

Folketingets sundhedsudvalg  
Folketinget  
Christiansborg

Den 11-11-2004  
J.nr. 06.06.02-132

LJ

1240 København K

**Vedr. foretræde for sundhedsudvalget den 10.11.2004**

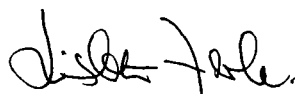
Hermed fremsendes efter aftale i forbindelse med foretrædet følgende materiale:

- Roal Ulrichsens mundtlige fremlæggelse
- \*• Rita Fjeldsted: Behandling af depression i almen praksis (Master of Public Health, Århus Universitet)
- Resumé af afhandlingen
- Sammenlignende oversigt over adgangskrav og indhold i de nordiske specialistuddannelser (udarbejdet af de nordiske psykologforeninger i fællesskab)

Hermed håber vi at have givet dokumentation for den sundhedsøkonomiske fordel ved psykoterapeutisk behandling af lettere depression samt af, at norske og danske psykologers specialistuddannelser er på samme niveau.

Vi stiller os gerne til rådighed med yderligere information.

Med venlig hilsen

  
Lisbeth Jarlov  
Faglig konsulent



**Foretræde for folketingets sundhedsudvalg 10.11.2004**

**Roal Ulrichsens fremlæggelse**

Jeg vil gerne sige tak for muligheden for at fremlægge vores synspunkter i dette foretræde.

Jeg vil starte med at præsentere os. Mit navn er Roal Ulrichsen. Jeg er formand for Dansk Psykolog Forening og er ledsaget af faglig konsulent Lisbeth Jarlov og professionschef i Dansk Psykolog Forening Ib Andersen.

Vi ønsker at fremføre to forslag, der hænger sammen med den utilstrækkelige behandlingskapacitet i psykiatrien. For det første vores forslag om at give psykologer på specialistniveau samme beføjelser i psykiatrien, som man har gjort i Norge, og for det andet de alment praktiserende lægers mulighed for at kunne henvise patienter med ikke-psykotiske sindslidelser til en praktiserende psykolog.

Sundhedsudvalget har overfor Sundhedsministeren rejst spørgsmålet, om man i Danmark kan ansætte psykologer på specialistniveau i psykiatrien med samme beføjelser, som man har gjort i Norge. Sundhedsministeren har i første omgang svaret negativt på dette spørgsmål på grundlag af oplysninger fra Sundhedsstyrelsen. Dansk Psykolog Forening har efterfølgende rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen den 10. august 2004, hvor vi korrigerer for en række faktuelle fejl, som har ligget til grund for Sundhedsministerens svar til Folketingets sundhedsudvalg:

1. For det første er der ikke i Norge, og bør heller ikke være i Danmark, en ligestilling af psykiatere og psykologer. Der er derimod tale om, at disse to faggrupper har samme professionelle niveau og dermed sidestillede kompetencer. Dette faktum har faktisk tidligere ført til, at der er opnået enighed mellem Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Psykolog Forening om, at der er brug for flerfaglighed i hospitalspsykiatrien. Vi er enige om, at op mod 80 procent af det arbejde, der ligger i psykiatrien, kan udføres af såvel psykologer som psykiatere.
2. Dernæst har vi i henvendelsen til Sundhedsstyrelsen peget på, at danske og norske psykologers specialistedannelse har samme niveau.
3. Vi har for det tredje peget på, at administrationen af den norske specialistedannelse ligger hos den norske psykologforening på samme måde, som den danske ligger i Dansk Psykolog Forening.
4. For det fjerde henviser vi til det relevante lovgivningsstof. I det materiale, der er fremsendt til Sundhedsudvalget forud for dette foretræde, ligger den norske lov om "Etablering og Gennemføring av Psykisk Helsevern". Af § 3 fremgår det, at en klinisk psykolog med det man i Norge kalder for "fordypningsområde i klinisk voksenpsykologi" kan være den fagligt ansvarlige.

