiel psykoterapi

Eksistentiel psykoterapi baserer sig på eksistensfilosofien, som har den menneskelige eksistens som hovedtema. Centrale filosoffer i eksistensfilosofien er Søren Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Martin Buber, Karl Jaspers, Martin Heidegger, Jean-Paul Satre og Albert Camus, der alle var optaget af karakteren af den menneskelige eksistens. Eksistensfilosofien indeholder en række centrale påstande, eksempelvis påstanden om, at den menneskelige eksistens er fri, at vores eksistens er flettet sammen med andres, og at mennesket ikke kan undgå en "eksistentiel skyld" – fordi vores valg i livet altid indebærer fravalg – og en "eksistentiel angst", fordi vi alle skal dø.

Eksistensfilosofien har affødt en række psykologiske behandlingstilgange, som under ét kaldes eksistentiel psykoterapi. Centrale personer i denne udvikling har været Otto Rank, Rollo May, Viktor Frankl, R.D. Laing, Emmy van Deurzen, Irvin D. Yalom og Ernesto Spinelli.

Eksistentiel psykoterapi ønsker at gøre klienten i stand til at acceptere tilværelsens grundvilkår. Den eksistentielle terapeut hjælper klienten med at undersøge, hvordan denne kan anerkende og omsætte sin frihed og sit ansvar til handling – frem for at blive blindet af eksistentiel skyld og angst. I terapien arbejdes således med at anerkende, acceptere og tage ved lære af negative følelser såsom angst, skyld, fortvivlelse, og sorg; følelser, som er en naturlig og uundgåelig del af den menneskelige tilværelse, men som også kan begrænse individet og den oplevede livskvalitet.

Systemisk-narrativ terapi

Systemisk terapi udspringer af systemteori og kybernetik – som bl.a. forbindes med den østrigske biolog Karl Ludwig von Bertalanffy – samt den postmodernistiske og socialkonstruktionistiske bevægelse. Som behandlingsmetode bygger den systemiske terapi oven på familierapi og familiesystemterapi og tog for alvor fart op gennem 1970'erne og 1980'erne. Centrale navne inden for systemisk terapi er grundlæggeren af den såkaldte Milanoskole, Mara Selvini Palazzoli, samt familierapeuten Salvador Minuchin. Narrativ terapi regnes af mange som en udspringer af familierapi og den systemiske tradition.

Systemisk terapi arbejder typisk med at bringe dysfunktionelle grupper, fx familier eller skoleklasser, tilbage i balance. Grundantagelsen er, at gruppen normalt udgør et system i balance, men at denne balance kan forstyrres ved, at et gruppemedlem ændrer adfærd og dermed får en anden rolle i gruppen. Ændringer af systemet gennem terapeutiske interventioner kan ændre medlemmernes indbyrdes roller og adfærd og dermed skabe forandringer hos det enkelte medlem. Ved at påvirke familiesystemet kan man således fjerne symptomer hos et enkelt familiemedlem, såsom adfærdsforstyrrelser, misbrugsadfærd eller spiseforstyrrelse.

Narrativ terapi er en postmoderne, socialkonstruktionistisk terapiform, der arbejder med klientens historier/narrativer ud fra den antagelse, at vores dominerende historier former vores identitet. Tilgangen anvender nogle greb til at nuancere og omforme klientens uhensigtsmæssige historier, bl.a. eksternalisering, hvor man eksempelvis giver et problem i klientens liv et navn, så man i fællesskab kan vurdere problemets omfang, hvordan det virker, hvilken effekt det har, hvordan det hænger sammen med fortiden – og i sidste ende: hvilket forhold, klienten vil have til det. Eksternalisering som metode anvendes af både kognitive og narrative psykologer. Narrativ terapi anvender også ofte dokumenter og breve, såsom når en klient og en terapeut sammen skriver fremtidsbreve, eller når den narrative terapeut sender klienten et certifikat til fx at "bestå fra depressionens universitet". I modsætning til mere problemorienterede psykoterapitilgange har narrativ terapi fokus på de

situationer, hvor klienten klarer sig godt, og hvor problemet ikke “vinder” over klienten. Tilgangen har også fokus på, hvordan magt påvirker terapien med en udpræget brug af feedback for at tjekke, om terapien ifølge klienten er på rette spor.

Både systemisk og narrativ terapi har påvirket og interageret væsentligt med andre psykoterapeutiske retninger. Mange kognitive adfærdsterapeuter arbejder således med begrebet eksternalisering, ligesom der eksempelvis findes en Narrativ kognitiv adfærdsterapi (a.m. John Rhodes), som bruges i behandlingen af psykotiske tilstande.

Opsamling

De fire overordnede metoder, og herunder mere specifikke afarter af de forskellige tilgange, vil typisk adskille sig på enten en eller begge af dimensionerne *behandlingstid* og *behandlingsfokus*. Fx vil et narrativt samtaleforløb ofte være af længere varighed og have fokus på at udvikle (ikke behandle) bedre livskvalitet eller bedre relationer, mens klassisk kognitiv adfærdsterapi vil være et kortere forløb med et behandlende fokus, der skal reducere de psykiske symptomer – fx stress eller angst .

Nedenstående tabel giver et bud på en indplacering af de gængse metoder og udvalgte forgreninger i en oversigtsmatrice.

Fokus (primært) for interventionen	Kortere (typisk) psykoterapeutisk forløb	Længere (typisk) psykoterapeutisk forløb
Udviklende med fokus på øget modenhed, livskvalitet og interpersonelle relationer	<ul style="list-style-type: none"> • Interpersonel terapi • Psykodynamisk korttidsterapi • Narrative samtaler (måske enkelt-sessioner) • Systemisk familierapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Klassisk psykodynamisk terapi • Psykoanalyse • Nyere psykodynamisk terapi (fx mentaliseringsterapi) • Nyere kognitiv adfærdsterapi (fx skematerapi) • Eksistentiel psykoterapi • Narrativt samtaleforløb
Behandlende med fokus på at reducere psykiske og psykiatriske symptomer	<ul style="list-style-type: none"> • Klassisk kognitiv adfærdsterapi • Nyere kognitive adfærdsterapier (fx metakognitiv terapi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nyere kognitiv adfærdsterapi (fx dialektisk adfærdsterapi)

Kilde: Dansk Psykologforening

4.4.2.2 Evidens for anvendte metoder under psykologordningen

Som omtalt er formålet med litteratursøgningen både at beskrive de anvendte metoder under psykologordningen samt at dokumentere og drøfte evidens på selvsamme metoder. Litteraturstudiet har været særdeles omfangsrigt, og det må konstateres, at der i litteraturen langt fra kan findes entydig evidens om, hvilke metoder, der virker, og hvilke der ikke virker.

Der har imidlertid siden begyndelsen af 1980'erne været enighed om, at psykoterapi har effekt for langt de fleste. Således viste et metastudie fra 1980 (Smith et al., 1980), der baserer sig på 475 studier af psykoterapi, at 80 pct. af de personer, der har modtaget psykoterapi klarer sig bedre end en kontrolgruppe, der ikke har. Ligeledes synes der at være relativ bred enighed om, at ikke alt virker for alle. Det er derfor centralt at undersøge, hvad der virker for hvem. Her kan både trækkes på:

- Forskning, herunder randomiserede kontrollerede forsøg som mest overbevisende forskningsmetode
- Erfaring og opnåede resultater i den kliniske praksis
- Forudsætninger, som synes at skulle være tilstede (fx forholdet mellem patient og terapeut) før nogen metode, synes at virke.

I litteraturstudiet er der altovervejende fokuseret på metastudier, der baserer sig på randomiserede kontrollerede forsøg. Studiet af evidensen for de metoder, der arbejdes med i forbindelse med behandling under psykologordningen, vil også nødvendigvis være meget bred, idet stort set alle kendte metoder i en eller anden udstrækning anvendes af de interviewede psykologer. Derfor har litteraturgennemgangen også primært fokuseret på at identificere, hvilke metoder, der er – eller ikke er – evidens for, som virker for hvem.

Helt grundlæggende kan det slås fast, at der findes meget få RCT-studier, som redegør for effekten af forskellige psykoterapeutiske metoder på danske forhold. Langt størsteparten af den relevante litteratur er derfor baseret på forsøg gennemført i andre lande. Ligeledes er det generelt, at forskningen fokuseret på angst, depression og tilstande i relation hertil og i mindre grad på henvisningsårsagerne 1-9 under psykologordningen, som alle omhandler traumer.

De to danske RCT-studier sammenligner effekten af kognitiv adfærdsterapi med psykoanalytisk terapi og korttids psykodynamisk behandling i forhold til henholdsvis bulimi og sygdomsangst. I begge studier har kognitiv adfærdsterapi bedst effekt. Poulsen et al (2014) og Sørensen et al (2011).

Mange analyser fokuserer enstregigt på enkelte metoder og deres effekt, og disse studier viser generelt en effekt. Eksempler herpå er Abbass et al. (2006) og Alberdi og Rosenbaum (2010), der fandt effekt af psykodynamisk terapi, navnlig korttids. Andre eksempler er Adelman et al. (1989) og Conradi et al. (2008), der viser at kognitiv adfærdsterapi har effekt, navnlig på personer med angst- og depressionsdiagnoser.

Flere metaanalyser konkluderer, at der ikke er signifikant forskel mellem de anerkendte metoder under psykologordningen (bl.a. Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008, 2011 og 2012), mens andre metaanalyser (bl.a. Tolin, 2010 og Watzke et al., 2012) har fastslået, at kognitiv adfærdsterapi står stærkest ved rene angst og depressionsdiagnoser hos voksne. Op herimod er der imidlertid argumenteret med, at kognitiv adfærdsterapi kun klarer sig bedst, når effektmålet er snævert fokuseret på symptomlindring og ikke helbredelse (bl.a. Baardseth et al, 2013). I den nyere forskning, der også baserer sig på et større metastudie, har man påvist, at psykodynamisk terapi har god effekt i behandlingen af depression, angst, personlighedsforstyrrelse, spiseforstyrrelse, kompliceret sorg, posttraumatisk stress og misbrug (Leichsenring & Klein, 2014). Her anerkendes det ligeledes, at kognitiv adfærdsterapi formentlig har været at foretrække, når det kom til at samle evidens i enkeltstående kontrollerede studier, men at de andre psykoterapeutiske retninger, nu gradvist følger trop, hvilket særligt viser sig, når man i metastudier forholder sig til et større forskningsmateriale.

Et interessant svensk studie skal også nævnes i denne sammenhæng. Her er effekten af tre forskellige terapeutiske tilgange sammenlignet. Der er sket i den samme kontekst, som var ambulante psykiatriske behandlinger. Studiet viste, at der ikke var signifikant forskel på effekten af indsatsen på tværs af hverken psykoterapeutisk retning, behandlingens varighed eller terapeutspecifikke forhold – men at der var generel god effekt. (Werbart et al., 2013)

De skarpeste indvendinger mod evidensoversigter går på, at terapeutfaktorer, særligt nonspecifikke relationsfaktorer, spiller en større rolle i psykoterapi end metodefaktorer, og at der er få forskelle i effekt mellem velrenommerede og veludførte former for psykoterapi, den såkaldte ”Dodo-kendelse” (fx Wampold, 2001, Hougaard, 2004). For at motivere klienten må terapeuten ofte tilpasse den terapeutiske metode til klientens præferencer og personlighed, hvilket da også i flere studier har vist sig at have en positiv effekt på behandlingsudfaldet (Norcross, 2011). Tilsvarende bør klienten involveres i valget af behandlingsmetode, hvilket igen understøtter motivation og engagement (Warner et al., 2006; Kwan et al., 2010) og dermed skaber effektuøssig synergi.

Dette underbygges i høj grad af de erfaringer, der er indsamlet i forbindelse med interviews med psykologerne. Her pointeres vigtigheden af at vælge metode, der matcher patientens præferencer, hvor flere psykologer i interviews har påpeget, at det er u hensigtsmæssigt at anvende kognitiv adfærdsterapi, hvis klienten i højere grad er interesseret i – og har behov for – dybereliggende samtaler om tidlige familiemæssige relationer el. lign.

På nuværende tidspunkt er det stadig et åbent spørgsmål, om en eller flere psykoterapeutiske metoder klarer sig bedre end resten af feltet af anerkendte terapier, og om denne evt. forskel er væsentlig set i lyset af de tungtvejende psykoterapeutiske fællesfaktorer (Baardseth et al, 2013; Poulsen et al, 2015). Denne manglende konsensus inden for psykoterapiforskningen bør mane til yderligere forskning på området, også herhjemme. Selv hvis man tolker den eksisterende forskning i retning af, at visse former for psykoterapi har en bedre effekt over for specifikke lidelser end andre anerkendte terapiformer, så medfører forskningen inden for fællesfaktorer, at alle evidensbaserede terapiformer nødvendigvis må praktiseres under hensyntagen til klientens præferencer og personlighed (Poulsen et al, 2015). Det betyder dels, at klienter bør have adgang til at vælge blandt flere metoder og dels, at den enkelte psykolog bør arbejde fleksibelt med sine metoder for at opnå det største potentiale for effekt.

På trods af uenigheden blandt førende psykoterapiforskere anbefaler de fleste kliniske guidelines i dag, at kognitiv adfærdsterapi anvendes, særligt ved behandling af angstlidelserne. Dette sker imidlertid på et begrænset videnskabeligt grundlag, da der til dato kun findes et forholdsvis begrænset antal velgennemførte kontrollerede undersøgelser, ikke mindst ift. behandlingen af angst, der viser positiv effekt (Poulsen et al, 2015). Det er derfor blevet kaldt et politisk valg snarere end et velbegrundet fagligt valg, om man vil satse på en bred implementering af kognitiv adfærdsterapi (som fx i England og Sverige) eller om man vil afvente et bedre beslutningsgrundlag og støtte ikke-kognitive psykoterapier også, som det fx sker i Tyskland og Norge (Poulsen et al, 2015).

I de tyske retningslinjer for behandlingen af depression anbefales ikke specifikke terapiformer. I stedet præciseres hér, hvilke behandlingskomponenter, der er nødvendige for en god psykologisk behandling af depression (DGPPN et al, 2012). Med mere forskning vil det muligvis blive klart, hvad der er vigtigst af metodevalg, fællesfaktorer eller terapeut-/klientfaktorer, men indtil videre virker det, ifølge Poulsen et al, 2015, mest konstruktivt at anerkende, at alle tre komponenter bidrager til et godt udbytte af terapien.

Det kan tale for anvendelsen af kognitiv adfærdsterapi, at studier peger på, at kognitiv adfærdsterapi kan gennemføres med positiv effekt også af mindre erfarne psykologer og psykologer uden specialistuddannelse i kognitiv adfærdsterapi (Hiltunen, 2013, Kravik et al, 2013)

Samtidig er der også begyndende evidens for at anvendelsen af forskningsbaserede behandlingsmanualer og fidelitetsmålinger i sig selv kan bidrage til positiv langtidseffekt af psykodynamisk terapi. (Town et al, 2012)

4.4.2.3 Tidligere undersøgelser af psykologordningen

Herunder opsummeres de for nærværende evaluering relevante hovedfund i de to tidligere gennemførte undersøgelser af psykologordningen ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.

Den første rapport fra 2011 (Fjeldsted og Christensen, 2011) beskæftiger sig alene med den del af psykologordningen, der omfatter behandling af personer med depression (henvisningsårsag 10). Den anden rapport fra 2014 (Christensen et al, 2014, version 1.0) beskæftiger sig med de kliniske retningslinjer for henvisning til behandling på baggrund af depression og angst (henvisningsårsag 10 og 11). Der er således ikke tidligere lavet en samlet evaluering af den landsdækkende ordning.

Behandlingseffekt og omkostningseffektivitet

I forhold til behandlingseffekten af psykologordningen rapporterer rapporten fra 2011 positive resultater i forhold til behandlingen af depression. Det konstateres at:

Der er overordnet i denne evaluering fundet, at psykologbehandling har en positiv effekt for personer med depression på linje med tidligere evaluering fra 2007. Undersøgelsen har ikke kunnet levere sikker evidens for, at udgift til psykologbehandling af depression modsvares af besparelser på øvrige sundhedsudgifter og udgifter til ledigheds- og sociale ydelser. Der er dog fundet indikationer på, at dette kunne være tilfældet over et længere tidsperspektiv. (Fjeldsted og Christensen, 2011: 5)

Særligt interessante er resultaterne om patienternes efterfølgende overgang til kommunale ydelser og førtidspension og arbejdsfastholdelse på længere sigt, hvor gruppen, der har modtaget psykologbehandling for depression, ligger væsentlig bedre sammenlignet med en testgruppe og en gruppe i medicinsk behandling for depression. Det er dog i denne sammenhæng vigtigt at bemærke, at der er væsentlig usikkerhed knyttet til, hvor stor en andel af de patienter, der henvises med depression som henvisningsårsag, som faktisk har symptomer på depression (se nedenfor). De i rapporten angivne fund, kan derfor kun betegnes som tendenser, der bør undersøges nærmere, før der kan drages endelige konklusioner om ordningens samfundsøkonomiske effekter.

I 2014-rapporten introduceres et webbaseret psykometrisk monitoreringssystem, som lægerne i primærsektoren kan tilmelde sig. I det omfang dette system bliver mere udbredt vil det på længere sigt kunne bidrage med data, der vil muliggøre langt sikrere (højere grad af validitet og realibilitet) studier af såvel behandlingseffekten som ordningens cost-benefit/cost-effectiveness.

Retningslinjer for henvisning til psykologbehandling

På baggrund af de to rapporter, rejses begrundet tvivl om efterlevelsen af sundhedsstyrelsens retningslinjer for henvisning til ordningen. I resumeet i 2011-rapporten hedder det således:

Spørgeskemaresultater viser, at kun 33 % af de henviste falder ind under henvisningskriteriet ”let til moderat depression” på tidspunktet for opstart af psykologbehandling, 39 % har ingen tegn på depression, og 28 % har svær depression. Selv med mulig bedring i ventetiden fra henvisning til påbegyndt behandling vurderes det, at en stor del af de henviste falder udenfor den fastsatte målgruppe. (Fjeldsted og Christensen, 2011: 4)

Og denne udfordring genfindes i 2014-rapporten:

De første resultater viser at personer, som er påbegyndt psykologbehandling under henvisningskategori 10, kun i 23 % (CI 95 % 11-43) af tilfældene opfylder ICD-10 kriterierne for en let og moderat depression. Tilsvarende opfylder kun 43 % (CI 95% 10-83) ICD-10 kriterierne for en specifik angstlidelse når de påbegynder psykologbehandling under henvisningskategori 11. (...) Dette tyder på, at der stadig kan være problemer med efterlevelsen af de psykometriske henvisningskriterier fra almen praksis til psykologordningen. Disse resultater er dog fortsat behæftet med en betydelig statistisk usikkerhed, hvorfor det anbefales at fortsætte monitoreringen. Førend monitoreringsværktøjet er fuldt implementeret, er det derfor vanskeligt at drage robuste konklusioner om efterlevelsen af Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer for henvisning til psykologbehandling. (Christensen et al, 2014)

Det konstateres endvidere i samme rapport, at psykologerne ikke afviser borgere, der henvises på forkert henvisningsårsag. På denne baggrund kan det overvejes, om henvisningsårsagerne 10 og 11 anvendes som brede henvisningsbegrundelser, når lægerne konstaterer et behov for psykologbehandling, som ikke falder ind under en af de 11 henvisningsårsager.

Det skal fremhæves, at denne usikkerhed om, hvilke målgrupper der modtager psykologbehandling, afgørende forringer muligheden for at lave valide sammenligninger med øvrige tiltag for målgrupperne for psykologordningen. Dette skal derfor kun gøres med forbehold for denne usikkerhed. Endvidere har denne usikkerhed betydning også for sammenligninger med andre tilbud eller indsatser af hele psykologordningen, da depression som henvisningsårsag omfatter så stor en del af den samlede gruppe af patienter, der modtager behandling under ordningen.

Patienttilfredshed

Rapporten fra 2011 om psykologordningen i forbindelse med depression vurderer også patienttilfredsheden med ordningen. Der rapporteres følgende fund, baseret på et spørgeskema besvaret af 1407 patienter:

”Patienttilfredsheden blandt de behandlede ... er meget høj. Knap 94 % angiver samlet at være tilfredse med psykologbehandlingen (tilfreds, meget tilfreds eller udmærket tilfreds – heraf 42 % i den højeste kategori), mændene lidt mere tilfredse end kvinderne... Samme høje tilfredshedsniveau fandtes for patienter som deltog i forsøgsordningen i 2005-06” (Fjeldsted og Christensen, 2011: 82).

Og videre, kombineret med resultater fra audit:

”Tendensen var, at positivt resultat [tilfredshed med behandlingen] fandtes associeret med motivation, uddannelse og intellektuel kapacitet og også sammenhængende med god alliance til psykologen og realistisk forventning til behandlingsudbytte. Negativt resultat vurderedes sammenhængende med svær depression og måske manglefuld medicinsk behandling heraf, konkurrerende problematik (personlighedsforstyrrelse, ADHD, OCD, lav begavelse), tung social problematik og/eller misbrug, ufrivillig henvisning og mangelfuldt fokus i psykologens behandling” (Fjeldsted og Christensen, 2011: 82).

Der er således i tidligere undersøgelser konstateret en meget høj grad af tilfredshed med ordningen blandt patienterne.

4.4.3 Patientperspektivet – hvad mener patienterne

I det følgende redegøres der for resultaterne af interviews med patienter og pårørende, der har modtaget behandling under psykologordningen.

Det er gennemgående i alle ni interview, at der har været stor tilfredshed med muligheden for at blive henvist til en psykolog. Hos seks af informanterne var tilfredsheden stort set uforbeholden. Hos de sidste tre – to pårørende og en patient – var der en oplevelse af, at psykologen ikke havde haft nok kendskab til den specifikke situation, som de stod i som henholdsvis pårørende og patient. De var dog fortsat positive over for tilbuddet og glade for at have haft muligheden.

4.4.3.1 Før samtalerne

Alle informanter berettede, at det havde været uproblematisk at få en henvisning fra egen læge. For tre informanters vedkommende var det den praktiserende læge, som havde foreslået, at de skulle henvises til en psykolog, mens de øvrige selv havde henvendt sig hos den praktiserende læge og bedt om en henvisning. Dette genfindes i øvrigt i interviewene med psykologerne, hvor det er oplevelsen, at lægerne henviser ved behov. I alle tilfælde havde egen læge syntes, at det var en god idé at de fik en henvisning.

Næsten alle informanterne beskriver, at det var vanskeligt at finde frem til en psykolog efter at henvisningen var givet.

- En informant beskrev at have ringet rundt til fem inden vedkommende fandt en psykolog, som vedkommende havde lyst til at tale med.
- To af de pårørende havde haft svært ved at finde en psykolog, der vidste noget om deres problemstilling og var endt hos en, som de ikke syntes havde kendskab nok.
- Tre havde oplevet, at det var svært at finde en psykolog, hvor der ikke var lang ventetid.
- Tre gav udtryk for, at de ikke kunne forstå, hvorfor at man ikke kunne få hjælp til dette og efterlyste, at man kunne få noget mere hjælp i denne proces.
- Alle understregede, at denne proces lå på et tidspunkt, hvor det havde været svært for dem at overskue ret meget.

De tre, der ikke havde været helt tilfredse med deres psykolog, beskrev, at det var svært at skifte undervejs i forløbet, hvis man ikke var helt tilfreds, for 'så har man jo brugt nogle af klippene'. De beskrev også, at det ville være vanskeligt at finde en anden psykolog, og at det ville være tungt og besværligt at skulle etablere en ny relation hos en anden.

