



SUNDHEDSSTYRELSEN

2018

Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser



Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling

Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser
Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling

© Sundhedsstyrelsen, 2018.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-000-3

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni 2018

Indholdsfortegnelse

Forord	5
1 Introduktion	6
1.1 Formål	6
1.2 Baggrund og ramme for arbejdet	6
2 Sammenfatning af anbefalinger	8
3 Udvikling af psykiatriområdet	12
3.1 Historisk udvikling	12
3.2 Hittidige initiativer på psykiatriområdet	13
4 Udvikling i sygdomsbilledet og aktiviteten	22
4.1 Forekomst og udvikling i sygdomsbilledet	22
4.2 Udvikling i psykiatrien	23
4.3 Udvikling i retspsykiatrien	27
4.4 Udvikling i indsatsen i praksissektoren	28
4.5 Udviklingen i den kommunale indsats.....	29
5 Temaer i det faglige oplæg	30
6 Den øgede sygelighed og overdødelighed skal nedbringes	33
7 Styrket indsats for at nedbryde fordomme om psykiske lidelser	35
8 Tidligere og mere tilgængelig indsats for mennesker med psykiske lidelser	36
8.1 Indsatsen til børn og unge	36
8.2 Indsatsen til voksne	37
9 Højere faglig kvalitet i indsatsen	39
9.1 Kommunale indsatser	39
9.2 Tvang i psykiatrien	40
9.3 Retspsykiatrien	43
9.4 Faglige kompetencer	45
9.5 Evidensbaserede metoder og brug af data	46
9.6 Inddragelse af patienter, pårørende og peers i indsatsen.....	48

9.7	Forskning	49
10	Mere sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser.....	50
10.1	Helhedsorienteret behandling af mennesker med psykiske lidelser.....	50
10.2	Koordinerede indsatser mellem region og kommune.....	52
	Referenceliste.....	55

Forord

At have en psykisk lidelse er en betydelig personlig belastning, både for den enkelte og for de pårørende. Samfundsmæssigt udgør psykiske lidelser et væsentligt problem på størrelse med andre store sygdomsområder som fx kræft og hjertesygdomme.

På trods af dette halter indsatsen overfor psykisk lidelse på en række områder bagefter den indsats vi ser, når der er tale om somatisk sygdom. Det kommer til udtryk i en uensartet kvalitet og utilstrækkelig sammenhæng i den samlede indsats, der spænder fra forebyggelse, udredning, behandling og rehabilitering. Sammenlignet med det somatiske område mangler der bredde, differentiering og specialisering af indsatsen, og der er væsentlige udfordringer i forhold til rekruttering, fastholdelse og kvalitetssikring af den faglige indsats.

Mennesker med psykiske lidelser lever i gennemsnit væsentligt kortere tid end mennesker uden psykisk lidelse. Det skyldes under- og overbehandling af både psykisk lidelse og samtidig somatisk sygdom, en svagere forebyggende indsats overfor livsstilsrelaterede sygdomme, og selvmord m.v. Samtidig mødes mennesker med psykisk lidelser med fordomme om deres lidelse, som kan betyde forværring af symptomer og være en barriere for at søge hjælp eller indgå i sociale sammenhænge fx på arbejdsmarkedet.

Samlet set betyder det, at der er en betydelig og uacceptabel ulighed i indsatsen overfor mennesker med psykiske lidelser.

Mennesker med psykiske lidelser har krav på rettidige indsatser af høj faglig kvalitet og på at blive mødt med respekt og rettigheder, der svarer til det, mennesker med somatiske sygdomme møder. Der skal være tilgængelige indsatser for de med lettere psykiske lidelser og målrettede, særlige indsatser for mennesker med psykiske lidelser og andre problemstillinger.

For at nå dette mål er der behov for at styrke indsatsen overfor psykisk lidelse. Derfor peger vores faglige oplæg på områder, hvor der særligt er behov for at forbedre den nuværende indsats og adressere den ulighed, der i dag er et vilkår for mennesker med psykiske lidelser.

Oplæggets anbefalinger kan indgå som grundlag for en kommende samlet plan for udvikling af psykiatrien. Nogle anbefalinger kan implementeres umiddelbart, mens andre må implementeres trinvist. Der er også områder, hvor der mangler viden, og hvor der derfor anbefales udvikling af indsatsen og forskning. Realisering af anbefalingerne vil samtidig forudsætte bred opbakning og støtte fra myndigheder, de faglige miljøer og patient- og interesseorganisationer mv.



Søren Brostrøm
Direktør

1 Introduktion

1.1 Formål

Formålet med det faglige oplæg er at pege på de største udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og komme med anbefalinger, der har til formål at forbedre det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser. Fokus for anbefalingerne er både den regionale indsats i sygehuspsykiatri og praksissektor samt den sundhedsfaglige og psykosociale indsats i kommunerne.

Det faglige oplæg skal samlet set understøtte en udvikling af den samlede indsats, der kan bidrage til større lighed i sundhed for mennesker med psykiske lidelser.

Dette skal ske ved hjælp af:

- Flere og bedre leveår for mennesker med psykiske lidelser
- Større accept og forståelse af psykisk lidelse
- Tidligere og mere tilgængelige indsatser
- Højere faglig kvalitet i alle indsatser
- Mere sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser.

1.2 Baggrund og ramme for arbejdet

Sundhedsministeren besluttede i december 2017 (1) at udarbejde en samlet plan for udviklingen i psykiatrien. I den forbindelse er Sundhedsstyrelsen blevet bedt om at udarbejde et fagligt oplæg for psykiatriens udvikling, som kan danne grundlag for regeringens samlede plan for psykiatriens udvikling.

Det faglige oplæg tager udgangspunkt i den nationale strategi for psykiatri fra 2009 (2), anbefalingerne fra regeringens psykiatriudvalg i 2013 (3) samt den nationale strategi *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser* fra 2015 (4). Derudover baserer oplægget sig på eksisterende viden og erfaringer, fx strategier og udspil på psykiatriområdet fra både nationale aktører, interesseorganisationer og faglige organisationer og selskaber.

Det faglige oplæg omhandler indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Det betyder, at tidlige indsatser til mennesker med tegn på psykiske lidelser er omfattet af oplægget, mens indsatser for fremme af mental sundhed ikke er omfattet.

Oplægget omfatter indsatsen overfor både børn, unge og voksne med psykiske lidelser. Hvis der er særlige opmærksomheder ift. særlige målgrupper, nævnes det eksplicit i oplægget.

Sundhedsstyrelsen er i udarbejdelsen af det faglige oplæg blevet rådgivet af Sundhedsstyrelsens Udvalg for Psykiatri, ligesom styrelsen har haft dialog med en række interessenter, herunder regioner, kommuner, faglige organisationer og selskaber samt brugerorganisationer.

2 Sammenfatning af anbefalinger

Det faglige oplægs anbefalinger til initiativer i en samlet plan for psykiatriens udvikling er sammenfattet nedenfor. De enkelte anbefalinger uddybes i kapitlerne 6-10.

Den øgede sygelighed og overdødelighed skal nedbringes

- Kommuner og regioner sætter mål for og udvikler forebyggelsestilbud vedrørende rygeafvænning, fysisk aktivitet, kost, alkohol og rusmiddelforebyggelse med fokus på, at mennesker med psykiske lidelser har brug for en særlig, tilpasset indsats.
- Det sikres, at det sundhedsfaglige personale i kommuner, regioner og praksissektor har den nødvendige viden, kompetencer og redskaber til at opspore og forebygge risikofaktorer og ændre sundhedsadfærd hos mennesker med psykiske lidelser.

Styrket indsats for at nedbryde fordomme om psykiske lidelser

- Regioner sikrer forankring og udbredelse af indsatser til at fjerne stigmatisering af mennesker med psykisk lidelse med udgangspunkt i hidtidige gode erfaringer fra psykiatrien og PsykInfo.
- Kommuner sikrer forankring og udbredelse af indsatser til at fjerne stigmatisering af mennesker med psykisk lidelse med aktiviteter på tværs af velfærdsområder og i samarbejde med civilsamfundet.

Tidligere og mere tilgængelig indsats for mennesker med psykiske lidelser

- Sammenhæng og kvalitet i den tidlige indsats i kommuner, regioner og praksissektor sikres med henblik på at kunne varetage tidlige indsatser til børn og unge med særlige behov, herunder børn og unge med psykiske lidelser eller tegn herpå.
- Kommuner og regioner sikrer anvendelsen af stepped-care modeller til børn og unge med psykiske lidelser og sikrer implementering og udbredelse af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer til børn og unge med ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse.
- Regionerne sikrer anvendelsen af graduerede indsatser til voksne med lette til moderate psykiske lidelser.

- Med udgangspunkt i eksisterende viden og erfaring udvikler regioner og kommuner relevante sundhedsfaglige indsatser, der er let tilgængelige for voksne med lette til moderate psykiske lidelser.