Samlet set vil man kunne afhjælpe en del af psykiatriens kapacitetsproblemer ved, at der etableres uddannelsesstillinger for psykologer i psykiatrien parallelt til lægernes speciallægeuddannelsessystem samtidig med, at der etableres afdelingspsykologstillinger med beføjelser svarende til afdelingslægers.



Som det fremgår af det fremsendte materiale og af denne redegørelse er det vanskeligt at forstå, hvorfor man ikke allerede har gjort noget ved den utilstrækkelige behandlingskapacitet i psykiatrien ved at placere psykologer i de rette funktioner. Så meget desto mere som vi har positive tilkendegivelser fra H:S og fra Amtsrådsforeningen. Vi ved, at Sundhedsministeren fortsat skylder Sundhedsudvalget et opfølgende svar på, om der kan etableres en "norsk" ordning i Danmark og håber, at Sundhedsudvalget vil gøre en indsats for, at dette kan blive en realitet i Danmark, så nødlidende børn, unge og voksne med psykiske lidelser kan få den fornødne hjælp.

I en netop fremlagt rapport, der er udarbejdet af Dansk Selskab for almen Medicin og Dansk Psykiatrisk Selskab slås det fast, at der er 300.000 ubehandlede mennesker med ikke-psykotiske sindslidelser i Danmark. Såvel lægerne som psykiaterne har sammen med os en særlig opmærksomhed her og er enige om, at praktiserende psykologer vil kunne have en væsentlig rolle i afhjælpningen af dette udækkede behandlingsbehov.

Dette leder hen til det andet problem, som vi godt vil pege på. Dansk Psykolog Forening har en overenskomst med Sygesikringen i amterne. Problemet er den snævre afgrænsning af den personkreds, der kan henvises til psykolog med offentligt tilskud. Ordningen er hængt op på en udløsende begivenhed samt en stram tidsfrist. Det er overenskomsten med sygesikringen samt bekendtgørelsen, der fastsætter reglerne.

Kort sagt svarer denne ordning ikke til den virkelighed, lægerne er i. De alment praktiserende læger ønsker en mulighed for at kunne henvise flere til psykologbistand, ønsker som også er fremsat af Psykiatrifonden, Depressionsforeningen og gennem læserbreve, bl.a. i Politiken.

Vi har med glæde noteret os, at der netop er indgået aftale mellem regeringen, Dansk Folkeparti og Kristendemokraterne om at afsætte 15 mill kr til bedre behandling af incestofre, sådan at de pågældende kan tilbydes psykologhjælp med sygesikringstilskud. Her er det ikke en betingelse, at den udløsende begivenhed, nemlig overgrebet, har fundet sted inden for de sidste 6-12 måneder. Et sådant krav er åbenbart absurd – men det er sådan, kravene i sygesikringsordningen er.

Aftalen om incestofre er en væsentlig nyskabelse. Men det er også absurd og uhensigtsmæssigt at kræve, at en depressionsramt skal kunne pege på en bestemt udløsende begivenhed, som har fundet sted for 6-12 måneder siden, for at kunne få psykologhjælp med sygesikringstilskud.. Dansk Psykolog Forening har peget på evidensen af psykoterapeutisk behandling af depressionsramte. Der er forskningsmæssigt belæg for at sige, at en tidlig indsats her kan forebygge at mange tilfælde udvikler sig til svær sygdom.

Desuden er der sundhedsøkonomiske beregninger, der viser det lønsomme i at tilbyde psykoterapeutisk hjælp her. Tager man højde for, at effekten af psykoterapeutisk behandling er bedre, at antallet af tilbagefald er mindre, så er psykoterapeutisk behandling af lettere depressionstilfælde faktisk billigere i det lange løb end medicinsk behandling. Vi vil gerne opfordre Sundhedsudvalget til at drøfte muligheden for at gå videre ad det spor, som aftalen om incestofre har lagt og fremme tilbuddet om psykologbehandling af depressionsramte.

