

Analyse af forsøgsordningen med vederlagsfri psykolog- behandling til unge mellem 18 og 20 år med let til moderat angst eller depression

sdu.dk

#sdudk

SDU 

Marie Kruse, Kim Rose Olsen,
Christian Volmar Skovsgaard
Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE
Syddansk Universitet

Kolofon

Denne rapport er en evaluering af forsøgsordningen med vederlagsfri psykologbehandling til unge i alderen 18-20 med let til moderat angst eller depression. Evalueringen omfatter erfaringer fra forsøgsordningens første 12 måneder, fra 1/7-2018 – 30/6-2019.

Evalueringen er udarbejdet på opdrag fra Sundheds- og Ældreministeriet. Undervejs har delresultater været fremlagt for repræsentanter for Sundheds- og Ældreministeriet, Dansk Psykologforening, Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. Alle beslutninger om valg af metode, indhold, fortolkning af resultater og formidling generelt er foretaget af forfatterne.

Rapporten er udarbejdet af professor Kim Rose Olsen, dataanalytiker Marie Kruse og dataanalytiker Christian Volmar Skovsgaard, Dansk Center for Sundhedsøkonomi (DaCHE) ved Syddansk Universitet. Analyse og resultater er drøftet med en videnskabelig følgegruppe bestående af overlæge, ph.d. Lene Falsgaard Eplov, Psykiatrisk Forskningscenter, Region H og speciallæge i almen medicin, adjunkt Jesper Lykkegaard, Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense.

Rapporten har været igennem internt review i DaCHE, ved to seniøre sundhedsøkonomer. Udover de nævnte har phd-studerende Rasmus Trap Wolf, stud.oecon Marianne Thorius Ruskær og stud. scient. san Louise Schubert Paaske bidraget til rapportens færdiggørelse.

Odense, juni 2020

Kim Rose Olsen

Introduktion og sammenfatning

Som en del af satspuljeaftalen for 2018-2021, blev det vedtaget at indføre en forsøgsordning med vederlagsfri psykologbehandling til unge mellem 18 og 20 år med let til moderat depression eller let til moderat angst. Forsøgsordningen udspringer af et ønske om at komme øget mistrivsel og mentale problemstillinger blandt unge til livs.

Forsøgsordningen erstatter, for denne aldersgruppe, den hidtidige ordning med tilskudsberettiget psykologbehandling. Forsøgsordningen indebærer udover vederlagsfrihed en afskaffelse af det eksisterende omsætningsloft.

Tilskud til psykologbehandling for øvrige aldersgrupper er fortsat som hidtil. Formålet med analyserne i denne rapport er at:

1. Undersøge om forsøgsordningen har ændret de 18-20-åriges brug af psykologbehandling for let til moderat angst eller depression, bl.a. i form af antallet af behandlingsforløb og ventetider på behandling.
2. Undersøge om forsøgsordningen har ført til ændringer i antallet af psykiatriske behandlinger, antallet af psykologbehandlinger af andre årsager end let til moderat angst eller depression, brugen af samtaleterapi hos praktiserende læge, samt ændringer i udskrivning af medicin.
3. Undersøge om der er forskel i karakteristika for de unge mellem 18 og 20 år, som har benyttet sig af forsøgsordningen sammenlignet med de unge mellem 18 og 20 år, som før den 1. juli 2018 benyttede sig af tilskudsordningen til psykologbehandling.
4. Estimere de økonomiske merudgifter forbundet med at udvide forsøgsordningen til de 21-23-årige.

Tabel 1 viser den faktiske udvikling i de 18-20-åriges brug af de, i denne rapport, analyserede behandlingstilbud. Det ses, at antallet af psykologbehandlinger for angst og depression samlet set er steget med 53%, fra 2.927 til 4.490 nye forløb på 12 måneder.

Den største stigning er for angst (68%) mens stigningen for antal nye forløb med depression som henvisningsårsag, er steget med 39%.

Det fremgår, at psykologbehandling med andre henvisningsårsager end angst eller depression, og antallet af ambulante kontakter i behandlingspsykiatrien er faldet med hhv. 10% og 1%.

Medicinforbrug, samtaleterapi hos almen læge, konsultationer hos privatpraktiserende psykiater og indlæggelser i behandlingspsykiatrien er alle steget.

Formålet med analyserne i denne rapport er at forsøge at afgøre, hvor stor en andel af de observerede ændringer i tabel 1, der kan tilskrives forsøgsordningen med vederlagsfri psykologbehandling.

Tabel 1: Samlet antal behandlinger/forløb for unge mellem 18 og 20 år – faktisk observeret procentvis ændring i forsøgsperioden sammenlignet med baselineperioden 12 måneder før.

	Opgjort som	Baseline Juli 2017 - juni 2018	Forsøgsperiode Juli 2018 - juni 2019	Ændring i %
Psykolog - angst	Antal nye forløb	1.450	2.430	68%
Psykolog - depression	Antal nye forløb	2.927	4.490	53%
Psykolog - traume*	Antal nye forløb	1.364	1.221	-10%
Medicin	Antal afhentede recepter	22.222	23.343	5%
Privatpraktiserende psykiater	Antal ydelser	11.662	12.617	8%
Almen Praksis samtaleterapi	Antal ydelser	9.633	10.638	10%
Behandlingspsykiatri - ambulant	Antal nye forløb	7.938	7.848	-1%
Behandlingspsykiatri - indlæggelse	Antal nye forløb	2.533	2.626	4%

*Psykolog - traume dækker over behandlinger hos psykolog med henvisningsårsag 1-9, fx ulykkesofre, personer der har forsøgt selvmord eller alvorligt syge¹.

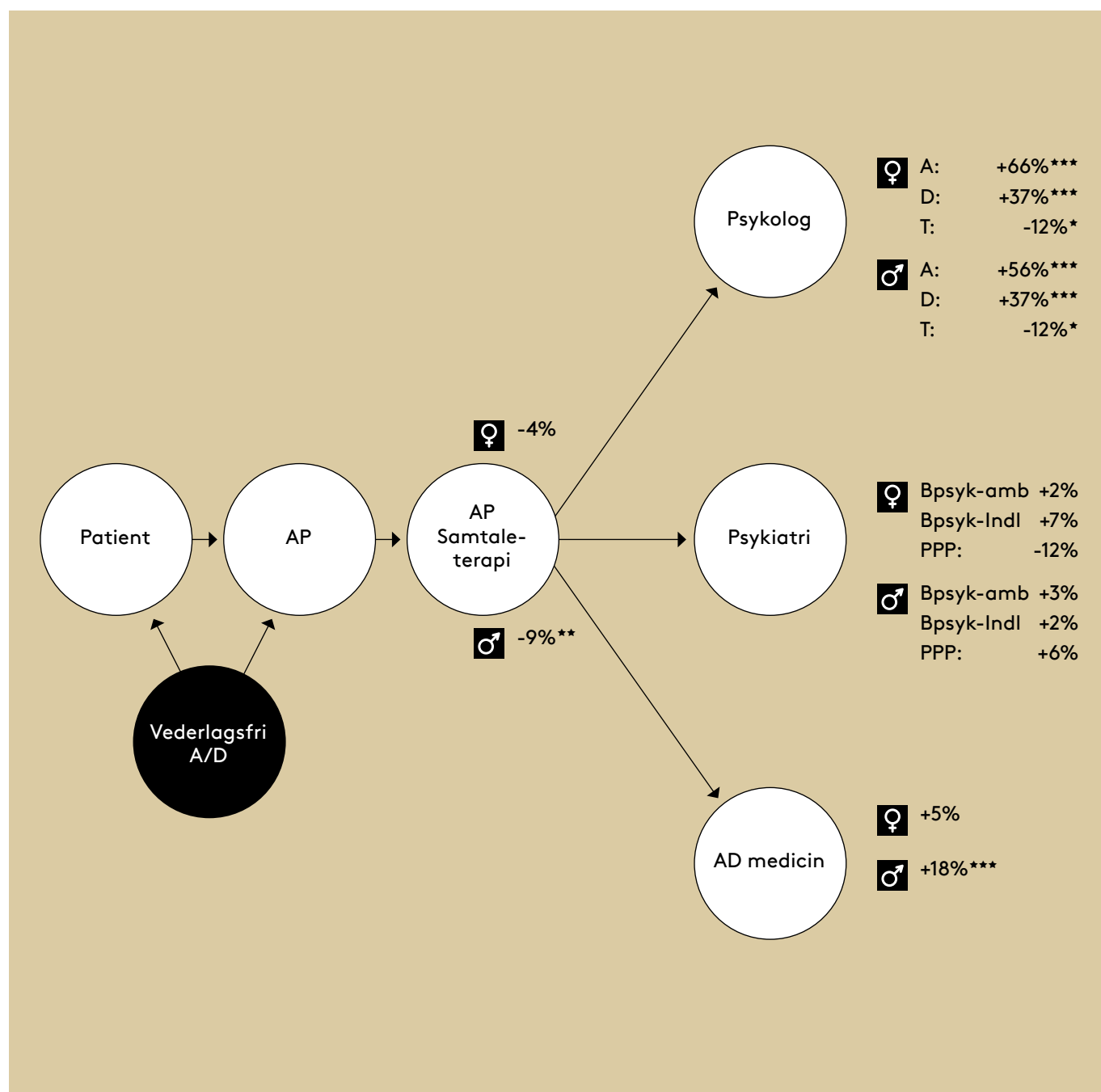
Effekten², dvs. ændringen i ydelser, af den vederlagsfri forsøgsordning estimeres ved at sammenligne udviklingen for de 18-20-årige med udviklingen for en kontrolgruppe af 21-23-årige. Denne metode (difference in differences eller DID), er baseret på en antagelse om, at de 18-20-åriges brug af ydelser ville have fulgt samme udvikling som de 21-23-åriges, såfremt forsøgsordningen ikke havde været indført. Metoden er valgt da:

- Det vurderes at antagelserne bag DID-metoden er opfyldt for de fleste udfaldsmål, samtidig med at det vurderes at antagelserne bag alternative metoder i mindre grad er opfyldt.
- Fordelen ved DID-metoden er, at metoden neutraliserer effekten af andre ændringer, der kan have ændret de unges brug af psykologbehandling over tid (f.eks. generelt øget fokus på mental sundhed i befolkningen), ved at sammenholde med udviklingen i samme tidsperiode for de 21-23-årige.

- DID kontrollerer for eventuelle (tidskonstante) forskelle mellem de 18-20-årige og 21-23-årige, som potentielt kan føre til bias i estimaterne. F.eks. det forhold, at 21-23-årige oftere er flyttet hjemmefra, og derfor oftere har egen økonomi og en anden betalingsevne.
- Det er muligt at estimere de samlede effekter, bestående af ændringer i den praktiserende læges henvisningsadfærd til substituerende- og/eller komplementære behandlinger, og afledte effekter af øget brug af psykologbehandling.

¹Jf. overenskomst mellem Dansk Psykologforening og Danske Regioner

²Når begrebet 'effekter' benyttes i rapporten menes effekten på ændringen i ydelser og ikke effekten på de behandlede helbred, som ikke indgår som en del af denne rapport.

Figur 1: Oversigt over de estimerede procentvise ændringer i behandling som følge af forsøgsordningen

Noter: Alle resultaterne, på nær for medicin og privatpraktiserende psykiater, er estimeret ved DID metoden med gennemsnittet af fire skoleår (1/7-2014-30/6-2018) som før-periode og med de 21-23-årige som kontrolgruppe. Resultaterne for medicin er baseret på interrupted times series-estimer og resultaterne for privatpraktiserende psykiater er baseret på en DID-model med ét skoleår som før-periode. Estimaterne i figuren er opgjort som procentvise stigninger baseret på DID-analyserne, hvor udfaldsvariablene er opgjort som incidensrater per 10.000 personmåneder. De tre psykologydelser og behandlingspsykiatri - ambulant er målt som antal nye forløb pr 10.000 personmåneder, privatpraktiserende psykiater, samtaleterapi hos almen praksis og behandlingspsykiatri - indlæggelse er målt som antal kontakter per 10.000 personmåneder, medicin er målt som antal afhentede recepter per 10.000 personmåneder.

A: angst, D: depression, T: traume, B psyk-amb: behandlingspsykiatri - ambulant, B psyk-indl: behandlingspsykiatri - indlæggelse, PPP: privatpraktiserende psykiater, AP: almen praksis, AD antidepressiv.

Personer, der opsøger psykolog uden om sygesikringen (dvs. som privatbetaler), eller som opsøger øvrige tilbud i den private sektor eller kommunale tilbud, er ikke omfattet af figuren.

I appendiks A er antagelserne bag DID nærmere vurderet og sammenholdt med tre alternative metoder (regression discontinuity (RDD), interrupted time series (ITS) og instrumentvariabel-metoden (IV)). Der er en forventning om, at fjernelse af egenbetalingen betyder, at unge der før fravalgte psykologbehandling pga. manglende betalingsevne eller manglende betalingsvilje, i højere grad benytter sig af psykologhjælp efter egenbetalingen er blevet fjernet. For at vurdere denne hypotese, undersøges om brugernes karakteristika i forsøgsperioden er anderledes, sammenlignet med brugerne i før-perioden.

Data om de unges familie blev koblet på, for at kunne undersøge forskelle i sociodemografisk baggrund. Følgende karakteristika er undersøgt: forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau, forældrenes indkomstniveau, de unges og deres forældres etniske baggrund, de unges karaktergennemsnit og andelen af unge med

dumpede eksaminer, de unge og deres forældres arbejdsmarkedstilknytning samt de unge og deres forældres mentale sundhedshistorik i form af psykologbehandling, psykiatribehandling og forbrug af antidepressiv/antiangst medicin.

Resultatet af DID analyserne er illustreret i figur 1, og sammenfattes nedenfor. Figur 1 illustrerer mulige patientforløb, herunder hvordan den vederlagsfri ordning kan tænkes at påvirke både patienternes efterspørgsel efter psykologbehandling, og de praktiserende lægers henvisningsadfærd. Alment praktiserende læge (AP), er gatekeeper til det resterende sundhedsvæsen, inklusive psykologbehandling med tilskud fra sygesikringen. Forud for en henvisning til andre behandlere, vil den praktiserende læge oftest yde samtaleterapi, som også er en behandling. Figuren omfatter alene behandlinger der helt eller delvist finansieres af det offentlige sundhedsvæsen.

Antallet af nye kontaktforløb er steget med mere end 50%

Analysen viser, at forsøgsordningen har medført en stigning i antallet af nye kontaktforløb med henvisningsårsag let til moderat angst eller depression på knap 50%, sammenholdt med gennemsnittet i de fire foregående skoleår (1. juli 2014 – 30. juni 2018). Det er muligt, at brugen af psykologbehandling vil stige yderligere, da ordningen endnu ikke er fuldt indfasat. En opfølgende analyse med en længere tidshorisont, vil kunne indikere hvorvidt forbruget vil fortsætte med at stige.

Det er ikke muligt at kortlægge hvor stor en del af den øgede aktivitet, der skyldes, at tidligere egenbetalere nu behandles gennem sygesikringen

Der har ikke været adgang til data vedrørende psykologbehandling udenom sygesikringen, og derfor er det ikke muligt at afgøre hvor stor en del af stigningen, der skyldes tidligere egenbetalere der nu behandles indenfor sygesikringen.

Depression er den hyppigste henvisningsårsag før forsøgsordningen, mens angst er hyppigst efter forsøgsordningens indførelse

Antallet af nye kontaktforløb med depression som henvisningsårsag stiger med 37%, mens antallet nye kontaktforløb med angst stiger med 63% og overhaler hyppigheden for depression. Stigningen i antallet af nye forløb med angst som henvisningsårsag er lidt større for kvinder (66%) sammenlignet med mænd (56%).

For mænd ses et øget forbrug af medicin og en reduceret brug af samtaleterapi hos praktiserende læge

Forsøgsordningen har, for mændenes vedkommende, en afsmittende effekt på udskrivning af antidepressiv medicin og medicin mod angst, og på samtaleterapi hos almen læge. Således stiger antal afhentede recepter på medicin med 18%, mens antal kontakter med samtaleterapi hos praktiserende læge falder med 9%. Der er ikke andre afledte effekter, der er signifikante for mænd.

For kvinder ses et fald i brug af psykologbehandling med henvisningsårsag traume og et fald i brug af privatpraktiserende psykiater

Også for kvindernes vedkommende ses afledte effekter af forsøgsordningen på andre typer af behandling. Der ses et signifikant fald (-12%) i brug af psykolog med henvisningsårsag 1-9 (traume), og en reduktion i kontakter til privatpraktiserende psykiater (-6%). Der observeres også et fald på ca. 4% i samtaleterapi hos praktiserende læge, men denne ændring er ikke signifikant på konventionelt niveau ($p=0,057$).

Der ses ikke signifikante ændringer i brug af behandlingspsykiatrien

De gennemførte analyser tyder ikke på, at den vederlagsfri forsøgsordning ændrer brugen af behandlingspsykiatrien³ – hverken for ambulant aktivitet eller for indlæggelser. Det er dog vigtigt at bemærke at der, for sygehusaktivitet, kun har været adgang til data frem til februar 2019, pga. omlægninger af LPR-registret.

Antallet af kontakter per psykologbehandlingsforløb stiger

Samtidig med en stigning i antallet af nye forløb, ses desuden en stigning i antallet af kontakter per forløb. For kvinder er stigningen i antallet af kontakter nogenlunde ens for angst (18%) og for depression (17%), mens antal kontakter for depression stiger mere for mænd (depression 22% og angst 16%). Den samlede stigning i antal kontakter – dvs. når der både tages højde for stigningen i antal nye forløb og stigningen i antal kontakter per forløb, er på 74% for angst og 50% for depression.

Der ses en stigning i antallet af tilbageviste henvisninger

Antallet af henviste patienter, hvis forløb afsluttes hos psykologen som fejlhenviste, er steget væsentligt siden forsøgsordningens begyndelse. Denne konklusion er baseret på meget få observationer, men indikerer en mulig risiko for, at adgang til gratis psykologbehandling resulterer i en større grad af fejlhenvisninger.

³Stigningen for ambulante forløb er 2,4% ($p=0,39$) og stigningen for indlæggelser er 5,9% ($p=0,138$)

Under forsøgsordningen ses en større andel af unge med forældre på kontanthjælp blandt de henviste, men samtidig også indikationer af en stigning i andelen af unge med baggrund i en høj socialklasse

Sammenholdt med unge under tilskudsordningen, har unge under forsøgsordningen i højere grad forældre som er på kontanthjælp, og som i lidt højere grad har haft kontakt til psykiatrien. Målt på den forælder med det højeste uddannelsesniveau er der antydninger af stigninger både i toppen og i bunden af uddannelsesfordelingen. De unge under forsøgsordningen kommer i lidt højere grad fra en familie med anden etnisk baggrund end dansk. De unge selv adskiller sig primært ved at have klaret sig lidt dårligere ved 9. klasses afgangseksamen, samt at de i lidt højere grad har indvandrerbaggrund.

Den øgede aktivitet som følge af forsøgsordningen varierer mellem kommuner

Det ses umiddelbart ud til, at de større kommuner bruger forsøgsordningen relativt mindre, mens en del yderkommuner har relativt flere unge under forsøgsordningen. Nogle kommuner tilbyder gratis behandling eller rådgivning til unge med mentale udfordringer, men det har ikke været muligt at få et overblik over disse tilbud, og det har derfor heller ikke været muligt at vurdere om de har haft nogen betydning for brugen af psykologordningen. Det er dog interessant, at 13 kommuner har oplevet et fald i brugen af sygesikringsbaseret psykologbehandling efter forsøgsordningen.

Den øgede aktivitet for de 18-20-årige ser ikke ud til at øge ventetiden på psykologbehandling

Generelt ser det ud til, at ventetiden på psykologhjælp falder lidt i perioden, efter den vederlagsfri ordning indførtes. Reduktionen i ventetid er større for de 18-20-årige, end for de 21-23-årige. I foråret 2019 stiger ventetiden igen, om end ikke tilbage til samme niveau som før forsøgsordningen. En forklaring kan være, at forsøgsordningen også omfatter, at omsætningsloftet er fjernet for de 18-20-årige.

Økonomiske konsekvenser af en udvidelse

Forsøgsordningen med vederlagsfri psykologbehandling til unge i alderen 18-20 har medført en estimeret stigning i de offentlige sundhedsudgifter på ca. 12 mio. kr., i ordningens første år. Merudgiften består primært af en større udgift til psykologbehandling, som i mindre omfang opvejes af en reduktion i udgifter til relaterede ydelser. Hvis de beregnede ændringer i brugen af ydelser for de 18-20-årige overføres til de 21-23-årige, svarer det til, at en vederlagsfri ordning for de 21-23-årige vil medføre en estimeret merudgift for sundhedsvæsenet på ca. 15 mio. kr. Som nævnt ovenfor er det muligt, at brugen af psykologbehandling vil stige yderligere, da ordningen endnu ikke er fuldt indfaset. Dette vil selvfølgelig betyde at de økonomiske estimater er underestimerede. De økonomiske konsekvensberegninger medtager udelukkende ændringer, der er fundet signifikante på 5% niveau eller derunder. Det bemærkes, at der observeres en stigning som følge af ordningen på ca. 6% i indlæggelser i behandlingspsykiatrien, og at denne stigning, omend den ikke er signifikant på 5% niveau, muligvis kan have en sammenhæng med forsøgsordningen ($p=0,14$). Hvis dette viser sig at være tilfældet, kan det øge merudgifterne for ordningen markant. Det bemærkes desuden, at beregningerne ikke inkluderer eventuelle effekter på de unges helbred og dermed heller ikke eventuelle afledte effekter heraf på arbejdsmarkedstilknytning, gennemførelse af uddannelse m.m.

