

Notat vedrørende psykologbehandling til børn og unge med angst og depression

Indledning

Som opfølgning på satspuljeaftalen for 2012-2015 blev der i forbindelse med udvidelse af aldersgrupperne for psykologbehandling i praksissektoren til personer med let til moderat angst og depression reserveret 1 mio. kr. til en evaluering af tilskudsordningen til psykologbehandling til særligt udsatte persongrupper. Kommissoriet indeholdt blandt andet en vurdering af behovet for samt konsekvenserne ved at udvide ordningen til at omfatte børn og unge med let til moderat angst og depression. Denne gruppe er aktuelt ikke er dækket i den eksisterende tilskudsordning til psykologbehandling.

Dette notat skal indgå i den samlede evaluering af psykologordningen og er udarbejdet på baggrund af bidrag fra en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen bestående af faglige repræsentanter udpeget af KL, Danske Regioner, Børne- og Ungdoms Psykiatrisk Selskab i Danmark, Dansk Selskab for Almen Medicin, Selskab for Psykoterapi, Selskab for Psykopatologi hos Børn og Unge, Socialstyrelsen, Undervisningsministeriet, Danske Patienter og Børnerådet.

Formålet med dette notat er at:

- A. Estimere antallet af børn og unge i alderen 6-18 år, der, uanset behandlingsform, har brug for behandling for angst eller depression
- B. Vurdere behovet for og konsekvenserne ved, at børn og unge eventuelt omfattes af tilskudsordningen for angst og depression, herunder:

- Hvorvidt de eksisterende ordninger for børn og unge med angst eller depression er sufficente.
- Vurdere om praktiserende psykologer vil kunne tilbyde relevant behandling for børn og unge med angst eller depression.

Notatet indgår i den samlede evaluering sammen med kortlægningen og analysen af psykologbehandling i praksissektoren og vil blive brugt til den perspektivering, som Sundhedsstyrelsen er blevet bedt om at udarbejde til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Arbejdsgruppen har holdt to møder i efteråret 2014, hvor repræsentanterne har bidraget mundtligt samt sendt skriftligt materiale. De overordnede forhold indenfor området er så vidt muligt forsøgt beskrevet, men som det kan ses af nedenstående beskrivelse har det ikke været muligt at finde informationer til at kortlægge hele området.

Notatet er delt op i to dele. I del A estimeres antallet af børn og unge i alderen 6-18 år, der, uanset behandlingsform, har brug for behandling for angst og depression. Del B omhandler en vurdering af behovet for og konsekvenserne ved, at børn og unge eventuelt omfattes af tilskudsordningen for angst og depression.

A. Estimering af antallet af børn og unge i alderen 6-18 år, der, uanset behandlingsform, har brug for behandling for angst og depression

Der findes ikke præcise tal for prævalensen af børn og unge med angst og depression¹ i Danmark. Dette skyldes flere forskellige faktorer. Der er blandt andet en glidende overgang fra trivselsproblemer til psykiske lidelser. Derudover sker der formentlig en del underrapportering, ligesom komorbiditet er hyppig og symptomerne for angst og depression overlapper (bilag 1). Ligeledes findes der ingen samlede tal for antallet af børn og unge, der modtager behandling, eftersom det sker i forskelligt regi (regionalt, kommunalt og privat).

A.1 Angst

Prævalensen for angst (alle typer) hos børn og unge anslås til at være 8-9 %.² Dette fordeler sig på angstdiagnoserne: Separationsangst (3 %), generaliseret angst (2 %), specifikke fobier (3 %), social fobi (1 % blandt skolebørn og 6 % blandt unge) samt panikangst (<1 %).

¹ I forbindelse med besvarelsen af opgaven er der taget udgangspunkt i WHO's officielle kriterier som beskrevet i ICD-10's definitioner for angst og depression.

² Lægehåndbogen (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boernepsykiatri/tilstande-og-sygdomme/kliniske-tilstande/angstlidelser-hos-boern-og-unge/>)

Angst, der er begrænset til frygt for specifikke situationer eller objekter, også kaldet specifikke eller isolerede fobier, er ikke generelt funktionsnedsættende hos børn og unge og dermed ikke behandlingskrævende. Trækkes disse fra, findes en prævalens på ca. 5-6 %, hvilket mere realistisk afspejler de behandlingskrævende angsttilstande.

I følge Danmarks Statistik var der i Danmark i første kvartal 2014, 461.960 børn i alderen 6-12 år og 343.952 børn i alderen 13-17 år. Hvis det antages, at ca. 5-6 % af børn og unge på et givent tidspunkt lider af behandlingskrævende angst, svarer dette i aldersgruppen 6-17 år til ca. 40-48.000 børn og unge.

A.2 Depression

Prævalensen for depression skønnes til omkring 1-2 % hos skolebørn (6-12 år) og 2-5 % hos unge (13-17 år).³ Tallene er ikke meget forskellige fra udenlandske undersøgelser.⁴ Hvis det antages, at ca. 1-2 % af børnene i alderen 6-12 år på et givent tidspunkt har en depression, svarer dette, jf. tallene fra Danmarks Statistik, til ca. 4-9.000 børn. For 13-17 årige svarer 2-5 % til ca. 7-17.000 børn og unge.

