

Socioøkonomiske effekter af øget adgang til psykologbehandling



Rasmus Højbjerg Jacobsen, Iben Bolvig, Jakob Kjellberg,
Vibeke Tornhøj Christensen og Merete Nordentoft

VIVE

Socioøkonomiske effekter af øget adgang til psykologbehandling

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-382-6

Projekt: 302048

Finansiering: Kvalitets- og Efteruddannelsesfonden for psykologhjælp

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Psykologordningen, som giver mulighed for offentligt tilskud til psykologbehandling efter henvisning fra almen praksis, har gennemgået betydelige udvidelser i de seneste år. Blandt andet giver ordningen nu mulighed for vederlagsfri psykologhjælp for unge med angst eller depression til og med 24-årsalderen. Der er dog fortsat en offentlig debat om, hvorvidt adgangen yderligere skal udvides, ligesom der har været fokus på ventetiden i ordningen.

Formålet med denne rapport er at måle effekterne af udvidet adgang til psykologbehandling på socioøkonomisk målevariable, nærmere bestemt brugen af sundhedsydelser og tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Rapporten er skrevet af projektchef Rasmus Højbjerg Jacobsen (projektleder), seniorforsker Iben Bolvig, professor Jakob Kjellberg, seniorforsker Vibeke Tornhøj Christensen, alle fra VIVE, samt professor Merete Nordentoft fra Psykiatrisk Center København. Rapporten er blevet kommenteret af to eksterne reviewere, ligesom den har været fulgt af en følgegruppe undervejs i projektet. Alle takkes for gode og relevante kommentarer.

Rapporten er finansieret af en bevilling fra Kvalitets- og Efteruddannelsesfonden for psykologhjælp, der administreres af Danske Regioner.

Sanne Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Afrapportering	6
----------------	---

Hovedresultater	7
-----------------	---

1	Indledning	11
1.1	Hvad er psykologordningen?	11
1.2	Rapportens formål	12
1.3	Psykologordningen i overordnede tal	13
1.4	Læsevejledning til rapporten	15

2	Effekten af udvidet adgang til psykologhjælp baseret på reformerne i 2008 og 2018	16
2.1	Effekten af reformen i 2008	16
2.2	Effekten af reformen i 2018	29
2.3	Konklusion på effekten af psykologordning baseret på reformer af ordningen	32

3	Effekten af brugen af psykologordning baseret på variationen i henvisninger fra almen praksis	34
3.1	Resultater	35
3.2	Heterogene effekter	43
3.3	Konklusion på effekten af egen læges forhøjede henvisning til psykologordningen	47

4	Konklusion	49
---	------------	----

Dokumentation	51
---------------	----

5	Redegørelse for litteratur	52
5.1	Effekt af psykologbehandling i forhold til sundhedsydelse	53
5.2	Effekt af psykologbehandling i forhold til beskæftigelse	54
5.3	Effekt af psykologbehandling i forhold til uddannelse	57
5.4	IAPT	58

5.5	Den danske psykologordning	61
5.6	Opsamling	62
<hr/>		
6	Beskrivende statistik om brugerne af psykologordningen	63
6.1	Aktivitet under psykologordningen	63
6.2	Hvem bruger psykologordningen?	69
6.3	Brugere af psykologordningen og andre sundhedsydelser	74
<hr/>		
7	Metode	85
7.1	Udtræk af målgruppe og analysemetode til analysen i kapitel 2	85
7.2	Udtræk af målgruppe og analysemetode til analysen i kapitel 3	89
<hr/>		
	Litteratur	94
<hr/>		
	Bilag 1 Estimer fra fuld population (FE-DiD-analyse)	99
<hr/>		
	Bilag 2 Test for systematiske forskelle i analysepopulationerne	103



Afrapportering

Hovedresultater

Psykologbehandling er generelt anerkendt for at have positive kliniske effekter for personer med en lang række lidelser. Adgangen til psykolog er i Danmark rationeret gennem egenbetaling, dog kombineret med offentligt tilskud for en række udvalgte patientgrupper. Denne rapport skal ses i lyset af, at ordningen med offentligt tilskud over årene er blevet betydeligt udvidet. Hertil kommer en vedvarende offentlig debat om emnet, hvor yderligere udvidelser af ordningen er på tegnebrættet.

Rapporten bidrager til denne debat med en måling af effekten af, at flere mennesker får adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling. Det er altså ikke de kliniske effekter af at gå til psykolog, men det, at flere mennesker får mulighed for at gå til psykolog med tilskud, vi måler effekten af.

Ud over selve effektmålingen indeholder rapporten også en gennemgang af litteraturen på området og en mængde beskrivende statistik om brugerne af psykologordningen.

Kun få studier om socioøkonomiske effekter

Litteraturen har generelt ikke mange studier om socioøkonomiske effekter af udvidet adgang til psykologbehandling. Nogle studier ser på effekten af selve psykologbehandlingen på forskellige socioøkonomiske mål, og der findes generelt mindre, men positive socioøkonomiske effekter af psykologbehandling.

Klart flere kvinder end mænd bruger psykologordningen ...

Ordningen bruges i langt højere grad af kvinder end af mænd, idet over 70 % af brugerne er kvinder. Andelen af mænd har dog været svagt voksende over tid. Efter udvidelsen af ordningen med den vederlagsfri del er andelen af unge, der bruger ordningen, naturligt nok vokset, men generelt er det alle aldersklasser, der anvender ordningen.

Geografisk er der størst andel af befolkningen i Region Nordjylland, der anvender ordningen, hvor ca. 3 % anvendte den i 2020, mens det i Region Hovedstaden kun var lidt under 2 % af befolkningen.

... men uddannelsesmæssigt ligner brugerne befolkningen

Når man betragter brugernes uddannelsesniveau, så flugter dette ret fint med befolkningens uddannelsesniveau, men der er en tendens til, at brugerne af psykologordningen i større grad end restbefolkningen modtager indkomstoverførsler og SU og i mindre grad har erhvervsindkomst som primær indtægtskilde.

Brugerne går mere til læge og er mere på hospitalet

Brugere af psykologordningen har et større forbrug af sundhedsydelser end restbefolkningen. Dette gælder både i den primære sundhedssektor (også når psykologbehandling ikke medregnes) og i den sekundære sundhedssektor, hvor brugere af psykologordningen i højere grad har været i både somatisk og psykiatrisk behandling. Det er ikke usædvanligt, at brugere af nogle typer af sundhedsydelser også har højere forbrug af andre sundhedsydelser.

Effektmåling

Effektmåling af øget adgang til psykologbehandling måles i rapporten via to forskellige analyser. For det første ved udvidelserne af ordningen i hhv. 2008 og 2018 og for det andet ved forskellig tilbøjelighed til at henvise til psykolog blandt læger i almen praksis. For begge analyser gælder det, at vi måler effekten af øget adgang til psykologhjælp og ikke den direkte kliniske effekt af psykologbehandling. Vores fokus er på de socioøkonomiske effekter, dvs. effekter på uddannelse, beskæftigelse og ledighed, men vi kigger også på forbrug af sundhedsydelser. Det betyder også, at vores resultater ikke siger noget om evt. kliniske effekter af psykologhjælp, ligesom vi heller ikke kan sige noget om, hvad der ville ske, hvis man helt fjernede ordningen.

For begge de anvendte metoder er der også usikkerhed om resultaterne. Det skyldes, at vi måler på to grupper af personer, der har (udvidet) adgang til psykologhjælp, men som ikke nødvendigvis har brug for det. Så både de fundne og ikke fundne effekter i denne rapport er ikke nødvendigvis sikre fund, men kan skyldes, at der er for stor usikkerhed til, at effekterne kan identificeres.

Anvender udvidelser af ordningen til at analysere udvidet adgang til psykologhjælp

De to udvidelser af ordningen, vi har undersøgt effekten af, er dels udvidelsen i 2008, hvor alle 18-37-årige fik adgang til tilskud til psykologbehandling på baggrund af let til moderat depression, dels udvidelsen i 2018, hvor alle 18-20-årige fik gratis adgang til psykologbehandlingen set i forhold til det tilskud på 60 %, som stadig var gæl-

dende for de øvrige aldersgrupper. Begge disse udvidelser medførte en stigning i andelen af patienter, der modtog psykologbehandling samt i det samlede antal af konsultationer anvendt. Desværre kunne udvidelsen af ordningen i 2018 ikke anvendes til en effektmåling, da samtidige reformer på beskæftigelses- og uddannelsesområdet dominerer de effekter, der måtte skyldes udvidelsen af psykologordningen.

I analysen af 2008-udvidelsen fandt vi ingen effekt på beskæftigelsen, men en svag negativ effekt på selvforsørgelse inklusive beskæftigelse og SU, hvilket omvendt betyder en svag positiv effekt på offentlig forsørgelse for målgruppen. Derudover fandt vi en svag tendens til mindre brug af antidepressiv medicin ca. 2 år efter samt en tendens til færre indlæggelsesdage på psykiatrisk hospital. De nævnte effekter er dog enten ikke statistisk signifikante eller kun marginalt signifikante.

Adgang til psykolog bestemmes også af, hvor meget læger henviser til psykolog

Vi har også undersøgt de socioøkonomiske effekter af udvidet adgang til psykologhjælp ved at udnytte, at forskellige praktiserende læger har forskellig tilbøjelighed til at henvise patienter til psykolog. Mens det ikke er tilfældigt, præcist hvem der bliver henvist til psykolog, kan det i nogen grad siges at være tilfældigt, hvem der har en læge, der har over gennemsnitlig tilbøjelighed til at henvise til psykolog.

Lidt mindre andel under uddannelse

I denne analyse finder vi ingen signifikant effekt på beskæftigelsen, men en midlertidig negativ effekt på andelen, der er under uddannelse, samt på længere sigt en negativ effekt på ledighed og positiv effekt (større andel) på sygedagpenge, der tyder på en omfordeling af uger i ledighed til uger på sygedagpenge.

Ledige får i højere grad sygedagpenge ved udvidet adgang til psykolog

Vi har også undersøgt, om de socioøkonomiske effekter afhænger af patienternes arbejdsmarkedstilknytning. Her finder vi, at den forskydning mellem ledighed og sygedagpenge, som vi fandt på hele målgruppen, drives af de patienter, der var ledige eller på sygedagpenge. For de patienter, der var under uddannelse, ses til gengæld en omfordeling mellem uddannelse eller job og sygedagpenge, således at de patienter, der har lettere adgang til psykologbehandling via egen læge, i gennemsnit har flere uger på sygedagpenge og færre uger på uddannelse.

Små og usikre effekter af udvidet adgang til psykologhjælp

Samlet må det på baggrund af de gennemførte analyser konstateres, at der kun kan påvises meget få og små målbare socioøkonomiske effekter af udvidet adgang til psykologhjælp. De metoder, vi har anvendt, identificerer klart populationer, der har bedre

adgang til psykologhjælp end andre, men det er alligevel ikke lykkedes at identificere gennemgående betydelige socioøkonomiske effekter for disse populationer.

Som en afslutning er det vigtigt at understrege, at når vi ikke finder mærkbare effekter af øget adgang til psykologhjælp på hverken uddannelse eller beskæftigelse, så betyder det ikke, at der med sikkerhed ikke er nogen effekter. Det betyder blot, at hvis der er effekter, så er de så små, at vi ikke har kunnet fastslå dem med sikkerhed.

Fakta om undersøgelsen

Rapporten undersøger, om det, at bestemte befolkningsgrupper har fået en bedre adgang til psykologhjælp, også betyder, at de har klaret sig bedre målt på deres tilknytning til arbejdsmarked og uddannelse samt brug af sundhedsydelse.

Rapporten belyser ikke de kliniske effekter af psykologbehandling, men ser alene på de (efterfølgende) mulige afledte effekter.

I analysen anvendes udvidelser af psykologordningen samt lægers forskellige tilbøjelighed til at henvise til psykolog som tilnærmelse til forbedret adgang til psykologhjælp.

1 Indledning

Psykologbehandling er generelt anerkendt for at have positive kliniske effekter for personer med en lang række lidelser, men det er også en begrænset ressource. Adgangen til psykolog er i Danmark rationeret gennem egenbetaling, dog kombineret med offentligt tilskud for en række udvalgte patientgrupper. Brugerbetaling som rationeringsmekanisme er kendetegnet ved en række fordelingsmæssige udfordringer, fordi der selv med en begrænset brugerbetaling vil være patienter, der fravælger behandling af økonomiske årsager. Derfor kan der stilles spørgsmålstegn ved, om brugerbetalingsordninger i tilstrækkeligt omfang sikrer, at de, der modtager ydelser, også er de, der har størst gavn heraf.

1.1 Hvad er psykologordningen?

Muligheden for at få offentligt tilskud ved behandling hos privatpraktiserende psykolog blev indført i 1992. Siden har reglerne ændret sig, men den grundlæggende struktur for ordningen er den samme, nemlig at offentligt tilskud kun fås med lægehenvielse, samt at der som udgangspunkt ydes tilskud til et forløb på op til 12 behandlinger.

Fra begyndelsen var formålet med ordningen at tilbyde borgere, der har været ramt af traumatiske livsændringer, et tilbud om psykologhjælp. I starten var det muligt at blive henvist for:

1. Røveri-, volds- eller voldtægtsofre
2. Trafik- og ulykkesofre
3. Forældre eller søskende til alvorligt psykisk syge børn
4. Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
5. Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
6. Pårørende ved dødsfald.

Ændringer af ordningen har fulgt tre hovedspor. For det første er der sket en ændring i de områder, der kan medføre henvielse. Fra 1995 og frem til 2011 er ordningen gradvist blevet udvidet til også at dække personer, der:

1. Har forsøgt selvmord
2. Har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge

3. Inden de er fyldt 18 år har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb
4. Har en let til moderat depression og på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år
5. Lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år.

For det andet er reglerne vedr. tilskuddets størrelse ændret. Det generelle offentlige tilskud blev i 1997 nedsat fra den oprindelige sats på 70 % til den nugældende sats på 60 %. Derudover har der fra 2018 været et tilskud på 100 % for unge, der var henvist under gruppe 10 eller 11.

For det tredje har der været ændringer i de aldersklasser, der har været omfattet af ordningen for grupperne 10 og 11. Ved indførelsen af henvisningsårsag 10 i 2008, gjaldt muligheden for at modtage tilskud kun for personer, der var 18-37 år. Denne ændring af ordningen anvendes i kapitel 2 til den ene af de tre analyser af effekten af udvidet adgang til psykologbehandling.

Efterfølgende ændringer i 2011, 2012 og 2018 har gradvist øget de aldersspænd, der har adgang til tilskud under henvisningsårsag 10-11, så det fra 2018 har været alle over 18 år, der opfylder henvisningskriterierne, der har haft mulighed for tilskud.

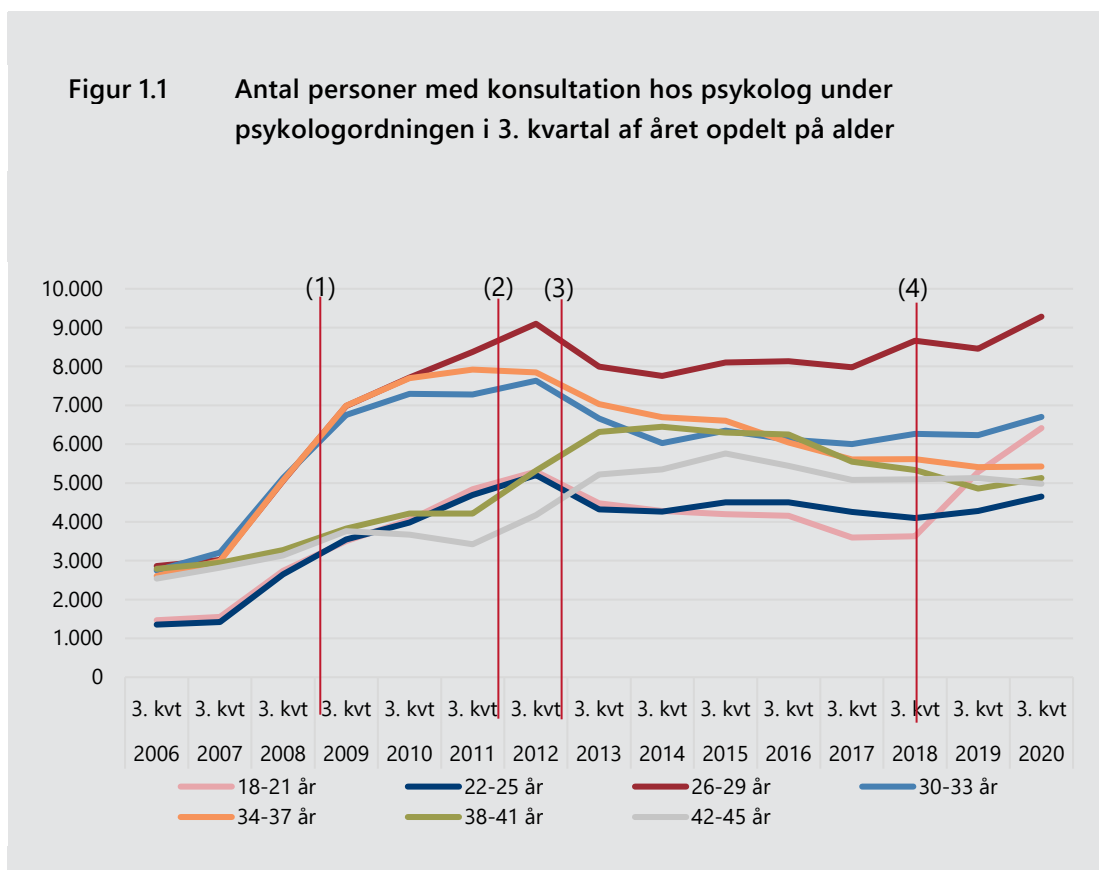
Også i indførelsen af den vederlagsfri del af psykologordningen (100 % tilskud) har fulgt nogle trin. Det første trin var i 2018, hvor 18-20-årige fik mulighed for vederlagsfri behandling efter henvisning under årsag 10-11. Denne udvidelse af ordningen anvendes i kapitel 2 til den anden af de tre analyser af effekten af udvidet adgang til psykologbehandling. Adgangen til vederlagsfri behandling er efterfølgende blevet udvidet til at gælde 18-24-årige (fra 2021).

1.2 Rapportens formål

Formålet med denne rapport er at undersøge, om der kan identificeres socioøkonomiske effekter af udvidet adgang til psykologhjælp. Det vil sige, om adgangen til psykolog med offentligt tilskud har betydning for beskæftigelses- og uddannelsesmæssige faktorer. Der er således ikke tale om kliniske eller trivselsmæssige effekter, men alene tale om effekter, der ligger ud over dette område. I rapporten ser vi således på tilknytningen til arbejdsmarkedet og på, om psykologordningen medfører ændringer i forbruget af andre sundhedsydelse.

1.3 Psykologordningen i overordnede tal

Som nævnt ovenfor har målgruppen for psykologordningen ændret sig flere gange, siden ordningen blev indført. Det har medført en stigning i brugen af psykologkonsultationer under ordningen, der især har været markant, siden målgruppen blev udvidet til også at inkludere personer med let til moderat depression (2008) og personer med let til moderat angst (2011). Af Figur 1.1 fremgår det, at der er sket en generel stigning i brugen af psykolog under psykologordningen. Denne stigning er primært sket for personer yngre end 38 år efter udvidelsen af ordningen for personer med let til moderat depression i 2008 (1) og 18-28-årige personer med let til moderat angst i 2011 (2), mens brugen af psykologhjælp stiger for de ældre grupper i 2012, hvor ordningen udvides til at dække alle aldersgrupper med let til moderat depression (3). Herefter kommer mellem 2012 og 2018 en periode med stabil til stagnerende brug af psykologordningen, hvorefter antallet af personer i ordningen stiger markant for de 18-21-årige, efter at tilskuddet i 2018 udvides til at dække 100 % af udgifterne for de 18-21-årige (4).



Note: (1) Udvidelse af ordning til også at dække let til moderat depression for de 18-37-årige. (2) Udvidelse af ordning til også at dække let til moderat angst for de 18-37-årige. (3) Udvidelse af ordning til at dække let til moderat depression for alle over 18 år. (4) Udvidelse af ordning til at dække 100 % af betalingen for patienter med let til moderat depression i alderen 18-21 år. 3. kvartal er tilfældigt valgt, da figuren alene skal illustrere udviklingen over tid.

Kilde: Retsinformation samt egne beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik.

På trods af de lovmæssige aldersbegrænsninger bruges psykologordningen af et bredt udsnit af befolkningen. I denne analyse ser vi udelukkende på tal for de 18-45-årige, og som det fremgår af Tabel 1.1, så var der i 2020/21 en overrepræsentation af unge under 30 år blandt personer, der har modtaget psykologbehandling via psykologordningen i forhold til normalbefolkningen – 56 % mod 49 %. Tilsvarende ses der en markant overrepræsentation af kvinder, idet andelen af kvinder udgør 71 % blandt de, der modtog psykologbehandling, mens de kun udgør 49 % i befolkningen generelt. Endelig ser vi en overrepræsentation af studerende blandt de, der modtager psykologhjælp (39 % mod 31 %), mens fordelingen af afsluttede uddannelser viser en svag overrepræsentation af personer med en kort videregående uddannelse for gruppen (27 % mod 23 %).

I kapitel 6 præsenteres en række ekstra beskrivende statistikker på målgruppen.

Tabel 1.1 Brugere af psykologordningen sammenlignet med befolkningen i procent

	Psykologordning	Hele befolkningen
Køn		
Kvinder	71	49
Mænd	29	51
Alder		
18-20 år	13	10
21-25 år	21	19
26-30 år	22	20
31-35 år	18	18
36-40 år	14	16
41-45 år	11	18
Igangværende uddannelse		
I gang med uddannelse	39	31
Ikke i gang	61	69
Højeste afsluttede uddannelse		
Grundskole	21	21
Gymnasial uddannelse	18	16
Erhvervsfaglig uddannelse	22	23
KMVU	27	23
LVU	12	13

Kilde: Registerdata fra Danmarks Statistik.

1.4 Læsevejledning til rapporten

Rapportens hovedanalyser findes i kapitel 2 og kapitel 3, hvor vi undersøger effekter af udvidet adgang til psykologhjælp med to forskellige pseudoeksperimentelle tilgange.

I kapitel 2 undersøger vi effekten ved at udnytte, at adgangen til psykologhjælp med offentligt tilskud i flere omgange er blevet udvidet igennem årene. Specifikt anvender vi to udvidelser af ordningen: indførelsen af henvisningsårsag 10 (let til moderat depression) i 2008 med adgang til tilskud for 18-37-årige (afsnit 2.1) og indførelsen af mulighed for vederlagsfri psykologhjælp for 18-20-årige henvist under henvisningsårsag 10-11 (let til moderat angst eller depression) (afsnit 2.2).

I kapitel 3 undersøger vi effekten ved at udnytte, at der er en vis tilfældig forskel imellem praktiserende lægers tilbøjelighed til at henvise patienter til psykolog. Det er altså i nogen grad tilfældigt, om en person har en læge, der i høj eller lav grad henviser til psykolog, og dermed i, hvor let adgang til psykologhjælp, man har.

Kapitel 4 indeholder konklusionerne af analyse i de foregående kapitler.

I rapportens dokumentationsdel (kapitel 5-7) findes en del baggrundsmateriale til rapportens analyser.

I kapitel 5 gennemgås den eksisterende litteratur, der estimerer socioøkonomiske effekter af psykologtilbud, herunder også litteratur, der baserer sig på data fra den danske psykologordning.

Derefter følger i kapitel 6 en mængde beskrivende statistik om brugerne af den danske psykologordning.

Endelig indeholder kapitel 7 en gennemgang af de anvendte metoder i rapporten.

2 Effekten af udvidet adgang til psykologhjælp baseret på reformerne i 2008 og 2018

I dette kapitel vil vi undersøge effekten af udvidet adgang til psykologhjælp baseret på to af de større udvidelser af ordningen. Den første er udvidelsen i 2008, hvor alle 18-37-årige fik adgang til tilskud til psykologbehandling på baggrund af let til moderat depression.¹ Ved at inkludere let til moderat depression som en mulighed for at modtage tilskud skete en markant stigning i anvendelsen af ordningen, hvilket tallene i kapitel 6 også viser. Den anden udvidelse, vi undersøger, er udvidelsen i 2018, hvor alle 18-20-årige fik gratis adgang til psykologbehandlingen set i forhold til det tilskud på 60 %, som stadig var gældende for de øvrige aldersgrupper. Denne udvidelse ændrer således ikke ved, hvem der har adgang til ordningen, men da prisen for at anvende ordningen sænkes markant for de 18-20-årige, forventes en større målgruppe at gøre brug af ordningen, og dem, der gør brug af ordningen, forventes at tage imod flere konsultationer.

Metoden til udtræk af målgruppe og gennemgang af analysemetoden i dette kapitel gennemgås nærmere i afsnit 7.1.

2.1 Effekten af reformen i 2008

2.1.1 Beskrivende statistik af populationen

Analysepopulationen udtrækkes blandt 36-39-årige patienter, der i enten perioden før eller i perioden efter reformen har haft en konsultation i almen praksis, der inkluderer samtalerterapi eller psykometrisk test (yderligere detaljer om udtræk af populationen ses i kapitel 7.1). I Tabel 2.1 præsenterer vi gennemsnit af baggrundskarakteristika for analysepopulationen. Tabellen er opdelt på fire grupper – en indsatsgruppe (36-37-årige efter reformen) og tre kontrolgrupper (38-39-årige før og efter reformen og 36-37-årige før reformen). Vi ser øverst i tabellen, at populationen vokser relativt mere fra før til efter reformen for de 36-37-årige i forhold til de 38-39-årige.

¹ Før denne udvidelse blev der kun givet tilskud til psykologhjælp til personer, der har været udsat for en af følgende hændelser: ofre for røveri, vold, voldtægt, trafikulykke, anden ulykke, incest eller andre seksuelle overgreb, inden vedkommende fyldte 18 år, pårørende til alvorligt psykisk syge personer eller til dødsfald, ramt af alvorlig invaliderende sygdom, forsøgt selvmord eller foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge (se § 1 i <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2006/1185>).

Det skyldes, at andelen, der har haft en konsultation med enten psykometrisk test eller samtaleterapi hos lægen, stiger for indsatsgruppen. Eftersom indsatsgruppen udvides, kan der være en risiko for, at sammensætningen af denne gruppe ændres. Derfor har vi testet forskellen mellem indsatsgruppen og kontrolgrupperne for en række baggrundsfaktorer og historiske data på indkomststatus og brug af sundhedsydelser.

I tabellen er det angivet, om den gennemsnitlige andel/værdi er signifikant anderledes end andelen/værdien for indsatsgruppen. Som ventet ud fra definitionen af grupperne er den gennemsnitlige alder 2 år højere i kontrolgruppe 1 og 3 end gennemsnitsalderen i indsatsgruppen. Derudover ses en lille forskel mellem kontrolgruppe 3 og indsatsgruppen, idet der indgår lidt færre kvinder og lidt flere immigranter i kontrol 3. På trods af at forskellen er signifikant på hhv. et 99-procents- og et 95-procentsniveau, så er forskellen meget lille (hhv. 3 og 1 procentpoint). Der ses endvidere et fald i andelen af ledige fra før til efter perioden samt et fald i brugen af antidepressiv medicin, men for begge områder gælder det, at faldet er det samme for de to aldersgrupper og således snarere er et udtryk for en ændring over tid end en ændring i målgruppen. Der ses ingen forskel mellem indsatsgruppen og de tre kontrolgrupper i forhold til sundhedsudgifter i den primære sektor eller til hospitalsindlæggelser i året inden, at populationen udtrækkes.

Alt i alt viser ovenstående, at der ikke sker store ændringer i sammensætningen af målgruppen som følge af udvælgelseskriterierne. Vi har testet dette mere indgående i afsnit 7.1.

I den nederste del af tabellen ser vi på brug af sundhedsydelser i udtræksåret. Heraf fremgår det, at forbruget under psykologordningen er signifikant højere i indsatsgruppen end i hver af de tre kontrolgrupper, ligesom andelen af patienter, der har modtaget psykologbehandling, er højere i indsatsgruppen. Omvendt er forbruget af ydelser til almenpraksis signifikant lavere i indsatsgruppen set i forhold til kontrolgruppe 1 og 2, dvs. de to kontrolgrupper, der udtrækkes i perioden før reformen, mens niveauet er det samme for indsats og kontrol blandt de patienter, der udtrækkes efter reformen. Endelig ses det nederst i tabellen, at antallet af psykologkonsultationer blandt de patienter, der har modtaget psykologbehandling under psykologordningen, er signifikant højere for indsatsgruppen end for kontrolgruppe 1 og 2, mens det er nogenlunde samme niveau som kontrolgruppe 3, som er de 38-39-årige, der udtrækkes efter reformen.

Tabel 2.1 Baggrundskarakteristika for analysepopulationen

	Før reformen Udtræk: 1/4 2006-31/3 2007		Efter reformen Udtræk: 1/4 2008-31/3 2009	
	38-39 år Kontrol 1	36-37 år Kontrol 2	38-39 år Kontrol 3	36-37 år Indsats
Antal individer	4.531	4.206	3.651	3.953
Alder	38,7***	36,96	38,7***	36,7
Kvinde	0,67	0,67	0,63**	0,66
Gift	0,52	0,51	0,52	0,50
Immigrant	0,09	0,11	0,11*	0,10
Indkomststatus i kvartalet inden udtræk [†] :				
Ledig	0,16***	0,16***	0,12	0,12
Beskæftiget	0,67*	0,65**	0,70	0,69
På sygedagpenge	0,17	0,17	0,16	0,16
Receptpligtig medicin, kvartalet inden udtræk				
Udgifter til antidepressiv medicin (DKK)	199,5***	170,7***	91,2	97,1
Andel med recept på antidepressiv medicin	0,27***	0,24***	0,19	0,20
Sundhedsydelse året inden udtræk				
Psykologbehandling under psykologordningen (udgifter DKK)	71,6	79,3	50,3	54,3
Almen praksis (udgifter DKK)	1.062	1.136	969	1.004
Alle udgifter i primær sektor (inkl. almen praksis) (DKK)	2.241	2.256	2.121	2.154
Psykiatrisk indlæggelse	0,51	0,40	0,28	0,35
Somatisk indlæggelse	4,68	4,51	4,89	4,97
Udtræksår				
Psykiatrisk indlæggelse i udtræksår	0,03	0,03	0,03	0,03
Somatisk indlæggelse i udtræksår	0,39	0,39	0,40	0,41
Summen af udgifter i udtræksår				
Psykologbehandling under psykologordningen (udgifter DKK)	203,1***	216,7***	349,8***	650,3
Almen praksis (udgifter DKK)	1.927,7**	1.951,1***	1.855,6	1.846,6
Alle udgifter i primær sektor (inkl. almen praksis) (DKK)	3.458,0***	3.453,3***	3.565,5***	3.874,1

	Før reformen		Efter reformen	
	Udtræk: 1/4 2006-31/3 2007		Udtræk: 1/4 2008-31/3 2009	
	38-39 år	36-37 år	38-39 år	36-37 år
	Kontrol 1	Kontrol 2	Kontrol 3	Indsats
Andel med psykolog konsultation under psykologordning i udtræksår	0,08***	0,08***	0,12***	0,22
Antal konsultationer under psyk.ordning i udtræksår ^{##}	1,74***	1,77***	2,09	2,01
Antal konsultationer under psyk.ordning i de 10 kvartaler efter udtrækskvartal ^{##}	5,76**	5,32***	6,59	7,83

Note: Udtrækskvartal/udtræksår er det kvartal/år, patienten er inkluderet i analysen på baggrund af besøg i almen praksis, der inkluderer samtaleterapi eller psykometrisk test. # En patient kan være registreret med mere end én indkomststatus.

Blandt patienter med minimum en konsultation i udtrækskvartal. Signifikant forskellig fra værdien for indsatsgruppen:

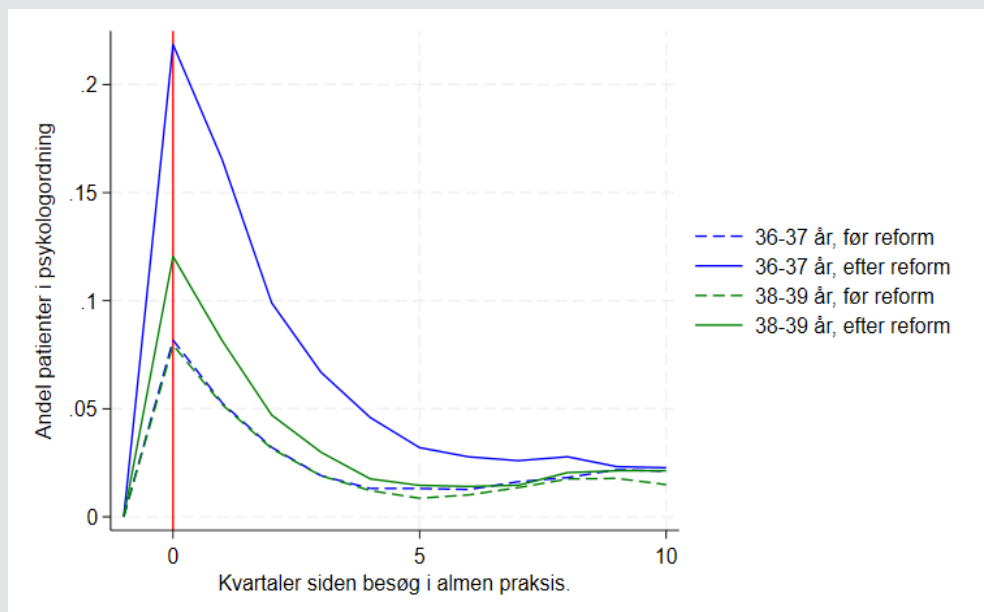
* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

2.1.2 Effekten på brugen af psykologbehandling

I Figur 2.1 vises andelen, der har haft en konsultation hos en psykolog under psykologordningen blandt patienter i analysepopulationen (patienter, der enten har modtaget samtaleterapi eller taget en psykometrisk test hos almen praksis). Vi udelukker patienter, der har brugt psykologordningen i perioden inden deres besøg i almen praksis, og derfor starter grafen i nul for alle fire målgrupper. Som det fremgår, ses det største forbrug af psykologordningen for alle fire grupper i samme kvartal, som kontakten med almen praksis fandt sted (periode 0). Dog ses den største andel (0,22) blandt de 36-37-årige, der var i kontakt med almen praksis efter reformen. Det er netop denne gruppe, der fik glæde af udvidelsen af ordningen efter reformen i 2008. Derfor er forskellen mellem denne gruppes kurve og kurven for de 38-39-årige efter reformen et udtryk for effekten af reformen, idet vi ingen forskel ser imellem de to aldersgrupper før reformen. Vi kan således gå ud fra, at det større forbrug blandt de 36-37-årige efter reformen skyldes reformen.