4.4.3.2 Behandlingen

Alle informanter har oplevet, at henvisningen til psykolog var det rigtige tilbud til dem. Der er en gennemgående oplevelse af, at der var tid til at snakke om problemerne på en hel anden måde, end hos den praktiserende læge.

"Her er der jo sat en time af – det giver en anderledes ro end hos lægen, hvor man jo ved, at venteværelset er fuldt".

Og at psykologens fokus var anderledes end hos lægen.

"Lægen spørger jo primært ind til det, der er i vejen, er syg. Hos psykologen handlede det i langt højere grad om mig, hvad jeg havde brug for at tale om, og ikke nødvendigvis om mine symptomer".

Flere fortalte hvordan de ville forvente, at en samtale ved egen læge ville have været kortere og ikke helt så udbytterig i forhold til det, som psykologen gav anledning til. Flere fortalte, hvordan tiden, forståelsen og nærværet hos psykologen var vigtigt.

Seks af informanterne berettede om, at de oplevede, at de hos psykologen havde fået et rum, som var deres, og hvor det var deres fokus og prioriteter, der var i højsæde. Dette oplevede de som meget positivt og psykologen bidrog til, at de fik en god forklaring på problemstillingen, som de kom med, og som de ikke selv havde kunnet gennemskue, trods alt dette efter noget virkede så åbenbart og ligetil.

Der er også en gennemgående oplevelse af, at der hos psykologen var en interesse for at arbejde med disse problemstillinger.

"Når nu vedkommende har taget en lang uddannelse inden for psykologi, så kan man jo også forudsætte en interesse for at arbejde med det her. Det er jo anderledes end hos den praktiserende læge, som jo primært har en interesse i de fysiske sygdomme".

En patient, der havde lidt af en depression, havde oplevelsen af, at samtalerne hos psykologen havde hjulpet hende, så hun havde haft brug for mindre anti-depressiv medicin.

"Og med alle de bivirkninger, som jeg havde af al den medicin, jeg fik [patienten var også i behandling for en kronisk smerteproblematik], var det rart, at jeg kunne tage lidt mindre af den anti-depressive medicin og alligevel føle, at jeg var i gang med behandling".

Denne patient oplevede også et godt samarbejde mellem psykolog og læge om netop medicinen. De fleste fortæller også om, at psykologen havde stor forståelse for dem som mennesker og deres situation.

De tre pårørende fortalte om, at det havde været en stor hjælp at kunne tale om deres problemer og bekymringer med en person, der ikke var en del af deres netværk. En fortalte:



"Jeg har jo heller ikke lyst til at fortælle alt for meget om min mand, brokke mig alt for meget over ham til min veninder og familie, for når han bliver rask igen, og vi skal til at omgås dem igen, så er det jo ikke så rart for hverken dem eller ham, at jeg har siddet og fortalt alt muligt om ham."

Alle informanterne var opmærksomme på, at det kunne være meget belastende for de pårørende hele tiden at skulle høre om deres sygdom eller deres pårørendes sygdom og så også psykologen som en aflastning i denne sammenhæng. Flere fortæller også, at de heller ikke havde noget ønske om at inddrage pårørende.

Tre af de patienter, der havde været mest tilfredse med deres forløb berettede også, at deres pårørende var blevet inddraget i behandlingen ved at have været med til et par samtaler hos psykologen. De var alle tre meget glade for dette og oplevede det som et meget centralt element i deres forløb. For andre patienter, der også var meget tilfredse med behandlingen, var det ikke deres ønske at inddrage pårørende, og det var heller aldrig kommet på tale i samtalerne med psykologen.

Bortset fra en informant fortalte alle, at de havde fået redskaber med fra forløbet hos psykologen, som kunne hjælpe dem i deres hverdag. Fem af informanterne fortalte om at de brugte redskaberne jævnlige, mens et par andre fortalte, at det var en udfordring at fortsætte brugen af dem, efter at forløbet var blevet afsluttet.

De havde også alle en oplevelse af, at psykologen var generelt kvalificeret til sit arbejde. Som nævnt havde to en oplevelse af, at netop deres problematik med at være pårørende, var noget som vedkommende ikke havde det store kendskab til, og at det havde haft betydning for deres tilfredshed med forløbet.

Der var lidt forskellig oplevelse af, hvorvidt psykologen havde informeret om sin metode undervejs i forløbet, men alle havde en oplevelse af, at samtalerne havde været strukturerede, og at psykologen havde haft et formål med sine tiltag og input.

Seks af informanterne havde brugt alle gangene på deres henvisning – men en af de andre (en af de pårørende) havde sluttet efter 4-5 gange. To andre patienter havde brugt hhv. 6 og 8 gange på deres henvisning.

4.4.3.3 Efterrefleksion

Alle informanter ville anbefale behandling hos psykolog til andre og ville selv opsøge muligheden igen. Tre af informanterne ville dog vælge en anden psykolog næste gang – "hvis jeg da kan finde en uden ventetid", som den ene sagde.

For otte af informanterne havde det økonomiske tilskud fra det offentlige haft stor betydning for, at de var kommet i gang med behandlingen, og for om de havde fortsat den. De fleste informanter fortalte, at tilskuddet havde gjort, at de havde råd til at betale for behandlingen. En af informanterne mente dog også, at egenbetalingen var vigtig:

"Man skal mene det, hvis man skal få noget ud af at komme en hel time, og jeg tror, at man mener det mere, hvis man også skal betale for det".

Samme informant mente dog, at egenbetalingen skulle være graderet, sådan at man skulle betale mindre, hvis man ikke havde så mange penge.

Fem af informanterne mente, at tilbuddet i dets nuværende form var for restriktivt. Disse kunne ikke helt forstå, at der skulle være afgrænsning af henvisningsårsagerne. Samtidig var der ikke helt klarhed over, hvad kriterierne for henvisning var. En påpegede, at han var glad for, at kriterierne på et tidspunkt var blevet udvidet. Var de ikke det, så mente han ikke han falde inden for alderskriteriet længere.

Flere oplevede, at en henvisning til psykolog først var noget, der blev tænkt over et stykke henne i et sygdoms- eller kriseforløb, og at de med fordel kunne være blevet hjulpet tidligere. "Det er lige

som om, at når man skal til lægen først, så starter man ligesom med medicin og andre undersøgelser. Andre var helt klare på, at det var en psykolog de ønskede, da de henvendte sig til egen læge. Man hvad nu hvis man startede med en henvisning til psykolog, så tror jeg, at man kunne spare mange penge”.

Tre af informanterne var stadig i gang med et samtaleforløb hos en psykolog; en var genhenvist i forbindelse med depression, en var henvist for en ny årsag, og en var i et samtaleforløb i forbindelse med et forløb på en smerteklinik. De øvrige havde afsluttet deres forløb i løbet 2014.

4.4.4 Erfaringer med IATP

Improving Access to Psychological Treatment-programmet blev igangsat i 2008, som et initiativ til at sikre adgangen til evidensbaseret psykologbehandling for depression og angst for voksne i England. Siden er programmet udvidet til at omfatte børn og ældre, og mennesker med svær sindslidelse, personlighedsforstyrrelser og kroniske somatiske sygdomstilstande.

Formålet med IAPT-ordningen (Improving Access to Psychological Treatment) var at skabe øget kapacitet og tilgang til psykologhjælp – eller (hvad der over tid er blevet stadig mere udbredt) til hjælp baseret på delegering fra psykolog.¹⁰ Depression og angst har fra ordningens start været formuleret som de helt væsentlige fokusfelter for IAPT.

4.4.4.1 Målgruppe

Fra ordningens start (i 2008) blev der fokuseret på voksne – og herunder særligt på ældre (aldersgruppen 65 år+).

Børn og unge var fra start en del af IAPT-ordningen, men som en form for parallelt spor – og med forsinkelse i forhold til voksenområdet – bl.a. fordi NICE i startfaserne ønskede en konsolidering af metoder og vinkler (eller ”best practice”) i forhold til psykologbistand overfor børn og unge. Det har ikke inden for rammerne af nærværende studie været muligt, at udarbejde et samlet overblik over erfaringerne med ordningen i forhold til børn og unge.

IATP-programmet havde fra start ambitioner om gradvis udvikling i retning mod inddragelse også af andre former for tilstande end depression og angst – og at udvide kapacitet og tilgang (det vil sige adgang til psykologhjælp eller psykologdelegeret hjælp) i forhold til borgere med langvarige og mere sammensatte psykiske problemer, borgere med traumatisk stress samt borgere med meget alvorlige psykiske problemer (”severe mental illness”).

4.4.4.2 Henvisning

Det er de etablerede Clinical Commissioning Groups (CCGs - i princippet de praktiserende læger), der står for ca. halvdelen af henvisningerne. Endvidere kan en funktion, der svarer til en kommunal visitator kan også henvise, ligesom fx public employment services (tilsvarende jobcentre) kan henvise.

Der er i ordningen lagt stor vægt på at instruere de henvisende instanser i inklusionskriterierne for IATP, og i hvilke sammenhænge IATP er en effektiv form.

Der er ligeledes en stigende praksis med selvhenvisning – mange steder kan borgeren nu selv udfylde en henvisningsformular, også uden på forhånd at have kontaktet GP eller visitator.

¹⁰ I de indledende oplæg og i beslutningsdokumenterne tales der om ”Nationwide Roll Out”.



Senest 48 timer efter modtagelse af "self referral" skal en IATP-ressource gennemføre en telefonisk triage-baseret vurdering af, om selvhenvenderen tilhører målgruppen og kan få nytte af IATP-ordningen.

Det er en vigtig faktor for den effektive funktionsmåde af disse henvisningsprocesser, at dele af CCGs finansiering er kvalitetsbaseret (Quality and Outcome Framework) – og at 15% af den kvalitetsbaserede del vedrører en auditbaseret vurdering af, om der er tale om effektive henvisningsprocedurer.

Den sidstnævnte del handler meget om at få psykologkapaciteten drejet mere over mod de familier, der har størst behov – og væk fra tidligere tendenser til creaming.

4.4.4.3 Behandlingens omfang og koblingen til medicinsk behandling

Der arbejdes i ordningen både med individbaserede, gruppebaserede og familiebaserede sessioner. Gennemsnitligt gives der otte sessioner á én time (individuelle) eller otte sessioner á to timer (gruppebaserede eller familiebaserede). Men der er mulighed for at give op til 20 sessioner i alle tre kategorier. Udover 20 sessioner skal der gennemføres en ekstra vurderingsproces.

For de individbaserede sessioner er psykologerne den klart vigtigste ressource. Mens særlige uddannede/efteruddannede sygeplejersker og fysioterapeuter og socialrådgivere indgår i forskellige former for mix i de gruppe- og familiebaserede sessioner.

Der er ofte tilknyttet en case manager der kan være en del af IATP konstruktionen, men kan også være fra en anden tjeneste – fx socialforvaltning eller Jobcenter eller CCG. I de gruppe- og familiebaserede kategorier er der altid (som regel) en psykolog med i den indledende session – og mange steder også i en session længere henne i forløbet.

IATP er tænkt som en stepped care-konstruktion (jf. Collabri i Region Hovedstaden) – 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.

I mange tilfælde sker henvisning eller kontakten til IATP dog på et stadie, hvor der er behov for en indsats på andet stadie.

CCG står i langt de fleste tilfælde for godkendelse af medicin efter anbefaling fra psykolog eller case manager – men community health care tilknyttede psykiatere kan også være involverede ressourcer.

Case manageren, dér hvor denne konstruktion anvendes, har et primært ansvar for medicinmonitorering og støtte til individ, familie og gruppe i relation til medicin.

4.4.4.4 Metoder

Samtidig har det (fra officielt hold – Health Department og NHS systemet) været understreget, at ordningen skulle hvile på metoder og tilgange, anerkendt eller anbefalet af NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) – men også, at ordningen i sig selv kunne medvirke til at udvikle metoder og tilgange eller justering af i forvejen anerkendte metoder og tilgange.

Der har gradvist været ændringer i formuleringerne fra nationalt niveau – i retning af, at ordningen kan anvende "NICE approved" metoder og også andre former for "best practice", dér hvor entydige retningslinjer (endnu) ikke er til stede – eller hvor evidens ikke er fuldstændig.

IATP har meget eksplicit, og fra start, opereret med kognitiv adfærdsterapi som en helt grundlæggende basis. Det var erkendelsen af, at kapacitet og kompetencer i forhold til at tilbyde psykologhjælp med basis i kognitiv adfærdsterapi var mangelfuld, og at denne terapiform var anvendelig i forbindelse med depression og angst og anvendelig som basis for recovery, der udgjorde det samlede normative fundament for IATP.

Diskussionerne om det metodiske grundlag og de metodiske vinkler synes således ikke at have fyldt særlig meget i selve beslutningsprocesserne omkring IATP – og de tilknyttede kompetenceudviklingsprogrammer, hvor et stort antal medarbejdere indenfor NHS systemet blev videreuddannet i kognitiv adfærdsterapi, synes heller ikke at have været fulgt af protester eller indvendinger – fx i retning af, at kompetenceudviklingen burde være mere bredt anlagt og også omfatte andre typer af terapeutiske metoder og vinkler.

Der tales også i sammenhæng med IATP om "CBT workers", det vil sige personale med forskellige former for faggruppebaggrund, også udover psykologer, der har fået videreuddannelse i kognitiv adfærdsterapi.

I samtaler er det i relation til dette problem anført, at allerede de første "demonstration sites" jo viste, at der er effekt ved at anvende kognitiv adfærdsterapi, og at kognitiv adfærdsterapi i øvrigt er en bred metode og vinkel, der i sig selv giver muligheder for en stor vifte af fremgangsmåder.

Synspunktet synes således at være, at det forekommer unødvendigt at spilde tid på metode-diskussioner, når det – også gennem evalueringerne af IATP – har vist sig, at de måder, der er taget i anvendelse, rent faktisk virker.

Det hører med i dette billede, at der samtidig lægges vægt på, at psykoterapi og andre relevante terapiformer kan indgå i forbindelse med IATP-forløb, ligesom de psykologer, der er direkte og aktivt involverede i programmet favner over flere metoder og vinkler, der går videre end kognitiv adfærdsterapi.

4.4.4.5 Effekter og omkostningseffektivitet

IATP-ordningen har fra start, og med voksende intensitet, været orienteret bredt, når det gælder effekter. Gevinsten i øget tilgang til psykologhjælp har derfor ikke alene været set i relation til den enkelte borger – nytten i at den enkelte borger opnår bedre funktionsevne og livskvalitet – men også (og ikke mindst) i mulighederne for at øge den sociale og arbejdsmarkedsmæssige integration for borgere, der ellers ikke har bidraget eller kan bidrage til samfundet.

I de evalueringer, der er lavet af ordningen, og hvor der er konkluderet væsentlige effekter af ordningen, er disse effekter da heller ikke alene set i forhold til forbedringerne for den enkelte borger eller de enkelte borgersegmenter. Men i lige så høj grad i forhold til sundfundsøkonomiske gevinster i form af øget (eller mindre omfang af reduceret) beskæftigelse samt i form af sparede sociale udgifter.

Egentlig startede IAPT også allerede fra 2006 – med etablering af to "test sites" eller "demonstration sites" med det formål at udvikle kliniske retningslinjer, former for forløbsprogrammer – og med det formål at konkretisere og afgrænse de typer af kapacitet og kompetencer, der skulle til for at sikre udbredelse og tilgang til psykologhjælp (eller psykolog-delegeret hjælp). Det var reelt disse sites, der for alvor fik gjort IATP-mulighederne kendte, og som sikrede begyndelsesinvesteringerne i ordningen. "Demonstrationsprojekterne" afspejlede store potentialer i forhold til recovery – og succesrater på omkring 50%. Det vil sige bedre livskvalitet og funktionsni-

I IAPT-programmet arbejdes der med standardiserede målinger af patienternes angst og depression. Der anvendes som udgangspunkt to standardiserede spørgeskemaer (GAD7 og PHQ9) til alle patienter, ved hver behandlingssession. Det er på baggrund af disse målinger, at det vurderes hvorvidt patienten har nået recovery, forbedring, pålidelig forbedring, forværring eller pålidelig recovery. Pålidelig recovery defineres som de tilfælde hvor en patient efter endt behandling har flyttet sig fra at være klinisk diagnosticerbar for enten angst eller depression til ikke længere at være det i forhold til både angst og depression, uden at der samtidig er sket en forværring på hverken angst- eller depressionsparameteren – og hvor der er taget højde for den statistiske usikkerhed i målingerne.



veauer og/eller hel eller delvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet for ca. halvdelen af de borgere, der kom igennem disse "testprojekter".

CCG'ere er forpligtiget til at indrapportere til en landsdækkende IATP database, hvor der opereres med blandt andet "recovery", med "improvement" (forbedring) og med "reliable recovery" (pålidelig recovery) (se boks).

Denne tredeling hænger sammen med, at der naturligt nok er en anerkendelse af, at et IATP forløb, ikke nødvendigvis betyder, at der nu ikke mere er behov for hjælp, og derfor ikke er identisk med reel recovery. Derfor scores der på diverse (kvalitative) "improvement variable" med henblik på at opnå en score, kaldt "reliable recovery". "Reliable recovery rates" varierer mellem 39% og 45% - idet Londonområdet ligger i den lave ende af dette spænd og Sydengland i den høje ende.

I forhold til finansieringen af de henvisende CCG'er, så bliver denne også afgjort på baggrund af "outcome", for patienterne. Denne konstruktion er lavet for at sikre, at GP's selv er motiverede til at sikre, at sociale og arbejdsmarkeds-mæssige behov adresseres – udover det i snæver forstand sundhedsmæssige.

Der var i starten af IATP-satsningen – bl.a. før demonstrationsprojekterne, men også i overgangen fra demonstrationsprojekterne til "almindelig drift" en udtalt frygt for, at ordningen kunne risikere at skabe behov og efterspørgsel langt ud over de økonomiske rammer, og at henvisningerne til IATP forløb kunne risikere at vokse til niveauer, hvor kapaciteten i Primary Care Trusts (som var det oprindelige organisatoriske fundament for ordningen) ville blive overbebyrdet.

"The IAPT program was created to offer patients a realistic and routine first-line treatment for depression and anxiety disorders, combined where appropriate with medication – which had traditionally often been the only treatment available. The program was first targeted at people of working age. The economic case on which it was based showed that providing therapy could benefit not only the individual but also the nation, by helping people come off sick pay and benefits and stay in or return to work."

Department of Health, Talking therapies: A four-year plan of action

Efterfølgende evalueringer af ordningen har vist, at dette ikke har været og heller ikke senere er blevet tilfældet. Evalueringerne af ordningen har sandsynliggjort at ordningen er omkostningseffektiv, uden at dette dog kan konstateres endegyldigt. Ifølge en økonomisk analyse af ordningen fra 2013 (Radhakrishan et al) svinger de gennemsnitlige omkostninger per patient fra £ 493 for en lavintensiv indsats til £1514 for behandling på det højeste behandlingsstadium. Det samlede gennemsnit var £ 877. Det er i en evaluering fra 2013 (Mukuria et al) beregnet at den samlede omkostning per pålideligt forbedret patient er £ 9.440.

Omkostningseffektiviteten i ordningen tilskrives i høj grad det forhold, at IATP fra start og i stigende grad er blevet tænkt og praktiseret som en del af organiserede samarbejds-konstruktioner indenfor primær sektor-systemet – ligesom det nu er en del af samspillet mellem de nye Clinical Commissioning Groups og de integrerede former for community health services, der fra 2013 har været fremherskende i det engelske sundhedssystem.

Den valgte konstruktion afspejler, i hvor høj grad IATP ses som en satsning, der kobler hjælp til borgere med psykiske problemer med bistand i relation til arbejdsmarkedsfeltet – og som kan reducere behovene på socialområdet.

I en evaluering fra 2012 opsummeres det, at over 1 million borgere nu har modtaget hjælp via IATP-ordningen – at næsten 70% har gennemført forløb med væsentlige resultater, afhængigt af geografi men også af socioøkonomisk status for det område, hvor IATP tilbydes.

Det anføres endvidere, at det særlige spor for børn og unge, indenfor rammerne af IATP ordningen, nu for alvor tager fart – også resultatmæssigt, efter at dette spor har været forsinket i forhold til voksen-spoeret.

4.4.5 Andre tilbud til målgruppen

ICG-KORA har gennemført en kortlægning af andre tilbud, der tilbydes den målgruppe, der også er målgruppen for psykologordningen. Der udestår en endelig validering af dette arbejde, men den indledende analyse er gengivet i tabellen i bilag 8. Af bilag 8 fremgår det hvorvidt de pågældende tilbud er offentlige eller drevet i frivilligt eller foreningsbaseret regi. Disse sidstnævnte typer af tilbud er medtaget i oversigten for at give et billede af det reelle alternativ til behandling under psykologordningen. Det fremgår af tabellen hvilke tilbud, der er offentligt drevet.

Kortlægningen er gennemført på baggrund af følgende researchpunkter: sundhed.dk, google-søgninger, kommunale og regionale informationskanaler og hospitaler. Endvidere er der taget kontakt til de fem regioner og de største kommuner i Danmark for at bekræfte de tilbud, der er listet i bilagstabellen. Denne kontakt har også medført tilføjelser til listen. For hver af de 11 henvisningsgrupper har desk researchen vist, at det er meget varierende, hvor mange tilbud om gratis psykologhjælp, der er til de forskellige grupper. For nogle af grupperne er der ikke blevet lokaliseret nogen tilbud. Dette bliver uddybet for hver gruppe nedenfor.

1. Henvisningsgruppen 'ofre for røveri, vold eller voldtægt'

For denne gruppe er der forskellige tilbud tilgængeligt afhængigt af om personen er offer for røveri, vold eller voldtægt. For voldtægts ofre er der centre 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 voldtægtscentre og i 2013 har centrene fået allokateret flere midler. For voldsofre er der en række centre i forskellige dele af landet, der tilbyder psykologhjælp. Nogle er forbeholdt børn, andre både børn og kvinder, og nogle er specifikt for kvinder. For røveriofre er der ingen umiddelbare tilbud om psykologhjælp. Arbejdsskadeloven dækker dog nogle behandlingstilbud for røveri- og voldsofre.

2. Henvisningsgruppen 'ofre for trafikulykker eller andre ulykker'

Denne gruppe har mulighed for psykologhjælp gennem Falck og Københavns Kommune for ofre for ulykker. Dette er dog kun forbeholdt Københavns Kommunes borgere. Derudover er der ikke lokaliseret nogle tilbud til denne gruppe. Der er dog mulighed for behandling gennem private sundhedsforsikringsordninger for dækkede personer – typisk knyttet til et ansættelsesforhold.

3. Henvisningsgruppen 'pårørende til alvorligt psykisk syge personer'

Der er ikke fundet nogen tilbud om psykologhjælp til denne gruppe.

4. Henvisningsgruppen 'ramt af en alvorligt invaliderende sygdom'

En række patientforeninger og forskningscentre tilbyder psykologhjælp til personer, der er ramt af den invaliderende sygdom, som patientforeningen støtter. Disse er som udgangspunkt formelt nationalt dækkende, men der foreligger på baggrund af nærværende undersøgelse ikke data på den geografiske fordeling af den faktiske anvendelse af tilbuddet om psykologhjælp.

5. Henvisningsgruppen 'pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom'

Patientforeninger, der tilbyder psykologhjælp til personer, der er ramt af invaliderende sygdom, tilbyder også psykologhjælp til pårørende. Som nævnt ovenfor er disse tilbud som ofte principielt landsdækkende, men der mangler data på udbredelsen af den reelle anvendelse af ordningen.

