

DANSK PSYKOLOG FORENING

Foretræde for Sundheds- og Ældreudvalget

Redegørelse for de metodologiske problemer ved rapporten 'Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling'

Resumé

De undersøgelser og metoder, der ligger til grund for det beslutningsgrundlag, som politikerne har fået forelagt i forbindelse med evaluering af praksisoverenskomsten er dels utilstrækkelige og dels ikke forskningsmæssigt valide. Det betyder, at beslutningsgrundlaget har været stærkt misvisende og at beslutningerne ikke har kunnet tages på et retvisende grundlag.

Det anbefales, at forskningsopgaven omkring ordningen i fremtiden placeres et andet sted, fx i regi af et universitet.

Dansk Psykolog Forening er meget positivt indstillet overfor forskning i og undersøgelse af ordningen med henblik på en fremtidig hensigtsmæssig udvikling, der sikrer den bedste effekt og udnyttelse af ordningens ressourcer til gavn for borgerne. Men indstiller, at forskning og undersøgelse af ordningen fremover bliver af en kvalitet, der giver politikerne et retvisende beslutningsgrundlag.

Evaluerings af psykologordningen

Psykologordningen har de seneste år fået et gennemsyn både i overenskomstparternes moderniseringsarbejde og senest i Sundhedsstyrelsens evaluering og perspektivering af ordningen. Denne evaluering trækker især på resultaterne fra flere forskningsrapporter udført under Forskningsenheden for almen praksis: *'Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling'* (2014), *'Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression'* (2011) og *'Evaluering af forsøgsprojekter vedrørende psykologbehandling af personer med lette og moderat svære depressioner i Fyns og Århus Amter'* (2007), som bl.a. er blevet benyttet af Sundhedsstyrelsen til at anbefale at indskærpe henvisningskriterierne for henvisningsårsag 10 og 11 (depression og angst) i psykologordningen.

Det vurderes, at undersøgelserne og de metoder, der ligger til grund for rapporterne, er ganske misvisende og ikke hviler på den forskningsmæssige validitet, som må forudsættes for at kunne træffe en oplyst beslutning om ordningens udvikling og fremtid. Metoderne i rapporterne kan ganske enkelt ikke berettiggere rapportens konklusioner og anbefalinger.

Dansk Psykolog Forenings kritik af rapportens forskningsmæssige grundlag går på følgende:

- Antallet af deltagere i undersøgelsen er for lavt (henholdsvis 26 og 7 patienter) hvorfor undersøgelsens resultater om fejlhenvisning ikke er repræsentative og generaliserbare

Selv hvis antallet af deltagere havde været tilstrækkeligt, gør det sig gældende at:

- De anvendte undersøgelsesmetoder der ligger til grund for rapporten er ikke tilstrækkelige og af den fornødne kvalitet til at berettiggere rapportens konklusioner og anbefalinger
- Selvfuldte spørgeskemaer vedr. depressions- og angstkriterier er ikke retvisende for klientens tilstand og pålidelige mål for diagnosticering
- Anvendelsen af ufuldstændige screeningsredskaber er kritisabel

Dansk Psykolog Forening finder det alvorligt, at de evalueringsresultater der ligger til grund for en politisk beslutning om at udsætte udvidelser af psykologordningen, er forkerte.

Formål med rapporten

Rapporten *'Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling'* udarbejdet ved Forskningsenheden for almen praksis (2014) beskriver udvikling og implementering af og de første resultater fra et web-baseret psykometrisk monitoreringssystem, Sundhedsmappen.dk, i primærsektoren. Monitoreringssystemet er udviklet til at undersøge hvorvidt henvisningskriterierne i Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer efterleves – herunder beskrive graden af efterlevelse af retningslinje for henvisning af personer med let og moderat angst og depression til psykologbehandling under psykologordningen.

Kritik af forskningsdesign og mangler ved anvendte undersøgelsesmetoder:

- Selvudfyldte spørgeskemaer vedr. depression og angst er ikke retvisende for klientens tilstand

I undersøgelsen, der ligger til grund for rapporten anvendes de psykometriske selvrapporteringsinstrumenter (spørgeskemaer) MDI (rettet mod depression) og ASS (rettet mod angst). Begge skemaer er udviklet som beslutningsstøtte til en klinisk vurdering. Den kliniske vurdering er helt udeladt i rapportens metoder, hvilket er en meget betydelig fejlkilde til rapportens konklusioner. Populært sagt ville man, såfremt metoden skulle accepteres, helt kunne udelade at hverken psykolog eller læge forestod diagnostik, men at borgere fremover kan udskrive en henvisning fra hjemmet på baggrund af et selvudfyldt spørgeskema. Dette ville føre til dels mange falsk-negative og mange falsk-positive diagnoser, fordi den kliniske vurdering - indtil bedre metoder måtte findes - er en forudsætning for at den rigtige diagnose stilles.