Dansk Psykolog Forening har fundet stor forståelse i Amtsrådsforeningen for det saglige og det indholdsmæssige i dette forslag, men er blevet afvist udelukkende med økonomiske begrundelser.



Vi oplever derfor, at der er behov for, at folketings og sundhedsmyndighederne markerer, at indsatsen skal prioriteres- evt. kunne der stilles puljemidler til rådighed. En opblødning af de stramme kriterier i overenskomsten kræver også en ændring af bekendtgørelsen.



## **Dokumentation af effekten af kognitiv psykoterapeutisk behandling sammenlignet med medicinsk behandling af depression**

Via en masterafhandling af Rita Fjeldsted fra MPH studiet på Århus Universitet 2002 (Master of Public Health) er der nu for første gang skabt mulighed for en direkte sammenligning af omkostninger og effekt af 3 metoder til behandling af depression:

- Den medicinske antidepressive behandling, som traditionelt har været mest anvendt, nemlig TCA, tricykliske antidepressiva (Tricyclic Antidepressives)
- Den nye antidepressive medicinske behandling, SSRI, selektive serotone genoptagshæmmere (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)
- Kognitiv psykoterapeutisk behandling, CBT, (CognitivePsychotherapy)

Det er disse 3 metoder, som er mest anvendt i almen praksis. Blandt de psykologiske metoder er kun CBT dokumenteret på samme måde som de andre.

Grundlaget er omfattende studier af dansk og især udenlandsk forskning vedr. effekten af de 3 behandlingsmetoder fra 1990 og frem fundet gennem søgning på forskningsdatabaser på nettet.

Dette kobles med omkostninger i Århus amts sundhedsvæsen til depressionsbehandling i 2001 og de da gældende takster for lægekonsultation og psykologbehandling.

Gennem opstilling af en beregningsmodel, et såkaldt beslutningstræ, gør hun det muligt at foretage en sammenligning af de 3 metoders henholdsvis omkostninger og effekter gennem nogle stiliserede behandlingsforløb over 2 år. Hun beregner altså hvad effekten vil være af forløb, som strækker sig over samme tidsrum, og hvor man starter med henholdsvis den gamle medicinske behandling, TCA, den nye medicinske behandling, SSRI, og kognitiv psykoterapeutisk behandling, CBT. Alle omkostninger er medtaget, herunder også omkostninger til psykologhjælp. Her medregner hun en udgift pr. behandling svarende til DP's vejledende minimumtakst i 2001.

Hun har nuanceret modellen ved at opstille 3 forskellige forløb ud fra anbefalinger fra henholdsvis retningslinjer i det amerikanske sundhedsvæsen, anbefalinger fra Dansk Selskab for Almen Medicin og oplysninger om faktiske forløb indhentet gennem interviews med praktiserende læger på Djursland.

Der er foretaget en kvalitetsvurdering af kilderne, ligesom kilderne er sorteret sådan, at der kun er medtaget undersøgelser, der baseres på WHO's definitioner af depression og ankerkendte mål for effekt.

Beregningsmodellen medtager kun depressionsbehandlingsforløb baseret på WHO's definition og kun voksne over 18 år i den arbejdsdygtige alder. Desuden er der set bort fra sekundær depression forårsaget af organisk skade, alkohol eller medicin.

Alt i alt forekommer det at være en meget grundig og troværdig afhandling, der er da også er udsendt af Århus Universitet i en skriftserie fra uddannelsen. Det epokegørende er som sagt, at hendes model gør det muligt at foretage en direkte sammenligning af effekt og omkostninger.