Årsagen til depression er multifaktoriel, og sværhedsgraden strækker sig på et kontinuum fra let depression med få depressive symptomer, over moderat til svær depression, hvor der er tale om alvorlig funktionsevnenedsættelse og risiko for selvmord. Hos børn ses hyppigere irriterabilitet, selvskadende adfærd, lav frustrationstolerance, angst, fysiske symptomer, vredesudbrud og social tilbagetrækning end hos voksne. Til gengæld ses færre melankolske symptomer⁵, psykotiske symptomer og selvmordsforsøg end hos voksne. Det er svært at vurdere, hvor mange børn og unge der får en henholdsvis let, moderat og svær depression, både fordi en let depression kan udvikle sig til en svær, og fordi prævalensstudier ikke altid indeholder en differentiering i forhold til sværhedsgrad.

³ Lægehåndbogen (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boernepsykiatri/tilstande-og-sygdomme/kliniske-tilstande/depressive-lidelser-hos-boern-og-unge/>)

⁴ <http://www.aafp.org/afp/2000/1115/p2297.html>, samt Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G and Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 837-44

⁵ Melankoliform depression er kendetegnet ved såkaldte somatiske symptomer som: Nedsat lyst og interesse, svækket følelsesmæssig reaktionsevne, tidlig opvågning (dvs mere end 2 timer før vanligt), morgenforværring eller morgenvåde, hæmning eller agitation (uro/restløshed), nedsat appetit, mere end 5% væggtab i løbet af den sidste måned, nedsat seksuel lyst.

B. Vurdering af behovet for og konsekvenserne ved, at børn og unge eventuelt omfattes af tilskudsordningen for angst og depression

Afsnit B.1 i dette kapitel beskriver de eksisterende ordninger for børn og unge med udgangspunkt i lovgivningen. Det har været muligt at finde beskrivelser af de forskellige ordninger, men det har ikke været muligt at få et fuldt overblik over og information om kvaliteten af den behandling, der tilbydes i ordningerne. Ligeledes har det kun i begrænset omfang været muligt at finde information om, hvor mange børn og unge der behandles i de forskellige ordninger. Afsnit B.2 beskriver først krav til at nedsætte sig som praktiserende psykolog, dernæst eksisterende viden om, hvor mange børn og unge der behandles af de praktiserende psykologer. I afsnit B.3 vurderes behovet for og konsekvenserne ved en eventuel udbygning af psykologordningen til at omfatte børn og unge med angst og depression.

B.1 Vurdering af, hvorvidt de eksisterende tilbud for børn og unge med depression og angst er sufficient

Der findes en række tilbud for børn og unge med depression og angst, men organiseringen og indholdet af disse varierer meget regionerne og kommunerne imellem. Børn og unge med svær angst og depression behandles i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, mens de lettere former behandles i praksissektoren. De kommunale tilbud fokuserer på forebyggelse og opsporing. Det har ikke været muligt for arbejdsgruppen at danne en komplet oversigt over, hvilke tilbud der er til børn og unge i kommunerne, ej heller hvor mange børn der får tilbud og forebyggelsesydelse. Nedenfor beskrives først lovgivningen, dernæst de eksisterende ordninger og afslutningsvis en vurdering af, om disse tilbud vurderes sufficente.

B.1.1 Lovgivningen på området

Børn og unges sundhed dækkes af tre lovgivninger: Sundhedsloven, serviceloven og folkeskoleloven. I det følgende vil den del, der omhandler børn og unges mentale sundhed, kort blive skitseret.

- Af sundhedsloven fremgår, at forebyggende helbredsundersøgelser tilbydes hos sundhedsplejersker og praktiserende læger. Selvom det ikke fremgår specifikt af loven, vil behandlingen af psykiske lidelser normalt foregå enten på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger eller hos privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiater, eller i lettere tilfælde hos egen læge.
- Af serviceloven fremgår, at kommunerne skal udarbejde en sammenhængende børnepolitik der skal sikre, at der er sammenhæng mellem det generelle og forbyggende arbejde og den målrettede indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte.
- Af folkeskoleloven fremgår, at børn, hvis udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte, gives specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand i specialklasser og specialskoler. Der gives desuden specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand til børn, hvis undervisning i den almindelige klasse kun kan gennemføres

med støtte i mindst ni undervisningstimer ugentligt. Børnene indstilles til vurdering via Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)⁶, som dækker børn og unge i grundskolen op til 18 år.

- Unge under 18 år der går på en ungdomsuddannelse:

Erhvervsuddannelser: I hovedbekendtgørelsen § 53, stk. 2 fremgår at ”Skolen skal sikre, at de elever, der har behov herfor, tilbydes social, personlig eller psykologisk rådgivning. Skolen fastsætter rammerne for denne rådgivning.”

Gymnasier: På de gymnasiale uddannelser er der i de respektive uddannelseslove en bestemmelse om, at skolerne, for at fastholde elever/kursister i uddannelse, i samarbejde med Ungdommens Uddannelsesvejledning, skal yde bistand til de elever/kursister, der har behov herfor. Skolerne skal udarbejde retningslinjer for fastholdelsesarbejdet, herunder om nedbringelse af frafald og procedurer ved omvalg eller frafald. Af bekendtgørelsen for den enkelte uddannelse fremgår det, at skolens leder skal sikre, at der udarbejdes retningslinjer for fastholdelsesarbejdet, hvilket bl.a. kan omfatte psykologordninger.