Figur 2.1 Andelen af patienter, der har konsultation under psykologordningen.

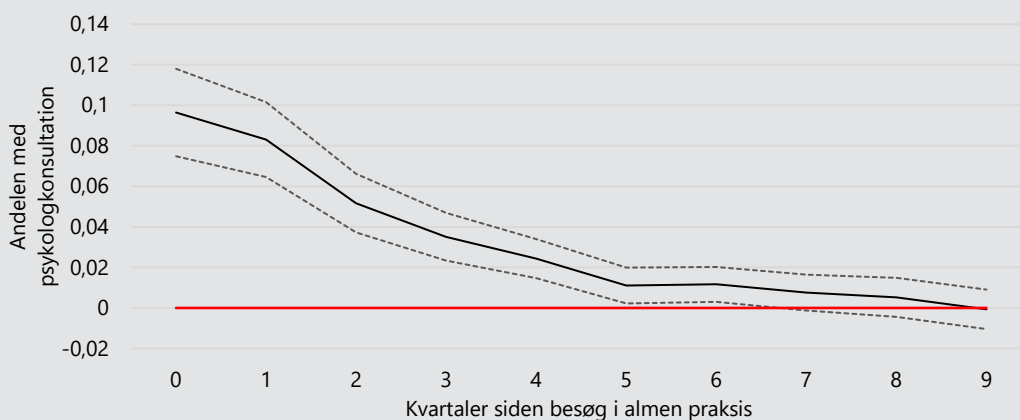


Note: Den røde lodrette linje i 0 angiver det kvartal, patienten er inkluderet i analysen på baggrund af et besøg i almen praksis, der inkluderede samtaleterapi eller psykometrisk test.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Det simple plot viser således klare tegn på, at udvidelsen af psykologordningen til også at inkludere patienter med let til moderat depression har medført et øget forbrug af ordningen. Vi tester dette ved at estimere effekten for hvert kvartal fra 0 til 9 kvartaler efter udtræksbesøget hos lægen (se beskrivelse af metoden i afsnit 7.1). I Figur 2.2 er den estimerede effekt vist som den sorte graf med et usikkerhedsinterval angivet ved de to stiplede linjer. Effekten er signifikant positiv, så længe begge stiplede linjer ligger over nul (den røde linje). Det fremgår således, at de patienter, der får adgang til en udvidelse af psykologordningen (de 36-37-årige), har signifikant større sandsynlighed for at gøre brug af psykologordningen op til halvandet år (6 kvartaler) efter deres besøg i almen praksis, sammenholdt med tilsvarende patienter, der ikke har adgang til ordningen.

Figur 2.2 Effekten af udvidelsen af psykologordningen i 2008 på andelen af patienter, der bruger ordningen



Note: Estimeret for hvert kvartal er estimeret i separate modeller efter modellen i Boks 7.1. De stiplede linjer angiver øvre og nedre konfidensinterval ved et 95-procents-signifikansniveau. Den røde linje er en nul-linje, hvilket betyder, at effekten er nul (insignifikant), hvor de stiplede linjer ligger på hver sin side af den røde linje

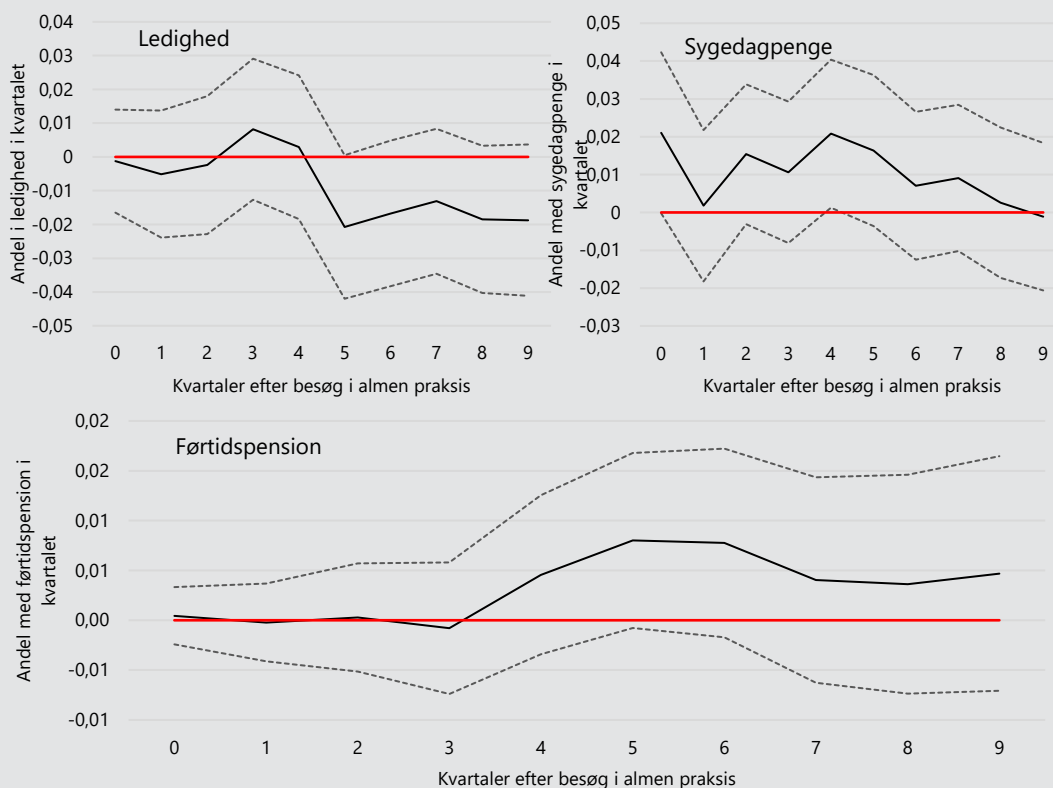
Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik over patienter (36-39 år), der har modtaget samtalerterapi eller psykometrisk test hos almen praksis enten i perioden 1. april 2016-31. marts 2017 eller 1. april 2018-31. marts 2019.

2.1.3 Socioøkonomiske effekter af udvidet adgang til psykologhjælp

Efter at have fastslået, at udvidelsen af ordningen også har ført til et større forbrug af ydelser under ordningen, kan vi nu se på de socioøkonomiske konsekvenser af udvidelse af ordningen. Vi undersøger effekten på forskellige typer offentlig forsørgelse samt på selvforsørgelse (inkl. job og uddannelse) og beskæftigelse. I Figur 2.3 præsenteres effekterne på måneder med ledighed², sygedagpenge og førtidspension. Som det fremgår af den øverste del af figuren, ses der ingen signifikant effekt på ledigheden i løbet af det første år efter besøg i almen praksis, men efter 5 kvartaler bliver effekten negativ (mindre andel). Det betyder, at de patienter, der er omfattet af psykologordningen, hverken er mere eller mindre ledige i den første periode, efter at de har været ved lægen på baggrund af et psykisk problem, sammenholdt med tilsvarende patienter, der ikke er omfattet af ordningen. Til gengæld er de mindre ledige i perioden 1,5-2 år efter konsultation hos lægen.

² Ledighed defineres som måneder med kontanthjælp, uddannelseshjælp, dagpenge, integrationsydelse eller ledighedsydelse.

Figur 2.3 Effekten af udvidelsen af psykologordningen i 2008 på andelen af patienter, der modtager offentlig forsørgelse



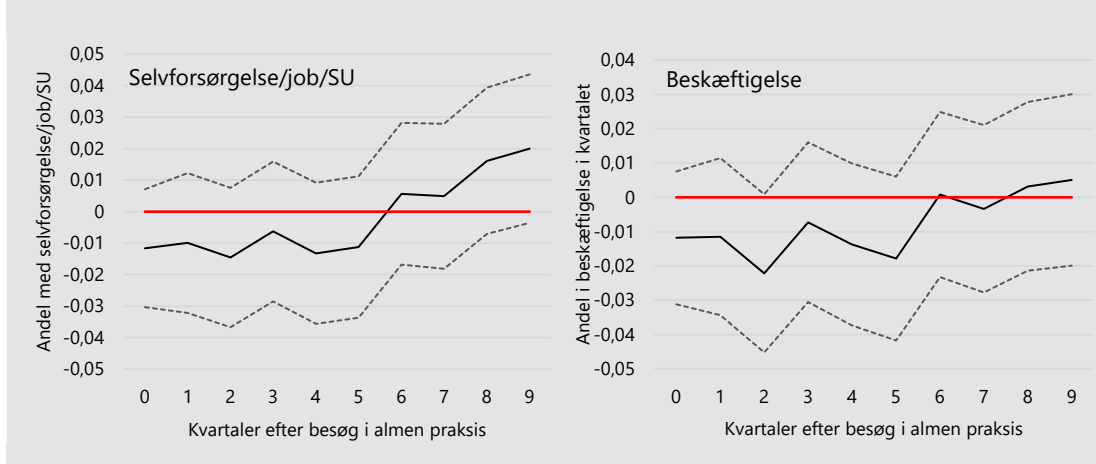
Note: Estimer for hvert kvartal er estimeret i separate modeller efter modellen i Boks 7.1.. De stiplede linjer angiver øvre og nedre konfidensinterval ved et 95-procents-signifikansniveau. Den røde linje er en nul-linje, hvilket betyder, at effekten er nul (insignifikant) der, hvor de stiplede linjer ligger på hver sin side af den røde linje.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik over patienter (35-40 år), der har modtaget samtalerapi eller psykometrisk test hos almen praksis enten i perioden 1. april 2006-31. marts 2007 eller 1. april 2008-31. marts 2009.

I forhold til sygedagpenge ser vi en svagt stigende effekt i starten af perioden, hvilket resulterer i signifikant større sandsynlighed for at modtage sygedagpenge blandt patienter under psykologordningen (indsatsgruppen) i forhold til patienter uden for ordningen (kontrolgruppen) et år efter lægebesøget. Denne effekt er dog midlertidig, og målt 2 år efter lægekonsultationen ses der ingen forskel mellem indsats- og kontrolgruppe. Nederst i figuren ses effekten på sandsynligheden for at få førtidspension. Her ses en positiv effekt over hele perioden, som dog er insignifikant. Disse resultater tyder samlet på, at patienter under psykologordningen i højere grad kommer/forbliver på tidsbegrænset offentlig forsørgelse i den periode, hvor de gør mere brug af psykologbehandling end patienterne i kontrolgruppen – dvs. de første 4 kvartaler efter lægebesøget, som vist i Figur 2.2. Samtidig fremgår det, at kontrolgruppen indhenter dem i tiden herefter, dvs. fra ca. 5 kvartaler og frem. Omvendt er

det dog for modtagelse af førtidspension, som er den samme i indsats- og kontrolgruppen de første 4 kvartaler efter udtræksbesøget i almen praksis, men så derefter er højere i indsatsgruppen end i kontrolgruppen. Effekten er dog ikke på noget tidspunkt statistisk signifikant.

Figur 2.4 Effekten af udvidelsen af psykologordningen i 2008 på andelen af patienter, der er selvforsørgende, i job eller på SU



Note: Estimer for hvert kvartal er estimeret i separate modeller efter modellen i Boks 7.1. De stiplede linjer angiver øvre og nedre konfidensinterval ved et 95-procents-signifikansniveau. Den røde linje er en nul-linje, hvilket betyder, at effekten er nul (insignifikant), hvor de stiplede linjer ligger på hver sin side af den røde linje

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik over patienter (36-39 år), der har modtaget samtaleterapi eller psykometrisk test hos almen praksis enten i perioden 1. april 2006-31. marts 2007 eller 1. april 2008-31. marts 2009.

Vi ser nu på effekten på beskæftigelse. Dels ser vi på et samlet mål for selvforsørgelse – herunder SU – dels på beskæftigelse defineret som fravær af offentlig forsørgelse kombineret med en positiv erhvervsindkomst.³ Det fremgår af den venstre del af Figur 2.4, at effekten på selvforsørgelse er negativ (mindre andel selvforsørgede), omend insignifikant, det første år efter besøg hos lægen på baggrund af et psykisk problem. Det betyder, at det første år har indsatsgruppen en smule lavere sandsynlighed for at være selvforsørgende, men 6 kvartaler efter besøget hos lægen indhenter de kontrolgruppen, og 9 kvartaler efter er en større andel af indsatsgruppen selvforsørgende end af kontrolgruppen efter den udvidede adgang til psykologhjælp. Denne forskel er dog kun grænsende til at være signifikant. I den højre del af figuren ses et lignende mønster for effekten på beskæftigelse, men her når beskæftigelsesgraden i indsatsgruppen ikke på noget tidspunkt at overstige den i kontrolgruppen.

³ Vi har først information om månedlig erhvervsindkomst efter 1. januar 2008. Derfor anvendes årlig erhvervsindkomst kombineret med fravær af offentlig forsørgelse som definition af beskæftigelse i 2006 og 2007.

Da effekten på forsørgelsestype forventes at afhænge af, hvad patienten lavede, inden vedkommende var til samtaleterapi eller tog en psykometrisk test hos lægen, opdeler vi nedenfor analysen på hhv. de offentligt forsørgede (ekskl. SU), de beskæftigede og de selvforsørgende/øvrige i kvartalet inden lægekonsultationen.

Som det fremgår af Tabel 2.2, finder vi positive effekter (større forbrug) på brugen af psykologordning både for patienter på offentlig forsørgelse og for patienter i beskæftigelse. Blandt de patienter, der var selvforsørgende, kvartalet før de modtog samtaleterapi eller fik en psykometrisk test ved lægen, finder vi en anelse højere effekter. Således finder vi for denne undergruppe, at de samlede antal psykologkonsultationer efter 2 år i gennemsnit er steget med 0,4 på baggrund af reformen mod 0,3 for de to andre undergrupper.

Tabel 2.2 Effekten på brugen af psykologbehandling – summen af konsultationer siden lægebesøg. Opdelt på arbejdsmarkedsstatus kvartalet før lægebesøg

	(1) Alle	(2) Off. forsørgt	(3) Job	(4) Selvforsørgende /andet
0 kv. efter	0,0869*** (0,000)	0,0826** (0,003)	0,102*** (0,000)	0,0873 (0,084)
2 kv. efter	0,210*** (0,000)	0,213*** (0,000)	0,226*** (0,000)	0,268** (0,002)
4 kv. efter	0,270*** (0,000)	0,263*** (0,000)	0,288*** (0,000)	0,400*** (0,000)
6 kv. efter	0,292*** (0,000)	0,293*** (0,000)	0,302*** (0,000)	0,430*** (0,001)
8 kv. efter	0,302*** (0,000)	0,317*** (0,000)	0,320*** (0,000)	0,428** (0,002)
N	16.121	5.077	9.282	3.227

Note: P-værdier i parentes: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001. Offentlig forsørgelse inkluderer dagpenge, kontanthjælp, ledighedsydelse, revalideringsydelse, sygedagpenge, integrationsydelse og førtidspension. Selvforsørgelse inkluderer SU, ikke bosat i DK samt fravær af indkomst.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik over patienter (36-39 år), der har modtaget samtaleterapi eller psykometrisk test hos almen praksis enten i perioden 1. april 2006-31. marts 2007 eller 1. april 2008-31. marts 2009.

I Tabel 2.3 præsenterer vi effekterne på offentlig forsørgelse og beskæftigelse opdelt på patienternes beskæftigelsesstatus kvartalet før. Som i den samlede model for hele populationen finder vi heller ikke signifikante effekter for nogen af undergrupperne.

Dog finder vi, at gruppen af patienter, der var selvforsørgende, i uddannelse eller bosat uden for landet i kvartalet inden lægebesøget, efter 2 år har opnået 1,7 færre måneder med ledighed som følge af reformen. Effekten er dog kun signifikant på et 90-procentsniveau.

Tabel 2.3 Effekten på beskæftigelse og ledighed – summen af måneder med ordinær beskæftigelse/ledighed siden lægebesøg. Opdelt på arbejdsmarkedsstatus kvartalet før lægebesøg

	Effekt på beskæftigede			Effekt på ledige		
	(1) Off. forsørget	(2) Job	(3) Selvforsørgende/andet	(1) Off. forsørget	(2) Job	(3) Selvforsørgende/andet
0 kv. efter	0,118 (0,307)	-0,0120 (0,914)	0,0207 (0,890)	0,0709 (0,820)	0,0703 (0,544)	-0,635 (0,260)
2 kv. efter	-0,0279 (0,868)	-0,0622 (0,673)	-0,0182 (0,950)	0,180 (0,604)	0,0560 (0,666)	-0,977 (0,108)
4 kv. efter	-0,132 (0,568)	-0,159 (0,414)	0,101 (0,831)	0,340 (0,397)	0,0545 (0,724)	-1,270 (0,067)
6 kv. efter	-0,370 (0,215)	-0,235 (0,356)	0,134 (0,841)	0,289 (0,533)	-0,00356 (0,985)	-1,444 (0,074)
8 kv. efter	-0,539 (0,162)	-0,257 (0,423)	0,362 (0,675)	0,264 (0,621)	-0,0780 (0,719)	-1,686 (0,070)
N	5.077	9.282	3.227	5.077	9.282	3.227

Note: P-værdier i parentes: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001. Offentlig forsørgelse inkluderer dagpenge, kontanthjælp, ledighedsydelse, revalideringsydelse, sygedagpenge, integrationsydelse og førtidspension. Selvforsørgelse inkluderer SU, ikke bosat i DK samt fravær af indkomst.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik over patienter (36-39 år), der har modtaget samtalerapi eller psykometrisk test hos almen praksis enten i perioden 1. april 2006-31. marts 2007 eller 1. april 2008-31. marts 2009.

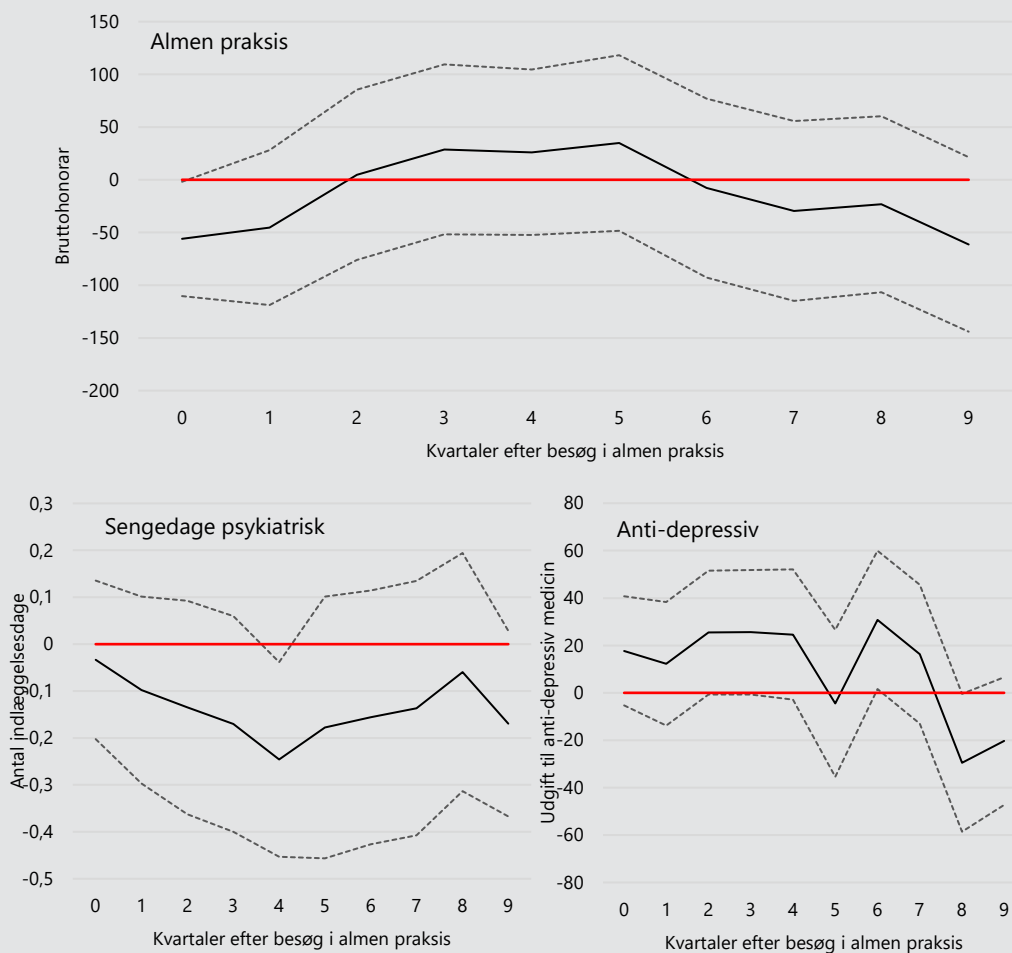
2.1.4 Effekten på brug af øvrige sundhedsydelser

Selvom det primære mål for denne analyse er de socioøkonomiske effekter, så vil en øget adgang til den psykologhjælp, der gives under psykologordningen, også potentielt kunne påvirke brugen af andre offentlige sundhedsydelser. Derfor ser vi i dette afsnit på effekterne på brugen af sundhedsydelser. Igen sammenholder vi brugen af sundhedsydelser i perioden efter en konsultation hos lægen, der enten indeholdt

samtaleterapi eller en psykometrisk test, for patienter, der har adgang til den udvidede psykologordning (indsatsgruppen), med patienter, der ikke havde adgang (kontrolgruppen).

Vi ser på effekten på bruttoudgifter til almen praksis, udgifter til antidepressiv medicin og antallet af dage med psykiatrisk indlæggelse (se Figur 2.5). Generelt finder vi kun få signifikante effekter i perioden efter besøget i almen praksis. Dog finder vi signifikant lavere udgifter til almen praksis i det kvartal, hvor vi først observerer besøg hos lægen med psykometrisk test eller samtaleterapi. Desuden finder vi et signifikant højere forbrug af antidepressiv medicin de første 7 kvartaler efter besøget i almen praksis for patienter under psykologordningen sammenholdt med patienter i kontrolgruppen, dog kun signifikant i 2., 3. og 6. kvartal. I 8. kvartal vender effekten til en negativ effekt, hvilket tyder på, at det højere forbrug af antidepressiv medicin som følge af øget adgang til psykologbehandling kun er midlertidig.

Figur 2.5 Effekten af udvidelsen af psykologordningen i 2008 på brugen af øvrige sundhedsydelser.



Note: Estimer for hvert kvartal er estimeret i separate modeller efter modellen i Boks 7.1. De stiplede linjer angiver øvre og nedre konfidensinterval ved et 95-procents-signifikansniveau. Den røde linje er en nul-linje, hvilket betyder, at effekten er nul (insignifikant), hvor de stiplede linjer ligger på hver sin side af den røde linje.

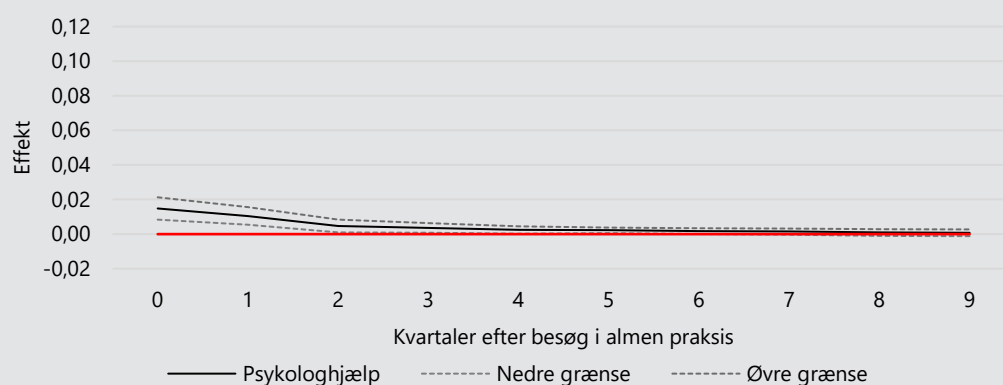
Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik over patienter (36-39 år), der har modtaget samtalerapi eller psykometrisk test hos almen praksis enten i perioden 1. april 2006-31. marts 2007 eller 1. april 2008-31. marts 2009.

2.1.5 Test af effekter for placebo målgruppe

For at teste, om de ovenstående effekter med størst sandsynlighed kan tilskrives den øgede adgang til psykologordningen som følge af reformen, har vi testet reformen på en placebogruppe af patienter. Vi har udvalgt individer i samme aldersgruppe, der i de

samme tidsperioder har været i kontakt med almen praksis. Men i stedet for patienter, der enten har modtaget samtaleterapi eller psykometrisk test, så udvælger vi dem, der har besøgt almen praksis for at få foretaget en streptokok test. Som ventet oplever denne målgruppe en meget lavere effekt af den udvidede adgang til psykologhjælp på brugen af psykolog (se Figur 2.6). Vi finder godt nok en større andel patienter, der efter reformen modtager psykologbehandling under psykologordningen, men størrelsen på effekten ligger på 1-1,5 procentpoint det første halve år efter besøg hos lægen, hvilket er betydelig lavere end det niveau, vi så i Figur 2.2 (op til 6-9 procentpoint).

Figur 2.6 Placebotest af effekten af udvidelsen af psykologordningen i 2008 på brugen af psykologbehandling

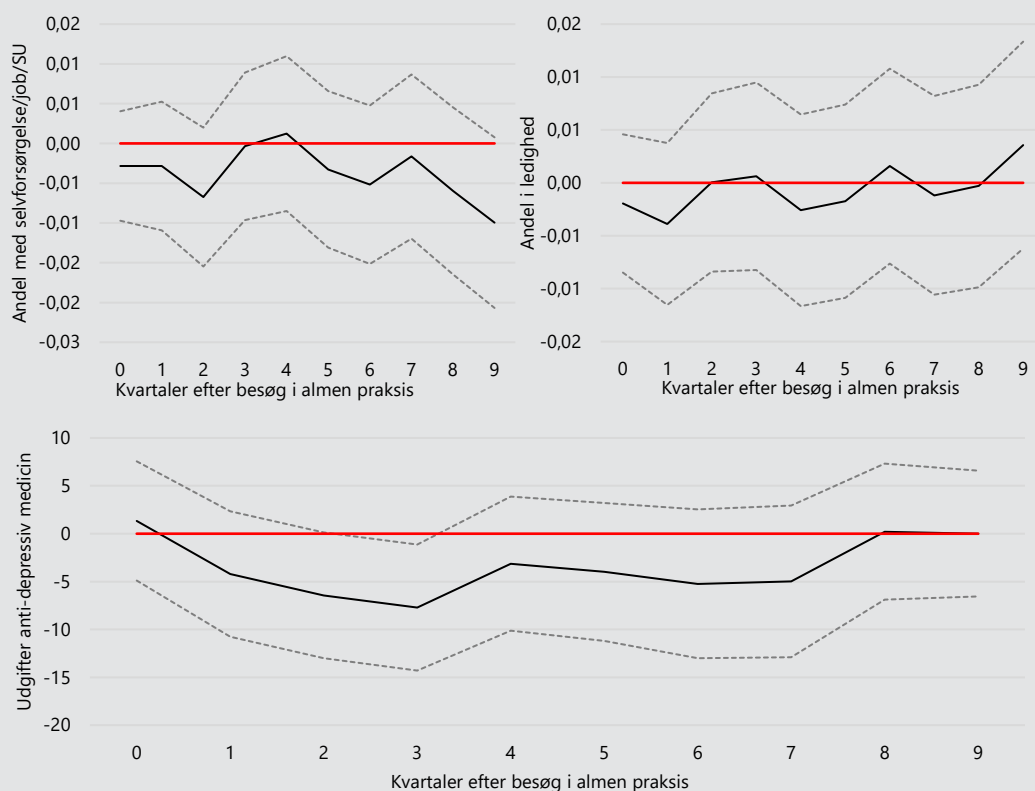


Note: Estimer for hvert kvartal er estimeret i separate modeller efter modellen i Boks 7.1. De stiplede linjer angiver øvre og nedre konfidensinterval ved et 95-procents-signifikansniveau. Den røde linje er en nul-linje, hvilket betyder, at effekten er nul (insignifikant), hvor de stiplede linjer ligger på hver sin side af den røde linje.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik over patienter (36-39 år), der har fået foretaget en streptokok test hos almen praksis enten i perioden 1. april 2006-31. marts 2007 eller 1. april 2008-31. marts 2009.

I Figur 2.7 viser vi effekterne på tre af de outcomes, hvor vi fandt signifikante effekter for målgruppen af patienter, der har modtaget samtaleterapi eller fået foretaget en psykometrisk test i almen praksis. Det drejer sig om effekten på selvforsørgelse/SU, ledighed og udgifter til antidepressiv medicin. Det fremgår af Figur 2.7, at vi bortset fra et enkelt estimat ikke finder nogen signifikante effekter for placebo-målgruppen. Den eneste effekt, vi finder, er en negativ effekt på udgifter til antidepressiv medicin 3 kvartaler efter besøg i almen praksis. For vores primære målgruppe fandt vi faktisk positive effekter på udgiften til antidepressiv medicin i samme periode. Der er altså ikke noget, der tyder på, at den positive effekt på brug af antidepressiv medicin, vi fandt i afsnit 2.1.4, skyldes en generel forskel i tendensen mellem de to aldersgrupper.

Figur 2.7 Placebotest af effekten af udvidelsen af psykologordningen i 2008 på selvforsørgelse, ledighed og udgifter til antidepressiv medicin



Note: Estimeret for hvert kvartal er estimeret i separate modeller efter modellen i Boks 7.1. De stiplede linjer angiver øvre og nedre konfidensinterval ved et 95-procents-signifikansniveau. Den røde linje er en nul-linje, hvilket betyder, at effekten er nul (insignifikant), hvor de stiplede linjer ligger på hver sin side af den røde linje.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik over patienter (36-39 år), der har fået foretaget en streptokok test hos almen praksis enten i perioden 1. april 2006-31. marts 2007 eller 1. april 2008-31. marts 2009.

Alt i alt tyder placebotesten på, at de effekter, vi præsenterede i afsnit 2.1.3 og 2.1.4, kan tilskrives udvidelsen af psykologordningen.

2.2 Effekten af reformen i 2018

Desværre viser det sig ikke muligt at konkludere noget om de socioøkonomiske effekter af udvidelsen af psykologordningen i 2018. Problemet skyldes sandsynligvis, at vi ser på en aldersgruppe med høj bevægelse mellem job og uddannelse i en periode, hvor der har været udrullet en SU-reform (2014-2016) og en periode med covid-

19 (2020-2021). Da vi sammenligner unge i to forskellige aldersgrupper omkring afslutning af ungdomsuddannelse og opstart af videregående uddannelse, vil disse begivenheder påvirke de to aldersgrupper forskelligt. Det er derfor svært at korrigere for disse generelle tidstrends.

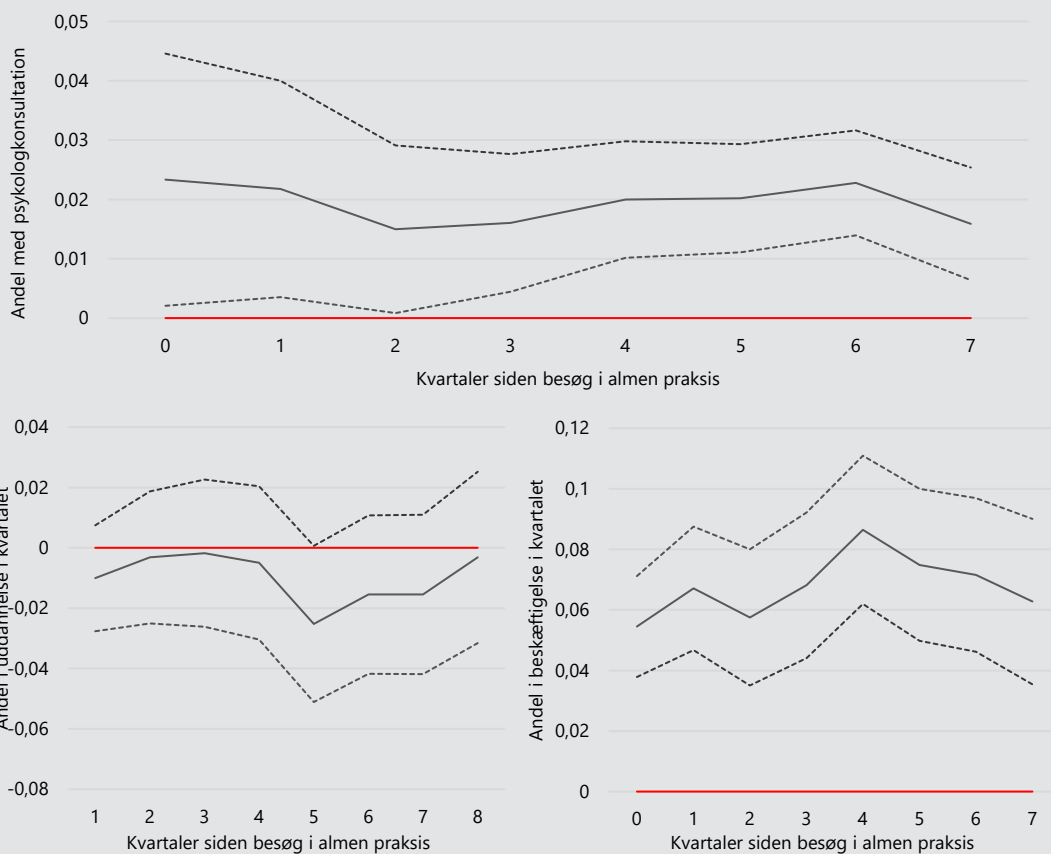
Når vi ser på målgruppen af 18-23-årige, der har modtaget samtaleterapi eller psykometrisk test i almen praksis, så finder vi som ventet en stigning i brugen af psykologordning for de 18-20-årige i forhold til de 21-23-årige (se Figur 2.8). Det vil sige, at den aldersgruppe, der fik adgang til gratis psykologhjælp i 2018, har anvendt psykologordningen mere end de, der ikke fik adgang. Samtidig ses en stigning i beskæftigelsesgraden og et kortvarigt fald i uddannelsesgraden for de, der fik adgang, i forhold til de, der ikke gjorde.