## Resultat

Beregningsmodellen viser, at CBT er den klart dyreste behandling. Til gengæld er den så meget mere effektiv end de 2 andre, idet effekten i form er bedring eller raskmelding er meget højere, og idet risikoen for tilbagefald er langt mindre. Denne større positive effekt betyder, at det trods større udgifter til CBT ville være en økonomisk fordel for Århus amt i langt højere grad at skifte fra de medicinske behandlinger til kognitiv psykoterapeutisk behandling, hvilket hun da også anbefaler. Faktisk er resultatet ved CBT 2-3 gange bedre ud fra et cost/effectiveness synspunkt end TCA, og en halv gang bedre end SSRI.

Hun finder ikke nogen dokumenteret effekt ved en kombinationsbehandling.

Nogle få tal fra undersøgelsen:

### *Beregnet omkostningseffektivitet pr. patient (for sundsvæsenet) ved 3 forskellige forløb*

	1	2	3
TCA	kr. 120.331	kr. 94.540	kr. 104.587
SSRI	kr. 76.377	kr. 71.593	kr. 70.344
CBT	kr. 69.737	kr. 58.777	KR. 58.933

Tallene viser, hvad det koster at opnå en succesfuld behandling ved de 3 metoder.

Marginalomkostningen for Århus amt ved at flytte en patient fra ikke-opnået effekt af behandling til opnået effekt ved at ændre behandling fra TCA til CBT ligger i størrelsesordenen kr. 27.000 – kr. 43.000. Ved at flytte fra SSRI til CBT bliver det tilsvarende tal kr. 31.000 – kr. 55.000.

LJ/6.8.2004

		Equivalation			Revised the 10 <sup>th</sup> of October 2003	
		Danmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<b>Criteria of admission to specialist's education</b>		License	License + 1-2 years of practice	License	Authorisation (License is given for restricted practice period to achieve level for Authorisation (mainly foreigners)). Authorisation via candidate-degree	License + 5 years of practice (min. halftime), with 3 years of practice in the area.
<b>License</b>		2 years of practice incl. 160 hours supervision	Via master-degree	Via candidate-degree		1 year of practice incl. > 40 hours of supervision
<b>Types of specialization and their length in years</b>	<b>Equal theoretical basis part?</b>	No	Some: Scientific writing, research methods, psychologist as an expert.	No	Yes, Professional Basispart, 1 year followed by selection of speciality matters	Yes, one course in professional matters
	<b>Types of specialist education programmes</b>	Childrens Psychology, 3 y. Childrens Neuropsychology, 3 y Educational Psychology, 3 y	Developmental & Educational Psychology, 4 y Neuropsychology, 4 y Psychotherapy, 4 y	Educational Psychology	Clinical Family (3 y) Clinical Children & Youth Psychology (4y)	Clinical Psychology, 3 y
	<b>Clinical absorption (ca)</b>	Neuropsychology, 3 y Psychotherapy, 3 y	Neuropsychology, 4 y Psychotherapy, 4 y	Neuropsychology Clinical Psychology	Clinical Neuropsychology (3y) Clinical Habilitation Psychology (3y)	Educational Psychology, 3 y Neuropsychology, 3 y
	<b>Number of years (y)</b>	Health Psychology, 3 y	Health Psychology, 4 y		Addictions & dependency Psychology (3y)	Handicap Psychology, 3 y
		Geronto Psychology, 3 y Psychotraumatology, 3 y Working & Organizational Psychology, 3 y	Working & Organizational Psychology, 4 y	Social & Organizational Psychology	Clinical Geronto Psychology (3y) Community Psychology (3y) Work & Organizational Psychology (3y)	Work & Organizational Psychology, 3 y
<b>Content and extent of specialist's educational programmes</b>						
<b>Practice in years</b>	3 years of full time work within the area	4 years of relevant full time work while studying part-time	4 1/2 year, 2 1/2 year in the area and 2 years of related work.	4 1/2 year, 2 1/2 year in the area and 2 years of related work.	5 years of full time work, 3 years in the area and 2 years with broader orientation	3 years of relevant work, at minimum half time.
<b>Supervision, individual and in group</b>	240 h. At least 40 h. individual and 40 h. in group, including 40 h. personal dev. work.	210 h. 90 h. individual and 120 h. in groups (together with practice = 15 credits)	120 h. At least 40 h. in group	120 h. At least 40 h. in group	240 h. Maximum 100 h. in groups and at least 180 h. within selected area if inside clinical speciality.	120 h. in group or 40 hours individual.
<b>Self therapy and personal developmental work, in area</b>	40 h., out of 240 h. supervision and personal developmental work.	Psychotherapy, 50-250 h.	None	None	Clinical with. Psychotherapy, 200 h.	
<b>Theory</b>	360 h.	35 credits	300 h.	300 h.	256 h. in Clinical, Community and Work&Org. 400 h. in Intensive Psychotherapy	300 h. 60 credits in Clinical Psychology with Psychotherapy
<b>Publication, size and level</b>	At least 10 pages at academic scientific level	Scientific article, max. 25 pages = 20 credits	Published scientific article. A peer-review based upon own investigations.	Published scientific article. A peer-review based upon own investigations.	Scientific article, 10-20 pages	Scientific article, able to be published in scientific magazine. 10 credits
<b>Minimum amount of years in practice and study</b>	Specialist: 5 years full time practice Supervisor: + 2 years full time practice	6 years of part-time practice	4,5 years	4,5 years	5 years fulltime practice.	9 years of practice, at least
<b>Sup. and pers. dev. work, incl. candidate degree, license and spec.educ.</b>	400 h.	210 + 20-100 at the Master's level	160 h.	160 h.	Volunteer supervisor education in 2 years of fulltime practice.	300 h. 420 in Psychotherapy

