



Til  
Sundhedsstyrelsen  
Att. [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

### **Høringssvar over vejledning for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling samt Bilag A til Vejledning for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling**

BEDRE PSYKIATRI takker for muligheden for at afgive høringssvar på dette meget vigtige område. BEDRE PSYKIATRI har læst høringforslaget og har følgende konkrete bemærkninger.

Først og fremmest henleder BEDRE PSYKIATRI opmærksomheden på høringssvar over udkast til ny bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper af 29. marts 2016. Daværende høringssvar danner således grundlaget for de hertil supplerende kommentarer til Vejledningen og Bilag A. Se venligst neden for vedhæftet høringssvar af 29. marts 2016.

#### **Vejledning for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling**

##### Tidsgrænsen

Det fremgår af høringssudkastet, at for henvisningsårsag 1-8 kan henvisningen som udgangspunkt ikke udstedes senere end 6 måneder efter den alvorlige livsbegivenhed har fundet sted, som henvisningen er årsag til. Dog kan der være behov for, at henvisningen udstedes senest 12 måneder efter den alvorlige livsbegivenhed, som er årsag til henvisningen, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 3.

BEDRE PSYKIATRI gør i den henseende opmærksom på, at det fremgår af evalueringen af tilskudsordningen til psykologbehandling (Sundhedsstyrelsens evaluering af psykologordning september 2015), at det er graden af symptomer, og ikke det tidsmæssige, der er afgørende for, hvornår det bliver behandlingskrævende. Symptomer opstår typisk inden for et år efter hændelsen, men kan opstå mere end et år efter hændelsen, om end dette er sjældent. Der vil derudover være personer, som først senere bliver diagnosticerede og/eller motiverede for behandling. Den nuværende tidsgrænse på 6 (12) måneder betyder således, at de fleste, men ikke alle personer, der udvikler en psykisk patologisk reaktion med baggrund i alvorlig livsbegivenhed, er omfattet af tilskudsordningen. Evalueringen konkluderer således, at ud fra et sundhedsfagligt synspunkt kan det derfor være relevant at forlænge tidsgrænsen, så en større andel af de personer, der udvikler psykisk patologisk reaktioner omfattes. (s 49)

Erfaringsmæssigt viser det sig for pårørende til psykisk syge, at behovet for psykologhjælp kan indtræde efter 12 måneders-grænsen. Psykologisk er der tale om udskudt, undgået eller forsinket reaktion, hvor pårørende ikke reagerer i umiddelbar tilslutning til de begivenheder som et resultat af sygdommen, som skulle være belastningsfremkaldende. Dertil erfares også, at pårørende ofte ikke kan vedkende sig rollen som pårørende til en psykisk syg og betragter det som en midlertidig begivenhed, hvorfor der ikke tages kontakt til lægen for henvisning i første omgang. Og ofte sker det, at pårørende ikke har råd til psykologbehandling inden for det krævede tidsrum.

### Alderskriterium for personer med angst

Det fremgår af høringsudkastet, at alder indgår som et kriterium for afgrænsning af persongruppen ved henvisning af personer med let til moderat angst og depression, idet personer skal være fyldt 18 år ved henvisning til ordningen. Personer der henvises for angst kan ikke være ældre end 38 år på henvisningstidspunktet.

BEDRE PSYKIATRI konstaterer således, at den nuværende tilskudsordning primært er målrettet voksne, men for personer med angst er den afgrænset til personer op til 38 år. Der er, iflg. evalueringen 2015, som udgangspunkt ikke en sundhedsfaglig begrundelse for at afgrænse tilskudsordningen til særlige aldersgrupper. Det må således formodes, at alle praktiserende psykologer har kompetencer til at varetage behandling af voksne i alle aldre med psykiske lidelser. (Sundhedsstyrelsens evaluering af psykologordning september 2015)

### Sundhedsfaglige indikationer

Af høringsudkastet fremgår, at for alle henvisningsårsager 1-11 i bekendtgørelsens § 1 gælder, at den praktiserende læges vurdering af personens adgang til ordningen for psykologbehandling må bero på en konkret og individuel faglig vurdering af, om der er en sundhedsfaglig indikation for psykologbehandling. Den sundhedsfaglige indikation for psykologbehandling vurderes med udgangspunkt i:

- personens ressourcer og vanskeligheder
- personens ønsker, præferencer og motivation for psykologbehandling
- reaktionens/symptomernes sværhedsgrad
- bæredygtigheden af personens netværk
- personens sårbarhed, aktuelle livssituation og tidligere belastninger