For at tjekke, om det er sandsynligt, at denne stigning kan tilskrives den øgede brug af psykologordning, har vi testet reformen på en placebogruppe af patienter. Vi har udvalgt individer i samme aldersgruppe, der i de samme tidsperioder har været i kontakt med almen praksis. Men i stedet for patienter, der enten har modtaget samtaleterapi eller psykometrisk test, så udvælger vi dem, der har fået foretaget en streptokok test. Som ventet oplever denne målgruppe en meget lavere effekt af udvidelsen af psykologordningen på brugen af psykolog (se Figur 2.9). Der kan godt nok stadig spores en signifikant stigning i 3.-5. kvartal efter besøget ved lægen, men niveauet er betydelig lavere (0,5 procentpoint mod 2,1 procentpoint for gruppen af patienter med mentale problemer). Til gengæld ligger beskæftigelseseffekten på omkring det samme niveau (6-9 procentpoint), og vi finder samtidig en mindre uddannelsesaktivitet for denne gruppe.

Med disse fund taget i betragtning vurderer vi det ikke sandsynligt, at det er udvidelsen af psykologbehandlingen, der har medført den relative større stigning i beskæftigelsen blandt de 18-20-årige i forhold til de 21-23-årige.

Figur 2.8 Effekten af udvidelsen af psykologordningen i 2018 på andelen af patienter, der bruger ordningen, andelen i uddannelse og andelen i beskæftigelse

Analyse population udvalgt ud fra patienter, der har haft konsultation hos egen læge med samtaleterapi eller psykometrisk test

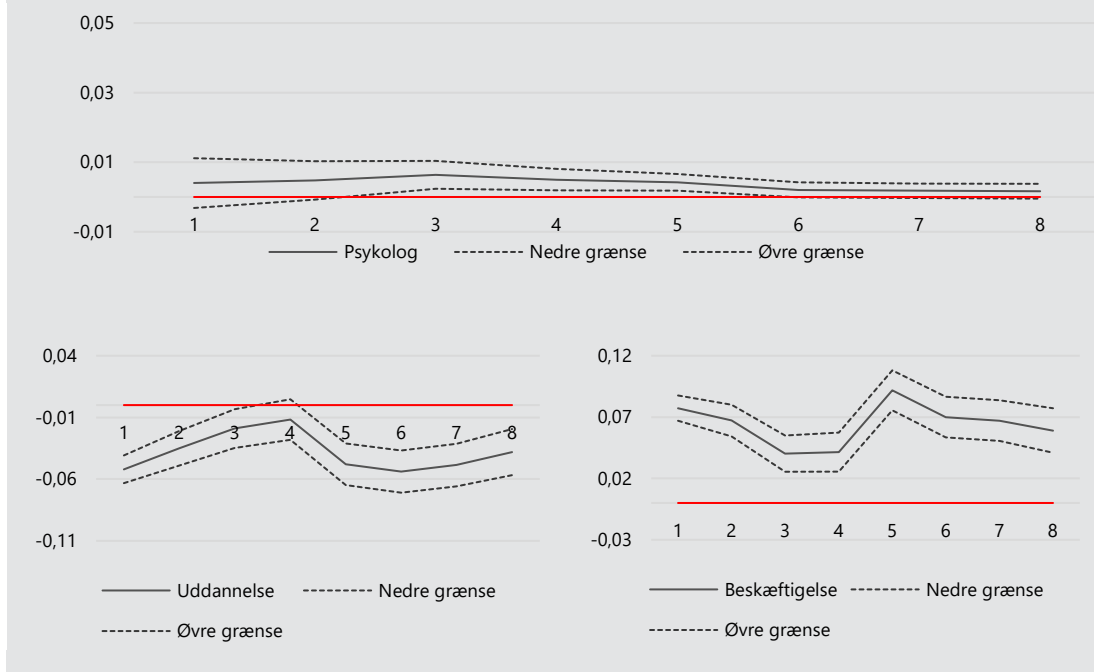


Note: Estimerer for hvert kvartal er estimeret i separate modeller efter modellen i Boks 7.1. De stiplede linjer angiver øvre og nedre konfidensinterval ved et 95-procents-signifikansniveau. Den røde linje er en nul-linje, hvilket betyder, at effekten er nul (insignifikant), hvor de stiplede linjer ligger på hver sin side af den røde linje.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik over patienter (35-40 år), der har modtaget samtaleterapi eller psykometrisk test hos almen praksis enten i perioden 1. april 2016-31. marts 2017 eller 1. april 2018-31. marts 2019.

Figur 2.9 Placebotest af effekten af udvidelsen af psykologordningen i 2018 på andelen af patienter, der bruger ordningen, andelen i uddannelse og andelen i beskæftigelse

Analyse population udvalgt ud fra patienter, der har haft konsultation hos egen læge med test for streptokokker



Note: Estimer for hvert kvartal er estimeret i separate modeller efter modellen i Boks 7.1. De stiplede linjer angiver øvre og nedre konfidensinterval ved et 95-procents-signifikansniveau. Den røde linje er en nul-linje, hvilket betyder, at effekten er nul (insignifikant), hvor de stiplede linjer ligger på hver sin side af den røde linje.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik over patienter (35-40 år), der har modtaget samtalerapi eller psykometrisk test hos almen praksis enten i perioden 1. april 2016-31. marts 2017 eller 1. april 2018-31. marts 2019.

2.3 Konklusion på effekten af psykologordning baseret på reformer af ordningen

Vi har undersøgt effekten af to forskellige udvidelser af psykologordningen. Dels undersøger vi udvidelsen i 2008, hvor alle 18-37-årige fik adgang til tilskud til psykologbehandling på baggrund af let til moderat depression.⁴ Ved at inkludere let til moderat depression som en mulighed for at modtage tilskud skete en markant stigning i anvendelsen af ordningen. Den anden udvidelse, vi har undersøgt, er udvidelsen i

⁴ Før denne udvidelse blev der kun givet tilskud til psykologhjælp til personer, der har været udsat for en af følgende hændelser: ofre for røveri, vold, voldtægt, trafikulykke, anden ulykke, incest eller andre seksuelle overgreb, inden vedkommende fyldte 18 år, pårørende til alvorligt psykisk syge personer eller til dødsfald, samt af alvorlig invaliderende sygdom, forsøgt selvmord eller foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge (se § 1 i <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2006/1185>).

2018, hvor alle 18-20-årige fik gratis adgang til psykologbehandlingen set i forhold til det tilskud på 60 %, som stadig var gældende for de øvrige aldersgrupper. Denne ordning medførte ligeledes en stigning i andelen af patienter, der modtog psykologbehandling samt i det samlede antal af konsultationer anvendt. Stigningen var knap så markant, men reformen medførte tilsyneladende store beskæftigelses- og uddannelseseffekter. Vi gennemførte derfor en placebotest, der viste de samme beskæftigelses- og uddannelseseffekter uden tilsvarende stigninger i brugen af psykologbehandling. Konklusionen af 2018-reformen er derfor, at der med indførelse af reformen er sket andre reformer på beskæftigelses- og uddannelsesområdet, som dominerer udvidelsen af psykologordningen. Vi ender derfor med kun at anvende 2008-reformen til at måle effekten af psykologordningen.

Vi måler effekten af udvidelsen af psykologordningen i 2008 blandt de 36-39-årige, der i almen praksis har modtaget enten samtaleterapi eller gennemført en psykometrisk test, hvilket betyder, at vi kun kan konkludere på de marginale effekter for denne gruppe. Den overordnede konklusion af denne analyse er, at reformen har medført store stigninger i brugen af psykologbehandling under psykologordningen. Vi finder således en stigning i andelen af patienter, der modtager psykologbehandling på 10 procentpoint, hvilket næsten er en fordobling i forhold til niveauet i kontrolgruppen. I forhold til de socioøkonomiske faktorer fandt vi ingen effekt på beskæftigelsen, men en svag negativ effekt på selvforsørgelse inkl. beskæftigelse og SU, hvilket omvendt betyder en svag positiv effekt på offentlig forsørgelse for målgruppen. Ved at dykke ned i typen af offentlig forsørgelse fandt vi, at stigningen i offentlig forsørgelse på kort sigt primært skyldes en stigning i sygedagpenge, mens vi også på mellem- og lang sigt fandt en stigning i andelen, der modtager førtidspension. Omvendt så det ud i forhold til ledighed, idet vi fandt, at de patienter, der var omfattet af reformen, havde lavere ledighed 2,5 år efter besøg ved lægen, end de tilsvarende patienter i kontrolgruppen. Denne effekt måles dog kun et enkelt kvartal.

Sluttelig har vi set på, om reformen har medført ændringer i brugen af andre sundhedsydelser. Vi fandt generelt kun svage effekter, men det overordnede billede er, at indsatsgruppen efter en udvidet adgang til psykologbehandling har været mindre i kontakt med almen praksis i det kvartal, de har opsøgt lægen med et psykisk problem set i forhold til kontrolgruppen. Forbruget af antidepressiv medicin så til gengæld ud til at ligge højere for indsatsgruppen end for kontrolgruppen i starten af perioden, men mod slutningen af perioden blev den kortvarigt signifikant lavere. Omvendt er det for kontakten med psykiatrisk hospital. Her fandt vi færre sengedage for indsatsgruppen alle 10 kvartaler efter besøg hos lægen, men effekten var kun signifikant et enkelt kvartal.

3 Effekten af brugen af psykologordning baseret på variationen i henvisninger fra almen praksis

Analysen af effekter af udvidet adgang til psykologbehandling under psykologordningen kan være ganske vanskelig. Det skyldes især, at gruppen af patienter, der modtager psykologbehandling, adskiller sig væsentligt fra øvrige patienter på andre faktorer end dem, vi kan måle (primært i forhold til deres psykiske helbred), hvilket kan gøre beregningen af effekten forkert.

I dette kapitel udnytter vi, at den enkelte lægepraksis i almen praksis har forskellige tilbøjeligheder til at henvise patienter til psykologordningen.⁵ Vi beregner et såkaldt instrument, der viser den enkelte praksis' tilbøjelighed relativt til samme lægepraksis' forventede tilbøjelighed, der er baseret på sammensætningen af patienter i lægens praksis. I stedet for at estimere effekten af selve psykologbehandlingen estimerer vi således effekten af at være tilknyttet en lægepraksis, der har en høj tilbøjelighed til at henvise patienter til psykologbehandling under psykologordningen. Da lægens tilbøjelighed til at anvende ordningen ikke påvirkes af den enkelte patient, vil man kunne argumentere for, at en evt. effekt af at være tilknyttet en lægepraksis med høj tilbøjelighed skyldes den øgede adgang til psykologbehandling.

Metode og data til analysen i dette kapitel er gennemgået nærmere i afsnit 7.2 i rapportens dokumentationsdel.

⁵ Hver lægepraksis defineres ud fra ydernummer. Det betyder, at læger i lægehuse med fælles ydernummer optræder som én enhed, selvom de udgøres af flere forskellige personer. Når vi bruger betegnelsen lægepraksis eller læge som en enhed, menes således gruppen af læger med samme ydernummer.

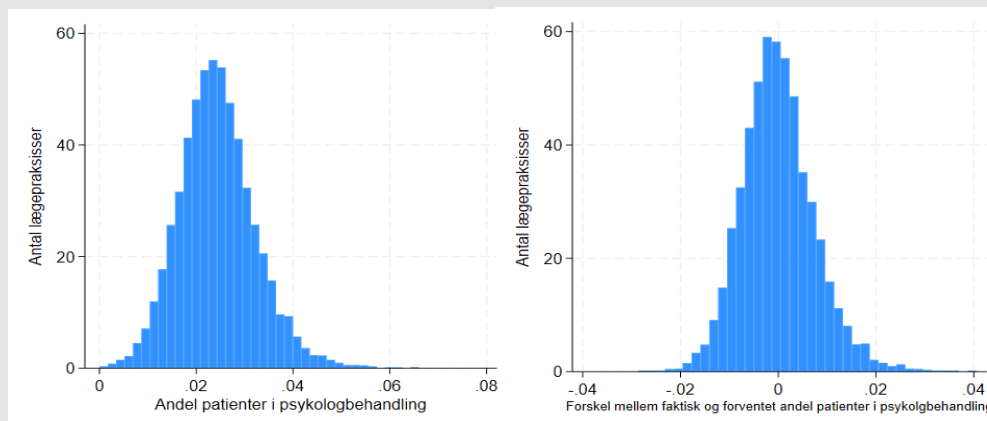
3.1 Resultater

3.1.1 Forskelle mellem lægernes tilbøjelighed til at henvise til psykologbehandling

Vi anvender den forskel, der findes mellem de enkelte lægepraksissers tilbøjelighed til at henvise patienter til psykologbehandling under psykologordningen som indikation for, at forskellige patienter oplever forskel i adgang til psykologbehandling. Som beskrevet i metodeafsnit 7.2, ser vi i denne analyse på effekten af *adgang til* psykologordning og ikke på effekten af selve psykologbehandlingen. Fra en politisk vinkel er effekten af adgang til psykologordning for de patienter, der ligger på grænsen for at modtage psykologhjælp, særlig interessant, da det giver en indikation af effekten, hvis flere patienter skulle få adgang til ordningen, fx via en udvidelse. Det betyder omvendt også, at denne analyse ikke kan anvendes som argument for, om ordningen overhovedet skal eksistere, eller anvendes til at konkludere på effekten af psykologbehandling for de patienter, som alle læger uanset tilbøjelighed til at anvende ordningen vil henvise til ordningen.

Det venstre histogram i Figur 3.1 viser fordelingen af lægepraksis i forhold til hver praksis' andel af patienter, der i løbet af året er påbegyndt et nyt psykologbehandlingsforløb. Det fremgår, at de fleste lægepraksisser har henvist mellem 1-4 % af deres patienter i løbet af året, men også, at der findes lægepraksisser, der har henvist op til 8 % af deres patienter. Som det beskrives i metodeafsnit 7.2, så vil noget af denne variation, vi ser mellem de enkelte lægepraksisser, kunne forklares af forskelle i patientsammensætningen. Derfor estimerer vi den forhøjede tilbøjelighed, der viser lægens andel af patienter i psykologbehandling i forhold til det forventede niveau givet den enkelte læges patientsammensætning. I højre del af Figur 3.1 ses fordelingen af den forhøjede tilbøjelighed. På grund af definitionen af dette mål har halvdelen af lægerne en positiv forhøjet tilbøjelighed og den anden halvdel en negativ. Selv efter at vi har korrigeret for den enkelte læges forventede niveau af psykologbehandling, er variationen næsten den samme. Der er altså grund til at tro, at den enkelte læge har forskellige præferencer for at henvise til psykologbehandling, der ligger ud over sammensætningen af deres patienter.

Figur 3.1 **Antallet af lægepraksisser fordelt på andelen af patienter i psykologbehandling**



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

3.1.2 Beskrivende statistik af populationen

Baseret på målet for forhøjede tilbøjelighed inddeler vi populationen i to: Dem, der er tilknyttet en læge med færre patienter i psykologbehandling end forventet, og dem, der er tilknyttet en læge med flere end forventet. I Tabel 3.1 præsenterer vi gennemsnitlige værdier af en række baggrundskarakteristika, dels på patientniveau (blandt dem i analysepopulationen), dels på lægepraksisniveau (blandt alle patienter). Øverst i tabellen vises andelen af patienter i de to grupper, der har været i psykologbehandling under psykologordningen i udtræksåret. Som ventet ser vi en signifikant forskel i andelen for de to grupper. Vi tester, om der også er forskel i sammensætningen af de to grupper, og som det fremgår af de sidste to kolonner, finder vi kun signifikant forskel mellem grupperne i forhold til to baggrundsvariable. Dels er der lidt flere patienter fra den del af analysepopulationen, der har en læge med høj tilbøjelighed, som er i aldersgruppen 26-30 år. Dels har de lægepraksisser med høj tilbøjelighed lidt færre kvindelige patienter. Begge forskelle er dog kun på 0,5 procentpoint. Der er således ikke tegn på systematiske forskelle mellem lægepraksisser, der oftere henviser patienter til psykologhjælp, end sammensætningen af patienter tilskriver, og lægepraksisser, der sjældnere gør det.

Tabel 3.1 Baggrundskarakteristika af analysepopulationen og tilknyttede lægepraksisser opdelt på egen lægepraksis' tilbøjelighed til at henvise til psykologbehandling

Egen lægepraksis tilbøjelighed til at henvise til psykologbehandling året før (-1)				
	Tilbøjelighed under forventet niveau	Tilbøjelighed over forventet niveau	Forskel	p-værdi
Andel i psykologbehandling i år 0	0,142	0,158	0,016***	0,00
Andel kvinder	0,638	0,635	-0,004	0,21
Aldersfordeling				
18-20 år	0,094	0,094	0,000	0,80
21-25 år	0,179	0,179	0,000	0,99
26-30 år	0,178	0,183	0,005*	0,03
31-35 år	0,171	0,170	-0,002	0,48
36-40 år	0,186	0,183	-0,003	0,23
41-45 år	0,192	0,191	-0,001	0,64
Andel med højeste udd.: grundskole	0,327	0,329	0,002	0,51
Andel med højeste udd.: ungdomsuddannelse	0,387	0,383	-0,004	0,19
Andel med højeste udd.: videregående	0,286	0,288	0,002	0,45
Indlæggelse – psykiatrisk (dage)	0,318	0,348	0,031	0,12
Indlæggelse – somatisk (dage)	2,468	2,459	-0,009	0,84
Almen praksis – udgifter (DKK)	1.360,53	1.357,73	-2,80	0,71
Andel med social foranstaltning	0,040	0,039	-0,001	0,50
Andel tidligere anbragt	0,003	0,003	0,000	0,78
Disponibel indkomst året før (DKK)	174.573	174.015	-558,04	0,47
Erhvervsindkomst året før (DKK)	179.990	178.907	1083,01	0,37
På offentlig forsørgelse (år 0)	0,175	0,175	0,000	0,91
I beskæftigelse (år 0)	0,533	0,532	0,000	0,64
På sygedagpenge (år 0)	0,029	0,029	0,000	0,10
I uddannelse (år 0)	0,227	0,227	0,000	0,49
Antal patienter	56.807	54.925		
Sammensætning af patienter (alle 18-64-årige)				

Egen lægepraksis tilbøjelighed til at henvise til psykologbehandling året før (-1)				
	Tilbøjelighed under forventet niveau	Tilbøjelighed over forventet niveau	Forskel	p-værdi
- andel kvinder	0,542	0,537	-0,005*	0,04
- andel kun med grundskole	0,311	0,311	0,000	0,96
- gennemsnitsalder	32,53	32,53	0,001	0,96
- gennemsnitlig indlæggelsesdage	5,074	5,039	-0,036	0,28
- average public support (DKK)	0,856	0,857	0,001	0,19
- gennemsnitsløn (DKK)	189.254	188.698	-556,02	0,40
- andel i beskæftigelse	0,544	0,544	0,000	0,99
Gennemsnitlig antal årlige patienter 18-64 år	509,9	512,5	2,6	0,81
Antal lægepraksisser	3.851	3.735		

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

3.1.3 Lægens forhøjede tilbøjelighed og individuel brug af psykologbehandling

Inden vi undersøger, hvordan patienter påvirkes på de socioøkonomiske faktorer af at være tilknyttet læger med høj tilbøjelighed til at henvise til psykologbehandling, bliver vi nødt til at undersøge, om den enkelte patients sandsynlighed for at blive henvist til psykolog rent faktisk stiger pga. lægens tilbøjelighed.

I Tabel 3.2 ser vi på sammenhængen mellem lægens forhøjede tilbøjelighed i året før udtræksåret (år -1) og en række mål for patientens brug af psykologbehandling i udtræksåret (år 0).⁶ For alle patienter i analysepopulationen gælder det, at de ikke har modtaget psykologbehandling i året inden udtræk til analysen, og at de alle har haft en konsultation hos den samme læge året før (se metodeafsnit 7.2).

⁶ Udtræksåret (år 0) refererer til det år, patienten har en konsultation hos egen læge, der enten inkluderer samtaleterapi eller psykometrisk test. Disse år varierer fra 2014 til 2018, mens året før (år -1) varierer mellem 2013-2017.

Tabel 3.2 Forhøjet tilbøjelighed året før og individuel brug af psykologbehandling

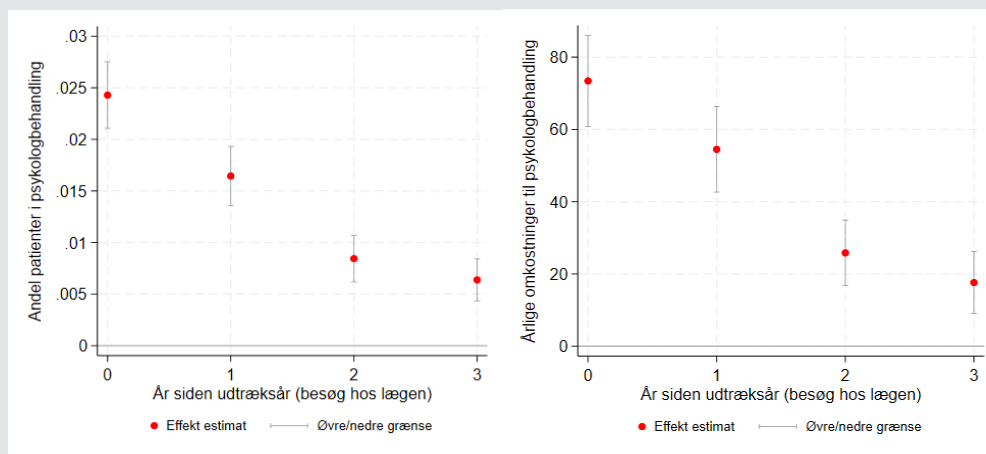
	Modtager psykologbehandling	Antal konsultationer hos psykolog	Antal konsultationer pga. angst/depression	Årlige omkostninger til psykologbehandling (DKK)
Forhøjet tilbøjelighed (t-1)	0,025***	0,154***	0,113***	75,9***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Antal inkluderede baggrundsfaktorer	65	65	65	65
Årsdummyer	ja	ja	ja	ja
Antal observationer	108.509	108.509	108.509	108.509
F	40,8	31,2	25,8	36,7

Note: P-værdier in parentes: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Som det fremgår af Tabel 3.2, stiger forbruget af psykologbehandling signifikant, jo mere tilbøjelig ens egen lægepraksis var året før til at henvise til psykologbehandling. Eksempelvis stiger sandsynligheden for at påbegynde psykologbehandling med 2,5 procentpoint, hvis lægens tilbøjelighed stiger med 1 procentpoint mere end det forventede niveau. Tilsvarende stiger antallet af konsultationer med 0,15 ved en 1 procentpoint stigning i lægens forhøjede tilbøjelighed. Vi kan således bekræfte, at der er en stærk sammenhæng mellem lægens tilbøjelighed og patientens egen sandsynlighed for at starte psykologbehandling, selv efter at vi har korrigeret for alle kendte faktorer, der kan have betydning for, at patienten påbegynder psykologbehandling.

Figur 3.2 Egen læges forhøjede tilbøjelighed og brug af psykologbehandling over tid



Note: Hver rød prik angiver en koefficient estimeret i en separat OLS-model af GP-tilbøjelighedsraten på forskellige outcome, kontrolleret for individuelle og GP-karakteristika samt år for lægekonsultation og kommunale faktorer. X-aksen er antallet af år fra lægekonsultationen på grund af et psykisk problem. Outcome er målt som gennemsnit inden for hvert år. Vandrette søjler er 95-procents-konfidensintervaller.

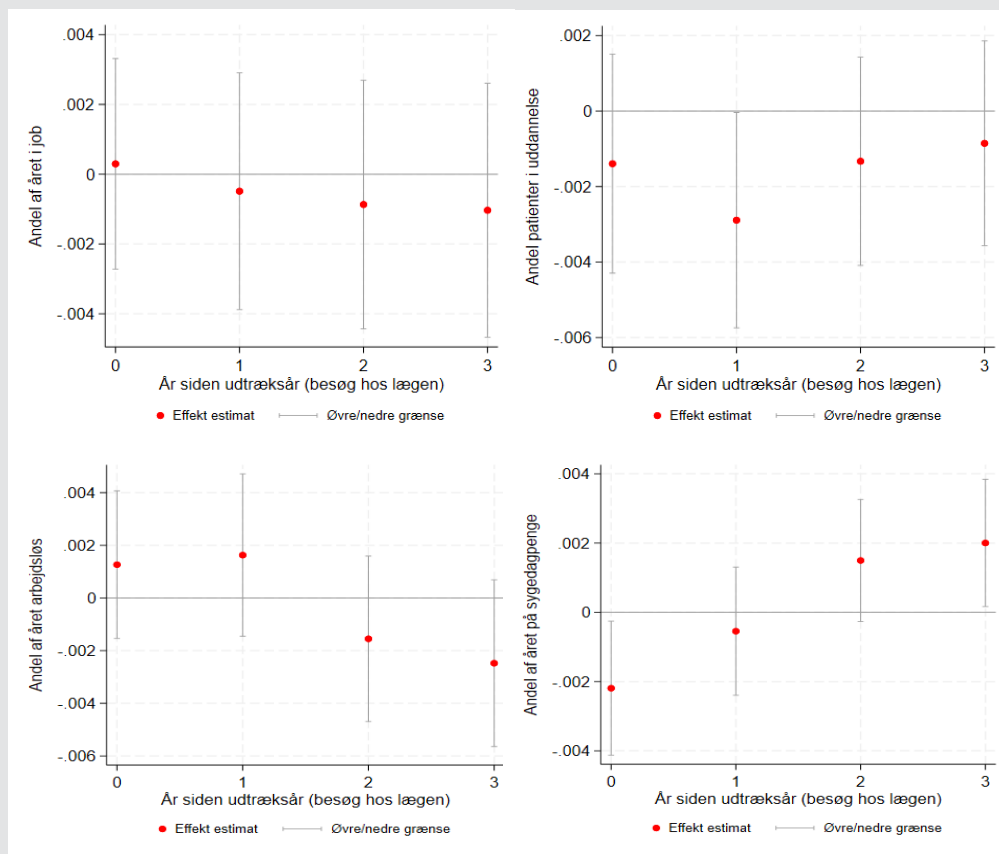
Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Figur 3.2 viser, at den positive sammenhæng mellem lægens forhøjede tilbøjelighed og patientens brug af psykologbehandling falder i størrelse, men forbliver signifikant op til 3 år efter at patienten oprindeligt besøgte lægen og enten fik foretaget en psykometrisk test eller modtog samtaleterapi.

3.1.4 Lægens forhøjede tilbøjelighed og socioøkonomiske outcomes

Figur 3.3 viser effekten af egen læges forhøjede tilbøjelighed på patientens beskæftigelse, uddannelse, ledighed og sygefravær 0-3 år efter besøg ved lægen.

Figur 3.3 Effekten af egen læges forhøjede tilbøjelighed på socioøkonomiske outcomes 0-3 år efter besøg ved lægen



Note: Hver rød prik angiver en koefficient estimeret i en separat OLS-model af GP-tilbøjelighedsraten på forskellige outcome, kontrolleret for individuelle og GP-karakteristika samt år for lægekonsultation og kommunale faktorer. X-aksen er antallet af år fra lægekonsultationen på grund af et psykisk problem. Outcome er målt som gennemsnit inden for hvert år. Vandrette søjler er 95-procents-konfidensintervaller.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

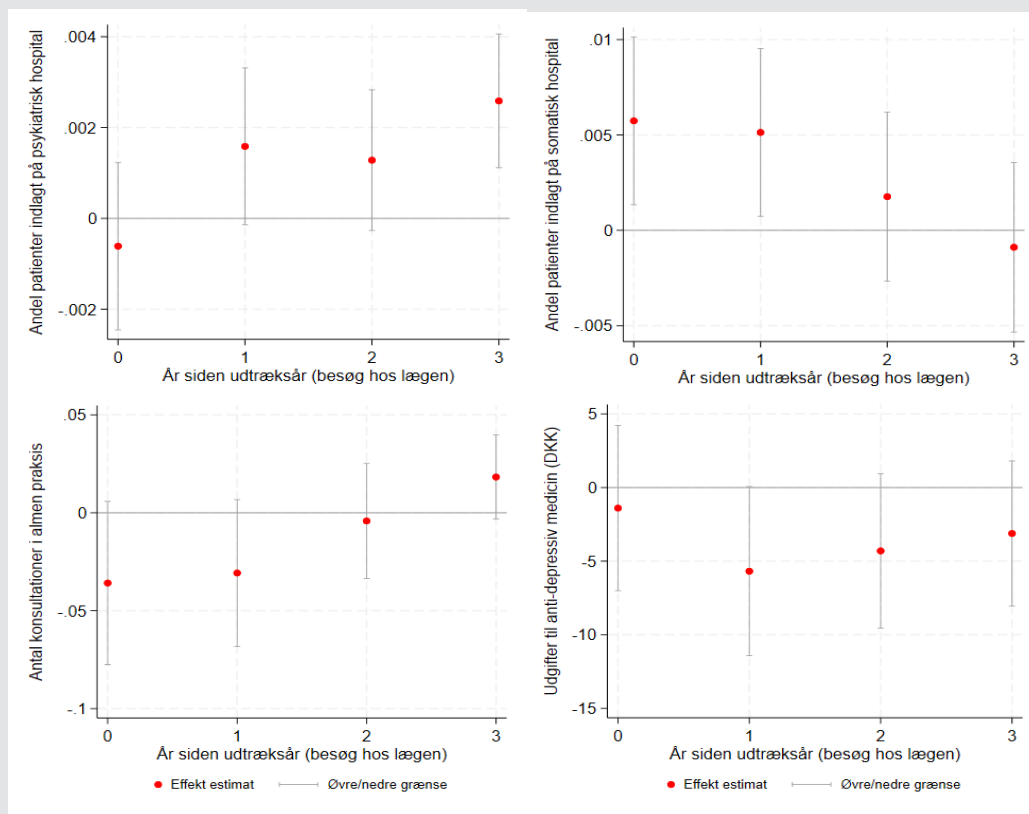
Grafen øverst til venstre viser, at der ingen signifikant sammenhæng er mellem lægens forhøjede tilbøjelighed og andelen af året, patienten er i beskæftigelse. Til gengæld ser det ud til, at patienter tilknyttet læger, der bruger psykologordningen mere end forventet, i lavere grad er i uddannelse året efter det oprindelige besøg ved lægen. Denne effekt er dog midlertidig og kan ikke længere identificeres 2 år efter. Nederst i figuren fremgår det, at effekten på ledighed ser ud til at være modsatrettet effekten på sygedagpenge. Således viser resultaterne, at patienter, hvis læge har flere patienter i psykologbehandling end forventet, har færre uger med sygedagpenge i udtræksåret, men 2-3 år efter har de flere uger med sygedagpenge. Det omvendte ser ud til at være gældende i forhold til uger med ledighed – her er effekterne blot ikke signifikante.

3.1.5 Lægens forhøjede tilbøjelighed og brugen af øvrige sundhedsydelse

I dette afsnit ser vi på, om det at være tilknyttet en læge, der i højere grad end forventet anvender psykologordningen, påvirker forbruget af andre sundhedsydelse. I øverste del af Figur 3.4 fremgår det, at patienter, hvis egen læge har forhøjet tilbøjelighed til at anvende psykologordningen, selv har større sandsynlighed for at være i kontakt med hospitalsvæsenet. Det gælder både psykiatriske indlæggelse og somatiske indlæggelse, men stigningen i de psykiatriske indlæggelse sker først året efter besøget hos lægen og er først signifikant 3 år efter. Omvendt stiger de somatiske indlæggelse kun samme år og året efter det oprindelige besøg hos lægen. Disse mønstre kunne tyde på, at læger, der henviser meget til psykologordning, også i højere grad henviser til hospitalsvæsenet, men at psykologordningen prioriteres frem for den psykiatriske hospitalskontakt, og dermed er psykologbehandling det første, der afprøves, efter at patienten konsulterer lægen med et psykisk problem. Henvisning til somatisk hospital ser ud til at ske parallelt med henvisning til psykologordningen.