Table 4		Equivalation of requirements, evaluation and improvement			Revised the 10 <sup>th</sup> of October 2003	
		Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
Qualifications required	Teacher	Specialist in the domain	Specialist in the domain	Not specified	Specialist in the domain	Docentcompetent examiner approved by the Specialist Board.
	Supervisor	Specialist and supervisor in the domain	Specialist and supervisor	Not specified	Specialist in the domain	Specialist in the domain. In Psychotherapy: Psychotherapist and supervisor.
Input evaluation	Therapist	Specialist in the domain	Licensed psychotherapist	Not specified	Specialist in Psychotherapy	Licensed psychotherapist (not necessarily a psychologist) Specialist board
	Theory	The board of the domain	The board of the domain ('Leading groups' at the universities)	Specialist's committee	Committee of the domain	Specialist Board
	Self therapy	The board of the domain. The progress has to be ended in a natural way by the therapists judgement.	The board of the domain ('Leading groups' at the universities)	Specialist's committee	Committee of the domain/ Specialist's Board	Specialist Board
	Supervision	The board of the domain	The board of the domain ('Leading groups' at the universities)	Specialist's committee	Specialist's Board via supervisorreport	Specialist Board
Output evaluation	Publication	The board of the domain. Eventually after educational institutions approval.	The board of the domain ('Leading groups' at the universities)	Specialist's committee	Committee of the domain	Scientific work, published or marked by docentcompetent member of Specialist Board
	The trainees competency	In discussion..	No evaluation	No evaluation	Supervisor certifies the quality of output. At the moment (03/04) trying to describe this certification more in details. Generally working for evaluation of the students suitability during the candidate study.	Supervisor is responsible for evaluation in the end of specialization period. Examination after every theoretical course.
Final approval		Specialist's Board	Programme Leading Group.	Specialist's committee	Specialist's Board	Specialist's Board
Maintenance of specialist's education		Every 5 <sup>th</sup> year: Halftime practice and 96 h. of congresses/courses/supervision	None	None	Every 5 <sup>th</sup> year: 96 h. of congresses/courses/supervision	Yes, but demands under preparation