Baggrund

Markedet for psykologydelser i Danmark giver mulighed for at få psykologbehandling, enten gennem sygesikringen via henvisning fra egen læge, eller gennem egenbetaling – evt. via en privat sundhedsforsikring. Ønsker en patient tilskudsberettiget eller vederlagsfri psykologbehandling af angst eller depression, skal patienten henvises af sin praktiserende læge, og skal da benytte en af de psykologer, der har overenskomst med sygesikringen. Den praktiserende læge vil oftest, i forbindelse med eller i stedet for henvisning til psykolog, tilbyde samtalerapi. Den praktiserende læge har også mulighed for at udskrive antidepressiv⁴ medicin eller at henvise til praktiserende psykiater eller til behandlingspsykiatrien (psykiatrisk hospital).

Praktiserende psykologer i Danmark har mulighed for at indgå aftale med sygesikringen, for dermed at kunne tilbyde behandling efter tilskudsordningen eller den vederlagsfri ordning. Både psykologer med og uden overenskomst med sygesikringen behandler patienter, der selv betaler fuld pris. Psykologer med overenskomst med sygesikringen er underlagt en række restriktioner; sygesikringspatienter skal udgøre en vis andel af patientgruppen, og psykologerne er – i lighed med andre ydere under sygesikringen – underlagt et omsætningsloft.

Muligheden for at modtage tilskudsberettiget psykologbehandling af angst eller depression blev indført i 2008, og den patientgruppe, der er omfattet af ordningen, er løbende blevet udvidet sidenhen.

Tilskudsordningen indebærer en brugerbetaling på omkring 400 kr. per konsultation. Tilskudsordningen omfatter kun voksne. Indtil videre har det ikke været muligt for børn og unge under 18 at få tilskud til, eller fuld dæk-

ning af, psykologbehandling mod angst eller depression under sygesikringen.

Udover adgang til psykologhjælp gennem sygesikringen, er der i en række kommuner mulighed for at få gratis psykologbehandling, eller anden hjælp, via forskellige kommunale ordninger. I disse tilfælde, skal borgeren henvende sig til kommunen og ikke, som i det regionale tilbud, henvises af egen læge. Derudover findes diverse private tilbud, samt telefonisk eller internetbaseret rådgivning til borgere med angst eller depression, hvilket heller ikke kræver henvisning. Det er med andre ord kun en del af markedet for psykologydelser, der kan reguleres via praktiserende læger. Det er kun data for psykologydelser under sygesikringen, der ligger til grund for denne rapport.

Den vederlagsfri forsøgsordning startede per 1. juli 2018, og indebærer gratis psykologbehandling for unge mellem 18 og 20 år, der er henvist fra praktiserende læge, med henvisningsårsag let til moderat angst eller let til moderat depression. Ordningen gælder for alle, der på henvisningstidspunktet er 18, 19, eller 20 år. Det betyder at 21-årige har adgang til vederlagsfri behandling, såfremt de var 20 år på henvisningstidspunktet. Ud over vederlagsfrihed er der, sammen med forsøgsordningen, indført et stop for omsætningsloftet, således at der i forsøgsperioden ikke længere er et loft for, hvor mange unge mellem 18 og 20 år, som kan behandles på sygesikringsordningen, per år.

⁴Da antidepressiv medicin er førstevalg også til behandling af angst, er de to grupper af medicin slået sammen her under betegnelsen 'antidepressiv medicin'

Data

Data til effektanalyse

På Sundhedsdatastyrelsens forskerserver er der, for perioden frem til juli 2019, indhentet oplysninger om alle 18-23-årige, bosiddende i Danmark.

Oplysningerne inkluderer forbrug af sundhedsydelser, herunder forbrug af psykolog og andre ydelser under sygesikringen, hospitalskontakter og lægemidler. Forud for analysen er individdata omdannet til data på månedsniveau.

Nogle af registrene blev omlagt i 2014, og derfor er analysen blevet afgrænset til perioden efter juni 2014. Det betyder, at analyserne baseres på fem 12-måneders perioder: juli 2014 – juni 2015, ..., juli 2018 – juni 2019. Disse 12 måneders perioder refereres, for nemheds skyld, til som ”skoleår”.

Der er udarbejdet et analysedatasæt, med alle udfaldsvariable (dvs. de variable som kan tænkes at blive påvirket af forsøgsordningen). Udfaldsvariablene ses i tabel 2.

Når der analyseres på effekten af forsøgsordningen omregnes udfaldsvariablene til incidensrater per 10.000 personmåneder.

I tabel 2 skelnes imellem udfaldsvariable der er direkte påvirket af forsøgsordningen: psykologbehandling med henvisningsårsag angst eller depression, og udfaldsvariable der er indirekte påvirket af forsøgsordningen: psykologbehandling med henvisningsårsag traume, medicin, psykiatri og samtalerapi. De udfaldsvariable, der er indirekte påvirket af forsøgsordningen benævnes samlet som afledte effekter.

Alle variable fra LPR (alle udfaldsvariable vedrørende behandlingspsykiatrien) er, pga. det forsinkede ”LPR3”, kun tilgængelige for perioden frem til februar 2019 – derfor er analyser

på disse variable begrænset til månederne juli – januar. Tabel 3 viser gennemsnitsværdier for incidensraterne for nye forløb og samlet antal kontakter.

Estimatet for det samlede antal ambulante besøg i behandlingspsykiatrien er forbundet med nogle problemer, og er derfor udeladt i tabellen. Udfordringen er, at forløb i behandlingspsykiatrien kan være meget lange, og kan strække sig over mange år. Besøgene knytter sig her til den dato, forløbet påbegyndes.

Det vil sige, at ambulante forløb påbegyndt i før-perioden, f.eks. i 2017, kan have mange besøg inden for analyseperioden, mens ambulante forløb i forsøgsperioden kun indbefatter besøg afholdt over en 7 måneders periode. På grund af dette forhold, er der langt færre ambulante besøg i forsøgsperioden, end i de foregående år.

Unge, der som 20-årige er blevet henvist til psykolog, men har første konsultation som 21-årige, er ekskluderet af analysen, da de falder i begge grupper og derfor forurener resultaterne.

Analysen af de økonomiske konsekvenser af forsøgsordningen og en evt. udvidelse anvender alene estimater for det samlede antal besøg hos psykolog, og i behandlingspsykiatrien.

Afledte effekter på behandlinger hos psykolog med henvisningsårsag 1-9 (traume) beregnes på samme måde, som effekter på antal kontakter til psykolog med henvisningsårsag angst eller depression.

Data til analyse af ændringer i brugernes karakteristika

Det kan formodes, at fjernelse af egenbetalingen betyder, at unge, der før fravalgte psyko-

Tabel 2: Udfaldsvariable

Analysevariable	Definition
<i>Variable der er direkte påvirket af forsøgsordningen</i>	
Nyt psykologforløb med henvisningsårsag angst	Første behandling efter henvisningsdato med henvisningsårsag angst: ydelseskode 03**, 05**, 63**, 5003 (speciale 63).
Antal kontakter pr psykologforløb med henvisningsårsag angst	Antal kontakter pr forløb med henvisningsårsag angst: ydelseskode 03**, 05**, 63**, 5003 (speciale 63). Defineret som antallet af kontakter med samme henvisningsdato per person. Samme person kan godt have flere forløb.
Samlet antal kontakter hos psykolog med henvisningsårsag angst	Alle behandlinger med henvisningsårsag angst: ydelseskode 03**, 05**, 63**, 5003 (speciale 63).
Nyt psykologforløb med henvisningsårsag depression	Første behandling efter henvisningsdato med henvisningsårsag depression: ydelseskode 02**, 04**, 62**, 5002 (speciale 63).
Antal kontakter pr psykologforløb med henvisningsårsag depression	Antal kontakter pr forløb med henvisningsårsag depression: ydelseskode 02**, 04**, 62**, 5002 (speciale 63). Defineret som antallet af kontakter med samme henvisningsdato per person. Samme person kan godt have flere forløb
Samlet antal kontakter hos psykolog med henvisningsårsag depression	Alle behandlinger med henvisningsårsag depression: ydelseskode 02**, 04**, 62**, 5002 (speciale 63).
<i>Variable der er indirekte påvirket af forsøgsordningen (afledte effekter)</i>	
Nyt psykologforløb med henvisningsårsag traume	Første behandling efter henvisningsdato med henvisningsårsag traume: alle øvrige ydelseskoder i sygesikringsregisteret (speciale 63).
Antal kontakter pr psykologforløb med henvisningsårsag traume	Antal kontakter pr forløb med henvisningsårsag traume: alle øvrige ydelseskoder i sygesikringsregisteret (speciale 63). Defineret som antallet af kontakter med samme henvisningsdato per person. Samme person kan godt have flere forløb
Samlet antal kontakter hos psykolog med henvisningsårsag traume	Alle behandlinger med henvisningsårsag traume: alle øvrige ydelseskoder i sygesikringsregisteret (speciale 63).
Afhentet recept på medicin	En transaktion på apoteket, hvor ATC-kode N06A (antidepressiv) eller N05B (anti-angst) indgår. Dosis kan variere. Angst behandles ofte med antidepressiv medicin og derfor er de to grupper af medicin slået sammen.
Besøg hos praktiserende speciallæge i psykiatri	En konsultation (alle ydelseskoder) hos en praktiserende speciallæge i psykiatri (speciale 24)
Samtaleterapi hos praktiserende læge	En konsultation med ydelseskode 6101 eller 6201 hos en alment praktiserende læge (speciale 80).
Påbegyndt forløb i behandlingspsykiatri, ambulant	En registrering i LPR-psykiatri med patienttype 2 (ambulant eller skadestue), registreres i den måned forløbet påbegyndes.
Antal indlæggelser i behandlingspsykiatrien	En registrering i LPR-psykiatri med patienttype 0 (indlagt), registreres i den måned indlæggelsen påbegyndes.

Tabel 3: Incidensrater for udfaldsvariable – nye forløb og samlet antal kontakter per 10.000 personmåneder – 18-20-årige

	Gennemsnit per skoleår* før forsøgsperioden		Gennemsnit for forsøgsperioden	
	Incidensrate, forløb	Incidensrate, samlet antal	Incidensrate, forløb	Incidensrate, samlet antal
Psykolog - angst	5,4	26,4	8,9	46,0
Psykolog - depression	6,3	30,2	7,5	39,2
Psykolog - traume	5,8	25,3	4,4	18,3
Medicin		82,4		86,4
Privatpraktiserende psykiater		36,0		46,7
Almen praksis samtaleterapi		33,7		39,3
Behandlingspsykiatri - ambulant	26,3	n/a	28,8	n/a
Behandlingspsykiatri - indlæggelse		8,5		9,6

*De fire skoleår i perioden 1/7-2014-30/6-2018

logbehandling pga. manglende betalingsevne eller manglende betalingsvilje, nu i højere grad vil benytte sig af psykologbehandling under sygesikringen. For at vurdere denne hypotese, undersøger vi, om brugernes karakteristika i forsøgsperioden er anderledes, sammenlignet med brugerne i før-perioden.

Med dette formål, blev data for populationen af 18-20-årige, der har modtaget psykologbehandling under enten den vederlagsfri ordning, eller tilskudsordningen siden 2014, overført til Danmark Statistik (DST) fra Sundhedsdatastyrelsen.

På Danmarks Statistiks forskerserver blev populationen beriget med befolkningsregisteret, uddannelsesregisteret, indkomstregisteret, lægemiddeldatabasen og grundskolekarakterregisteret.

Baseret på de unges alder per nytår, samt deres forbrug af psykologbehandling under sygesikringen, blev populationen opdelt i en *gruppe af unge under forsøgsordningen*, dvs. 18-20-årige som i perioden 1/7-2018 – 30/6-2019 modtog vederlagsfri psykologbehandling⁵, og en

kontrolgruppe af unge, der i perioden 1/7-2016 – 30/6-2018 modtog tilskudsberettiget psykologbehandling, og som på tidspunktet for behandlingen var i aldersgruppen 18-20.

De unges familie blev koblet på, mhp at kunne undersøge forskelle i de unges sociodemografiske baggrund. De unges og deres forældres etniske baggrund blev opgjort på baggrund af befolkningsregisteret; de unges karaktergennemsnit og andelen af unge med dumpede eksaminer blev beregnet ud fra grundskolekarakterregisteret; de unge og deres forældres arbejdsmarkedstilknnytning blev grupperet

⁵Da de unges alder kun kendes per 1. januar hvert år på DST, kan opdelingen ikke foretages 100% korrekt. Der vil derfor i gruppen af unge under forsøgsordningen indgå et antal unge som har modtaget tilskudsberettiget psykologbehandling efter de er fyldt 21 år. Som alternativ er alle resultaterne genberegnet for en gruppe, som med sikkerhed ikke inkluderer unge under tilskudsordningen, i gruppen af unge under forsøgsordningen, ved at ekskludere den ældste årgang væk. Dette giver kun anledning til mindre justeringer, som ikke påvirker de overordnede konklusioner

på basis af oplysninger om primær indkomstkilde i indkomstregisteret; de unge og deres forældres mentale sundhedshistorik i form af psykologbehandling, psykiatribehandling og forbrug af antidepressiv/anti-angst medicin blev opgjort ud fra sygesikringsregisteret og lægemiddeldatabasen.

Endelig opgjordes forældrenes indkomst ud fra indkomstregisteret. Registrene opgøres på forskellige tidspunkter: befolkningsregisteret opgøres per 1. januar, hvilket er midt i hvert skoleår; karaktersammenligninger blev foretaget baseret på 9. klasses eksaminer; og indkomstregisteret opgøres over hele kalenderår.

I analysen er beregningen af indkomstforhold foretaget i året inden forbruget af psykologbehandling, for at sikre, at indkomsten ikke var påvirket af psykologbehandling. Tilsvarende blev den mentale sygdomshistorik beregnet på basis af de to forudgående kalenderår, m. h. p. at undgå at beskrive forsøgsordningens konsekvenser.

Metode

Forud for estimering af effekten af den vederlagsfri ordning, gøres nogle indledende overvejelser om, hvordan fjernelse af egenbetalingen kan tænkes at påvirke patienters og lægers adfærd – i forhold til henholdsvis at efterspørge psykologbehandling og henvise til psykologbehandling eller øvrige behandlingstilbud. Figur 2 nedenfor forsøger at illustrere dette.

Det forventes, at fjernelsen af egenbetalingen ændrer patienternes kontakt til almen praksis med henblik på at blive henvist til psykolog.

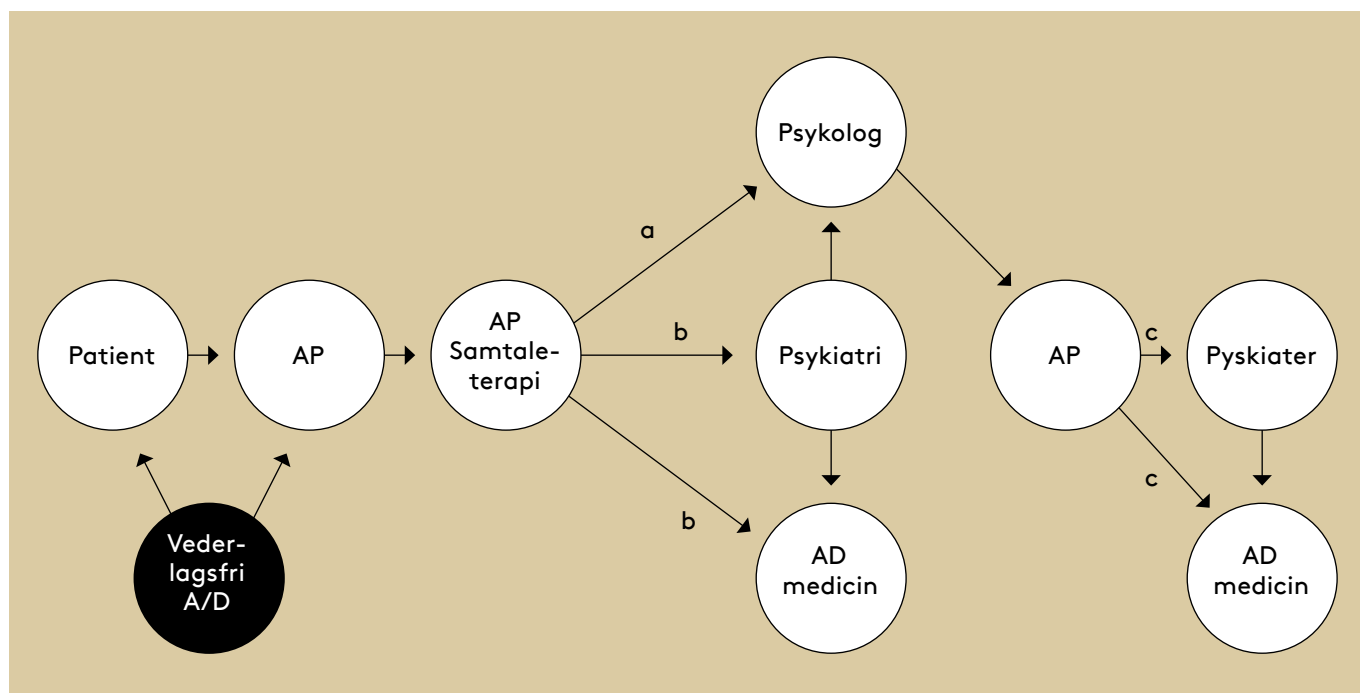
Hvis flere henvender sig, vil den praktiserende læge, alt andet lige, henvise flere til psykolog-

behandling – dette er den direkte priseffekt som er markeret med "a" i figuren. Det kan desuden forventes at nogle af de "ekstra" der henvises til psykolog, vil blive vurderet til at have brug for efterfølgende at modtage anden behandling, f.eks. fra psykiatrien eller i form af medicin – dette er markeret med "c" i figuren.

Endelig er der en sandsynlighed for ændringer i henvisningsmønsteret til andre behandlingstilbud, som en direkte effekt af fjernelsen af egenbetalingen for psykologbehandling.

Dette er markeret med et "b" i figuren og udgør krydspriseffekten af forsøgsordningen.

Figur 2: Adgang til psykologydelser



Note: Figuren viser, at prisændringer påvirker både patientens efterspørgsel efter behandling og lægens beslutning om hvilken behandling patienten med angst/depression skal tilbydes. Samtaleterapi hos egen læge går ifølge retningslinjerne forud for viderehenvisning til psykolog eller andre behandlere. I analysen estimeres den samlede effekt af effekterne markeret med a, b og c, hvor a: direkte priseffekt, b: krydspriseffekt, c: afledt effekt af en ændring i brug af psykologbistand.

I denne rapport analyseres den samlede effekt af den vederlagsfri forsøgsordning, denne udgør summen af a, b og c.

Analyse af forsøgsordningens påvirkning af antal behandlingsforløb

Effekten af forsøgsordningen estimeres ved at sammenligne udviklingen, for de 18-20-årige før og efter indførelsen, med udviklingen før og efter indførelsen for en kontrolgruppe af 21-23-årige. Denne metode (DID) er retvisende under følgende antagelser: 1) at de 18-20-årige ville have fulgt samme udvikling som de 21-23-årige, hvis forsøgsordningen ikke var blevet indført; 2) at de 21-23-årige ikke påvirkes af ordningen og; 3) at der ikke er andre tiltag i perioden efter 1. juli 2018, der kan påvirke de 18-20-åriges brug af psykologordningen. DID-metoden er valgt til analysen fordi:

- Det vurderes, at de bagvedliggende antagelser er opfyldt for de analyserede udfaldsmål.
- Alle tilgængelige data kan benyttes. Dvs. at data muliggør beskrivelse af variation i to dimensioner: før og efter og mellem de 18-20-årige og en kontrolgruppe.
- DID kontrollerer for eventuelle (tidskonstante) forskelle mellem de 18-20-årige og 21-23-årige, som potentielt kan føre til bias i estimererne. Fx det forhold, at 21-23-årige oftere er flyttet hjemmefra, og derfor har egen økonomi og en anden prisfølsomhed.
- DID estimerer de samlede afledte effekter ("b" og "c"), hvor andre metoder (f.eks. IV) kun estimerer "c".

Appendiks A indeholder en detaljeret gennemgang af overvejelserne for valg af metode, og i appendiks B og C er antagelserne bag DID nærmere vurderet.

Da DID-analyserne er gennemført på Sundhedsdatastyrelsens forskermaskiner, som ikke indeholder sociodemografiske variable, er analyserne gennemført uden inddragelse af confoundervariable. Det betyder, at analyser-

ne er baseret på en simpel ikke-parametrisk model af følgende form⁶:

$$Y_{kt} = a + \beta_1 D_k + \beta_2 T_t + \beta_3 (D_k * T_t) + \varepsilon_{kt} \quad (1)$$

Hvor

Y_{kt} : incidensraten i aldersgruppe k i periode t

D_k : dummy variabel = 1 hvis k tilhører intervallet 18-20 år

T_t : dummy variabel = 1 hvis $t > 2018-06$

Analyserne gennemføres for begge køn samlet og for mænd og kvinder separat.