Højere faglig kvalitet i indsatsen

- Der udarbejdes nationale, forpligtende kvalitetskrav for sundhedsfaglige indsatser i kommunerne til mennesker med psykiske lidelser.
- Den socialfaglige og sundhedsfaglige indsats samtænkes og integreres på alle niveauer.
- Regioner implementerer og anvender systematiske metoder til nedbringelse af tvang med udgangspunkt i de seks kernestrategier med særligt fokus på ledelsesinvolvering.
- Kommuner implementerer tiltag, der styrker forebyggelsen af tvang og den tidlige indsats til mennesker med psykiske lidelser.
- Regioner og kommuner implementerer tiltag, der styrker det tværsektorielle samarbejde om patienter med alvorlige psykiske lidelser, fx rådgivende funktioner fra regionen og fremskudte kommunale funktioner.
- Regioner etablerer tidlige specialiserede indsatser til børn og unge med alvorlige psykiske lidelser eller svære former for selvskadende adfærd.
- Regioner udvikler de stationære intensive indsatser for mennesker med alvorlig psykisk lidelse i både psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Der skal udarbejdes nationale standarder for den intensive indsats.
- Sundhedsstyrelsen vurderer i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og med inddragelse af regionerne, hvordan der kan udvikles en ny monitoreringsmodel for anvendelsen af tvang.
- Der er fortsat fagligt fokus på udviklingen indenfor retspsykiatrien, herunder at få viden om og drøfte forhold af betydning for de faglige rammer, organisering og regulering af retspsykiatrien.
- Regionerne styrker en systematisk og målrettet rekrutterings- og fastholdelsesindsats i psykiatrien via lokale karriere-, forsknings- og faglige udviklingsmuligheder og -tiltag.
- Sundhedsstyrelsen igangsætter, i samarbejde med regionerne, en revision af den nuværende specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje.

- Regionerne fastsætter, i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, mål for uddannelse af specialsygeplejersker i psykiatri.
- Gode erfaringer med brug af specialpsykologer udbredes, og det bør overvejes om rammerne for specialpsykologernes virke i psykiatrien bør præciseres.
- Det overvejes, om der skal udarbejdes nye nationale kliniske retningslinjer for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, eller om de eksisterende retningslinjer skal opdateres.
- Regioner og kommuner arbejder systematisk med databaseret kvalitetsudvikling og -opfølgning på baggrund af fastlagte indikatorer, herunder også for tværsektorielle forløb.
- Regionerne styrker brugen af databaser i psykiatrien gennem kvalitetssikring af eksisterende og, hvor relevant, etablering af nye databaser med fokus på indsatser for både børn, unge og voksne.
- Regionerne styrker kvalitetsarbejdet, herunder udviklingen af databaser, på praksisområder, både for psykologer, almen praksis og speciallægepraksis.
- Kommuner arbejder systematisk med databaseret kvalitetsudvikling og -opfølgning, herunder udvikler indikatorer for den kommunale indsats.
- Regionerne formulerer planer og målsætninger, som omfatter inddragelse af patienter og pårørende på alle niveauer fra den konkrete, individuelle behandling til strategisk udvikling af organisationer og samarbejdsformer på tværs af sektorer.
- Gode erfaringer med brug af peers opsamles og udbredes i regionerne.
- Med udgangspunkt i den nationale strategi *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser* fra 2015 fokuseres indsatsen for skabelse af ny viden og opbygning af nødvendig infrastruktur på tværs af fag og sektorer.

Mere sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser

- Regionerne implementerer fast og systematisk tværfagligt samarbejde omkring patienter med psykisk lidelse og somatisk sygdom med udgangspunkt i eksisterende gode erfaringer med fx teams.

- Regionerne implementerer fast og systematisk samarbejde mellem de psykiatriske akutmodtagelser og de fælles akutmodtagelser omkring akutte patienter med multisygdom.
- Regionernes stationære og ambulante funktioner integrerer indsatsen overfor patienter med multisygdom med udgangspunkt i eksisterende gode erfaringer.
- Kommuner og regioner indgår aftaler i regi af sundhedsaftalerne om henholdsvis tidlig inddragelse af kommunen ved opstart af et behandlingsforløb, så kommunen kan igangsætte en indsats i borgerens nærmiljø, samt om tidlig inddragelse af regionen ved opstart af forløb i kommunen, og at der i både kommuner og regioner ved behov udpeges ansvarlige kontaktpersoner til at indgå i en koordinerende rolle med andre sektorer og forvaltninger omkring patientens/borgerens forløb.
- Kommuner og regioner indgår aftaler i regi af sundhedsaftalerne om rådgivning og sparring fra børne- og ungdomspsykiatrien til kommunen.
- Regionerne viderefører tværfaglige udgående teams med fokus på at understøtte koordination og samtidige indsatser mellem sektorerne.
- Modeller for fælles organisering afprøves, og modellerne evalueres med henblik på at udbredes gode erfaringer til hele landet.
- Lovgivningen på sundheds- og socialområdet revideres, så det bliver lettere for kommuner og regioner at indgå samarbejde med fælles organisering og dele data på tværs.
- Brugen af den koordinerende indsatsplan gøres bindende og understøttes digitalt samt implementeres for flere målgrupper i psykiatrien, der har tværsektorielle forløb.

3 Udvikling af psykiatriområdet

3.1 Historisk udvikling

Behandlingen af mennesker med psykiske lidelser har gennemgået en kolossal udvikling fra midten af 1950'erne og frem til i dag. Udviklingen har helt overordnet båret præg af en afinstitutionisering, fokus på udvikling af diagnostik og effektive behandlinger frem for opbevaring samt fokus på recovery og mulighederne for at leve et godt liv med sin sygdom eller at komme sig helt.

Fra 1950'erne blev behandlingen af først børn og siden unge gradvist udskilt af voksenpsykiatrien, og de første særskilte børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger blev etableret. I 1994 blev specialt børne- og ungdomspsykiatri etableret som selvstændigt speciale.

I 1976 overgik den statslige særforsorg for mennesker med psykisk lidelse til amterne, mens resten af særforsorgen blev udlagt i 1980 (i forlængelse af den første kommunalreform). Det blev startskuddet til en udvikling, hvor de omfattede borgere frem for at have åre- eller livslange ophold på institutioner i stedet kunne få ophold i forskellige former for sociale botilbud. I takt hermed kom der mere fokus på sociale, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige indsatser. Op gennem 1980'erne blev der i stigende grad fokus på at støtte borgere med psykiske lidelser i at blive inkluderet i samfundet.

Udviklingen af den amtslige/regionale psykiatri har også gennemgået en omlægning fra stationær til ambulante behandling. Op igennem 90'erne blev distriktspsykiatrien – i form af ambulante, tværfaglige, lokalt etablerede behandlingstilbud – udbygget over hele landet.

Den anden kommunalreform gav i 2007 kommunerne nye opgaver og ansvarsområder i forhold til specialundervisning, beskæftigelsesindsats og misbrugsbehandling, mens ansvaret for behandlingen af mennesker med psykiske lidelser på sygehuse og i praksissektoren blev placeret i regi af regionerne. For at understøtte samarbejde på tværs af sektorer blev det med Sundhedsloven fra 2007 lovfæstet, at regioner og kommuner udarbejder sundhedsaftaler for at sikre sammenhæng og koordination af tværsektorielle patientforløb.

Den faglige udvikling i psykiatrien har undergået en stor udvikling gennem årene – det gælder både den farmakologiske og nonfarmakologiske behandling. De to psykiatriske specialer har også udviklet sig, og i forbindelse med specialeplanlægningen blev de første specialevejledninger for voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri udarbejdet i 2009 med en række nye specialfunktioner.

I løbet af de seneste ti år har der været fokus på at ligestille mennesker med psykisk sygdom ved at styrke deres rettigheder. I 2015 fik mennesker med behov for psykiatrisk udredning- og behandling samme rettigheder til udredning og behandling (30 dage til

udredning og, fra 2016, 30 dage til behandling) som somatiske patienter. Psykiatriloven er endvidere revideret flere gange med sigte på at sikre rettigheder og klage muligheder for patienter, der udsættes for tvang.

3.2 Hittidige initiativer på psykiatriområdet

Der har over de seneste 10-15 år i stigende grad været fokus på at udvikle indsatsen for mennesker med psykisk lidelse. Nedenfor følger en - ikke udtømmende - beskrivelse af en række væsentlige initiativer på området med fokus på nationale og tværregionale indsatser.

National strategi for psykiatri

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i 2009 rapporten *National strategi for psykiatri* (2).

Formålet var, med et værdimæssigt afsæt, at samle gode intentioner og visioner til fremadrettede initiativer for en samlet indsats i psykiatrien. Strategien blev ikke fulgt op af en handlingsplan, men rapportens overordnede anbefalinger har fortsat relevans i dag. De seneste ti år har strategien været retningsgivende for arbejdet i både styrelser og regioner. Strategien fokuserede på seks centrale mål (se boks), der med fordel fortsat kan være pejlemærker for udviklingen af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Mål fra Sundhedsstyrelsens nationale strategi fra 2009:

- Det skal være lettere at være psykisk syg
- Det skal være let at få tidlig hjælp
- Det skal være let at få de rette tilbud
- Det skal være lettere at være psykiatrisk patient
- Det skal være lettere at arbejde i psykiatrien
- Det skal være let at få og bruge ny viden.

Udvalg om psykiatri

I 2012 nedsatte regeringen et udvalg om psykiatri, som afrapporterede i 2013 med *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*, der satte fokus på væsentlige udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser (3).

Væsentlige udfordringer, som *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser fra 2013* påpegede:

- Utilstrækkeligt fokus på tidlig indsats og rehabilitering
- Behov for et ligeværdigt, åbent og inkluderende arbejdsmarked og uddannelsessystem
- Ulighed i sundhed og levetid
- Begrænset inddragelse af borger og pårørende som ressource i borgerens forløb
- Utilstrækkelig sammenhæng og kontinuitet i indsatsen mellem sektorer og fagområder
- Begrænset (tvær-)faglig konsensus og tendens til fokus på medicinsk behandling
- Behov for fokus på kompetenceudvikling og efteruddannelse
- Manglende brug af evidensbaserede metoder og effektmåling
- Manglende reduktion i tvangsanvendelse
- Mangelfuld planlægning og styring og grundlag for bedre ressourceanvendelse i regioner og kommuner.