6. Henvisningsgruppen 'pårørende ved dødsfald'

For denne gruppe er det især pårørende til kræftrelaterede dødsfald, der har mulighed for at få psykologhjælp. Endvidere er der for udvalgte kommuner tilbud til børn og familier, der har brug for hjælp efter dødsfald. Landsdækkende er der særlige tilbud til studerende og børn.

7. Henvisningsgruppen 'har forsøgt selvmord'

For personer, der har forsøgt selvmord, findes der en række regionale tilbud i form af selvmordscentre. I alt findes der fem centre, et for hver region. Politisk er der fokus på dette område, med handleplaner, forslag om nedsættelse af råd og forebyggende selvmordsprojekter.

8. Henvisningsgruppen 'har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge'

Der er ikke lokaliseret nogen tilbud om psykologhjælp til denne gruppe.

9. Henvisningsgruppen 'inden de er fyldt 18 år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb'

For denne gruppe er der oprettet 3 centre for seksuelt misbrugte, der til sammen dækker borgere i alle fem regioner. Endvidere er der en række centre – typisk centre i regionalt regi, tilknyttet hospitalerne - der foruden at tilbyde hjælp til voldtægts ofre, også tilbyder hjælp til ofre for seksuel misbrug eller incestofre.

10. Henvisningsgruppen 'let til moderat depression, jf. bekendtgørelsens bilag 1, og på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år'

Som det fremgår af Bilag 8: Andre tilbud til målgruppe for psykologordningen er der en række landsdækkende tilbud, der tilbyder hjælp til depressive. Nogle er åbne for alle og et par er forbeholdt studerende. For denne gruppe er der særlige forsøgsprojekter om samtaleterapi hos praktiserende læger, og hvis det anses som gavnligt vil dette tilbud blive udvidet. Der er også enkelte forsøgsprojekter om internetpsykiatri for denne gruppe, også med henblik på at udvide tilbuddet senere hen. Dette tilbydes blandt andet i Region Syddanmark, men der eksisterer ikke på nuværende tidspunkt et samlet overblik over disse initiativer, da mange er lokale forsøgsprojekter.

11. Henvisningsgruppen 'lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, jf. bekendtgørelsens bilag 1, og på henvisningstidspunktet er i aldersgruppen fra 18 til og med 38 år.'

Der er ikke lokaliseret nogen tilbud om psykologhjælp til denne gruppe.

For de 11 henvisningsgrupper varierer det således både i mængde og i dækningsgrad, hvilke tilbud der udover Psykologordningen tilbydes til hver gruppe. For nogle af grupperne, som 1, 7, 9 og 10, er der både forskning og landsdækkende tilbud til gruppen, samt et større politisk fokus på disse områder. For andre, grupperne 2, 4, 5 og 6 er det sporadisk, hvor mange tilbud, der er, ligesom den geografisk dækningsgrad varierer betydeligt. For nogle af henvisningsgrupperne, grupperne 3, 8 og 11, er der ikke identificeret målrettede tilbud udover Psykologordningen, der er til rådighed for den gruppe.

Det gælder for de fleste af de identificerede tilbud til de forskellige målgrupper, at der er tale om tilbud af en vis specialiseret karakter. Det gælder især de regionale tilbud, hvor om det generelt gælder, at omkostningen hertil er højere end det typiske sygesikringstilbud. Dette gælder formentlig også, når der ses på psykologordningen overfor de regionale tilbud. Omvendt er der efterhånden god dokumentation for, at specialiserede problemstillinger (somatiske såvel som psykiatriske) generelt set håndteres med bedre resultater af specialiserede kompetencer og i et fokuseret, målrettet organisatorisk setup.

Hvorvidt omkostningseffektiviteten i de nævnte regionale tilbud er bedre end i psykologordningen er der imidlertid ikke tilstrækkeligt data til at vurdere. Ses der på de internationale bevægelser (fx IAPT) synes der er at være en klar holdning til, at psykologbehandling og psykologsuperviserede indsatser er omkostningseffektivt overfor en række målgrupper, herunder især til patienter med angst og depression.

På den baggrund kan det givetvis med en vis usikkerhed antages, at jo mere specialiserede behov målgruppen har, jo mere giver det mening at tilbyde en mere kompetencetung (og mere omkostningstung) indsats.

Set fra et offentligt perspektiv vil der rent økonomisk næppe være tvivl om, at patientforeningernes tilbud om psykologbistand til fx personer, der er ramt af invaliderende sygdom samt deres pårørende er en billigere løsning end psykologordningen. Omvendt er sådanne tilbud forbeholdt specifikke, afgrænsede målgrupper, og har næppe i samme omfang som psykologordningen et forebyggende potentiale, da patientforeningerne netop er orienteret mod mennesker, der *har* fået konstateret en mere eller mindre - specifik lidelse.

For så vidt angår de identificerede tilbud til borgere med depression er der foreløbigt ikke tilstrækkeligt med resultater til at vurdere omkostningseffektiviteten i forhold til psykologordningen. Baseret på erfaringer fra andre områder, hvor internetbaserede eller videobaserede løsninger er anvendt, vil der dog – hvis de kliniske/faglige resultater kan dokumenteres – alt andet lige være en bedre samfundsmæssig omkostningseffektivitet knyttet til løsninger som fx "Internetpsykiatri".

5. Diskussion

I dette afsnit ses på tværs af de forskellige datakilder og resultater af de anvendte dataindsamlinger og ovenstående analyser. Diskussionen er ikke en opsummering af resultaterne, da disse er tydeligt præsenteret i de foregående afsnit. Derimod fokuserer diskussionen på en række centrale perspektiver, som ICG-KORA på baggrund af de forskellige analyser og resultater vurderer er vigtige at overveje i forbindelse med en eventuel justering af psykologordningen.

Diskussionen behandler således både grundlæggende temaer, som er identificeret allerede i opdraget til evalueringen og nye temaer, som er identificeret undervejs i evalueringsarbejdet..

Der fokuseres konkret på følgende:

- a. Overordnet indtryk af psykologordningens virkning
- b. Perspektiver ved ændringer af ordningen fsva. målgruppe og henvisningsårsager
- c. Perspektiver ved ændring af kompetencekrav og specialiseringsgrad hos psykologer under ordningen
- d. Perspektiver ved ændring af antal ydelser og praksis for visitation og re-visitiation til ordningen

5.1 Overordnet indtryk af psykologordningens virkning

Datagrundlaget giver generelt et indtryk af, at der alt overvejende er tale om meget positive erfaringer med og oplevelser af psykologordningen. Dette gælder således både patienterne, der udtrykker stor tilfredshed, og psykologerne der vurderer ordningen som meget relevant. Endvidere kan der findes forskningsmæssigt belæg for, at de metoder der anvendes inden for rammerne af psykologordningen, har positiv behandlingseffekt. Sidst men ikke mindst danner de internationale erfaringer og undersøgelser af lignende tilbud baggrund for en forsigtig positiv forventning til ordningens omkostningseffektivitet. Der kan dog ikke på det foreliggende grundlag konkluderes nærmere på dette.

De følgende overvejelser skal ses i lyset af disse positive erfaringer.

5.2 Perspektiver ved ændringer af ordningen fsva. målgrupper og henvisningsårsager

Analyserne i denne evaluering viser, at der er grund til at overveje, om ordningen i dag omfatter de rette målgrupper. Det gælder således både overvejelser, om psykologordningen skal omfatte færre af de nuværende målgrupper/henvisningsårsager, og om psykologordningen med fordel kunne udvides med andre målgrupper/henvisningsårsager.

5.2.1 Overvejelser om afgrænsning af ordningen

Der eksisterer fx landsdækkende, regionale tilbud af mere specialiseret karakter til visse af de målgrupper, som psykologordningens henvisningsårsager omfatter. Det gælder særligt ofre for incest og andre seksuelle overgreb, inden de er fyldt 18 år (henvisningsårsag 9), voldtægt (henvisningsårsag 1) samt personer, der har forsøgt selvmord (henvisningsårsag 7). Da det samtidig er målgrupper, for hvem såvel litteratur, internationale erfaringer og flere af de interviewede psykologer peger på som krævende særlige, specialiserede kompetencer, ler det naturligt at overveje, om disse målgrupper bør modtage et mere specialiseret tilbud end den nuværende ordning muliggør..

En forudsætning for en justering af Psykologordningen er dog, at adgangen, herunder ventetid/kapacitet og henvisningsvejen til de regionale tilbud ikke vil forsinke behandlingen eller reducere adgangen til behandling for disse målgrupper i forhold til i dag med de muligheder, Psykologordningen giver.

5.2.1.1 Økonomiske konsekvenser

For så vidt angår de økonomiske konsekvenser af en omlægning af behandlingstilbuddet for de nævnte målgrupper/henvisningsårsager, vil det alt andet lige være sådan, at et mere specialiseret tilbud til disse målgrupper vil være mere omkostningstungt end psykologordningens tilbud isoleret set. Omvendt må der skeles til, at resultatet af en mere specialiseret indsats leveret af mere målrettede kompetencer samtidig må forventes at være bedre. Omkostningseffektiviteten kan derfor meget vel samlet set være bedre i et mere specialiseret (og dyrere) tilbud til disse målgrupper.

5.2.2 Overvejelser om udvidelse af ordningen

Baseret både på de interviewede psykologers vurderinger og inspireret af de valg, der er truffet i England og Skotland inden for rammerne af IAPT-programmet – samt til en vis grad i litteraturen – kan det være svært på et fagligt grundlag at argumentere for en fastholdelse af aldersbegrænsningen i adgangen til psykologbehandling for så vidt angår henvisningsårsagerne 10 og 11 omfattende angst og depression, således at børn og unge under 18 år og personer over 38 år med angst ikke kan modtage behandling under ordningen.

Da der samtidig heller ikke er andre landsdækkende tilbud til disse grupper – udover almen praksis i lette tilfælde og behandlingspsykiatrien i meget svære tilfælde - kan det være relevant at overveje, hvordan personer med i hvert fald moderat depression og angst mest hensigtsmæssigt kan modtage et relevant behandlingstilbud. I vurderingen af relevans er der grund til at fokusere på de mere langsigtede, forebyggende effekter af indsatsen. Baseret på denne evaluering er det godtgjort, at der er en hvis sandsynlighed for, at en psykologbaseret indsats som psykologordningen, har en grad af forebyggende effekt i forhold til udvikling af mere vidtgående og længerevarende psykiatriske problemstillinger og/eller måske endnu mere relevant for disse målgrupper, mere langvarige sygdomsperioder og reduktion af arbejdsmarkedstilknytning/tilknytning til uddannelsessystemet.

Der vil dog implicit i en given udvidelse også være et behov for at overveje almen praksis rolle i forhold til behandling af angst og depression og herunder ikke mindst udfordringerne med at vurdere patienternes konkrete behov for indsatser ud over det, den enkelte praktiserende læge selv kan tilbyde.

Samtidig – og dette diskuteres nærmere nedenfor under afsnit 5.3 – kan der for børn og unge være behov for at overveje, om behandling for angst og depression kræver mere specialiserede og/eller mere specifikke kompetencer hos de behandlende psykologer, end den nuværende ordning i dag giver mulighed for.

5.2.2.1 Økonomiske konsekvenser

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

I den efterfølgende *Tabel 21* er de gennemsnitlige omkostninger fordelt på henvisningsårsag estimeret for børn og unge (fordelt på aldersgrupper¹¹) samt voksne, som har modtaget psykologbehandling.

Tabel 21: De gennemsnitlige omkostninger pr. patient, som har modtaget psykologbehandling fordelt på alder og henvisningsårsag. 2013.

Aldersgruppe	Henvisningsårsag	Omkostning
Børn og unge		
0-4	1-9	1.938
5-9	1-9	2.544
10-14	1-9	2.477
15-17	1-9	2.651
Voksne		
18+	1-9	2.390
18+	10	2.854
18-38	11	2.913

Kilde: Baseret på CSC Scandihealth.

Det fremgår af *Tabel 21*, at omkostningerne pr. forløb for børn og unge er mindst for de yngste (0-4-årige) og højest for de ældste (15-17-årige). Herudover kan det beregnes, at de gennemsnitlige omkostninger for voksne, som er henvist grundet depression (henvisningsårsag 10), er ca. 19 % højere end for voksne, som er henvist grundet henvisningsårsagerne 1-9 (2.854 kr. pr. patient versus 2.390 kr. pr. patient).

De gennemsnitlige omkostninger er tilsvarende ca. 22 % højere ved sammenligning af angst versus henvisningsårsagerne 1-8 (2.913 kr. pr. patient versus 2.390 kr. pr. patient).

Under antagelse af, at de nuværende gennemsnitlige omkostninger pr. forløb for børn og unge procentvis er tilsvarende højere, hvis de i fremtiden tilbydes psykologbehandling med tilskud for henholdsvis depression og angst, kan de gennemsnitlige omkostninger forventes at være i størrelsesordenen (eksklusiv egenbetaling):

- Ca. 2.310 - 3.170 kr. ved henvisning for depression
- Ca. 2.360 – 3.230 kr. ved henvisning for angst.

Sundhedsstyrelsen har desuden udarbejdet et skøn over omfanget af børn og unge, som kan forventes henvist grundet depression og angst:

”Et forsigtigt estimat er, at en udvidelse af tilskudsordningen vil indebære, at mellem 5.000-8.000 børn og unge om året har let til moderat angst eller depression i en grad der er let til moderat funktionsevnedættende og dermed behandlingskrævende, og som ikke har konkurrerende faktorer, som svære sociale eller skolemæssige problemer, ligesom der ikke bør være betydende komorbiditet. Børn og unge med ovenstående konkurrerende faktorer vurderes at være bedre hjulpet i eksisterende tværfaglige tilbud. Da der ikke findes

¹¹ Beregningerne er baseret på en antagelse om, at omkostningerne for de 15-19-årige er jævnt fordelt inden for aldersgruppen, hvorfor 2/5 af omkostningerne er tilskrevet gruppen af voksne. Der gøres opmærksom på det forholdsvis lille antal børn hvorpå beregningerne er baseret: 0-4-årige: 11 børn; 5-9-årige: 270 børn, 10-14-årige: 1.026 børn henholdsvis 4.585 unge i alderen 15-19 år.



opgørelser over antallet af børn og unge, der opfylder ovenstående forhold, skal det understreges, at tallet er et skøn og behæftet med stor usikkerhed.”

Samlet set betyder det, at en udvidelse af psykologordningen til også at dække børn og unge for henvisningsårsagerne depression og angst, må forventes at medføre en yderligere samlet omkostning på mellem 11 og 25 mio. kr. årligt.

Der er ikke foretaget en skønsmæssig beregning af konsekvenser ved en udvidelse af ordningen til også at omfatte personer over 38 år, da der ikke foreligger tilstrækkeligt data til en sådan beregning.

5.2.3 Ændret henvisnings- og visitationsgrundlag

Analyserne giver anledning til at diskutere, om henvisning til psykologbehandling på baggrund af årsager er optimalt. Der er som minimum grundlag for at overveje, om det – som flere psykologer peger på – kan være bedre at lægge patienten/borgerens *behov* for psykologbehandling til grund for henvisning. Det kan i hvert fald konstateres, at henvisningspraksis på langt de fleste andre sygdomsområder i sundhedsvæsenet i højere grad er baseret på en udredning af behov (konkrete symptomer og tilstand) end på en faktisk udredning af en bestemt hændelse (og årsag til eventuelle behovs opståen). En sådan ændring vil samtidig reducere den usikkerhed, som analyserne synes at vise, der knytter sig til, at henvisning (årsag 1 – 9) skal være motiveret af en bestemt hændelse og inden for et bestemt tidsrum. Her tænkes særligt på, at flere af de borgere, som har været udsat for en af de traumatiserende hændelser, som omfattes af de ni henvisningsårsager, først oplever behov for – eller først er parat til at tage mod – psykologbehandling efter et mere eller mindre arbitrært tidsrum efter hændelsen, og at der jf. psykologordningen er knyttet et udløb for muligheden for henvisning, som kolliderer hermed.

5.2.3.1 Grundlag for henvisning

Der er ikke et fuldstændigt og tilstrækkeligt datagrundlag til at kunne konkludere, om ordningens henvisningsårsager anvendes korrekt jf. ordningen, og dermed heller ikke, om det er de ”rigtige” patienter, der behandles under ordningen som den er i dag. Psykologerne angiver dog generelt, at de borgere, der henvises til behandling, har behov for og gavn af psykologbehandling, men hvorvidt henvisningsårsagerne anvendes præcist er usikkert – som også konkluderet i tidligere undersøgelser af ordningen.

Analyserne i denne rapport viser, at det i 2013 er ca. 52 % af alle 1. konsultationer blandt personer, som modtager tilskudsberettiget psykologbehandling, hvor henvisningsårsagen er depression eller angst. I henhold til retningslinjer for henvisning til psykolog for patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst er der en række forhold og kriterier, som skal være undersøgt og ligge til grund for henvisningen – herunder psykometrisk test (Sundhedsstyrelsen 2012).

Hvorvidt kriterierne for henvisning til psykolog bliver efterlevet, er undersøgt af Forskningsenheden for Almen Praksis i to studier (Forskningsenheden for Almen Praksis 2011 og 2014 (sidste endnu ikke publiceret)). I rapporten fra 2014 konkluderes det, at det:

’...tyder på, at der stadig kan være problemer med efterlevelsen af de psykometriske henvisningskriterier fra almen praksis til psykologordningen’.

Samtidig gøres der dog opmærksom på, at resultaterne fortsat er behæftet med en betydelig usikkerhed, hvorfor det anbefales at fortsætte monitoreringen.

5.2.4 Indkomstafhængighed i egenbetaling

Den sociale ulighed er som bekendt en – og formentlig dén væsentligste – faktor i forhold til sundhed. Det er derfor på baggrund af både patient- og psykologinterviewene relevant at overveje, om

der i forhold til psykologordningen bør være en form for indkomstafhængighed knyttet til omfanget af egenbetaling.

Der foreligger i dag ikke registerdata, der kan belyse omfanget af borgere, som af økonomiske årsager fravælger psykologordningen. Det ville fx kræve, at den enkelte praktiserende læge havde registreret alle de tilfælde, hvor en borger takker nej til en henvisning til psykologordningen. Det ville desuden kræve, at der for alle henviste borgere blev registreret årsagen til, at psykologbehandling ikke påbegyndes eller afbrydes. En sådan registrering ville samtidig kunne bidrage til et mere præcist billede af, hvem der anvender, og hvem der ikke anvender ordningen – også i forhold til andre faktorer så som geografi, terapeutspecifikke faktorer med mere - og bør derfor overvejes gennemført som selvstændig undersøgelse.

Nærværende evaluering giver dog visse indikationer på, at der er en række borgere, som ville have gavn af psykologbehandling, som fravælger dette pga. egenbetalingsandelen, og det må derfor anses for at være et punkt, det vil være særdeles relevant at undersøge nærmere. En sådan undersøgelse eller analyse kunne fx ske ved at gennemføre en række interviews eller en spørgeskemaundersøgelse til praktiserende læger, samt en registerbaseret analyse af en patientkohorte med anvendelse af socioøkonomiske data og med opfølgende telefoninterview.

5.3 Perspektiver ved ændring af kompetencekrav og specialiseringsgrad hos psykologer under ordningen

Der efterspørges mere målrettede kompetencer og erfaringsprofiler for de psykologer, som skal varetage opgaver under psykolog-ordningen – ikke blot fra psykologerne, men også fra patienterne. Ligeledes peger litteraturen og de internationale erfaringer og beslutninger i retning af, at der kan være fordele ved at arbejde mod mere specialiserede profiler i relation til de forskellige behov hos patienterne – og måske i et vist omfang i relation til henvisningsårsag, selv om sidstnævnte kan diskuteres jf. forrige afsnit.

Som på en række andre områder i sundhedsvæsenet synes der også på dette område at være grundlag for at se nærmere på, om kvaliteten af tilbuddet kan forbedres – eller måske rettere, at kvalitetsforskellene kan reduceres, ved at stille en form for volumenkrav til de psykologer, som praktiserer under ordningen. Krav om kontinuerlig kompetenceudvikling inden for relevante målrettede områder kunne ligeledes være en relevant løftestang for kvaliteten.

Motivationen for både kompetenceudvikling og volumenkrav skal findes i, at der kan antages at være en betydelig sammenhæng mellem psykologens erfaring og evne til at anvende forskellige metoder og tilgange tilpasset den enkelte borgers specifikke situation og behov og effekten/resultaterne af forløbene. Denne antagelse bør dog undersøges yderligere.

Forudsætningen for et større antal forløb under ordningen hos den enkelte psykolog vil formentlig være, at det eksisterende loft skal hæves. Dog må det bero på en mere målrettet analyse af fordelingen af psykologer på landsplan i forhold til forventede fremadrettede behov for psykologbehandling. En sådan analyse anbefales og kan samtidig afdække yderligere elementer i en effektiv udnyttelse af psykologressourcerne. Således er der i dag ventelister, samtidig med at kun meget få psykologer når omsætningsloftet. Der er i dag endvidere betydelige forskelle mellem psykologerne på, hvor meget patienter, der henvises gennem sygesikringen, udgør af den samlede aktivitet hos den enkelte psykolog. Dette bør naturligvis indgå i overvejelserne om at ændre på indtjeningsloftet. Samtidig ses det, at der er store forskelle i de regionale ventetider til psykologbehandling, og der er visse indikationer på, at ydernummertildelingen kan optimeres i forhold til at udnytte kapaciteten (og øge specialiseringen) ved at samle aktiviteten under ordningen på færre ydernumre. Konsekvenserne af en sådan strategi bør i givet fald undersøges nærmere, da der særligt må være fokus på at sikre, at ventetiden til psykologbehandling ikke stiger – men gerne falder.

Samtidig ville en større grad af specialisering også betyde et øget krav til præcision i henvisningerne, formentlig i retning af en egentlig diagnose eller identificeret behov jf. afsnit 5.2.



5.4 Perspektiver ved ændring af antal ydelser og praksis for visitation og re-visititation til ordningen

5.4.1 Antallet af psykologsamtaler i et forløb

Det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient/borger under psykologordningen var i 2013 5,7. På baggrund af patient- og psykologinterview kan det være relevant at overveje, om der med fordel kan ændres på rammerne for ordningen for så vidt angår antallet af ydelser.

På baggrund af tallene kunne man eventuelt overveje, om det kunne være relevant, at der som udgangspunkt henvises til tre psykologbesøg/-ydelser. Det vil give imødekomme det behov, flere patienter peger på, i relation til at få mulighed for at vurdere, om psykologen er den rette for vedkommende, og om psykolog-samtalerne er det rette og relevante tilbud. Samtidig vil det, jf. flere af psykologerne, være muligt for psykologen at vurdere behov og borgerens tilstand tilstrækkeligt på tre samtaler.

Dette vil i givet fald kræve, at der i forlængelse heraf sker en genhenvielse til et længere (nærmere fastlagt) forløb via egen læge, hvis psykolog, borger og egen læge vurderer, at dette er relevant.

Det vil givetvis betyde, at borgerne får bedre mulighed for at finde den rette psykolog, og samtidig at det vil sikre, at de borgere, som har et behov, mere rutinemæssigt kan modtage det nødvendige antal samtaler. Derudover vil en justering formentlig betyde, at det samlede antal ydelser vil falde, idet overflødige ydelser, som givetvis leveres i et (formentlig dog) mindre omfang.

Set fra borgerperspektivet vil det medføre et ekstra besøg hos egen læge i forbindelse med genhenvielse og fra et samfundsøkonomisk perspektiv skal der bruges lægelige ressourcer på en genhenvielse efter blot tre konsultationer.