Analyse af ændring i brugernes karakteristika

Analysen af brugernes karakteristika skal primært afdække, hvorvidt det er mindre ressourcestærke unge, der bruger forsøgsordningen, sammenlignet med unge under tilskudsordningen. De unge og deres forældres karakteristika sammenlignes derfor mellem forsøgsordningen og tilskudsordningen. For at undersøge, om forskelle grupperne imellem ikke er tilfældige udsving, beregnes t-værdier og tilhørende p-værdier for signifikans. Karakteristika for de 18-20-årige under forsøgsordningen og deres forældre er opgjort et til to år senere, sammenlignet med de 18-20-årige, der brugte tilskudsordningen. Det vil sige, at de to grupper er sammenlignelige i forhold til alder og behov, men målt på forskellige tidspunkter. Det kan derfor være vigtigt at tage højde for eventuelle trends, i udviklingen i karakteristika over tid, i denne analyse.

⁶Modellen estimeres som en simpel OLS regression, men da modellen udelukkende indeholder dummyvariable (variable der antager værdien 0 eller 1), svarer det til at sammenligne gennemsnit i subgrupper (før/efter, unge/ældre). En fordel ved dette er, at modellen ikke er betinget af linearitetsantagelser, eller af en bestemt fordeling af restleddene (Se f.eks. Lechner, 2011, <https://econpapers.repec.org/article/nwofneco/0800000014.htm>). En ulempe er at modellen, ved fravær af confounder variable, er bundet af en antagelse om, at der ikke er tidsvarierende selektion mellem de unge og ældre.

Analyse af ændring i brugernes karakteristika

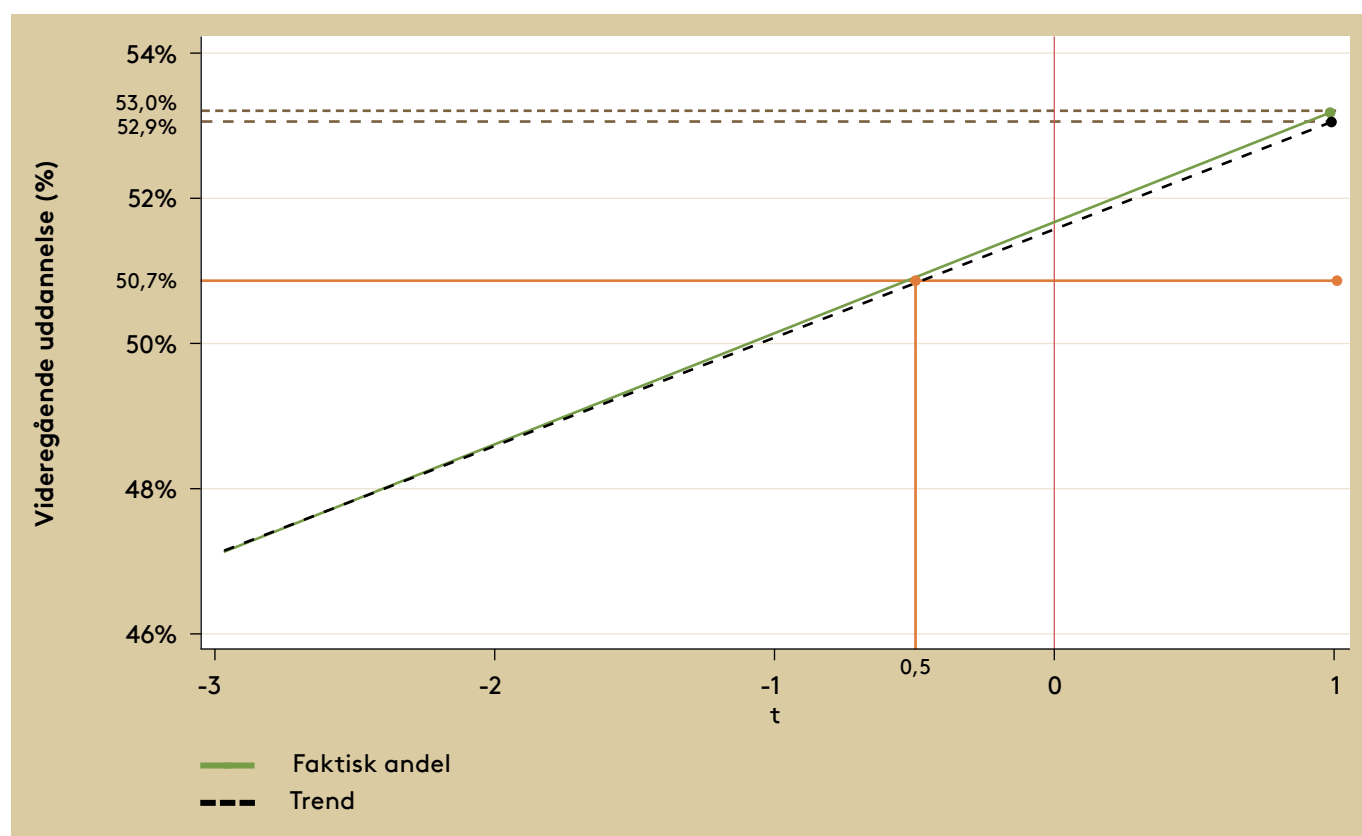
Analysen af brugernes karakteristika skal primært afdække, hvorvidt det er mindre ressourcestærke unge, der bruger forsøgsordningen, sammenlignet med unge under tilskudsordningen. De unge og deres forældres karakteristika sammenlignes derfor mellem forsøgsordningen og tilskudsordningen. For at undersøge, om forskelle grupperne imellem ikke er tilfældige udsving, beregnes t-værdier og tilhørende p-værdier for signifikans. Karakteristika for de 18-20-årige under forsøgsordningen og deres forældre er opgjort et til to år

senere, sammenlignet med de 18-20-årige, der brugte tilskudsordningen.

Det vil sige, at de to grupper er sammenlignelige i forhold til alder og behov, men målt på forskellige tidspunkter. Det kan derfor være vigtigt at tage højde for eventuelle trends, i udviklingen i karakteristika over tid, i denne analyse.

Som eksempel på korrektion for trend, ses i figur 3 på andelen af unge med mindst en forælder med en lang videregående uddannelse: denne andel var 47,1% blandt de unge der gik til psykolog under tilskudsordningen 3 år før

Figur 3: Andelen af 18-20-årige i før-perioden ($t=-3$ til $t=0$) og andelen af unge 18-20-årige i efter-perioden som har mindst én forælder med en videregående uddannelse.



Noter: $t=0$ svarer til baselineåret: juli 2017 – juni 2018; $t=1$ svarer til forsøgsperioden: juli 2018 – juni 2019. $t=-1$ svarer til juli 2016 – juni 2017 etc. Den grønne solide linje viser de faktiske andele over tid. Den stiplede sorte linje viser en trend estimeret over perioden $t=-3$ til $t=0$ og den ekstrapolerede værdi for $t=1$. Den optrukne vandrette linje viser gennemsnittet (50,7 %) for andelen, målt over de to skoleår op til forsøgsordningen ($t=-1$ og $t=0$). I den ukorrigerede analyse sammenlignes for $t=1$ den vertikale afstand mellem den optrukne vandrette linje og den prikkede vandrette linje: $53,0\% - 50,7\% = 2,3$ procentpoint stigning. I den trendkorrigerede analyse sammenlignes for $t=1$ den vertikale afstand mellem den stiplede vandrette linje og den prikkede vandrette linje: $53,0\% - 52,9\% = 0,1$ procentpoint stigning.

forsøgsordningen, og steg til 51,4 % for de unge der gik til psykolog i året før forsøgsordningen (se figur 3). Hvis denne stigning er signifikant, kan det med en vis sandsynlighed forventes, at den fortsætter ind i forsøgsperioden, og at andelen af unge i efter-perioden dermed kan forventes i højere grad at have forældre med videregående uddannelse.

For ikke fejlagtigt at konkludere, at det er forsøgsordningen der har ændret sammensætningen af brugerne, er det derfor nødvendigt at kontrollere for generelle trends, hvilket figur 3 er et godt eksempel på.

Korrektion for trends er foretaget i de tilfælde, hvor stigningen eller faldet i de fire år op til forsøgsordningen er statistisk signifikant ($p < 0,05$). I disse tilfælde er den korrigerede værdi for kontrolgruppen, samt p-værdi for forskellen ift. de unge under forsøgsordningen, rapporteret.

Analyse af de økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser omfatter alene offentlige sundhedsudgifter, dvs. der er ikke medtaget udgifter for patienter og øvrige private aktører. Analysen af de økonomiske konsekvenser er delt op i to: det er beregnet, hvilke økonomiske konsekvenser forsøgsordningen for de 18-20-årige, har haft i løbet af de første 12 måneder.

Effekterne for de 18-20-årige er herefter anvendt på aldersgruppen 21-23, m. h. p. at estimere de økonomiske konsekvenser af en udvidelse til denne aldersgruppe. Beregningen vedrører kun de første 12 måneder efter indførelsen af forsøgsordningen, og kan derfor ikke tages som udtryk for en fremtidig udvikling.

Analysen inddrager en række informationer fra tilskudsordningen, som kan betragtes som alternativ til forsøgsordningen⁷. Tilskudsordningen indebærer en brugerbetaling på ca. 40% (ca. 400 kr.) per konsultation hos psykolog, og har indtil 1/7-2018 været det gældende tilbud for 18-20-årige med let til moderat angst

eller depression. For personer i aldersgruppen 21-38 er der fortsat en tilskudsordning. Der er ikke beregnet økonomiske konsekvenser af en udvidelse til yngre aldersgrupper, idet børn og unge under 18 med angst eller depression ikke er omfattet af tilskudsordningen, og derfor kendes niveauet for forbrugsmønstret ikke i denne aldersgruppe.

Beregningen omfatter de direkte effekter på psykologbehandling, og de afledte effekter på øvrige sundhedsydelser: psykologbehandling med henvisningsårsag traume, angst/depressionsmedicin, behandlinger hos privatpraktiserende psykiater, samtaleterapi hos alment praktiserende læge, og forløb i behandlingspsykiatrien.

For psykologbehandlinger og ambulante besøg indgår *antal besøg* i analysen af de økonomiske konsekvenser, i modsætning til de fleste øvrige analyser i denne rapport, der bruger *antal forløb*. Dette er valgt, da udgiften for sundhedsvæsenet udgøres af antal besøg ganget/multipliseret med en besøgstakst.

Beregningerne af de økonomiske konsekvenser tager udgangspunkt i antallet af ydelser (besøg/konsultationer/recepter), i året før forsøgsordningen, dvs. 1/7-2017-30/6-2018, for de 18-20-årige, og i de seneste tilgængelige observationer, dvs. året 1/7-2018-30/6-2019, for de 21-23-årige.

Antallet ganges med stigningstakten (DID-estimatet) i antal besøg. Herved opnås det beregnede antal besøg i forsøgsordningens første år. Afledte effekter der er insignifikante, er antaget konstante, og giver derfor heller ikke anledning til merudgifter for sundhedsvæsenet i beregningerne.

Det beregnede antal er renset for udviklinger, der ikke har med forsøgsordningen at gøre, og

⁷Dog er de 21-årige per 1. oktober 2019 inkluderet i forsøgsordningen, hvilket ikke har indflydelse på analysens resultater.

er derfor mere præcist at anvende i en konsekvensanalyse. Det beregnede antal gange herafter med stykudgiften for sundhedsvæsenet, fx besøgstaksten hos psykolog, den gennemsnitlige regionsandel af en pakke medicin, osv.

Resultatet heraf er den samlede udgift til sundhedsvæsenets behandling af angst og depression i aldersgruppen. Fra dette tal trækkes udgifterne ved baseline (året før), og derved opnås merudgiften for sundhedsvæsenet.

Som nævnt, er der ikke medregnet en merudgift for de udviklinger der ikke er signifikante (privatpraktiserende psykiater og behandlingspsykiatri), da der antages ikke at være en stigning, der kan tilskrives forsøgsordningen.

Det bemærkes dog, at der er en insignifikant stigning⁸ for ydelser i behandlingspsykiatrien. Disse ydelser er meget dyre og det vil ændre markant på resultaterne hvis de medtages.

Stigningstakterne – dvs. DID-estimerne – for den unge aldersgruppe, er herefter anvendt på den ældre aldersgruppe, de anvendte styk-

udgifter er ens mellem de to aldersgrupper, men antallet af ydelser i året før er beregnet på basis af de 21-23-åriges brug af sundhedsydelser i skoleåret 1/7-2018-30/6-2019, undtagen for behandlingspsykiatri pga. den korte opfølgingsperiode. Her refererer antal ydelser til året 1/7-2017-30/6-2018.

De beregnede merudgifter ved en udvidelse af ordningen til aldersgruppen 21-23 år, vedrører de første 12 måneder af en potentiel udvidelse. Beregningen er forbundet med en del usikkerhed, og kan ikke umiddelbart anvendes til at estimere konsekvenserne på længere sigt, eller for en anden aldersgruppe.

⁸Stigningen for ambulante forløb er 2,4% ($p=0,39$) og stigningen for indlæggelser er 5,9% ($p=0,138$)

Ændringer i brugen af psykologbehandling

I dette afsnit estimeres effekten af den vederlagsfri forsøgsordning, på brugen af psykologbehandling. Der er i princippet tale om pris-effekter, forstået på den måde, at det antages at eventuelle ændringer i brug af psykologbehandling skyldes det forhold, at egenbetalingen er fjernet. I praksis kan fjernelse af omsætningsloftet dog også betyde noget for eventuelle ændringer – hvorfor begrebet prisseffekt ikke anvendes i den resterende del af rapporten.

Tabel 4 viser, at der blev startet 4.490 nye behandlingsforløb med henvisningsårsagerne angst eller depression for 18-20-årige i perioden 1. juli 2018 – 30. juni 2019. Det var 1.563 (ca. 53%) mere end i den foregående 12-måneders periode (1. juli 2017 – 30. juni 2018). Dette afsnit forsøger at estimere, i hvilken grad denne stigning kan tilskrives forsøgsordningen. Analyserne baseres på månedlige incidensrater, defineret som antal nye kontakter i en måned per 10.000 unge i aldersgruppen i måneden. Ved at bruge månedlige incidensrater, frem for et mere aggregeret mål som f.eks. årlige incidensrater, kan det mere præcist registreres, hvornår en person opfylder alderskriterierne for forsøgsordningen.

Målt i incidens per 10.000 personmåneder, blev der i gennemsnit startet ca. 17 nye forløb per måned per 10.000 personmåneder i forsøgsperioden, mens der i perioden før kun blev startet 11 – en stigning på 69%. Som nævnt i metodeafsnittet, og uddybet i appendiks A, estimeres effekten af forsøgsordningen ved at bruge de 21-23-årige som kontrolgruppe. Ved at bruge de 21-23-årige som kontrolgruppe, antages det, at de 18-20-åriges brug af psykologordningen ville have udviklet sig med samme stigningstakt som de 21-23-årige i forsøgsperioden, hvis forsøgsordningen ikke havde været indført.

Figur 4 nedenfor viser udviklingen i de gennemsnitlige incidensrater pr 10.000 personmåneder, for perioden juli 2014 – juni 2019. Figur 4 illustrerer trenden i udviklingen i incidensraten for angst og depression samlet, for de unge i de to aldersgrupper. Trendfigurer for de øvrige udfaldsvariable findes i appendiks B. Figuren viser, at de 21-23-årige og de 18-20-årige følger samme nedadgående trend i de fire 12-måneders perioder (skoleår) før forsøgsperioden. Denne parallelle udvikling for de to aldersgrupper i før-perioden er afgørende

Tabel 4: Antal nye behandlingsforløb for unge mellem 18 og 20 år

	Baseline Juli 2017 – juni 2018		Forsøgsperiode Juli 2018 – juni 2019		Ændring i %	
	Antal nye forløb	Incidens-rate	Antal nye forløb	Incidens-rate	Antal nye forløb	Incidens-rate
Psykolog - angst	1.450	5,4	2.430	9,0	68%	69%
Psykolog - depression	1.477	5,5	2.060	7,7	39%	40%
Psykolog - A/D	2.927	10,8	4.490	16,7	53%	54%

Noter: Incidensraten er mål som antal nye forløb per måned per 10.000 personmåneder. A/D: Angst og depression.

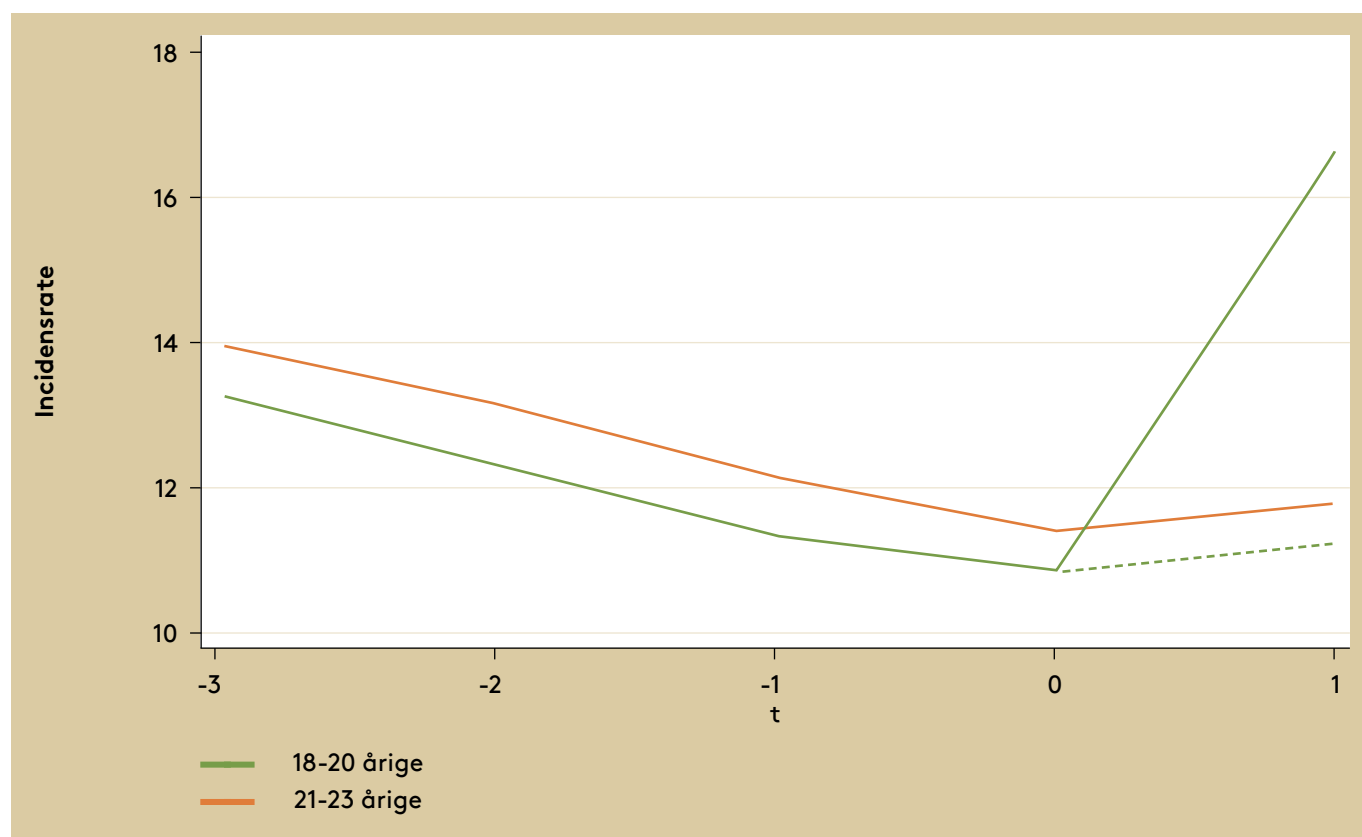
for, at de 21-23-årige kan benyttes som kontrolgruppe. Begge aldersgrupper har en stigende incidensrate i forsøgsperioden, men det er tydeligt, at der er en markant større stigning for de 18-20-årige, som er den gruppe der har adgang til den vederlagsfri forsøgsordning.

Det kan ikke afvises, at den svagt stigende trend i kontrolgruppen i forsøgsperioden, skyldes en afsmittende effekt af forsøgsordningen, f.eks. forårsaget af ekstra opmærksomhed på mental sundhed, som også kan have påvirket de 21-23-årige. Er dette tilfældet, vil estimerne af effekten være en smule underestimerede. I den anvendte metode, (DID), antages, at de 18-20-årige ville have fulgt samme trend som de 21-23-årige, hvis forsøgsordningen ikke havde været indført. Dette er markeret ved den

stiplede blå linje. Antagelsen om en parallel udvikling i perioden før forsøgsordningen er nærmere analyseret i appendiks C. Antagelserne er analyseret i form af såkaldte placebo- eller falsifikationsanalyser, hvor det undersøges, om der findes signifikante forskelle mellem de unge og kontrolgruppen, i skoleårene før forsøgsordningen. Hvis forudsætningen om parallelle trends er opfyldt, vil man ikke finde signifikante forskelle i førperioden. Baseret på analysen i appendiks C vurderes det, at forudsætningerne er opfyldt for udfaldsmålene psykologbehandling for angst/depression.