Udvalget gennemførte en kortlægning og analyse af udviklingen og pegede på 10 væsentlige udfordringer (se boks ovenfor) og seks fokusområder for den fortsatte indsats (se boks nedenfor)

Seks fokusområder, som *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser fra 2013* påpegede:

- Forebyggelse og tidlig indsats
- Styrket sammenhæng
- Høj kvalitet i den faglige indsats
- Inddragelse af brugere, pårørende og civilsamfund
- Nedbringelse af tvangs- og magtanvendelse
- Bedre styring og ressourceanvendelse.

På baggrund af udvalgsrapporten blev der iværksat en række initiativer blandt andet handlingsplanen *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser* (5). Udover de indsatser, der nævnes i nogle af de følgende afsnit, blev der også taget en række initiativer med fokus på at understøtte sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer. Eksempelvis kan nævnes udviklingen af *Model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser* (6). Udvalgsrapporten affødte også initiativer vedrørende inddragelse af borgere og pårørende i psykiatrien, fx udarbejdelse af et

koncept for pårørendeinddragelse (7) med anbefalinger til, hvordan kommuner og regioner inddrager pårørende med henblik på at understøtte den enkelte borgers recovery. I boksen nedenfor fremgår status på nogle initiativer, der fulgte efter udvalgsrapporten.

Status på udvalgte igangsatte initiativer, som følge af udvalgsrapporten:

- Der er vedtaget udredning- og behandlingsret for psykiatriske patienter
- Der er udarbejdet nationale kliniske retningslinjer på psykiatrimrådet
- Der er påbegyndt arbejde med reduktion af overdødelighed
- Modernisering af psykiatriloven er vedtaget
- Der er iværksat afprøvning og udbredelse af sociale indsatser, der virker
- Der er igangsat forsøg med at inddrage mennesker med brugererfaring i regioner og kommuner
- Der er taget initiativ til et partnerskab om effektiv brug af speciallægeresurser og kompetenceflytning
- Der er udført et arbejde om styring af psykiatrien.

Af de initiativer, der fulgte efter udvalgsrapporten, er nogle gennemført og skal videreføres og forankres. Andre initiativer har vi endnu ikke set resultaterne af endnu, mens nogle initiativer fortsat mangler igangsættelse.

Partnerskabsaftalen om nedbringelse af tvang

Psykiatriudvalget påpegede blandt andet, at der på trods af igangsatte projekter ikke var sket et nævneværdigt fald i anvendelsen af tvang over en 10-årig periode. På den baggrund, og som led i målsætningen om at forbedre kvaliteten i psykiatrien, indgik Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2014 en aftale med Danske Regioner om at halvere anvendelsen af tvang i psykiatrien i 2020. Umiddelbart derefter blev der indgået partnerskabsaftaler med hver af de fem regioner. Målsætningen om at nedbringe anvendelsen af tvang blev konkret formuleret ved et mål om at reducere anvendelsen af bæltefikseringer og et mål om et generelt fald i anvendelsen af alle former for tvang frem mod 2020. Som led heri har Sundhedsstyrelsen siden 2014 halvårligt offentliggjort og kommenteret tal for brugen af tvang i psykiatrien, og der er i regi af Sundhedsstyrelsen nedsat en Task Force med ledelsesrepræsentanter fra psykiatrien, der følger udviklingen.

Satspuljer

Satspuljerne har igennem en lang årrække dannet grundlag for afprøvninger af forskellige indsatser og organiseringsformer på psykiatrimrådet. Temaer, der er gået igen i mange af puljerne, har blandt andet været nedbringelse af tvang, udgående teams, styrket indsats til børn og unge samt forebyggelse af selvmord.

Af væsentlige puljer kan fx fremhæves "Brugerstyrede senge i psykiatrien", som var en del af satspuljeaftalen fra 2013-2016, hvor der blev afsat 62 mio. kr. til et treårigt forsøg med etablering af brugerstyrede senge i psykiatrien. Projektet indebar, at udvalgte patienter blev tilbudt en kontrakt, der gav dem ret til selv at bestemme, hvornår de ville benytte en kort indlæggelse. Projekterne har blandt andet øget patienttilfredsheden og -inddragelsen og er videreført i flere regioner. Ligeledes kan puljen "Forsøg med bæltefri afdelinger i psykiatrien" fra satspuljeaftalen 2014-2017 fremhæves. Her blev der afsat 73,6 mio. kr. til et forsøg med bæltefri afdelinger, der skulle forebygge brugen af bæltefikseringer via elementer som kognitiv miljøterapi, varierende aktivitetstilbud, deeskalering, mv. Den endelige evaluering af projektet foreligger endnu ikke, men midtvejsevalueringen viser foreløbige gode resultater.

Derudover blev rapporten fra udvalgsrapporten fra 2013 fulgt op af en satspuljeaftale, der indebar et løft på 2,2 mia. kr. til psykiatrien i perioden 2015-2018. Med aftalen blev der afsat midler til udbygning af kapaciteten i psykiatrien, kompetenceudvikling, udvikling af de fysiske rammer samt tværfaglige teams i børne- og ungdomspsykiatrien.

Af væsentlige initiativer i de seneste satspuljeaftaler kan fremhæves udarbejdelsen af forløbsprogrammer for børn og unge med hhv. ADHD, spiseforstyrrelse samt angst og/eller depression. Initiativet er forankret i satspuljeaftalen 2017-2020, hvor der også er afsat midler til efterfølgende implementering og udbredelse af forløbsprogrammerne. Derudover er der i den seneste satspuljeaftale fra 2018-2021 afsat 213,6 mio. kr. til etablering af en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien. Formålet er at styrke indsatsen for de børn og unge, som ikke har behov for en indsats i børne- og ungdomspsykiatrien, men har behov for en intensiv indsats i nærmiljøet. Desuden er formålet at styrke det tværsektorielle samarbejde om integrerede indsatser for målgruppen.

Den nationale forskningsstrategi

Psykiatriudvalget pegede også på utilstrækkelig forskning og manglende brug af evidensbaserede metoder. Der blev derfor igangsat et arbejde med at udvikle en forskningsstrategi i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold samt Uddannelses- og Forskningsministeriet. Strategien blev offentliggjort i 2015.

Den nationale forskningsstrategis anbefalinger til rammer for forskning:*Partnerskaber*

- Rammerne for samarbejde udbygges med både formelle og mere uformelle samarbejdsformer
- Der etableres stærke partnerskaber på både nationalt, regionalt og lokalt niveau til sikring af samarbejde på tværs af fagområder, forvaltninger og sektorer.

Bæredygtige forskningsmiljøer

- Forskningsmiljøerne sikres kritisk masse i form af tilstrækkelige og stabile kompetencer, herunder kompetent forskningsledelse, erfarne vejledere og nødvendige støttefunktioner.

Stabile rammer

- Samfinansiering af forskningsaktiviteter mellem offentlige og private aktører fremmes.

Forskningsstrategien *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser – en national strategi* har til formål at fremme forskning af høj kvalitet, der udvider forståelsen af psykiske lidelser, fremmer indsatser, der forebygger psykiske lidelser, og understøtter, at mennesker med psykiske lidelser kan blive helbredt eller opnå et for den enkelte meningsfuldt og tilfredsstillende liv. Den nationale strategi udpeger områder, hvor der særligt mangler forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser, fx årsager til overdødelighed og sammenhæng mellem psykisk og somatisk sygdom, øget viden om tvangs- og magtanvendelse, større indsigt i tidlig indsats og opsporing samt ledelses- og styringsmekanismer, der kan tage højde for kompleksiteten i indsatser til mennesker med psykiske lidelser. Nok så vigtigt peger strategien også på behovet for at styrke rammer og fundament for forskningen (se boks ovenfor). Strategien blev fulgt op af en pulje til forskningsprojekter på 15 mio. kr., som Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen udmøntede, og der blev yderligere afsat 60 mio. kr. til forskning indenfor psykiatrien af Innovationsfonden.

Afstigmatisering

Der har også de seneste 10 år været meget opmærksomhed på at bekæmpe stigmatisering og øge inklusionen af mennesker med psykiske lidelser. Siden 2011 har paraply-indsatsen EN AF OS været hjørnesten i det nationale arbejde for afstigmatisering af psykisk sygdom finansieret delvist af satspuljemidler, fondsmidler, regioner og gennem resurser og aktiviteter i partnerskabskredsen (8).

Indsatserne i EN AF OS er fokuseret omkring fem indsatsområder, hvor målgrupperne er henholdsvis brugere og pårørende, unge (især under uddannelse), arbejdsmarkedet,

personale på sundheds- og socialområdet, medierne og den brede befolkning. Der er nedsat resursegrupper for hver af de fem indsatsområder med repræsentanter for bruger- og pårørendeorganisationer, faglige selskaber, fagpersoner og de regionale PsykInfo'er (psykiatriske informationscentre). Kampagnen har blandt andet gennem kommunikationsindsatser til forskellige målgrupper samt mobilisering, kvalificering og brug af brugere og pårørende som ambassadører gjort en aktiv indsats for at bekæmpe stigmatisering.

Sikker psykiatri

Siden 2014 har regionerne samarbejdet om projektet *Sikker Psykiatri*, som Dansk Selskab for Patientsikkerhed, TrygFonden, Det Obelske Familiefond og Danske Regioner står bag. Projektet handler om at nedbringe uventede dødsfald og utilsigtede hændelser blandt voksne patienter i psykiatrisk behandling ved at fokusere på fire indsatsområder: Sikker medicinering, somatisk sygdom, forebyggelse af selvmord og reduceret anvendelse af tvang.