Nederst til venstre i Figur 3.4 ses det modsat, at brugen af konsultationer hos egen læge falder i samme år og året efter det besøg ved lægen, der involverede psykometrisk test eller samtaleterapi. Der er altså en tendens til, at den forhøjede brug af psykologbehandling substituerer brugen af egen læge. 3 år efter det initiale besøg ved lægen ser antallet af konsultationer ved egen læge ud til at være højere hos de læger, der har forhøjet tendens til at henviser til psykologbehandling. Ingen af effekterne på brugen af egen læge er dog signifikante.

Figur 3.4 Effekten af 1 procentpoint stigning i egen læges forhøjede tilbøjelighed til henvisning til psykologordning på brug af øvrige sundhedsydelser 0-3 år efter besøg ved lægen



Note: Hver rød prik angiver en koefficient estimeret i en separat OLS-model af GP-tilbøjelighedsraten på forskellige outcome, kontrolleret for individuelle og GP-karakteristika samt år for lægekonsultation og kommunale faktorer. X-aksen er antallet af år fra lægekonsultationen på grund af et psykisk problem. Outcome er målt som gennemsnit inden for hvert år. Vandrette søjler er 95-procents-konfidensintervaller.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Den sidste graf i figuren viser effekten af at være tilknyttet en læge med højere tilbøjelighed til at henvise til psykologordningen på udgifter til antidepressiv medicin. Som det fremgår, ses der et fald i brugen af denne type medicin året efter det initiale besøg ved lægen. Effekten forbliver negativ de efterfølgende 2 år, men mindskes og er ikke længere signifikant.

3.2 Heterogene effekter

Vi har i denne rapport særlig fokus på socioøkonomiske effekter af udvidet adgang til psykologhjælp. Da disse effekter måles på beskæftigelse, ledighed og uddannelse, er

det oplagt at undersøge, om de effekter, vi finder, er afhængige af, om en patient er i beskæftigelse, ledig eller i uddannelse det år, vedkommende konsulterer sin læge med en psykisk vanskelighed. Vi opdeler derfor resultaterne efter patientens primære status i udtræksåret inden for en af følgende tre hovedgrupper: beskæftigelse, uddannelse, ledighed/sygefravær. En patient kategoriseres i den gruppe, hvor personen har hørt under de fleste af udtræksårets uger. I Tabel 3.3 fremgår det, hvor mange af årets uger patienterne i gennemsnit har været registreret inden for hver hovedgruppe. Det fremgår, at patienter, hvis primære status er beskæftigelse, i gennemsnit har været i beskæftigelse 45 uger af året og i gennemsnit har været ledig/på sygedagpenge 6 uger. Det er altså muligt, at patienter i beskæftigelsesgruppen har været sygemeldt eller ledig lige omkring besøget hos lægen, men de indgår i beskæftigelsesgruppen, da det er den tilstand, de har været i den største del af året. Blandt patienterne i uddannelsesgruppen ses et relativt stort antal uger i beskæftigelse. Det skyldes bl.a., at en person kan være registreret med både beskæftigelse og uddannelse samme uge, hvis personen er indskrevet på en uddannelse i en uge, hvor vedkommende har en lønindkomst, samtidig med at han/hun hverken modtager SU eller offentlig forsørgelse.

Tabel 3.3 Gennemsnitligt antal uger med forskellig type forsørgelse blandt patienter i analysepopulationen opdelt på primære status i udtræksåret (år 0)

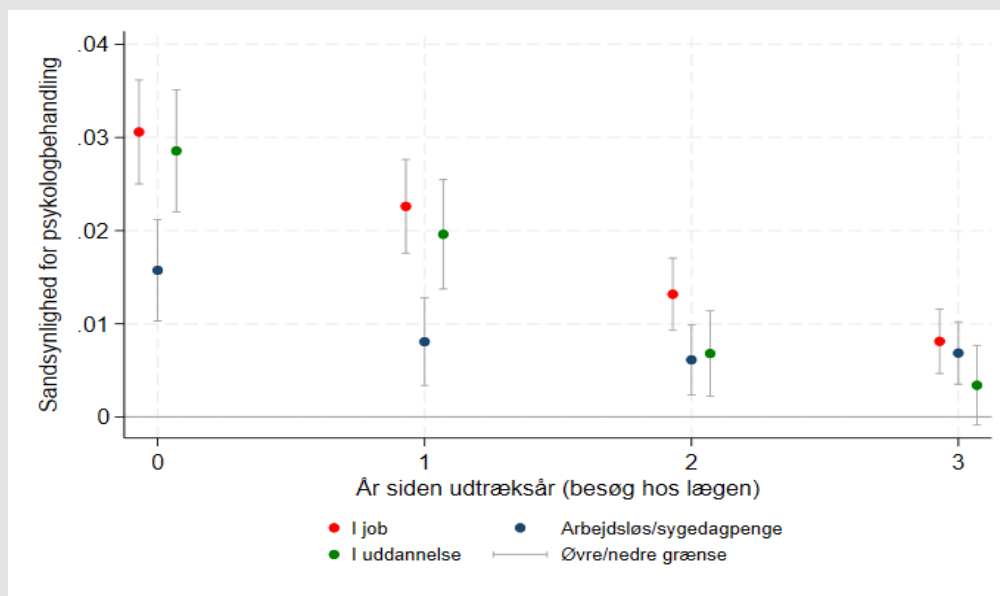
	I beskæftigelse i udtræksåret	Offentligt forsørgt i udtræksåret	I uddannelse i udtræksåret
Gennemsnitligt antal uger i beskæftigelse i år 0	44,7	4,1	13,9
Gennemsnitligt antal uger på offentlig forsørgelse i år 0	6,1	43,3	4,9
Gennemsnitligt antal uger i uddannelse i år 0	0,1	3,2	42,4
Antal patienter	38.639	34.493	31.574

Anm.: Offentlig forsørgelse inkluderer ikke SU.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Først ser vi på, om effekten af lægens forhøjede tilbøjelighed påvirker patientens efterfølgende brug af psykologbehandling forskelligt alt efter arbejdsmarkedstilknøytning i udtræksåret. Som det fremgår af Figur 3.5, er effekten af egen læges forhøjede tilbøjelighed positiv for alle arbejdsmarkedsgupper, men effekten er signifikant lavere for de ledige i forhold til patienterne i beskæftigelse eller uddannelse.

Figur 3.5 Effekten af 1 procentpoint stigning i egen læges forhøjede tilbøjelighed på sandsynlighed for egen brug af psykologbehandling. Opdelt på arbejdsmarkedsstatus i udtræksåret

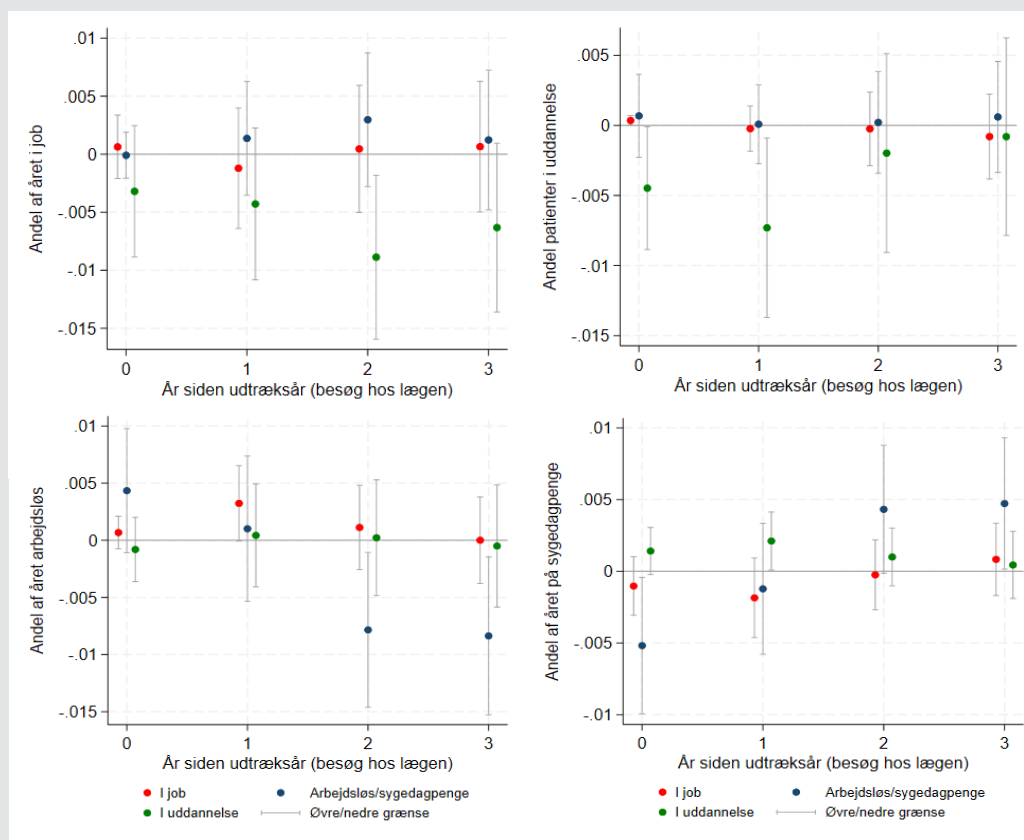


Note: Hver rød/grøn/blå prik angiver en koefficient estimeret i en separat OLS-model af GP-tilbøjelighedsraten på, om patienten har modtaget psykologbehandling, kontrolleret for individuelle og GP-karakteristika samt år for lægekonsultation og kommunale faktorer. X-aksen er antallet af år fra lægekonsultationen på grund af et psykisk problem. Vandrette søjler er 95-procents-konfidensintervaller.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Vi undersøger herefter, om de socioøkonomiske effekter er forskellige for patienter med forskellig arbejdsmarkedstilknytning. Af Figur 3.6 fremgår det, at selvom effekten på sandsynligheden for psykologbehandling ikke skiller sig ud for patienterne i uddannelse, så er det netop denne gruppe, der skiller sig ud i forhold til de socioøkonomiske effekter. Således finder vi for patienter i uddannelse, at jo mere tilbøjelig ens læge er til at henvise til psykolog, jo færre uger med job og uddannelse, og jo flere uger i sygedagpenge. Disse sammenhænge findes ikke for patienter i job eller på offentlig forsørgelse. For patienter i ledighed eller på sygedagpenge i udtræksåret ses det, at egen læges højere tilbøjelighed medfører en omfordeling af tid i ledighed til tid i sygedagpenge 2-3 år efter udtræksåret. Måske fordi den øgede brug af psykologbehandling medfører forlængelse af sygedagpengeperioden evt. via den forhøjede grad af psykiatriske indlæggelser, som vi også ser for denne gruppe (se Figur 3.7).

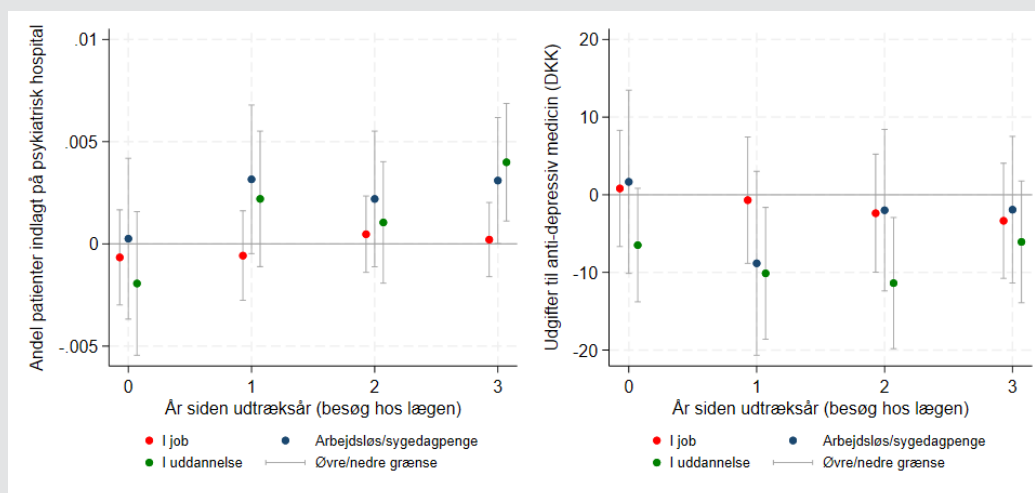
Figur 3.6 Effekten af 1 procentpoint stigning i egen læges forhøjede tilbøjelighed på socioøkonomiske outcomes. Opdelt på arbejdsmarkedsstatus i udtræksåret



Note: Hver rød prik angiver en koefficient estimeret i en separat OLS-model af GP-tilbøjelighedsraten på forskellige outcome, kontrolleret for individuelle og GP-karakteristika samt år for lægekonsultation og kommunale faktorer. X-aksen er antallet af år fra lægekonsultationen på grund af et psykisk problem. Outcome er målt som gennemsnit inden for hvert år. Vandrette søjler er 95-procents-konfidensintervaller.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Figur 3.7 Effekten af 1 procentpoint stigning i egen læges forhøjede tilbøjelighed på brug af øvrige sundhedsydelser. Opdelt på arbejdsmarkedsstatus i udtræksåret



Note: Hver rød prik angiver en koefficient estimeret i en separat OLS-model af GP-tilbøjelighedsraten på forskellige outcome, kontrolleret for individuelle og GP-karakteristika samt år for lægekonsultation og kommunale faktorer. X-aksen er antallet af år fra lægekonsultationen på grund af et psykisk problem. Outcome er målt som gennemsnit inden for hvert år. Vandrette søjler er 95-procents-konfidensintervaller.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

3.3 Konklusion på effekten af egen læges forhøjede henvisning til psykologordningen

I dette kapitel har vi undersøgt, hvilken betydning det har at være tilknyttet en lægepraksis, der i højere grad gør brug af at henvise patienter til psykologbehandling end forventet på baggrund af sammensætningen af patienter. Grunden til, at det er interessant, er, at vi finder stærke sammenhænge mellem lægens forhøjede tilbøjelighed til at anvende ordningen og en given patients sandsynlighed for selv at blive henvist til psykologbehandling. Derfor vil effekten af lægens tilbøjelighed til at henvise være et udtryk for, hvilken betydning lettere adgang til psykologbehandlingen har, fordi patienter hos læger, der henviser mere, de facto har bedre adgang til psykologhjælp end patienter, der henvises mindre. Desuden fungerer lægen som en gatekeeper med kompetence til at vurdere, om patienten skal henvises eller ej. Derfor har det stor policy relevans, hvis det viser sig at have konsekvenser for patientens socioøkonomiske outcomes at være tilknyttet en læge, der fx kun i lav grad gør brug af ordningen.

Den overordnede konklusion af analysen er, at selvom der er stærke sammenhænge mellem lægens tidligere tilbøjelighed til at henvise til psykolog og patientens egen sandsynlighed for at påbegynde psykologbehandling, så finder vi kun få socioøkonomiske effekter.

Således fandt vi, at en stigning i lægens forhøjede tilbøjelighed på 1 procentpoint medfører en stigning i sandsynligheden for at påbegynde psykologbehandling for en patient, der har besøgt lægepraksis med en psykisk vanskelighed på 2,5 procentpoint, hvilket svarer til 17 % i forhold til gennemsnittet på 0,15 for hele målgruppen.

Samtidig finder vi ingen signifikant effekt på beskæftigelsen, men en midlertidig negativ effekt på sandsynligheden for at være i uddannelse samt på længere sigt en negativ effekt på andelen i ledighed og positiv effekt på andelen på sygedagpenge, der tyder på en omfordeling af uger i ledighed til uger på sygedagpenge. Denne omfordeling ser først ud til at ske 2 år efter det lægebesøg, der førte til patientens inklusion i analysepopulationen, og svarer i grove træk til det, vi fandt i forhold til effekten af 2008-reformen.

Også i denne analyse har vi set på, om forhøjet brug af psykologordningen har medført ændringer i brugen af andre sundhedsydelser. Overordnet fandt vi indikation af, at læger, der henviser meget til psykologordning, også i højere grad henviser til hospitalsvæsenet. Tilingen af effekter tydede dog på, at psykologordningen prioriteres frem for den psykiatriske hospitalskontakt, så psykologbehandling er den første behandlingsindsats, der afprøves, efter at patienten konsulterer lægen med et psykisk problem, mens somatisk hospitalskontakt sker parallelt med psykologbehandlingen. Modsat resultaterne baseret på reformen af psykologordningen i 2008 fandt vi negative effekter (mindre forbrug) på udgifter til antidepressiv medicin. Tilsvarende fandt vi, at patienter hos læger med høj tilbøjelighed til at henvise til psykologordningen havde lavere brug af almen praksis i perioden lige efter det initiale besøg hos lægen. Dette svarer til den kortvarige negative effekt på udgifter til almen praksis, som vi fandt i analysen af 2008-reformen.

Sluttelig har vi undersøgt, om de socioøkonomiske effekter afhænger af patienternes arbejdsmarkedstilknytning i udtræksåret. Her fandt vi bl.a., at den omfordeling mellem ledighed og sygedagpenge, som vi fandt på hele målgruppen, drives af de patienter, der var ledige eller på sygedagpenge i udtræksåret. For de patienter, der var i uddannelse i udtræksåret, ses til gengæld en omfordeling mellem uddannelse eller job og sygedagpenge, således at de patienter, der har lettere adgang til psykologbehandling via egen læge, i gennemsnit har flere uger på sygedagpenge og færre uger på uddannelse eller i job end patienter med sværere adgang til psykologordningen.

4 Konklusion

De to forskellige analyser i rapporten peger på overordnet niveau i samme retning. I begge analyser ser vi tydeligt, at sandsynligheden for at modtage psykologbehandling afhænger af adgangen til psykologordningen – jo bedre adgang, jo højere brug af ordningen.

Samtidig ser vi på tværs af de to analyser ikke nogen effekter på beskæftigelsen, men en svag tendens til en negativ effekt på sandsynligheden for at være i uddannelse. I analysen baseret på lægernes tilbøjelighed så vi, at denne effekt drives af unge, der var i gang med en uddannelse, da de kontaktede egen læge på baggrund af en psykisk vanskelighed. På grund af den snævre målgruppe i analysen af reformen i 2008 kan vi desværre ikke efterprøve, om dette også gør sig gældende her.

På trods af den manglende beskæftigelseseffekt, så ser vi i begge analyser en mindre effekt på sammensætningen af offentlig forsørgelse. Analysen fra 2008 viser en stigning i sygedagpenge på kort sigt. Omvendt viser analysen af lægernes tilbøjelighed et fald i antal uger med sygedagpenge i udtræksåret og en stigning efter 2-3 år. De modsatte resultater for effekten på brugen af sygedagpenge kan meget vel skyldes sygedagpengereformen fra 2014, hvor perioden indtil borgerens ret til sygedagpenge blev sat ned fra 12 til 5 måneder (se Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2013). Det har sandsynligvis haft betydning for, hvordan øget adgang til psykologbehandling påvirker tiden på sygedagpenge.

På tværs af begge analyser finder vi til gengæld en svag tendens til, at udvidet adgang til psykologbehandling har en negativ effekt (mindre andel) på ledigheden på længere sigt. Der er dog ingen af analyserne, der finder statistisk signifikante effekter.

I begge analyser undersøger vi også, hvordan øget adgang til psykologbehandling påvirker brugen af andre sundhedsydelse. I begge analyser finder vi lavere brug af almen praksis i perioden efter det initiale besøg hos lægen. Det vil sige i den periode, hvor sandsynligheden for at modtage psykologbehandling er særligt forhøjet som følge af øget adgang. Til gengæld viser de to analyser modsatte effekter, når det gælder kontakten med psykiatrien. Her fandt vi mindre brug af psykiatrien som effekt af reformen i 2008, mens vi fandt større kontakt med psykiatrien som effekt af egen læges øgede tilbøjelighed til at anvende psykologordningen. Denne forskel skal nok tilskrives de to forskellige måder, vi opgør adgang til psykologordning i de to analyser. Det gælder særligt, når vi bruger lægernes tilbøjelighed, idet læger, der henviser meget til psykologordning, også kan tænkes i højere grad at henvise til andre dele af sundhedsvæsenet, som fx psykiatrien.

Diskussion

De to analyser af effekten af udvidet adgang til psykologbehandling med offentligt tilskud anvender forskellige strategier til identifikation af effekten. Det betyder bl.a., at analyserne baseres på forskellige målgrupper i forskellige år, hvilket gør det svært at sammenholde resultaterne direkte. Analysen af reformen i 2008 ser kun på patienter i aldersgruppen 36-39 år, hvilket bl.a. gør det svært at undersøge effekterne blandt eksempelvis en undergruppe af studerende. Derudover ligger reformen en del år tilbage, hvilket fx betyder, at reglerne for sygedagpenge har været ændret mellem de to analyser. Effekterne på de forskellige typer af offentlig forsørgelse er derfor svære at sammenligne på tværs af de to analyser.

De gennemførte analyser anvender populationer af individer, der har fået udvidet adgang til psykologhjælp, men hvor der helt sikkert i populationerne findes mange individer, for hvem psykologhjælp slet ikke er relevant inden for den betragtede periode. Det betyder, at selvom disse individer også har udvidet adgang til psykologhjælp, vil vi ikke forvente at se nogen effekt hos dem. Effekten, vi måler, er således alene hos dem, der får adgang til psykolog, men som ellers ikke ville have fået det. Denne effekt er svær at identificere, hvilket både vores og andre analyser viser. De valgte metoder identificerer klart individer, der har udvidet adgang, men de udgør stadig en mindre del af de totale populationer. Samlet set vurderer vi dog, at de valgte metoder er valide til at undersøge problemstillingen, vi skulle belyse i denne rapport.



Dokumentation

5 Redegørelse for litteratur

I dette kapitel redegøres for vores litteraturstudie af tidligere forskning, der undersøger socioøkonomiske effekter af psykologbehandling. Litteraturstudiet fokuserer på studier, der undersøger effekter i forhold til brug af sundhedsydelser samt arbejdsmarkedsdeltagelse og uddannelse. I kapitlet ses endvidere på det engelske program The Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), der ligner den danske psykologordning, mens tidligere undersøgelser af effekterne af selve psykologordningen også vil blive beskrevet. Selve litteratursøgningen har været afgrænset til publikationer fra årene 2005 til marts 2022 i relevante databaser, hvorfor fokus i dette kapitel vil være på studier udgivet i denne årrække. Der er udelukkende foretaget søgning på sprogene dansk, engelsk, norsk og svensk. I tillæg til litteratursøgningen er foretaget visse citationssøgninger, dvs. søgning af, hvilke dokumenter der citerer allerede fundne dokumenter. Dette gælder specielt for publikationer udgivet før 2005 og publikationer, der ikke vil være at finde i databaserne, som fx udgivne rapporter på området.

Selektionskriterier for inklusion i litteraturstudiet er studier, der indeholder en effektevaluering af psykologinterventioner, der ligner den, man kan få i den danske psykologordning. Effektmålene inkluderer brug af sundhedsydelser, arbejdsmarkedsdeltagelse og sygefravær samt uddannelse. Litteratursøgningen resulterede i 195 studier, bøger mv. Godt halvdelen blev sorteret fra i første screening på baggrund af titel og abstract. Den efterfølgende fuldttekstscrening resulterede i et begrænset antal studier, der både foretager en effektevaluering på baggrund af socioøkonomiske faktorer, og bygger på en intervention, der minder om den danske psykologordning. Vi inkluderede derfor også enkelte studier, hvor interventionen divergerer noget fra den danske psykologordning. Dette er fx studier, hvor interventionen er internetbaseret eller ikke er foretaget af en autoriseret psykolog, men af sundhedspersonale oplært i kognitiv adfærdsterapi. Henvisninger under den danske psykologordning kan også kun ske under specifikke henvisningsårsager. Vi har i vores litteraturreview dog også medtaget undersøgelser, der har stressramte som population, på trods af at dette ikke er en gyldig henvisningsårsag under den danske psykologordning. Vi inkluderer alle studier, der beskriver, evaluerer, kritiserer eller undersøger IAPT. I alt 32 studier er inkluderet i litteraturreviewet.

I de følgende afsnit vil blive redegjort for først fundne studier, der undersøger effekten af psykologbehandling i forhold til brug af andre sundhedsydelser, dernæst studier, der undersøger effekten i forhold til beskæftigelse og efterfølgende i forhold til uddannelse. I fjerde afsnit redegøres for litteraturen i forhold til IAPT, mens femte afsnit ser på studier, der undersøger den danske psykologordning specifikt. Kapitlet afsluttes med en opsamling.

5.1 Effekt af psykologbehandling i forhold til sundhedsydelse

I slutningen af 1960'erne og de følgende årtier fik de såkaldte cost-offset teorier fremgang i forhold til effekten af at give psykologbehandling for efterfølgende forbrug af andre sundhedsydelser. Med baggrund i dataanalyser kundgjorde Folette & Cummings (1967), at behandling af psykologiske faktorer ville kunne reducere forbrug af medicinske og kirurgiske ydelser og dermed de samlede omkostninger på sundhedsområdet (Cummings & Follette, 1968; Follette & Cummings, 1967). Adskillige følgende meta-analyser af udførte studier på området viste, at benyttelsen af psykoterapi kunne give positive afledte effekter på efterfølgende (nedsat) forbrug af andre sundhedsydelser, ikke blot relateret til psykiske problemer, men også til somatiske og fysiske lidelser (Jones & Vischi, 1979; Mumford et al., 1978; Mumford et al., 1982; Mumford et al., 1984; Mumford, & Schlesinger, 1987). Således fandt fx Mumford et al. (1978), at der i 85 % af de 85 inkluderede studier i deres meta-analyse blev fundet et nedsat sundhedsydelsesforbrug følgende psykoterapi. Også senere litteraturstudier har fundet, at psykoterapi er selvfinansierende gennem et efterfølgende lavere forbrug af somatiske sundhedsydelser og ikke-psykoterapeutiske sundhedsydelser for mentalt helbred (Eells, 1999).

I vores litteraturstudie for årene 2005 til 2022 er fundet seks publikationer, der undersøger en specifik psykoterapeutisk interventions betydning for træk på sundhedsydelser, hvoraf ét er dansk, og tre publikationer, der foretager litteraturstudier på området. Derudover inkluderes publikationer, der specifikt undersøger IAPT og den danske psykologordning, men disse præsenteres i separate afsnit senere i kapitlet.

De tre systematiske litteraturstudier, der undersøger diverse psykologiske interventioners påvirkning på brugen af sundhedsydelser, behandler forskellige patientgrupper og interventioner (Bereza et al., 2009; Bosmans et al., 2008; Mumford et al., 1982). I Mumford et al. (1982) undersøges, om psykologbehandling resulterer i færre indlæggelsesdage efter en hjerteoperation eller et hjerteanfald. Dette litteraturstudie finder på baggrund af 34 publikationer, at en psykologintervention i gennemsnit mindsker antallet af dage, patienten er indlagt, med 2 dage. Bereza et al. (2009) er et systematisk review af studier med økonomiske evalueringer af kognitiv adfærdsterapi (CBT) til patienter med generaliseret angst. Reviewet finder, at kognitiv adfærdsterapi udført af en psykolog og med dertilhørende evidensbaseret pleje resulterer i en besparelse sammenlignet med almindelig pleje. I Bosmans et al. (2008) undersøges betydningen af psykologbehandling sammenholdt med almindelig pleje eller brug af anti-depressiver til patienter med depression. Reviewet kan dog ikke drage endelige konklusioner om omkostningseffektiviteten af psykologbehandling baseret på deres inkluderede studier.

Af de seks publikationer, der undersøger en specifik intervention, behandler tre studier omkostningseffektiviteten af computer- og internetbaseret kognitiv adfærdsterapi med hensyn til forbrug af sundhedsydelse (Gerhards et al., 2010; Hedman et al., 2016; Romero-Sanchiz et al., 2017). Alle tre studier finder, at terapien er omkostningseffektiv. Dog bygger studierne på inklusion af blot hhv. 267 patienter, 158 patienter og 296 patienter.

I to publikationer af hhv. Fenger et al. (2014) og Schoenbaum et al. (2005) findes ikke et fald, men derimod en stigning, i træk på sundhedsydelse følgende psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi. Førstnævnte er et dansk studie inkluderende 761 individer (545 gennemførte behandlingen), der blev matchet med 15.220 individer som referencegruppe, hvor effekten måles før og efter behandling. I Schoenbaum et al. (2005) inkluderes 1.356 individer. Her er det dog ikke psykologer, der udfører terapien, men derimod sygeplejersker, der har deltaget i 2 dages workshop. I den sidste fundne publikation på området, udført af Joesch et al. (2012), tilbydes patienter med angst også terapi, der dog heller ikke her udføres af en autoriseret psykolog. Studiet finder, at angstbehandlingen ikke er ligeså omkostningseffektiv som almindelig behandling, men at patienterne oplevede færre angstprægede dage med behandlingen.

5.2 Effekt af psykologbehandling i forhold til beskæftigelse

De oprindelige cost-offset teorier og fokus på betydningen af psykologbehandling for sundhedsydelse er blevet udvidet med tiden. De oprindelige teorier og afledte studier er blevet kritiseret for ofte at være relativt små studier uden kontrolgrupper samt bunde i en amerikansk tilgang til sundhed med fokus på betydningen af investering i psykologbehandling for forsikringssekskabers udgifter. Senere studier af effekterne af psykoterapi har i stedet plæderet for den mere omfattende tilgang cost-effectiveness (Gabbard et al., 1997; Russell et al., 1996). Ifølge cost-effectiveness teorierne kan brugen af psykoterapi stadig have en positiv effekt på de afledte omkostninger, men hvor cost-offset reducerer effekten til blot at se på betydningen i forhold til andre sundhedsydelse, søger cost-effectiveness også at inkludere mål for kvaliteten og kvantiteten af det levede liv (Gabbard et al., 1997). Således påpeger Gabbard et al. (1997), at en økonomisk beregning af en behandling altid skal inkludere to typer af omkostninger: 1) direkte omkostninger forbundet med udgifterne til den givne behandling og 2) indirekte omkostninger associeret til tabt produktivitet grundet sygdom, handicap eller jobproblemer (Gabbard et al., 1997). Cost-effectiveness er således en model, hvor flere helbredseffekter og omkostninger

medtages, idet også indirekte omkostninger forbundet med arbejde og produktivitet iberegnes. Effekter og omkostninger, som vedrører pårørende til den behandlede, kan ligeledes være en del af beregningerne (Lazar & Gabbard, 1997). Cost-effectiveness adskiller sig således fra det lignende begreb cost-benefit, der udelukkende nedlægger en økonomisk værdi til den målte effekt. I cost-effectiveness analyser kan også forhold som kvaliteten af det levede liv eller antal leveår blive medregnet.

Undersøgelser af effekten af psykoterapi på arbejdsmarkedsdeltagelse er imidlertid sparsomme. Vores litteratursøgning finder ét Cochrane litteraturstudie samt 10 enkeltstudier på området. I flere af studierne er det primære undersøgte udfaldsmål psykisk helbred eller sundhedsudgifter, og de socioøkonomiske udfaldsmål er sekundære. Tre af studierne er danske.

I Cochrane litteraturstudiet undersøges effekten af interventioner rettet mod forbedring af arbejdsmarkedsdeltagelse for personer med depression. Her inkluderes 9 studier, der indikerer, at modtagelse af psykoterapi kan reducere antallet af dage væk fra arbejde. Yderligere 9 studier, der undersøger interventioner med tiltag rettet mod arbejdspladsen i tillæg til modtagelse af psykoterapi, finder en reduktion i antallet af dage på sygeorlov, mens to studier ingen effekt finder (Nieuwenhuijsen et al., 2020). Det påpeges imidlertid i litteraturstudiet, at tiltroen til resultaterne fra de medtagne studier er moderat til lav. De fleste af studierne baserer sig på et lavt antal deltagere, og der er begrænsninger ved design, udførelse eller afrapportering i flere studier.

Lam et al. (2013) og Lerner et al. (2015) undersøger effekten af telefonbaseret kognitiv adfærdsterapi for arbejdsmarkedsdeltagelse blandt personer med depression i hhv. Canada og USA. Begge undersøgelser finder en positiv efterfølgende selvrapporteret effekt på arbejdsperformance og arbejdsdeltagelse. Undersøgelserne bygger på hhv. 431 og 48 personer, som modtager terapien, og begge undersøgelser er randomiserede studier. Der skal nok ikke tillægges for stor værdi til det lille studie af Lam et al. (2013). Wang et al. (2007) undersøger også arbejdsmarkedsdeltagelsen blandt personer med depression. Studiet inkluderer 604 personer i USA. De undersøger en model, hvor behandling bliver sat i gang over telefon, og som derefter primært består af psykoterapi og i svære tilfælde medicin. De finder en signifikant positiv effekt på antal arbejdstimer og patientens job retention af interventionen.

Schoenbaum et al. (2005) har i tillæg til deres undersøgelse af omkostninger ved psykoterapi i forhold til andre sundhedsydelse for patienter med depression også set på effekten i forhold til antal arbejdsdage de 2 år følgende terapien. De finder, at blandt mænd øges antallet af arbejdsdage med 37 dage og for kvinder 14 dage af terapi sammenlignet med almindelig behandling. Også Gerhards et al. (2010),

Hedman et al. (2016) og Romero-Sanchiz et al. (2017) har udvidet deres undersøgelse af effekten på sundhedsydelse til at medtage produktivitetstab som en omkostning. De finder et nedsat produktivitetstab ved tildeling af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til patienter med depression.

I Knapstad et al. (2020) undersøges effekten af Prompt Mental Health Care (PMCH), den norske udgave af IAPT. De laver et lodtrækningsforsøg med 681 deltagere. De finder imidlertid ingen effekt af PMCH for arbejdsmarkedsdeltagelse.