B.1.2 Eksisterende ordninger

Børn og unge i skolealderen med trivselsproblemer vil typisk blive opsporet af lærerne og sundhedsplejerskerne, eller forældrene der henvender sig til enten almen praksis eller klasselæreren. Hvis trivselsproblemerne er af en sådan grad, at barnets funktionsevne er nedsat, vil barnet kunne udredes hos PPR, der så er indgangsport til videre henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien. I andre tilfælde kan børn og unge henvises til kommunale ydelser og indsatser. En anden mulighed er også, at forældrene henvender sig til almen praksis, der enten kan behandle barnet selv eller henvise til privat praktiserende børne- og ungdomspsykiater eller børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Forældrene kan også søge behandlingstilbud via private ordninger, enten med fuld egenbetaling eller via en sundhedsforsikring.

B.1.2.1 Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger

Som hovedregel skal børn og unge med psykiske lidelser henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, når de har alvorlig psykisk sygdom, eller når den samlede problemstilling er for kompliceret til, at barnet og den unge kan få tilstrækkelig hjælp hos den praktiserende læge eller i kommunen.⁷ Børne- og ungdomspsykiatrien er organiseret under regionerne. Overordnet bør der altid henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, når der er mistanke om eller påvist psykoser, svær angst og depression, tvangstilstande, nervøs spisevægring, selvmordsadfærd eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser, samt når der

⁶ Fastsat i bekendtgørelse nr. 693 af 20. juni 2014:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163941>

⁷ Rapport for specialet: Børne- og ungdomspsykiatri, Sundhedsstyrelsen, 2008

overvejes behandling med psykofarmaka⁸. Den regionale børne- og ungdomspsykiatri vil normalt være målrettet sværere lidelser og alvorligere psykopatologi.

B.1.2.2 Praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri

Der er i alt 47 praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri i Danmark, hvoraf 28 er tilsluttet overenskomsten med Regionernes Lønnings- og Takstnævn, og disse behandlede i alt 3.391 patienter i 2013.⁹ Det er uvist, hvilke diagnoser som børn og unge behandles for i børnepsykiatrisk speciallægepraksis, men et forsigtigt skøn fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab er, at ca. 20 % af børnene/de unge har lettere til moderat angst og depression.

B. 1.2.3 Forebyggelsescentre for selvmord

Alle regioner har forebyggelsescentre for selvmord. Målgruppen er her primært voksne personer med svær depression, omend der også findes tilbud til børn og unge i alle regioner. Der findes ingen central registrering af antallet af unge, der behandles årligt.¹⁰

B.1.2.4 Kommunal rådgivning

Kommunerne har en række muligheder for at bevilge psykologbehandling til børn og unge. Psykologbehandling af børn og unge kan ske som følge af en børnefaglig undersøgelse (§ 50 undersøgelse), hvor der kan bevilges psykologbehandling efter serviceloven, § 52, stk. 3. nr. 3 og § 52, stk. 3, nr. 9. Eller som tidlig forebyggende indsats, jf. § 11, stk. 3, fx ved mistvivsel i forbindelse med forældres skilsmisse eller sorg og traumer. Endelig kan der tildeles psykologbehandling til børn ved en mors ophold på botilbud (krisecentre) (§ 109 stk. 5).

Kommunerne skal endvidere i henhold til § 11 i serviceloven sørge for, at forældre eller andre, der sørger for et barn eller en ung, kan få gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Rådgivningen skal kunne gives som et åbent og anonymt tilbud. Der er ingen aldersgrænse for retten til at modtage rådgivning, og dette kan indebære konsulentbistand til børn, unge og familier.

Ud over behandling efter serviceloven rummer den kommunale rådgivning for børn og unge også PPR, der hører under folkeskoleloven. I praksis kan der være overlap mellem disse tilbud.

⁸ Afrapportering fra arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri: bilagsrapport 2

⁹ Data fra Sygesikringsregistret

¹⁰ I 2014 er der til dato behandlet ca. 100 personer under 18 år i Region Hovedstaden (Personlig kommunikation med Overlæge Lene Wadland, Klinik for Selvmordsforebyggelse - Børn og unge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg, Lersø Parkallé 107, 1. sal. 2100 Kbh. Ø.).

B.1.2.5 Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

PPR er betegnelsen for den enkelte kommunes rådgivnings- og vejledningstilbud til familier, skoler og daginstitutioner vedrørende børn og unge mellem 0-18 år. PPRs primære opgave er at udføre observationer og pædagogisk psykologiske vurderinger i forhold til børn med fx udviklingsvanskeligheder, læse- og eller talevanskeligheder.¹¹ Det er skoleledere, der indstiller til PPR. Anmodning om indstilling kan komme fra sundhedsplejersken¹², læreren, eleven eller forældrene på grund af mistriivsel, manglende udvikling, kognitive eller psykiske problemer hos barnet. I praksis er PPR-tilbud sjældent monofaglige, men foregår i et samspil mellem blandt andet psykologer, lærere og andre og er ofte rådgivende i forhold til forskellige faggrupper for at øge barnets trivsel.¹³

I en del kommuner har PPR mulighed for at gå ind i kortere behandlingsforløb vedrørende klinisk psykologiske problemstillinger. Det er dog meget forskelligt fra kommune til kommune, hvad der tilbydes af behandling for angst og depression i PPR-regi. I mange kommuner tilbydes PPR behandling af angst, blandt andet "Cool Kids-programmet" for børn mellem 7-14 år med angst, som er et kognitiv-terapeutisk program, der har vist sig at have en god effekt på børn med angst.¹⁴ Nogle af disse tilbud indebærer brugerbetaling.