Disse selvudfyldte spørgeskemaer er således ikke pålidelige mål for diagnosticering og spørgeskemaerne kan derfor ikke anvendes som selvstændige diagnostiske redskaber uden en klinisk vurdering.

MDI-testen består af 10 screeningsspørgsmål hvor personen bedes om at tage stilling til hvert af de diagnostiske kriterier fra ICD-10 og DSM-IV for depression. Det særlige ved dette skema er at svarpersonen direkte bedes om at forholde sig til de diagnostiske kriterier som ligger til grund for depressionsdiagnosen. Herved forudsættes altså at svarpersonen kan og ønsker at gennemføre vurderingen pålideligt.

Forskning i fænomenet 'testindstilling' viser at personens holdning og opmærksomhed i forhold til undersøgelsen vil påvirke testresultatet enten bevidst eller ubevidst med stor risiko for at give misvisende resultater. I forlængelse af disse problemer som følger af testindstillingen, kommer det store problem med pålideligheden af selvurdering. Psykometrisk forskning peger på at forskellige datakilder (patient, behandler, pårørende) og forskellige testsystemer (selvudfyldning, observatørrating, performancebaserede/projektive tests) giver forskellige resultater. Typisk vil en persons egen vurdering af egen tilstand og en klinikers vurdering af samme tilstand have en meget lav grad af overensstemmelse – i både positiv og negativ retning. Diagnostik vil normalt baseres på behandlerens evaluering på baggrund af interview og beskrivelse af sagsforløb. Behandleren har i modsætning til klienten selv træning i og erfaring med sådanne vurderinger. Der er derfor behov for reliabilitetscheck af patientens egenurdering for at kunne stille en korrekt klinisk diagnose.



Hertil kommer at enkeltoplysninger er mindre pålidelige end oplysninger der sammensættes af en række enkeltoplysninger. En test eller et interview der undersøger om og i hvilken grad en person mangler interesse for sine daglige gøremål ved at gennemgå forskellige daglige gøremål og samlet konkludere om der er en mindsket interesse, er mere pålidelig end når en person blot skal svare på et enkeltspørgsmål, som i MDI-testens spørgsmål 2 "Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?". Både MDI og ASS er bygget op af enkeltspørgsmål vedrørende enkeltsymptomer og ikke en samlet vurdering. Disse selvudfyldte spørgeskemaer – og den selvurdering som disse indebærer - er altså ikke pålidelige mål for diagnosticering.

- Mangelfuldt og misvisende testbatteri

Anvendelsen af testen ASS til diagnosticering af angsttilstande er dybt kritisabel. For det første er ASS ikke et færdigudviklet psykometrisk screeningsinstrument og for det andet svarer spørgsmålene i spørgeskemaet ikke til de diagnostiske kriterier, men er stærkt forsimplede. Endvidere er det påfaldende at rapporten ud fra testen opdeler de henviste patienter efter underdiagnoser for angst, når nu de forskellige underdiagnoser (generaliseret angst, OCD, panikangst og social fobi) kun tilgås ved henholdsvis et eller to spørgsmål i ASS-testen, hvilket ikke er et tilstrækkeligt grundlag at diagnosticere på.

Hvad angår MDI så har målemetoden selvom den er veludviklet og tilpasset danske forhold, vist sig usikker til gentagne målinger og er som nævnt sårbar over for indflydelsen fra testindstilling. Testen kan derfor ikke anses for sikker mht. depressionsdiagnostik.

- For lav deltagelse og ikke-generaliserbare og repræsentative resultater

En væsentlig konklusion i rapporten er, at der kan være problemer med efterlevelsen af Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for angst og depression; både med hensyn til fejlhenvisning fra almen lægepraksis og manglende afvisning af fejlhenviste patienter i psykologpraksis. Det på trods af at rapporten selv påpeger den markante statistiske usikkerhed, som undersøgelsens konklusion er behæftet med. Konklusionerne baseres på henholdsvis 26 patienter henvist på baggrund af depression og 7 patienter på baggrund af angst. Et så lavt antal undersøgte, betyder at variationen ikke berettiger nogen form for generalisering. Ydermere konstaterer rapporten selv, at de tilmeldte lægepraksis havde flere psykologydelse end gennemsnittet, og at undersøgelsen derfor næppe er repræsentativ for alle lægepraksis med hensyn til deres brug af psykologordningen. Derfor konkluderer rapporten også selv, at generalisering af resultaterne frarådes. En konklusion, som sundhedsstyrelsen også kommer frem til i deres rapport 'Evaluering og perspektivering af tilskudsordningen til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper' (Sundhedsstyrelsen, 2015:18-19).¹