Tabel 5 viser de estimerede effekter på antal nye forløb beregnet ved brug af DID metoden, og tabel 6 viser effekten målt i procent i forhold til før-perioden.

Figur 4: Sammenligning af trends for gennemsnitlige incidensrater for psykologbehandling med henvisningsårsag angst eller depression – 18-20-årige og 21-23-årige



Noter: $t=0$ svarer til baselineåret: juli 2017 – juni 2018; $t=1$ svarer til forsøgsperioden: juli 2018 – juni 2019. $t=-1$ svarer til juli 2016 – juni 2017 etc. Bemærk at Y-aksen ikke starter i 0.

Tabel 5 viser, at brugen af psykologordningen er steget signifikant for både mænd og kvinder, og for både angst og depression. Incidensen af nye forløb er samlet steget med 5,8, hvilket, som det ses af tabel 6, svarer til en stigning på 49% i forhold til før-perioden. Det fremgår desuden af tabel 6, at den procentvise stigning i antal nye kontakter samlet for angst og depression er højere for kvinder (50% vs. 46% for mænd), hvilket skyldes, at kvinder har en langt højere stigning for angst (66% vs. 56% for mænd). Sammenlignes med de faktisk observerede ændringer fra tabel 1, ses det at DID-estimerne er en smule mindre, men ret sammenlignelige. Tabel 1 viser en stigning på 68% for angst mens DID-estimatet i tabel 6 er på knap 63%, hvor tallene for depression er 39% i tabel 1, mens DID-estimatet i tabel 6 er på ca. 38%.

Tabel 7 viser de estimerede effekter på antal kontakter per psykologforløb, og tabel 8 viser denne effekt målt i % i forhold til før-perioden. Det fremgår af tabel 7 og 8, at der er en generel stigning på cirka én kontakt ekstra per

forløb, for både angst og depression. Det ses at det især er kvinderne, der driver effekten for angst, og mændene, der driver effekten for depression. Effekten er stærkt signifikant for både angst og depression, og for både mænd og kvinder. Samlet set er antallet af nye forløb steget med ca. 50%, og denne stigning er baseret på signifikant større aktivitet for både mænd og kvinder og for både angst og depression. Det er dog tydeligt, at angst stiger markant mere end depression, og at dette især gælder for kvinderne.

Til brug for beregningerne af de økonomiske konsekvenser af en udvidelse af forsøgsordningen, viser tabel 9 effekten når udfaldsvariablen er det samlede antal kontakter – dvs. når der både tages højde for stigningen i antal nye forløb, og stigningen i antal kontakter per forløb. Tabel 10 viser de procentvise stigninger baseret på tabel 9. Ikke overraskende ses samlet en større stigning for psykologbehandling, når denne opgøres som antal kontakter, idet både antal forløb og antal kontakter per

Tabel 5: Effekten af forsøgsordningen på antal nye forløb hos psykolog – målt som antal nye forløb per 10.000 personmåneder

	Alle	Mænd	Kvinder
Angst (95% KI)	3,44*** (2,94 ; 3,95)	1,74*** (1,24 ; 2,24)	5,21*** (4,38 ; 6,05)
Depression (95% KI)	2,40*** (1,86 ; 2,94)	1,27*** (0,74 ; 1,79)	3,49*** (2,60 ; 4,38)
Samlet (95% KI)	5,84*** (5,03 ; 6,65)	3,00*** (2,26 ; 3,75)	8,70*** (7,39 ; 10,02)

Noter: Resultaterne er baseret på DID analyser, hvor før-perioden inkluderer de fire forudgående skoleår før forsøgsordningen. *** $p < 0,001$. 95% KI: 95% konfidensinterval for estimatet.

Tabel 6: Effekten målt som procentvis stigning i antal nye forløb hos psykolog – per 10.000 personmåneder

	Alle	Mænd	Kvinder
Angst (95% KI)	62,8% (53,6% ; 72,0%)	55,8% (39,7% ; 71,8%)	65,6% (55,1% ; 76,2%)
Depression (95% KI)	37,6% (29,2% ; 46,1%)	36,5% (21,4% ; 51,6%)	37,1% (27,6% ; 46,6%)
Samlet (95% KI)	49,3% (42,4% ; 56,1%)	45,6% (34,3% ; 57,0%)	50,2% (42,6% ; 57,8%)

Note: Den procentvise stigning er beregnet som forholdet mellem den estimerede ændring og baseline for de 18-20-årige.

Tabel 7: Effekten af forsøgsordningen på incidensraten for antal kontakter per forløb

	Alle	Mænd	Kvinder
Angst (95% KI)	1,14*** (0,79 ; 1,50)	0,95** (0,31 ; 1,59)	1,21*** (0,78 ; 1,64)
Depression (95% KI)	1,12*** (0,77 ; 1,46)	1,25*** (0,64 ; 1,85)	1,06*** (0,64 ; 1,48)

Noter: Resultaterne er baseret på DID analyser hvor før-perioden inkluderer de fire forudgående skoleår før forsøgsordningen.
 *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$.

Tabel 8: Procentvis stigning i antal kontakter per forløb som følge af forsøgsordningen

	Alle	Mænd	Kvinder
Angst (95% KI)	17,6% (12,1% ; 23,1%)	15,5% (5,1% ; 25,8%)	18,2% (11,7% ; 24,7%)
Depression (95% KI)	18,0% (12,4% ; 23,6%)	21,5% (11,1% ; 31,9%)	16,8% (10,2% ; 23,4%)

Note: Den procentvise stigning er beregnet som forholdet mellem den estimerede ændring og baseline for de 18-20-årige.

Tabel 9: Effekten af forsøgsordningen på antal kontakter per 10.000 personmåneder

	Mænd og kvinder
Angst (95% KI)	19,24*** (17,21 ; 21,28)
Depression (95% KI)	12,86*** (10,88 ; 14,85)

Noter: Resultaterne er baseret på DID analyser hvor før-perioden inkluderer de fire forudgående skoleår før forsøgsordningen.
 *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$.

Tabel 10: Procentvis stigning i antal kontakter

	Mænd og kvinder
Angst (95% KI)	73,6% (65,8% ; 81,3%)
Depression (95% KI)	50,2% (42,4% ; 57,9%)

Note: Den procentvise stigning er beregnet som forholdet mellem den estimerede ændring og baseline for de 18-20-årige.

forløb er steget under forsøgsordningen. I en følsomhedsanalyse (ikke vist), er antallet af nye psykologforløb per 10.000 personmåneder i 1. halvår 2019 sammenlignet med 1. halvår de foregående år.

Resultaterne ændres ikke markant i denne følsomhedsanalyse, sammenlignet med analysen for hele året.

Behandlerrapporterede effekter

En anden måde at undersøge hvordan forsøgsordningen har påvirket brugen af psykologbehandling, er at se på hvordan psykologerne selv rapporterer om ordningen i Dansk Psykologforenings medlemsundersøgelse.

Undersøgelsen inkluderede enkelte spørgsmål, der direkte relaterede sig til den vederlagsfri

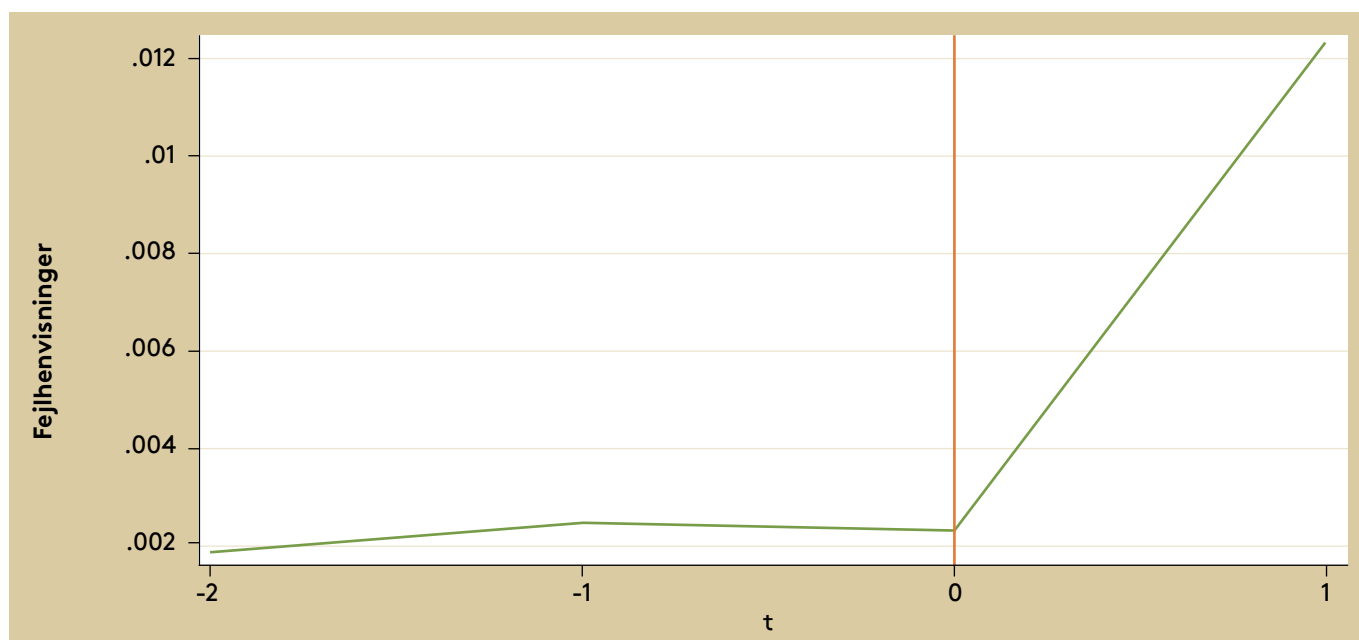
ordning. Svarene på disse rapporteres her, med forbehold for selektionsbias. I undersøgelsen rapporterede 40,8% af psykologerne, at de er meget enige eller delvist enige i udsagnet: ”jeg behandler flere i denne aldersgruppe (18-20-årige) for angst eller depression”, mens 47,7% af respondenterne svarer bekræftende på: ”jeg behandler flere i denne aldersgruppe, der før havde udfordringer med at få råd til egenbetaling”.

Andelen af psykologer, der er enige i at: ”jeg afviser flere 18 til 20-årige henvist med angst eller depression pga. fejlhenvisning” er kun 4,1 %, mens 6,8 % er enige i at ”antallet af konsultationer per klient for de vederlagsfri unge er højere end for henviste angst- og depressionsramte med delvis egenbetaling”. Enkelte psykologer har i fritekstfeltet nævnt, at udeblivelser er et større problem i den vederlagsfri gruppe.

Undersøgelsen bekræfter altså, at psykologerne også ser en øget tilstrømning af 18-20-årige i forsøgsperioden, mens kun en lille andel angiver, at antallet af fejlhenvisninger er steget.

For at undersøge i hvor høj grad andelen af fejlhenvisninger er steget, blev antallet af registreringer i sygesikringen under speciale 63, med koderne **14 (”Individuel konsultation [fejlhenviste], 1. konsultation uden efterfølgende forløb) og koderne **15 (”Individuel konsultation [fejlhenviste], 2. konsultation uden efterfølgende forløb) opgjort, og holdt op imod antallet af henvisninger i alt, i et givent skoleår. Figur 5 viser udviklingen i andel fejlhenvisninger over tid. Figuren viser en kraftig stigning i andelen af fejlhenvisninger. Stigningen er statistisk signifikant ($p < 0,05$), men det skal bemærkes, at koderne for fejlhenvisninger bruges meget sjældent, og derfor er det gennemsnitlige antal fejlhenvisninger i før-perioden kun cirka 5 om året. I skoleåret under forsøgsordningen stiger antallet til 55 fejlhenvisninger. Dermed er stigningen i fejlhenvisninger markant større end stigningen i antallet af henvisninger generelt (se evt. tabel 6). Der kan således være en risiko for, at adgang til vederlagsfri psykologbehandling kan resultere i flere fejlhenvisninger.

Figur 5: Udvikling i andelen af fejlhenvisninger til psykolog – 18-20-årige



Noter: $t=0$ svarer til baselineåret: juli 2017 – juni 2018; $t=1$ svarer til forsøgsperioden: juli 2018 – juni 2019.
 $t=-1$ svarer til juli 2016 – juni 2017 etc.

Ændringer i brug af andre behandlinger

I dette afsnit undersøges, om de 18-20-årige har ændret brugen af behandlingstilbud, som kan tænkes at være substituerende eller komplementære til psykologbehandling.

Følgende udfaldsvariable analyseres:

- Psykologbehandling med henvisningsårsag 1-9 (traume)
- Udskrivning af medicin mod angst eller depression
- Behandling hos privatpraktiserende psykiater
- Samtaleterapi hos praktiserende læge
- Påbegyndt forløb i behandlingspsykiatri, indlæggelse
- Påbegyndt forløb i behandlingspsykiatri, ambulant

Tabel 11 viser de faktisk observerede antal ydelser per måned og incidensrater for forsøgsperioden og baselineåret (juli 2017 – juni 2018).

Der ses en stigning i samtlige variable, med undtagelse af brug af psykologbehandling med traume som henvisningsårsag, og ambulante besøg i behandlingspsykiatrien, hvor der ses et fald på hhv. 10% og 1%. Som i forrige afsnit skal det estimeres, i hvilket omfang det kan konkluderes, at ændringerne skyldes forsøgsordningen. Det fremgår af figur 1 i indledningen, at der kan være tale om både direkte (krydsprieffekter) og indirekte effekter, forårsaget af ændringer i antal psykologbehandlinger.

I appendiks A argumenteres for, at DID er den bedste metode til at afdække et samlet estimat på begge disse effekter, såfremt antagelserne om parallelle trends er opfyldt. Som udgangspunkt bruges derfor samme metode (DID), som i analysen af ændringer i psykologbe-

handling. Appendiks B og C undersøger, om antagelserne bag DID modellen er opfyldt. Med undtagelse af udfaldsmålene medicin og privatpraktiserende psykiatere, vurderes antagelserne at være opfyldt.

Da forudsætningen om parallelle trends ikke holder for medicin og privatpraktiserende psykiatere, præsenteres estimater baseret på alternative modelspecifikationer, for disse to udfaldsmål. For medicin vurderes det, at et estimat baseret på "interrupted time series" er bedre, og for privatpraktiserende psykiatere er antagelsen om parallelle trends udelukkende opfyldt i de 12 måneder forud for forsøgsordningen. Derfor er estimatet for privatpraktiserende psykiatere baseret på DID, men kun med det seneste skoleår (12 månedlige observationer) som baseline, i stedet for fire skoleår (48 månedlige observationer).

Tabel 12 viser de estimerede effekter, og tabel 13 viser ændringen i procent. Både mænd og kvinder har færre kontakter med samtaleterapi hos praktiserende læge, og færre kontakter til psykolog med henvisningsårsag traume (ca. 11%). Dog er resultatet for kvinder ikke signifikant for samtaleterapi ($p=0,06$), mens resultatet for psykolog – henvisningsårsag traume ikke er signifikant for mænd ($p=0,12$). Det ses yderligere, at der er et fald i brugen af privatpraktiserende psykiatere for kvinder på 6%.

Behandlingspsykiatrien viser tendens til en stigning, men denne er ikke signifikant. Det er dog vigtigt at bemærke, at pga. overgangen til LPR3, er der kun observationer fra juli 2018 til januar 2019 for denne aktivitet. Før-perioden i DID-modellerne er for disse udfaldsmål baseret på data fra samme kalendermåneder (juli 2017 – januar 2018; juli 2016 – januar 2017 osv.).

Tabel 11: Observerede ændringer i brug af andre behandlingstilbud for unge mellem 18 og 20 år

	Baseline Juli 2017 - juni 2018		Forsøgsperiode Juli 2018 - juni 2019		Ændring i %	
	Antal ¹	Incidensrate ²	Antal ¹	Incidensrate ²	Antal ¹	Incidensrate ²
Psykolog – traume	1.364	5,0	1.221	4,5	-10%	-10%
Medicin	22.222	82,1	23.343	86,7	5%	6%
Privatpraktiserende psykiater	9.633	43,1	10.638	46,9	10%	9%
Almen praksis samtaletterapi	11.662	35,6	12.617	39,5	8%	11%
Behandlingspsykiatri – ambulant	7.938	29,3	7.848	29,2	-1%	-1%
Behandlingspsykiatri – indlæggelse	2.533	9,4	2.626	9,8	4%	4%

Noter:

¹Antal er målt som antal nye forløb per måned for psykolog – traume og behandlingspsykiatri – ambulant, mens det er målt som antal indlæggelser per måned for behandlingspsykiatri – indlæggelser, som antal kontakter til privatpraktiserende psykiater og til praktiserende læge, samtalerapi, samt som antal recepter i ATC-grupperne N05A og N06B per måned for medicin.

²Incidensraten er målt som antal nye forløb per måned per 10.000 personmåneder for psykolog – traume og behandlingspsykiatrien, mens den for medicin er antal udskrevne recepter per 10.000 personmåneder, for privatpraktiserende psykiater er incidensraten antal ydelser per 10.000 personmåneder og for almen praksis samtalerapi er det antal samtalerapi ydelser per 10.000 personmåneder.

Tabel 12: Estimerede ændringer i incidensraten for medicin, privatpraktiserende psykiatere, psykolog – henvisningsårsag traume, og psykiatri

	Alle	Mænd	Kvinder
Medicin ¹ (95% KI)	7,17*** (2,09 ; 12,24)	8,89*** (5,35 ; 12,43)	5,46 (-1,48 ; 12,40)
Psykolog – henvisningsårsag traume (95% KI)	-0,68** (-1,17 ; -0,20)	-0,37 (-0,83 ; 0,09)	-1,04* (-1,86 ; -0,22)
Privatpraktiserende psykiater ² (95% KI)	-0,50 (-2,23 ; 1,24)	2,06 (1,03 ; 4,02)	-3,15* (-5,72 ; -0,58)
Almen praksis samtalerapi (95% KI)	-1,79** (-2,97 ; -0,60)	-1,76** (-3,03 ; -0,50)	-1,90 (-3,85 ; 0,05)
Beh. Psykiatri, ambulant (95% KI)	0,65 (-0,84 ; 2,14)	0,48 (-0,96 ; 1,91)	0,71 (-1,40 ; 2,82)
Beh. Psykiatri, indlæggelse (95% KI)	0,50 (-0,16 ; 1,16)	0,13 (-0,58 ; 0,84)	0,84 (-0,17 ; 1,85)

Noter: Incidensraterne er målt som antal nye forløb per måned per 10.000 personmåneder for psykolog – henvisningsårsag traume, privatpraktiserende psykiater og behandlingspsykiatri, mens den for medicin er målt som antal udskrevne recepter per 10.000 personmåneder, og for almen praksis samtalerapi er målt som antal samtalerapi ydelser per 10.000 personmåneder. Estimatet for udviklingen i antal besøg hos psykolog – henvisningsårsag traume er statistisk signifikant, mens estimatet for udviklingen i antal ambulante besøg i behandlingspsykiatrien er insignifikant. Resultaterne er baseret på DID-analyser, hvor før-perioden inkluderer de fire skoleårsperioder før forsøgsordningen. 1Antagelsen om parallelle trends mellem de 18-20-årige og de 21-23-årige er ikke opfyldt for medicin. Dette skyldes, at de unge har et stigende forbrug relativt til de 21-23-årige i hele før-perioden. Resultaterne, der er rapporteret for medicin, er derfor baseret på et "interrupted time series" estimat, da dette ikke er afhængig af en parallel trend med kontrolgruppen. (DID-estimatet er 3,59***; 5,69***; 1,10). Der henvises til appendiks A og appendiks B for en uddybning af dette. 2Antagelsen om parallelle trends mellem de 18-20-årige og de 21-23-årige holder kun for året før forsøgsperioden for privatpraktiserende psykiatere. Derfor er resultaterne for dette udfaldsmål baseret på en DID-model hvor forsøgsperioden udelukkende sammenlignes med skoleåret før og ikke med 3 skoleår før. ***0,001 ** <0,01 *0,05

Tabel 13: Ændring i procent

	Alle	Mænd	Kvinder
Medicin (95% KI)	8,4% (2,4% ; 14,3%)	17,6% (10,6% ; 24,5%)	4,5% (-1,2% ; 10,2%)
Psykolog – henvisningsårsag traume (95% KI)	-11,5% (-19,6% ; -3,4%)	-11,5% (-25,9% ; 2,9%)	-11,8% (-21,1% ; -2,5%)
Privatpraktiserende psykiater ² (95% KI)	-1,16% (-5,2% ; 2,9%)	6,0% (-0,2% ; 12,2%)	-6,1% (-11,0% ; -1,1%)
Almen praksis samtaleterapi (95% KI)	-5,2% (-8,7% ; -1,8%)	-8,9% (-15,3% ; -2,5%)	-3,9% (-7,9% ; 0,1%)
Beh. Psykiatri, ambulant (95% KI)	0,7% (-3,1% ; 8,0%)	2,6% (-5,2% ; 10,3%)	2,0% (-4,0% ; 8,0%)
Beh. Psykiatri, indlæggelse (95% KI)	5,9% (-1,9% ; 13,6%)	2,4% (-10,8% ; 15,5%)	7,1% (-1,4% ; 15,6%)

Noter: baseret på resultaterne i tabel 12, set i forhold til baseline. Bemærk at estimatet for psykolog – henvisningsårsag traume, er baseret på antal forløb.