Der er i PPR ikke eksempler på tilsvarende evidensbaserede programmer for børn og unge med depression. I Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK)'s retningslinjer anbefales det, at deprimerede børn og unge "primært vurderes ved speciallæge i almen medicin, psykolog, pædiater eller børne- og ungelæge..."¹⁵ og at behandling finder sted i tæt samspil med barnets nærmiljø.

¹¹ Bekendtgørelse nr. 693 af 20. juni 2014: § 2. Hvis det antages, at en elev har behov for specialpædagogisk bistand, jf. folkeskolelovens § 3, stk. 2, skal eleven indstilles til en pædagogisk-psykologisk vurdering. Indstilling afgives af skolens leder til pædagogisk-psykologisk rådgivning, eventuelt på initiativ af den kommunale sundhedstjeneste, hvis denne har kendskab til psykiske, fysiske, sproglige eller sensoriske funktionsvanskeligheder hos eleven, som giver grund til at antage, at eleven har behov for specialpædagogisk bistand.

Stk. 2. Forældrene og eleven kan anmode om en pædagogisk-psykologisk vurdering i de tilfælde, hvor de finder, at der bør iværksættes specialpædagogisk bistand.

¹² Sundhedsplejersken har ifølge loven om sundhedsplejersker (§ 2, stk. 4) til opgave at "støtte, udrede og opfølge i relation til indsatser for sundhedsmæssigt truede børn og unge samt børn og unge udsat for omsorgssvigt, herunder tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med almen praksis, den kommunalt ansatte læge, socialforvaltning, pædagogisk psykologisk rådgivning og andre"
<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=137293#K2>

¹³ <http://pub.uvm.dk/2001/ppr/6.htm>

¹⁴ Arendt, K.; Thastum, M.; og Hougaard, E. (submitted manuscript) Efficacy of a Danish Version of the Cool Kids Program: A Randomized Wait-List Controlled Trial

¹⁵ Sørensen, M.J.; Kalvåg, M.; Nøhr-Jensen, P.; Hagenbøl, L (2010): Landsdækkende klinisk retningslinje vedrørende udredning og behandling af depression hos børn og unge. BUP-DK

B.1.2.6 Ungdomsuddannelserne

Hvor folkeskolealderen er dækket af PPR, er der derimod ingen tilsvarende instans for ungdomsuddannelserne.

Erfaring fra satspuljeprojekter for unge på ungdomsuddannelser

Evaluering af satspuljeprojektet ”*En tværfaglig indsats for unge med lettere psykiske vanskeligheder på ungdomsuddannelserne*” i psykiatriaftalen 2007-2011 af Rambøll Management viste, at antallet af børn og unge med psykiske vanskeligheder i kommunerne og på ungdomsuddannelserne var højt: I kommunalt regi deltog 1.629 børn og unge (hvoraf 1.211 har afsluttet et forløb) og på ungdomsuddannelserne deltog 5.278 unge. Resultatet af evalueringen viste at, i fem ud af syv projektkommuner blev der observeret et fald i antal sengedage i børne- og ungdomspsykiatrien, en reduktion i venteliste til børnepsykiatrien, samt en reduktion af frafaldet på ungdomsuddannelserne. Det var dog sammenfaldende med en generel reduktion af sengepladser i børne- og ungdomspsykiatrien i samme periode, og kan derfor ikke udlægges som et resultat af indsatsen. 77 % af de unge på ungdomsuddannelserne, der modtog psykologhjælp, opnåede en øget trivsel, og der blev oplevet forbedringer i forhold til angst/bekymring, depression, mentalt velbefindende, selvkontrol, generel sundhedsopfattelse og energi.¹⁶

Om end de iværksatte tilbud fra satspuljemidlerne ikke specifikt er møntet på unge med angst og depression alene, peger resultaterne på en positiv effekt af psykologhjælp ved forskellige psykiske vanskeligheder.

B.1.2.7 Almen praksis

Almen praksis' opgave er blandt andet at opspore og henvise børn med psykiske lidelser. Almen praksis har endvidere en opgave i forhold til at forebygge psykiske lidelser hos børn og unge, fx via de forebyggende børneundersøgelser, hvor det er muligt at identificere børn med psykiske problemer. Herudover har almen praksis en opgave i at behandle de lettere psykiske lidelser hos børn og unge, fx lettere OCD, angst, depression og spiseforstyrrelser.