Konklusionen omkring almenpraktiserende lægers overhenvisning holder ikke

Et hovedpunkt i rapporten er som nævnt overhenvisning, som begrundes i at der henvises og behandles et stort antal patienter der for depressionsindikatoren ikke viser sig som opfyldende kriterierne for let til moderat depression på MDI-testen. Konklusionen om fejlhenvisning ses også i Forskningsenheden for almen praksis' tidligere rapport 'Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression' (2011), hvor det igen vha. anvendelsen af MDI blev konkluderet at kun knap 33% af respondenterne var indeholdt i målgruppen let til moderat depression, ca. 39% af respondenterne ingen



tegn havde på depression og 28% af klienterne havde symptomer på en svær depression ved påbegyndelse af psykologbehandlingen. Denne konklusion anvendes også i Sundhedsstyrelsens evaluerings- og perspektiveringsrapport og gentagende i andre materialer, til trods for at der er gjort opmærksom på de betydelige fejlkilder som må ses i tilknytning til konklusionen.

Man må formode at lægehenvielsen ikke er baseret på en automatik på baggrund af den selvudfyldte MDI-test, men på en klinisk vurdering fra lægens side. Dette tilsiger de faglige retningslinjer for henvisning til psykolog fra Sundhedsstyrelsens vejledning da også, hvor der opstilles en række kriterier, der skal være opfyldt før henvisning af patienter til psykolog kan ske². For at henvisning af patienter med depression til psykolog kan ske skal der fx først gennemføres et diagnostisk interview over mindst 2 samtaler med lidt tid imellem, foretages en somatisk undersøgelse, hvor somatiske og psykiatriske differentialdiagnoser udelukkes, funktionsevnen skal vurderes som værende nedsat i lettere til moderat grad på grund af depressionen og endelig anvender den almenpraktiserende læge en psykometrisk test (MDI eller HAMD) som beslutningsstøtte til at vurdere depressionens sværhedsgrad, som så skal være let til moderat før henvisning kan finde sted. Lægens endelige kliniske vurdering må altså, trods fejlmuligheder, forventes at være langt mere pålidelig end en patients egne svar på en selvudfyldt MDI, sådan som den anvendes i den undersøgelse, der ligger til grund for rapporten og dennes konklusioner og fejlhenvielsen blandt de medvirkende lægepraksis i undersøgelsen.

Den i rapporten fundne overdiagnosticering af depression kan dermed ikke betragtes som et pålideligt fund. I og med at anvendelsen af selvudfyldte spørgeskemaer ikke er retvisende som diagnosekriterium, kan forekomsten af diagnoser i behandlingssystemet heller ikke opgøres på baggrund af anvendelsen af disse.

Konklusionen omkring psykologers manglende afvisning af klienter der ikke opfylder henvisningskriterierne holder ikke

Patienter med en henvisning fra egen læge vurderes allerede i psykologens telefon, og patienter, der ikke opfylder henvisningskriterierne bliver derfor ofte afvist før de når kliniklokalet. Disse afvisninger registreres ikke.

Det nævnes i rapporten at der findes en kategori i onlinesystemet til at angive at en patient er blevet afvist fordi vedkommende ikke opfylder henvisningskriterierne, og at psykologerne har brugt denne for lidt. For at forstå dette, må man imidlertid have kendskab til hvorledes henvendelsen fra patient til psykolog foregår.

Oftest er der tale om at patienten henvender sig telefonisk eller via mail eller SMS. Ved denne henvendelse kender psykologen ikke patientens CPR-nummer, men det vil ofte være under denne henvendelse at psykologen vurderer om patienten opfylder kriterierne og derfor skal have tildelt en tid eller om patienten skal afvises og henvises til at henvende sig andetsteds. Først hvis patienten accepteres i behandlingen og gives en tid, spørges typisk til CPR-nummer, og psykologen kan herefter læse lægehenvielsen. Når psykologen ikke kender patientens CPR, kommer patienten slet ikke ind i psykologens system, og der gives derfor heller ikke nogen kode for afvisningen. Derfor vil der være en del patienter som er afvist ud fra henvisningskriterierne uden at det fremgår af registreringssystemet.



Endelig må det samlet set igen understreges, at forfatterne til rapporten selv påpeger at rapportens resultater, der vedrører fejlhenvisninger er behæftet med en betydelig statistisk usikkerhed, og at det derfor er vanskeligt at drage robuste konklusioner om efterlevelsen af Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer for henvisning til psykologbehandling.