Sikker Psykiatri har medvirket til, at flere patienter får foretaget medicingennemgang og bliver involveret heri. Desuden har Sikker Psykiatri arbejdet aktivt med at reducere antallet af bæltefikseringer, og skabt større systematik i diagnostik og forebyggelse af somatiske sygdomme.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte indsats

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2009 et planlægningsgrundlag for den regionale akutte indsats i psykiatrien (9). Der er i alle regioner etableret døgnåbne modtagelser til psykiatriske patienter. En del af bygningsmassen er ligeledes moderniseret gennem årene, dels gennem kvalitetsfondsfinansierede byggerier.

Med henblik på planlægning af de kommende 10 år gennemfører Sundhedsstyrelsen netop nu en analyse af de akutte sundhedstilbud, som skal munde ud i en række overordnede anbefalinger til den akutte indsats, der gælder på tværs af somatik og psykiatri. Anbefalingerne forventes offentliggjort i oktober 2018¹.

Specialeplanlægning

Med det formål at understøtte faglig kvalitet og sammenhæng i patientforløb fastsætter Sundhedsstyrelsen jf. sundhedsloven § 208 rammerne for specialfunktioner i sundhedsvæsenet. Specialeplanlægningen skal fremme opbygning og vedligeholdelse af ekspertise og udvikling samt koordination og samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter.

¹ Udarbejdelsen af anbefalinger pågår sideløbende med udarbejdelsen af dette faglige oplæg. Oplægget vil derfor ikke komme med anbefalinger for den akutte indsats.

Siden 2010 har fokus i specialevejledningerne for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri været på at samle de behandlinger, der er svære, sjældne og omkostningstunge og medvirke til at skabe gode, sammenhængene patientforløb af høj kvalitet. Senest i 2017 er specialeplanen revideret, og for de to psykiatriske specialevejledninger har fokus særligt været på at sikre entydig henvisning og behandling på rette specialiseringsniveau.

Kliniske retningslinjer og vejledninger

Sundhedsstyrelsen har i sit arbejde med nationale kliniske retningslinjer (NKR) prioriteret psykiatrien højt. Der er udarbejdet 11 kliniske retningslinjer i perioden 2014 til 2016 om henholdsvis ADHD hos børn og unge samt voksne, farmakologisk behandling af bipolar lidelse, bulimi, skizofreni og komplekse forløb, emotionel ustabil personlighedsstruktur, samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, OCD, depression, anoreksi samt angst hos børn og unge. Desuden har Sundhedsstyrelsen udarbejdet fire vejledninger vedrørende farmakologisk behandling til mennesker med psykiske lidelser om henholdsvis behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, behandling af voksne med antidepressive lægemidler, ordination af afhængighedsskabende lægemidler og medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser. Vejledningen om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser er under opdatering. Derudover udgiver de faglige selskaber retningslinjer og faglige vejledninger.

Særlige rehabiliterende pladser

I 2017 blev der vedtaget et lovforslag om etableringen af en ny type psykiatriske afdelinger i psykiatrien. Baggrunden for lovforslaget og de nye pladser var en række voldelige episoder på kommunale botilbud. De nye pladser, der etableres i 2018, skal rumme nogle af de mest udsatte patienter med psykisk lidelse, samtidig misbrug og udadreagerende adfærd. Sigtet er forløb af 3-6 måneders varighed med fokus på samtidig psykiatrisk behandling, rehabilitering og misbrugsbehandling.

Regionale indsatser for kvalitet i psykiatrien

Danske Regioner begyndte i 2007 at udgive årlige rapporter vedrørende regionernes aktiviteter og økonomi, hvilket senere blev til de årlige udgivelser med titlen *Benchmarking af psykiatrien*. Benchmarkingrapporterne har dels vist omfattende diagnostiske forskelle og dels omfattende variation i resurseforbrug på tværs af landets regioner. Rapporterne påviste ligeledes forskelle i organisering og fordeling af stationær og ambulans behandling (10).

For at løfte kvaliteten og sikre større ensartethed i behandlingen udarbejdede Danske Regioner i 2011 rapporten *Kvalitet i psykiatrien* (11). Rapporten indeholdt tre fokusområder: en bedre diagnostik, en ensartet udredning og behandling samt øget middellevetid. I kølvandet på rapporten blev der blandt andet igangsat et program med efteruddannelse i psykopatologi og diagnostik af speciallæger, specialpsykologer og specialsygeplejersker. Desuden blev det besluttet gradvist at implementere diagnosespecifikke pakker i psykiatrien. Et pakkeforløb beskriver et standardiseret

behandlingsforløb for patienter med samme diagnose og behandlingsbehov. Pakkerne skal understøtte ensartede behandlingsforløb af høj faglig kvalitet samt styring af kapacitet og patientflow, så de faglige resurser anvendes relevant og effektivt. Pakkeforløbene består af en basispakke med evt. tillægspakker, hvor indholdet matcher forskellige grader af sygdommen samt evt. komplicerende faktorer. Der er på nuværende tidspunkt udviklet og implementeret ti pakker indenfor voksenpsykiatrien, fx behandlingspakker for voksne med ADHD, angst, skizofreni, anoreksi og bulimi, OCD og PTSD. Desuden er der udviklet fem pakker indenfor børne- og ungdomspsykiatrien til børn og unge med henholdsvis ADHD, anoreksi og bulimi, depression, OCD og gennemgribende udviklingsforstyrrelser.

Regionerne har i 2017 i fællesskab revideret de ambulante behandlingspakkeforløb, hvilket har medført en række forbedringer. Blandt andet er det faglige grundlag og den indbyggede fleksibilitet i pakkerne tydeliggjort, og sammenhængen mellem pakkeforløbet og de kliniske databaser, LUP samt de nationale mål er ekspliceret. Det er regionernes mål, at der udarbejdes behandlingspakker for alle diagnoser med mulighed for tillægspakker til komplekse forløb.

Et andet eksempel på den regionale kvalitetsindsats er etableringen af kompetencecentre. Centrene har ikke samme struktur og systematik regionerne imellem, men de er typisk opbygget omkring et særligt team med kompetencer inden for fx affektive lidelser, mennesker med samtidig psykisk lidelse og misbrug, retspsykiatri eller selvmordsforebyggelse. På den måde samles kompetencerne ét sted i regionen, hvorfra koordinering af behandlingsindsatsen for en særlig målgruppe varetages. Centrene fungerer blandt andet som forsknings- og formidlingscentre, og kan varetage opgaver såsom indsamling af viden som led i en systematisk, evidensbaseret og målrettet behandlingsindsats. Centrenes opgaver kan også omfatte supervision og kvalitetssikring med henblik på optimering af behandlingsindsatsen.

Nationale kliniske kvalitetsdatabaser

Der findes i dag tre databaser på psykiatriområdet, hhv. ADHD databasen (for personer under 18 år), Dansk Depressionsdatabase og Den Nationale Skizofrenidatabase. Derudover er der en retspsykiatrisk database under etablering, og der er indenfor de seneste år forsøgt etableret en database for psykologbehandling. De kliniske databaser har sammenlignet med databaserne på det somatiske område en meget lav målopfyldelse, hvilket både kan skyldes et problem med at leve op til de kvalitetsstandsarter, der er fastsat, og manglende registrering i databaserne (12,13,14).

Lærings- og kvalitetsteams

Et lærings- og kvalitetsteam er et nationalt netværk af klinikere og ledere fra relevante afdelinger samt en ekspertgruppe, der arbejder med kvalitetsforbedringer på et udvalgt område med afsæt i kliniske kvalitetsdatabaser. Det kan være en tværgående indsats, som vedrører pleje og behandling og/eller organiseringen af et forløb på tværs af sektorer. Et lærings- og kvalitetsteam har fokus på, hvilke lokale kliniske- og organisatoriske processer og arbejdsgange, der skal ændres for at forbedre kvaliteten,

resultatet eller oplevelsen af behandling, pleje og forløb for brugere/patienter og pårørende. Regionerne er ansvarlige for at drive de enkelte lærings- og kvalitetsteams, og én region har det overordnede ansvar for at koordinere og gennemføre et lærings- og kvalitetsteam. Det er planen, at der skal etableres 2-3 nye lærings- og kvalitetsteams om året, der herefter skal løbe i ca. to år.

På psykiatriområdet er det besluttet nationalt at oprette et lærings- og kvalitetsteam indenfor ADHD-området, fordi ADHD er den hyppigste psykiatriske diagnose blandt børn og unge, og forekomsten fortsat stiger. Derudover er der en stor stigning i forbruget af ADHD-medicin, hvor der også ses store regionale forskelle. Derfor vurderes der at være potentiale for at skabe bedre forløb for denne målgruppe. Region Syddanmark har påtaget sig rollen som ansvarlig region, og derudover indgår Odense Kommune i den forberedende fase og i et partnerskab med regionen om implementering og udbredelse.

Udvikling af indsats gennem forskning

Et eksempel på et en danskudviklet forskningsbaseret indsats, der har forbedret behandlingen for en afgrænset målgruppe, er OPUS. OPUS er et intensivt, ambulante behandlingstilbud til unge mellem 18-35 år, der for første gang får symptomer på en psykose. Den ambulante specialiserede behandling gennemføres af et multidisciplinært team med psykiater, sygeplejersker, psykologer, ergoterapeuter, socialrådgivere og eksperter i fysisk aktivitet samt uddannelses- og erhvervsvejledning. Der tilknyttes en primær behandler til hver patient, og familie og pårørende inddrages systematisk i behandlingssamarbejdet. Flere undersøgelser har vist, at mennesker med debuterende psykoser i OPUS-behandling har forbedret klinisk outcome – også ved opfølgning et og to år efter endt behandling (15).

OPUS-konceptet startede i 1996, hvor to amter iværksatte et forskningsforsøg med en opsøgende, målrettet og intensiv indsats for unge voksne med debuterende psykose. I dag har alle regioner etableret OPUS som et behandlingstilbud.