Ved alvorlige psykosociale problemer inddrages kommunen, mens børn og unge med alvorlige psykiske lidelser henvises til praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på sygehus. Der er ikke separate tal for, hvor mange børn og unge med psykiske lidelser der behandles i almen praksis.¹⁷

¹⁶ Bilagsrapport 2/ Rapport: Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2, oktober 2013. Afrapportering fra arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri

¹⁷ Bilagsrapport 2/ Rapport: Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2, oktober 2013, s 95. Afrapportering fra arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri

Den praktiserende læge kan overtage den fortsatte medikamentelle behandling (vedligeholdelse (vedligeholdelsesbehandlingen)), hvis dette sker efter konkret aftale og i samarbejde med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri.¹⁸ Det er en børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeopgave at vurdere, om et barn eller en ung under 18 år har behov for medikamentel behandling af en psykisk lidelse.

I akutte tilfælde kan andre læger end speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri starte den medikamentelle behandling. Dette må dog kun ske efter konference med en speciallæge i børne- eller ungdomspsykiatri. Lægen skal samtidig henvise barnet eller den unge til en vurdering af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

B.1.2.8 Privat praktiserende psykologer

De privat praktiserende psykologer tilbyder behandling til børn og unge med psykiske vanskeligheder. For de hændelsesrelaterede henvisningsårsager 1-9, hvor der ikke er nogen nedre aldersgrænse i forhold til at kunne få tilskud til psykologbehandling, blev der i 2013 behandlet 3.092 børn og unge (0-4-årige: 11 børn, 5-9-årige: 270 børn, 10-14-årige: 1.026 børn og 1.785 unge i alderen 15-17 år).¹⁹ Børn og unge under 18 år udgør således ca. 4 % af det totale antal patienter, der modtog tilskudsberettiget psykologhjælp i 2013. Børn og unge kan ikke få tilskud til behandling af angst og depression, og behandling af disse tilstande kan ske enten via fuld egen betaling eller via sundhedsforsikringer. For sundhedsforsikringer gælder det, at der i nogle tilfælde kræves en henvisning fra en praktiserende læge.

B.1.2.9 Andre private tilbud til unge

Der findes private organisationer, som fx. "Headspace", "Ventilen" og "Børn, Unge & Sorg", der arbejder med udsatte unge, og som tilbyder rådgivning og støtte til unge med forskellige psykologiske og sociale problemer. Organisationerne samarbejder med kommunerne, men findes dog ikke i alle kommuner. Der findes ikke formelle evalueringer af disse tilbud, hverken i forhold til antallet af børn der behandles, eller af kvaliteten af behandlingen.

B.1.3 Vurdering af de forskellige tilbudsordninger

Der findes en række offentlige tilbud både i regionalt og kommunalt regi til børn og unge med psykiske problemer, men disse er ikke ensartede. Mange er tværfaglige, konsultative og er møntet på enten skolemæssige eller sociale problemer. Sundhedsstyrelsen vurderer, at mange børn og unge med angst og depression med mere udtalte skolemæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder i dag bliver hjulpet af PPR. Tilsvarende vurderes det, at børn med let til moderat angst og depression, der tillige har massive sociale problemer, hjælpes via de kommunale tilbud efter serviceloven. Der foreligger ikke data for det samlede antal børn og unge, der behandles i de forskellige ordninger.

¹⁸ Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser. VEJ nr 9194 af 11/04/2013.

¹⁹ Data oplyst af Danske Regioner

B.2 Vurdering af, om praktiserende psykologer vil kunne tilbyde relevant behandling for børn og unge med angst og depression

B.2.1 Krav til praktiserende psykologers uddannelse

Enhver færdiguddannet psykolog kan ifølge gældende lovgivning nedsætte sig som privat praktiserende og tilbyde psykologbehandling til børn. Den nuværende overenskomst fastlægger dog, at det kun er psykologer med autorisation, der kan få et ydernummer, dvs. en aftale med Regionernes Lønnings- og Takstnævn²⁰. Derudover stilles i overenskomsten krav om, at psykologen besidder den nødvendige psykologfaglige kompetence, herunder erfaring med de af overenskomsten omfattede persongrupper.

Som udgangspunkt er psykologordningen en generalistordning, hvor alle psykologer med ydernummer forventes at kunne varetage den samlede målgruppe. Der stilles ikke krav om, at praktiserende psykologer har gennemgået en af psykologforeningens specialistgodkendelser. Ca. halvdelen af psykologer med ydernummer har specialistgodkendelse.

B.2.2 Privatpraktiserende psykologers erfaring med behandling af børn og unge med angst og depression

Børn og unge med angst og depression kan ikke henvises til behandling med tilskud hos psykologer i praksissektoren. Psykologer i den nuværende ordning har derfor som udgangspunkt begrænset erfaring med at behandle børn og unge med angst og depression.

Børn og unge kan dog selv henvende sig til en psykolog med fuld egenbetaling, herunder betaling via sundhedsforsikringer. Der findes ikke præcise tal for, hvor mange praktiserende psykologer der på denne måde behandler angst og depression hos børn og unge, men i 2013 lavede Dansk Psykolog Forening en undersøgelse blandt de selvstændige psykologer. I denne undersøgelse svarede 75 % af de deltagende psykologer (både dem med og uden ydernummer), at de varetog behandling af børn og unge (0-17 år) og heraf svarede ca. halvdelen, at angst og depression var den hyppigste henvendelsesårsag, når de havde børn og unge i behandling. Psykologerne havde i gennemsnit 2,4 barn (0-17 år) uden lægehenvielse i behandling om året.²¹

B.2.3 Vurdering af behovet for kompetencer til behandling af børn og unge

I dag findes der ikke krav fra Dansk Psykolog Forening om, at psykologer, der arbejder med børn, skal være formelt specialiserede indenfor området. Da børn ikke besidder samme kapacitet til koncentration, informationsbearbejdning, affektregulering og refleksion som voksne, kræver det at arbejde med børn, udover de kliniske færdigheder og kendskab til psykopatologi, endvidere et kendskab til børns reaktionsmønstre, til familiedynamik og til udviklingspsykologi. Med det nuværende antal af praktiserende psykologer med ydernummer,

²⁰ Ifølge Dansk Psykologforening findes der 851 psykologer med ydernummer.