For BEDRE PSYKIATRI er det afgørende, at den sundhedsfaglige indikation for psykologbehandling også vurderes med udgangspunkt i om vedkommende har pårørende (børn, unge og voksne), der vil være berettiget til ordningen for psykologbehandling. Dette kan både ses i relief til psykologordningens patientgruppe 3) pårørende til alvorligt psykisk syge personer, og patientgruppe 5) pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom. Almen praksis har ofte kendskab til hele patientens sygdomsforløb, og i mange tilfælde vil almen praksis være fælles for hele familien. Almen praksis får derved en naturlig kontakt til pårørende i familien og har dermed også en mulighed for dels at inddrage de pårørende i patientens sygdomsforløb, og dels vurdere, om de pårørende har brug for særlig hjælp og støtte i forbindelse med en patients sygdom og til at håndtere opgaverne som pårørende, hvor særligt psykologbehandling kan være afgørende. (Psykiatriudvalget, 2013, Sundhedsstyrelsen 2012, Sundhedsstyrelsen, 2014).

BEDRE PSYKIATRI anbefaler på den baggrund, at den sundhedsfaglige indikation for psykologbehandling samtidigt vurderes om vedkommende har pårørende, der har ret til tilskud til behandling hos en psykolog jf. Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper.

### **Bilag A til Vejledning for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling**

Det kan konstateres, at der i Bilag A fremgår, at der er en række specifikke risikofaktorer ved enkelte henvisningsårsager, som lægen bør være opmærksom på i sin vurdering af behandlingsbehovet.

BEDRE PSYKIATRI noterer sig, at specifikke risikofaktorer ved patientgruppe 3) pårørende til alvorligt psykisk syge personer ikke er beskrevet, hvilket er u hensigtsmæssigt. Når det handler om pårørende til alvorligt psykisk syge personer, bør den praktiserende læge netop være særligt opmærksom på, om reaktionerne bl.a. er akutte, forsinket, aftagende, tiltagende mv. Psykologisk kan der fx også være tale om udskudt,

undgået eller forsinket reaktion, hvor pårørende ikke reagerer i umiddelbar tilslutning til de begivenheder som et resultat af sygdommen, som skulle være belastningsfremkaldende.

- Forskning (int.) viser i øvrigt, at op mod 1/3 af pårørende til personer med psykose opfylder kriterier for PTSD og depression. [Link1](#) og [Link](#)
- Forskning (int.) har tidligere vist, at angst, depression og søvnløshed er dobbelt så højt som befolkningen, hertil ses også OCD-symptomer [Link0](#). Stress er betydeligt forekommende (McFarlane 2002). [Link0](#), [link3](#) [Link1](#).

Netop i kraft af - bl.a. den syges diagnose, sværhedsgrad, symptomprofil, sygdoms-opståen, og behandlingsmæssig tidsperspektiv samt pårørendes tilknytning, tæthed (barn, ung, voksen, forældre, søskende, samlever etc.), alder, køn mv. samt pårørendes mestringsevner, ressourcer og de psykologiske reaktioner, som de pårørende oplever i form af frustration, skyld, skam, afmagt, forvirring, chok, stress, bekymring, depression, angst og forlegenhed mv. - er det nødvendiggjort, at der af Bilag A fremgår en beskrivelse af specifikke risikofaktorer ved pårørende til alvorligt psykisk syge personer, som lægen bør være opmærksom på i sin vurdering af behandlingsbehovet.

Med venlig hilsen

BEDRE PSYKIATRI



Til

Sundheds- og Ældreministeriet

Att. (sum@sum.dk) med kopi til ([ls@sum.dk](mailto:ls@sum.dk)).

Holbergsgade 6

DK-1057 København K

### **Høringsvar over udkast til ny bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper.**

BEDRE PSYKIATRI takker for muligheden for at afgive høringssvar på dette meget vigtige område. BEDRE PSYKIATRI har læst høringforslaget og har følgende konkrete bemærkninger.

#### **Indledning**

Når et menneske rammes af psykisk sygdom, er de pårørende en uvurderlig støtte og hjælp. Det at have pårørende med i behandling udgør en signifikant ressource - ikke bare for den enkelte, men også for sundhedspersonalet. Når den pårørende inddrages, er der en langt større chance for, at mennesket med psykisk sygdom bliver hurtigere rask.

Men vi ved også, at det til tider er meget hårdt socialt, økonomisk og psykisk at være pårørende; ofte er det en så voldsom og belastende livsomstændighed, som kan medføre eksempelvis stress, depression, angst, og de pårørende kan ligefrem opfylde kriterierne for post traumatisk stress syndrom (PTSD). I en evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression (2011) var ca. 1/5 af deltagerne nære pårørende til en psykisk syg. De pårørende havde dermed ikke fået en nødvendig psykoterapeutisk hjælp i tide, men fik den først ved en udvikling af en klinisk depression.