Kvalitetsindsatser i kommunerne

Med KL's *Strategiske pejlemærker for den kommunale socialpsykiatri* fra 2012 og *Investér før det sker* fra 2013 blev der sat fokus på kerneopgaven i den kommunale psykosociale indsats, herunder at yde støtte til mennesker med psykiske lidelser (16,17). Med udgivelserne blev det understreget, at sociale indsatser skal ses som sociale investeringer. Derudover var centrale elementer i disse udgivelser borgeren og dennes vilje til at mestre eget liv, helhedsorienteret indsats og fremskudte indsatser.

I *Fælles om fremtidens socialpolitik* fra 2017 præsenterer KL en række konkrete og handlingsanvisende anbefalinger, der tager afsæt i udviklingen af socialområdet (18). Heri arbejdes der videre med grundprincipperne for den kommunale psykosociale indsats, bl.a. recovery, sammenhæng, koordination og tidlig indsats samt systematisk dokumentering af effekten af indsatser.

4 Udvikling i sygdomsbilledet og aktiviteten

4.1 Forekomst og udvikling i sygdomsbilledet

I udvalgsrapporten *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* fra 2013 (3) fremgår det, at flere mennesker i den danske befolkning diagnosticeres med en psykisk lidelse². Denne stigning ses særligt for børn og unge og for personer med ikke-psykotiske lidelser. Antallet af patienter, som behandles i retspsykiatrien, har også været stigende.

I *Den Nationale Sundhedsprofil 2017* svarer 180.000 danskere på en række spørgsmål om deres sundhed, sygdom, trivsel og deres mentale sundhed (19). Sundhedsprofilen fra 2017 viser, at der er en stigning på 3,3 procentpoint i andelen af danskere med selvvalueret dårligt mentalt helbred. Især for kvinder i aldersgruppen 16-24 år er andelen steget – 8,8 procentpoint fra 2010. Generelt rapporterer 15,5 pct. af kvinderne og 10,9 pct. af mændene, at de har et dårligt mentalt helbred.

Psykiske lidelser udgør den største sygdomsbyrde for både mænd og kvinder som følge af funktionsbegrænsninger. De tegner sig således for i alt 25 pct. af den totale sygdomsbyrde efterfulgt af kræft og kredsløbssygdomme, som hver står for henholdsvis 17 pct. og 15 pct. (20,21,22). Cirka 15 pct. af alle børn har været i behandling for en psykisk lidelse, inden de fylder 18 år (23). Samlet set udgør de mentale helbredsproblemer den største sygdomsbyrde blandt børn og unge (fra 1-24 år) – efterfulgt af allergiproblemer (astma og eksem) samt ulykker (24).

Rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark* fra 2015 beskriver sygdomsbyrden for henholdsvis depression (unipolar), angst og skizofreni (25). Heri fremgår det, at depression er en af de mest almindelige psykiske lidelser i Danmark. Der er årligt 11.000 nye tilfælde, og baseret på tal fra Landspatientregisteret lever 32.000 mænd og 59.000 kvinder med depression. Indlæggelser for depression udgør henholdsvis 11 pct. af de psykiatriske indlæggelser blandt mænd og 19 pct. af de psykiatriske indlæggelser blandt kvinder. Mennesker med depression tegner sig for 14 pct. af alle psykiatriske ambulante besøg. For så vidt angår skadestuebesøg så tegner 10 pct. af besøgene på den psykiatriske skadestue sig af mænd med depression, mens kvinder med depression tegner sig for cirka 15 pct. Endelig udgør mennesker med depression to pct. af alle besøg hos den praktiserende læge og 12 pct. af alle besøg hos psykiater eller psykolog.

² I beskrivelsen af udviklingen af de psykiske lidelser må der tages forbehold for begrænsninger i de opgørelser, der er tilgængelige. Dette skyldes, at Landspatientregisteret (LPR), hvor tallene stammer fra, udelukkende indeholder oplysninger om personer, der modtager sygehusbehandling og ikke oplysninger om personer, der modtager behandling i praksissektoren eller støtte i kommunen. Oplysningerne fra LPR er derfor udtryk for forekomsten af psykiske lidelser i sygehusvæsenet og ikke et udtryk for forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen generelt.

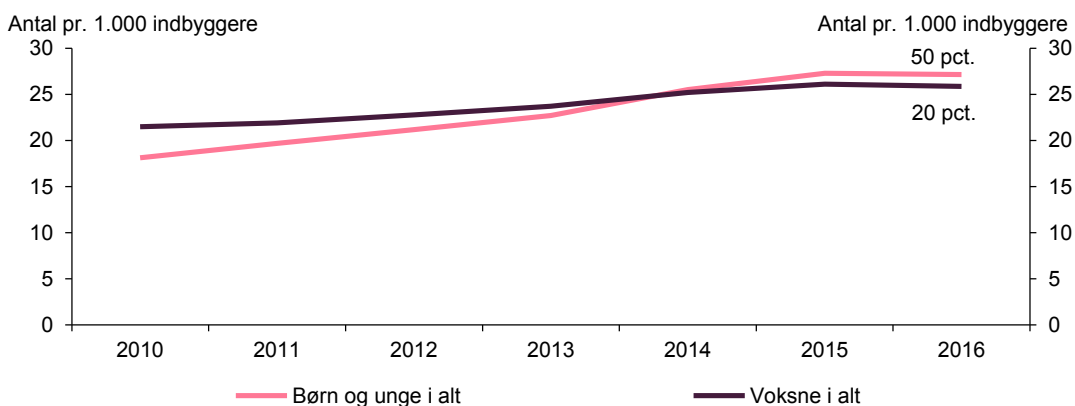
Angst er ligeledes en meget udbredt psykisk lidelse i Danmark. Der er årligt 17.000 nye tilfælde, og baseret på tal fra Landspatientregisteret lever 52.000 mænd og 84.000 kvinder med angst. Indlæggelser for angst udgør 12 pct. af alle psykiatriske indlæggelser. Mennesker med angst står for 13 pct. af alle psykiatriske ambulante besøg. For så vidt angår skadestuebesøg så udgør 20 pct. af besøgene på den psykiatriske skadestue mennesker med angst. Endelig tegner mennesker med angst sig for to pct. af alle besøg hos den praktiserende læge og 13 pct. af alle besøg hos psykiater eller psykolog.

Skizofreni er en alvorlig psykisk lidelse. Der er årligt 3.500 nye tilfælde, og baseret på tal fra Landspatientregisteret lever 43.000 mennesker med skizofreni. Indlæggelser for skizofreni udgør 32 pct. af de psykiatriske indlæggelser. Mennesker med skizofreni tegner sig for 30 pct. af alle psykiatriske ambulante besøg. For så vidt angår skadestuebesøg så er 21 pct. af besøgene på den psykiatriske skadestue relateret til mennesker med skizofreni. Endelig udgør mennesker med skizofreni 1 pct. af alle besøg hos den praktiserende læge og 3 pct. af alle besøg hos psykiater eller psykolog.

4.2 Udvikling i psykiatrien

I det følgende beskrives udviklingen i aktivitet i psykiatrien i perioden 2010-2016. Endvidere beskrives patienttilfredshed, ventetid og udvikling i brugen af tvang.

Figur 1: Udvikling i antal patienter med kontakt til psykiatriske sygehuse, 2010-2016



Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet. Indblik i psykiatrien på tværs af regioner og kommuner. 2018

Samlet antal patienter i psykiatrisk behandling

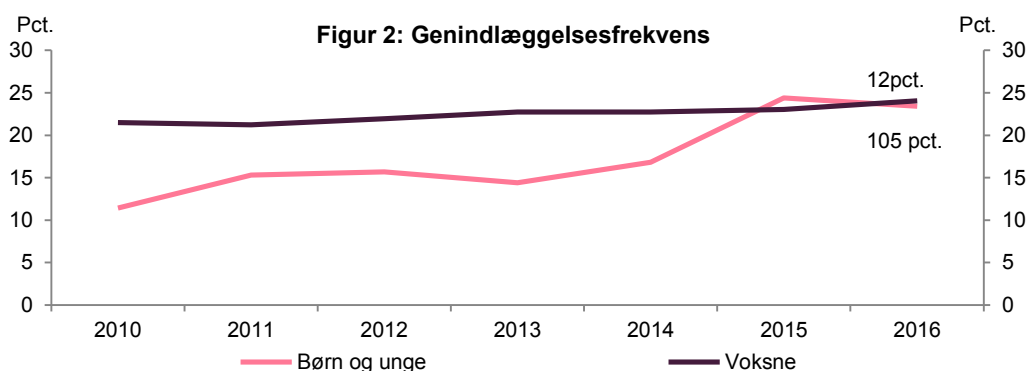
Over perioden 2010-2016 er antallet af patienter med kontakt til et af de psykiatriske sygehuse steget med næsten 30 pct., svarende til en stigning på knap 5 pct. årligt (26). Stigningen er mindre i voksenpsykiatrien end i børne- og ungdomspsykiatrien. I 2016 var der i alt 33.600 børn og unge og 115.600 voksne med kontakt til psykiatriske sygehuse. Befolkningsudviklingen er over samme periode steget med ca. 3 pct., svarende til ca. 0,5 pct. årligt (27).

Indlæggelser og gennemsnitlig indlæggelsestid

Opgørelser for udviklingen i antallet af indlæggelser viser, at der i perioden 2010-2016 er sket en moderat stigning i antal indlæggelser på 10 pct. for voksne fra ca. 39.000 indlæggelser til ca. 43.000 indlæggelser. For børn og unge er der sket en stor stigning på 42 pct. fra ca. 2.100 indlæggelser til ca. 2.900 indlæggelser. Samtidig med stigningen i antallet af indlæggelser har den gennemsnitlige indlæggelsestid været faldende. Denne tendens ses både hos voksne samt børn og unge (26).