Brugernes karakteristika

Formålet med dette afsnit er at undersøge, om de unge 18-20-årige brugere af forsøgsordningen er mere eller mindre ressourcestærke end de 18-20-årige, som i perioden før den 1. juli 2018, har benyttet tilskudsordningen til psykologbehandling af depression og angst.

Forsøgsordningen indebærer, at brugerbetalingen på psykologbehandling bortfalder, hvorfor det er relevant at undersøge, om unge der ikke tidligere havde råd til at gå til psykolog, i højere grad benytter sig af forsøgsordningen.

Det undersøges, ved at sammenligne brugerne af forsøgsordningen i dens første 12 måneder, med de 18-20-årige brugere af tilskudsordningen i de to forudgående skoleår. De 18-20-årige under tilskudsordningen bruges som sammenligningsgrundlag, da de og deres forældre på tidspunktet for psykologbehandlingen er "det samme sted i livet". Metoden kan give den ud-

fordring, at der er en tidsmæssig forskydning på 1-2 år, på tidspunktet for behandling. Dette kan betyde, at sammenligningen kan være påvirket af generelle ændringer i hele befolkningen, i f.eks. indkomst eller skolekarakterer, over den 1-2-årige periode.

Der er forsøgt taget højde for denne tidsforskydning, når det vurderes relevant, og for nogle karakteristika viser det sig væsentligt at foretage denne korrektion.

Sammenligningen er baseret på registerdata for de ca. 4.700 unge, der har modtaget vederlagsfri psykologbehandling i perioden 1/7-2018 – 30/6-2019, og registerdata på kontrolgruppen af små 7.800 unge i aldersgruppen 18-20, der i perioden 1/7-2016 – 30/6-2018 har modtaget tilskudsberettiget psykologbehandling – dvs. de to foregående skoleår. Data er blevet analyseret på Danmarks Statistiks forskerserver,

Tabel 14: De unges baggrundsvARIABLE

		Ukorrigeret for trend		Korrigeret for trend	
	Forsøgsordningen	Kontrolgruppe	P-værdi	Kontrolgruppe	P-værdi
Demografi:					
Alder	19,44	19,57	0,000		
Mænd	29,45%	29,70%	0,766		
Etnisk baggrund:					
Dansk	94,45%	95,90%	0,000	95,27%	0,093
Indvandrer	2,12%	1,45%	0,005		
Efterkommer	3,43%	2,64%	0,012	3,23%	0,606

Noter: Alder er opgjort per 1. januar i skoleåret (1/7 – 30/6), "Mænd" angiver andelen af mænd i gruppen, etnisk baggrund er baseret på Danmarks Statistiks definition af indvandrere og efterkommere, i form af variabelen "ie_type" i befolkningsregistret. Signifikans er markeret med fed skrift for p-værdier under 0,05. Kolonnerne "korrigeret for trend" er udfyldt i de tilfælde hvor der er en signifikant trend over de fire skoleår forud for forsøgsordningen.

Tabel 15: De unges uddannelse

		Ukorrigeret for trend		Korrigeret for trend	
	Forsøgsordningen	Kontrolgruppe	P-værdi	Kontrolgruppe	P-værdi
Grundskolekarakterer (9. kl):					
Karaktergennemsnit (dansk og matematik)	7,03	6,96	0,150	7,12	0,126
Karaktergennemsnit alle fag)	7,00	6,92	0,073	7,09	0,118
Andel med dumpet fag (dansk og matematik)	10,83%	11,12%	0,632	8,79%	0,013
Andel med "-3" (dansk og matematik)	0,81%	0,49%	0,035		

Noter: Grundskolekarakterer for 9. klasse er baseret på grundskolekarakterregisteret. "Andel med dumpet fag" og "andel med -3" angiver andelen i gruppen som har hhv. dumpet mindst én eksamen, eller dumpet mindst én eksamen med karakteren minus tre. Signifikans er markeret med fed skrift for p-værdier under 0,05. Kolonnerne "korrigeret for trend" er udfyldt i de tilfælde, hvor der findes en signifikant trend over de fire skoleår forud for forsøgsordningen.

hvor der er benyttet data fra befolkningsregisteret, uddannelsesregisteret, indkomstregisteret, sygesikringsregisteret, beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, og register for grundskolekarakterer. Afsnittets første del undersøger forskelle i socioøkonomiske karakteristika blandt de unge selv, anden del undersøger forskelle i socioøkonomiske karakteristika blandt de unges forældre, mens afsnittets sidste del undersøger kommunale forskelle i brugen af forsøgsordningen.

De unges sociodemografi

I de følgende fire tabeller undersøges forskelle i de unges demografiske baggrundsvARIABLE, uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning og mental sundhedshistorik.

Tabel 14 viser, at de unge under forsøgsordningen er lidt yngre end de unge i kontrolgruppen. Dette kan skyldes, at de unges alder er defineret ved årsskiftet, og alderskriterierne for inklusion i psykologordningerne dermed ikke helt præcist kan markeres. Aldersforskellen er signifikant, og svarer cirka til halvanden måneds aldersforskel grupperne imellem,

mens kønsfordelingen i de to grupper ikke er signifikant forskellig. De unge under forsøgsordningen er i højere grad indvandrere eller efterkommere efter indvandrere, end de unge i kontrolgruppen. Forskellen i andelen af indvandrere er statistisk signifikant.

Tilsvarende er stigningen i andelen af efterkommere signifikant, men når der tages højde for at andelen af 18-20-årige efterkommere generelt er stigende over tid, bliver stigningen insignifikant og tilsvarende er faldet i andelen med dansk etnisk baggrund heller ikke længere signifikant (jf. de to kolonner længst til højre i tabel 14).

Tabel 15 undersøger om de to grupper adskiller sig på 9. classes afgangskarakterer. Set på karaktergennemsnittet i dansk og matematik og i alle fag, adskiller grupperne sig ikke signifikant, om end der er antydninger af, at de unge under forsøgsordningen fik lidt bedre karakterer i 9. klasse. Her viser det sig dog også væsentligt at tage højde for trenden i karakterer over tid, idet inklusion af trend medfører at de unge under forsøgsordningen ser ud til at have fået lidt lavere karakterer end kontrol-

Tabel 16: De unges arbejdsmarkedstilknytning

		Ukorrigeret for trend		Korrigeret for trend	
	Forsøgsordningen	Kontrolgruppe	P-værdi	Kontrolgruppe	P-værdi
Socioøkonomisk klassifikation:					
Lønmodtager eller selvstændig	11,75%	11,95%	0,735		
Arbejdsløs eller dagpenge	.	.	p<0,05	.	p>0,100
Under uddannelse	76,80%	76,62%	0,817		
Efterløn eller folkepension	.	.			
Kontanthjælp eller førtidspension	1,74%	1,88%	0,585		

Noter: Statistik for arbejdsmarkedstilknytning er baseret på variabelen "pre_socio" i indkomstregisteret. Følgende gruppering af koder er benyttet: "Lønmodtager eller selvstændig": 110-130, "Arbejdsløs eller dagpengemodtager": 210-220, "Under uddannelse": 310, "Efterløn eller folkepension": 322-323, "Kontanthjælp eller førtidspension": 321 + 330. Tidspunkt for opgørelse af arbejdsmarkedstilknytning er ½-1½ år inden modtagelse af psykologbehandling, hvorfor den pågældende behandling ikke kan have påvirket arbejdsmarkedstilknytningen. Signifikans er markeret med fed skrift for p-værdier under 0,05. Kolonnerne "korrigeret for trend" er udfyldt i de tilfælde, at der er en signifikant trend over de fire skoleår forud for forsøgsordningen. I celler med antalsmæssigt små værdier er der ikke rapporteret (værdi ".") af diskretioneringssyn.

gruppen, i gennemsnit (om end denne forskel heller ikke er statistisk signifikant).

Der er ikke umiddelbart nogen forskel grupperne imellem, i forhold til andelen som har dumpet mindst én afgangseksamen i dansk eller matematik, men grundet et generelt fald i andelen over tid, skifter forskellen fortegn, og bliver signifikant højere for de unge under forsøgsordningen, når der korrigeres for den generelle udvikling i andelen af unge med mindst ét dumpet fag. I andelen som mindst én gang har fået karakteren minus 3, ses også en signifikant stigning for de unge under forsøgsordningen. Stigningen er ikke særlig stor målt på *antallet* af unge, men svarer til en stigning på over 50%, målt procentvis.

Tabel 16 sammenligner de unges arbejdsmarkedstilknytning. Grundet de unges alder, er langt størstedelen stadig under uddannelse, mens kun en mindre andel er tilknyttet arbejdsmarkedet som lønmodtagere eller selvstændige. Det eneste tegn på en signifikant forskel grupperne imellem, er andelen af

arbejdsløse eller dagpengemodtagere, men da antallet af unge i denne kategori er meget lille, rapporteres dette ikke af diskretioneringssyn, og forskellen bliver også insignifikant, når der korrigeres for udviklingen over tid.

Alt i alt, synes der ikke at være nævneværdige forskelle i arbejdsmarkedstilknytning på tværs af de to grupper.

Tabel 17 viser de unges mentale sygdomshistorik, i de to år op til deres brug af hhv. tilskuds- eller forsøgsordningen, baseret på registreringer i sygesikringsregisteret og lægemiddeldatabasen. De to grupper adskiller sig ikke signifikant på brugen af sundhedsydelser relateret til mentalt helbred, i årene op til brugen af psykologordningen.

I tilfælde af at de unge (eller deres forældre) selv uden henvisning har betalt for psykolog- eller psykiatribehandling, vil disse behandlinger ikke indgå i opgørelsen.

Tabel 17: De unges mentale sundhedshistorik

		Ukorrigeret for trend		Korrigeret for trend	
	Forsøgsordningen	Kontrolgruppe	P-værdi	Kontrolgruppe	P-værdi
Andel med forbrug af:					
Psykologbehandling	16,07%	17,49%	0,085		
Psykiatribehandling	5,51%	5,08%	0,384		
Nervesystemsmedicin (N)	30,5%	31,6%	0,267		
Angst/depressionsmedicin (N05B, N06A)	10,7%	11,7%	0,133		

Noter: Opgjort baseret på sygesikringsregisteret og lægemiddeldatabasen. Andele er opgjort samlet over de seneste to år op til psykolog-behandlingen. Psykologbehandling: andel som har modtaget behandling under speciale 63, Psykiatribehandling: andel som har modtaget behandling under speciale 24 eller 26, Nervesystemsmedicin (N), andel som har afhentet receptpligtig medicin under ATC-gruppe "N", Angst/depressionsmedicin (N05B, N06A): andel som har afhentet receptpligtig angst eller depressionsmedicin (ATC-undergrupperne "N05B" eller "N06A"). Kolonnerne "korrigeret for trend" er udfyldt i de tilfælde at der er en signifikant trend over de fire skoleår forud for i forsøgsordningen.

Forældrenes sociodemografi

I dette afsnit undersøges forældrenes sociodemografiske forskelle. Først sammenlignes baggrundsvARIABLE, dernæst uddannelsesniveau, indkomstniveau, arbejdsmarkedstilknøytning og endelig forældrenes mentale sundhedshistorik.

Tabel 18 sammenligner de unges forældres sociodemografiske baggrundsvARIABLE. Både fædre og mødre er i gennemsnit lige gamle, på tværs af de to grupper, om end forældrene til unge under forsøgsordningen er en smule yngre, når der korrigeres for en stigende trend i alder. I forhold til etnisk baggrund ses det samme mønster som for de unge, dvs. en stigning i andelen af indvandrere og efterkommere. Igen er det dog vigtigt at tage højde for den generelle ændring i andelen af indvandrere og efterkommere i Danmark. For mødre betyder det, at faldet i andelen af unge med mødre med dansk etnisk baggrund ikke længere er signifikant, og tilsvarende er stigningen i andelen med indvandrerbaggrund heller ikke signifikant.

Tabel 19 ser på, om forældrene under hhv. forsøgsordningen og tilskudsordningen adskiller sig uddannelsesmæssigt, målt på uddannelsesniveau for den højeste uddannede forælder.

Tallene viser umiddelbart, at de unge under forsøgsordningen kommer fra familier med et højere uddannelsesniveau, men når der korrigeres for trends i uddannelsesniveau, bliver billedet mere nuanceret. Forskydning i andelen med videregående uddannelse på cirka 2,3 procentpoint reduceres til en insignifikant stigning på 0,1 procentpoint.

Faldet i andelen med gymnasialt eller erhvervsfagligt uddannelsesniveau bliver også insignifikant, mens stigningen i andelen med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau nærmer sig statistisk signifikans, idet der generelt ses et fald i andelen med grundskole som højeste uddannelsesniveau.

Tabel 20 ser på familiens indkomst. Målt på indkomst, adskiller forældrene til unge under forsøgsordningen sig ikke signifikant fra forældre under tilskudsordningen. Ses på gennemsnitlig disponibel indkomst, tjener forældre til unge under forsøgsordningen lidt mere, men forskellen er ikke signifikant. Når man tager højde for antallet af voksne og hjemmeboende børn i husstanden, ved at beregne den "ækvivalerede disponible familieindkomst", viser tallene, at andelen med lav indkomst er en

smule lavere under forsøgsordningen, uanset om man benytter OECD's grænse på 60% under medianindkomsten eller Eurostats grænse på 50% under medianindkomsten. Andelen af forældre i den høje ende af indkomstforde-

lingen falder også under forsøgsordningen. I begge tilfælde er forskellene ikke statistisk signifikante. Der ses ingen trends i indkomstmålene over tid, hvilket primært skyldes at indkomsterne er korrigeret for inflation.

Tabel 18: Familiens baggrundsvARIABLE

		Ukorrigeret for trend		Korrigeret for trend	
	Forsøgsordningen	Kontrolgruppe	P-værdi	Kontrolgruppe	P-værdi
Alder:					
Alder, far	50,0	50,0	0,953	50,4	0,012
Alder, mor	47,4	47,5	0,229	47,8	0,001
Etnisk baggrund, far:					
Dansk	85,6%	87,6%	0,001		
Indvandrer	6,62%	5,63%	0,023		
Efterkommer	0,19%	0,19%	0,948		
Etnisk baggrund, mor:					
Dansk	89,5%	91,5%	0,000	90,5%	0,134
Indvandrer	7,29%	5,87%	0,002	6,79%	0,371
Efterkommer	0,34%	0,14%	0,024		

Noter: Alder er opgjort per 1. januar i skoleåret (1/7 – 30/6), etnisk baggrund er baseret på Danmarks Statistiks definition af indvandrere og efterkommere i form af variabelen "ie_type" i befolkningsregistret. Signifikans er markeret med fed skrift for p-værdier under 0,05. Kolonnerne "korrigeret for trend" er udfyldt i de tilfælde at der er en signifikant trend over de fire skoleår forud for forsøgsordningen.

Tabel 19: Familiens uddannelsesniveau

		Ukorrigeret for trend		Korrigeret for trend	
	Forsøgsordningen	Kontrolgruppe	P-værdi	Kontrolgruppe	P-værdi
Højeste fuldførte uddannelse, begge forældre:					
Grundskole	6,7%	6,0%	0,105		
Gymnasiet/Erhvervsfaglig	38,5%	41,9%	0,000	39,8%	0,279
Videregående	53,0%	50,7%	0,013	52,9%	0,921

Noter: Tabellen viser uddannelsesniveauet for den højest uddannede forælder. Tallene er baseret på højest fuldførte uddannelse blandt forældrene registreret i uddannelsesregisteret. Følgende gruppering af Danmarks Statistiks koder for uddannelsesniveauer er benyttet: Grundskole: 10, Gymnasiet/Erhvervsfaglig: 20, 25, 30 og 35, Videregående: 40+. Signifikans er markeret med fed skrift for p-værdier under 0,05. Kolonnerne "korrigeret for trend" er udfyldt i de tilfælde at der eksisterer en signifikant trend over de fire skoleår forud for forsøgsordningen.

Tabel 21 viser fædrenes og mødrenes arbejdsmarkedstilknytning, i det år de unge modtog psykologhjælp. Den primære forskel både for mødre og fædre er, at andelen af unge med en far eller mor som er enten lønmodtager eller selvstændig, er faldet, mens andelen med en far eller mor som har modtaget kontanthjælp eller førtidspension er steget nogenlunde tilsvarende.

Disse forskelle kan også påvirkes af generelle trends på arbejdsmarkedet og økonomiske konjunkturer. Ved at tage højde for disse, ændres forskellen i niveau for nogle kategorier, men konklusionerne forbliver uændret, da signifikansniveauerne ikke ændres væsentligt.

Det er dog værd at bemærke, at efter korrektionen er andelen med forældre, som er arbejds-

løse eller på dagpenge højere under forsøgsordningen for både fædre og mødre. Desuden er det også værd at bemærke, at stigningen i andelen af fædre på kontanthjælp eller førtidspension stort set forsvinder efter korrektionen.

Der ses nogle mindre forskelle i forbruget af sundhedsydelser relateret til mental sundhed blandt de to gruppers forældre, men i det store hele synes forældrene ikke at adskille sig på dette område. Den primære forskel ses for nervesystemsmedicin. Her er andelen af brugere godt 2 procentpoint højere blandt mødre under forsøgsordningen.

Andelen af fædre under forsøgsordningen, som har været i kontakt med psykiatrien, synes også at være lidt højere, om end forskellen kun er grænsesignifikant

Tabel 20: Familiens indkomst

		Ukorrigeret for trend		Korrigeret for trend	
	Forsøgsordningen	Kontrolgruppe	P-værdi	Kontrolgruppe	P-værdi
Disponibel indkomst:					
Seneste år, far	337.919	334.244	0,554		
Seneste år, mor	269.680	268.137	0,508		
Seneste to år, mor	270.853	269.866	0,661		
Andel med lav ækvivaleret disponibel indkomst:					
50% under median-indkomsten (2015=115K)	16,4%	16,7%	0,720		
60% under median-indkomsten (2015=138K)	12,9%	13,4%	0,449		
Andel med høj ækvivaleret disponibel indkomst:					
Indkomst over 300.000 kr. (2015=300K)	17,1%	17,3%	0,626		
Indkomst over 350.000 kr. (2015=350K)	8,8%	9,3%	0,850		

Noter: Baseret på indkomstregistret. Disponibel indkomst opgjort som "dispon_13" i faste 2016 priser og indkomst over seneste to år beregnet som gennemsnitsindkomsten over de seneste to år. Ækvivaleret disponibel indkomst tager højde for antallet af voksne (15+ år) og børn (14-) i husstanden. Se Danmarks Statistiks variabel "famaekvivadis" for et eksempel. Signifikans er markeret med fed skrift for p-værdier under 0,05. Kolonnerne "korrigeret for trend" er udfyldt i de tilfælde at der eksisterer en signifikant trend over de fire skoleår forud for forsøgsordningen.

Opsummerende, så har de unge under forsøgsordningen, sammenholdt med unge under tilskudsordningen, i højere grad forældre som er på kontanthjælp og som i lidt højere grad har haft kontakt til psykiatrien. De unge under forsøgsordningen kommer også i lidt højere grad fra en familie med anden etnisk baggrund end dansk. Set på forældrenes uddannelsesniveau, ses primært antydninger af en stigning i andelen med grundskolen som højeste uddannelsesniveau. De unge selv ser primært ud til at adskille sig på grundskolekarakterer og etnicitet; de unge under forsøgsordningen er i højere grad indvandrere, og de har i højere

grad dumpet mindst én eksamen i 9. klasse. For alle signifikante forskelle gælder, at forskellen ligger i omegnen af 1-3 procentpoint.

Det betyder, at forskellen omregnet til antal unge ligger på et niveau af 50-150 unge, med de givne karakteristika.

Kommunale forskelle

Det kan forventes, at der er kommunal variation i, hvor meget forsøgsordningen er blevet brugt, hvilket kan være et resultat af forskellige forhold. Det kan f.eks. udtrykke forskelle i behov for psykologbehandling på tværs af kom-

Tabel 21: Familiens arbejdsmarkedstilknytning

		Ukorrigeret for trend		Korrigeret for trend	
	Forsøgsordningen	Kontrolgruppe	P-værdi	Kontrolgruppe	P-værdi
Socioøkonomisk klassifikation, far:					
Lønmodtager eller selvstændig	79,84%	81,98%	0,003		
Arbejdsløs eller dagpenge	1,56%	1,72%	0,474	1,04%	0,133
Under uddannelse	0,21%	0,14%	0,371		
Efterløn eller folkepension	1,81%	1,53%	0,234		
Kontanthjælp eller førtidspension	8,30%	7,41%	0,072	8,28%	0,976
Socioøkonomisk klassifikation, mor:					
Lønmodtager eller selvstændig	76,57%	80,26%	0,000	79,14%	0,008
Arbejdsløs eller dagpenge	2,44%	2,28%	0,574	1,86%	0,136
Under uddannelse	0,55%	0,60%	0,721		
Efterløn eller folkepension	0,08%	0,08%	0,904		
Kontanthjælp eller førtidspension	15,91%	12,79%	0,000	14,26%	0,042

Noter: Statistik for arbejdsmarkedstilknytning er baseret på variablen "pre_socio" i indkomstregisteret. Følgende gruppering af koder er benyttet: "Lønmodtager eller selvstændig": 110-130, "Arbejdsløs eller dagpengemodtager": 210-220, "Under uddannelse": 310, "Efterløn eller folkepension": 322-323, "Kontanthjælp eller førtidspension": 321 + 330. Tidspunkt for opgørelse af arbejdsmarkedstilknytning er ½-1½ år inden modtagelsen psykologbehandling, hvorfor den pågældende behandling ikke kan have påvirket arbejdsmarkedstilknytningen. Signifikans er markeret med fed skrift for p-værdier under 0,05. Kolonnerne "korrigeret for trend" er udfyldt i de tilfælde at der er en signifikant trend over de fire skoleår forud for forsøgsordningen.

muner, forskelle i forældres og de unges efterspørgsel efter - og viden om - forsøgsordningen, og forskelle i praktiserende lægers henvisningsmønstre. Variation i brugen kan også skyldes forskellige alternative kommunale tilbud til unge med mentale sundhedsudfordringer.