I stedet kan man overveje, om grænsen for genhenvielse bør sættes ved seks konsultationer. Dette vil indebære, at en stor del af patienterne, som er henvist for depression eller angst (på nuværende tidspunkt langt den største andel af patienter, som modtager tilskudsberettiget psykologbehandling) vil kunne holde sig inden for denne ramme (knap 60 % af dem, der er henvist for depression får mindre end seks psykologydelser i løbet af et kalenderår og 55 % af dem, der er henvist grundet angst).

5.4.2 Vurdering af behov for og relevans af psykologforløb

Der er i analysen særligt fra psykologerne blevet peget på, at der kan være et potentiale i at ændre på den måde, der henvises til psykologordningen på. Det nævnes, at det kunne være endnu bedre, hvis der blev etableret et fælles nævn eller råd bestående af en praktiserende læge og en psykolog, som i fællesskab skulle vurdere borgeren og borgernes behov.

Det er formentlig en faglig relevant vej at gå, men samtidig bør det overvejes, hvilke konsekvenser det vil få for tidsperspektivet i patient-/borgerforløbene, og for den samlede omkostningseffektivitet i tilbuddet. Sidstnævnte ikke mindst, da de fleste psykologer angiver, at de praktiserende læger i meget stor grad henviser de rigtige borgere til psykologbehandling.

6. Litteratur

- Abbass, A.A.; Hancock, J.T.; Henderson, J.; Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders, *Cochrane Database Syst.Rev.*
- Adelman, C.B.; Panza, K.E.; Bartley, C.A.; Bontempo, A.; Bloch, M.H. (2014). A meta-analysis of computerized cognitive-behavioral therapy for the treatment of DSM-5 anxiety disorders, *The Journal of clinical psychiatry*, issue 7, pp 695-704.
- Alberdi, F., & Rosenbaum, B. (2010). Evidens for psykodynamisk psykoterapi. *Ugeskrift for Læger*, 172(42), 2882-2887.
- Baardseth, T.P., Goldberg, S.B., Pace, B.T., Wislocki, A.P., Frost, N.D., Siddiqui, J.R., Lindemann, A.M., Kivlighan III, D.M., Laska, K.M., Del Re, A.D., Minami, T., & Wampold, B.E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review* 33, 395–405.
- Bourgois, P. (2002) Anthropology and epidemiology on drugs: the challenges of cross-methodological and theoretical dialogue. *International Journal of Drug Policy*, 13: 259-269.
- CHRISTENSEN, K.S., MORTENSEN, M., BEYER, H., VEDSTED, P., VESTERGAARD, 2014 (version 1.0). Opfølgning af Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- Conradi, Henk Jan, de Jonge, Peter, Ormel, Johan (2008). Cognitive behavioral therapy v. usual care in recurrent depression. *The British Journal of Psychiatry*, vol 6.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 280-291.
- Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Fjeldsted, R., & Christensen, K.S. (2011). Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) Interview. Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Det danske landdistriktsprogram 2007-2013 (2008). København: Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri.
- Moderniseringsudvalget (2013): Visioner for udvikling af den offentlige psykologordning - inklusiv afrapportering fra arbejdsgrupper. København: Danske Regioner.
- Olsen KR, Sørensen TH, Vedsted P, Gyrd-Hansen D, Bech M. (2008). Analyse af henvisningsmønstret i dansk almen praksis. Delanalyse 2. En registerundersøgelse. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Poulsen, S., Lau, M., & Simonsen, S. (2015): Psykoterapiforskning i Francisco Alberdi, Bent Rosenbaum og Per Sørensen (red.): Moderne psykoterapi - Teorier og metoder, Hans Reitzels forlag.



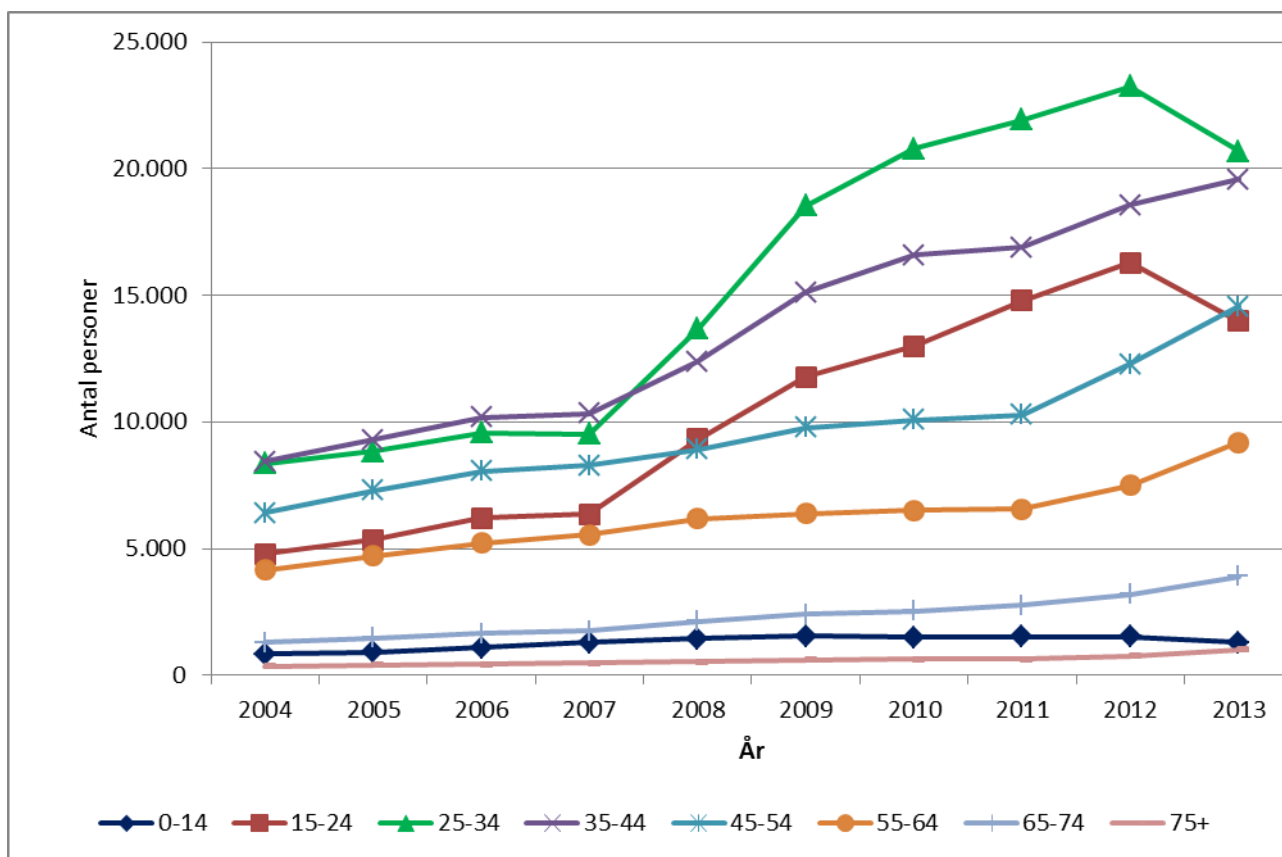
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S.I.F., Folke S., Mathiesen B.B., Katznelson H., & Fairburn C.G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171, 109–116.
- Ruggeri, M. (2010) Satisfaction with mental health services. I: *Health Outcome Measures*, third edition. Thornicroft, G. & Tansella, M. (red.). London: The Royal College of Psychiatrists.
- Sekretariatet for Referenceprogrammer – SfR. (2007a). Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sekretariatet for Referenceprogrammer – SfR. (2007b). Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Simpson, A. E., Richards, D., Gask, L., Escott, D., Hennessy, S. (2008) Patient's Experiences of Receiving Collaborative Care for the Treatment of Depression in the UK: A Qualitative Investigation. *Mental Health in Family Medicine* 5(2): 95-104.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins, University Press.
- Stiles, W.B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.
- Stiles, W.B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38, 677-688.
- Tolin, D.F. (2010). Is cognitive-behavioural therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 30,719-720.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Watzke, Birgit; Ruddel, Heinz; Jurgensen, Ralph; Koch, Uwe; Kriston, Levente; Grothgar, Barbara; Schulz, Holger (2012). Longer term outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic psychotherapy in routine mental health care: Randomised controlled trial.

Bilag 1.1: Figurer uden aldersstandardisering

I bilag 1.1 og bilag 1.2 er tabeller og figurer nummereret efter de figurer og tabeller, de relaterer sig til i hovedrapporten. Derfor er nummereringen i bilag 1 ikke fortløbende, og fraværet af for eksempel Bilagsfigur 1 er således helt tilsigtet og ikke udtryk for manglende figurer.

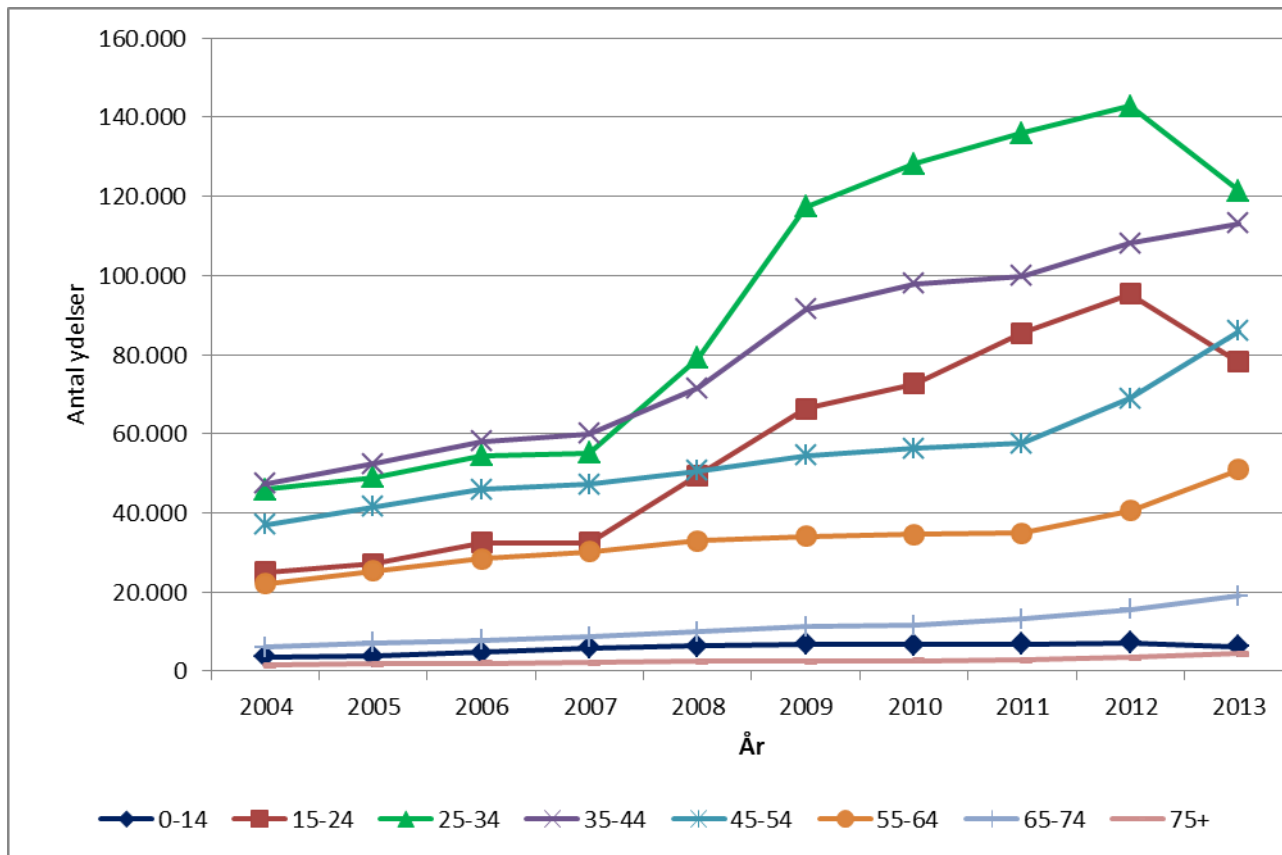
De efterfølgende figurer modsvarer figurerne 4-7 i hovedrapporten, som er præsenteret med aldersstandardisering.

Bilagsfigur 4. Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling fordelt på aldersgrupper og årstal.



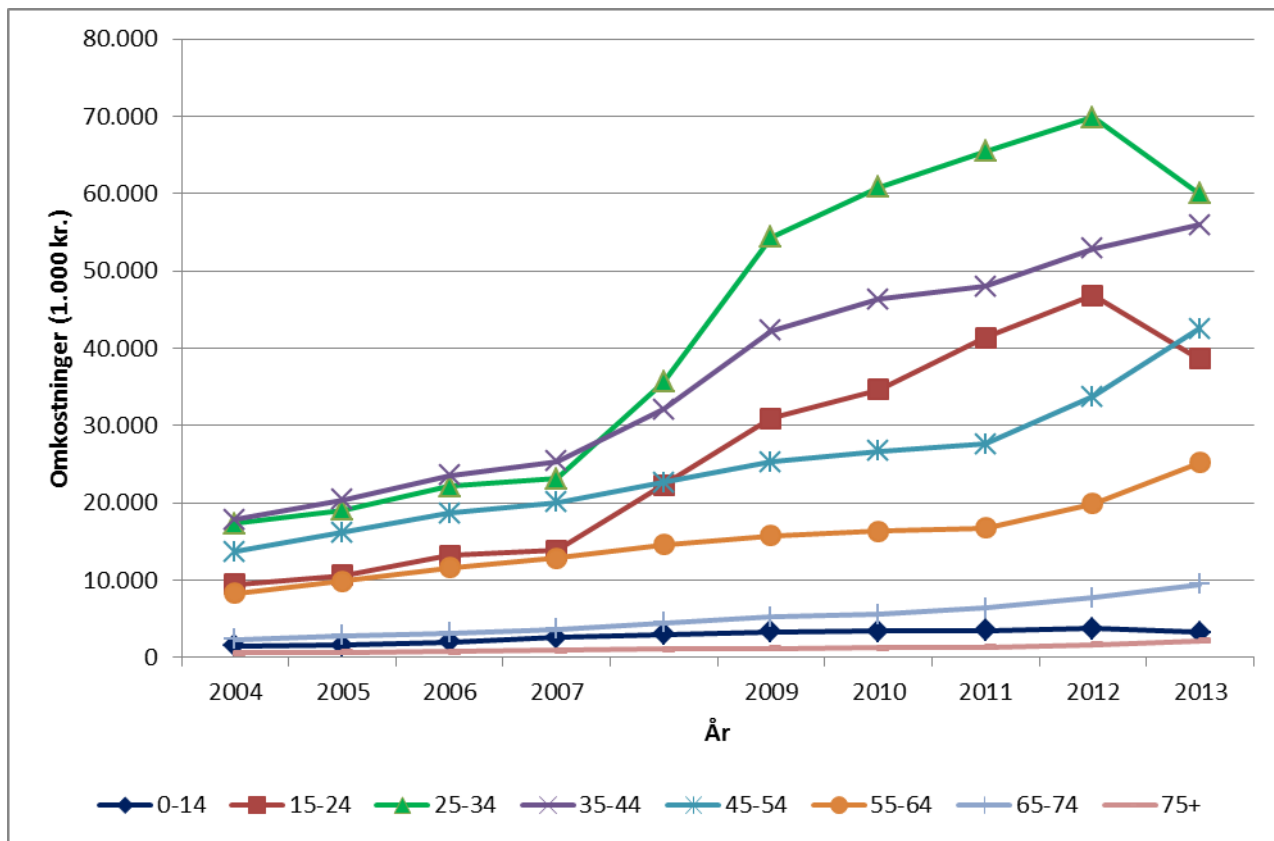
Kilde: CSC Scandihealth.

Bilagsfigur 5. Det samlede antal psykologydelse fordelt på aldersgrupper og årstal.



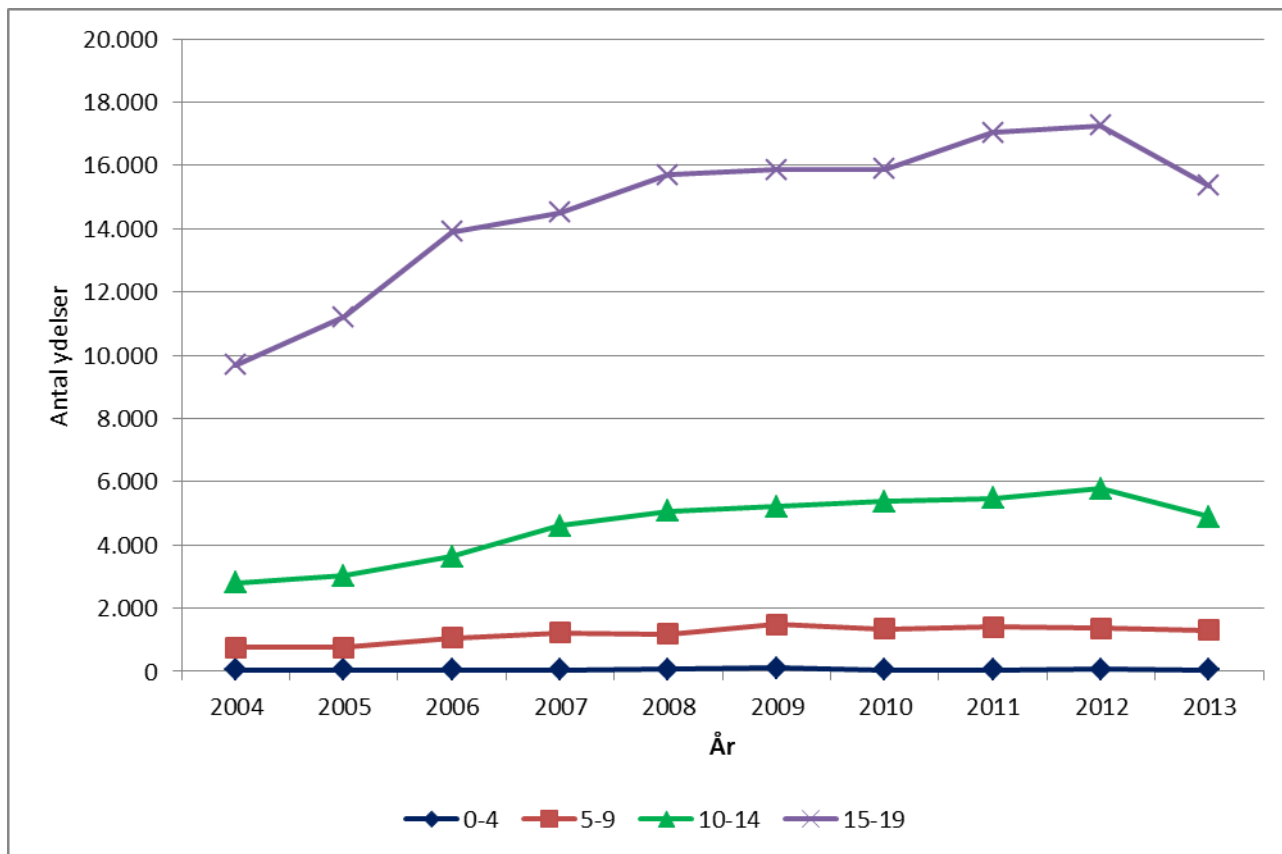
Kilde: CSC Scandihealth.

Bilagsfigur 6. De samlede omkostninger ved psykologydelse fordelt på aldersgrupper og årstal. (1.000 kr.).



Kilde: CSC Scandihealth.

Bilagsfigur 7. Det samlede antal psykologydelser for børn og unge fordelt på 5-års aldersgrupper og årstal.



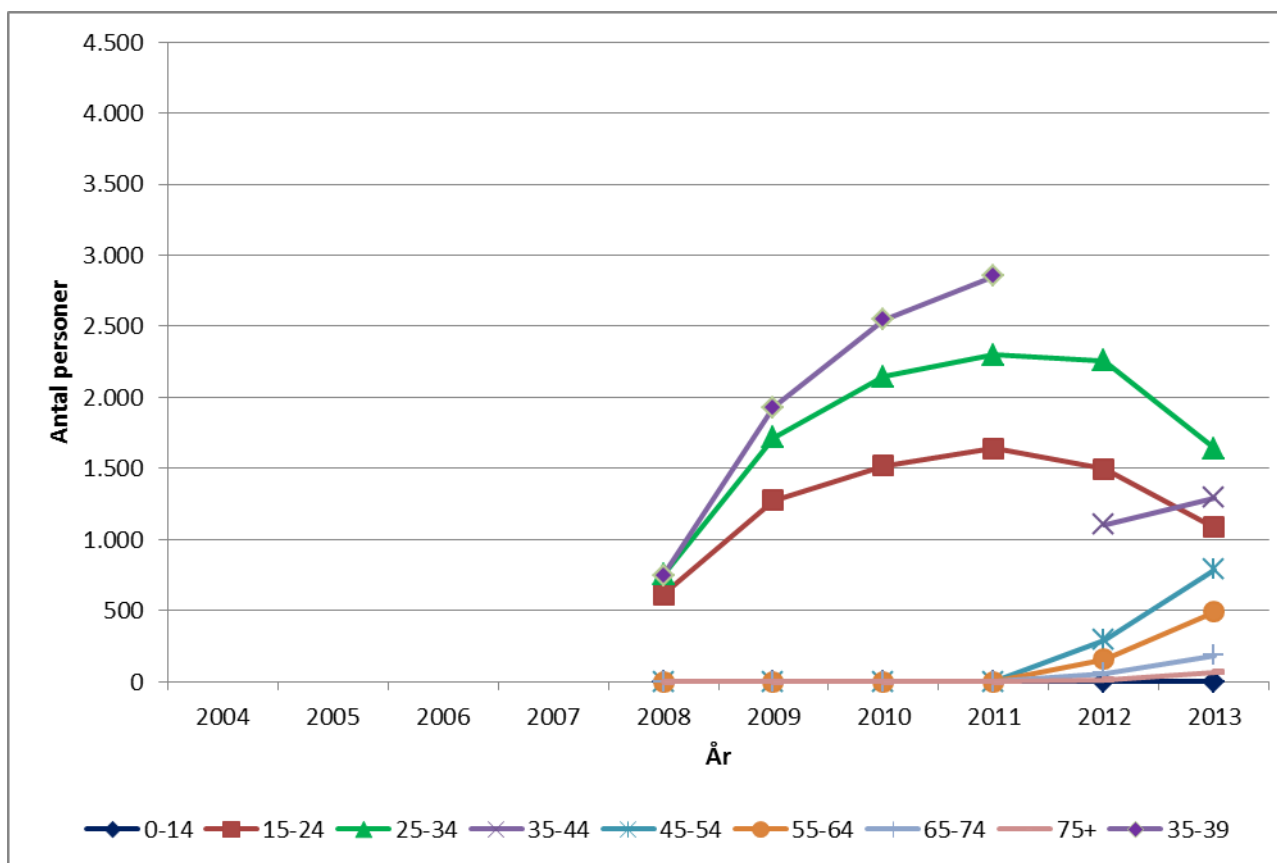
Kilde: CSC Scandihealth.

Bilag 1.2: Figurer med aldersstandardisering

De efterfølgende figurer modsvarer figurerne 11-16, som er præsenteret uden aldersstandardisering.