Genindlæggelser

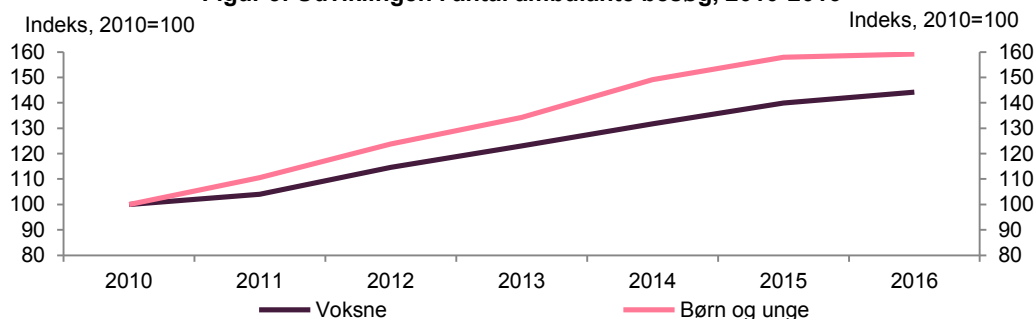
I perioden 2010-2016 er genindlæggelsesfrekvensen på psykiatriske sygehuse steget fra cirka 21 pct. til 24 pct.³. Stigning i genindlæggelsesfrekvensen er særligt udpræget i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der i perioden 2010-2016 er sket mere end en fordobling i frekvensen, fra cirka 11 pct. i 2010 til cirka 23 pct. i 2016. Over samme periode er genindlæggelsesfrekvensen steget fra cirka 22 til 24 pct. i voksenpsykiatrien (figur 2) (27).



Ambulante besøg

I perioden 2010-2016 har antallet af ambulante besøg i psykiatrien generelt været stigende. Antallet af ambulante besøg er steget med næsten 60 pct. i børne- og ungdomspsykiatrien fra cirka 121.000 ambulante besøg i 2010 til cirka 193.000 ambulante besøg i 2016. I voksenpsykiatrien er stigningen på cirka 40 pct. fra cirka 764.000 ambulante besøg i 2010 til cirka 1.102.000 ambulante besøg i 2016 (figur 3) (26,27).

³ En genindlæggelse defineres som en akut genindlæggelse tidligst fire timer og maksimalt 30 dage efter udskrivning fra en foregående indlæggelse

Figur 3: Udviklingen i antal ambulante besøg, 2010-2016

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet. Indblik i psykiatrien på tværs af regioner og kommuner.

Besøg i den psykiatriske akutmodtagelse

Antallet af patienter, der ses i de psykiatriske akutmodtagelser har ikke udviklet sig nævneværdigt fra 2015-2016. Antallet af voksne patienter ligger således på cirka 29.000 årlige kontakter, mens antallet af kontakter for børn og unge er på omkring 3.500 årlige kontakter (26).

Patienttilfredshed

LUP-psykiatri undersøger årligt patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien (28). I 2017 viser undersøgelsen, at 83 pct. af de voksne, der modtager ambulante behandling i psykiatrien, er tilfredse med kontakten (svarer "i meget høj grad" og i "høj grad" på spørgsmålet om "Alt i alt tilfreds med besøg/forløb"). For voksne, der er indlagt, gælder det for 71 pct. Blandt de ambulante patienter i børn- og ungdomspsykiatrien er tallet 77 pct. og for deres forældre 80 pct. De mindst tilfredse er de børn og unge, der er indlagt, hvor kun 43 pct. er tilfredse, mens det for deres forældre gælder for 66 pct. Der er også stillet en række mere specifikke spørgsmål. Her viser undersøgelsen, at der særligt er plads til forbedringer på følgende parametre: Information om livsstil, problemer med fysisk helbred og brugen af samt opfølgning i forbindelse med tvang.

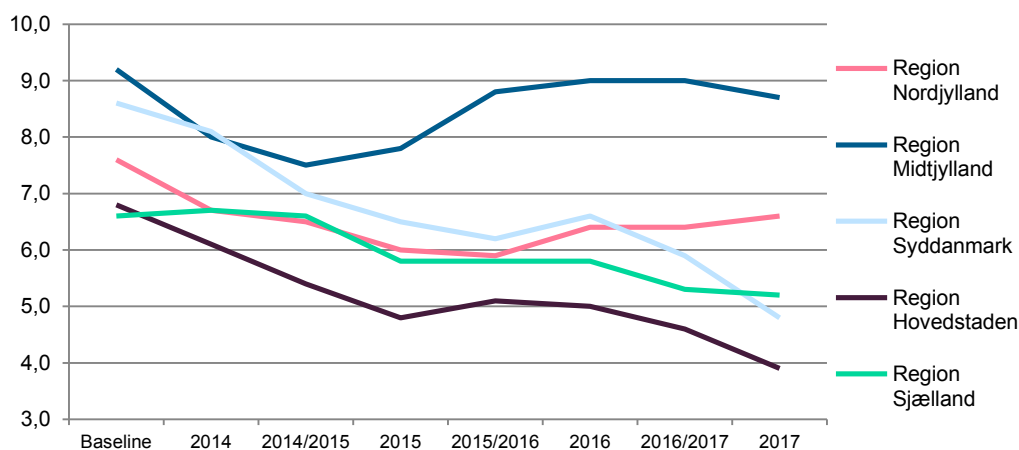
Sammenlignes ovenstående tendenser med tilsvarende LUP-undersøgelse for somatikken (29) kan det udledes, at psykiatriske patienter generelt er ligeså tilfredse som de somatiske patienter med de ambulante forløb (målt i forhold til spørgsmålet "Alt i alt tilfreds med besøg/forløb"). De psykiatriske patienter adskiller sig imidlertid fra de somatiske, når der ses på den overordnede tilfredshed med indlæggelsesforløb. Her udtrykker de psykiatriske patienter generelt en lavere tilfredshed end de somatiske patienter. Tendensen er særlig tydelig for børn og unge, der er indlagt, samt forældre til indlagte børn og unge. Her er tilfredsheden markant lavere end tilsvarende for indlagte somatiske patienter⁴.

⁴ Bemærk at de somatiske opgørelser ikke opdeler i børn/unge og voksne.

Udvikling i brugen af tvang

Med partnerskabsaftalen om nedbringelse af tvang blev det besluttet, at bæltefikseringer skal halveres frem mod 2020 samtidig med, at den samlede brug af tvang skal reduceres. Sundhedsstyrelsen monitorerer hvert halve år udviklingen i brugen af tvang. I de første monitoreringer gik udviklingen generelt den rigtige vej, om end med en vis regional variation. De seneste monitoreringer har vist, at udviklingen i flere regioner er stagneret eller går i den forkerte retning, jf. figur 4, og at det ikke er lykkedes, at nedbringe antallet af personer - børn, unge og voksne – der udsættes for tvang. Endvidere er der store regionale forskelle (30). Denne udvikling gør det meget vanskeligt at nå målsætningen i 2020.

Figur 4: Andelen af personer, der bæltefikseres ud af antal indlagte i forhold til baseline 2011-2013, procent



Kilde: Sundhedsstyrelsen. Monitorering af tvang i psykiatrien – opgørelse for perioden 1. januar 2017 - 31. december 2017. 2018.

Udviklingen i ventetid

I perioden 2010-2016 er ventetiden til første kontakt i psykiatrien faldet for både børn og unge og voksne. I 2010 ventede børn og unge gennemsnitlig 77 dage på første kontakt til psykiatrien, mens voksne tilsvarende ventede gennemsnitligt 35 dage. I 2016 er dette tal reduceret, så det gennemsnitlige antal dage, der ventes forud for første kontakt til psykiatrien, ligger på samme niveau for både børn og unge og voksne på henholdsvis 22 og 21 dage. Venteperioden er således reduceret med 71 pct. for børn og unge, mens den for voksne er reduceret med 40 pct. (26).

Faggrupper ansat i psykiatrien

I 2016 udgjorde det sundhedsfaglige personale ansat på psykiatrisk sygehus cirka 10.200 personer. Der har fra 2010-2016 været en gennemsnitlig årlig vækst på 2,3 pct. svarende til en total stigning i perioden på omkring 14 pct. I samme periode er antallet af patienter steget med cirka 30 pct. (26).

Den største personalegruppe i psykiatrien er sygeplejersker (cirka 41 pct.). Antallet af sygeplejersker er steget med omkring 32 pct. i perioden 2010-2016. Social- og sundhedsassistenter udgør den næststørste personalegruppe (cirka 23 pct.), og antallet af social- og sundhedsassistenter er faldet med 8 pct. i perioden 2010-2016. Psykologerne er den faggruppe, der er steget mest i perioden 2010-2016 (cirka 50 pct.). Psykologerne udgør cirka 10 pct. af den samlede personalegruppe ansat på det psykiatriske sygehus. I 2016 udgjorde lægegruppen omkring 14 pct. af den totale personalegruppe på psykiatriske sygehuse. Der har fra 2010-2016 været en stigning på cirka 12 pct. i læger ansat i psykiatrien (26).

Læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter udgjorde i 2016 lidt under 80 pct. af hele det sundhedsfaglige personale ansat i psykiatrien (26). De resterende cirka 20 pct. af personalegruppen udgøres primært af socialrådgivere, pædagoger samt fysio- og ergoterapeuter. Antallet af disse faggrupper ansat i psykiatrien er relativt stabilt i årrækken 2012-2016. Således var der i 2016 ansat 58 socialrådgivere, 184 pædagoger og 32 fysio- og ergoterapeuter på landsplan i børne- og ungdomspsykiatrien, mens der i voksenpsykiatrien tilsvarende var ansat 259 socialrådgivere, 131 pædagoger og 448 fysio- og ergoterapeuter (10). Tabel 1 illustrerer fordelingen af faggrupper i psykiatrien i absolutte tal i 2016.