I Bjørkedal et al. (2021) afrapporteres effekterne af IBBIS-projektet. Det danske IBBIS-projekt bestod af to lodtrækningsforsøg, hvor hhv. borgere sygemeldt med angst eller depression og borgere sygemeldt med stress blev randomiseret ind i: 1) en standardindsats, 2) en forstærket sundhedsindsats eller 3) en integreret behandlings- og beskæftigelsesindsats. Alle 3 indsatsen bestod af en sundhedsfaglig indsats og en beskæftigelsesrettet indsats. Da borgere med angst eller depression kan modtage henvisning til psykolog under standardindsatsen, gengives resultaterne for denne gruppe ikke her.

Borgere med stress kan som standardindsats tilbydes samtaleterapi hos deres praktiserende læge eller modtage hjælp gennem private tilbud som forsikringsselskaber, men ikke umiddelbart henvises til en psykolog. I den forstærkede sundhedsindsats modtog deltagere med stress-relaterede tilstande i tillæg til standardindsatsen en ekstra sundhedsfaglig indsats bestående af patient undervisningsprogrammer, stress-coaching og/eller MBSR (Mindfulness-based stress reduction). I den integrerede behandlings- og beskæftigelsesindsats øgedes den sundhedsfaglige indsats også med patient undervisningsprogrammer, stress-coaching og/eller MBSR, mens de i den beskæftigelsesrettede indsats i højere grad fik individuelt tilpasset støtte sammenlignet med sædvanlig praksis. Om end forsøget viste, at den forstærkede sundhedsindsats og den integrerede indsats gav mere tilfredse deltagere og reducerede stresssymptomerne, var standardindsatsen mere effektiv i forhold til at få deltagerne hurtigere tilbage i arbejde, en større andel tilbage i arbejde og arbejde i flere uger.

Tre af de øvrige studier har også stressramte som undersøgelsespopulation og ser på effekten af psykoterapi på stressramtes tilbagevenden til arbejdsmarkedet og sygefravær (Dalgaard et al., 2017; de Vente et al., 2008; Netterstrom et al., 2013). Alle tre studier er lodtrækningsforsøg (RCT) lavet med henholdsvis 163, 82 og 198 deltagere. Dalgaard et al. (2017) og Netterstrom et al. (2013) er danske studier, der finder en positiv effekt af kognitiv adfærdsterapi på tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Dalgaard et al. (2017) finder, at interventionsgruppen kom 4 uger tidligere tilbage på arbejde end kontrolgruppen. Netterstrøm et al. (2013) finder en større positiv effekt af interventionerne sammenlignet med en venteliste- og en kontrolgruppe. de

Vente et al. (2008) undersøger effekten af kognitiv adfærdsterapi på sygefravær og finder ingen signifikant forskel mellem deres grupper.

5.3 Effekt af psykologbehandling i forhold til uddannelse

I søgningen efter studier vedrørende psykologbehandlings effekt på uddannelse er fundet ét litteraturstudie og to enkeltstudier. Ét af studierne er dansk.

Litteraturstudiet af Baskin et al. (2010) inkluderer publikationer omhandlende psykoterapis effekt på unges akademiske udfald. Meta-analysen indeholder 83 studier fra perioden 1980-2008. De akademiske udfaldsmål inkluderer forhold som karakterer, elevens egen vurdering af deres indsats i skolen og udtalelser fra lærere vedrørende elevens præstation. Udfaldsmålene opdeles på fire områder omhandlende: 1) lærerrelateret klasseværelsesopførsel, 2) akademisk præstation, 3) akademisk skolemiljø og 4) selvrapporterede akademiske udfaldsmål. De finder positive og signifikante effektstørrelser af psykologinterventionerne for alle 4 udfaldsmål.

Vores litteratursøgning har ud over ovennævnte litteraturstudie resulteret i to studier, der foretager en økonomisk evaluering eller en effektmåling på forskellige uddannelsesudfaldsmål af psykoterapi for børn og unge.

Det første studie er et dansk studie fra 2021, der undersøger effekten af transdiagnostisk psykoterapi for bl.a. skoledeltagelse, for 396 6-16-årige med depressive symptomer eller andre adfærdsforstyrrelser (Jeppesen et al., 2021). Studiet finder en positiv signifikant effektstørrelse for forælderreporteret skoledeltagelse de for-gangne 4 uger.

Det andet studie er engelsk. Green et al. (2011) laver en økonomisk evaluering af gruppeterapiforløb for 12-17-årige, der har selvskadet mindst to gange. De udfører en cost-effectiveness analyse af data fra 304 af deltagerne, estimeret på baggrund af udgifter til sundhedsvæsenet, overførselsindkomster og udgifter til uddannelse og kriminalitet. Ifølge studiet er gruppeterapi mere omkostningseffektivt end almindelig behandling. Den almindelige behandling var imidlertid forskellig, alt efter hvilket center den unge var tilknyttet.

5.4 IAPT

Vi har i den ovenstående litteraturgennemgang valgt ikke at inkludere studier, der undersøger det engelske Improving Access to Psychological Treatment-program (IAPT) og i stedet valgt at inkludere et separat afsnit om erfaringerne herfra. I det følgende afsnit gennemgås derfor erfaringerne fra IAPT. Dette program ligner på mange områder den danske psykologordning. IAPT er et program indført af den britiske regering, hvis formål er at øge adgangen til evidens baseret psykologisk terapi til personer, der har angst eller depression (Clark, 2011). IAPT er blevet udviklet og motiveret på baggrund af klinisk forskning, der fandt evidens for, at kognitiv adfærdsterapi (CBT) er effektivt i behandlingen af netop angst og depression. Man erfarede under undersøgelserne i Storbritannien, at folk med mental sygdom, der ønskede psykologbehandling, ikke tager imod anden form for behandling såsom medicin, hvis de ikke har adgang til psykologbehandling. Derved var der en stor patientgruppe, der var underbehandlet (Layard et al., 2007).

Et hold økonomer og kliniske forskere lavede en analyse, som vurderede, at programmet ville være selvfinansierende på baggrund af de stigende samfundsudgifter som følge af depression og angst med deraf følgende velfærds-tab og sundhedsudgifter, samt at programmet kunne øge indtægterne til staten ved at få folk i beskæftigelse og øge produktiviteten (Clark, 2011). Dette førte til, at the English National Health Service (NHS) udformede nye retningslinjer til behandlerne, de såkaldte NICE guidelines. Udrulningen af programmet startede i 2008, og man forventede, at det ville være fuldt udrullet i 2021 (Clark, 2018). IAPT-ordningen har fra start, og med voksende intensitet, været orienteret bredt, når det gælder effekter. Fokus i ordningen var ikke blot på den enkelte borger, men i lige så høj grad på de samfundsgevinster, der kunne være ved en bedre social- og arbejdsmæssig integration af alle borgere. Forventningen var, at 50 % af de patienter, som fik behandling, vil blive helbredt herigennem, hvorved ordningen ville være selvfinansieret.

To studier har undersøgt, om IAPT har medført en mindre efterspørgsel efter sundhedsydelser i form af brug af akutmodtagelsen, patientbesøg og indlæggelser. De bruger begge SUS data kombineret med IAPT data. Gruber et al. (2022) estimerer ændringer i sandsynligheden for, om man efterspørger brug af hospitalsydelser. De finder et signifikant fald i brugen af hospitalsydelser for den behandlede gruppe 12 måneder efter endt behandling. Toffolutti et al. (2021) finder, at dem, der fik behandling, efterspurgte færre sundhedsydelser, og at omkostningerne derved faldt. De laver et Difference-in-Difference design og ser en tydelig divergens omkring behandlingsstart mellem den behandlede og kontrolgruppen.

Den store udgiftsminimering, man forventede afledt af behandlingen, byggede i høj grad på en forventning om, at personer uden for beskæftigelse på grund af mental

sygdom ville indtræde på arbejdsmarkedet igen (Layard et al., 2007). For at undersøge effekten på beskæftigelsen kalkulerede Layard et al. (2007), hvor lang tid det normalt tager at blive rask, overfor hvor lang tid dette ville tage under behandling. De finder, at forskellen i beskæftigelse på den raske del af arbejdsstyrken, og den del, der lider af en mental sygdom, er 23 procentpoint. De antager, at ved behandling vil denne forskel ændre sig med 60 %, således at beskæftigelsen i gruppen, der lider af mental sygdom, vil stige med 14 procentpoint, hvis de bliver helbredt. Dette leder til en forventning om en generel positiv beskæftigelseseffekt på 4 % for gruppen, der modtager behandling. Det er på baggrund af disse beregninger, at de finder en positiv bundlinje i deres cost-effectiveness analyse.

Man eftertestede senere, om programmet kunne give de forventede udfald på baggrund af en forsøgsordning i 2006 i Doncaster og Newham (Clark, 2018). Doncaster forsøgsordningen bestod primært af lav intensitetsterapi, hvilket bl.a. er opkaldt fra sundhedspersonale med 4 ugers oplæring i CBT, men ikke psykologinterventioner. I Newham foretog de primært høj intensitetsterapi, hvilket bestod af CBT og systematisk terapier (Clark et al., 2009).

Tre studier undersøger beskæftigelseseffekten med det data, der blev samlet ud fra disse studier (Clark et al., 2009; Clark, 2018; Kuhn, 2011). Beskæftigelsesdata kommer fra et spørgeskema, deltagerne skulle udfylde før og efter behandlingen. Clark (2018) finder på baggrund af de to forsøgsordninger en post-treatment effekt på en 5 %'s øgning i beskæftigelse, altså 1 procentpoint højere end den estimerede effekt. Clark et al. (2009) laver næsten den samme analyse og finder en forbedring i beskæftigelsen på 4 % ud fra data fra 445 personer i Doncaster. I en anden cost-effectiveness evaluering af Doncaster forsøgsordningen finder Mukuria et al. (2013), at sandsynligheden for, at IAPT er cost-effective, var under 40 % ud fra QALY, hvor de bl.a. har medtaget ændringer i beskæftigelse. På baggrund af de 135 patienter, der modtog beskæftigelses svar fra i Newham ordningen, fandt de en lidt større beskæftigelseseffekt på 10 % post-treatment, og at der var 6 % færre, der modtog sygepenge. De sidste 4 % lå i kategorien ikke i arbejde og modtager ikke overførselsindkomster. Kuhn (2011) brugte også data fra Newham projektet og fandt også en post-treatment effekt på 10 % øget beskæftigelse, de gjorde det dog ud fra færre observationer, blot 88.

En anden udgave af programmet, der også er blevet evalueret, er integrated-IAPT⁷ (Toffolutti et al., 2021). I artiklen analyseres IAPT data for folk, der både har angst eller depression og en somatisk sygdom⁸ fra tre amter i Storbritannien. Den del af

⁷ Integrated-IAPT beskriver det program, der er lavet til folk med kombinationen af depression eller angst og en af de somatiske sygdomme.

⁸ Astma, KOL, andre luftvejslidelser, hjerte-kar-sygdomme, kronisk træthedssyndrom, kronisk muskuloskeletale tilstand (MSD), comorbid diabetes (både type 1 og type 2), fordøjelseskanalens tilstand, epilepsi, hudsygdomme og "andet".

analysen, der omhandler sandsynligheden for at komme i beskæftigelse, er lavet på baggrund af selverklærede svar fra 596 individer med forskellige opstartstidspunkter, således at dem, der startede 3 måneder senere, kunne bruges som kontrolgruppe. Toffolutti et al. (2021) finder, at sandsynligheden for at komme i beskæftigelse steg med 8,44 % efter at have deltaget i Integrated-IAPT.

Wakefield et al. (2021) finder i deres litteraturreview og meta-analyse over praksisbaserede IAPT-studier, at der er konsistens i de betydelige post-effekter af interventionerne for depression, angst og funktionsnedsættelser. De finder endvidere, at IAPT giver moderate effekter i forhold til arbejde og social velfærd.

I de senere år er der imidlertid opstået kritik af ordningen og i særdeleshed den påståede succes heraf. Der sættes spørgsmålstegn ved, om ordningen er selvfinansierende, og om den påståede økonomiske rentabilitet holder (Marks, 2018; Scott, 2018). Således finder fx Scott (2018), at kun ca. 9,2 % af patienterne, der får behandling gennem IAPT, helbredes. Et tal, som er langt fra de forventede 50 %.

En 10-års evaluering af studier af programmet af Kellett et al. (2021) bemærker, at den store andel af patienter, der ender med at droppe ud af behandlingen, inden den er gennemført, gør, at det data, man har til rådighed, har stor risiko for at lide af bias. De finder i deres evaluering, at 42 % af de studier, de har inkluderet, har medium til stor risiko for at lide af bias (Kellett et al., 2021).

Pickersgill (2019) undersøger holdningen blandt praktikerne. På baggrund af interviews med psykologer finder de, at flere er kritiske overfor manualiseringen af psykologinterventioner. Dertil kritiseres IAPT og NICE for at bygge på meget systematiseret behandling og udfaldsmål, således at alt kan måles og vurderes, for at der kan laves cost-effectiveness analyser af programmet. Flere psykologer mener, at behandlingen er for ensrettet, rigid og ikke udviklet for at forbedre befolkningens velbefindende, men for at sænke statens udgifter til sundhedsydelse og overførselsindkomster.

Kritikken af programmets rigiditet og økonomiske fundament er at finde flere steder. Hele præmissen om, at programmet kan betale for sig selv, udfordres i Gutkind (2020) kapitel 8; bl.a. finder forskellige studier, at der er usikkerhed om, hvorvidt IAPT virkelig er omkostningseffektivt. De understreger også, at det indsamlede data af NHS ikke tyder på en overbevisende effekt af programmet, da det bliver "modsvaret" af, at flere også falder ud af beskæftigelse på grund af mental sygdom. Det store pres på programmet har været med til at skubbe til udviklingen med, at sundhedspersonalet i større grad bliver sygemeldt med stress. Fra 2012/13 til 2016/17 steg antallet af stressramte fx med 22 %, og dette har været med til, at sundhedspersonalet har mindre tiltro til programmet (Gutkind, 2020).

Den fornyede kritik åbner op for en debat om udformningen af IATP og ordningens resultater. Samtidig påpeger flere af kritikerne imidlertid også, at deres resultater peger på et øget behov for mere dybdegående analyser, hvor der fx også tages højde for, at ordningen dækker over forskelligartede tilbud (Steen, 2020).

5.5 Den danske psykologordning

I vores litteraturstudie har vi fundet én publikation, der undersøger effekterne og omkostningseffektiviteten af den danske psykologordning. Det er "Revisiting Offsets of Psychotherapy Coverage" af Serena (2021). I publikationen udnyttes aldersudvidelsen af psykologordningen i 2008, hvorved kausalitet kan undersøges. Serena bruger aldersbegrænsningen på 38 år for henvisning med depression og angst som et naturligt eksperiment. Aldersbegrænsningen blev fjernet i 2012, hvorfor hovedanalysen i publikationen beskæftiger sig med perioden 2000-2011. Serena motiverer sin undersøgelse som en undersøgelse af the Offset hypothesis⁹. Han viser vha. difference-in-difference og regression discontinuity, at psykoterapi reducerer brug af andre tilbud i forhold til mentalt helbred, brug af sundhedspleje for fysiske sygdomme samt antal selvmordsforsøg.

Overordnet set reducerer psykologordningen brug af sundhedsydelser for somatiske lidelser, men det er hovedsageligt på kort sigt. Der ses en let øgning i antal lægebesøg ved brug af psykologordningen, mens besøg hos speciallæger, brug af medicin for somatiske lidelser, bortset fra antidepressiver, og antal somatiske hospitalskontakter falder, ifølge Serena (2021). De største besparelser ses således på fald i kontakten mellem patienterne og hospitalerne. Det er dog kun i det første kvartal efter en traumatisk livsændring, at der ses en lavere grad af somatiske hospitalskontakter for gruppen, der har været en del af psykologordningen. Derudover reduceres forekomsten af selvmordsforsøg med 20 %. Antal af selvmordsforsøg falder specielt for de yngre aldersgrupper. Effekterne er størst for kvinder, som dog også har højere sandsynlighed for at udvikle angst og depression.

Reduktionen i efterspørgsel efter sundhedsydelser relateret til både mentalt og fysisk helbred er stor nok til, at ordningen er selvfinansierende, ifølge Serena.

Serena finder derimod ingen *betydelig* effekt på beskæftigelsesgrad, sygeorlov eller tilkendelse af førtidspension. Der observeres dog en kortsigtet effekt på beskæftigelsen, der stiger for behandlingsgruppen, men den forsvinder på lang sigt. I tråd

⁹ At en sundhedsforsikring, der dækker psykoterapi, finansierer sig selv pga. reduktion i brugen af andre sundhedsydelser og forbedrede arbejdsmarkedsudfaldsmål. Dette er et af hovedargumenterne for IAPT.

med dette finder Serena en negativ effekt for førtidspension de første 2 år, som herefter forsvinder.

Kruse et al. (2020; 2022) bruger også data fra den danske psykologordning til en analyse af forsøget med den vederlagsfri ordning for 18-20-årige i 2018-2019. De finder, at indførelsen af vederlagsfri psykologbehandling for angst og depression (henvisningsårsag 10-11) har medført en betydelig stigning i brugen af psykologhjælp blandt de 18-20-årige. De anvender en difference-in-differences metode og bruger 16-17-årige og 21-23-årige som kontrolgruppe.

Kruse et al. (2020) finder ingen signifikant påvirkning af brugen af behandlingspsykiatrien efter udvidelsen, men de konkluderer også, at den øgede aktivitet for de 18-20-årige ikke ser ud til at øge ventetiden på psykologbehandling.

I artiklen fra 2022 finder de samme forfattere desuden en lille, men signifikant negativ effekt på antal selvmordsforsøg.

5.6 Opsamling

Overordnet tyder vores litteraturstudie på, at psykologbehandling har en positiv effekt på nedsat forbrug af andre sundhedsydelse. En overvægt af de inkluderede studier finder således, at psykologbehandling fører til lavere brug af andre sundhedsydelse. De fundne studier bygger imidlertid på meget forskelligartede interventioner og målgrupper. Derudover lider studierne generelt under at bygge på meget små populationer. Der er således opstået en vis kritik af studier over de estimerede effekter af psykologbehandling. Nyligere udgivelser mener at kunne vise en overestimation af effekterne grundet forhold som publikations bias, netværksalliancer samt mangler ved studiedesigns (Leichsenring et al., 2019).

Lignende problematikker ser ud til at ramme resultaterne angående effekten i forhold til beskæftigelse og uddannelse. Antallet af fundne studier omhandlende dette emne er meget begrænset. I studierne er effekten i forhold til beskæftigelse og uddannelse ofte heller ikke hovedudfaldsmålet, men inkluderes som et sidemål. De fleste studier finder en effekt, mens enkelte ikke gør.

Det må imidlertid overordnet set lægges til vægt, at Serena (2021) finder positive effekter i forhold til sundhedsydelse, og at han på baggrund heraf konkluderer, at psykologordningen ser ud til at være selvfinansierende.

6 Beskrivende statistik om brugerne af psykologordningen

I dette kapitel fremlægges en kvantitativ kortlægning af brugen af psykologordningen.

I kortlægningen ses på aktivitet under og brug af psykologordningen, og der fremlægges en sociodemografisk beskrivelse af brugerne af ordningen. Endelig er fokus på ændringer i ordningen og deres betydning for anvendelsen af ordningen. Kortlægningen bygger på oplysninger fra de danske dataregistre.

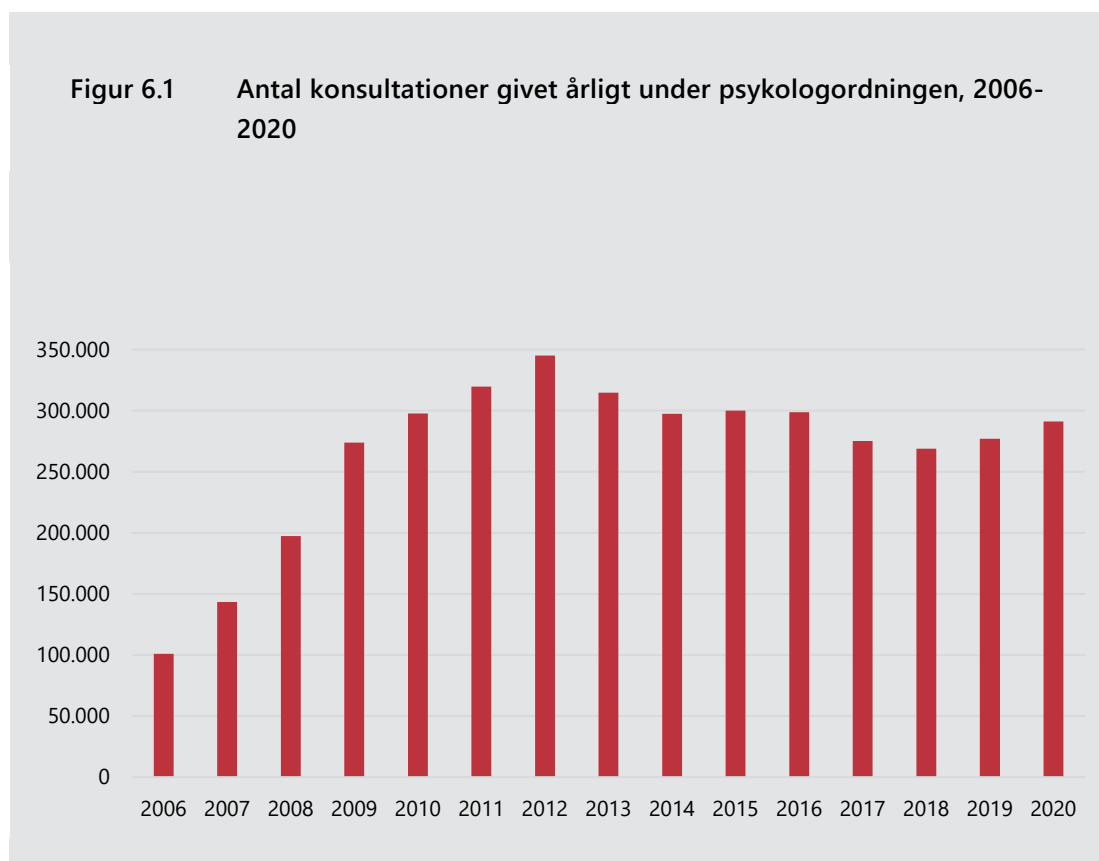
Boks 6.1 Data og metode i den beskrivende statistik

Analyserne i dette kapitel er baseret på et kvantitativt analysedesign med beskrivende analyser. Datagrundlag er de danske data registre med oplysninger om den danske befolkning. Anvendte registre er: Befolkningen, Uddannelser (BUE), Indkomst, Komprimeret Elevregister, DREAM, BUFO, BUAS, Landspatientregisteret og sygesikringsregisteret med oplysninger om brug af sundhedsydelse. Data dækker i årene 2006 til 2020, og kun personer i alderen 18-45 år er medtaget i analyserne. Vi har begrænset populationen til denne aldersgruppe, da de udvidelser af ordningen, som vi anvender i effektmålingen, kun sker for patienter i denne aldersgruppe.

6.1 Aktivitet under psykologordningen

I dette afsnit ses på aktiviteten under psykologordningen. Der ses på, hvor mange konsultationer der er givet under ordningen, og hvor mange brugere der har benyttet sig af ordningen. Der ses på årene 2006 frem til 2020, hvortil vi har data, og kun personer i aldersgruppen 18-45 år er medtaget i analyserne. Analyserne er derfor ikke fuldt dækkende for den samlede aktivitet under ordningen, selvom langt det meste af ordningen er dækket.

6.1.1 Antal konsultationer givet under psykologordningen



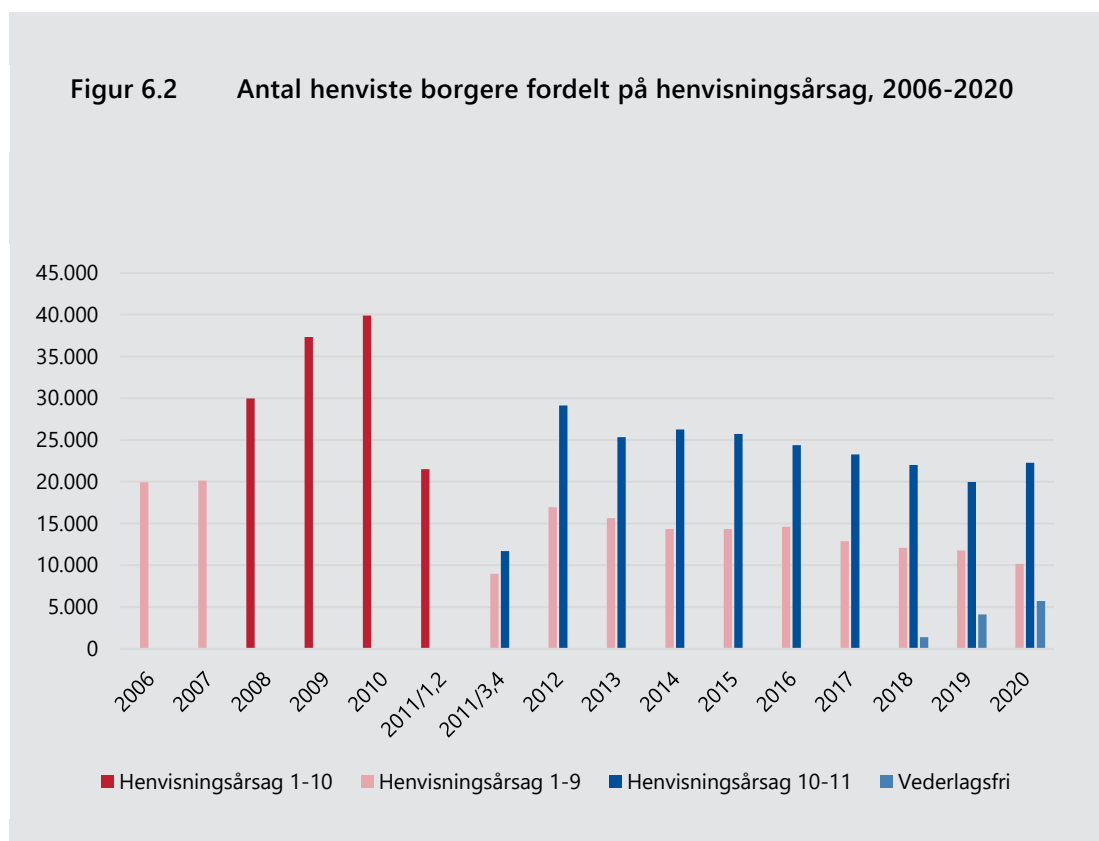
Anm.: Dækker personer i alderen 18-45 år.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik

Figur 6.1 viser antallet af årlige konsultationer givet under psykologordningen i årene 2006 til 2020 for aldersgruppen 18-45 år. I 2006 blev der ydet ca. 100.000 konsultationer under ordningen. Dette tal steg støt de følgende år for at toppe i 2012 med ca. 345.000 konsultationer. Herefter var der et lettere fald frem til 2018. I 2020 blev der givet ca. 291.000 konsultationer under ordningen. Som nævnt i afsnit 1.3, hænger en stor del af udviklingen i antal givne konsultationer sammen med ordningens udformning med udvidelser i 2008 (henvisningsårsag 10) og 2011 (henvisningsårsag 11) samt udvidelse af de dækkede aldersgrupper. I 2018 tilføjedes de vederlagsfrie henvisninger for de yngste aldersgrupper, hvorefter der igen ses stigninger i antallet af givne konsultationer. Faldet i 2013 og de følgende år kan dog ikke umiddelbart forklares af ordningens udformning.

Udviklingen i årlige brugere (se Figur 1.1) af ordningen følger i høj grad antallet af givne konsultationer.

6.1.2 Henvisningsårsag



Anm.: Henvisningsårsag 10 udskilles først fra henvisningsårsag 1-9 i juli 2011 i vores data, hvor henvisningsårsag 11 kommer til. Derfor er henvisninger under henvisningsårsag 10 inkluderet under henvisningsårsag 1-9 i årene 2006- juni 2011 i grafen. Henvisningsårsagskoder: 1 & 2: ofre for røveri, vold, voldtægt, trafikulykke eller andre ulykker, 3 & 5: pårørende til alvorligt psykisk syge personer eller personer ramt af alvorligt invaliderende sygdom, 4: ramt af alvorligt invaliderende sygdom, 6: pårørende ved dødsfald, 7: selvmordsforsøg, 8: provokeret abort efter 12. graviditetsuge, 9: udsat for incest eller andre seksuelle overgreb, 10: let til moderat depression, 11: let til moderat angst, herunder OCD.

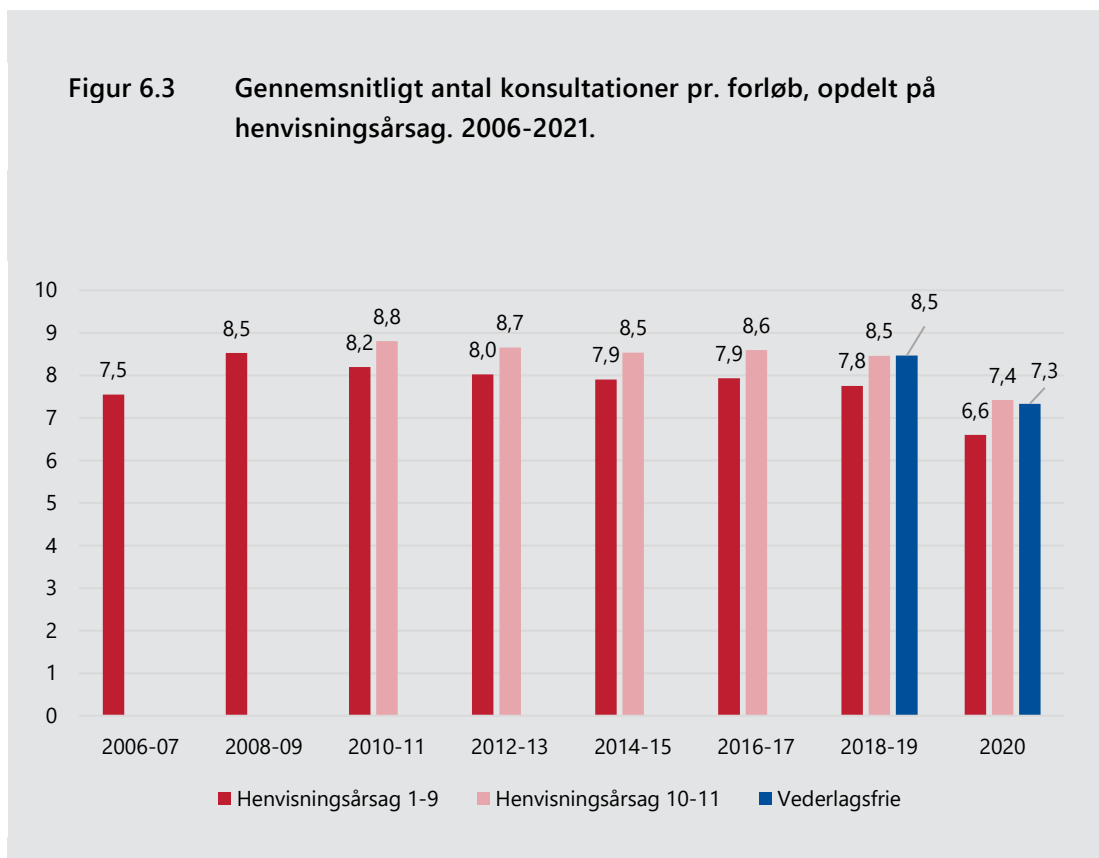
Dækker personer i alderen 18-45 år. Konsultationer uden henvisningsårsag er ikke med i figuren.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Figur 6.2 viser, hvilke henvisningsårsager de 18-45-årige borgere er henvist under i årene 2006-20. I perioden 2006 til juni 2011 er det ikke muligt at differentiere henvisningsårsager, idet henvisninger på henvisningsårsag 10 ikke adskilles fra henvisningsårsagerne 1-9 før 3. kvartal af 2011. Efter denne dato adskilles henvisningsårsag 10 (depression) og 11 (angst) fra henvisningsårsag 1-9, og det er tydeligt, at andelen henvist under disse to henvisningsårsager er betydelig. Denne andel udgør således over 60 % i årene 2012-17. Efter at de vederlagsfri henvisninger under årsag 10 og 11 bliver indført fra 2018, er andelen af borgere, der henvises under den vederlagsfri ordning, steget fra ca. 4 % til 15 % over de følgende 3 år.

6.1.3 Gennemsnitligt antal konsultationer per forløb

I dette afsnit ses på det gennemsnitlige antal konsultationer ydet pr. forløb hos psykologen opdelt på hhv. henvisningsårsag 1-9, 10-11 samt vederlagsfri konsultationer.



Anm.: Henvisningsårsag 10 udskilles først fra henvisningsårsag 1-9 i juli 2011 i vores data, hvor henvisningsårsag 11 kommer til. Derfor er henvisninger under henvisningsårsag 10 inkluderet under henvisningsårsag 1-9 i årene 2006- juni 2011 i grafen. Henvisningsårsagskoder: 1 & 2: ofre for røveri, vold, voldtægt, trafikulykke eller andre ulykker, 3 & 5: pårørende til alvorligt psykisk syge personer eller personer ramt af alvorligt invaliderende sygdom, 4: ramt af alvorligt invaliderende sygdom, 6: pårørende ved dødsfald, 7: selvmordsforsøg, 8: provokeret abort efter 12. graviditetsuge, 9: udsat for incest eller andre seksuelle overgreb, 10: let til moderat depression, 11: let til moderat angst, herunder OCD.