Set i lyset af ovenstående er det nødvendigt at sikre de rigtige vilkår, muligheder for støtte og hjælp, hvis pårørende fortsat skal udgøre en ressource i behandlingen af den psykiske syge. Psykologhjælp til pårørende er en afgørende faktor hertil. Politisk såvel som fagligt kan rettigheden til psykologhjælp for pårørende betegnes som anerkendelse af pårørende som en vigtig ressource i behandlingen af den psykiske syge, fordi man netop med den rette hjælp understøtter, at de pårørende kan udfylde rollen som pårørende på trods af, at det ofte er stressende og griber voldsomt ind i deres hverdag.

I dag har pårørende til alvorligt psykisk syge personer (som henvisningsårsag) ret til tilskud til behandling hos en psykolog. Det betyder, at pårørende i dag er selvstændigt skrevet ind i retningslinjerne for psykologhjælp og netop har en grundlæggende ret til at få en henvisning til psykologhjælp, såfremt de opfylder kriterierne. Udover at en skriftlig henvisning fra lægen, er en henvisning yderligere betinget af, at den skal være udstedt senest 6 og maks. 12 måneder efter, at den begivenhed, der er årsag til henvisningen, indtrådte.

Ca. 6500 pårørende går hvert år til psykolog med offentligt tilskud (6. største henvisningsgruppe), og pårørende betaler selv 40 pct. af honoraret. Fra 2004 til 2015 steg antallet pårørende, der modtog psykologhjælp med 45 pct. Dertil er ikke medregnet de pårørende, der falder uden for tidsbegrænsningen eller de pårørende, der modtager psykolog i privat regi. Tidligere undersøgelse har vist, at hver fjerde pårørende ikke havde råd til psykologhjælp (BP Research, 2012). For pårørende som ikke har gjort brug af

psykologhjælp, har de påpeget, at de ikke har haft tid, fordi alle kræfter blev brugt på den syge (17 pct.), mens andre pårørende ikke kendte til mulighederne for hjælp hos en psykolog (15 pct.).

Det bør noteres, at det af evalueringen af psykologordningen (Sundhedsstyrelsen, 2015) fremhæves særligt, at der ikke er væsentlige øvrige tilbud til målgruppen for henvisningsårsag 3: pårørende til alvorligt psykisk syge personer (s. 20). Det bør i øvrigt bemærkes fra evalueringen, at der generelt er meget stor tilfredshed med ordningen blandt patienter og deres pårørende. I evalueringen peger patienter og pårørende på, at ventetid kan være en udfordring, og at egenbetalingen formodentlig holder nogle fra at tage imod tilbud om psykologbehandling under ordningen. Endvidere peges der på, at psykologordningen måske med fordel kunne iværksættes tidligere i det samlede forløb (s 19).

Alt i alt er retten til psykologhjælp for pårørende til psykisk syge en afgørende forudsætning for at pårørende fortsat kan være vigtige samarbejdspartnere, der kan give uvurderlig hjælp til den syge og som på grund af deres særlige tilknytning har et stort engagement i forhold til den syge, og som kan spille en signifikant rolle i forhold til den syges opnåelse af recovery (Psykiatriudvalget, 2013). For BEDRE PSYKIATRI er det derfor vitalt at sikre fremtidigt adgang til psykologhjælp til pårørende til psykisk syge.

### **Ændringen vedrørende § 2, stk. 5**

Det fremgår af høringsudkastet, at ændringen i bekendtgørelsen fastsætter, at *”for at en person kan henvises til psykologbehandling efter § 1, nr. 1 – 9, skal den alvorlige livsbegivenhed have forårsaget udvikling af en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne.”*

BEDRE PSYKIATRI finder det positivt, at man ønsker at præcisere henvisningsgruppen.

BEDRE PSYKIATRI nærer dog en bekymring for, om præciseringen i højere grad har karakter af ændring i adgang til psykologhjælp, idet der nu stilles krav om, at der skal være tale om en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne for, at det udløser adgang til psykologhjælp. En potentiel ændring vil således både stride imod anbefalingerne fra evalueringen af psykologordningen (Sundhedsstyrelsen, 2015, s 10) og de politiske intentioner jf. aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019, d. 23. oktober 2015.