Tabel 1: Fordeling af faggrupper i psykiatrien i 2016 i hhv. børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien

	Læger	Psyko- loger	Syge- plejer- sker	Sosu	Social- rådgivere	Pæda- goger	Fys- ergo	Anden sundheds- gruppe	I alt
Børne- og ungdoms psykiatri	284	315	575	77	58	184	32	6	1531
Voksen- psykiatri	1183	733	3562	2257	259	131	448	78	8651

Kilde: Danske Regioner, 2016 (10)

4.3 Udvikling i retspsykiatrien

Retspsykiatrien behandler mennesker med psykisk lidelse, der på baggrund af begået kriminalitet pålægges dom til behandling eller anbringelse i psykiatrien. Formålet med en psykiatrisk foranstaltningsdom er gennem behandling at forebygge, at personen på grund af sin psykiske lidelse begår ny kriminalitet. Retspsykiatrien lovgivningsmæssige ramme omfatter straffeloven og lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Hovedparten af retspsykiatriske patienter behandles på hovedfunktionsniveau i psykiatrien, mens en mindre - men stigende - gruppe af retspsykiatriske patienter behandles på specialiseret niveau (regionsfunktionsniveau). Det fremgår desuden af psykiatriudvalgets rapport, at antallet af senge i retspsykiatrisk specialfunktion steg fra 134 sengepladser i 1992 til 316 sengepladser i 2011 (2). Der anvendes omkring 260-280 sengepladser i psykiatrien til patienter med foranstaltningsdomme. Dermed var den samlede sengekapacitet til retspsykiatriske patienter i 2011 op mod 600 senge.

Antallet af retspsykiatriske patienter har gennem en årrække været stigende. Antallet af patienter er således steget fra 1.445 i 2001 til 4.393 i 2014, hvilket svarer til en stigning på 204 pct. Antallet af nye psykiatriske foranstaltningsdomme pr. år er tilsvarende steget fra 315 i 2001 til 733 i 2013, hvilket svarer til en stigning på 133 pct. (31).

Antallet af indlæggelser svarende til antallet af patienter, der har påbegyndt en indlæggelse i retspsykiatrien, er steget fra 1.060 patienter i 2007 til 1.489 patienter i 2014, en stigning på 40 pct. Den ambulante aktivitet er i samme periode steget 77 pct. fra 2.343 patienter i 2007 til 4.153 patienter i 2014 (31).

4.4 Udvikling i indsatsen i praksissektoren

Praksissektoren, der omfatter alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger i psykiatri og praktiserende psykologer, spiller en vigtig rolle i udredning og behandling af mennesker med psykiske lidelser.

Borgerne er tilknyttet deres praktiserende læge, der som hovedregel er indgangen til sundhedsvæsenet. Eftersom diagnoser ikke opsamles centralt ved kontakter hos egen læge, er det vanskeligt at vurdere i hvilket omfang, borgerne modtager behandling af deres psykiske lidelse hos egen læge. De fleste borgere – cirka 85 pct. – er i kontakt med deres praktiserende læge i løbet af et år. En enkelt ydelse – samtalerterapi – er dog en ydelse, der kan anvendes i forhold til borgere med fx lettere angst eller depression. 131.000 patienter modtog i 2016 ydelsen samtalerterapi hos deres læge. I gennemsnit modtog hver patient 2,3 ydelser (26).

Der er i alt 113 praktiserende speciallæger i voksenpsykiatri pr. 1. januar 2017 (opgjort som fuldtidspraksis) og 15 praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Psykiaterne er ikke jævnt fordelt i hele landet, men især koncentreret om de større byer. I 2016 blev der behandlet 53.200 patienter i speciallægepraksis. Godt og vel halvdelen af børn og unge samt voksne afsluttes inden for de første fem kontakter (26). I overenskomsten med de praktiserende speciallæger er det aftalt, at specialerne løbende skal moderniseres. I det arbejde tilpasses ydelsesbeskrivelserne, så de afspejler den løbende faglige udvikling, der er i sundhedsvæsenet. De to psykiatrispecialer – voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri – blev moderniseret i henholdsvis 2015 og 2014. Sigtet har været at sikre høj kvalitet i ydelserne og gennem moderniseringerne at understøtte, at kapaciteten i speciallægepraksis bidrager bedst muligt til at løse

udfordringerne på et område præget af øget aktivitet og knaphed på speciallægerressourcer. Et væsentligt element i moderniseringen har desuden været at indføre sammenhængende og afsluttede udrednings- og behandlingspakker.

Der er pr. 1. januar 2017 888 psykologer tilknyttet psykologoverenskomsten. Der kan ydes tilskud på 60 pct. af udgiften for en række henvisningsårsager indenfor bestemte aldersgrupper. I 2016 blev der behandlet 45.900 personer for angst og depression hos en praktiserende psykolog, og de modtog i gennemsnit 5,7 kontakter. Det gennemsnitlige antal kontakter pr. patient er relativt stabilt i perioden 2012-2016 (5,9 kontakter i 2012).

I en undersøgelse af førstegangsdagnosticerede i psykiatrien fremgår det, at et mindretal af de førstegangsdagnosticerede har haft en forudgående kontakt til praksissektoren i form af samtaleterapi ved almen praksis, psykologhjælp eller speciallægekontakt før diagnosetidspunktet. En relativt større andel har forud for diagnosetidspunktet haft et øget antal besøg på somatiske sygehuse eller hos almen praksis (32).

4.5 Udviklingen i den kommunale indsats

Efter sundhedsloven er kommunerne ansvarlige for indsatser som misbrugsbehandling samt den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, herunder indsatser relateret til mental sundhed. Derudover har kommunerne ansvar for sundhedsydelse til børn og unge, fx sundhedspleje, og hjemmesygepleje til mennesker med akut eller kronisk sygdom. Dette omfatter blandt andet sundhedsfaglige opgaver i forbindelse med medicinbehandling.

Derudover gives de kommunale indsatser til mennesker med psykiske lidelser ofte efter serviceloven. Indsatserne omfatter bl.a. midlertidige eller længerevarende botilbud, socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværstilbud samt den sociale misbrugsbehandling.

På børne- og ungeområdet administrerer kommunerne ligeledes indsatser forankret i folkeskolelovgivningen, blandt andet om Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). Kommunernes PPR varetager, ud over de opgaver der følger af folkeskolelovgivningen, ofte også opgaver i forbindelse med henvisning af børn og unge til børne- og ungdomspsykiatrien og lettere behandlingsopgaver.

5 Temaer i det faglige oplæg

De foregående afsnit om den historiske udvikling i psykiatrien, hidtidige initiativer og udviklingen i sygdomsforekomst og aktivitet mv. viser samlet set, at der er sket en betydelig udvikling på området. Fokus har været på at ligestille psykiatri og somatik i form af rettigheder, opstilling af mål (fx nedbringelse af tvang), indsatser til faglig udvikling mv.

Der er sket en markant stigning i både børn og voksne, der er i kontakt med sundhedsvæsenet på grund af psykiske lidelser. Samtidig går befolkningens selvvalgte mentale helbred desværre den forkerte vej. Den ambulante psykiatri er ligeledes præget af en betydelig aktivitetsvækst. En udvikling, der blandt andet er båret af patientrettigheder i forhold til ventetid og af organiseringen af det ambulante forløb i pakker. Det medfører imidlertid den paradoksale udfordring, at ønsket om en effektiv og tilgængelig ambulant psykiatri trækker ressourcer og patienter ind i den ambulante psykiatri og væk fra den stationære. Dette forstærkes af, at psykiatrien fremstår som et "tydeligt" tilbud, mens der er mangel på overblik, gennemsigtighed og tilgængelighed til mere lavintensive tilbud – ikke mindst i kommunalt regi.

Noget tyder desuden på, at især de mennesker, der er mest udsatte og syge, ikke får et tilstrækkeligt målrettet og intensivt tilbud. Tegn herpå er stigningen i tvangsindeklæggelser og udfordringerne med at nedbringe tvang overfor både børn, unge og voksne med komplekse problemstillinger, udfordringerne med vold på bosteder og ikke mindst den øgede sygelighed og dødelighed blandt mennesker med psykiske lidelser. Derudover er der fortsat problemer med at skabe en sammenhængende og integreret indsats på tværs af sektorer og på tværs af psykiatri og somatik. Dette byder især på udfordringer for de mennesker, der er særligt udsatte og har brug for en intensiv og målrettet indsats.

Det faglige oplæg er derfor bygget op omkring fem temaer, der adresserer de væsentligste udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser i dag og i de kommende år. Hvert tema omfatter en beskrivelse af udfordringsbilledet indenfor temaet samt anbefalinger for initiativer eller videre proces. Temaerne beskrives kort nedenfor.

Den øgede sygelighed og overdødelighed skal nedbringes

Danske og internationale undersøgelser viser, at der er en betydelig overdødelighed og sygelighed blandt mennesker med alvorlige psykiske lidelser (33). Den øgede sygelighed og kortere levetid skyldes højere forekomst af selvmord, bivirkninger ved psykofarmaka, underbehandling af somatisk sygdom samt højere forekomst af risikofaktorer for fysisk sygdom. Samlet set udgør fysisk sygdom, og risikofaktorer herfor, den vigtigste årsag til den øgede sygelighed og kortere levetid blandt mennesker med psykiske lidelser.