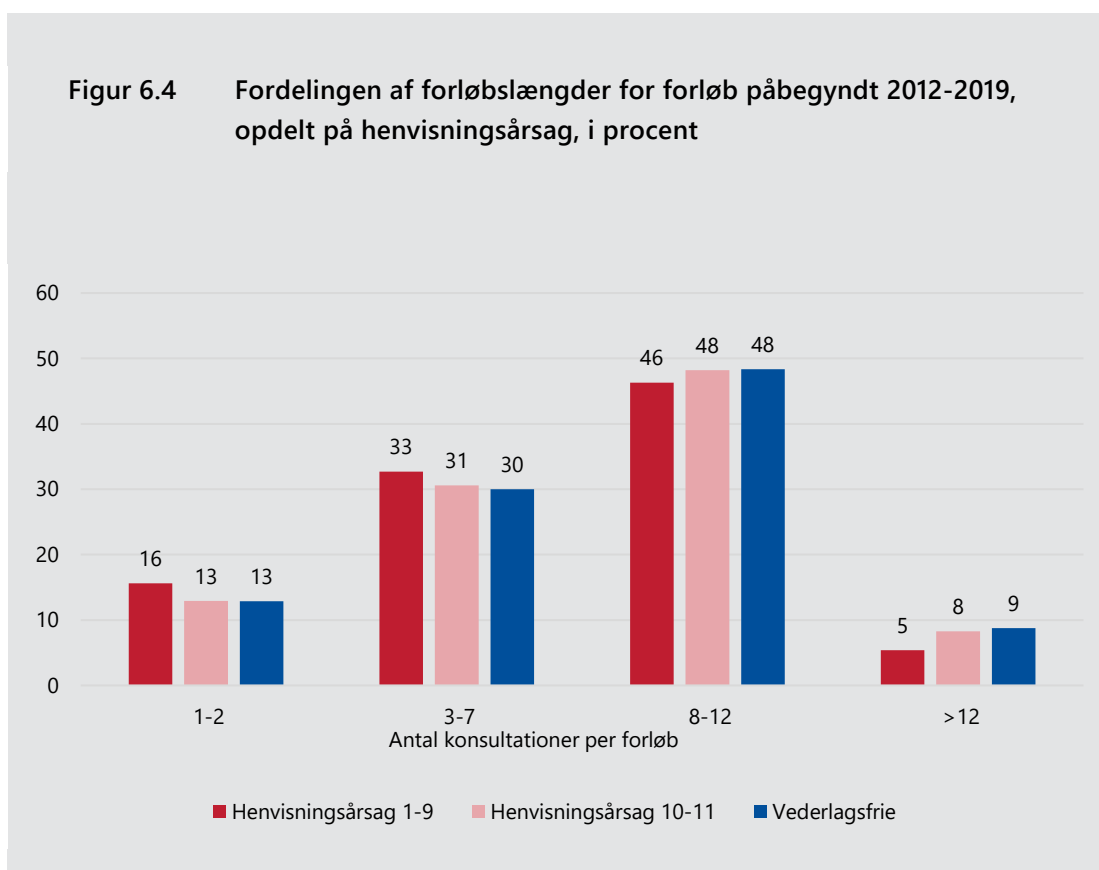
Konsultationer uden henvisningsårsag er ikke med i figuren. Antal konsultationer tælles i det år, forløbet starter (registrering af første henvisning).

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Ses der på forløb ydet under henvisningsårsag 1-9, har det gennemsnitlige antal konsultationer pr. forløb været relativt stabilt over årene, om end med et lettere fald gående fra 8,5 konsultationer i gennemsnit i 2008/2009 til 7,8 konsultationer i gennemsnit i 2018/2019, jf. Figur 6.3. En del af dette fald skyldes, at patienter under henvisningsårsag 10 (let til moderat depression), der starter deres forløb mellem januar 2008 og juni 2011, indgår under henvisningsårsag 1-9, hvilket sandsynligvis har trukket gennemsnittet for denne henvisningsgruppe op. Forløb under henvisningsårsag 10-11 er i gennemsnit lidt længere end forløb under henvisningsårsag 1-9

med ca. 0,7 konsultationer mere pr. forløb. Forløb under de vederlagsfri henvisninger har i gennemsnit ca. samme længde som forløb under henvisningsårsag 10-11. De færre konsultationer pr. forløb påbegyndt i 2020 skyldes, at vi ikke har data efter 2020, hvilket betyder, at vi ikke kan inkludere alle konsultationer i de forløb, der ikke var afsluttet ved udgangen af 2020.

Et gennemsnitligt antal konsultationer kan imidlertid dække over meget forskellige fordelinger på de individuelle forløbslængder. I Figur 6.4 ses derfor en fordeling på forskellige forløbslængder alt efter henvisningsårsag.



Anm.: Konsultationer uden henvisningsårsag er ikke med i figuren.

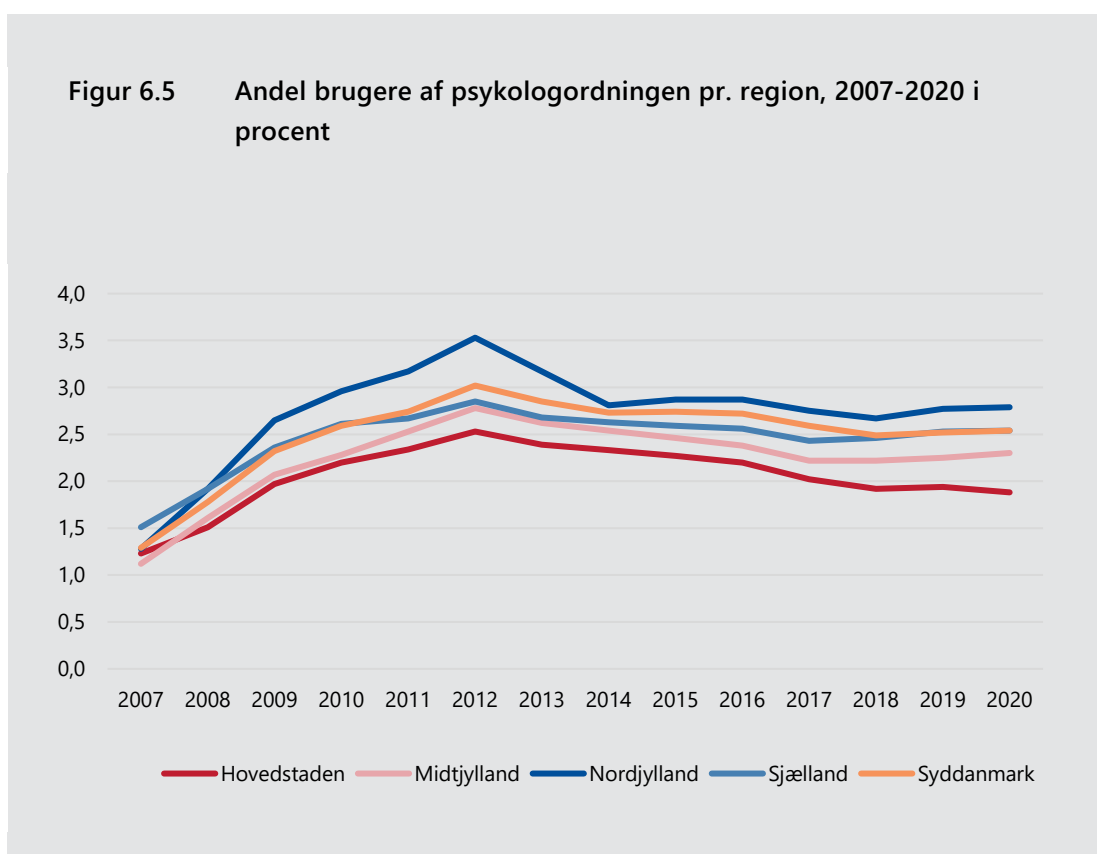
Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Det fremgår af figuren, at ca. halvdelen af forløbene ligger på mellem 8-12 konsultationer pr. forløb uanset henvisningsårsag, mens omkring en tredjedel ligger mellem 3-7 konsultationer. En lidt større andel af forløb under henvisningsårsag 1-9 har under 8 konsultationer – 49 % mod 43-44% for de øvrige henvisningsårsager, men ellers er der en meget ensartet fordeling på tværs af henvisningsårsagerne.

6.1.4 Antal konsultationer fordelt på geografi

I Figur 6.5 vises andelen af borgere, som har anvendt psykologordningen mellem 2007 og 2020 i hver region. Andelene følger det overordnede mønster for antal givne konsultationer (se Figur 6.1) med de laveste andele i starten af perioden og en stigende tendens frem mod 2012, herefter fald og stagnering frem mod 2018 og lettere opadgående andele de seneste år.

Bortset fra 2007 er andelene højest i Nordjylland gennem årene, mens de er lavest i Region Hovedstaden. Således ses den største ændring i Region Nordjylland mellem 2007 og 2012 med en stigning i andel borgerne, der brugte psykologordningen, fra 1,3 % i 2007 til 3,5 % i 2012.

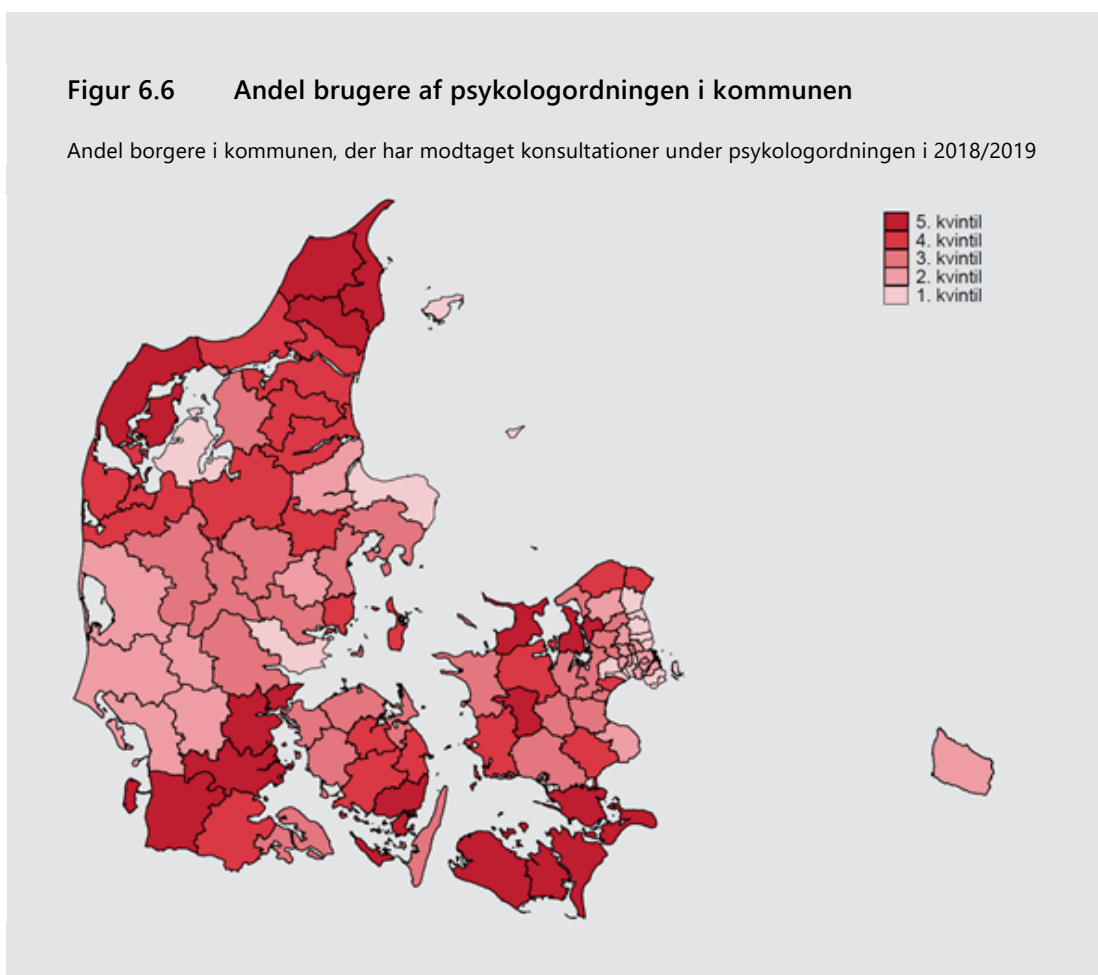


Anm.: De nuværende 5 regioner blev oprettet i 2007 som en del af strukturreformen. Derfor er 2006 ikke medtaget i grafen.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

I Figur 6.6 vises andelene af borgere i hver kommune, der har gjort brug af psykologordningen i 2018/2019, opdelt i kvintiler. De lyseste farvede kommuner tilhører laveste kvintil, hvor mellem 1,1 og 2,0 % af borgerne har gjort brug af psykologordningen, mens de mørkest farvede kommuner tilhører den højeste kvintil, hvor mellem 2,8 og 4,3 % af borgerne har gjort brug af psykologordningen i 2018/2019. Som

også Figur 6.5 viste, ser kommunerne i hovedstadsområdet ud til generelt at have lavere andele af borgere, der bruger psykologordningen i de pågældende år, mens andelen i kommunerne i Nordjylland, Sønderjylland og på Lolland-Falster er højere.



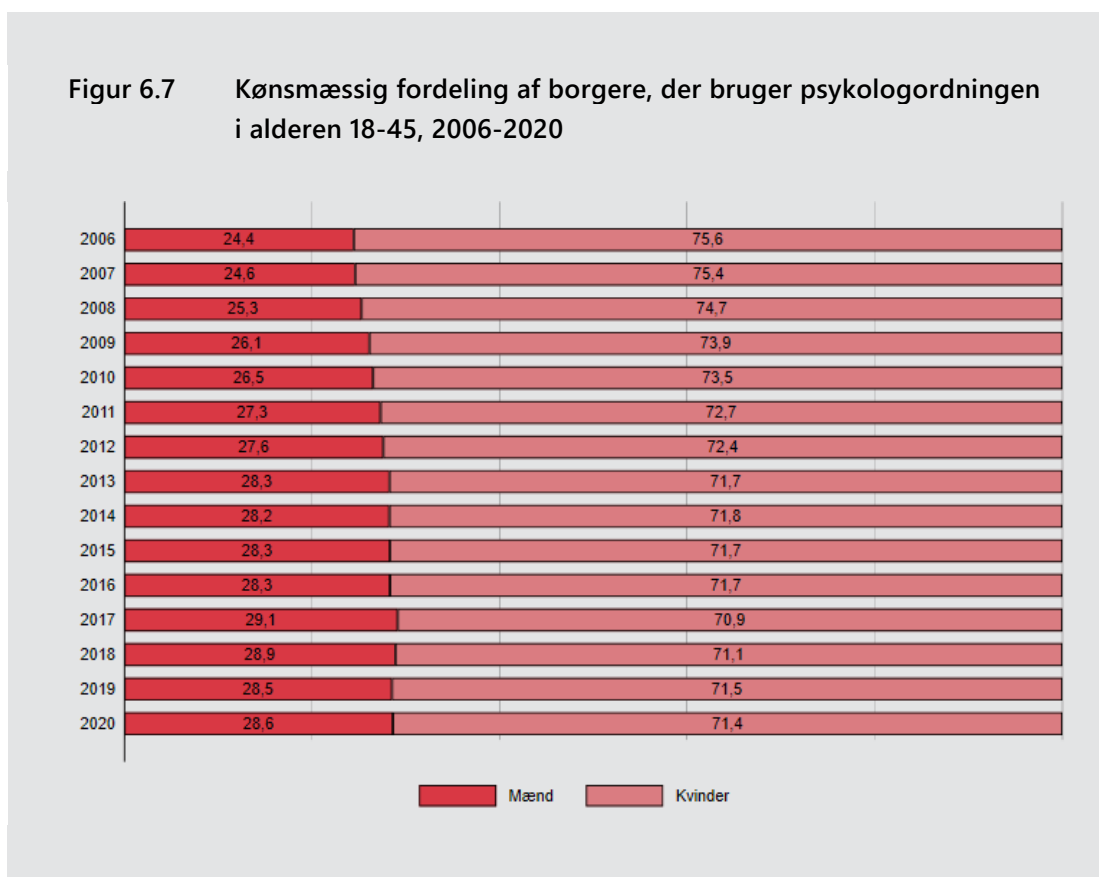
Note: 1. kvintil [1,1-2,0 %], 2. kvintil [2,0-2,3 %], 3. kvintil [2,3-2,6 %], 4. kvintil [2,6-2,8 %], 5. kvintil [2,8-4,3 %].

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

6.2 Hvem bruger psykologordningen?

I dette afsnit ses på den sociodemografiske profil af brugerne af psykologordningen. Udelukkende personer i aldersgruppen 18-45, der har brugt ordningen i 2006-2020, er medtaget i analyserne. Hvert individ indgår maksimalt én gang pr. år i de år, de modtager konsultationer under psykologordningen – medmindre det specifikt er angivet, at vi ser på antal konsultationer.

6.2.1 Brugere fordelt på køn



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

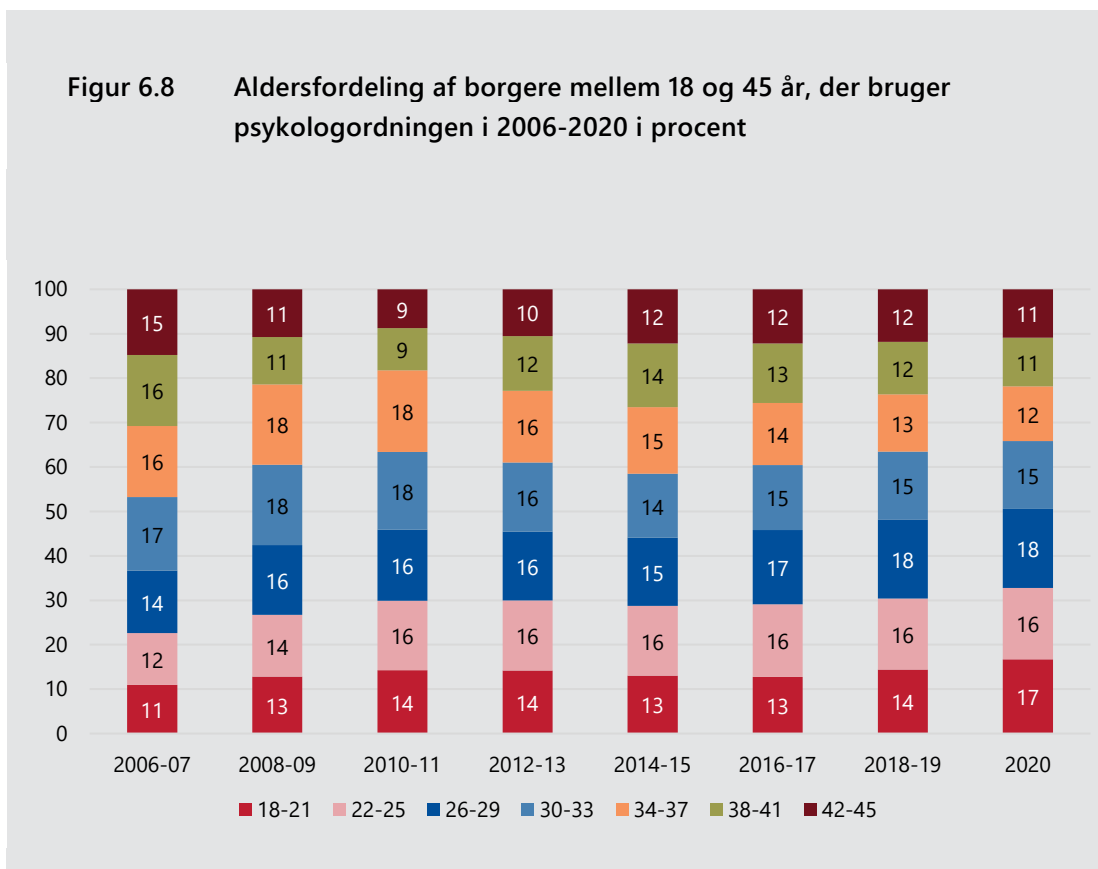
Kvinder udgør ca. trefjerdedele af brugerne af psykologordningen på tværs af alle år. Der er dog en tendens til, at andelen af mænd stiger let over årene, fra 24,4 % mænd i 2006 til 28,6 % i 2020. Kvinders større brug af sundhedsydelser, herunder brug af mentale sundhedsydelser samt prævalens af psykiatriske diagnoser sammenlignet med mænd, er velkendt. Tidligere undersøgelser har, som også vores data viser, fundet stigninger i andelen af mænd, der anvender mentale sundhedsydelser, over tid (Andersen et al., 2020).

6.2.2 Brugere og aldersfordeling

Figur 6.8 viser, hvor store andele forskellige aldersgrupper udgør blandt de borgere, som har fået en konsultation under psykologordningen, samt udviklingen i aldersfordelingerne inden for gruppen af 18-45-årige. For at lette fremstillingen er analyserne foretaget på opdeltede aldersgrupper, der hver udgør et spænd på 4 år. Gennem årene udgør de midterste aldersgrupper de største procentandele, mens de

Yngste og ældste udgør forholdsvis andele. Dog er der sket et generelt skift gennem årene, hvor de yngste aldersgrupper udgør større og større andele. Således er fx de 18-21-årige gået fra at udgøre 11 % af dem, der har brugt psykologordningen i 2006/2007, til at de i 2020 udgør 17 %. Dette hænger formodentlig tæt sammen med fremkomsten af den vederlagsfri ordning.

Figur 6.8 Aldersfordeling af borgere mellem 18 og 45 år, der bruger psykologordningen i 2006-2020 i procent



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

6.2.3 Brugere fordelt på uddannelsesniveau

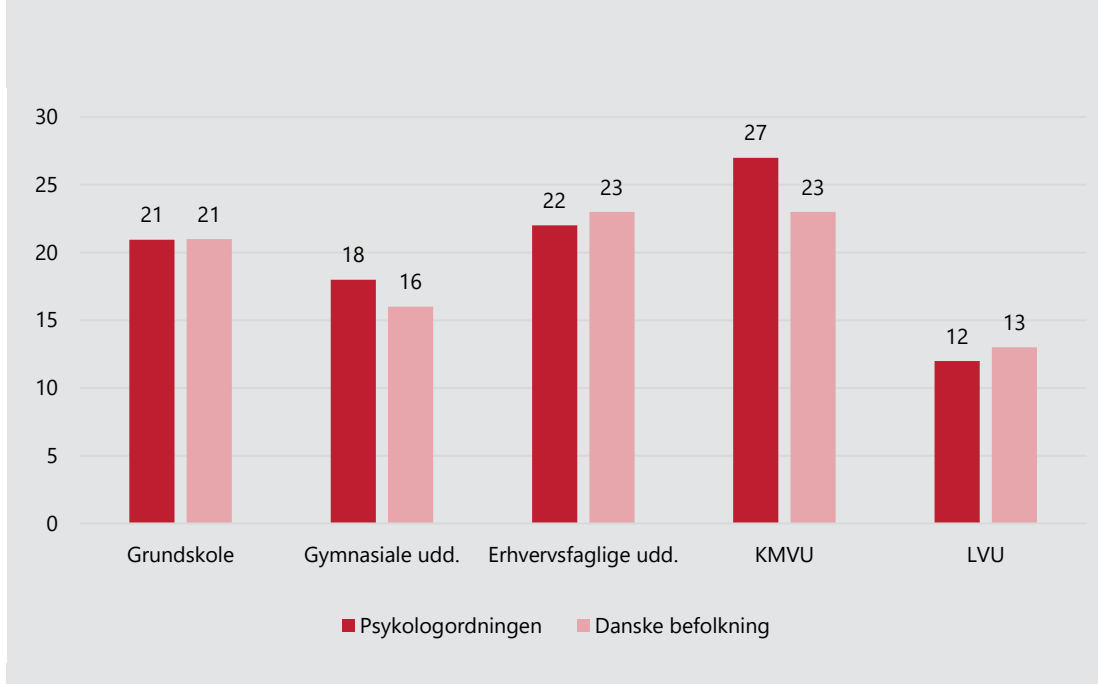
I det følgende ses på den uddannelsesmæssige profil på brugerne af psykologordningen. I Figur 6.9 ses derfor fordelingerne af højst fuldførte uddannelse i 2018/2019 for både brugerne af psykologordningen og den danske befolkning. Figuren viser, at visse uddannelsesgrupper er overrepræsenterede, og andre er underrepræsenterede blandt brugerne af psykologordningen.¹⁰ Der er en lettere overrepræsentation af personer med en gymnasial eller kort/mellemlang videregående

¹⁰ I Bilagstabel 3.2 findes odds ratio beregninger på uddannelsesandele mellem brugere af psykologordningen og befolkningen generelt.

uddannelse, mens der er en lettere underrepræsentation af personer med en erhvervsfaglig eller lang videregående uddannelse blandt brugere af psykologordningen. Forskellene er dog overordnet set relativt små.

I forhold til udviklingen i uddannelsesmæssig baggrund følges brugerne af psykologordningen og befolkningen generelt gennem årene. Det vil sige, at selvom andelen af brugerne af psykologordningen, der har en lang videregående uddannelse, stiger gennem årene, ses samme stigning i befolkningen generelt.

Figur 6.9 Fordeling efter højest fuldførte uddannelse for borgere, der bruger psykologordningen og befolkningen generelt i alderen 18-45 år i 2018/2019 i procent



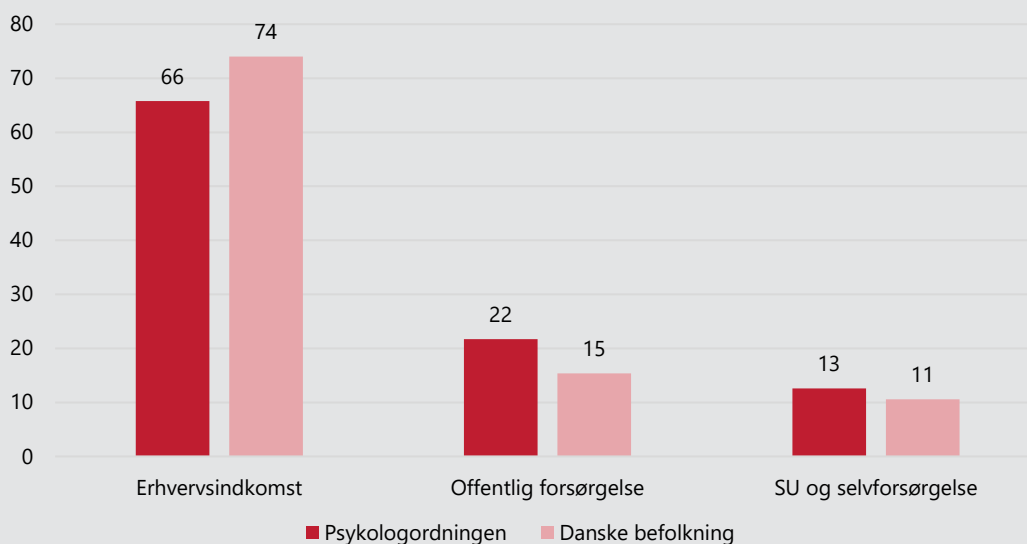
6.2.4 Brugere, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning

I det følgende ses på brugernes indkomst og arbejdsmarkedstilknytning. Som mål herfor anvender vi den primære indkomstkilde for det pågældende år. Indkomstkilden viser, om brugerne primært har været i arbejde i løbet af året eller fået deres indkomst på anden vis.

Størstedelen af brugerne af psykologordningen har erhvervsindkomst, som deres primære indkomst. Det vil sige, at de har været i arbejde i løbet af året. Herefter følger brugere på dagpenge, sygedagpenge eller kontanthjælp. Andelen, der primært

har erhvervsindkomst, falder imidlertid noget med årene, mens særligt andelen, der lever af SU, stiger. Dette falder godt i tråd med den aldersudvikling vi så ovenfor blandt brugerne af ordningen.

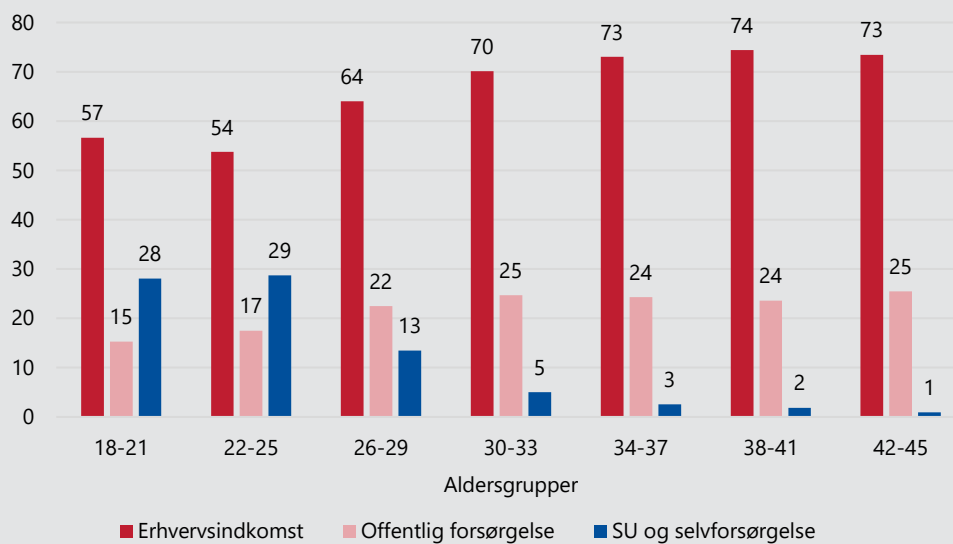
Figur 6.10 Fordeling efter primær indkomstkilde for borgere, der bruger psykologordningen og befolkningen generelt i alderen 18-45, 2018/2019 i procent



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Sammenligner man med befolkningen i aldersgruppen 18-45 år som helhed, er personer med en erhvervsindkomst underrepræsenterede blandt brugere af psykologordningen. Dette fremgår af Figur 6.10, hvor fordelingerne for årene 2018/2019 er illustreret i et søjlediagram. Det fremgår således, at der er en større andel i befolkningen, der har erhvervsindkomst som primær indtægt (74 %), end der er blandt brugere af psykologordningen (66 %). Derimod er personer på offentlig forsørgelse overrepræsenterede blandt brugere af psykologordningen sammenlignet med befolkningen (22 % mod 15 %). Endelig ses en lille overrepræsentation af personer på SU blandt brugerne af psykologordningen i forhold til befolkningen som helhed (13 % mod 11 %).

Figur 6.11 Fordeling efter primær indkomstkilde for borgere, der bruger psykologordningen opdelt på aldersgrupper, 2018/2019 i procent



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Andelen med erhvervsindkomst som primær indkomstkilde er højest for de ældre aldersgrupper. Andelen på SU er derimod ikke overraskende højest blandt de yngre aldersgrupper (Figur 6.11).

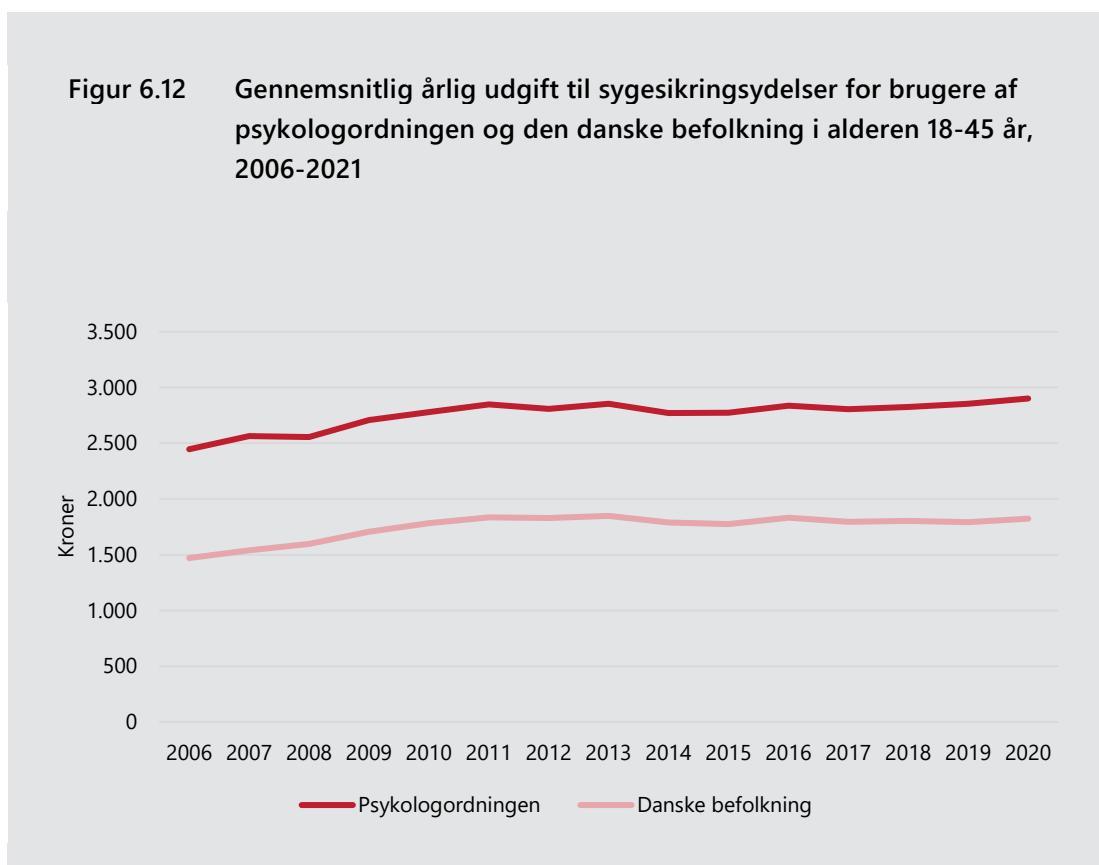
6.3 Brugere af psykologordningen og andre sundhedsydelser

I dette afsnit præsenteres en række analyser af brugernes brug af andre sundhedsydelser end psykologordningen. Da fokus for denne rapport er på de socioøkonomiske effekter af brug af psykologordningen, herunder også brug af sundhedsydelser, er det interessant at undersøge brugernes udgangspunkt, når det kommer til sundhedsydelser. I de følgende afsnit ses derfor på brug af andre sundhedsydelser end psykolog, brug af praktiserende læge, somatiske kontakter, psykiatriske kontakter, psykiatriske sengedage samt medicinforbrug. I de fleste af analyserne ses på forbrug, året inden der var kontakt til psykologordningen, for at undersøge profilen på brugerne, inden deres sundhedsmæssige kontakter bliver direkte påvirket af deres brug af psykologordningen.