²¹ Dansk Psykolog Forening (2013): Undersøgelse til Sygeforsikring Danmark om børns mentale sundhed. København: Dansk Psykolog Forening

vil det formentlig være svært for alle at få denne viden og erfaring, hvorfor muligheden for at behandle børn og unge formentlig skal begrænses til et mindre antal psykologer.

Yderligere er det afgørende med en helhedsorienteret vurdering og behandling, som inddrager barnets sociale kontekst, herunder familien og skolen. Det er derfor væsentligt, at den privatpraktiserende psykolog i fornødent omfang tilstræber at tilgodese disse aspekter i behandlingen af børn og unge.

Teoretisk viden kan opnås gennem en specialistgodkendelse inden for børneområdet, ligesom den kan opnås gennem andre efteruddannelseskurser. Derudover er der behov for løbende efteruddannelse. Aktuelt har 78 af de nuværende psykologer med ydernummer en specialistgodkendelse i børnepsykologi, og 7 er specialist i børneneuropsykologi.

Derudover kan der stilles krav om, at de psykologer, som skal behandle børn og unge, alle har et vist volumen af sådanne patienter. Dette vil evt. kunne sikres ved at begrænse muligheden for at behandle børn og unge til få psykologer i hver region.

B.3 Konsekvenser ved eventuelt at udvide ordningen

B.3.1 Vurdering af antal børn henvist til ordningen

Mange børn og unge med angst eller depression bliver behandlet i eksisterende tilbud:

- Eksempelvis er antallet af børn og unge, der får behandling for affektive lidelser (herunder depression) i den regionale psykiatri, steget fra knap 450 i 2001 til 1.250 i 2011. Udviklingen i behandlingen af angsttilstande blandt børn og unge har været tilsvarende stigende over perioden fra ca. 200 til ca. 450 børn og unge i 2011²².
- Det må formodes, at antallet af børn og unge, der vil blive henvist til psykolog med angst og depression, vil være højere end det antal børn og unge, der henvises til speciallæge i børne- og ungdomspsykiatrien, da psykiatere typisk arbejder med mere alvorlig psykopatologi.
- Det har ikke været muligt for arbejdsgruppen at vurdere, hvor mange børn og unge der tilbydes behandling for let til moderat angst og depression af praktiserende læger.
- Det er uklart, hvor mange børn og unge med angst og depression, der tilbydes kommunale rådgivningstilbud. Det bør endvidere bemærkes, at de andre tiltag efter servicelovens § 52 er mere specifikt møntet på mistrivsel og kriser end specifikt på angst og depression. Det bør endelig bemærkes, at kommunale indsatser efter serviceloven ofte ikke er monofaglige, men involverer flere tværfaglige sociale tiltag.
- Nogle børn får også behandling via private organisationer, antallet er ikke kendt.

²² "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" fra regeringens psykiatriudvalg, oktober 2013, side 50

Sundhedsstyrelsen vurderer på baggrund af drøftelserne i arbejdsgruppen, at børn fra 6 års alderen vil besidde de fornødne koncentrationsmæssige, refleksive og kognitive evner til at drage nytte af et monofagligt behandlingstilbud hos privatpraktiserende psykolog.

Målgruppen, der vil kunne drage fordel af behandling i dette regi, vil derfor primært være børn og unge fra 6 års alderen med behandlingskrævende funktionsevnededsættelse grundet let til moderat depression og angst, der ikke har konkurrerende faktorer, som svære sociale eller mere udtalte skolemæssige problemer, ligesom der ikke bør være betydende komorbiditet.

Børn og unge med ovenstående konkurrerende faktorer vurderes at være bedre hjulpet i eksisterende tværfaglige tilbud, eftersom angst og depression i mange tilfælde kan ses som et symptom på samspil med omgivelserne. Derfor vurderer Sundhedsstyrelsen, at det er væsentligt med en tilgang, der inddrager barnets sociale kontekst, hvor der arbejdes med familien og skolen omkring barnet og den unge. Det vil sige en helhedsorienteret vurdering og behandling, som omfatter alle betydningsfulde faktorer i forhold til barnet eller den unges udfordringer. Et forsigtigt estimat fra Sundhedsstyrelsen er, at en udvidelse af tilskudsordningen vil indebære, at mellem 5.000-8.000 børn og unge om året vil opfylde ovenstående målgruppeafgrænsningen, samt tillige blive henvist og tage imod tilbuddet om behandling hos en privat praktiserende psykolog. Da der ikke findes opgørelser over antallet af børn og unge, der opfylder ovenstående forhold, skal det understreges, at tallet er et skøn og behæftet med stor usikkerhed.