På side 36 illustreres kommunale forskelle i brug af forsøgsordningen, ved at sammenholde andelen af unge i kommunen i aldersgruppen 18-20 år, som er blevet henvist under forsøgsordningen (se figur 6). Dernæst illustreres andelen i figur 6, relativt til de tilsvarende andele under tilskudsordningen i året inden (se figur 7), m. h. p. at se på forskelle mellem kommuner i ændringer i brugen af psykologhjælp.

På begge kort er det desuden markeret, om kommunen har deltaget i projektet "Lær at tackle angst og depression" (de 39 kommuner som har deltaget, er markeret med grøn cirkel). Dette er gjort i et forsøg på at undersøge, om kommunale tilbud har påvirket brugen af for-

søgsordningen. "Lær at tackle angst og depression" er dog kun ét ud af en vifte af alternative, kommunale tilbud og det er derfor ikke muligt at drage særlig håndfaste konklusioner på dette datagrundlag.

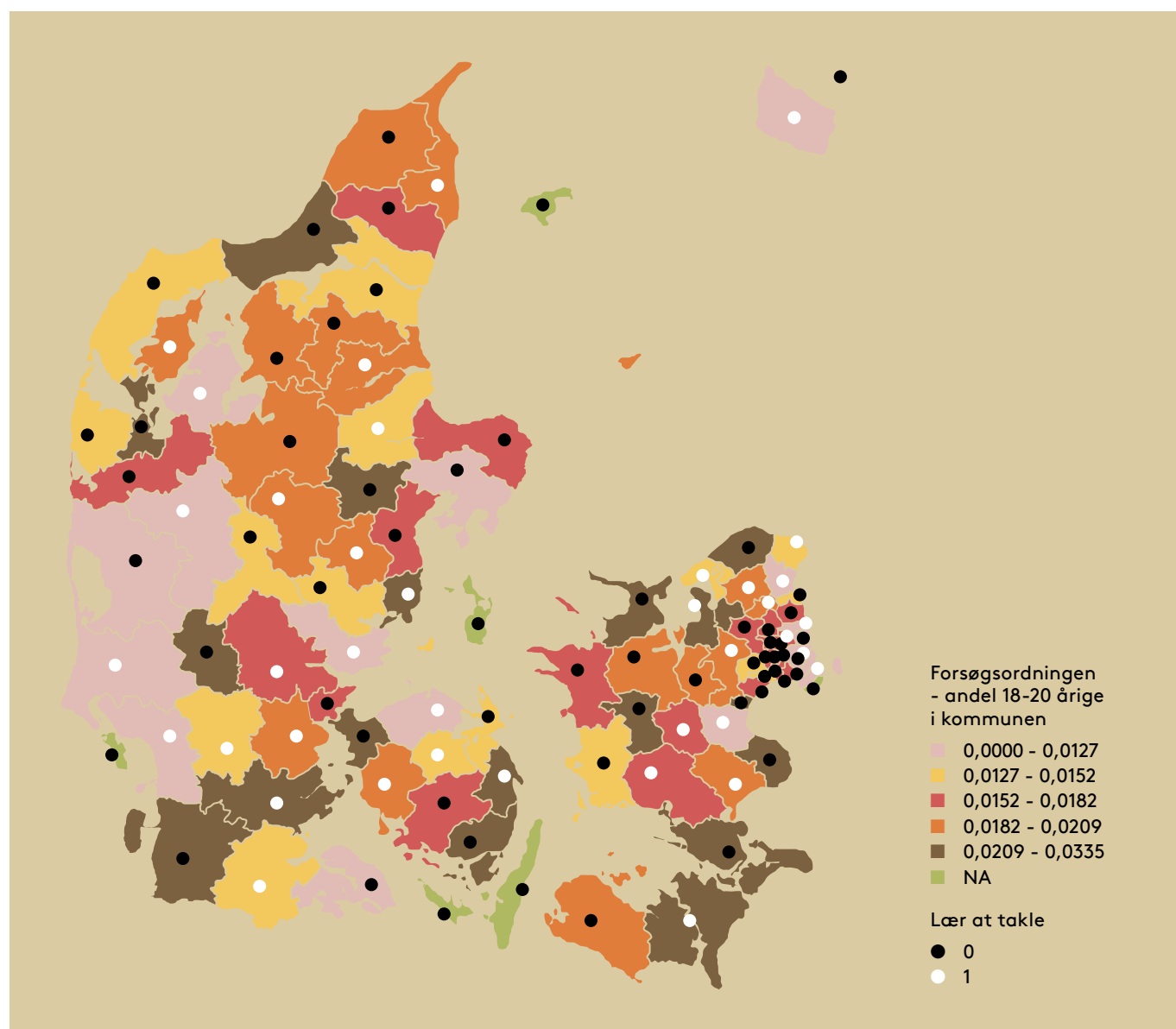
Figur 6 viser andelen af unge i aldersgruppen 18-20 år, som har modtaget psykologbehandling under forsøgsordningen i perioden juli 2018 - juni 2019. Kortet viser ikke umiddelbart nogen klar tendens, men kunne antyde et relativt større brug af forsøgsordningen i yderområder, og et relativt lavere forbrug i og omkring de største byer.

Kommuner, som har deltaget i "lær at tackle angst og depression" har en tendens til lidt lavere andel af A/D behandlinger, hvilket potentielt kan skyldes at der eksisterer et alternativt kommunalt tilbud. Som nævnt ovenfor, kan der dog være mange andre forklaringer på dette, da information om hvilke andre tilbud der er i de enkelte kommuner, er begrænset.

Tabel 22: Familiens mentale sundhedshistorik

		Ukorrigeret for trend		Korrigeret for trend	
	Forsøgsordningen	Kontrolgruppe	P-værdi	Kontrolgruppe	P-værdi
Andel med forbrug af, far:					
Psykologbehandling	3,33%	3,00%	0,311		
Nervesystemsmedicin (N)	37,20%	35,97%	0,171		
Angst/depressionsmedicin (N05B, N06A)	10,97%	10,36%	0,282		
Andel med forbrug af, mor:					
Psykologbehandling	8,79%	9,21%	0,434		
Nervesystemsmedicin (N)	55,12%	52,85%	0,014		
Angst/depressionsmedicin (N05B, N06A)	19,68%	19,64%	0,963		

Noter: Opgjort baseret på sygesikringsregisteret og lægemiddeldatabasen. Andele opgjort samlet over de seneste to kalenderår op til den unges psykologbehandling under enten tilskuds- eller forsøgsordning. Psykologbehandling: andel som har modtaget behandling under speciale 63, Psykiatribehandling: andel som har modtaget behandling under speciale 24 eller 26, Nervesystemsmedicin (N), andel som har afhentet receptpligtig medicin under ATC-gruppe "N", Angst/depressionsmedicin (N05B, N06A): andel som har afhentet receptpligtig angst eller depressionsmedicin under ATC-undergrupperne "N05B" eller "N06A". Signifikans er markeret med fed skrift for p-værdier under 0,05. Kolonnerne "korrigeret for trend" er udfyldt i de tilfælde at der er en signifikant trend over de fire skoleår forud for forsøgsordningen.

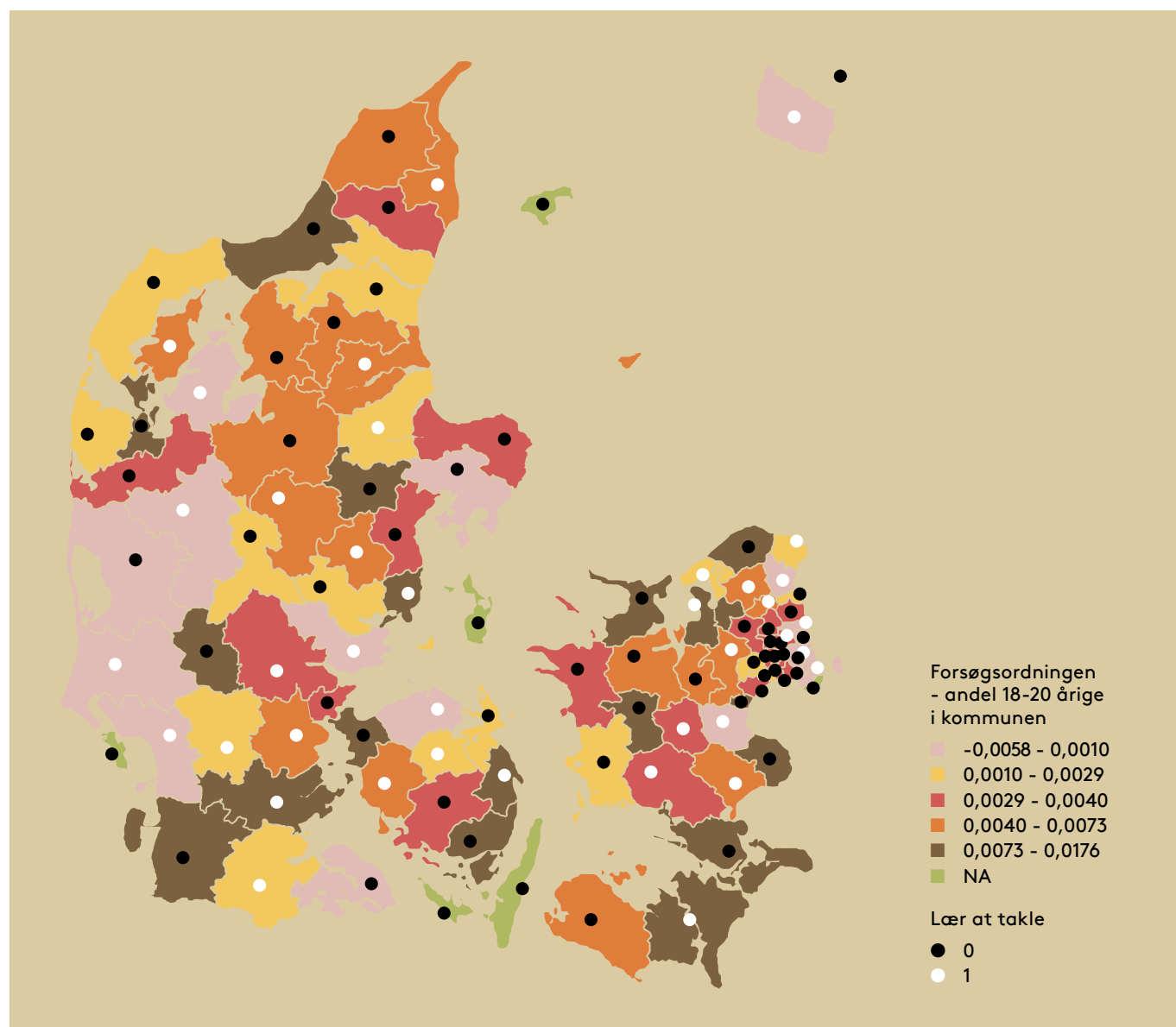
Figur 6: Andelen af unge i kommunen (18-20 år) som har modtaget psykologbehandling under forsøgsordningen

Noter: Kommunerne er opdelt i kategorier efter fraktiler. Dvs. at der indgår 20% af kommunerne i hver kategori (farve). Kommuner markeret med grønt har deltaget i projektet "Lær at tackle angst og depression".

Figur 7 viser udviklingen i andelen af unge i aldersgruppen, som har modtaget psykologbehandling. Dvs. at jo mørkere farven på en kommune er, jo mere er forsøgsordningen blevet benyttet relativt til tilskudsordningen. Kommuner i den lyseste kategori har oplevet et fald i andelen, som modtager behandling – 13 kommuner oplever således et fald i brugen af psykologbehandling efter forsøgsordningen.

Ved at sammenligne den samme aldersgruppe over tid, kan det i en vis udstrækning antages, at kortet tager højde for kommunale behov for psykologbehandling. Dermed kan ændringen i højere grad tilskrives forskelle i forældres og de unges efterspørgsel efter - og viden omkring - forsøgsordningen samt forskelle i de praktiserende lægers henvisningsmønster.

Figur 7: Forskel i andelen af unge i kommunen i aldersgruppen 18-20 år som har modtaget psykologbehandling under forsøgsordningen i forhold til under tilskudsordningen.



Noter: Kommunerne er opdelt i kategorier efter fraktiler. Dvs. at der indgår 20% af kommunerne i hver kategori (farve). Kommuner markeret med grønt har deltaget i projektet "Lær at tackle angst og depression". Jo mørkere farven er på en kommune, jo mere er forsøgsordningen blevet benyttet relativt til tilskudsordningen.

Ventetider

Hvis der, som ovenfor anført, sker en kraftig stigning i forbruget af psykologbehandling, er det sandsynligt, at dette medfører en stigning i ventetiden, eftersom udbuddet af psykologbehandling må formodes ikke at kunne tilpasse sig den øgede efterspørgsel med samme hastighed. Ventetiden opgøres på to forskellige måder, og disse er ikke umiddelbart sammenlignelige.

Ventetider – prospektivt

Dansk Psykologforening foretager en halvårlig undersøgelse blandt medlemmer med ydernummer (overenskomst med sygesikringen). Undersøgelsen spørger bl.a. til ventetid og det må formodes at respondenterne svarer ud fra et øjebliksbillede. Undersøgelsen er således primært en prospektiv opgørelse.

Tabel 23 viser at ventetiden for henvisningsårsag 10 og 11 under tilskudsordningen i gennemsnit var 12,2 uger, mens den for de unge under forsøgsordningen var 10,5 uger - begge dele opgjort i maj 2019, dvs. næsten et år inde i forsøgsordningen. Til sammenligning, var ventetiden for henvisningsårsag 10 og 11 hhv. 11,5 uger i november 2018, og 10,6 uger i maj

2018⁹. I de tidligere ventetidsundersøgelser er den vederlagsfri ordning ikke nævnt for sig selv, men for de tilskudsberettigede patienter ses ikke en stigning i ventetiden, som modsvarende den markante stigning i antallet af kontakter under forsøgsordningen (se tabel 10). Det bemærkes, at der er en markant variation i ventetiden mellem den nedre kvartil og den øvre kvartil. Denne variation synes ens for de to patientgrupper.

Ventetid – retrospektivt

På basis af sygesikringsregisterets oplysninger, kan ventetiden for behandlede patienter opgøres retrospektivt. Det vil sige, at alene de patienter, der har modtaget deres første behandling hos en psykolog, indgår i analysen. Analysen beregner tiden fra henvisningsdato til dato for første behandling.

⁹If tidligere ventetidsundersøgelser, Dansk Psykologforening

Tabel 23: Aktivitet og ventetider iflg DP's medlemsundersøgelse

	Sygesikringsklienter i procent af ugentlig arbejdstid	Antal ugentlige konsultationer – henvisningsårsag 10 og 11	Ventetid i uger, henvisningsårsag 10 og 11, tilskudsberettiget	Ventetid i uger, henvisningsårsag 10 og 11, vederlagsfri
Gennemsnit	73,2	11,4	12,2	10,5
Median	80	10	10	8
Nedre kvartil	60	7	5	4
Øvre kvartil	90	14	16	14

N=455, kilde: Dansk Psykologforening: Ventetidsundersøgelse, maj 2019.

Tabel 24: Gennemsnitlig ventetid i uger hos psykologer, sygesikringspatienter med henvisningsårsag 10-11

Aldersgruppe	1/7-31/12-2017	1/1-30/6 2018	1/7-31/12 2018	1/1-30/6 2019
18-20	5,6	5,7	4,7	5,4
21-23	6,5	6,6	5,9	6,7

Kilde: Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen. Perioden beregnes som tid fra henvisning til tidspunktet for første behandling hos psykolog.

Generelt ser det ud til, fra den registerbaserede opgørelse, at ventetiden falder lidt i perioden efter den vederlagsfri ordning indførtes, mere for de 18-20-årige end for de 21-23-årige.

I foråret 2019 stiger ventetiden igen, mest for de 21-23-årige. Tendensen kan være udtryk for en øget differentiering af patienter, at nogen patienter kommer hurtigere til, mens andre må vente endnu længere end tidligere.

Den faldende ventetid i efteråret 2018 kan med andre ord være tegn på, at der henvises flere med alvorligere symptomer, som derfor kommer først i køen. Det er endvidere sandsynligt, at en patient kommer hurtigere til, hvis en anden patient melder afbud.

Dette kan denne opgørelse ikke tage højde for, og derfor er tallene ikke umiddelbart sammenlignelige med psykologforeningens tal, der baserer sig på den oplyste ventetid til nye patienter.

Der ses hverken af den prospektive eller retrospektive opgørelse en stigning i ventetiden efter indførelsen af forsøgsordningen. Dette kan i et vist omfang også skyldes, at omsætningsloftet er afskaffet i forsøgsordningen, så der ikke oparbejdes en pukkel sent på året for de 18-20-årige med let til moderat angst eller depression.

Økonomiske konsekvenser af en udvidelse af ordningen

I dette afsnit beregnes merudgiften for det offentlige sundhedsvæsen, ved forsøgsordningen i det første år. Disse resultater anvendes herefter til at give et skøn over merudgifterne for sundhedsvæsenet, hvis forsøgsordningen udvides til også at omfatte de 21-23-årige. Forsøgsordningen blev i oktober 2019 udvidet til også at omfatte de 21-årige, men denne udvidelse ligger efter analyseperioden og der er ikke tal herfor endnu.

Antagelser og forbehold

Det er nødvendigt at tage en markant række forbehold for sådanne beregninger. Beregningen af merudgifter for aldersgruppen 18-20 er baseret på observerede udviklinger i perioden juli 2018-juni 2019, og er dermed relativt pålidelige, om end en længere opfølgingsperiode ville gøre estimaterne mere sikre. Dog er det vigtigt at pointere den forsinkelse, der har været i brugen af ordningen, som har betydet, at de observerede stigninger er mindre i andet halvår 2018 end første halvår 2019. Der må derfor forventes en yderligere stigning. Merudgiften for sundhedsvæsenet er dermed muligvis underestimeret.

I forhold til medicinudgiften, skal det bemærkes at der i beregningen er antaget en regionsandel på 75%. Regionsandelen varierer mellem 0-85% afhængig af patientens medicinforbrug. I beregningen af merudgifter for sundhedsvæsenet er kun afledte effekter, der er statistisk signifikante, medtaget. Selvom der kan observeres en stigning blandt de unge i brug af både behandlingspsykiatri - indlæggelser og konsultationer hos praktiserende speciallæger i psykiatri, viser analyserne i afsnittet om ændringer af andre behandlinger, at disse ændringer ikke kan tilskrives forsøgsordningen.

Stigningen i behandlingspsykiatri - indlæggelse er insignifikant. Her er det dog værd at bemærke, at der er nogen usikkerhed med estimaterne af behandlingspsykiatrien, da der her er en kortere opfølgingsperiode grundet overgang til LPR3.

Hvis behandlingspsykiatri medregnes i de økonomiske konsekvenser, bliver merudgiften væsentligt højere, da indlæggelser i behandlingspsykiatrien er meget dyre.

Det er beregnet, hvad de økonomiske konsekvenser vil være, af at udvide forsøgsordningen til aldersgruppen 21-23. Resultaterne fra aldersgruppen 18-20 anvendt som et estimat i denne beregning. De økonomiske konsekvenser af en udvidelse er kun beregnet for aldersgruppen 21-23.

For unge under 18 er en sådan beregning utrolig usikker, da der i dag ikke findes tilbud om psykologbehandling for angst eller depression til denne aldersgruppe, under sygesikringen. For aldersgruppen 21-23 kan estimatet baseres på gruppens brug af tilskudsordningen.

Forudsætningen for at anvende estimater for 18-20-årige, til en beregning af økonomiske konsekvenser for 21-23-årige, er, at reaktionen på en prisændring i de to aldersgrupper kan forventes at være nogenlunde ens. Det fremgår af tabel 25 og 26 at forbruget af psykologbehandling under tilskudsordningen var noget højere for den ældre aldersgruppe, end for de unge. Det er uvist, hvorvidt denne niveauforskel skyldes, at de 21-23-årige har et større behov for psykologbehandling end de 18-20-årige, eller at de har en bedre købekraft.