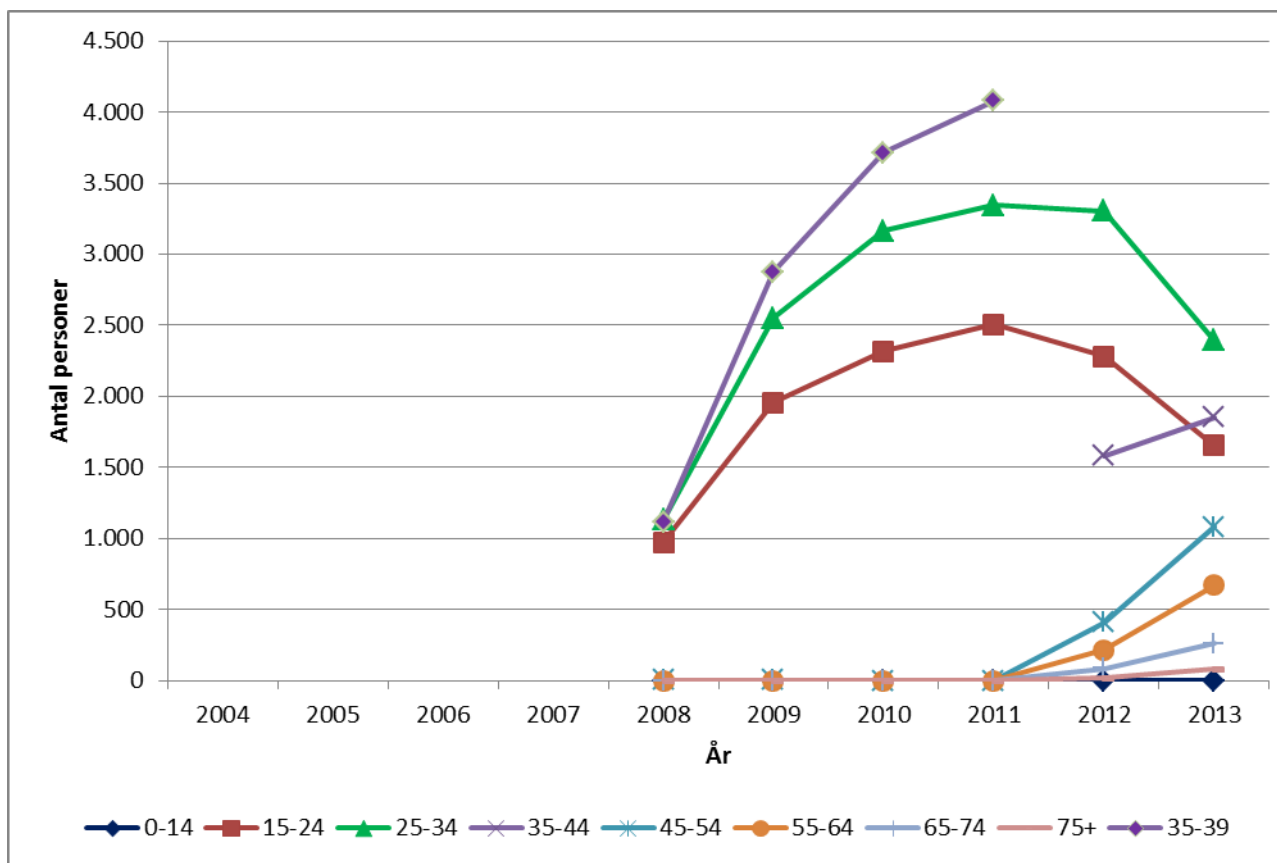
I forbindelse med beregningen af antal patienter, som modtaget psykologbehandling for depression henholdsvis angst pr. 100.000 personer, har det grundet det foreliggende datagrundlag og aldersafgrænsningen for henvisning (passer ikke med leverede data for 5-års-grupper) været nødvendigt at tilføje en 5-års-aldersgruppe (for de 35-39-årige) samt gøre visse antagelser om fordelinger i de benyttede 10-års-aldersgrupperne. Dette er er yderligere beskrevet efter de respektive figurer (bilagsfigurerne 11-13 henholdsvis 14-16).

Bilagsfigur 11. Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) pr. 100.000 personer fordelt på årstal.



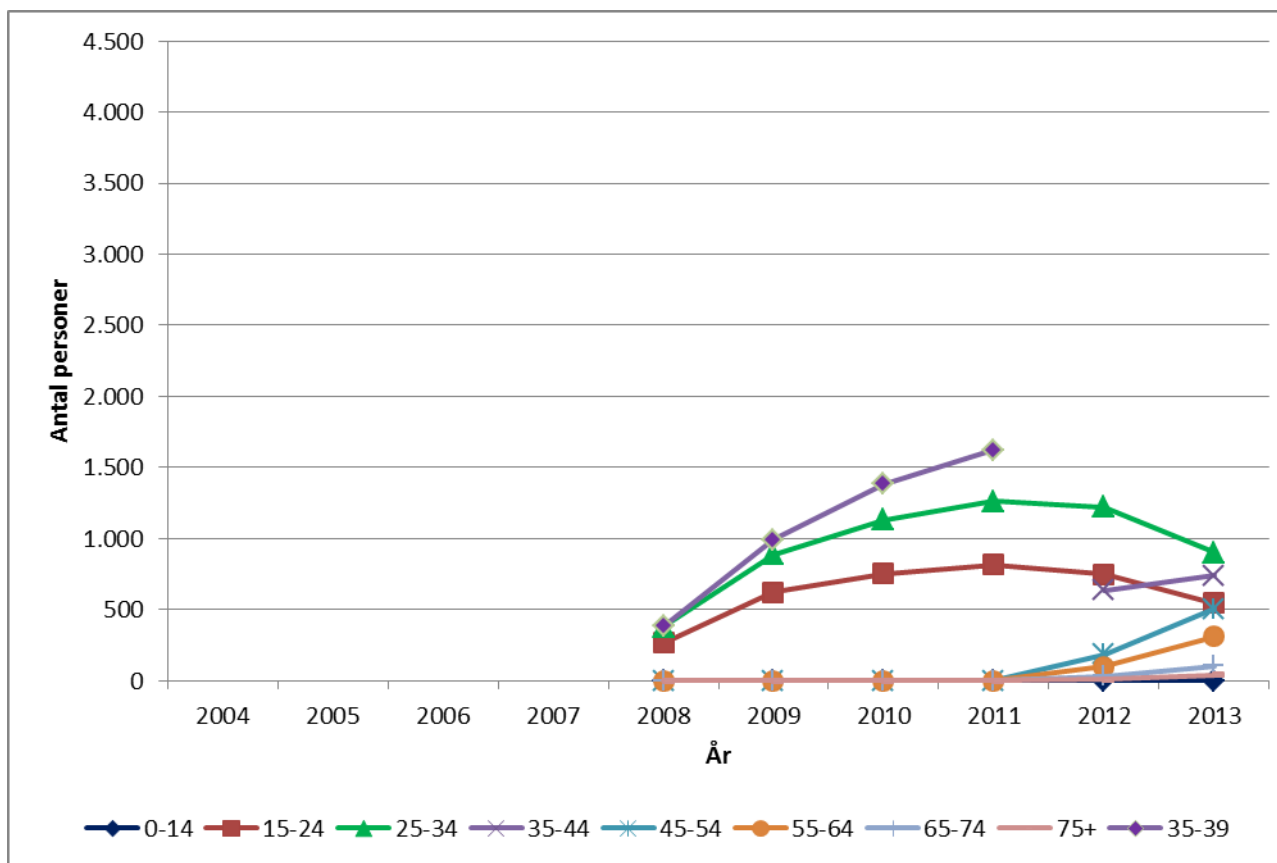
Kilde: CSC Scandihealth.

Bilagsfigur 12. Det samlede antal kvindelige patienter, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) pr. 100.000 kvinder fordelt på årstal.



Kilde: CSC Scandihealth.

Bilagfigur 13. Det samlede antal mandlige patienter, som har modtaget psykologbehandling for depression (henvisningsårsag 10) pr. 100.000 mænd fordelt på årstal.

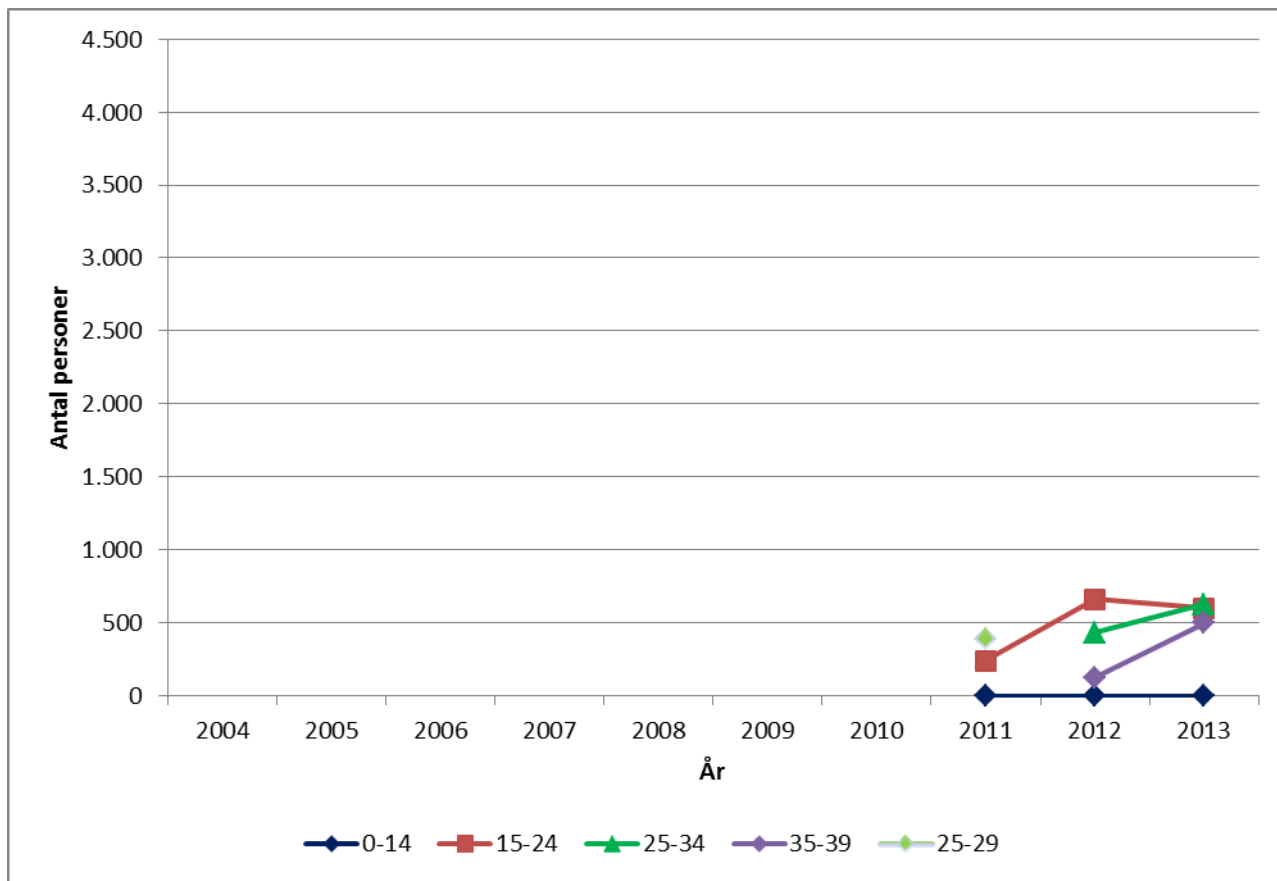


Kilde: CSC Scandihealth.

Aldersgrænsen for henvisning under ordningen var frem til juli 2012 18-37 år – herefter er der ingen øvre aldersgrænse. I perioden 2008-2011 er der gjort en særskilt beregning af antallet 35-39-årige patienter pr. 100.000 personer. Denne er baseret på en antagelse om, at det alene er de 35-37-årige, som har kunnet henvises for depression i perioden 2008-2011. Når antal 35-39-årige patienter pr. 100.000 personer er estimeret for 2008-2011, har vi følgelig divideret med summen af 35-37-årige i de givne år og ganget med 100.000.

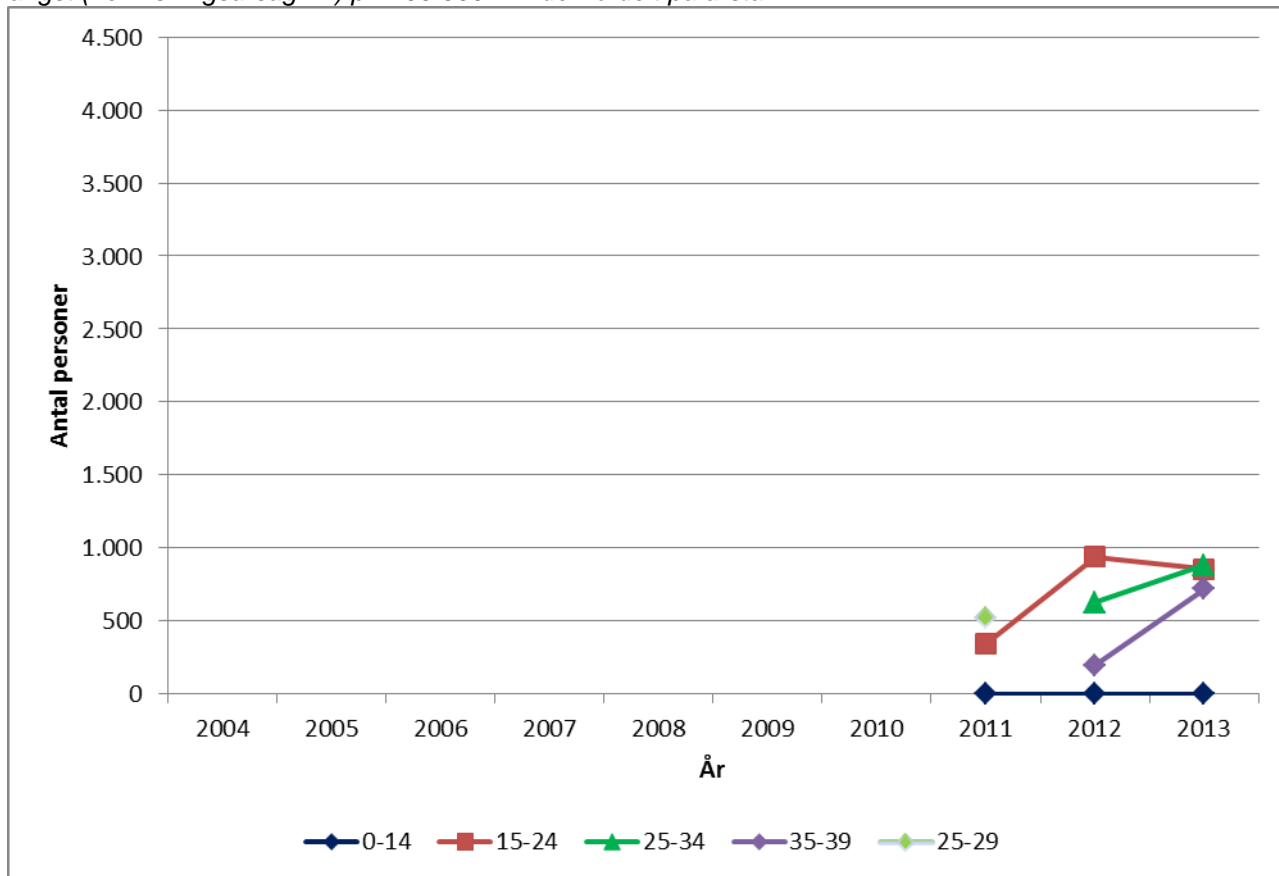
Opgørelsen af antal 15-24-årige patienter pr. 100.000 personer er ligeledes baseret på en antagelse om, at der ikke er nogen 15-17-årige, som er henvist til psykologbehandling for depression. Når antal 15-24-årige patienter pr. 100.000 personer er estimeret, er der derfor divideret med summen af 18-24-årige i de givne år og ganget med 100.000.

Bilagsgfigur 14. Det samlede antal patienter, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) pr. 100.000 personer fordelt på årstal.



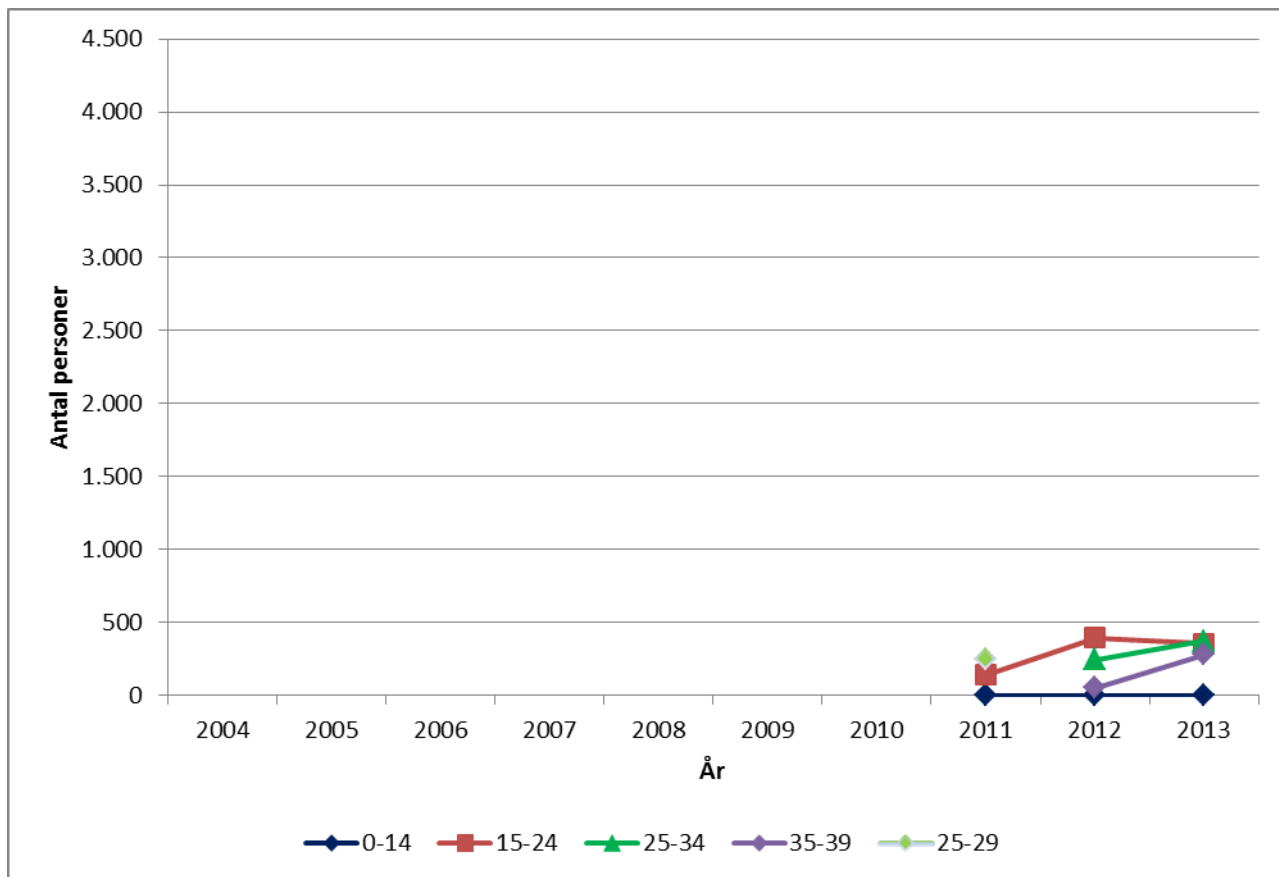
Kilde: CSC Scandihealth.

Bilagsfigur 15. Det samlede antal kvindelige patienter, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) pr. 100.000 kvinder fordelt på årstal.



Kilde: CSC Scandihealth.

Bilagsfigur 16. Det samlede antal mandlige patienter, som har modtaget psykologbehandling for angst (henvisningsårsag 11) pr. 100.000 mænd fordelt på årstal.



Kilde: CSC Scandihealth.

Den øvre aldersgrænse for henvisning under ordningen er øget med 10 år pr. juli 2012, så den herefter er 18-38 år. I 2011 er der derfor foretaget en særskilt beregning af antallet af 25-29-årige patienter pr. 100.000 personer: Opgørelsen af antal 25-29-årige patienter pr. 100.000 personer er baseret på en antagelse om, at det alene er de 25-27-årige i denne 5-års-aldersgruppe, som har kunnet henvises for angst i 2011. Når antal 25-29-årige patienter pr. 100.000 personer er estimeret i 2011, har vi følgelig divideret med summen af 25-27-årige og ganget med 100.000

Opgørelsen af antal 15-24-årige patienter pr. 100.000 personer er ligeledes baseret på en antagelse om, at der ikke er nogen 15-17-årige, som er henvist til psykologbehandling for angst. Når antal 15-24-årige patienter pr. 100.000 personer er estimeret, omfatter nævneren summen af 18-24-årige. For aldersgruppen 35-39-årige omfatter nævneren summen af 35-38-årige.

Bilag 2: Interviewede psykologer

Psykolog	Region	By
Ann Jacobi	Hovedstaden	København
Anne Gitz-Johansen	Midtjylland	Skanderborg
Anne-Mette Mohr	Hovedstaden	København
Bente Lisborg	Hovedstaden	København
Birgitte Bräuner	Midtjylland	Århus
Bodil Berge Friis	Sjælland	Slagelse
Dan Rasmussen	Hovedstaden	København
Dorte Gram	Midtjylland	Århus
Elsabeth Cornét Sørensen	Sjælland	Rørvig
Jakob Ravn	Syddanmark	
Jakob Skov Knudsen	Syddanmark	Fredericia
Joan Rytter	Syddanmark	Kolding
Jytte Gandløse	Hovedstaden	København
Karin Rasmussen	Sjælland	Greve
Karin Vogensen	Syddanmark	Fredericia
Kirsten Andersen	Syddanmark	Odense og Kerteminde
Klaus Bertel	Midtjylland	Ikast
Lars Landberg	Sjælland	Vordingborg
Leif Vind	Syddanmark	Tønder
Lene Nordheim	Midtjylland	Grenå
Lisbeth Rasmussen	Syddanmark	Odense
Lone Riber	Syddanmark	Odense og Kerteminde
Michael Sommer	Midtjylland	Skjern
Ole Ussing	Midtjylland	Århus
Palle Søderlund	Hovedstaden	København
Per Hulstrøm	Hovedstaden	København
Per Thorseth	Midtjylland	Aarhus
Rikke Yde Tordrup	Midtjylland	Skjern
Tina La Cour	Syddanmark	Odense
Ulla Eckardt	Sjælland	Ringsted
Zenia Børsen	Nordjylland	Aalborg

Bilag 3: Spørgeramme til interviews med psykologer

Formålet med interviewet er trefoldigt:

- At hver respondent beskriver sin tilgang til psykologbehandling (anvendte metoder mv.) samt begrundelsen herfor (omkostningseffektivitet mv.)
- At få respondenternes syn på udviklingen inden for psykologbehandling i DK – og om muligt – også gerne bredere
- At få respondentens syn på psykologordningen som helhed (virker den efter hensigten; hvad kan forbedres; når vi de rigtige målgrupper; skal vi prioritere hårdere?)