Konklusionen om manglen på evidensbaserede behandlinger holder ikke

I rapporten *'Opfølgning på Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henvisning til psykologbehandling'* beklages det at kun 31% af psykologbehandlingerne foretages med "den terapiform, der er bedst forskningsmæssigt evidens for (kognitiv adfærdsterapi eller interpersonel terapi)". Her forbigår forfatterne at man af deres første undersøgelse kan se en meget stor ændring i MDI-scores fra start til slut af behandlingsforløbet. Selvom der ikke er nogen kontrolgruppe, og denne ændring derfor ikke kan forstås som en egentlig effekt, viser det alligevel at selvvurderingen er stærkt ændret under forløbet. Når det beklages at der ikke anvendes de nævnte behandlingsmetoder ville det have været nærliggende at opdele behandlingsresultaterne (i de første rapporter fra Forskningsenheden for almen praksis fra henholdsvis 2007 og 2011) efter de anvendte behandlingsmetoder for at dokumentere et bedre behandlingsforløb, men dette er ikke sket.

De ovennævnte tidligere undersøgelser fra Forskningsenheden For Almen Praksis af psykologordningen indikerer, at psykologbehandlingen har positive effekter, således indikerer datamaterialet i modsætning til rapportens konklusioner:

- Patienternes selvrapporterede effekt er 95%.
- Patienterne rapporterer at psykologbehandlingen giver dem en højere følelse af kontrol over egen situation og redskaber til at håndtere eget liv og dermed større evne til at modvirke forekomsten af nye depressioner.
- Der findes desuden højere trivsel ved afslutning af psykologforløb og bedre selvvurderet helbred.
- Det vises endvidere at for gruppen der har fået psykologbehandling bedres arbejdsfastholdelse/fastholdelse af uddannelse, og den stabiliseres eller øges over tid, mens den går ned i test- og især medicingruppe.
- Der ses desuden væsentlig højere forekomst af overgang til sociale ydelser og førtidspension i test- og medicingruppe, øgende over tid. I 2011-undersøgelsen har 89 % af de deltagere, der har modtaget psykologbehandling ingen depression 3 år efter afsluttet behandling. Sammenlignes disse tal med kendte remissionsrater for medicinsk behandling på op mod 60% må resultatet således vurderes særdeles positivt.

Det skal hertil bemærkes, at ovenstående resultater er behæftet med samme ringe forskningskvalitet, som konklusionerne om fx fejlhenvisninger. Det kan dog undre, at de gode effekter ignoreres mens de negative effekter fremhæves, når forskerne afrapporterer resultaterne såvel som når Sundhedsstyrelsens evaluerer ordningen.



Samlet konklusion

Det må konkluderes at den institution, som indtil videre har stået for evalueringen af psykologbehandlingen ikke har anvendt de korrekte målemetoder i deres undersøgelse. Analyserne og konklusionerne baseret herpå er derfor misvisende ligesom de er meget selektivt afrapporteret og anvendt i det beslutningsgrundlag, som har været forelagt politikerne. Derfor må der drages tvivl om det metodologiske og videnskabelige grundlag der ligger til grund herfor samt fremstillingen og anvendelsen af resultaterne. For at man kan opnå et retvisende billede af Psykologordningen må denne nødvendigvis undersøges så godt som muligt og med de rigtige og bedste eksisterende metoder. Det er afgørende, at forskningen udføres af forskere med kompetence til at forske i psykoterapi og psykoterapeutiske metoder. Man kunne derfor ønske sig en anden fremtidig placering af ansvaret for evaluering af psykologordningen.

Sundhedsstyrelsen konkluderer i deres evaluering og perspektivering, at der bør udvikles et bedre videnskabeligt grundlag omkring aktiviteter og resultater af tilskudsordningen. Det har for Dansk Psykolog Forening også været vigtigt at få skabt et bedre datagrundlag om ordningen end det vi har i dag. I denne forbindelse må det nævnes, at det som et led i forhandlinger mellem Danske Regioner og Dansk Psykolog Forening er blevet aftalt, at der skal udvikles og etableres en klinisk kvalitetsdatabase og gennemføres et forskningsprojekt om psykologordningen. Arbejdet med den kliniske kvalitetsdatabase er allerede påbegyndt og skal bidrage til dokumentation af aktiviteter omkring psykologbehandlingen. Forskningsprojektet skal afdække og dokumentere effekten af psykologbehandling samt de socioøkonomiske og samfundsmæssige effekter af psykologbehandling i ordningen – herunder arbejdsmarkeds- og uddannelsesfastholdelse samt forbrug af offentlige ydelser.

¹ https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~/_media/D662C9C1DC6B41AD9180C0C6A2141A67.ashx

² <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/sjaelland/patientforloeb/psykiatrien/henvisning-psykolog/>