6.3.1 Brugere og udgifter til andre sundhedsydelser

I Figur 6.12 ses på de gennemsnitlige udgifter til sygesikringsydelser (ekskl. udgifter under psykologordningen) pr. bruger af psykologordningen og i befolkningen for årene 2006 til 2020.¹¹ Der ses i figuren på udgifter, året før psykologordningen blev anvendt. Det vil sige, at for personer, der har været til psykolog i fx 2010, ses på gennemsnittet i udgifter til sygesikringsydelser i 2009.

De gennemsnitlige udgifter er steget gennem årene gående fra et gennemsnitligt forbrug på 2.443 kr. i 2006 til 2.901 kr. i 2020 blandt brugere af psykologordningen, hvilket svarer til den inflationsstigning, der har været i perioden. Brugere af psykologordningen har et gennemsnitligt højere forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med de 18-45-årige i den danske befolkning som helhed, selvom der ses på forbrug, året inden psykologordningen blev anvendt.



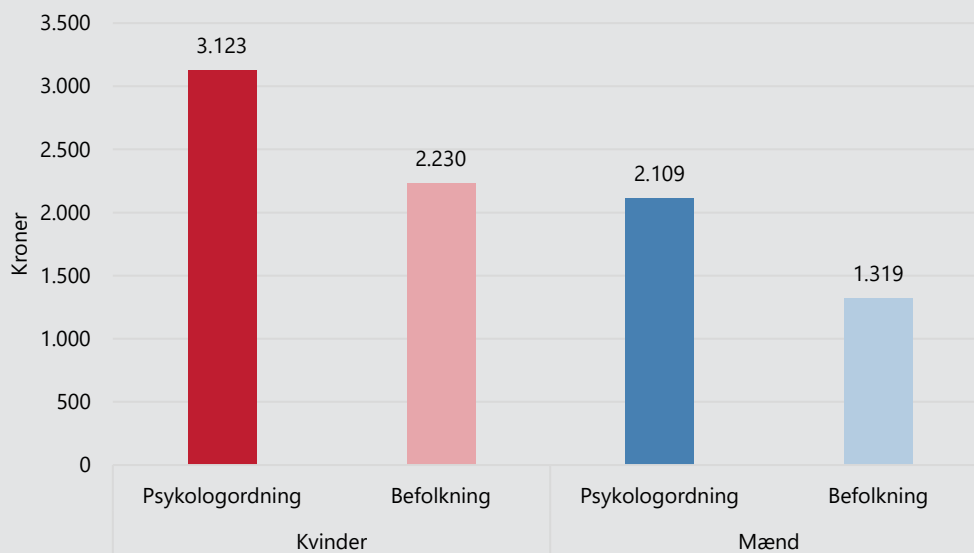
Anm.: Udgiften er opgjort via variablen BRUHON, der angiver det bruttohonorar, der udbetales pr. ydelse til de privatpraktiserende ydere af sundhedsydelser. Variablen måler kun de variable omkostninger ved ydelserne.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

¹¹ De samlede sygesikringsydelser dækker over udgifter til almen praksis, vagtlæge, speciallæge, tandlæge, fysioterapi, psykologhjælp og kiropraktik.

En del af denne forskel, vi ser i brugen af sygesikringsydelser, kan imidlertid skyldes, at der er en større andel af kvinder blandt brugere af psykologordningen. Derfor ser vi i Figur 6.13 nærmere på de gennemsnitlige årlige sygesikringsudgifter i 2018/2019 fordelt på køn – både for brugere af psykologordningen og i befolkningen som helhed. Figuren viser, at kvinder generelt har et højere udgiftsniveau end mænd, både blandt brugere af psykologordningen (1.014 kr. i forskel mellem mænd og kvinder) såvel som i befolkningen generelt (911 kr. forskel mellem mænd og kvinder). Selvom vi tager højde for denne forskel, så ser vi stadig, at brugere af psykologordningen havde et højere forbrug af sygesikringsydelser (ekskl. psykologordning) året før.

Figur 6.13 Gennemsnitlig årlig udgift til sygesikringsydelser i 2017/18 blandt brugere af psykologordningen og i den danske befolkning opdelt på mænd og kvinder



Anm.: Tallene er trukket i 2017/18 blandt 18-45-årige i hele befolkningen og blandt brugere af psykologbehandling i 2018/19. Udgifter til psykologordning er ikke medregnet i sygesikringsudgifterne her. Udgiften er opgjort via variabelen BRUHON, der angiver det bruttohonorar, der udbetales pr. ydelse til de privatpraktiserende ydere af sundhedsydelser. Variablen måler kun de variable omkostninger ved ydelserne.

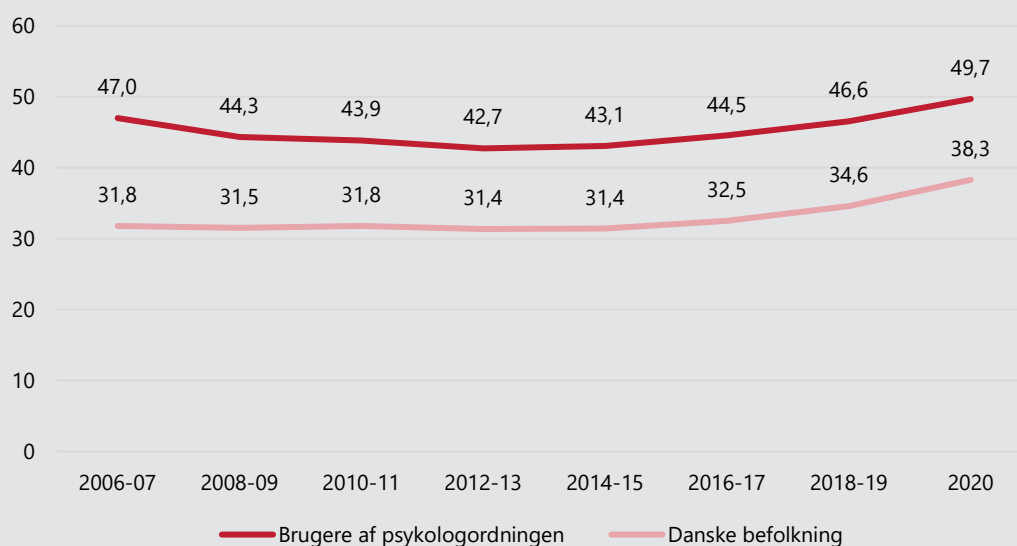
Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

6.3.2 Brugere og somatisk hospitalskontakt

Mellem 49,7 og 42,7 % af brugerne af psykologordningen har også haft kontakt til det somatiske hospitalsvæsen inden for det seneste år forud for deres brug af psykologordningen. Andelene er højest først og sidst i den periode, vi undersøger, mens den laveste andel ses i 2012/2013, se Figur 6.14.

Andelene ligger mellem 15 til 11 procentpoint højere for brugerne af psykologordningen sammenlignet med den danske befolkning som helhed.

Figur 6.14 Andel, der har haft somatiske hospitalskontakter det seneste år opdelt på brugere af psykologordningen og den danske befolkning i alderen 18-45 år i procent



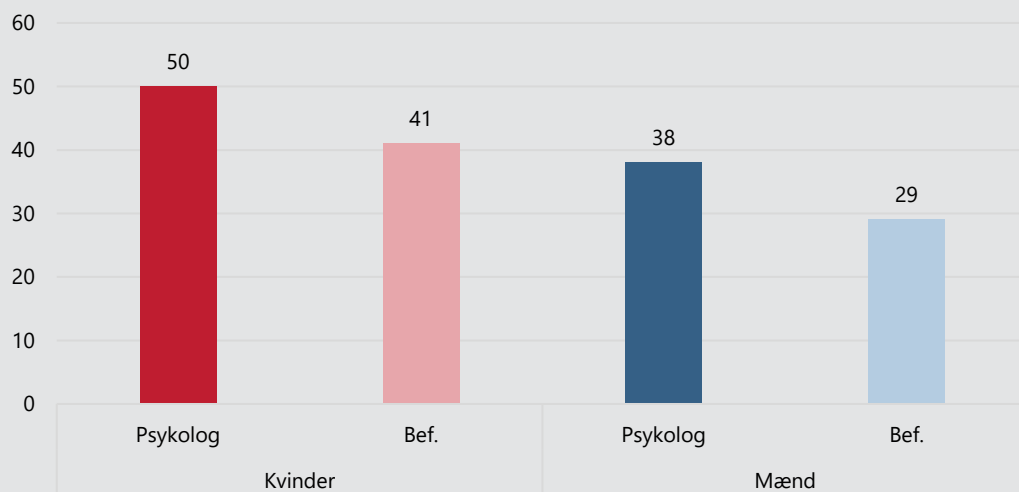
Anm.: Tallene er trukket året før de angivne år, der angiver året for evt. brug af psykologordning.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

I Figur 6.15 ses andelen af kvinder og mænd, der har haft somatiske sengedage i 2018/2019 blandt hhv. brugere af psykologordningen og i befolkningen. Både blandt brugere af psykologordningen og i befolkningen generelt har kvinder gennemsnitligt flere somatiske sengedage med kønsforskelle på 12 dage for begge grupper. Igen ses det, at kønssammensætningen ikke driver hele, men dog noget af forskellen i brugen af hospitalskontakter mellem brugere af psykologordningen og den resterende befolkning.

Figur 6.15 Andel, der har haft somatiske hospitalskontakter det seneste år opdelt på køn, 2018/2019 i procent

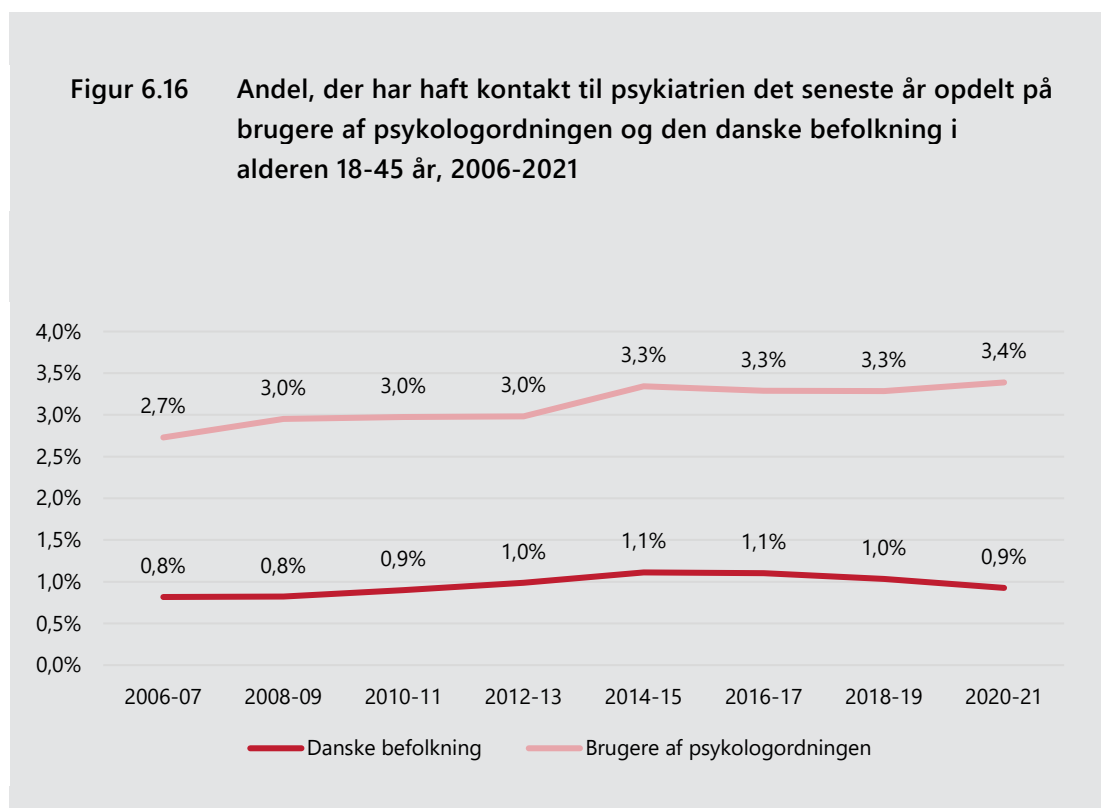
Brugere af psykologordningen og den danske befolkning i alderen 18-45 år



Anm.: Tallene er trukket i 2017/18 blandt 18-45-årige i hele befolkningen og blandt brugere af psykologbehandling i 2018/19.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

6.3.3 Brugere og kontakt til psykiatrien



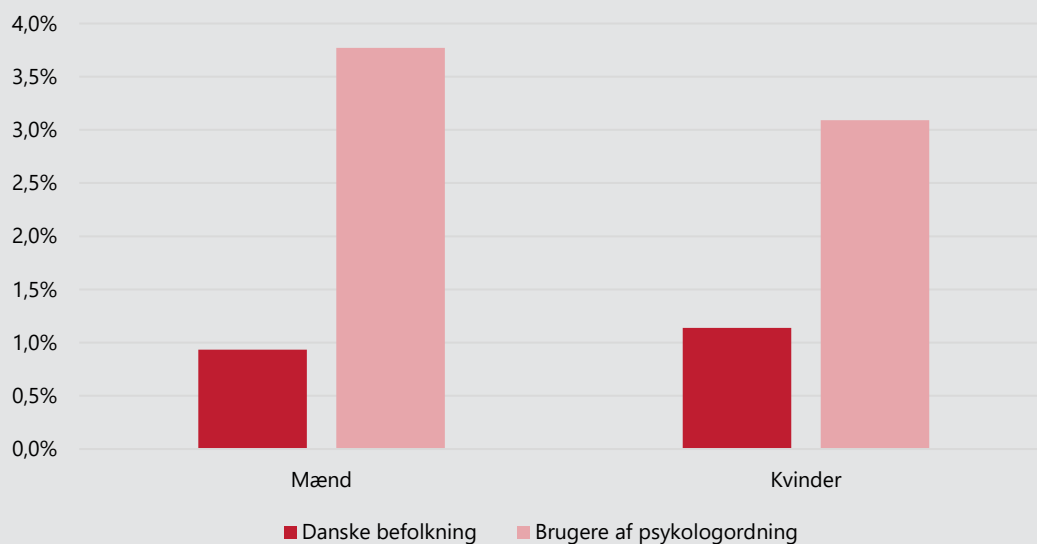
Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Blandt de 18-45-årige, som har gjort brug af psykologordningen, havde 2,7 % været i kontakt med psykiatrien inden for det seneste år i 2006/2007, se Figur 6.16. Denne andel stiger de følgende år, idet andelen kommer op på over 3,3 % fra 2014 og frem.

En større andel af de personer, der har gjort brug af psykologordningen, har været i kontakt med psykiatrien inden for det seneste år, end i den danske befolkning som helhed. Der ses en forskel på godt 2 procentpoint årene igennem. For begge grupper ses stigninger i andele i årene 2006-2014, men mens brugere af psykologordningen har oplevet en mindre stigning fra 2018 til 2021, så ses et mindre fald fra 2016 til 2021 for befolkningen samlet.

Figur 6.17 Andel, der har haft kontakt til psykiatrien det seneste år opdelt på køn, 2018/2019

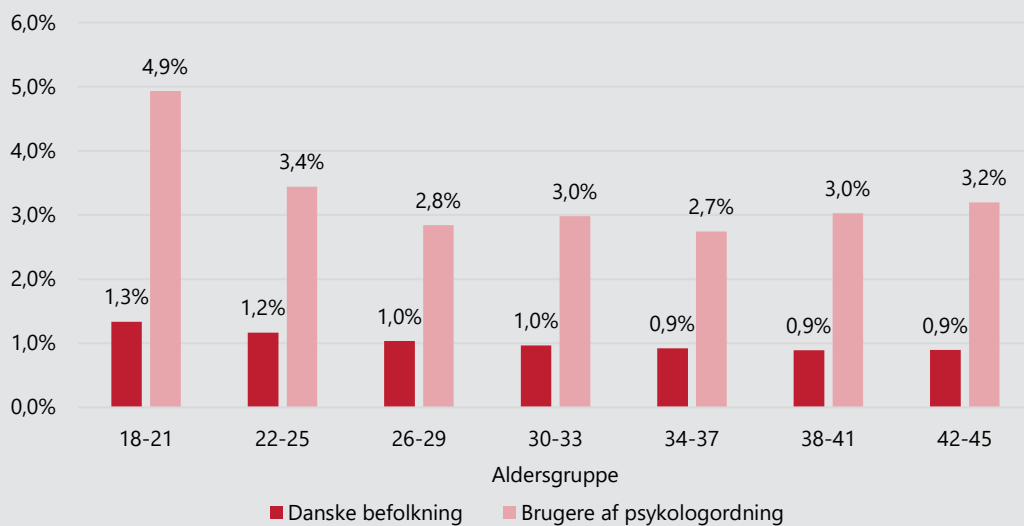
Brugere af psykologordningen og den danske befolkning i alderen 18-45 år



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Nedenfor vises andelen af brugere af psykologordningen og den danske befolkning, der har været i kontakt med psykiatrien inden for det seneste år for årene 2018/2019, opdelt på køn (Figur 6.17) og på forskellige aldersgrupper (Figur 6.18). Forskellen mellem brugere af psykologordningen og befolkningen som helhed er størst blandt mændene. Der er således færre mænd end kvinder i befolkningen, der har kontakt til psykiatrien, men blandt brugere af psykologordningen ses en højere andel med kontakt til psykiatrien blandt mændene, end blandt kvinderne. Det kan være en konsekvens af, at færre mænd gør brug af psykologordningen, og de, der gør, derfor måske i gennemsnit har det dårligere. I forhold til fordelingen over alder, ses det, at andelen, der har været i kontakt med psykiatrien, er højest blandt de yngste aldersgrupper. Blandt de 18-21-årige er det således 3,4 % af brugerne af psykologordningen, der har haft kontakt til psykiatrien inden for det seneste år, inden de gjorde brug af selve psykologordningen. Næsthøjeste andele ses for de ældste aldersgrupper. Også i den danske befolkning som helhed er andelen højest blandt den yngste aldersgruppe, om end forskellene her ikke er helt lige så store.

Figur 6.18 Andel af hhv. brugere af psykologordningen og den danske befolkning, der har haft kontakt til psykiatrien det seneste år, opdelt på forskellige aldersgrupper, 2018/2019

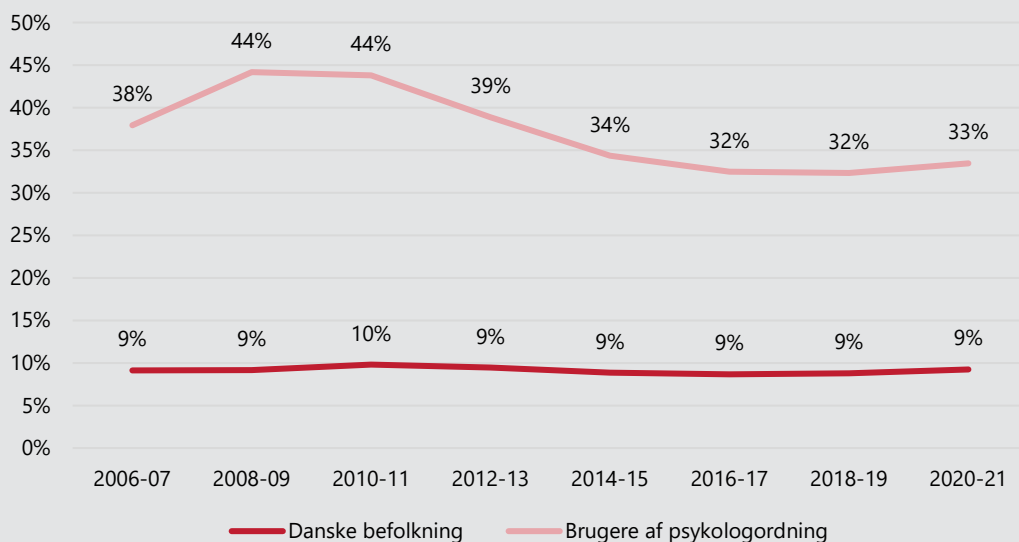


Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

6.3.4 Brugere og medicinforbrug

Til slut ser vi på omfanget af receptpligtigt medicinforbrug blandt brugerne af psykologordningen og blandt befolkningen. Vi måler medicinforbruget samme år som evt. brug af psykologordning, og vi måler dels gennemsnitligt årligt forbrug i kroner samt andelen af borgere, der har købt receptpligtig medicin.

Figur 6.19 Andel af hhv. brugere af psykologordningen og den danske befolkning, der har købt receptpligtig medicin det seneste år, 2006-2021.



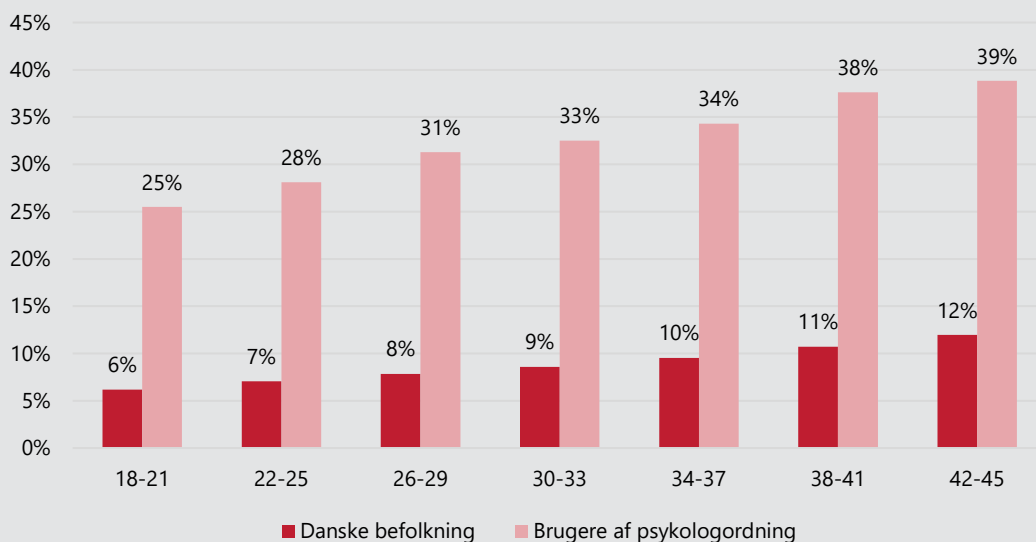
Anm.: Gennemsnitlig andel er beregnet indenfor de 2-årige intervaller.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

Som det fremgår af Figur 6.19, har 44 % af de 18-45-årige, som har gjort brug af psykologordningen, købt receptpligtig medicin inden for det seneste år i årene 2008-2011. Denne andel falder de følgende år til et niveau omkring 33 % i 2021.

I Figur 6.20 præsenteres andelen med receptpligtig medicin i årene 2018/19 fordelt over alder. Det ses, at andelen, der har købt receptpligtig medicin, er højest blandt de ældste aldersgrupper. Det gælder både blandt brugere af psykologordningen og i den danske befolkning. Blandt de 18-21-årige er det således 25 % af brugerne af psykologordningen, der har købt receptpligtig medicin inden for det seneste år, i det år de gjorde brug af psykologordningen. Til sammenligning har 39 % af de 42-45-årige brugere af psykologordningen købt receptpligtig medicin. Tilsvarende mønster ses i den danske befolkning som helhed, men her ligger andelen blot mellem 6 og 12 %.

Figur 6.20 Andel af hhv. brugere af psykologordningen og den danske befolkning, der har købt receptpligtig medicin det seneste år, opdelt på forskellige aldersgrupper, 2018/2019

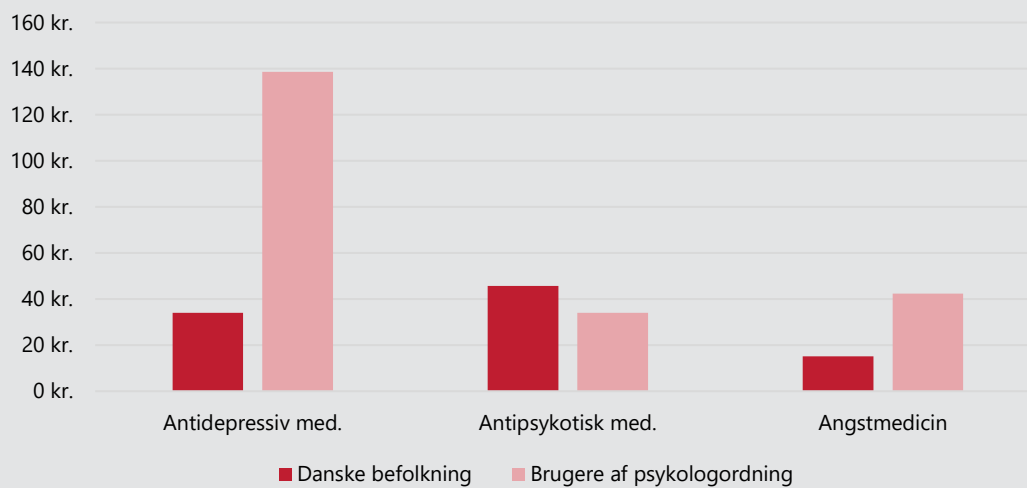


Anm.: Gennemsnitlige andele beregnet på tværs af 2018 og 2019.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

I Figur 6.21 har vi zoomet ind på størrelsen af forbruget af psykofarmaka, som består af antidepressiv medicin, antipsykose medicin og angstdæmpende medicin. Som det fremgår af figuren, så er det gennemsnitlige årlige forbrug af antidepressiv medicin og angstdæmpende medicin betydeligt højere blandt brugere af psykologordningen end i den danske befolkning. Forbruget af antipsykotisk medicin ligger til gengæld i gennemsnit på samme niveau blandt brugere af psykologordningen som i hele befolkningen. Denne forskel passer godt med, at de store målgrupper for psykologordningen er personer med let til moderat angst og let til moderat depression.

Figur 6.21 Gennemsnitlige årlige udgifter til receptpligtig psykofarmaka for hhv. brugere af psykologordningen og den danske befolkning, opdelt på typen af medicin, 2018/2019



Anm.: Gennemsnitligt årlig forbrug beregnet på tværs af 2018 og 2019.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

7 Metode

Dette kapitel indeholder en gennemgang af de metoder, der er anvendt til de to effektmålinger i rapportens kapitler 2-3.

7.1 Udtræk af målgruppe og analysemetode til analysen i kapitel 2

Til analysen i kapitel 2 udnytter vi, at udvidelsen af ordningen kun gælder afgrænsede aldersgrupper. Dette gør det muligt at sammenligne forskellen mellem patienter inden for aldersbegrænsningen før og efter udvidelse af ordningen med forskellen for patienter uden for aldersbegrænsningen før og efter. Pointen med en sådan sammenligning er, at kun gruppen af patienter inden for aldersbegrænsningen påvirkes af udvidelsen, og vi forventer derfor en anden udvikling for denne gruppe end for gruppen uden for aldersbegrænsningen.

Vi måler outcome på beskæftigelse, uddannelse og offentlig forsørgelse samt på brug af sundhedsydelser op mod 9 kvartaler efter kontakten med praktiserende læge.

En af udfordringerne ved at sammenligne grupper af borgere, der har været i kontakt med praktiserende læge, er, at kun en lille andel af disse potentielt har behov for psykologbehandling, hvilket betyder, at den samlede gruppe kun påvirkes minimalt af reformen. Som indledende analyse har vi estimeret en model på den fulde population, hvor vi sammenligner udviklingen for patienter under 38 år fra før til efter reformen med udviklingen for patienter over 38 år. Da analysen indeholder alle personer, der har besøgt en læge i perioden 2006-2009, giver det en meget stor population. Det betyder, at der kun skal små ændringer til, før de vil fremgå som statistisk signifikante. Når vi samtidig ser på en bred population, hvor kun en mindre andel reelt har været påvirket af reformen, kan det være svært at argumentere for, at de ændringer, vi evt. måtte se for den yngre gruppe i forhold til den ældre, alene skyldes reformen. Det er særligt problematisk, når vi ser på sekundære udfaldsmål, som de socioøkonomiske mål må siges at være. Denne type analyse bygger nemlig på en antagelse om, at den yngre gruppes socioøkonomiske mål ville have fulgt samme udvikling som den ældre gruppe, hvis reformen ikke havde været indført. Jo bredere gruppe, vi ser på, jo sværere er det at argumentere for, at denne antagelse holder. I 0 er modellen nærmere præsenteret, og resultaterne fremgår af tabellerne i bilaget. Heraf fremgår det, at vi finder signifikante, men meget små effekter af reformen på de fleste udfaldsmål.

For at sikre en tættere sammenhæng mellem reformen og de estimerede effekter zoomer vi i analysen ind på patienter, der har størst sandsynlighed for at være påvirket af reformen. Derfor inkluderer vi kun patienter, der enten har fået en psykometrisk test eller modtaget samtaleterapi hos den praktiserende læge – begge som indikation på, at patienten har psykiske problemer.¹² Ulempen ved denne afgrænsning er, at reformen kan have medført ændringer i sammensætningen af patienter, der opfylder udtagelseskriterierne. Eksempelvis kan det være, at flere patienter får taget en psykometrisk test som følge af reformen, fordi en evt. henvisning til psykologordning skal baseres på en psykometrisk test. I Bilag 1 tester vi, om målgruppen ændrer sig på en række baggrundsfaktorer og historiske outcomes som følge af reformen. Analysen viser, at reformen har medført en stigning i patienter, der opfylder udtrækskriterierne – primært fordi flere har fået samtaleterapi hos praktiserende læge. Analysen viser dog også, at til trods for en udvidelse af målgruppen, så ændrer målgruppens sammensætning sig ikke signifikant.

Tabel 7.1 angiver antal borgere i aldersgrupperne rundt om aldersgrænsen for reformen i henholdsvis 2008 og 2018, der har været i kontakt med almen praksis med et psykologisk problem. I 2008 ser vi på patienter i alderen 35-40 år, hvor de, der som 35-37-årig var i kontakt med lægen, indgår i den potentielle indsatsgruppe, mens de, der var 38-40 år ved kontakten, indgår i kontrolgruppen. De blå felter angiver indsatsgruppen i før-perioden, dvs. de 35-37-årige i 2008-reformen og de 18-20-årige i 2018-reformen, mens de grønne felter viser antallet i efter-perioden for de samme aldersgrupper. De lyserøde felter viser antallet af personer i kontrolgruppen i før-perioden, dvs. de 38-40-årige i 2008-reformen og de 21-23-årige for 2018-reformen, og de orange felter viser antallet i efter-perioden for de samme aldersgrupper. Det er kun personerne, der indgår i de grønne felter, der har adgang til den udvidede psykologordning.

Tabel 7.1 Antal personer med besøg i almen praksis, hvor konsultationen inkluderer terapi eller en psykometrisk test

	Før reform	Efter reform
Alder på tidspunkt for besøg i almen praksis	(1/4 2006-31/3 2007)	(1/4 2008-31/3 2009)
Indsats: 35-37 år	6.479	6.300
Kontrol: 38-40 år	6.205	5.621
	(1/4 2016-31/3 2017)	(1/4 2018-31/3 2019)
Indsats: 18-20 år	6.743	6.128
Kontrol: 21-23 år	8.430	6.821

Note: De grønne felter angiver antal personer, der i perioden for konsultation har adgang til tilskudsberettiget psykologhjælp (2008)/adgang til gratis psykologhjælp (2018). De øvrige felter antal angiver personer, der indgår i kontrolgruppen.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik.

¹² Vi anvender registreringer i Sygesikringsregisteret, hvor SPECIALE koden 802149 angiver brug af psykometrisk test og koderne 804001, 804003, 804021, 804050, 804063, 804106 og 806101 angiver samtaleterapi hos almen praksis.

Vi udtrækker før-reform-grupperne mere end et år før indførelse af reformen, dvs. i perioden 12-24 måneder før reformstart. Dermed sikrer vi, at de unge i indsatsgruppen ikke når at blive berettiget til (det udvidede) tilskud under psykologordningen det første år efter deres besøg hos lægen. Figur 7.1 illustrerer timingen af analysen. I figuren illustrerer de lyserøde områder de perioder, hvor målgrupperne udtrækkes på baggrund af besøg i almen praksis, der enten omfatter samtaleterapi eller psyko-metrisk test (udtræksbesøg). De øverste to pile illustrerer patienter, der udtrækkes i før-perioden (blå og rød), og de to nederste illustrerer patienter, der udtrækkes i efter-perioden (orange og grøn). Outcome måles én gang hvert kvartal siden udtræksbesøget i almen praksis. Måletidspunkter er angivet ved de lodrette pinde på pilene. Effekten måles som den relative forskel i outcome mellem før-indsats- og efter-indsats-grupperne i forhold til forskellen mellem før-kontrol- og efter-kontrol-grupperne. Effekten måles baseret på antallet af kvartaler siden besøg hos lægen, hvilket gør det muligt at sammenligne udtræksperioder, der ligger kalendertids-mæssigt forskudt. Hvis der er sket en generel udvikling i outcome fra før-perioden til efter-perioden, så vil denne udvikling ske for både indsats og kontrolgruppe, hvilket bliver udjævnet, når vi ser på forskelle mellem grupperne. Effekten kan således kun måles, hvis der sker en udvikling for indsatsgruppen, der er større (mindre) end udviklingen for kontrolgruppen.