Temaer og spørgsmål

1. Metoder og praksis
 - a. Du får en ny patient med en henvisning fra sin praktiserende læge vedr. depression – hvordan vil sådan et forløb typisk starte og forløbe?
 - b. Hvilke metoder anvender du i praksis til behandling af personer henvist under psykologordningen, og er dette afhængig af henvisningsårsag?
 - c. Hvordan vælger du, hvilken tilgang der er bedst egnet i den konkrete situation?
 - d. Hvad er baggrunden for din tilgang? (evidens, uddannelse, tilfældigheder mv.)
 - e. Hvad er din forforståelse af andre metoder (som du ikke anvender, herunder både anerkendte og mere perifere metoder)?
 - f. Hvordan opdaterer du dig på metoder og ny viden?
 - g. Oplever du, at du selv har mulighed for at vælge, hvilken tilgang der er bedst i den konkrete situation/i forhold til den konkrete patient?
2. Respondentens erfaring med og holdning til psykologordningen
 - a. Hvordan virker ordningen i praksis – positivt som negativt?
 - b. Hvilke henvisninger møder du oftest?
 - c. Hvordan er samarbejdet med de praktiserende læger?
 - d. Er der målgrupper den favoriserer og nogen den glemmer?
 - e. Er der nogle typer af mennesker, som man ikke kan hjælpe på denne måde?
 - f. Er der nogle patienter, som du har måtte afvise eller afslutte?
3. Forslag til fremadrettet prioritering – præmissen er at ressourcerne er knappe
 - a. Hvis vi var tvunget til det, hvilke grupper skulle så kunne opnå tilskud for ordningen?
 - b. Konkrete forslag til grupper, som burde være en del af ordningen ud fra dit perspektiv?
 - c. Hvordan sikrer vi den rigtige prioritering?
 - d. Hvordan kan psykologerne bidrage hertil? – hvad kunne man gøre etc.

Bilag 4: Spørgeguide til patienter – angst og depression

Intro – interviewer, anonymitet garanteret

Den første kontakt:

- Hvad troede du, at der var i vejen med dig, da du henvendte dig til lægen?
- Da du henvendte dig til læger – var det så for at få en henvisning til psykolog?
- Kendte du noget til angst/depression i forvejen?
- Hvorfor opsøgte du lægen?
- Hvad tænkte du, da du fik at vide, at du led af angst/depression?
- Synes du, at det var den rigtige diagnose/Var du i tvivl om, hvorvidt lægen havde ret?
- Var det en vanskelig beslutning at søge hjælp?
- Hvis forslag var det, at du skulle tale med en psykolog?

Om psykologen:

- Hvad var dit første indtryk af psykologen?
- Var det overordnet et positivt eller negativt indtryk?
- Var det anderledes end, hvad du ville have forventet af en konsultation med din læge?
- På hvilken måde?
- Hvad oplevede du, at psykologen var god til?
- Var der noget, som vedkommende ikke var så god til?
- Oplevede du psykologen som en, der var kompetent til sit arbejde/som vidste meget om depression/angst?
- Fik du selv mere viden om depression/angst?
- Var der nogle områder, som psykologen gjorde særligt meget ud af i jeres relation?
- Oplevede du, at psykologen var interesseret i at høre på din oplevelser og erfaringer med sygdommen?
- I højere grad end hvad du havde forventet?
- Tror du, at du vil kunne genkende symptomerne tidligere, hvis sygdommen kommer igen?
- Oplever du at have et beredskab i forhold til angst/depression? Ved du, hvad du skal gøre, hvis der begynder at komme symptomer igen?
- Oplever du, at psykologen har god tid til din behandling/jeres samtaler?
- Har psykologen inddraget dine nærmeste pårørende, eller foreslået at inddrage dine nærmeste pårørende?
- Har du en fornemmelse af, at psykologen og din praktiserende læge samarbejder om din behandling?
- Får du også medicin for dine psykiske problemer?
- Hvem er ansvarlig for det?
- Er det noget, som din psykolog taler med dig om?
- Har egen betalingen betydet noget for din brug af psykolog?
- Ville du anbefale din psykolog til en ven eller et familiemedlem, der havde problemer, der minder om dine?
- Vil du anbefale en psykolog til en ven eller et familiemedlem, der havde problemer, der minder om dine?
- Regner du med at fortsætte samtalerne hos psykolog?

Baggrundsoplysninger på informanten



Bilag 5: Spørgeguide til pårørende

Intro – mig, anonym

Den første kontakt:

- Hvordan kom du i gang med samtalerne hos psykologen?
- Hvad troede du, at der var i vejen med dig, da du henvendte dig til lægen?
- Da du henvendte dig til læger – var det så for at få en henvisning til psykolog?
- Kendte du noget til behandling hos psykolog i forvejen?
- Hvorfor opsøgte du lægen?
- Var du i tvivl om, hvorvidt lægen havde ret i, at du burde tale med en psykolog?
- Var det en vanskelig beslutning at søge hjælp?
- Hvis forslag var det, at du skulle tale med en psykolog?

Psykologen:

- Taler du med andre om de her forhold/problemer?
- Hvad var dit første indtryk af psykologen?
- Var det overordnet et positivt eller negativt indtryk?
- Var det anderledes end, hvad du ville have forventet af en samtale med din læge?
- På hvilken måde?
- Hvad oplevede du, at psykologen var god til?
- Var der noget, som vedkommende ikke var så god til?
- Oplevede du psykologen som en, der var kompetent til sit arbejde/som vidste meget om dine problemer?
- Fik du selv mere viden om dine problemer?
- Var der nogle områder, som psykologen gjorde særligt meget ud af i jeres relation?
- Oplevede du, at psykologen var interesseret i at høre på dine oplevelser og erfaringer med dine problemer?
- I højere grad end hvad du havde forventet?
- Tror du, at du vil kunne genkende symptomerne tidligere, hvis det kommer igen?
- Oplever du at have et beredskab i forhold til at håndtere problemerne? Ved du, hvad du skal gøre, hvis der begynder at komme symptomer igen?
- Oplever du, at psykologen har god tid til jeres samtaler?
- Har psykologen inddraget dine nærmeste pårørende, eller foreslået at inddrage dine nærmeste pårørende?
- Har du en fornemmelse af, at psykologen og din praktiserende læge samarbejder om din behandling?
- Får du også medicin for dine psykiske problemer?
- Hvem er ansvarlig for det?
- Er det noget, som din psykolog taler med dig om?
- Har egen betalingen betydet noget for din brug af psykolog?
- Ville du anbefale din psykolog til en ven eller et familiemedlem, der havde problemer, der minder om dine?
- Vil du anbefale en psykolog til en ven eller et familiemedlem, der havde problemer, der minder om dine?
- Regner du med at fortsætte samtalerne hos psykolog?

Baggrundsoplysninger på informanten

Bilag 6: Anvendt søgestrategi til litteratursøgningen

Indledning/afgrænsning

Psykologordningen omfatter personer som:

1. Har været ofre for røveri, vold eller voldtægt
2. Har været ofre for trafikulykker eller andre ulykker
3. Er pårørende til alvorligt psykisk syge personer
4. Er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
5. Er pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
6. Er pårørende ved dødsfald
7. Har forsøgt selvmord
8. Har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge
9. Inden de er fyldt 18 år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb
10. Har en let til moderat depression, jf. bekendtgørelsens bilag 1, og på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år
11. Lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og på henvisningstidspunktet er i aldersgruppen fra 18 til og med 38 år

Pkt. 1 til 9 omtales også som 'ydre påvirkning', og behandles i nogle sammenhænge under ét.

Ifølge Dansk Psykolog Forening er der en vis sammenhæng mellem problematik og valg af metode. De vil lave et eller andet overblik for os. Psykologforeningen nævner umiddelbart følgende metoder:

- Systemisk tilgang
- Narrativ tilgang
- Psykodynamisk tilgang (eksistentiel)
- Kognitiv
- Eklektisk

Derudover nævner de, at det vigtigste for en behandlingseffekt nok ikke er 'metodetrofastheden', men at man er i stand til at vælge den rigtige metode i det konkrete behandlingsmøde med den enkelte patient.

I projektbeskrivelsen er der specificeret følgende litteratursøgninger:

1. Beskrivelser af metoder under psykologordningen og eksisterende evidens for effekten
2. Sammenfatning af eksisterende dokumentation for psykologordningens effekter, herunder:
 - a. Samfunds- og sundhedsøkonomiske effekter (organisatorisk perspektiv)
 - b. Kliniske effekter (sundhedsfagligt/klinisk perspektiv)
 - c. Patient- og pårørendeoplevede effekter (patient/brugerperspektiv)
3. Indblik i patienternes oplevelser og tilfredshed med ordningen
 - a. Patienternes oplevelse og tilfredshed med den eksisterende psykologordning (svarende til pkt. 2.c)
 - b. Patienternes oplevelse og tilfredshed med de metoder, der bruges i behandlingen (dette er en mindre ændring i forhold til projektbeskrivelsen, hvor der står patienttilfredshed i forhold til behandling af de forskellige lidelser)
4. Udviklingen i øvrige offentlige tilbud
 - a. Hvilken evidens er der for effekt af de identificerede tilbud?
 - b. Hvilke forløbsomkostninger kan identificeres i forhold til disse tilbud?

Den egentlige søgeprotokol

Kortlægnings spørgsmål:

1. Beskrivelser af metoder under psykologordningen og eksisterende evidens for effekten
 - a. Er der evidens for effekt af psykologisk behandling med systemisk tilgang?
 - b. Er der evidens for effekt af psykologisk behandling med narrativ tilgang?
 - c. Er der evidens for effekt af psykologisk behandling med psykodynamisk tilgang (også kaldet eksistentiel)?
 - d. Er der evidens for effekt af psykologisk behandling med kognitiv tilgang?
 - e. Er der evidens for effekt af psykologisk behandling med eklektisk tilgang?
 - f. Hvordan vælger man den rigtige psykologiske metode i det konkrete behandlingsmøde?

2. Sammenfatning af eksisterende dokumentation for psykologordningens effekter, herunder:
 - a. Hvilke samfunds- og sundhedsøkonomiske effekter er der af psykologordningen?
 - b. Hvilke kliniske effekter er der af psykologordningen?
 - c. Hvilke patient- og pårørende oplevede effekter er der af psykologordningen?
3. Indblik i patienternes oplevelser og tilfredshed med ordningen
 - a. Hvilke patient- og pårørendeoplevede effekter er der af psykologordningen? (svarende til pkt. 2.c)
 - b. Patienternes oplevelse og tilfredshed med de metoder, der bruges i behandlingen (dette er en mindre ændring i forhold til projektbeskrivelsen, hvor der står patienttilfredshed i forhold til behandling af de forskellige lidelser):
 - i. Systemisk tilgang
 - ii. Narrativ tilgang
 - iii. Psykodynamisk tilgang (eksistentiel)
 - iv. Kognitiv
 - v. Eklektisk
4. Udviklingen i øvrige offentlige tilbud
 - a. Hvilken evidens er der for effekt af de identificerede tilbud?
 - b. Hvilke forløbsomkostninger kan identificeres i forhold til disse tilbud?

Søgeord:

Der søges med kontrollerede emneord/Mesh-termer tilpasset de enkelte basers terminologi. Der suppleres med fritekstsøgning, hvor det kontrollerede vokabular ikke dækker emnet eller til opfangning af den nyeste litteratur, som i fx PubMed ikke er indekseret.

Søgeord, eksempler i *PubMed / Cochrane / SveMed+*: "Psychotherapy"[Mesh], "Psychotherapy, Brief"[Mesh], "Cognitive Therapy"[Mesh], "Behavior Therapy "[Mesh], "Evidence-Based Practice"[Mesh], "Evidence-Based Medicine"[Mesh], "Treatment Outcome"[Mesh], "Outcome Assessment (Health Care)"[Mesh], "Patient Outcome Assessment"[Mesh] (nyt ord: fra 2014), "Cost-Benefit Analysis"[Mesh], "Patient Satisfaction"[Mesh], "Consumer Satisfaction"[Mesh], (evt. "Referral and Consultation"[Mesh]).

Fx i PsyclInfo: Psychotherapy/Brief Psychotherapy, (i) Family therapy/Multisystemic Therapy/Family Systems Theory, (ii) Narrative Therapy, (iii) Psychodynamic Psychotherapy, (iv) Cognitive Therapy/Cognitive Behavior Therapy/(Cognitive Techniques AND (Treatment OR Therapy)), (v) Eclectic Psychotherapy, Integrative Psychotherapy, Multimodal Treatment Approach. - Evidence Based Practice (used for: Evidence Based Medicine), Treatment Effectiveness Evaluation, Treatment Outcomes (used for: Therapeutic outcomes), Psychotherapeutic Outcomes, Treatment Effectiveness Evaluation, Client Satisfaction (used for: Patient satisfaction)

Fritekstord – eksempler (ud over de ovenfor nævnte):



Engelsk: Psychological treatment, Systemic therapy, Systemic practice/approach, Behavioural therapy, Cognitive-behavioural approach, Economy, Cost...

Dansk: Psykologisk behandling, Kognitiv terapi, Systemisk terapi, Familierapi, Narrativ terapi, Patienttilfredshed, Patientperspektiv, Pårørendeperspektiv, Evidens, Evidensbaseret, Økonomi, Omkostninger...

Norsk: Psykologisk behandling, Kognitiv terapi, Kognitiv atferdsterapi (CBT), Psykodynamisk psykoterapi, Integrativ psykoterapi, Pasienttilfredshet, Pasientperspektiv, Pårørendeperspektiv, Kunnskapsbasert, Økonomi, Omkostninger, Kostnad...

Svensk: Psykologisk behandling, Systemisk terapi, Familjeterapi, Kognitiv beteendeterapi, KBT-behandling, Kognitivt beteendeterapeutiska metoder, Korttidspsykoterapi, Narrativ terapi, Anhörige (omsorgsgivare) /Anhöriga (omsorgsgivarna), Evidensbaserad (praktik), Patienttilfredsställelse, Patienters och närståendes perspektiv, Kunskapsstöd, Ekonomi, Kostnad...

Søgesteder:

Bibliografiske databaser:

- PubMed (internationalt)
- Cochrane Library (internationalt)
- PsycINFO (Internationalt)
- Cinahl (Internationalt)
- Sociological Abstracts (Internationalt)
- Applied Social Sciences Citation Index - Web of Science (Internationalt)
- Embase (internationalt)
- SveMed+ (skandinavisk)
- DanBib (dansk)
- LIBRIS (Svensk)
- BibSys (Norsk)
- Den Danske Forskningsdatabase
- SwePub (Svensk forskningsbase)

Hjemmesider og tidsskrifter:

- Sundhedsstyrelsen, Danmark: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da>
- Rådet for Psykisk Helse, Norge: <http://www.psykiskhelse.no/>
- Evalueringsportalen, Norge: <http://evalueringsportalen.no/>
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Norge: <http://www.erfaringskompetanse.no/>
- Kunskapsguiden, Sverige: <http://www.kunskapsguiden.se/>
- MetodGuiden, Sverige: www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik
- Campbell Collaboration Library (Internationalt): <http://www.campbellcollaboration.org/>
- The National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP), USA: <http://www.nrepp.samhsa.gov/Index.aspx>
- American Psychological Association: <http://apa.org/about/index.aspx>
- The British Psychological Society (Inkl. The Psychologist): <http://www.bps.org.uk/>
- Dansk Psykologforening (inkl. PsykologNyt): <http://www.dp.dk/>
- Sveriges Psykologförbund (inkl. Psykologtidningen): <http://www.psykologforbundet.se/>
- Norsk Psykologforening (inkl. Tidsskrift for norsk psykologforening): <http://www.psykologforeningen.no/?mid=16dfc46baa8ddd794aaf20141007125450>
- (Flere relevante dukker evt. op i søgeforløbet)

Eksklusionskriterier:

- 2004 og bagud
- Andre sprog end engelsk, dansk, norsk, svensk
- Målgruppen har alderen fra 17 år og nedad
- Andre psykiatriske diagnoser end de 11 henvisningsårsager:
 - Personer, der har været ofre for røveri, vold eller voldtægt
 - Personer, der har været ofre for trafikulykker eller andre ulykker
 - Personer, der er pårørende til alvorligt psykisk syge personer
 - Personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
 - Personer, der er pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
 - Personer, der er pårørende ved dødsfald
 - Personer, der har forsøgt selvmord
 - Personer, der har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge
 - Personer, der inden de er fyldt 18 år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb
 - Personer, der har en let til moderat depression, jf. bekendtgørelsens bilag 1, og på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år
 - Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og på henvisningstidspunktet er i aldersgruppen fra 18 til og med 38 år
- Andre behandlingsmetoder end:
 - Systemisk
 - Narrativ
 - Psykodynamisk (eksistentiel)
 - Kognitiv
 - Eklektisk
- Andre typer studier end effektstudier og patienttilfredshedsstudier. For søgningen vedr. psykologordningen i DK inddrages også studier af de økonomiske konsekvenser. Effektstudier defineres som randomiserede kontrollerede studier
- Studier der ikke er publiceret i peer-reviewed tidsskrifter (bortset fra søgningen omkring psykologordningen i DK)

Vurderingskriterier (efter MTV-håndbogen 2007)

- Er den relevant for emnet?
- Er artiklens resultater troværdige?
- Hvilken kvalitet har evidensen i artiklen?
 - Sekundære studier
 - Primære studier
- Er artiklens resultater vigtige i den aktuelle sammenhæng?

Bilag 7: Resultat af litteratursøgning

Titler om alle 11 henvisningsårsager

ABBASS, A.A., HANCOCK, J.T., HENDERSON, J. and KISELY, S., 2006. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, **(4)**(4), pp. CD004687.

ALBERDI, F. and ROSENBAUM, B., 2010. Evidens for psykodynamisk psykoterapi. *Ugeskrift for læger*, **172**(42), pp. 2882-2887.

BAARDSETH, T.P., GOLDBERG, S.B., PACE, B.T., WISLOCKI, A.P., FROST, N.D., SIDDIQUI, J.R., LINDEMANN, A.M., KIVLIGHAN, D.M., 3RD, LASKA, K.M., DEL RE, A.C., MINAMI, T. and WAMPOLD, B.E., 2013. Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: redux. *Clinical psychology review*, **33**(3), pp. 395-405.

HILTUNEN, A.J., KOCYS, E. and PERRINWALLQVIST, R., Aug 2013. Effectiveness of cognitive behavioral therapy: An evaluation of therapies provided by trainees at a university psychotherapy training center. *PsyCh Journal*, **2**(2), pp. 101-112.

HOUGAARD, E., ASTHÓRSDÓTTIR, H., FINNBOGADÓTTIR, H., MORTENSEN, A., NØRR, H. and PIET, J., 2008. Hvad virker i psykoterapi? *Psykolog nyt*, **62**(17), pp. 18-25.

KRAKVIK, B., GRAWE, R.W., HAGEN, R. and STILES, T.C., Oct 2013. Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms: A randomized controlled effectiveness trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **41**(5), pp. 511-524.

LEICHSENRING, F. and RABUNG, S., 2008. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Jama*, **300**(13), pp. 1551-1565.

LEICHSENRING, F. KLEIN, S., 2014. Evidence for psychotherapy in specific mental disorders: A systematic review, *Psychoanalytical Psychotherapy*, **28** (1)

LEICHSENRING, F., 2005. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *The International journal of psycho-analysis*, **86**(Pt 3), pp. 841-868.

LEICHSENRING, F., ABBASS, A., LUYTEN, P., HILSENROTH, M. and RABUNG, S., 2013. The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic psychiatry*, **41**(3), pp. 361-384.

LEICHSENRING, F., HILLER, W., WEISSBERG, M. and LEIBING, E., 2006. Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, **60**(3), pp. 233-259.

LEICHSENRING, F., RABUNG, S. and LEIBING, E., 2004. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, **61**(12), pp. 1208-1216.

NORCROSS, J.C. (red.). 2011. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd edition). New York, NY: Oxford University Press.

PINQUART, M. and FORSTMEIER, S., 2012. Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Aging & mental health*, **16**(5), pp. 541-558.

TOLIN, D.F., 2010. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, **30**(6), pp. 710-720.



TOWN, J.M., DIENER, M.J., ABBASS, A., LEICHSENRING, F., DRIESSEN, E. and RABUNG, S., 2012. A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, **49**(3), pp. 276-290.

WARNER L., Mariathan J., Lawton-Smith S., & Samele C. 2006. A Review of the Literature and Consultation on Choice and Decision-making for Users and Carers of Mental Health and Social Care Services. Sainsbury Centre for Mental Health and King's Fund.

WATZKE, B., RUDEL, H., JURGENSEN, R., KOCH, U., KRISTON, L., GROTHGAR, B. and SCHULZ, H., Sep 2012. Longer term outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic psychotherapy in routine mental health care: Randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, **50**(9), pp. 580-587.

WERBART, A., LEVIN, L., ANDERSSON, H. and SANDELL, R., Mar 2013. Everyday evidence: Outcomes of psychotherapies in Swedish public health services. *Psychotherapy*, **50**(1), pp. 119-130.

Titler om henvisningsårsag 1 til 9

AL SAYEGH, A., SANDFORD, D. and CARSON, A.J., 2010. Psychological approaches to treatment of postconcussion syndrome: a systematic review. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, **81**(10), pp. 1128-1134.

AMIEVA, H. and DARTIGUES, J.F., Oct 2013. ETNA3, a clinical randomized study assessing three cognitive-oriented therapies in dementia: Rationale and general design. *Revue neurologique*, **169**(10), pp. 752-756.

BARBOSA, V., SA, M. and ROCHA, J.C., Apr 2014. Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging & Mental Health*, **18**(3), pp. 354-362.

BISSON, J.I., EHLERS, A., MATTHEWS, R., PILLING, S., RICHARDS, D. and TURNER, S., 2007. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, **190**, pp. 97-104.

BRAGA, D.T., CORDIOLI, A.V., NIEDERAUER, K. and MANFRO, G.G., Sep 2005. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: A 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **112**(3), pp. 180-186.

GERMAIN, V., MARCHAND, A., BOUCHARD, S., DROUIN, M. and GUAY, S., Mar 2009. Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, **38**(1), pp. 42-53.

GWOZDZIEWYCZ, N. and MEHL-MADRONA, L., 2013. Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *The Permanente journal*, **17**(1), pp. 70-76.

KELLY, K.A., RIZVI, S.L., MONSON, C.M. and RESICK, P.A., Aug 2009. The impact of sudden gains in cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, **22**(4), pp. 287-293.

KLIEM, S. and KROGER, C., 2013. Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour research and therapy*, **51**(11), pp. 753-761.



MELLO, P.G., SILVA, G.R., DONAT, J.C. and KRISTENSEN, C.H., 2013. An update on the efficacy of cognitive-behavioral therapy, cognitive therapy, and exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *International journal of psychiatry in medicine*, **46**(4), pp. 339-357.

TAYLOR, J.E. and HARVEY, S.T., 2009. Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, **14**(5), pp. 273-285.

VAN APELDOORN, F.J., VAN HOUT, WILJO J. P. J, TIMMERMAN, M.E., MERSCH, P.P.A. and DEN BOER, J.A., Sep 2013. Rate of improvement during and across three treatments for panic disorder with or without agoraphobia: Cognitive behavioral therapy, selective serotonin reuptake inhibitor or both combined. *Journal of affective disorders*, **150**(2), pp. 313-319.

WILHELM, S., STEKETEE, G., REILLYHARRINGTON, N.A., DECKERSBACH, T., BUHLMANN, U. and BAER, L., Sum 2005. Effectiveness of Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, **19**(2), pp. 173-179.

Titler om henvisningsårsager 10 og 11

ADELMAN, C.B., PANZA, K.E., BARTLEY, C.A., BONTEMPO, A. and BLOCH, M.H., 2014. A meta-analysis of computerized cognitive-behavioral therapy for the treatment of DSM-5 anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, **75**(7), pp. e695-704.

AKECHI, T., OKUYAMA, T., ONISHI, J., MORITA, T. and FURUKAWA, T.A., 2008. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, **(2):CD005537**. doi(2), pp. CD005537.

ARCH, J.J., EIFERT, G.H., DAVIES, C., VILARDAGA, J.C.P., ROSE, R.D. and CRASKE, M.G., Oct 2012. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, **80**(5), pp. 750-765.