Det fremgår således af evalueringen af psykologordningen (2015); at *”Adgangen til tilskudsordningen for personer, der har oplevet alvorlige livsbegivenheder (henvisningsårsag 1-9), kan hensigtsmæssigt afgrænses til de personer, som har udviklet en psykisk patologisk reaktion med moderat nedsat funktionsevne. De hyppigste psykiske patologiske reaktioner er akut belastningsreaktion, posttraumatisk stress belastning eller tilpasningsreaktion.”*

At evalueringen anvender ordene *”kan hensigtsmæssigt”* indikerer, at psykiske patologiske reaktioner ikke tidligere har været eksplicit praksis, men blot indirekte forudsat. Dette kan understøttes af evalueringen, hvoraf det fremgår, at Sundhedsstyrelsen i 2012 har udarbejdet faglige retningslinjer for henvisning til psykologbehandling for personer med depression og angst, **men** der foreligger ikke tilsvarende for henvisning af personer, som henvises med baggrund i en alvorlige livsbegivenhed (Sundhedsstyrelsen 2015 side 43).

At der skal være tale om *”psykisk patologisk reaktion”* begrundet i hhv. akut belastningsreaktion, posttraumatisk stress belastning eller tilpasningsreaktion, bevirker, at der skal være tale om en specifik diagnosekode for at få adgang til psykologhjælp, heraf diagnosekoden F43 jf. ICD-10 sygdomsklassifikationssystem. Hvordan det forholder sig til en målgruppe, der har oplevet en livsbegivenhed efter bekendtgørelsens § 1, nr. 1 – 9, men ikke opfylder kriterierne for diagnosekode F43 forbliver dog ubesvaret på det foreliggende grundlag.

Det fremgår af høringsudkastet, at livsbegivenheden skal have forårsaget *”en moderat nedsat funktionsevne”*. Jf. evalueringen (Sundhedsstyrelsen, 2015, side 42) har det ikke tidligere været præciseret, at der skulle være om nedsat funktionsevne. Funktionsevnenedsættelse er med andre ord ikke en eksplicit praksis, men givetvis indirekte forudsat. At funktionsevnen derudover skal være *”moderat nedsat”* finder tillige hverken sin begrundelse i høringsudkastet eller af evalueringen (Sundhedsstyrelsen, 2015). Hvorledes man vil forholde sig til *”let”* eller *”svær”* funktionsnedsættelse forbliver dermed ubesvaret på det foreliggende grundlag.

Det fremgår af evalueringen (Sundhedsstyrelsen 2015, side 7 og 62), at ordningen hidtil har været af forebyggende karakter. *”Dermed var formålet, at ordningen skulle virke forebyggende i forhold til udvikling af mere alvorlige psykiske problemer. (...)”*Formålet med at tilbyde psykologbehandling til disse målgrupper har hidtil været at sikre en tidlig indsats med henblik på at forebygge udvikling af en mere alvorlig psykisk lidelse.”

BEDRE PSYKIATRI nærer dog en alvorlig bekymring for, om psykologhjælp mister den forebyggende dimension og dermed risikere at vægte personer, hvis situation har udviklet sig psykopatologisk. Dette synes hverken hensigtsmæssigt eller tilfredsstillende for den stadig større gruppe danskere, der har behov for psykologisk hjælp, så de undgår et reelt behandlingskrævende forløb i selve psykiatrien.

#### **BILAG 1: Afgrænsning af persongruppe, som er omfattet af § 1, nr. 1-9:**

Det fremgår af høringsudkastets bilag 1, at *”For at personer, der som følge af en alvorlig livsbegivenhed er omfattet af ordningen, skal den praktiserende læge have diagnosticeret personen med en diagnose inden for F43 – Reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner (i henhold til ICD-10 klassifikationen).”*

BEDRE PSYKIATRI anbefaler, - at såfremt bestemmelsen om, at personer, der som følge af en alvorlig livsbegivenhed med diagnosekoden F43, fastsættes - at få præciseret F43-diagnosekoden eksplicit og udtømmende i bekendtgørelsen jf. WHO ICD-10

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F43>.

#### **Kilder:**

- Sundhedsstyrelsen, 2015. EVALUERING OG PERSPEKTIVERING AF TILSKUDSORDNINGEN TIL PSYKOLOGBEHANDLING I PRAKSISSEKTOREN FOR SÆRLIGT UDSATTE PERSONGRUPPER
- Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019, 23. oktober 2015.
- WHO ICD-10 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F43>. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
- BEDRE PSYKIATRI – Pårørende socioøkonomiske situation, BP RESEARCH 2012 [LINK](#)
- Fjeldsted R, Christensen KS, evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2011. ([www.alm.au.dk](http://www.alm.au.dk))