Til sammenligning kan det nævnes, at for årgangen 18-24 år (7 årgange), blev ca. 5.000 personer behandlet for depression og ca. 3.000 personer behandlet for angst i psykologordningen i 2013, svarende til ca. 1.140 personer pr. årgang.

Da antallet af børn og unge, der modtager behandling for henvisningsårsagerne 1-9, stiger med stigende alder, med meget få i de yngste årgange²³, kan antallet pr. årgang for 18-24 årige ikke uden videre appliceres på de 12 årgange i aldersgruppen 6-17 år. Det må antages, at kun de ældste årgange, eksempelvis 15-17 årige, vil være på et niveau svarende til årgangene 18-24 år. Hvis det antages, at antallet, der vil modtage behandling for angst og depression i årgangene 10-14, vil være ca. det halve af årgangene 15-17 (ca. 570 personer/årgang), og at årgangene 6-9 vil være ca. det halve af årgangene 10-14 (ca. 290 personer/årgang), bliver antallet pr. år for årgangene 6-17 år i alt ca. 7.500 personer. Dette beregningseksempel bygger på grove antagelser og medtages blot for at sætte estimeringen i perspektiv.

²³ Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Implement Consulting Group og KORA, 2015.

B.3.2 Konsekvenser i forhold til forebyggelse

Tidlig behandling af angst og depression er fundet at have en forebyggende effekt i forhold til angst og depression i voksenlivet²⁴. Derudover viste evalueringen af satspuljeprojekterne for ungdomsuddannelser, at psykologhjælp fører til øget trivsel og til forbedringer i forhold til bl.a. angst, bekymring og depression.

B.3.3 Konsekvenser i forhold til ventetid til behandling i børne- og ungdomspsykiatrien

Ventetider til behandling af børn med alvorlige psykiske problemer på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og hos privatpraktiserende børnepsykiatere kan formodentlig forventes at falde, eftersom psykologer vil kunne behandle nogle af de børn og unge med let til moderat depression, der aktuelt behandles i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

B.3.4 Konsekvenser i forhold til adgang til tilbud

I dag er der fuld egenbetaling for børn og unge, der søger privatpraktiserende psykologbehandling for angst og depression, hvilket potentielt kan ekskludere behandlingssøgende grundet økonomiske årsager, medførende risiko for social ulighed vedrørende dette tilbud.

Hvis tilskudsordningen udvides til at omfatte børn og unge, vil der være nemmere adgang til denne behandling, og hermed kan man argumentere for, at den sociale ulighed kan reduceres på dette område.

Får en udvidelse af tilskudsordningen derimod den konsekvens, at de eksisterende offentlige tilbud til målgruppen reduceres, vil konsekvensen kunne blive en øget ulighed i adgangen til behandling af børn med sådanne psykiske problemer, da flere så ville være underlagt egenbetaling for behandling. Derfor er det vigtigt at sikre, at en eventuel udvidelse af ordningen ikke medfører en reduktion i kapaciteten for eksisterende offentlige tilbud.

Udvidelse af ordningen kan medføre en utilsigtet sygeliggørelse og stigmatisering for nogle børn og unges vedkommende ved at komme ind i et behandlingsforløb.

B.3.6 Administrative og økonomiske konsekvenser

En udvidelse af tilskudsordningen til psykologer vil medføre øget administration samt økonomiske omkostninger, der bør overvejes. I disse overvejelser bør indgå beregninger om tiltaget forebyggende effekt på længere sigt, samt at børn og unge, der pt. behandles i psykiatrisk regi, kan behandles af psykologer. Implement Consulting Group har i samarbejde med KORA beregnet, at hvis ordningen udvides til at omfatte angst og depressionsbehandling af mellem 5.000 til 8.000 børn om året, vil dette koste mellem 11 til 25 mio. kr. om året i

²⁴ Horowitz, J. L og Garber, J.(2006): The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 74(3), Jun 2006, 401-415

tilskud til psykologerne.²⁵ I disse beregninger er ikke medtaget eventuelle besparelser, som eksempelvis forebyggelse af sværere tilfælde samt reduktion af behandlingsbehovet i den regionale psykiatri.

B.3.7 Konsekvenser for kompetenceudvikling hos psykologer i praksissektoren, der behandler børn og unge

Aktuelt tilbyder både autoriserede psykologer og specialiserede børnepsykologer angst og depressionsbehandling af børn og unge i privat praksis. Tal fra Dansk Psykolog Forening viser, at de autoriserede psykologer behandler i gennemsnit 2,4 børn og unge om måneden, hvilket Sundhedsstyrelsen vurderer ikke er tilstrækkeligt til at opbygge og vedligeholde kompetencer på området. Derfor er det vigtigt i forbindelse med en eventuel udvidelse af psykologordningen at tage stilling til, hvilke kompetencer og erfaring der er nødvendig for at tilbyde psykologbehandling af børn.

²⁵ Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Implement Consulting Group og KORA, 2015.

Sammenfatning

Det skal anføres, at der ikke foreligger fyldestgørende dokumentation for præcis afgrænsning af målgruppen, for dækningen og kvaliteten af eksisterende tilbud, samt for estimeringen af eventuelle fremtidige kapacitetsbehov. Der er derfor ikke tilstrækkeligt grundlag til at besvare spørgsmålene i arbejdsgruppens kommissorium med stor nøjagtighed.