AYERS, C.R., SORRELL, J.T., THORP, S.R. and WETHERELL, J.L., Mar 2007. Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and aging*, **22**(1), pp. 8-17.

BARTH, J., MUNDER, T., GERGER, H., NUESCH, E., TRELLE, S., ZNOJ, H., JUNI, P. and CUIJPERS, P., 2013. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS medicine*, **10**(5), pp. e1001454.

CONRADI, H.J., DE JONGE, P. and ORMEL, J., Dec 2008. Cognitive behavioral therapy v. usual care in recurrent depression. *The British Journal of Psychiatry*, **193**(6), pp. 505-506.

CHRISTENSEN, K.S., MORTENSEN, M., BEYER, H., VEDSTED, P., VESTERGAARD, 2014 (version 1.0). Opfølgning af Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

COVIN, R., OUIMET, A.J., SEEDS, P.M. and DOZOIS, D.J., 2008. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of anxiety disorders*, **22**(1), pp. 108-116.

CUIJPERS, P., BERKING, M., ANDERSSON, G., QUIGLEY, L., KLEIBOER, A. and DOBSON, K.S., 2013. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, **58**(7), pp. 376-385.

CUIJPERS, P., VAN STRATEN, A., ANDERSSON, G. and VAN OPPEN, P., 2008. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, **76**(6), pp. 909-922.



- CUIJPERS, P., VAN STRATEN, A., WARMERDAM, L. and SMITS, N., 2008. Characteristics of effective psychological treatments of depression: a metaregression analysis. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, **18**(2), pp. 225-236.
- DEACON, B.J. and ABRAMOWITZ, J.S., Spr 2005. Patients' Perceptions of Pharmacological and Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, **36**(2), pp. 139-145.
- DERUBEIS, R.J., HOLLON, S.D., AMSTERDAM, J.D., SHELTON, R.C., YOUNG, P.R., SALOMON, R.M., O'REARDON, J.P., LOVETT, M.L., GLADIS, M.M., BROWN, L.L. and GALLOP, R., Apr 2005. Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, **62**(4), pp. 409-416.
- DRIESSEN, E., CUIJPERS, P., DE MAAT, S.C., ABBASS, A.A., DE JONGHE, F. and DEKKER, J.J., 2010. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, **30**(1), pp. 25-36.
- FENG, C.Y., CHU, H., CHEN, C.H., CHANG, Y.S., CHEN, T.H., CHOU, Y.H., CHANG, Y.C. and CHOU, K.R., 2012. The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: a meta-analysis 2000-2010. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*, **9**(1), pp. 2-17.
- FJELDSTED, R. and SPARLE CHRISTENSEN, K., 2007. Psykologbehandling af depression. *Psykolog Nyt*, (12), pp. 26-33.
- FJELDSTED, R. and SPARLE CHRISTENSEN, K., 2011. *Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Rapport udarbejdet for Danske Regioner*. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.
- HENSLEY, P.L., NADIGA, D. and UHLENHUTH, E.H., 2004. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depression and anxiety*, **20**(1), pp. 1-7.
- HEUZENROEDER, L., DONNELLY, M., HABY, M.M., MIHALOPOULOS, C., ROSSELL, R., CARTER, R., ANDREWS, G. and VOS, T., 2004. Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **38**(8), pp. 602-612.
- JAKOBSEN, J.C., GLUUD, C., KONGERSLEV, M., LARSEN, K.A., SORENSEN, P., WINKEL, P., LANGE, T., SOGAARD, U. and SIMONSEN, E., 2012. 'Third wave' cognitive therapy versus mentalization-based therapy for major depressive disorder. A protocol for a randomised clinical trial. *BMC Psychiatry*, **12 Dec**, pp. Art 232-9.
- JAKOBSEN, J.C., HANSEN, J.L., SIMONSEN, E. and GLUUD, C., 2011. The effect of interpersonal psychotherapy and other psychodynamic therapies versus 'treatment as usual' in patients with major depressive disorder. *PloS one*, **6**(4), pp. e19044.
- JAKOBSEN, J.C., HANSEN, J.L., STOREBO, O.J., SIMONSEN, E. and GLUUD, C., 2011. The effects of cognitive therapy versus 'no intervention' for major depressive disorder. *PloS one*, **6**(12), pp. e28299.
- KEEFE, J.R., MCCARTHY, K.S., DINGER, U., ZILCHAMANO, S. and BARBER, J.P., Jun 2014. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical psychology review*, **34**(4), pp. 309-323.
- KOHLER, S., HOFFMANN, S., UNGER, T., STEINACHER, B., DIERSTEIN, N. and FYDRICH, T., Mar-Apr 2013. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, **20**(2), pp. 97-106.



KWAN, B.M., Dimidjian, S., & Rizvi, S.L. 2010. Treatment preference, engagement, and clinical improvement in pharmacotherapy versus psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy* 48,799-804.

LEICHSENTRING, F., SALZER, S., JAEGER, U., KACHELE, H., KREISCHE, R., LEWEKE, F., RUGER, U., WINKELBACH, C. and LEIBING, E., Aug 2009. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: A randomized, controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, **166**(8), pp. 875-881.

LEICHSENTRING, F. and SCHAUBENBURG, H., 2014. Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression - Towards an evidence-based unified protocol. *Journal of affective disorders*, **169C**, pp. 128-143.

LINDEN, M., ZUBRAEGEL, D., BAER, T., FRANKE, U. and SCHLATTMANN, P., 2005. Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Generalized Anxiety Disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, **74**(1), pp. 36-42.

MCCARTHY, O., HEVEY, D., BROGAN, A. and KELLY, B.D., 2013. Effectiveness of a cognitive behavioural group therapy (CBGT) for social anxiety disorder: Immediate and long-term benefits. *the Cognitive Behaviour Therapist*, **6 Jun**, pp. Art e5-13.

MEWTON, L., WONG, N. and ANDREWS, G., Oct 2012. The effectiveness of internet cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in clinical practice. *Depression and anxiety*, **29**(10), pp. 843-849.

MITTE, K., 2005. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychological bulletin*, **131**(5), pp. 785-795.

MOORE, T.H., HUNOT, V., DAVIES, P., CALDWELL, D., JONES, H., LEWIS, G. and CHURCHILL, R., 2010. Psychodynamic therapies versus treatment as usual for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, **(9)**. pii(9), pp. CD008707.

NIELSEN, M., 2006. Gruppebehandling for depression. *Psykolog nyt*, **60**(15), pp. 8-17.

OKUMURA, Y. and ICHIKURA, K., 2014. Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, **164**, pp. 155-164.

PASIECZNY, N. and CONNOR, J., Jan 2011. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour research and therapy*, **49**(1), pp. 4-10.

PIET, J., WURTZEN, H. and ZACHARIAE, R., Dec 2012. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, **80**(6), pp. 1007-1020.

REINHOLT, N. and KROGH, J., Jul 2014. Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, **43**(3), pp. 171-184.

SAVA, F.A., YATES, B.T., LUPU, V., SZENTAGOTAI, A. and DAVID, D., Jan 2009. Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavioral therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating clinical depression: A randomized clinical trial. *Journal of clinical psychology*, **65**(1), pp. 36-52.

SEEKLES, W., CUIJPERS, P., KOK, R., BEEKMAN, A., VAN MARWIJK, H. and VAN STRATEN, A., 2013. Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis. *Psychological medicine*, **43**(2), pp. 351-361.



SHAMSAEI, F., RAHIMI, A., ZARABIAN, M.K. and SEDEHI, M., Jun 2008. Efficacy of pharmacotherapy and cognitive therapy, alone and in combination in major depressive disorder. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, **18**(2), pp. 76-80.

SPARLE CHRISTENSEN, K. and FJELDSTED, R., 2007. *Evaluering af forsøgsprojekter vedrørende psykologbehandling af personer med lette og moderat svære depressioner i Fyns og Århus Amter. Rapport udarbejdet for Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Regioner*. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis.

STANGIER, U., SCHRAMM, E., HEIDENREICH, T., BERGER, M. and CLARK, D.M., Jul 2011. Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, **68**(7), pp. 692-700.

STEWART, R.E. and CHAMBLESS, D.L., 2009. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, **77**(4), pp. 595-606.

SUNDHEDSSTYRELSEN, 2012. *Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog – for patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst*.

TRUJILLO, M., 2006. Intensive dynamic psychotherapy of anxiety and depression. *Primary Psychiatry*, **13**(5), pp. 77-86.

VANDBORG, M., 2008. Kognitiv adfærdsterapi - og angst. *Psykolog nyt*, **62**(2), pp. 8-13.

VROMANS, L.P. and SCHWEITZER, R.D., Jan 2011. Narrative therapy for adults with major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy Research*, **21**(1), pp. 4-15.

Artikler med en minde grad af relevans om alle 11 henvisningsårsager

BURTON, C.Z., VELLA, L. and TWAMLEY, E.W., 2011. Clinical and cognitive insight in a compensatory cognitive training intervention. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, **14**(4), pp. 307-326.

CORTINA, M., 2010. The future of psychodynamic psychotherapy. *Psychiatry*, **73**(1), pp. 43-56.

DAVY, B., KEIZER, I., CROQUETTE, P., BERTSCHY, G., FERRERO, F., GEXFABRY, M. and BONDOLFI, G., 2009. Patient satisfaction with psychiatric outpatient care in Geneva: A survey in different treatment settings. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, **160**(6), pp. 240-245.

FARETTA, E., 2013. EMDR and cognitive behavioral therapy in the treatment of panic disorder: A comparison. *Journal of EMDR Practice and Research*, **7**(3), pp. 121-133.

HAGEN, R., NORDAHL, H.M., KRISTIANSEN, L. and MORKEN, G., Jan 2005. A Randomized Trial of Cognitive Group Therapy vs. Waiting List for Patients with Co-Morbid Psychiatric Disorders: Effect of Cognitive Group Therapy after Treatment and Six and Twelve Months Follow-Up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **33**(1), pp. 33-44.

HOBSON, R.P., 2012. On the nature and standing of psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, **26**(3), pp. 179-198.

IMS NYTT, 2007. Kognitiv beteendeterapi - ett samarbete mellan klient och terapeut (temanummer). *IMS Nytt*, (3), pp. 1-16.



JARRY, J.L. and IP, K., 2005. The effectiveness of stand-alone cognitive-behavioural therapy for body image: a meta-analysis. *Body image*, **2**(4), pp. 317-331.

JENSEN, H.H., LYKKE MORTENSEN, E. and LOTZ, M., 2010. Effectiveness of short-term psychodynamic group therapy in a public outpatient psychotherapy unit. *Nordic journal of psychiatry*, **64**(2), pp. 106-114.

KELLETT, S., CLARKE, S. and MATTHEWS, L., Jul 2007. Session impact and outcome in group psychoeducative cognitive behavioural therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **35**(3), pp. 335-342.

KERR, I.B., DENT-BROWN, K. and PARRY, G.D., 2007. Psychotherapy and mental health teams. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, **19**(1), pp. 63-80.

KRAFT, S., PUSCHNER, B. and KORDY, H., Nov-Dec 2006. Treatment Intensity and Regularity in Early Outpatient Psychotherapy and Its Relation to Outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, **13**(6), pp. 397-404.

LEICHSENTRING, F. and KLEIN, S., 2014. Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, **28**(1), pp. 4-32.

LEWIS, C.C., SIMONS, A.D. and KIM, H.K., Aug 2012. The role of early symptom trajectories and pretreatment variables in predicting treatment response to cognitive behavioral therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, **80**(4), pp. 525-534.

LINDGREN, O., FOLKESSON, P. and ALMQVIST, K., 2009. "g-factor" of psychotherapy. Summary and current research. *Läkartidningen*, **106**(37), pp. 2285-8.

LUGGIN, R., 2006. At kombinere psykodynamisk og kognitiv terapi og forståelse: erfaringer fra et psykoterapeutisk dagafsnit. *Matrix*, **23**(4), pp. 355-365.

MYHR, G., TALBOT, J., ANNABLE, L. and PINARD, G., 2007. Suitability for short-term cognitive-behavioral therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, **21**(4), pp. 334-345.

NORDAHL, H.M., Jun 2009. Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *International Journal of Cognitive Therapy*, **2**(2), pp. 152-159.

OSATUKE, K., GLICK, M.J., STILES, W.B., GREENBERG, L.S., SHAPIRO, D.A. and BARKHAM, M., Jun 2005. Temporal patterns of improvement in client-centred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, **18**(2), pp. 95-108.

REGERINGEN, 2014. *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan*. København: Regeringen.

SCHINDLER, A.C., HILLER, W. and WITTHOFT, M., Nov 2011. Benchmarking of cognitive-behavioral therapy for depression in efficacy and effectiveness studies-How do exclusion criteria affect treatment outcome? *Psychotherapy Research*, **21**(6), pp. 644-657.

SCHRODER, A., REHFELD, E., ORNBOL, E., SHARPE, M., LICHT, R.W. and FINK, P., Jun 2012. Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: Randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, **200**(6), pp. 499-507.

STILES, W.B., BARKHAM, M., MELLORCLARK, J. and CONNELL, J., May 2008. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological medicine*, **38**(5), pp. 677-688.



STILESSHIELDS, C., KWASNY, M.J., CAI, X. and MOHR, D.C., Apr 2014. Therapeutic alliance in face-to-face and telephone-administered cognitive behavioral therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, **82**(2), pp. 349-354.

THASE, M.E., FRIEDMAN, E.S., BIGGS, M.M., WISNIEWSKI, S.R., TRIVEDI, M.H., LUTHER, J.F., FAVA, M., NIERENBERG, A.A., MCGRATH, P.J., WARDEN, D., NIEDEREHE, G., HOLLON, S.D. and RUSH, A.J., May 2007. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: A STAR*D report. *The American Journal of Psychiatry*, **164**(5), pp. 739-752.

VOS, J., CRAIG, M. and COOPER, M., 2014. Existential Therapies: A Meta-Analysis of Their Effects on Psychological Outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, .

Artikler med en minde grad af relevans om henvisningsårsager 10 og 11

AARDEMA, F., EMMELKAMP, P.M.G. and O'CONNOR, K.P., Sep-Oct 2005. Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, **12**(5), pp. 338-345.

AARONSON, C.J., SHEAR, M.K., GOETZ, R.R., ALLEN, L.B., BARLOW, D.H., WHITE, K.S., RAY, S., MONEY, R., SAKSA, J.R., WOODS, S.W. and GORMAN, J.M., Mar 2008. Predictors and tie course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, **69**(3), pp. 418-424.

ABBASS, A., TOWN, J. and DRIESSEN, E., 2011. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry*, **74**(1), pp. 58-71.

ANDERSSON, E., LJOTSSON, B., HEDMAN, E., KALDO, V., PAXLING, B., ANDERSSON, G., LINDEFORS, N. and RUCK, C., 2011. Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *BMC Psychiatry*, **11 Aug**, pp. Art 125-10.

ARCH, J.J. and CRASKE, M.G., 2009. First-line treatment: a critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *The Psychiatric clinics of North America*, **32**(3), pp. 525-547.

AYERS, C.R., SORRELL, J.T., THORP, S.R. and WETHERELL, J.L., Mar 2007. Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and aging*, **22**(1), pp. 8-17.

BENNETT, S.M., EHRENREICH-MAY, J., LITZ, B.T., BOISSEAU, C.L. and BARLOW, D.H., 2012. Development and Preliminary Evaluation of a Cognitive-Behavioral Intervention for Perinatal Grief. *Cognitive and Behavioral Practice*, **19**(1), pp. 161-173.

BHAR, S.S., GELFAND, L.A., SCHMID, S.P., GALLOP, R., DERUBEIS, R.J., HOLLON, S.D., AMSTERDAM, J.D., SHELTON, R.C. and BECK, A.T., Sep 2008. Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *Journal of affective disorders*, **110**(1-2), pp. 161-166.

BOURGAULTFAGNOU, M.D. and HADJISTAVROPOULOS, H.D., Mar 2013. A randomized trial of two forms of cognitive behaviour therapy for an older adult population with subclinical health anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, **42**(1), pp. 31-44.

BRAKEMEIER, E., ENGEL, V., SCHRAMM, E., ZOBEL, I., SCHMIDT, T., HAUTZINGER, M., BERGER, M. and NORMANN, C., Apr 2011. Feasibility and outcome of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) for chronically depressed inpatients: A pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics*, **80**(3), pp. 191-194.



BRAUN, S.R., GREGOR, B. and TRAN, U.S., 2013. Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. *PLoS ONE*, **8**(6), pp. Art e68135-14.

CARTER, J.D., MCINTOSH, V.V., JORDAN, J., PORTER, R.J., FRAMPTON, C.M. and JOYCE, P.R., Nov 2013. Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*, **151**(2), pp. 500-505.

CHAMBERLAIN, L.D. and NORTON, P.J., Mar 2013. An evaluation of the effects of diagnostic composition on individual treatment outcome within transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, **42**(1), pp. 56-63.

CHEAVENS, J.S., STRUNK, D.R., LAZARUS, S.A. and GOLDSTEIN, L.A., Nov 2012. The compensation and capitalization models: A test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, **50**(11), pp. 699-706.

CHING, L.E. and DOBSON, K.S., Apr 2010. An investigation of extreme responding as a mediator of cognitive therapy for depression. *Behaviour research and therapy*, **48**(4), pp. 266-274.

COLLIMORE, K.C. and RECTOR, N.A., Jun 2012. Symptom and cognitive predictors of treatment response in CBT for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, **5**(2), pp. 157-169.

COULL, G. and MORRIS, P.G., 2011. The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: a systematic review. *Psychological medicine*, **41**(11), pp. 2239-2252.

COYNE, J.C., THOMBS, B.D. and HAGEDOORN, M., 2010. Ain't necessarily so: review and critique of recent meta-analyses of behavioral medicine interventions in health psychology. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, **29**(2), pp. 107-116.

CUIJPERS, P., VAN STRATEN, A. and SMIT, F., Dec 2006. Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry*, **21**(12), pp. 1139-1149.

DAVID, D., SZENTAGOTAI, A., LUPU, V. and COSMAN, D., Jun 2008. Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of clinical psychology*, **64**(6), pp. 728-746.

DAVIS, L., BARLOW, D.H. and SMITH, L., Sep 2010. Comorbidity and the treatment of principal anxiety disorders in a naturalistic sample. *Behavior Therapy*, **41**(3), pp. 296-305.

DE GRAAF, L.E., GERHARDS, S.A.H., ARNTZ, A., RIPER, H., METSEMAKERS, J.F.M., EVERS, S. M. A. A, SEVERENS, J.L., WIDDERSHOVEN, G. and HUIBERS, M.J.H., Mar 2011. One-year follow-up results of unsupported online computerized cognitive behavioural therapy for depression in primary care: A randomized trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **42**(1), pp. 89-95.

DEKKER, J., VAN, H.L., HENDRIKSEN, M., KOELEN, J., SCHOEVERS, R.A., KOOL, S., VAN AALST, G. and PEEN, J., Jan 2013. What is the best sequential treatment strategy in the treatment of depression? Adding pharmacotherapy to psychotherapy or vice versa? *Psychotherapy and psychosomatics*, **82**(2), pp. 89-98.

DENNIS, C.L., 2004. Preventing postpartum depression part II: A critical review of nonbiological interventions. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, **49**(8), pp. 526-538.



DICKENS, C., CHERRINGTON, A., ADEYEMI, I., ROUGHLEY, K., BOWER, P., GARRETT, C., BUNDY, C. and COVENTRY, P., 2013. Characteristics of psychological interventions that improve depression in people with coronary heart disease: a systematic review and meta-regression. *Psychosomatic medicine*, **75**(2), pp. 211-221.

EBRAHIM, S., MONTOYA, L., TRUONG, W., HSU, S., KAMAL EL DIN, M., CARRASCO-LABRA, A., BUSSE, J.W., WALTER, S.D., HEELS-ANSELL, D., COUBAN, R., PATELIS-SIOTIS, I., BELLMAN, M., DE GRAAF, L.E., DOZOIS, D.J., BIELING, P.J. and GUYATT, G.H., 2012. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in patients receiving disability benefits: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS one*, **7**(11), pp. e50202.

EHLERS, A., CLARK, D.M., HACKMANN, A., MCMANUS, F. and FENNELL, M., Apr 2005. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour research and therapy*, **43**(4), pp. 413-431.

EKERS, D., RICHARDS, D. and GILBODY, S., 2008. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological medicine*, **38**(5), pp. 611-623.

FLYNN, A.G., 2012. Fact or faith?: on the evidence for psychotherapy for adults with intellectual disability and mental health needs. *Current opinion in psychiatry*, **25**(5), pp. 342-347.

FORKMANN, T., SCHERER, A., PAWELZIK, M., MAINZ, V., DRUEKE, B., BOECKER, M. and GAUGGEL, S., 2014. Does cognitive behavior therapy alter emotion regulation in inpatients with a depressive disorder? *Psychology Research and Behavior Management*, **7 May**, pp. Art 147-153; 7.

FRAZER, C.J., CHRISTENSEN, H. and GRIFFITHS, K.M., 2005. Effectiveness of treatments for depression in older people. *The Medical journal of Australia*, **182**(12), pp. 627-632.

FROMMBERGER, U., STIEGLITZ, R., NYBERG, E., RICHTER, H., NOVELLIFISCHER, U., ANGENENDT, J., ZANINELLI, R. and BERGER, M., Mar 2004. Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, **8**(1), pp. 19-23.

GARCIA-LIZANA, F. and MUNOZ-MAYORGA, I., 2010. Telemedicine for depression: a systematic review. *Perspectives in psychiatric care*, **46**(2), pp. 119-126.

GIBBONS, C.J., FOURNIER, J.C., STIRMAN, S.W., DERUBEIS, R.J., CRITSCHRISTOPH, P. and BECK, A.T., Sep 2010. The clinical effectiveness of cognitive therapy for depression in an outpatient clinic. *Journal of affective disorders*, **125**(1-3), pp. 169-176.

GOULD, R.L., COULSON, M.C. and HOWARD, R.J., Feb 2012. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, **60**(2), pp. 218-229.

GOULD, R.L., COULSON, M.C. and HOWARD, R.J., 2012. Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, **60**(10), pp. 1817-1830.

GREEN, H.J., FRANK, R.M., BUTWELL, A. and BECK, O.J., Apr 2007. Implementation and evaluation of brief cognitive-behavioural therapy in a mental health acute assessment and treatment service. *Behaviour Change*, **24**(2), pp. 87-98.

HANS, E. and HILLER, W., 2013. A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical psychology review*, **33**(8), pp. 954-964.

HART, S.L., HOYT, M.A., DIEFENBACH, M., ANDERSON, D.R., KILBOURN, K.M., CRAFT, L.L., STEEL, J.L., CUIJPERS, P., MOHR, D.C., BERENDSEN, M., SPRING, B. and STANTON, A.L., 2012.



Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, **104**(13), pp. 990-1004.

HEDMAN, E., ANDERSSON, E., LINDEFORS, N., ANDERSSON, G., RUCK, C. and LJOTSSON, B., Feb 2013. Cost-effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychological medicine*, **43**(2), pp. 363-374.

HEDMAN, E., EL ALAOUI, S., LINDEFORS, N., ANDERSSON, E., RUCK, C., GHADERI, A., KALDO, V., LEKANDER, M., ANDERSSON, G. and LJOTSSON, B., 2014. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of internet- vs. group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: 4-year follow-up of a randomized trial. *Behaviour research and therapy*, **59 Aug**, pp. 20-29.

HEDMAN, E., FURMARK, T., CARLBRING, P., LJOTSSON, B., RUCK, C., LINDEFORS, N. and ANDERSSON, G., Apr-Jun 2011. A 5-year follow-up of internet-based cognitive behavior therapy for a social anxiety disorder. *Journal of Medical Internet Research*, **13**(2), pp. 34-43.