Hvis det højere niveau skyldes et større behov, vil de 21-23-årige opleve de samme stignings-takter som de 18-20-årige i tilfælde af en

Tabel 25: Økonomiske konsekvenser af forsøgsordningen, 18-20-årige, første år

	Antal kontakter baseline	Stigning som følge af ordnin- gen, 1. år	Beregnet antal kontakter 1. år	Udgift per kontakt	Samlet udgift, sundheds- væsen, 1. år	Beregnet udgift, sundheds- væsen baseline	Merom- kostning for sundheds- væsenet, 1. år
Psykolog angst - besøg	7.125	1,74	12.366	876	10.832.616	3.747.750	7.084.866
Psykolog depression - besøg	7.039	1,50	10.570	873	9.227.610	3.695.475	5.532.135
Psykolog traume - besøg	5.911	0,80	4.725	527	2.490.075	3.115.097	-625.022
Medicin	24.316	1,08	26.350	72	1.897.200	1.750.752	146.448
Almen praksis samtaletterapi	11.831	0,95	11.210	404	4.528.840	4.779.724	-250.884
Privatpraktiserende psykiater	43.342	1,00	43.342	707	30.642.794	30.642.794	0
Beh. Psykiatri ambulatorie	93.775	1,00	93.775	1.844	172.921.100	172.921.100	0
Beh. Psykiatri indlæggelse	5.459	1,00	5.459	147.665	806.103.235	806.103.235	0
I alt							11.887.543

Note: ikke statistisk signifikante ændringer er angivet som ingen ændring ("1,00"). Alle beløb er i 2019 niveau. Bemærk at psykologbehandling er antal besøg. Den beregnede stigning er stigningen i antallet af besøg, og ikke, som andetsteds i rapporten, antal forløb.

udvidelse. Det er denne antagelse, der ligger til grund for analysen i tabel 26. Omvendt, hvis det højere forbrug blandt de 21-23-årige skyldes at de har bedre råd til at betale patientandelen af psykologbehandling under tilskudsordningen, vil deres forbrugsstigning som følge af en udvidelse være mindre, end antaget her. På denne baggrund må de nedenfor viste resultater tages med forbehold.

Merudgiften vedrører alene udgifter for det offentlige sundhedsvæsen. Under tilskudsordningen er der en brugerbetaling på psykologbehandling, ligesom der er brugerbetaling på medicin. En del af merudgiften for det offentlige sundhedsvæsen er derfor ikke en merudgift samfundsmæssigt set, idet nogle af merudgifterne for sundhedsvæsenet modsvares af

besparelser for patienterne. I perioden juli 2017-juni 2018 har borgerne i aldersgruppen 18-20 betalt ca. 5 mio. kr. i brugerbetaling hos psykolog (vedr. henvisningsårsag angst eller depression). Denne udgift løftes nu af sygesikringen, hvilket er et væsentligt bidrag til den højere udgift for det offentlige sundhedsvæsen.

Økonomiske konsekvenser af forsøgsordningen

For aldersgruppen 18-20, har forsøgsordningen i det første år medført en stigning på 74% i antallet af konsultationer hos psykolog pga. angst, og en stigning på 51% i konsultationer pga. depression. Disse tal er baseret på ovenstående difference-in-differences analyse (se tabel 9 og 10), hvilket betyder at øvrige udvik-

linger, f.eks. en generel stigende tendens, der ikke skyldes forsøgsordningen, er elimineret.

Samlet set, giver de ekstra besøg hos psykolog pga. depression eller angst en udgift for sundhedsvæsenet på ca. 20 mio. kr. Herfra trækkes den beregnede udgift for aldersgruppen i året juli 2017-juni 2018. Herved opnås en meromkostning på godt 12,5 mio. kr., som både skyldes, at sygesikringen nu betaler hele taksten for konsultationen, og at antallet af konsultationer er steget.

Forsøgsordningens afledte effekter er også medtaget i beregningen af de økonomiske konsekvenser, hvis de er statistisk signifikante. DID-analysen af afledte effekter viste et fald i antal konsultationer pga. henvisningsårsag 1-9 (traume), en stigning i medicinforbrug, og et fald i forbruget af samtaleterapi i almen

praksis. Omsat til økonomiske konsekvenser, og sammenholdt med stigningen i udgifter til psykolog, fås en samlet merudgift for sundhedsvæsenet på knap 12 mio. kr. Beregningen fremgår af Tabel 25.

Økonomiske konsekvenser af en udvidelse

I Tabel 26 er den tilsvarende beregning foretaget for de 21-23-årige. Estimerne for ændringer (DID-estimer) er de samme som for de 18-20-årige, som beskrevet under antagelser. Antal kontakter ved baseline udgøres af de 21-23-åriges kontakter i skoleåret juli 2018 - juni 2019. Disse er væsentligt højere for både psykologbehandling og medicin, hvorved den samlede merudgift for sundhedsvæsenet bliver på ca. 15 mio. kr.

Tabel 26: Økonomiske konsekvenser af en udvidelse til 21-23-årige, første år

	Antal kontakter baseline	Stigning som følge af ordningen, 1. år	Beregnet antal kontakter 1. år	Udgift per kontakt	Samlet udgift, sundhedsvæsen, 1. år	Beregnet udgift, sundhedsvæsen baseline	Meromkostning for sundhedsvæsenet, 1. år
Psykolog angst - besøg	9.016	1,74	15.648	876	13.707.648	4.742.416	8.965.232
Psykolog depression - besøg	9.183	1,50	13.790	873	12.038.670	4.821.075	7.217.595
Psykolog traume - besøg	7.414	0,80	5.926	527	3.123.002	3.907.178	-784.176
Medicin	53.158	1,08	57.605	72	4.147.560	3.827.376	320.184
Almen praksis samtaleterapi	4.512	0,95	23.226	404	9.383.304	9.902.848	-519.544
Privatpraktiserende psykiater	4.468	1,00	74.468	707	52.648.876	52.648.876	0
Beh. Psykiatri ambulatorie	97.039	1,00	97.039	1.844	178.939.916	178.939.916	0
Beh. Psykiatri indlæggelse	5.437	1,00	5.437	147.665	802.854.605	802.854.605	0
I alt							15.199.291

Note: ikke statistisk signifikante ændringer er angivet som ingen ændring ("1,00"). Alle beløb er i 2019 niveau. Bemærk at psykologbehandling er antal besøg. Den beregnede stigning er stigningen i antallet af besøg, og ikke, som andetsteds i rapporten, antal forløb.

Appendiks A: Metodevalg

Der er en række metoder der, med de tilgængelige registerdata, kan anvendes til at estimere effekten af forsøgsordningen med gratis psykologbehandling til de 18-20-årige. I dette appendiks diskuteres antagelserne bag de enkelte metoder, og der slutes af med en konklusion om, hvilken metode vi mener er mest hensigtsmæssig.

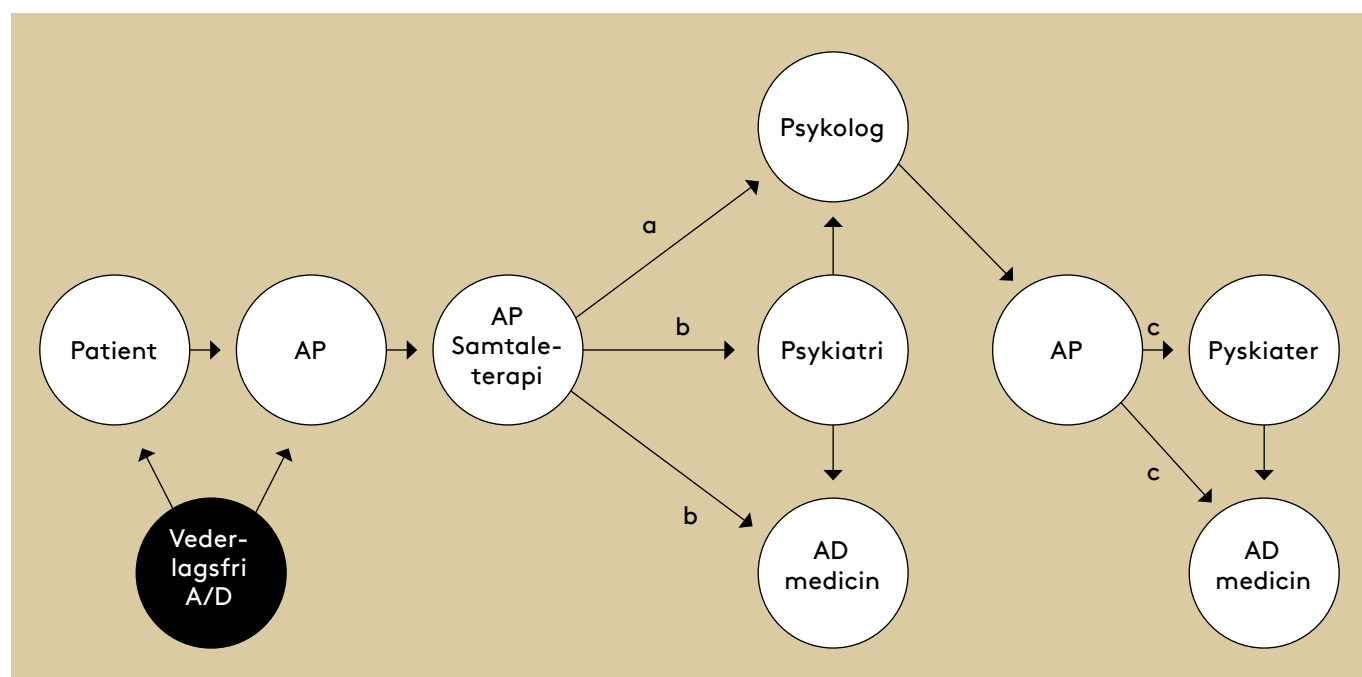
Definition af den vederlagsfri forsøgsordning

Når vi skal beslutte, hvilken metode der bedst kan estimere effekten af at gøre psykologbehandling gratis, er det vigtigt at gøre sig klart, hvordan der opnås adgang til psykologydelse,

og hvad der præcis ændres med forsøgsordningen. Figur A1 nedenfor forsøger at illustrere dette. Figuren viser, at den vederlagsfri ordning både kan tænkes at påvirke patienternes efterspørgsel efter psykologbehandling, og de praktiserende lægers henvisningsadfærd når de møder en patient med symptomer på angst eller depression.

Det er oplagt at forvente, at den vederlagsfri ordning vil betyde, at flere borgere med symptomer på angst eller depression vil møde op i almen praksis. Det kan enten være borgere, der før undlod at søge lægehjælp, fordi de vurderede, at de ikke havde råd til behandling - eller det kan være borgere, der før gik uden om sy-

Figur A1: Adgang til psykolog- og psykiatribehandling



Note: Figuren viser, at den vederlagsfri ordning påvirker patientens efterspørgsel efter behandling og lægens beslutning om, hvilke behandlinger en patient med angst eller depression skal tilbydes. Vi skal estimere effekterne markeret med a, b og c, hvor a: direkte priseffekt, b: krydsprisefekt, c: afledt effekt af en ændring i brug af psykologbistand.

gesikringen og selv betalte for psykologbehandling. Denne nye gruppe af borgere, der henvender sig til lægen betyder, at ordningen ikke kun har en direkte effekt på antallet af henviste til psykologbehandling for angst eller depression (markeret med et "a" i figuren), men også kan have en direkte betydning for antallet af henviste til andre tilbud, som f.eks. privatpraktiserende psykiater eller behandlingspsykiatrien (markeret med "b" i figuren). Denne direkte påvirkning af andre behandlingstilbud har betydning for valg af metode, når vi skal analysere på afledte effekter af forsøgsordningen.

Figuren viser også, at der kan være en effekt af ordningen på psykiatri og medicin, der går "gennem" en stigning i psykologbehandling. Denne effekt (markeret med "c" i figuren) opstår, hvis patienter der modtager psykologbehandling for angst og/eller depression, efter endt behandling henvises videre til andre tilbud.

Ud over de viste effekter på andre behandlingstilbud, er der et par andre forhold der er vigtige i forhold til valg af metode. For det første er det vigtigt at bemærke, at ordningen, ud over at fjerne egenbetalingen, også involverer en fjernelse af omsætningsloftet for de 18-20-årige. Det betyder, at en eventuel effekt af ordningen ikke kun kan tilskrives fjernelse af egenbetaling, men også kan tænkes at være forårsaget af fjernelsen af omsætningsloftet. For det andet er ordningen designet således, at man skal være fyldt 18 år, før man kan henvises med den vederlagsfri ydelse, mens 21-årige, der henvises som 20-årige, men har et forløb der fortsætter efter de er fyldt 21 år, opnår vederlagsfrihed også efter de er fyldt 21 år.

Disse to forhold betyder i realiteten, at de 18-årige vil have ringere adgang end 19 og 20-årige, fordi de først kan henvises, når de fylder 18. Samtidig vil nogle 21-årige have adgang til ordningen, selvom de ikke tilhører den eksponerede aldersgruppe. Der er umiddelbart fire mulige metoder, der kan benyttes; interrupted times series (ITS), regression discontinuity design (RDD), difference in difference (DID) og instrumental variabel tilgang (IV).

ITS ser på forskellen i udfaldsvariablene før og efter forsøgsordningen, mens RDD sammenligner de 18-20-årige med de 21-23-årige tæt på den aldersgrænse, der indikerer adgang til forsøgsordningen (dvs. dem som er hhv. lige under og lige over 21 år), DID benytter både variation over tid (før og efter), og mellem de eksponerede unge og kontrolgruppen. IV kan bruges til at beregne "spillover"-effekten af øget psykologbehandling på andre tilbud ("c" i figuren ovenfor).

Interrupted time series - ITS

ITS er en forholdsvis simpel metode, som ofte anvendes i epidemiologiske studier. Denne metode bruger de 18-20-årige i perioden før forsøgsordningen som kontrolgruppe, og sammenligner udviklingen i udfaldsvariablene før og efter forsøgsordningen. De vigtigste antagelser bag ITS-metoden er, at individerne i før-perioden ikke er påvirket af forsøgsordningen og at der ikke er tidsmæssige ændringer i vigtige confounder-variable, omkring tidspunktet for implementering af forsøgsordningen, der kan tænkes at have ført til de observerede ændringer i udfaldsmålet. Vi kan med rimelighed forvente, at antagelsen, om at gruppen af 18-20-årige i perioden før ordningen ikke er påvirket af ordningen, er opfyldt.

Dog kan der være en lille risiko for, at de praktiserende læger begynder at øge henvisningsraten før forsøgsordningen starter, hvis de f.eks. ikke er helt opdaterede på, hvornår ordningen starter. Det kan også tænkes, at nogle patienter har hørt om, at ordningen vil blive indført og henvender sig til lægen "før tid", og dermed kan der ske ændringer før ordningen går i gang. Vi forventer ikke, at dette har været tilfældet i nævneværdig grad. Ofte ses faktisk en forsinkelse i forhold til implementering af nye ordninger.

Dette var f.eks. tilfældet for tilskudsordningen for psykologbistand. Det er mere uklart, om antagelsen om, at der ikke må ske ændringer i vigtige confoundervariabel over tid, er opfyldt. Problemet er, at samtidige ændringer i variabel, der kan påvirke antallet af psykolog-

behandlinger, betyder, at vi ikke kan isolere effekten af forsøgsordningen. Vi ser f.eks. i afsnittet om brugerkaraktistika, at der, selv på en kort tidshorisont på tre år, er en generel stigning i andelen af unge, der har forældre med lang videregående uddannelse. Hvis forældrenes uddannelsesniveau generelt er associeret med behov for psykologbehandling, kan vi ikke vide, om en ændring i forbruget i forsøgsperioden skyldes forsøgsordningen, eller den generelle stigning i antallet af unge med forældre med lang videregående uddannelse. Vi kan "neutralisere" disse effekter ved at bruge en kontrolgruppe fra en anden aldersgruppe i samme år, under antagelse om, at denne aldersgruppe har samme generelle udvikling i confoundervariablene. Vi finder umiddelbart samme trends i

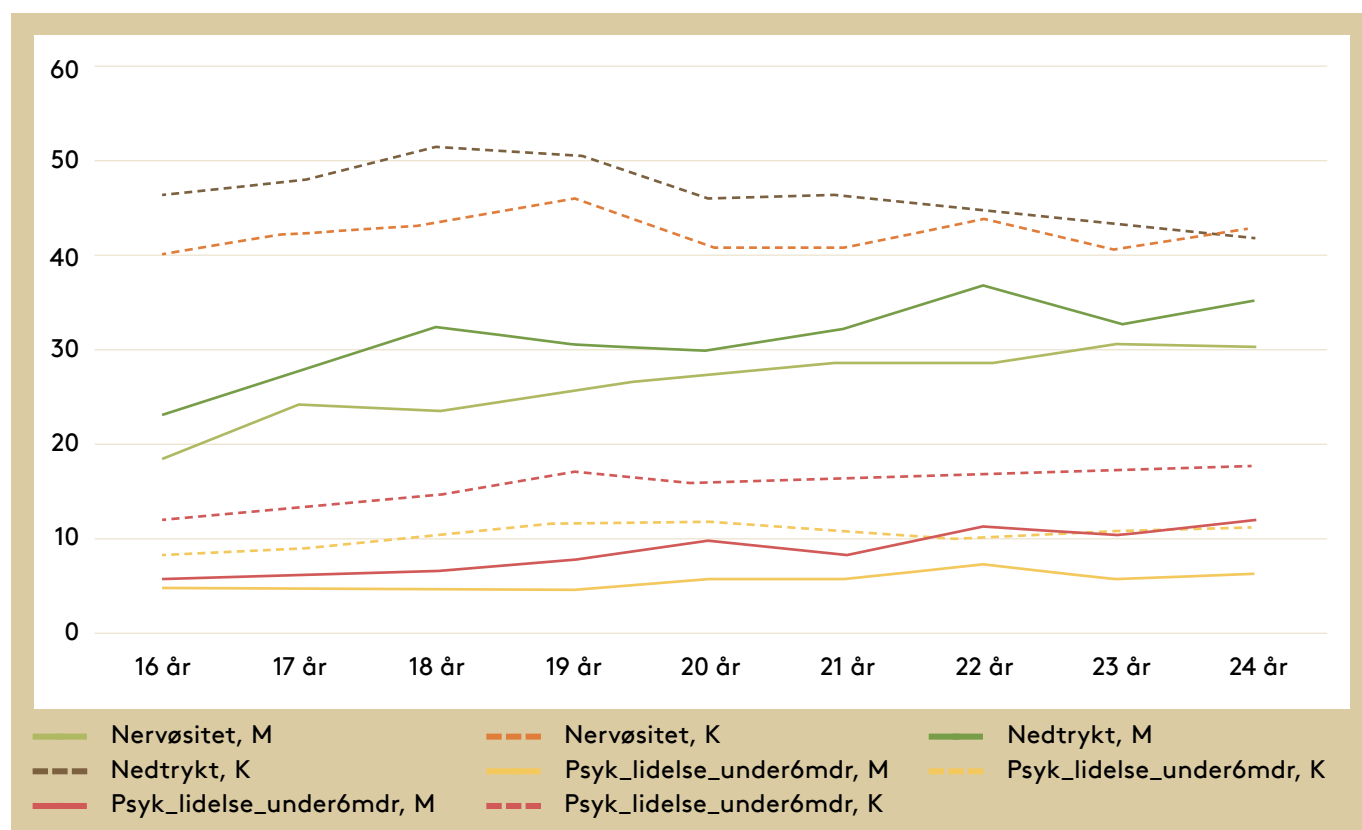
confoundervariable for de 21-23-årige, som for de 18-20-årige¹⁰ - derfor vil DID metoden være at foretrække fremfor ITS.

Regression discontinuity RDD

RDD metoden udnytter, at aldersgrænsen for den vederlagsfri ordning er mere eller mindre tilfældigt valgt – eller at den i hvert ikke er valgt baseret på behovet for psykologbehandling. I RDD antages det, at adgangen til vederlagsfri psykologbehandling er uafhængig af personlige

¹⁰I to tilfælde er trends signifikante for begge aldersgrupper, samt signifikant forskellige på tværs af aldersgrupperne (95% konfidensintervallerne for trends overlapper ikke). Dette gælder for faderens alder og moderens alder.

Figur A2: Selvrapporterede mentale sundhedsproblemer – data fra den nationale sundhedsprofil. Unge 18-20-årige i efter-perioden som har mindst én forælder med en videregående uddannelse.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil. Den Nationale Sundhedsprofil er finansieret af Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Data er indsamlet af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

karakteristika for unge, tæt på aldersgrænsen på 21 år. Med andre ord udnytter man, at unge der er 20 år, men tæt på at fylde 21 år, med stor rimelighed kan antages at være sammenlignelige med unge der lige er fyldt 21 år, og dermed, at eksponering for vederlagsfri psykologbehandling er tilnærmelsesvis tilfældig for disse individer. Det kan med andre ord antages, at threshold-baserede interventioner kan betragtes som naturlige eksperimenter, i en omegn tæt på threshold. Effekten af forsøgsordningen vil da kunne estimeres, ved at sammenligne brugen af psykologbehandling for unge på hver sin side af aldersgrænsen (threshold) på 21 år. Det er afgørende for RDD-metoden at alder, i aldersspændet 18-23, ikke har betydning for behovet for psykologbehandling. Nedenstående figur, fra den nationale sundhedsprofil, viser hvordan selvrapporterede mentale sundhedsproblemer varierer mellem de aldersgrupper vi bruger. Selvom der er enkelte tendenser til, at antallet der oplever nervøsitet, stiger med alderen, så ses det omvendt, at antallet der er nedtrykte, falder med alderen. Der er derfor ikke noget entydigt billede, der får os til at tro, at der er stor forskel aldersgrupperne imellem. Der er dog en anden vigtig antagelse, der skal være opfyldt for RDD: eksponering for interventionen skal være skarpt adskilt ved aldersgrænsen på 21 år. Da forsøgsordningen tillader 21-årige adgang til den vederlagsfri ordning, hvis de er henvist som 20-årige, er denne antagelse kritisk.