Figur 7.1 Udtræksmønster

Det lyserøde område illustrerer perioden, hvor målgrupperne udtrækkes på baggrund af besøg i almen praksis. De øverste to pile illustrerer patienter, der udtrækkes i før-perioden, og de to nederste illustrerer patienter, der udtrækkes i efter-perioden. Outcome måles én gang hvert kvartal siden besøg i almen praksis, hvilket er angivet ved de lodrette pinde på pilene.



Boks 7.1 Data og metode til DiD-analysen

Målgruppeudvælgelse, metode og udfaldsmål

Udvælgelse af målgruppen sker på baggrund af kontakter til praktiserende læge, som findes i Sygesikringsregisteret. Fra dette register indhentes også information om psykologbehandling under psykologordningen for den enkelte patient. Disse flettes med baggrundsoplysninger og information om uddannelse og beskæftigelse fra Danmarks Statistiks registre.

Effektmålingen foretages i et såkaldt difference-in-differences design, hvor forskellen før og efter reformen for den aldersgruppe, der påvirkes af reformen sammenholdes med forskellen for den aldersgruppe, der ikke påvirkes. For at gøre aldersgrupperne så sammenlignelige som muligt medtages kun personer inden for intervallet 3 år før og 3 år efter aldersgrænsen – dvs. 35-40 år for 2008-reformen og 18-23 år for 2018-reformen.

Vi udtrækker analysegruppen som alle personer, der i før- eller efterperioden har besøgt egen læge, og som i den forbindelse enten har modtaget terapi eller gennemført en psykometrisk test. Desuden ekskluderer vi alle personer, der i kvartalet inden lægebesøget har haft en konsultation ved en psykolog under psykologordningen. Vi inddeler målgruppen i fire undergrupper baseret på alder og tidspunkt for kontakt med læge før reformen (se Tabel 7.1).

Effekten estimeres som en difference-in-differences model:

$$Y_{it} = \mu Y_{i(t=-1)} + \delta T_t + \gamma_t * 1(\text{efter}) + \delta_t * 1(\text{ung}) + \beta_t * 1(\text{efter}) * 1(\text{ung}) + u_{it},$$

hvor Y_{it} er outcome af interesse (beskæftigelse, uddannelse og offentlig forsørgelse samt på brug af sundhedsydelser) målt i periode t , hvor $t = 0, 1, \dots, 9$ angiver antal kvartaler efter lægekonsultation, og $\hat{\beta}_t$ angiver estimat af effekten efter t kvartaler. Vi inkluderer laggede værdier af Y_{it} for at korrigere for evt. ændringer i målgruppesammensætningen (se 0). Resultaterne ændrer sig dog ikke mærkbart, hvis disse udelades (ikke vist).

7.2 Udtræk af målgruppe og analysemetode til analysen i kapitel 3

I dette afsnit beskrives metoden bag analyserne i rapportens kapitel 3, hvor grundidéen er, at det er tilfældigt om en given morgen har en praktiserende læge, der i højere eller mindre grad er tilbøjelig til at henvise patienter til psykologbehandling.

Udvælgelse af målgruppen sker på baggrund af kontakter til praktiserende læge, som findes i Sygesikringsregisteret. Fra dette register indhentes også information om psykologbehandling under psykologordningen for den enkelte patient. Disse flettes med baggrundsoplysninger og information om uddannelse og beskæftigelse fra Danmarks Statistiks registre.

Først udtrækkes målgruppen til beregning af den enkelte lægepraksis' tilbøjelighed til at henvise sine patienter til psykologordning. Ud fra dette data estimerer vi den forhøjede tilbøjelighed til at henvise patienter til psykologordning for hver lægepraksis i hvert af årene 2013-2017 (se Boks 7.2).

Boks 7.2 Beregning af den enkelte lægepraksis' forhøjede tilbøjelighed til at henvise patienter til psykologbehandling

Ud fra Sygesikringsregisteret har vi udtrukket et udsnit af de patienter, der har besøgt den samme lægepraksis i minimum to på hinanden følgende år. Blandt disse patienter har vi talt antal aktive patienter i hver lægepraksis for hvert af årene 2014-2018. Det vil sige patienter, der er mødt op til en fysisk konsultation. Samtidig har vi fra samme register udtrukket alle patienter, der i de samme år er registreret med en konsultation i et psykologbehandlingsforløb.¹³ Disse patienter flettes med datasættet bestående af patienter, der har haft minimum 2 år i træk ved samme lægepraksis. På den måde kan vi for hver lægepraksis beregne andelen af patienter, der et givent år har modtaget psykologbehandling under psykologordningen. Det skal dog bemærkes, at vi ikke kan se, hvilken læge der har henvist den enkelte patient, blot om de patienter, som den enkelte læge har tilknyttet (minimum 2 år i træk), i samme år har modtaget psykologbehandling under psykologordningen. Det er dog klart, at andelen af patienter, der modtager psykologbehandling, må afhænge af sammensætningen af patienter i den enkelte lægepraksis. Eksempelvis kan det forventes, at læger med en større andel af pati-

¹³ Koden.

enter i den aldersgruppe, der giver adgang til psykologbehandling for let til moderat angst, vil have en større andel patienter henvist til psykologordningen.¹⁴ Derfor estimerer vi den enkelte lægepraksis' *forventede* andel patienter henvist til psykolog ud fra en model estimeret på alle landets lægepraksisser:

$$(1) ANDEL_{tj} = \alpha_0 + \pi_0 X_{tj} + \gamma_{K0}K + \gamma_{T0}T + \epsilon_{jt}$$

Hvor X_{tj} er en vektor af patientgennemsnit i lægepraksis j i år t , og K og T er vektorer af kommune- og års-dummyer.

Ud fra den estimerede *forventede* andel, \widehat{ANDEL}_{tj} , og den beregnede *faktiske* andel, $ANDEL_{tj}$, kan vi beregne den enkelte lægepraksis' forhøjede tilbøjelighed til at henvise til psykologordningen som den *faktiske* andel minus den *forventede* andel:

$$ForhøjetTILB_{tj} = ANDEL_{tj} - \widehat{ANDEL}_{tj}$$

Efter at den enkelte lægepraksis' forhøjede tilbøjelighed er estimeret, udvælger vi den egentlige analysepopulation. Denne population udvælges blandt alle patienter, der i årene 2014-2018 har været i kontakt med almen praksis med et mentalt problem. Vi udvælger patienter med mentalt problem som de patienter, der er registreret med samtalerterapi eller har fået lavet en psyko-metrisk test hos den praktiserende læge. Fra denne gruppe frasorteres vi alle patienter, der året inden besøget hos lægen har været i psykologbehandling under psykologordning. Denne population består af næsten 112.000 forskellige patienter i kontakt med ca. 7.600 forskellige lægepraksisser. For hver patient i analysepopulationen flettes med estimatet for lægens forhøjede tilbøjelighed, estimeret året før patienten konsulterer lægen med et mentalt problem.

For at et instrument vurderes at være validt, skal følgende antagelser kunne opfyldes: For det første skal instrumentet være stærkt (der skal eksistere en first stage), dvs. i dette tilfælde skal lægens tilbøjelighed til at henvise til psykologbehandling korrelere med den enkelte patients sandsynlighed for at modtage psykologbehandling. I litteraturen findes forskellige tests herfor, som vil blive forklaret nedenfor. For det andet skal instrumentet være eksogent, dvs. det må kun påvirke patientens socioøkonomiske outcomes gennem dets påvirkning af sandsynligheden for at mod-

¹⁴ I perioden 2014-2018 var aldersgrænsen 18-38 år for at blive henvist til psykolog på baggrund af let til moderat angst (<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/241>).

tage psykologbehandling. Sidst, men ikke mindst kræver identifikationen, at instrumentet er monotont. Denne antagelse forklares bedst med et eksempel på to læger: Læge A, der har høj tilbøjelighed for at henvise til psykolog under psykologordningen, og læge B, der har en lav tilbøjelighed. Hvis en patient med mindre psykiske vanskeligheder besøger læge A og ikke bliver henvist til psykolog, så betyder monotoniantagelsen, at han heller ikke ville blive henvist af læge B. Omvendt, hvis en patient med større psykiske vanskeligheder bliver henvist af læge B, så vil læge A også henvise denne patient.

De to sidste antagelser om eksogenitet og monotonicitet kan desværre ikke testes formelt, men beror på indikationer som beskrevet nedenfor. Når ovenstående antagelser er opfyldt, estimeres effekten af psykologbehandling for patienter, der ligger på grænsen til at blive henvist til psykolog, og som tilfældigvis har en læge, der er mere tilbøjelig til at henvise sine patienter.

Vi starter med at teste, om lægens forhøjede tilbøjelighed påvirker patientens sandsynlighed for at påbegynde psykologbehandling under psykologordningen (se Boks 7.3). Hvis dette er tilfældet, kan vi spore en evt. effekt af psykologbehandling på de socioøkonomiske outcomes og forbrug af øvrige sundhedsydelse ved at se på, hvordan den forhøjede tilbøjelighed påvirker disse outcomes. Med andre ord undersøger vi, om patienter, der har nemmere adgang til psykologbehandling, fordi deres læge har øget tilbøjelighed til at anvende psykologordningen, klarer sig bedre på en række socioøkonomiske faktorer, og sluttelig om deres forbrug af øvrige sundhedsydelse er anderledes end patienter, hvis læge i mindre grad henviser til psykologbehandling.

Antagelsen om eksogenitet kræver som sagt, at vi tror på, at lægens tilbøjelighed kun påvirker outcome, dvs. de socioøkonomiske mål samt forbrug af øvrige sundhedsydelse, gennem patientens højere sandsynlighed for at modtage psykologbehandling. Den antagelse kan risikere at blive brudt, hvis der er systematisk forskel på de patienter, der opsøger læger med høj tilbøjelighed til at henvise til psykolog. For at undgå dette inkluderer vi kun patienter, der har besøgt den samme læge minimum to år i træk inden det besøg, hvor de enten har modtaget samtaleterapi eller har fået lavet en psykometrisk test – og at disse besøg ikke har inkluderet psykometrisk test eller samtaleterapi. På den måde sikrer vi, at patienten ikke har udvalgt en ny læge i håb om at blive henvist til psykologbehandling.

En anden og mere alvorlig risiko for, at eksogenitetsantagelsen kan være brudt, er, hvis læger med høj tilbøjelighed for at henvise til psykologbehandling, også har systematisk højere tilbøjelighed for at gennemføre en anden type behandling eller henvisning, der ville kunne påvirke outcome uden at være relateret til psykologbehandling. Denne risiko er svær at afvise. Derfor har vi i analysen valgt at fokusere på

den direkte effekt af lægens tilbøjelighed (den reducerede form) uden at overføre det til en effekt af psykologbehandling (IV-modellen) – se boks 7.3. På den måde nøjes vi med at konkludere på effekten af *adgang til* psykologordning og ikke på effekten af selve psykologbehandlingen. Fra en politisk vinkel er effekten af adgang til psykologordning for de patienter, der ligger på grænsen for at modtage psykologhjælp, særlig interessant, da det giver en indikation af effekten, hvis flere patienter skulle få adgang til ordningen, fx via en udvidelse. Det betyder omvendt også, at denne analyse ikke kan anvendes som argument for, om ordningen overhovedet skal eksistere eller anvendes til at konkludere på effekten af psykologbehandling for de patienter, som alle læger, uanset tilbøjelighed til at anvende ordningen, vil henvise til ordningen.

Vi estimerer effekten af at være tilknyttet en lægepraksis med forhøjet tilbøjelighed i en lineær model, hvor egen læges forhøjede tilbøjelighed året før besøget hos lægen, $ForhøjetTILB_{jIT-1}$, indgår:

$$(2) \text{ Psykolog}_{iT} = \alpha_1 + \eta ForhøjetTILB_{jIT-1} + \theta_1 PS_{jIT} + \pi_1 X_{iT} + \gamma_T T + u_{i1}$$

Hvor X_{iT} er en vektor af individuelle karakteristika hos patient i , PS_{ji1} er en vektor af faktorer, der beskriver patientsammensætningen hos patient i 's lægepraksis j , og T er års-dummyer, hvor $T = (2014..2018)$. I X_{iT} indgår information om køn, alder, herkomst, civilstand, uddannelse, historisk tilknytning til arbejdsmarkedet og historisk brug af sociale og sundhedsydelser. I PS_{jIT} indgår andelen af kvindelige patienter, andelen, der ikke har uddannelse ud over grundskole, patienternes aldersgennemsnit, gennemsnit af antal dage indlagt på hospital, patienternes løngennemsnit, samt deres gennemsnitlige antal uger i job, på kontanthjælp, på førtidspension, på sygedagpenge, i ledighed og samlede antal uger på overførselsindkomst.

Med model (2) kan vi undersøge, i hvilket omfang lægens tilbøjelighed påvirker patientens sandsynlighed for at påbegynde psykologbehandling, selv efter at vi har taget højde for en lang række faktorer, der påvirker det individuelle behov for psykologbehandling.

For at estimere effekten af lægens tilbøjelighed til at henvise til psykologbehandling på fremtidige socioøkonomiske outcomes og brug af øvrige sundhedsydelser, estimerer vi følgende model:

$$(3) Y_{it} = \alpha_1 + \eta ForhøjetTILB_{jIT-1} + \theta_1 PS_{jIT} + \pi_1 X_{iT} + \gamma_T (T + t) + u_{i1}$$

Hvor Y_{it} er det relevante outcome, målt t år efter udtræksåret, T , dvs. ved inklusion i analysen ($t = 1, \dots, 6$). Vi kontrollerer for individkarakteristika, X_{iT} , og lægens patientsammensætning, PC_{jT} i udtræksåret, T .

Litteratur

- Andersen, S.H., Ladenburg, J. & Dyssegaard, P.S. (2020). *Danskernes mentale sundhed: Udvikling, baggrund og konsekvenser*. ROCKWOOL Fondens Forskningsenhed.
- Arbejdsmarkedsstyrelsen (2013). *Reform af sygedagpengesystemet. Samlet bilag til aftaletekst*. Arbejdsmarkedsstyrelsen.
- Baskin, T.W., Slaten, C.D., Sorenson, C., Glover-Russell, J. & Merson, D.N. (2010). Does youth psychotherapy improve academically related outcomes? A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 290-296.
- Bereza, B.G., Machado, M. & Einarson, T.R. (2009). Systematic review and quality assessment of economic evaluations and quality-of-life studies related to generalized anxiety disorder. *Clinical Therapeutics*, 31(6), 1279-1308.
- Bjørkedal, S.T., Hoff, A. & Epløv, L.F. (2021). *Resultater fra effektevaluering af IBBIS-projektet. en integreret behandlings- og beskæftigelsesindsats til sygedagpengemodtagere med depression, angst, tilpasningsreaktion, udbændthed eller stress*. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.
- Bosmans, J.E., van Schaik, D.J., de Bruijne, M.C., van Hout, H.P., van Marwijk, H.W., van Tulder, M.W. & Stalman, W.A. (2008). Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 11(1), 3-15.
- Clark, D.M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318-327.
- Clark, D.M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 159-183.
- Clark, D.M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R. & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910-920.
- Cummings, N.A. & Follette, W.T. (1968). Psychiatric services and medical utilization in a prepaid health plan setting: Part II. *Medical Care*, 6(1), 31-41.

- Dalgaard, V.L., Aschbacher, K., Andersen, J.H., Glasscock, D.J., Willert, M.V., Carstensen, O. & Biering, K. (2017). Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43(5), 436-446.
- de Vente, W., Kamphuis, J.H., Ernmelkamp, P. & Blonk, R. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(3), 214-231.
- Eells, T.D. (1999). Is There a Cost Offset to Psychotherapy? *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(3), 243-247.
- Fenger, M., Mortensen, E.L., Poulsen, S. & Lau, M. (2014). A register-based study of long-term healthcare use before and after psychotherapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(7), 450-459.
- Follette, W., & Cummings, N.A. (1967). Psychiatric services and medical utilization in a prepaid health plan setting. *Medical Care*, 5(1), 25-35.
- Gabbard, G.O., Lazar, S.G., Hornberger, J. & Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 147-155.
- Gerhards, S.A., de Graaf, L.E., Jacobs, L.E., Severens, J.L., Huibers, M.J., Arntz, A., ... & Evers, S.M. (2010). Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: Randomised trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(4), 310-318.
- Green, J.M., Wood, A.J., Kerfoot, M.J., Trainor, G., Roberts, C., Rothwell, J., ... & Harrington, R. (2011). Group therapy for adolescents with repeated self harm: Randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ*, 342, 1-12.
- Gruber, J., Lordan, G., Pilling, S., Propper, C. & Saunders, R. (2022). The impact of mental health support for the chronically ill on hospital utilisation: Evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 294, 1-9.
- Gutkind, D. (2020). The industrialisation of care: Counselling psychotherapy and the impact of IAPT [book review]. *Psychodynamic Practice*, 26(3), 305-309.
- Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Axelsson, E. & Lekander, M. (2016). Cost effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy and behavioural stress management for severe health anxiety. *BMJ Open*, 6(4), 1-8.

- Jeppesen, P., Wolf, R. T., Nielsen, S.M., Christensen, R., Plessen, K.J., Bilenberg, N., ... & Correll, C.U. (2021). Effectiveness of transdiagnostic cognitive-behavioral psychotherapy compared with management as usual for youth with common mental health problems: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *78*(3), 250-260.
- Joesch, J.M., Sherbourne, C.D., Sullivan, G., Stein, M.B., Craske, M.G. & Roy-Byrne, P. (2012). Incremental benefits and cost of coordinated anxiety learning and management for anxiety treatment in primary care. *Psychological Medicine*, *42*(9), 1937-1948.
- Jones, K.R. & Vischi, T.R. (1979). Impact of alcohol, drug abuse and mental health treatment on medical care utilization. A review of the research literature. *Medical Care*, *17*(12 Suppl 2), 1-82.
- Kellett, S., Wakefield, S., Simmonds-Buckley, M. & Delgadillo, J. (2021). The costs and benefits of practice-based evidence: Correcting some misunderstandings about the 10-year meta-analysis of IAPT studies. *The British Journal of Clinical Psychology*, *60*(1), 42-47.
- Knapstad, M., Lervik, L.V., Sæther, S.M.M., Aarø, L.E. & Smith, O.R.F. (2020). Effectiveness of prompt mental health care, the Norwegian version of improving access to psychological therapies: A randomized controlled trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, *89*(2), 90-105.
- Kruse, M., Olsen, K.R. & Skovsgaard, C.V. (2020). *Analyse af forsøgsordningen med vederlagsfri psykologbehandling til unge mellem 18 og 20 år med let til moderat angst eller depression*. Dansk Center for Sundhedsøkonomi – DaCHE, Syddansk Universitet.
- Kruse, M., Olsen, K.R. & Skovsgaard, C.V. (2022). Co-payment and adolescents' use of psychologist treatment: Spillover effects on mental health care and on suicide attempts. *Health Economics*, *31*(s2), 92-114.
- Kuhn, P. (2011). Improving access to psychological therapies: Systemic therapy in the Newham pilot site. *Journal of Family Therapy*, *33*(4), 400-414.
- Lam, R.W., Parikh, S.V., Ramasubbu, R., Michalak, E.E., Tam, E.M., Axler, A., ... & Manjunath, C.V. (2013). Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for improving work functioning in major depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *203*(5), 358-365.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M. & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, (202), 90-98.

- Lazar, S.G. & Gabbard, G.O. (1997). The cost-effectiveness of psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6(4), 307-314.
- Leichsenring, F., Steinert, C. & Ioannidis, J.P. (2019). Toward a paradigm shift in treatment and research of mental disorders. *Psychological Medicine*, 49(13), 2111-2117.
- Lerner, D., Adler, D.A., Rogers, W.H., Chang, H., Greenhill, A., Cymerman, E. & Azocar, F. (2015). A randomized clinical trial of a telephone depression intervention to reduce employee presenteeism and absenteeism. *Psychiatric Services*, 66(6), 570-577.
- Marks, D.F. (2018). IAPT under the microscope. *Journal of Health Psychology*, 23(9), 1131-1135.
- Mukuria, C., Brazier, J., Barkham, M., Connell, J., Hardy, G., Hutten, R., ... & Parry, G. (2013). Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 220-227.
- Mumford, E. & Schlesinger, H.J. (1987). Assessing consumer benefit: Cost offset as an incidental effect of psychotherapy. *General Hospital Psychiatry*, 9(5), 360-363.
- Mumford, E., Schlesinger, H.J. & Glass, G.V. (1978). *A critical review and indexed bibliography of the literature up to 1978 on the effects of psychotherapy on medical utilization*. The National Institute of Mental Health (NIMH).
- Mumford, E., Schlesinger, H.J., & Glass, G.V. (1982). The effect of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: An analysis of the literature. *American Journal of Public Health*, 72(2), 141-151.
- Mumford, E., Schlesinger, H.J., Glass, G.V., Patrick, C., & Cuerdon, T. (1984). A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141(10), 1145-1158.
- Netterstrom, B., Friebel, L. & Ladegaard, Y. (2013). Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: Results from a randomised, wait-list controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(3), 177-186.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A.C., Bültmann, U. & Faber, B. (2020). *Interventions to improve return to work in depressed people*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

- Pickersgill, M. (2019). Access, accountability, and the proliferation of psychological therapy: On the introduction of the IAPT initiative and the transformation of mental healthcare. *Social Studies of Science*, 49(4), 627-650.
- Romero-Sanchiz, P., Nogueira-Arjona, R., García-Ruiz, A., Luciano, J. V., Campayo, J.G., Gili, M., ... & Cleries, F.M. (2017). Economic evaluation of a guided and unguided internet-based CBT intervention for major depression: Results from a multicenter, three-armed randomized controlled trial conducted in primary care. *PLoS ONE*, 12(2), 1-15.
- Russell, L.B., Gold, M.R., Siegel, J.E., Daniels, N. & Weinstein, M.C. (1996). The role of cost-effectiveness analysis in health and medicine. *Jama*, 276(14), 1172-1177.
- Schoenbaum, M., Sherbourne, C. & Wells, K. (2005). Gender patterns in cost effectiveness of quality improvement for depression: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 87(2-3), 319-325.
- Scott, M.J. (2018). Improving access to psychological therapies (IAPT)-the need for radical reform. *Journal of Health Psychology*, 23(9), 1136-1147.
- Serena, B.L. (2021). *Revisiting offsets of psychotherapy coverage. CEBI working paper series, working Paper 05/21*. CEBI - University of Copenhagen.
- Steen, S. (2020). A cost-benefit analysis of the improving access to psychological therapies programme using its key defining outcomes. *Journal of Health Psychology*, 25(13-14), 2487-2498.
- Toffolutti, V., Stuckler, D., McKee, M., Wolsey, I., Chapman, J., Pimm, T.J., ... & Clark, D.M. (2021). The employment and mental health impact of integrated improving access to psychological therapies: Evidence on secondary health care utilization from a pragmatic trial in three English counties. *Journal of Health Services Research & Policy*, 26(4), 224-233.
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A. & Delgado, J. (2021). Improving access to psychological therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1-37.

Bilag 1 Estimerer fra fuld population (FE-DiD-analyse)

Som indledende analyse har vi estimeret en såkaldt fixed-effect Difference-in-Differences model (FE-DiD) på den fulde population af patienter i alderen 26-39 år, der har været i kontakt med almen praksis i perioden april 2006 – marts 2009. Idéen med metoden er at følge patienter i forskellige aldersgrupper i perioden fra før til efter reformen og så undersøge, om ændringen i outcome er forskellig for de aldersgrupper, der påvirkes af reformen i forhold til de aldersgrupper, der ikke påvirkes. Dette gøres specifikt ved at inkludere en dummy i modellen, der angiver, om personen på det givne tidspunkt er 37 år eller derunder (de, der påvirkes), og en dummy, der angiver, om det angivne tidspunkt er efter reformen, og endelig en kombination af de to dummys, der angiver, om personen er under 38 år, og tidspunktet er efter reformens indførelse. Koefficienten til den sidste dummy viser effekten af psykologordningen.

Modellen kan opskrives som følger:

$$Y_{it} = \gamma_t * 1(efter_t) + \delta_t * 1(ung_{it}) + \beta_t * 1(efter_t) * (ung_{it}) + v_i + u_{it}$$

Hvor t angiver kvartalsvise perioder, i angiver person-id, og v_i angiver den personspecifikke "fixed – effect". Y_{it} er outcome for person i til tid t . Der indgår ingen baggrundskarakteristika i modellen, da v_i korrigerer for alle forskelle mellem individerne.

Resultater af modellen fremgår af Bilagstabel 1.1 (effekter på brug af sundhedsydelser i relation til ordningen) og Bilagstabel 1.2 (socioøkonomiske effekter og effekter på øvrige sundhedsydelser).

Bilagstabel 1.1 Effekten af udvidelse af psykologordning ved reformen i 2008 på brug af psykologydelse. Fixed-effect DiD-model. Fuld population

	(1) Modtaget psykolog- behandling under psykologordningen	(2) Modtaget samta- leterapi i almen praksis	(3) Gennemført psy- kometrisk test i almen praksis	(4) Honorar til psykolog
Under 38 år	-0,001***	-0,001***	-0,001***	-4.426***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Efter reform (april 2008)	0,001***	-0,001***	-0,000*	4.981***
	(0,000)	(0,000)	(0,021)	(0,000)
Under 38 år og efter reform	0,003***	0,001***	0,001***	14.320***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Kontant	0,007***	0,008***	0,003***	41.190***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
N	4.698.512	4.698.512	4.698.512	4.698.512
r2	0,000	0,000	0,000	0,001

Bilagstabel 1.2 Socioøkonomiske effekter og effekter på øvrige sundhedsydelse ved udvidelse af psykologordning ved reformen i 2008. Fixed-effect DiD-model. Fuld population

	Offentlig forsør- gelse	Selvforsør- gelse/job	Brug af an- tidepressiv medicin	Somatisk ind- læggelse	Psykiatrisk indlæggelse	Honorar al- men praksis
Under 38 år	-0,001*	-0,001*	-0,002***	0,077	0,010	-2.831*
	(0,044)	(0,011)	(0,000)	(0,069)	(0,312)	(0,037)
Efter re- form (april 2008)	-0,004***	0,000	0,005***	0,350***	0,018***	25.958***
	(0,000)	(0,861)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Under 38 år og efter reform	-0,004***	0,004***	0,001***	-0,038	-0,017*	-11.228***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,224)	(0,023)	(0,000)
Kontant	0,185***	0,863***	0,081***	4,715***	0,060***	763.546***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
N	4.698.512	4.698.512	4.698.512	4.698.512	4.698.512	4.698.512
r2	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,001

Bilagstabel 1.3 Effekten af udvidelse af psykologordning ved reformen i 2008 på brug af psykologydelse. Fixed-effect DiD-model. 36,5-39,5 år

	(1) Modtaget psykolog- behandling under psykologordningen	(2) Modtaget samta- leterapi i almen praksis	(3) Gennemført psy- kometrisk test i almen praksis	(4) Honorar til psykolog
Under 38 år	-0,001***	-0,001***	-0,001***	-3,285**
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,002)
Efter reform (april 2008)	0,001***	0,001***	0,001***	4,826***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Under 38 år og ef- ter reform	0,002***	0,002***	0,002***	4,604***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Kontant	0,016***	0,007***	0,016***	42,480***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
N	1.742.903	1.742.903	1.742.903	1.659.150
r2	0,000	0,000	0,000	0,000

Bilagstabel 1.4 Socioøkonomiske effekter og effekter på øvrige sundhedsydelser af udvidelse af psykologordning ved reformen i 2008. Fixed-effect DiD-model. 36,5-39,5 år

	Offentlig forørgelse	Selvforsør- gelse/job	Brug af an- tidepressiv medicin	Somatisk indlæg- gelse	Psykiatrisk indlæg- gelse	Honorar al- men prak- sis
Under 38 år	-0,004***	0,002**	-0,002***	0,008	0,006	-11,178***
	(0,000)	(0,004)	(0,000)	(0,677)	(0,101)	(0,000)
Efter reform (april 2008)	-0,007***	0,003***	0,004***	0,093***	0,009**	15,981***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,006)	(0,000)
Under 38 år og efter reform	-0,004***	0,002***	-0,001	0,034	-0,013**	-3,278
	(0,000)	(0,000)	(0,137)	(0,128)	(0,002)	(0,108)
Kontant	0,186***	0,863***	0,081***	1,636***	0,019***	758,419***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
N	1.742.903	1.742.903	1.742.903	1.742.903	1.742.903	1.659.150
r2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Bilagstabel 1.5 Placebo-effekt af udvidelse af psykologordning ved reformen i 2008 på brug af psykologydelse. Fixed-effect DiD-model. 35-37 år (placebo indsats for alle under 36,5 år)

	(1) Modtaget psykologbehandling under psykologordningen	(2) Modtaget samtaleterapi i almen praksis	(3) Gennemført psykometrisk test i almen praksis	(4) Honorar til psykolog
Under 36,5 år	-0,001*** (0,001)	-0,000 (0,124)	-0,000* (0,016)	-11.836*** (0,000)
Efter reform (april 2008)	0,003*** (0,000)	0,000 (0,809)	0,000 (0,080)	11.167*** (0,000)
Under 38 år og efter reform	0,000 (0,620)	-0,000 (0,587)	-0,000 (0,284)	1.596 (0,239)
Kontant	0,007*** (0,000)	0,007*** (0,000)	0,003*** (0,000)	51.391*** (0,000)
N	1.772.960	1.772.960	1.772.960	1.685.809
r2	0,001	0,000	0,000	0,001

Bilagstabel 1.6 Socioøkonomiske placebo-effekter og placebo effekter på øvrige sundhedsydelser af udvidelse af psykologordning ved reformen i 2008. Fixed-effect DiD-model. 36,5-39,5 år

	Offentlig forørgelse	Selvforsørgelse/job	Brug af antidepressiv medicin	Somatisk indlæggelse	Psykiatrisk indlæggelse	Honorar almen praksis
Under 38 år	-0,005*** (0,000)	0,001* (0,047)	-0,004*** (0,000)	-0,006 (0,751)	-0,005* (0,034)	-5.745*** (0,001)
Efter reform (april 2008)	-0,009*** (0,000)	0,003*** (0,000)	0,004*** (0,000)	0,081*** (0,000)	-0,004 (0,094)	10.133*** (0,000)
Under 38 år og efter reform	-0,003** (0,002)	0,003*** (0,000)	0,000 (0,896)	0,024 (0,263)	0,005 (0,123)	2.792 (0,169)
Kontant	0,181*** (0,000)	0,869*** (0,000)	0,079*** (0,000)	1,761*** (0,000)	0,022*** (0,000)	769.995*** (0,000)
N	1.772.960	1.772.960	1.772.960	1.772.960	1.772.960	1.685.809
r2	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000

Bilag 2 Test for systematiske forskelle i analysepopulationerne

I dette bilag tester vi, om der er systematiske forskelle i udviklingen for de 36-37-årige i forhold til de 38-39-årige i perioden inden udtræk til analysen. Dette gøres ved at estimere følgende model på de tre kvartaler, der ligger før udtræk til analysen:

$$Y_{it} = \gamma_t * 1(efter) + \delta_t * 1(ung) + \beta_t * 1(efter) * (ung) + u_{it}, \text{ hvor } t = -3, -2, -1$$

På den måde kan vi undersøge, om indsatsgruppen adskiller sig fra kontrolgrupperne i perioden op til deres besøg i almen praksis.

Som det fremgår af Bilagstabel 2.1, er der ingen signifikant effekt (β_t) på outcome målt i perioderne inden udtræksbesøget i almen praksis. Der er derfor ingen grund til at tro, at målgruppen er ændret systematisk som følge af reformen.

Bilagstabel 2.1 Effekten (β_t) på outcome målt i perioderne inden udtræksbesøget i almen praksis

	Psykologbehandling under psykologordningen ¹	Offentlig forsørgelse	Selvforsørgelse /job	Brug af anti-depressiv medicin	Somatisk indlæggelse	Psykiatrisk indlæggelse	Honorar almen praksis	N
3. kvartal før udtræk (β_{-3})	0,00271 (0,563)	-0,00497 (0,776)	0,00650 (0,757)	78,72 (0,051)	0,0358 (0,923)	0,0263 (0,833)	-16,16 (0,771)	9.715
2. kvartal før udtræk (β_{-2})	-0,00268 (0,342)	-0,0200 (0,121)	0,00680 (0,666)	27,48 (0,212)	0,0521 (0,859)	0,0547 (0,414)	-10,58 (0,799)	12.039
1. kvartal før udtræk (β_{-1})	- -	0,000969 (0,932)	0,00139 (0,924)	34,10 (0,065)	0,145 (0,572)	-0,0251 (0,731)	20,71 (0,582)	13.944

Anm.: 1) alle patienter, der har modtaget psykologbehandling i kvartalet inden udtræk er ekskluderet fra analysen. Derfor kan der ikke estimeres en effekt på brug af psykologordning i 1. kvartal før udtræk.

VIVE