HEDMAN, E., LJOTSSON, B., KALDO, V., HESSER, H., EL ALAOUI, S., KRAEPELIEN, M., ANDERSSON, E., RUCK, C., SVANBORG, C., ANDERSSON, G. and LINDEFORS, N., 2014. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of affective disorders*, **155 Feb**, pp. 49-58.

HERBERT, G.L., CALLAHAN, J., RUGGERO, C.J. and MURRELL, A.R., Sep 2013. New analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: Do different treatments reflect different processes? *Psychotherapy Research*, **23**(5), pp. 514-525.

HIND, D., COTTER, J., THAKE, A., BRADBURN, M., COOPER, C., ISAAC, C. and HOUSE, A., 2014. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, **14**, pp. 5-244X-14-5.

HOFMANN, S.G., SAWYER, A.T., WITT, A.A. and OH, D., 2010. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, **78**(2), pp. 169-183.

HOFMANN, S.G., WU, J.Q. and BOETTCHER, H., 2014. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, **82**(3), pp. 375-391.

HUBER, D., HENRICH, G., CLARKIN, J. and KLUG, G., Jun 2013. Psychoanalytic versus psychodynamic therapy for depression: A three-year follow-up study. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, **76**(2), pp. 132-149.

HUYNH, N.N. and MCINTYRE, R.S., 2008. What Are the Implications of the STAR*D Trial for Primary Care? A Review and Synthesis. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, **10**(2), pp. 91-96.

JAKOBSEN, J.C., HANSEN, J.L., SIMONSEN, E. and GLUUD, C., 2012. The effect of adding psychodynamic therapy to antidepressants in patients with major depressive disorder. A systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *Journal of affective disorders*, **137**(1-3), pp. 4-14.

JAKOBSEN, J.C., LINDSCHOU HANSEN, J., STOREBO, O.J., SIMONSEN, E. and GLUUD, C., 2011. The effects of cognitive therapy versus 'treatment as usual' in patients with major depressive disorder. *PloS one*, **6**(8), pp. e22890.

KLAININ-YOBAS, P., CHO, M.A. and CREEDY, D., 2012. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *International journal of nursing studies*, **49**(1), pp. 109-121.



KOSZYCKI, D., BENGER, M., SHLIK, J. and BRADWEJN, J., Oct 2007. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, **45**(10), pp. 2518-2526.

KRISHNA, M., HONAGODU, A., RAJENDRA, R., SUNDARACHAR, R., LANE, S. and LEPPING, P., 2013. A systematic review and meta-analysis of group psychotherapy for sub-clinical depression in older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, **28**(9), pp. 881-888.

KRISHNA, M., JAUHARI, A., LEPPING, P., TURNER, J., CROSSLEY, D. and KRISHNAMOORTHY, A., 2011. Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, **26**(4), pp. 331-340.

LEIGH-HUNT, N. and PERRY, A., 2014. A Systematic Review of Interventions for Anxiety, Depression, and PTSD in Adult Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, .

LUTY, S.E., CARTER, J.D., MCKENZIE, J.M., RAE, A.M., FRAMPTON, C.M.A., MULDER, R.T. and JOYCE, P.R., 2007. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry*, **190 Jun**, pp. 496-502.

MATZO, M., 2007. Evidence for excellence. Therapy for generalized anxiety disorder: cognitive-behavioral therapy reduces anxiety in some patients. *American Journal of Nursing*, **107**(8), pp. 51-51.

MCKNIGHT, R. and GEDDES, J., 2013. 2013 - Cognitive-behavioral therapy improved response and remission at 6 and 12 months in treatment-resistant depression. *ACP Journal Club*, **158**(8), pp. 1-1.

NARDI, B., LAURENZI, S., DI NICOLO, M. and BELLANTUONO, C., 2012. Is the cognitive-behavioral therapy an effective intervention to prevent the postnatal depression? A critical review. *International journal of psychiatry in medicine*, **43**(3), pp. 211-225.

NEWMAN, M.G., CASTONGUAY, L.G., BORKOVEC, T.D., FISHER, A.J., BOSWELL, J.F., SZKODNY, L.E. and NORDBERG, S.S., Apr 2011. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, **79**(2), pp. 171-181.

NILES, A.N., BURKLUND, L.J., ARCH, J.J., LIEBERMAN, M.D., SAXBE, D. and CRASKE, M.G., Sep 2014. Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, **45**(5), pp. 664-677.

PARKER, G. and FLETCHER, K., 2007. Treating depression with the evidence-based psychotherapies: a critique of the evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **115**(5), pp. 352-359.

QUILTY, L.C., MCBRIDE, C. and BAGBY, R.M., Nov 2008. Evidence for the cognitive mediational model of cognitive behavioural therapy for depression. *Psychological medicine*, **38**(11), pp. 1531-1541.

SAYEGH, L., LOCKE, K.D., PISTILLI, D., PENBERTHY, J.K., CHACHAMOVICH, E., MCCULLOUGH, J.P.J. and TURECKI, G., Jun 2012. Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy for treatment-resistant depression: Adaptation to a group modality. *Behaviour Change*, **29**(2), pp. 97-108.

SCHUURMANS, J., COMIJS, H., EMMELKAMP, P.M.G., WEIJNEN, I.J.C., VAN DEN HOUT, M. and VAN DYCK, R., Dec 2009. Long-term effectiveness and prediction of treatment outcome in cognitive behavioral therapy and sertraline for late-life anxiety disorders. *International Psychogeriatrics*, **21**(6), pp. 1148-1159.



STEWART, R.E. and CHAMBLESS, D.L., Aug 2009. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, **77**(4), pp. 595-606.

STUBBINGS, D.R., REES, C.S., ROBERTS, L.D. and KANE, R.T., Nov 2013. Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, **15**(11), pp. 169-184.

THYME, K.E., SUNDIN, E.C., STAHLBERG, G., LINDSTROM, B., EKLOF, H. and WIBERG, B., 2007. The outcome of short-term psychodynamic art therapy compared to short-term psychodynamic verbal therapy for depressed women. *Psychoanalytic Psychotherapy*, **21**(3), pp. 250-264.

TOMBA, E. and FAVA, G.A., 2012. Treatment selection in depression: the role of clinical judgment. *The Psychiatric clinics of North America*, **35**(1), pp. 87-98.

ZAMIRINEJAD, S., HOJJAT, S.K., GOLZARI, M., BORJALI, A. and AKABERI, A., Jun 2014. Effectiveness of resilience training versus cognitive therapy on reduction of depression in female Iranian college students. *Issues in Mental Health Nursing*, **35**(6), pp. 480-488.

ZUCKER, B.G., CRASKE, M.G., BLACKMORE, M.A. and NITZ, A., Feb 2006. A cognitive behavioral workshop for subclinical obsessions and compulsions. *Behaviour research and therapy*, **44**(2), pp. 289-304.

Artikler med en minde grad af relevans om henvisningsårsager 1 - 9

AKKERMAN, R.L. and OSTWALD, S.K., Mar-Apr 2004. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: The effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, **19**(2), pp. 117-123.

BARER, D., 2010. A brief psychosocial-behavioral intervention reduced depression after stroke more than usual care. *ACP Journal Club*, **152**(3), pp. 9-9.

BILLETTE, V., GUAY, S. and MARCHAND, A., Nov 2008. Posttraumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault: The impact of spousal involvement on the efficacy of cognitive-behavioral therapy. *Behavior modification*, **32**(6), pp. 876-896.

BRYANT, R.A., MASTRODOMENICO, J., HOPWOOD, S., KENNY, L., CAHILL, C., KANDRIS, E. and TAYLOR, K., Oct 2013. Augmenting cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder with emotion tolerance training: A randomized controlled trial. *Psychological medicine*, **43**(10), pp. 2153-2160.

BUTLER, R. and RADHAKRISHNAN, R., 2012. Dementia. *Clinical evidence*, **2012**, pp. 1001.

COEN, R.F., FLYNN, B., RIGNEY, E., O'CONNOR, E., FITZGERALD, L., MURRAY, C., DUNLEAVY, C., MCDONALD, M., DELANEY, D., MERNMAN, N. and EDGEWORTH, J., Sep 2011. Efficacy of cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *Irish Journal of Psychological Medicine*, **28**(3), pp. 145-147.

CREPAZ, N., PASSIN, W.F., HERBST, J.H., RAMA, S.M., MALOW, R.M., PURCELL, D.W., WOLITSKI, R.J. and HIV/AIDS PREVENTION RESEARCH SYNTHESIS TEAM, 2008. Meta-analysis of cognitive-behavioral interventions on HIV-positive persons' mental health and immune functioning. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, **27**(1), pp. 4-14.

DEVILLY, G.J. and HUTHER, A., Mar 2008. Perceived distress and endorsement for cognitive- or exposure-based treatments following trauma. *Australian Psychologist*, **43**(1), pp. 7-14.



EDMOND, T., SLOAN, L. and MCCARTY, D., Jul 2004. Sexual Abuse Survivors' Perceptions of the Effectiveness of EMDR and Eclectic Therapy. *Research on Social Work Practice*, **14**(4), pp. 259-272.

EHLERS, A. and CLARK, D.M., 2008. Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments. *Nordic Journal of Psychiatry*, **62**, pp. 11-8.

HECKSHER, M.S., 2005. Kognitiv terapi: - en behandlingsform i udvikling. *Psykologisk set*, **22**(58), pp. 28-35.

HOBSON, R.P., 2012. On the nature and standing of psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, **26**(3), pp. 179-198.

HOPKO, D.R., ROBERTSON, S.M.C. and COLMAN, L., 2008. Behavioral activation therapy for depressed cancer patients: Factors associated with treatment outcome and attrition. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, **4**(4), pp. 319-327.

JULIAN, L.J. and MOHR, D.C., Sum 2006. Cognitive Predictors of Response to Treatment for Depression in Multiple Sclerosis. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, **18**(3), pp. 356-363.

LEVYGIGI, E., SZABO, C., KELEMEN, O. and KERI, S., Dec 2013. Association among clinical response, hippocampal volume, and FKBP5 gene expression in individuals with posttraumatic stress disorder receiving cognitive behavioral therapy. *Biological psychiatry*, **74**(11), pp. 793-800.

MENDES, D.D., MELLO, M.F., VENTURA, P., PASSARELA CDE, M. and MARI JDE, J., 2008. A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International journal of psychiatry in medicine*, **38**(3), pp. 241-259.

MITTE, K., 2005. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of affective disorders*, **88**(1), pp. 27-45.

ROE, D., HASSONOHAYON, I., MASHIACHEIZENBERG, M., DERHY, O., LYSAKER, P.H. and YANOS, P.T., Apr 2014. Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) effectiveness: A quasi-experimental study. *Journal of clinical psychology*, **70**(4), pp. 303-312.

TUNDO, A., SALVATI, L., BUSTO, G., DI SPIGNO, D. and FALCINI, R., Oct 2007. Addition of cognitive-behavioral therapy for nonresponders to medication for obsessive-compulsive disorder: A naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, **68**(10), pp. 1552-1556.

Bilag 8: Andre tilbud til målgruppe for psykologordningen

Navn	Beskrivelse af indsats	Omkostning for patient	Finansiering	Udbredelse	Opstartsår	Antal ansatte	Målgruppe for indsats	Ventetid	Antal samtaler
Hjælp Voldsofre	Psykologhjælp til voldsofre	Betaling af medlemskontingent (90 kr. per år)	Finansieres ved medlemskontingent	København, Nordjylland og Sønderjylland	-	Ca. 20-30	Voldsofre	?	Ingen begrænsning angivet
Center for Voldtægts- ofre Sygehus Lille- bælt (Kolding)	Hjælp til ofre for seksuelt overgreb og pårørende	Gratis	Støttes af Region Syddanmark gennem Sygehus Lillebælt	Region Syddanmark	-	-	Ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Center for voldtægts- ofre Nykøbing F. og Holbæk Sygehus	Hjælp til ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg, men ikke for incest, for voksne og børn	Gratis	Støttes af Region Sjælland	Region Sjælland	2014	-	Ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg	Ingen ventetid ved akutmodtagelse	Ingen begrænsning angivet
Center for Voldtægts- ofre Aalborg universi- tetshospital	Hjælp til ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg	Gratis	Støttes af Region Nordjylland	Region Nordjylland	-	-	Ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Center for Voldtægts- ofre i Herning	Hjælp til ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg	Gratis	Støttes af Region Midtjylland	Region Midtjylland	-	5	Ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Klinik for Voldtægts- ofre i Hillerød	Hjælp til ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg, dog ikke akut hvor der henvises til Rigshospitalet	Gratis	Støttes af Region Hovedstaden	Region Hovedstaden	-	-	Ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Klinik for voldtægts- ofre Nordsjællands Hospital	Tilbyder opfølgning efter besøg hos Center for Seksuelle Overgreb Rigshospitalet	Gratis	Støttes af Region Sjælland	Region Sjælland	-	-	Ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg	Man skal have været ved Hillerød Hospital eller Rigshospitalet først	Ingen begrænsning angivet
Center for Voldtægts- ofre på Bornholm	Hjælp til ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg, akut-hjælp i skadestuen, samarbejder med Rigshospitalet	Gratis	Støttes af Region Hovedstaden	Region Hovedstaden	-	-	Ofre for voldtægt og voldtægtsforsøg	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet



Navn	Beskrivelse af indsats	Omkostning for patient	Finansiering	Udbredelse	Opstartsår	Antal ansatte	Målgruppe for indsats	Ventetid	Antal samtaler
Landsorganisation af kvindekrisecentre	40 centre tilbyder langsdækkende hjælp	Gratis	Støttes af fonde	Nationalt	1987	-	For kvinder udsat for vold	Variierer	Variierer
Mødrehjælpen i samarbejde med Ud af voldens skygge og Råd til livet	Psykologhjælp til mødre/kvinder og børn	Gratis	Støttes af fonde, det private og Social- og Integrationsministeriet	Nationalt, men rådgivningshuse ligger i København, Odense og Århus	2006	-	Mødre/Kvinder og børn, udsat for forskellige slags vold	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Center for Seksuelle Overgreb Rigshospitalet: Børn, Unge og Voksne	Hjælp til ofre for seksuelt overgreb, både akut og efterfølgende, voksne, børn og unge	Akutbehandling er gratis, men for voksne henvises de videre til psykolog med tilskud fra staten hvis der er gået op til 12 måneder, udover de 12 måneder er der ikke hjælp	Støttes af Region Hovedstaden gennem Rigshospitalet	Region Hovedstaden	-	-	Ofre for voldtægt, incest og andre seksuelle overgreb	Ingen ventetid ved akutmodtagelse	Ingen begrænsning angivet, andet end tidsbegrænsning på 12 måneder
Center for børn udsat for overgreb	Børn udsat for overgreb (seksuelle og fysiske) op til 15 års alder	Gratis	Støttes af Region Midtjylland gennem AUH	Region Midtjylland	-	-	For overgreb på børn for børn	Ingen ventetid angivet	Kortvarende behandling
Center for Voldtægts-ofre Odense	Hjælp til ofre for seksuelt overgreb ved akutte hændelser	Gratis	Støttes af Region Syddanmark gennem OUH	Region Syddanmark	2002	1 psykolog, 1 sygeplejerske og andet administrativt	Ofre for seksuelle overgreb	Ingen ventetid ved akutmodtagelse	Ingen begrænsning angivet
Center for Voldtægts-ofre, Aarhus Universitetshospital	Hjælp til ofre for seksuelt overgreb, både akut og efterfølgende, voksne og børn fra 12 år	Gratis	Støttes af Region Midtjylland gennem AUH	Region Midtjylland	1999	1	Ofre for seksuelle overgreb (voldtægt)	Ingen ventetid ved akutmodtagelse	Ingen begrænsning angivet
Krisehjælp	Falck og Københavns Kommune tilbyder krisehjælp ved ulykker	Gratis	Støttes af Falck og Københavns Kommune	Kun for borgere i Københavns Kommune	2014	-	Ofre ved ulykker	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Gigtforeningen	Psykologhjælp	Gratis	Støttes af det private og offentlige	Nationalt	1936	1 psykolog	Invalideret syge	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet

Navn	Beskrivelse af indsats	Omkostning for patient	Finansiering	Udbredelse	Opstartsår	Antal ansatte	Målgruppe for indsats	Ventetid	Antal samtaler
AIDS Fondet	Psykologhjælp	Gratis	Støttes af det private, fonde og Sundhedsstyrelsen	Nationalt	1985	-	Invalideret syge og pårørende til invalideret syge	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Scleroseforeningen	Psykologhjælp	For medlemmer, medlemskab koster 280 kr om året	Støttes af medlemmer og bidragsydere	Nationalt	1957	12 psykologer	Invalideret syge og pårørende til invalideret syge	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Center for Kræft og Sundhed	Tilbyder psykologisk hjælp	Gratis	Københavns Kommune	For borgere i Københavns Kommune	-	38	Invalideret syge og pårørende til invalideret syge og ved dødsfald	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Kræftrådgivning Kræftens Bekæmpelse	Tilbyder psykologisk hjælp	Gratis	Fonde, private, medlemmer og det offentlige	Nationalt	1904	-	Invalideret syge og pårørende til invalideret syge og ved dødsfald	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Anonym Rådgivning	Hjælp til børn ved f.eks. Dødsfald	Gratis	Billund Kommune	Billund Kommune	-	-	For børn, der har brug for hjælp	Ingen ventetid angivet	Kortvarende behandling
Familiesorggrupper	Hjælp til børn og forældre ved dødsfald	Gratis	Vordingborg Kommune	Vordingborg Kommune	-	2	For pårørende til dødsfald	Forløb opstartes hver 6. måned	10 mødegange
Børn, Unge og Sorg	Psykologisk hjælp for børn/Unge op til 28	Gratis	Socialministeriet, kommuner og fonde	Nationalt, men rådgivning foregår i København, Odense og Århus	2000	ca. 10 psykologer	For pårørende til alvorligt syge og ved dødsfald	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Studenterrådgivningen	Psykologhjælp til studerende på SU-berettigede uddannelser	Gratis	Studenterrådgivningen er en institution under Uddannelses- og Forskningsministeriet. Finansieres af staten under finansloven.	Nationalt (ved alle uddannelsessteder)	1964	58	For patienter med angst, depressioner og tab (dødsfald)	2-3 uger	2-6 samtaler
Livslinien	Hjælp til selvmords-truede med telefon, chat og email hjælp	Gratis	Oprindeligt organiseret af frivillige, men er blevet en del af finansloven og staten støtter det nu	Nationalt	1994	220 frivillige	Selvordspatienter	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet

Navn	Beskrivelse af indsats	Omkostning for patient	Finansiering	Udbredelse	Opstartsår	Antal ansatte	Målgruppe for indsats	Ventetid	Antal samtaler
Center for Selvmordsforebyggelse, Region Syddanmark	Forskellige kommuner har voksne eller ungdoms/børnafdelling, som man ved henvisning kan få gratis psykologhjælp	Gratis	Støttes af Region Syddanmark gennem Psykiatrisk Afdeling Odense, Universitetsfunktion.	Region Syddanmark	-	-	Folk der har forsøgt eller har tanker om selvmord, og pårørende hertil.	5 hverdage	Maks. 10 samtaler
Kompetencecenter for selvmordsforebyggelse i Hovedstaden	Psykologhjælp til børn eller voksne,	Gratis	Støttes af Region Hovedstaden	Region Hovedstaden	1992 er angivet generelt for kompetencecentre i DK	Ca. 10	Folk der har forsøgt eller har tanker om selvmord	Ingen ventetid angivet	1-4 for børn/unge og 3-10 samtaler for voksne.
Region Sjælland, Selvmordsforebyggelse	Tilbud om selvmordsforebyggelse for voksne, unge og børn	Gratis	Støttes af Region Sjælland	Region Sjælland	-	-	Patienter med plagsomme selvmordstanker, selvmordsforsøg, samt suicidal adfærd, men ingen psykisk sygdom	5 hverdage	Ca. 6-8 samtaler.
Klinik/Center for selvmordsforebyggelse, Region Midtjylland	Psykologhjælp til børn eller voksne,	Gratis	Støttes af Region Midtjylland	Region Midtjylland	-	5	Folk der har forsøgt eller har tanker om selvmord	5 hverdage	Ingen begrænsning angivet
Enhed for selvmordsforebyggelse, Region Nordjylland	Psykologhjælp til børn eller voksne,	Gratis	Støttes af Region Nordjylland	Region Nordjylland	-	-	Folk der har forsøgt selvmord eller har vedvarende tanker om selvmord	Få dage	Op til 13 samtaler
CSM Syd - Behandlingssektion	Behandling ved udsættelse for seksuelle overgreb, for voksne over 18 år	?	Støttes af satspuljemidler og Odense Kommune	Region Syddanmark	2000	7	For incestofre	8 uger på 1. visiterende samtale	Ingen begrænsning angivet
CSM Midt-Nord Center for seksuelt misbrugte Århus	Behandling ved udsættelse for seksuelle overgreb, for voksne over 18 år	?	Støttes af satspuljemidler	Region Midtjylland og Region Nordjylland	2000	7	For incestofre	6 måneder, 2-3 uger på 1. visiterende samtale	Ingen begrænsning angivet
CSM Øst Center for seksuelt misbrugte København	Behandling ved udsættelse for seksuelle overgreb, for voksne over 18 år	?	Støttes af satspuljemidler	Region Hovedstaden og Region Sjælland	2000	-	For incestofre	6 måneder, 2-3 uger på 1. visiterende samtale	Ingen begrænsning angivet

Navn	Beskrivelse af indsats	Omkostning for patient	Finansiering	Udbredelse	Opstartsår	Antal ansatte	Målgruppe for indsats	Ventetid	Antal samtaler
SIND Landsforening	Tilbyder hjælp til psykisk syge og pårørende udvalgte steder i landet	Gratis	Støttes af fonde	Nationalt, men udvalgte steder	1960	-	Depressive psykisk syge og pårørende	Ingen ventetid angivet	Ingen begrænsning angivet
Internetpsykiatri	Psykologisk hjælp tilbydes virtuelt uden henvisning	Gratis	Region Syddanmark	Region Syddanmark, men kan gå nationalt	2013	-	For patienter med let til moderat depression	Ingen ventetid angivet	10 ugers forløb
Studie psykologrådgivning	Rådgivning ved psykologistuderende	Gratis	Af universiteterne	Nationalt	-	-	For patienter med let til moderat depression	Ukendt ventetid	Ingen begrænsning angivet
Samtaleterapi	Psykologisk hjælp gratis, men af praktiserende læger	Gratis	Gennem praktiserendes lægers finansiering	Nationalt	-	Praktiserende læger i DK	For alle slags patienter	Ingen ventetid	Ingen begrænsning angivet
Stressklinikker	Sundheds- og Omsorgsforvaltning etablerer stressklinikker på kommunens forebyggelsescentre fra januar 2015, hvor psykologer kommer til at varetage tilbuddet.	Gratis	Finansieres af Københavns Kommune	Københavns Kommune	-	-	For stressede patienter	Ingen ventetid	Ingen begrænsning angivet
Jobcenter København Ungeindsatsen	For psykisk sårbare unge mellem 15-30 år på udvalgte ungdomsuddannelser	Gratis	Finansieres af Københavns Kommune	Københavns Kommune	-	-	For unge 15-30 år	Ingen ventetid	Op til 10 psykologsamtaler
Arbejdsmiljø København	Psykologsamtaler til medarbejdere i Københavns Kommune i Arbejdsmiljø København.	Gratis	Finansieres af Københavns Kommune	Københavns Kommune	-	-	For medarbejdere med arbejds-skade	Ingen ventetid	Ingen begrænsning angivet