På baggrund af arbejdsgruppens arbejde vurderer Sundhedsstyrelsen at:

- Hvis ordningen udvides, bør målgruppen afgrænses til børn og unge i alderen 6 til og med 17 år med behandlingskrævende funktionsevnedesættelse i lettere til moderat grad grundet let til moderat depression og angst, der ikke har konkurrerende faktorer, som svære sociale eller mere udtalte skolemæssige problemer, ligesom der ikke bør være betydende komorbiditet. Denne målgruppe vil være relevant at behandle monofagligt i psykologpraksis.
- De eksisterende offentlige tilbud primært er målrettet mere komplekse og svære tilfælde af angst og depression, og at der derfor vil være et patientgrundlag i fald ordningen udvides. Antallet af børn og unge, der opfylder ovenstående målgruppeafgrænsning, samt vil benytte sig af et tilbud om psykologbehandling, vurderes til at være ca. 5.000 til 8.000 om året. Det skal understreges, at tallet er et skøn og behæftet med stor usikkerhed.
- Psykologbehandling til børn og unge kræver særlige kompetencer i form af både teoretisk viden og praktisk erfaring med behandling af denne målgruppe. Teoretisk viden kan opnås gennem postgraduat efteruddannelse. Derudover kan der stilles krav om, at de psykologer, som skal behandle børn og unge, alle har et vist volumen af sådanne patienter. Dette vil evt. kunne sikres ved at begrænse muligheden for at behandle børn og unge til få psykologer i hver region. Yderligere er det væsentligt, at der tilstræbes en tilgang, der sikrer barnets sociale kontekst, hvor der arbejdes med familien og skolen omkring barnet og den unge.
- Hvis ordningen udvides, er det vigtigt at sikre, at dette ikke medfører en reduktion i kapaciteten for eksisterende offentlige tilbud. Det anbefales, at der udarbejdes visitationsretningslinjer for målgruppen til brug for alment praktiserende læger, i fald ordningen udvides.

Bilag 1: ICD-10's definitioner for angst og depression

De officielle diagnostiske kriterier for depression som defineret i ICD-10 er som følger: Tre kerne symptomer:

- Nedtrykthed, der ikke går over
- Nedsat lyst eller interesse
- Nedsat energi eller øget træthed

Herudover er der en række følgesymptomer:

- Nedsat selvtillid
- Selvbekendelser eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord
- Tænke- eller koncentrationsbesvær
- Agitation (uro) eller hæmning
- Søvnforstyrrelser
- Appetitforstyrrelser
- Nedsat lyst til sex
- Døgnvariation
- Smerter forskellige steder i kroppen
- Ubeslutsomhed

Tilstanden skal have varet i mindst to uger, der må ikke være tale om mani og organisk årsag skal udelukkes. Der skelnes mellem let (2 kernesymptomer og 2 følgesymptomer), moderat (2+4) og svær (3+5) depression. De samme kriterier anvendes for børn og voksne (BUPNET).

Det bør bemærkes, at det kliniske billede ved depression kan antage lidt andre former end hos voksne. Hos børn ses også færre melankolske symptomer, psykotiske symptomer og selvmordsforsøg. Til gengæld ses mere irritabilitet, selvskadende adfærd, lav frustrationstolerance, angst, fysiske symptomer, vredesudbrud, social tilbagetrækning, og selvskadende adfærd.

Bilag 2: Autorisation og specialistuddannelse for psykologer

Autorisation indebærer praksiserfaring svarende til to års fuldtidserfaring med arbejde med udredning og intervention samt 160 timers supervision som foretages af Psykolognævnet.

Specialistuddannelser tilbydes af Psykologforeningen²⁶. Specialisering som børnepsykolog indebærer udover autorisation yderligere praksiserfaring svarende til tre års relevant fuldtidsarbejde med forskelligartede opgaver indenfor samme område, 240 timers supervision/personligt udviklingsarbejde af specialist/supervisor samt 360 timers efteruddannelse, herunder minimum 90 timer indenfor børneområdet, og udarbejdelse af en skriftlig opgave.

Supervision indebærer, at den psykolog der søger supervision (supervisanden) bliver rådgivet og vejledt af en mere erfaren psykolog (supervisor) i forhold til sit arbejde. Supervision vil typisk omhandle specifikke sager, faglige emner og supervisandens personlige stil og sigter mod dygtiggørelse. For en psykolog, der arbejder hen imod autorisation, er det et krav, at supervisor er autoriseret og har kendskab til det område supervisanden arbejder med. For en psykolog, der arbejder hen imod specialisering, er det et krav at supervisor er specialist og har ekspertviden indenfor det område, som supervisanden arbejder med. Supervision er således en kvalitetssikring af psykologens arbejde, der varetages af erfarne psykologer med særlig viden indenfor det relevante supervisionsområde. Supervisionen vil typisk tage udgangspunkt i evidensbaseret terapi i overensstemmelse med Dansk Psykolog Forenings retningslinjer om evidensbaseret behandling.

²⁶ http://www.dp.dk/wp-content/uploads/specialistuddannelser_2009.pdf