Et estimat af effekten af forsøgsordningen, baseret på forskellen mellem unge på hver sin side af 21-års aldersgrænsen, vil højst sandsynligt være underestimeret, da en del af de 21-årige i princippet er eksponerede for forsøgsordningen.

Difference in differences

Difference in differences (DID), bruger begge dimensioner af ”eksogen” variation (aldersgrænse og tid for indførelse). DID er retvisende under følgende forudsætninger: 1) at kontrolgruppen af 21-23-årige har en parallel *udvikling* i udfaldsmålene i perioden før forsøgsordningen; 2) at de 21-23-årige ikke påvirkes af

ordningen og; 3) at der ikke er andre tiltag, i perioden efter 1. juli 2018, der kan påvirke de 18-20-åriges brug af psykologordningen. Den vigtigste antagelse for, at denne metode er retvisende er, at kontrolgruppen (21-23-årige) har samme *udvikling* i antallet af psykologdelser i perioden før prisændringen. Denne antagelse kaldes ”parallel trend antagelsen”, eller ”common trend antagelsen”. Derudover er det stadig et krav, at kontrolgruppen ikke påvirkes af ordningen, og at der ikke er samtidige tiltag, der kun påvirker de 18-20-årige. Appendiks B og C undersøger disse antagelser. I appendiks B ses figurer af trenden, for de fem skoleår vi har data for, for alle udfaldsvariable. Antagelsen om parallelle trends i før-perioden kan vurderes ved grafisk at vurdere om trendlinjen for de 18-20-årige er parallel med trendlinjen for de 21-23-årige. Ved betragtning af figurerne i appendiks B, ses parallelle trends for alle udfaldsvariable udtagen psykologbehandling-traume, privatpraktiserende psykiater og behandlingspsykiatri – indlæggelser. I appendiks C undersøges om de 18-20-årige, har haft en ændring i udfaldsvariablene i perioderne før forsøgsordningen, set i forhold til de 21-23-årige. Figurerne i appendiks C viser estimerne med konfidensintervaller. Hvis konfidensintervallerne *ikke* overlapper nul i før perioden vil antagelsen bag DID ikke være opfyldt. Dette gør sig gældende for medicin og privatpraktiserende psykiater. Derimod overlapper konfidensintervallerne nul for både psykologbehandling – traume og behandlingspsykiatri – indlæggelser selvom trends linjerne i appendiks B så kritiske ud for disse variable. Vi vurderer, på baggrund af appendiks B og C tilsammen, at der er en risiko for at antagelsen om parallelle trends kan være kritisk for medicin og privatpraktiserende psykiater. For medicin gælder, at de unge ser ud til at have en stærkere stigende trend end de 21-23-årige i årene før forsøgsordningen og vi risikerer, på denne baggrund, at overestimere effekten af forsøgsordningen med at benytte DID. Denne risiko er mindre hvis vi benytter ITS og derfor er estimerne i rapporten baseret på ITS. For

privat praktiserende psykiater derimod viser appendiks C at konfidensintervallerne overlapper nul i baseline året ($t=0$) og da vi benytter månedsdata har vi nok observationer i før perioden til at baserer DID estimererne på et skoleår. Derfor benyttes DID metoden med et skoleår til estimererne for privat praktiserende psykiater.

Estimering af sammenhængen mellem psykologbistand og andre ydelser - IVDID

Figur 1 viser en afledt effekt (c), som udelukken- de handler om, hvorvidt psykologbesøg giver anledning til yderligere forbrug. Der er altså tale om en analyse af, hvorvidt unge der får psykologbehandling, efterfølgende ændrer brug af andre typer behandling. Estimering af denne effekt kan potentielt tage udgangspunkt i en to trins-analyse (2SLS), hvor vi først undersøger om forsøgsordningen ændrer brugen af psykologbehandling (f.eks. ved en DID analyse), og hvor vi efterfølgende bruger den eksogene ændring af psykologbehandling som instrument i en analyse af, om der er sammenhæng mellem øget psykologbehandling og brug af andre behandlingstilbud. Den vigtigste antagelse bag denne metode er, at instrumentet (forsøgsordningen) kun kan påvirke udfaldsmålet gennem psykologbehandling (excludability-antagelsen). Denne antagelse er ikke opfyldt, hvis vi tror på, at effekterne markeret med "b" i figur A1 er gældende. Da vi mener, at det er oplagt, at forsøgsordningen får flere unge med mentale helbredsproblemer til at møde op hos lægen, og at det er sandsynligt, at nogle af disse "ekstra" besøg fører direkte til henvisning til psykiatrien og/eller udskrivning af medicin, er konsekvensen, at excludability-antagelsen ikke er opfyldt, og at IV metoden derfor ikke kan bruges.

Konklusion

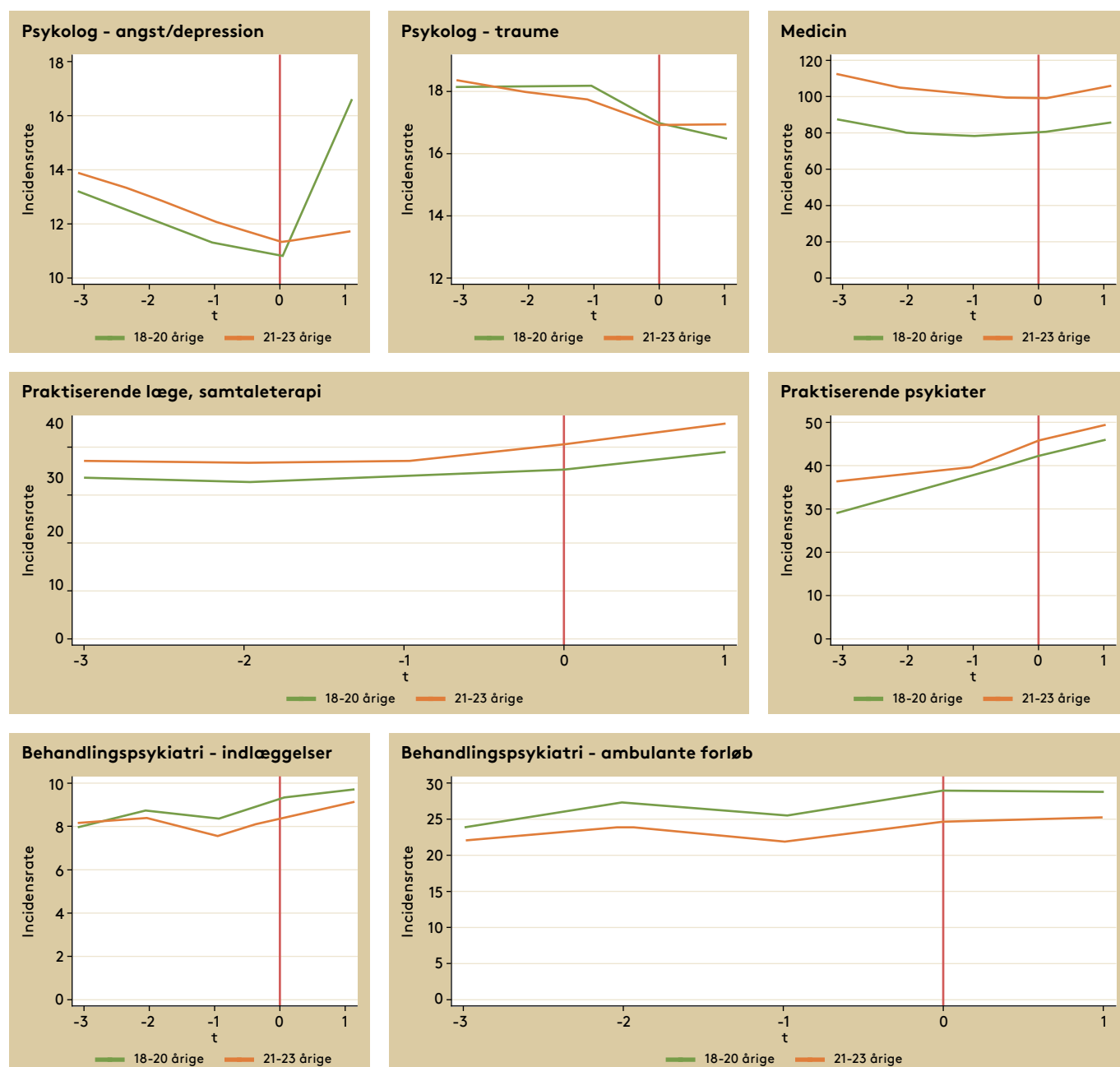
Baseret på ovenstående diskussion af antagelserne bag de forskellige metoder, kan vi konkludere:

- Den vigtigste antagelse bag ITS metoden er, at alle andre forhold end forsøgs-

ordningen, der kan ændre udviklingen i udfaldsvariablene for de 18-20-årige er konstant omkring tidspunktet for implementering. Denne antagelse er kritisk, da vi ved at de 18-20-åriges karakteristika, pga. kohorteeffekter, ikke nødvendigvis er konstante over tid. Da det er muligt også at bruge en kontrolgruppe af 21-23-årige, og dermed altså benytte DID metoden, vil dette, alt andet lige, være bedre end ITS. I hvert fald, hvis antagelserne bag DID er opfyldt.

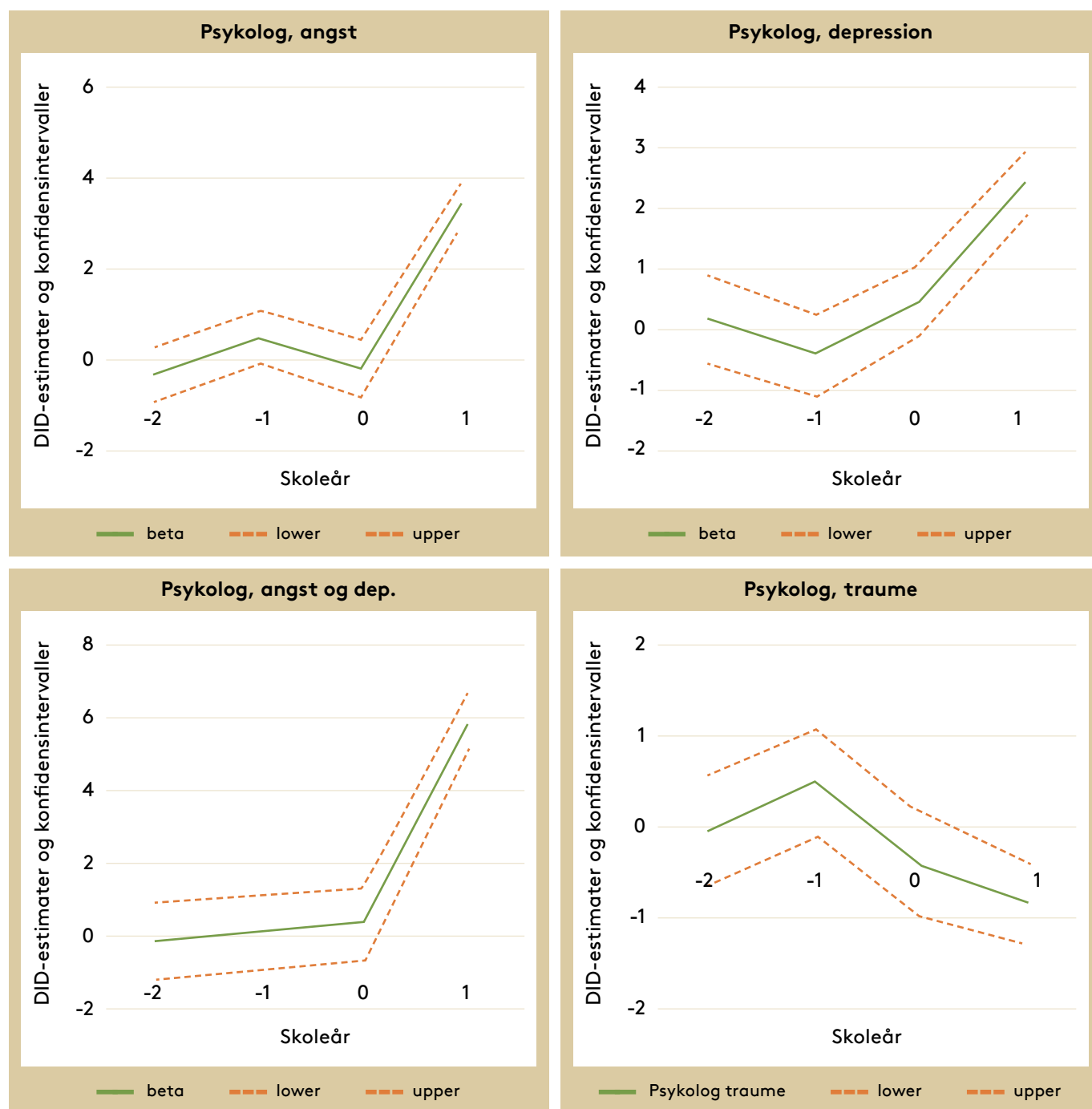
- Den vigtigste antagelse bag RDD er, at unge på hver side af aldersgrænsen på 21 år har lige stort behov for psykologbehandling, og at forsøgsordningen kun påvirker borgere på den ene side af aldersgrænsen. Da 21-årige, der er henvist som 20-årige, kan deltage i forsøgsordningen, er sidstnævnte antagelse ikke opfyldt.
- DID bruger både før/efter og aldersgrænsen som eksogene variationer, og er baseret på en antagelse om parallel udvikling i udfaldsmålene, i perioden før forsøgsordningen. Metoden kan afhjælpe nogle af de problemer der er med ITS, og er bundet af en mildere antagelse end RDD (parallel trend i før-perioden). Vi viser i appendiks B og C, at antagelsen om parallelle trends er opfyldt for alle udfaldsmål (undtagen medicin og privatpraktiserende psykiatere). Derfor benyttes DID for alle udfaldsmål, undtagen medicin og privatpraktiserende psykiatere.
- IV kan i princippet bruges til at estimere sammenhængen mellem øget psykologbehandling, og brug af andre behandlingstilbud. Den vigtigste antagelse her er, at instrumentet (forsøgsordningen) kun påvirker udfaldsmålene gennem øget psykologbehandling, men da vi, jf. figur A1, forventer direkte effekter fordi vi forventer, at flere borgere med mentale sundhedsudfordringer møder op hos lægen, og at nogle af disse har brug for henvisning til andre tilbud, er denne antagelse ikke opfyldt.

Appendiks B: Common trend grafer

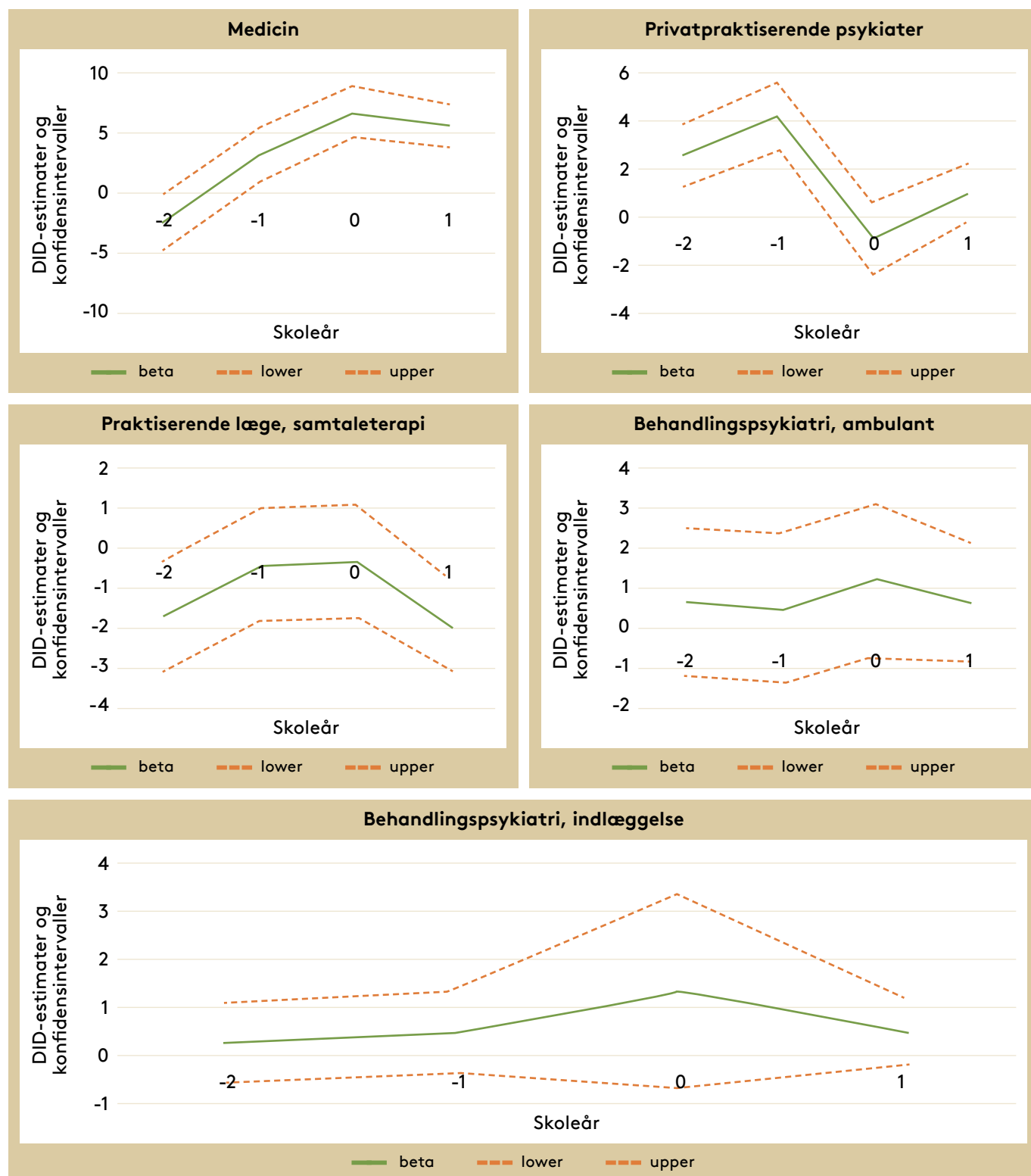


Noter: Medicin: En transaktion på apoteket, hvor ATC-kode N06A (antidepressiv) eller N05B (anti-angst) indgår. Dosis kan variere. Angst behandles ofte med antidepressiv medicin og derfor er de to grupper af medicin slået sammen. Privatpraktiserende psykiater: En konsultation (alle ydelseskoder) hos en speciallæge i psykiatri (speciale 24), der har registreret besøget i sygesikringsregisteret. Praktiserende læge, samtaleterapi: En konsultation med ydelseskode 6101 eller 6201 hos en alment praktiserende læge (speciale 80). Behandlingspsykiatri - ambulante forløb: En registrering i LPR-psykiatri med patienttype 2 (ambulant eller skadestue), registreres i den måned forløbet påbegyndes. Behandlingspsykiatri - indlæggelser: En registrering i LPR-psykiatri med patienttype 0 (indlagt), registreres i den måned indlæggelsen påbegyndes.

Appendiks C: Placeboanalyser



Noter: Psykolog, angst: Første behandling efter henvisningsdato med henvisningsårsag angst: ydelseskode 03**, 05**, 63**, 5003. Psykolog, depression: Første behandling efter henvisningsdato med henvisningsårsag depression: ydelseskode 02**, 04**, 62**, 5002. Psykolog, begge: Psykolog, angst eller Psykolog, depression. Psykolog, traume: Første behandling efter henvisningsdato med henvisningsårsag 1-9: øvrige ydelseskoder i sygesikringsregisteret.



Noter: **Medicin:** En transaktion på apoteket, hvor ATC-kode N06A (antidepressiv) eller N05B (anti-angst) indgår. Dosis kan variere. Angst behandles ofte med antidepressiv medicin og derfor er de to grupper af medicin slået sammen. **Privatpraktiserende psykiater:** En konsultation (alle ydelseskoder) hos en speciallæge i psykiatri (speciale 24), der har registreret besøget i sygeskrivningsregisteret. **Praktiserende læge, samtaleterapi:** En konsultation med ydelseskode 6101 eller 6201 hos en alment praktiserende læge (speciale 80). **Behandlingspsykiatri, ambulant:** En registrering i LPR-psykiatri med patienttype 2 (ambulante eller skadestue), registreres i den måned forløbet påbegyndes. **Behandlingspsykiatri, indlæggelse:** En registrering i LPR-psykiatri med patienttype 0 (indlagt), registreres i den måned forløbet påbegyndes.