Mennesker med psykiske lidelser har et større behov for somatiske sundhedsydelser grundet højere forekomst af somatisk sygdom og risikofaktorer herfor, samt risici ved den medicinske behandling. Derudover har især mennesker med moderat til svære psykiske lidelser behov for en særlig indsats med støtte fra personalet for at ændre

sundhedsadfærd. Der er derfor behov for at styrke udbredelsen af særlige forebyggelsestiltag til denne målgruppe i kommuner og regioner.

Styrket indsats for at nedbryde fordomme om psykiske lidelser

Stigmatisering har konsekvenser for mennesker med psykisk lidelse i form af oplevelser af diskrimination, nedvurdering af egne evner og muligheder samt social udstødelse. Forskning på området peger på, at mennesker med psykisk lidelse oplever stigmatisering i medierne og mødet med andre mennesker, og at dette fører til selvstigma. Mange føler sig desuden udsat for diskrimination i form af dårligere behandling i sundhedsvæsenet og dårligere adgang til velfærdsgoder og arbejdsmarkedet (34).

Stigmatisering udgør en væsentlig barriere for, at mennesker med psykiske lidelser kan bevare eller genvinde deres plads i samfundet. At bekæmpe stigmatisering ved at øge viden, sikre åbenhed, synliggørelse og accept af mennesker med psykiske lidelser er derfor en central opgave i relation til at ligestille psykisk lidelse med somatisk sygdom.

Tidlige og tilgængelig indsats til mennesker med psykiske lidelser

I dag oplever flere, at de ikke modtager den fornødne indsats på det rette tidspunkt i deres forløb. Det betyder dels, at mange kommer ind i psykiatrien, selvom deres udfordringer kunne være afhjulpet gennem en indsats uden for psykiatrien, og dels at nogle oplever forværring og tilbagefald i deres sygdomsforløb, som kunne være forebygget gennem en målrettet indsats.

Mennesker med psykiske lidelser skal have den rette indsats på det rette tidspunkt, og der skal være et effektivt tilbud til alle med både lette og svære tilfælde af psykisk lidelse. Der er derfor behov for at arbejde med systematiske indsatser, der kan sikre en tilgængelig og rettidig indsats til både børn, unge og voksne.

Højere faglig kvalitet i indsatsen

Aktuelt er indsatsen overfor mennesker med psykiske lidelser udfordret af et til tider lavt evidensniveau og en uensartet praksis på tværs af landet og sektorer. Det ses blandt andet i forskelle i anvendelsen af tvang, i indholdet og omfanget af indsatsen, samt i de faglige kompetencer, der er tilknyttet indsatsen.

Kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser handler grundlæggende om, at indsatsen er effektiv, fagligt god og tager udgangspunkt i den enkelte borgers/patients behov og ønsker. Der skal være høj kvalitet i alle faser af et forløb fra forebyggelse, diagnosticering, behandling, rehabilitering og pleje, og kvaliteten skal være kendt og ensartet, uanset hvor i landet og i hvilken sektor den tilbydes. Derudover skal indsatsen være tilpasset målgruppens særlige problemstillinger og behov for støtte. For at understøtte, at borgere og patienter modtager en indsats af højest mulige kvalitet, er det vigtigt, at de rette kompetencer er til rådighed, at borgere/patienter og pårørende inddrages, samt at indsatser er baseret på bedste viden og evidens.

Mere sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser

Ved manglende sammenhæng i indsatserne er der risiko for, at den enkelte får en ufuldstændig indsats, der influerer negativt på mulighederne for at komme sig og opnå bedring. Det gælder i særdeleshed for mennesker med psykisk lidelse og andre samtidige problemstillinger fx misbrug eller somatisk sygdom. Den manglende sammenhæng medfører lavere kvalitet, ophør med behandling, flere genindlæggelser samt dårligere patienttilfredshed og -sikkerhed.

Sammenhængen i det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser er blevet undersøgt flere gange og samstemmende er konklusionen, at der er behov for at styrke samarbejdet – både internt i og på tværs af sektorerne. Sammenhængen udfordres af forskelle i lovgivning, kultur og mål for indsatsen, begrænset kendskab til hinandens faglige kompetencer og indsatser, uklarhed om placering af ansvar samt manglende mulighed for at dele data. Derfor er der fortsat behov for at forbedre koordination og samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder, så det sikres, at indsatsen er præget af kontinuitet og samtidig tager højde for målgruppens særlige behov for støtte.

6 Den øgede sygelighed og overdødelighed skal nedbringes

Udfordringsbillede

Som nævnt lever mennesker med psykiske lidelser mellem 15 og 20 år kortere og med mere sygdom end den øvrige befolkning (33). Dette skyldes både højere forekomst af selvmord og bivirkninger ved psykofarmaka, men samlet set udgør fysisk sygdom, og risikofaktorer herfor, den væsentligste årsag til den øgede sygelighed og kortere levetid.

Selvmod er 20 gange mere hyppigt forekommende blandt mennesker med psykiske lidelser sammenlignet med den øvrige befolkning, og der er derfor iværksat flere tiltag målrettet selvmordsforebyggelsen fx regionale rådgivende og behandlende klinikker og reduceret pakningsstørrelse for paracetamol i håndkøb. Senest er der i 2017 i regi af Sundhedsstyrelsen igangsat et nationalt partnerskab for selvmordsforebyggelse som følge af satspuljeaftalen 2017-2020.

Bivirkninger ved behandling med psykofarmaka spiller også en rolle for sygeligheden og overdødeligheden, fordi medicinen kan medføre ændret stofskifte og vægtøgning og give hjertekarsygdom og diabetes. Derudover kan visse lægemidler give hjerterytmeforstyrrelser og øge risikoen for tidlig død. Med henblik på at adressere denne problemstilling er der de seneste år lavet vejledninger for psykofarmakologisk behandling og på baggrund af satspuljer igangsat medicinrådgivende teams, der skal understøtte hensigtsmæssig medicinering af mennesker med psykiske lidelser.

Dårligere adgang til somatiske sundhedsydelse er samtidig en vigtig årsag til overdødeligheden, idet forskning viser, at mennesker med psykiske lidelser underdiagnosticeres og -behandles for deres fysiske sygdomme (35,36). Dette på trods af, at mennesker med psykiske lidelser har et større behov for somatiske sundhedsydelse grundet højere forekomst af risikofaktorer for fysisk sygdom og risici ved den medicinske behandling. Der er igangsat flere tiltag, der skal understøtte bedre diagnosticering, behandling og opfølgning ved fysisk sygdom, men der er fortsat behov for at skabe bedre samarbejde tværfagligt og tværsektorielt, hvorfor denne problemstilling adresseres i kapitel 10 om sammenhængende forløb.

Sidst men ikke mindst skyldes den øgede sygelighed og kortere levetid blandt mennesker med psykiske lidelser en højere forekomst af risikofaktorer for fysisk sygdom og forhold relateret til livsstil (33). Der er igennem en årrække igangsat en del projekter med fokus på forebyggelse af fysisk sygdom i både kommuner og regioner. Derudover har Sundhedsstyrelsen udarbejdet forebyggelsespakker, der understøtter kommunernes arbejde med at forebygge sygdomsudvikling relateret til blandt andet alkohol, rygning, kost og motion. På trods af de igangsatte initiativer fremgår det fortsat af *Den Nationale Sundhedsprofil 2017*, at mennesker med vedvarende psykisk lidelse i højere grad end den øvrige befolkning ryger, har usunde madvaner, er fysisk inaktive og indtager alkohol, og at de er ligeså motiverede som andre for at ændre sundhedsadfærd (19). Mennesker med moderate til svære psykiske lidelser har behov for en særlig indsats for at ændre

sundhedsadfærd, der blandt andet omfatter tilpassede tilbud og mere støtte fra personalet, men undersøgelser viser, at personlige holdninger samt manglende kompetencer hos personalet er en væsentlig barriere for at ændre sundhedsadfærd (37). Der er derfor behov for at udbrede målrettede og tilpassede forebyggelsestiltag i de sammenhænge, hvor mennesker med psykiske lidelser opholder sig, således de får bedre muligheder for at ændre sundhedsadfærd og risikofaktorer for fysisk sygdom.

Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Med det formål at øge sundheden og levetiden for mennesker med psykiske lidelser bør målsætningen om at forebygge og opspore risikofaktorer for fysisk sygdom styrkes. Det er væsentligt, at kommuner, praksissektor og regioner har målrettede indsatser i forhold til sundhedsadfærd og risikofaktorer for fysisk sygdom, der er tilpasset mennesker med psykiske lidelser. Derudover er det vigtigt, at personalet har de rette kompetencer indenfor forebyggelse og sundhedspædagogik til at kunne støtte målgruppen i at ændre sundhedsadfærd.

På den baggrund anbefales følgende:

- Kommuner og regioner sætter mål for og udvikler forebyggelsestilbud vedrørende rygeafvænning, fysisk aktivitet, kost, alkohol og rusmiddelforebyggelse med fokus på, at mennesker med psykiske lidelser har brug for en særlig, tilpasset indsats.
- Det sikres, at det sundhedsfaglige personale i kommuner, regioner og praksissektor har den nødvendige viden, kompetencer og redskaber til at opspore og forebygge risikofaktorer og ændre sundhedsadfærd hos mennesker med psykiske lidelser.

7 Styrket indsats for at nedbryde fordomme om psykiske lidelser

Udfordringsbillede

Stigmatisering kan som nævnt tidligere betyde, at mennesker med psykiske lidelser oplever social eksklusion med konsekvenser for deres tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked. Stigmatisering kan ligeledes medføre forværring af sygdommen og medføre, at mennesker med psykiske lidelser benægter eller skjuler deres symptomer og ikke søger den hjælp, som de har behov for. At bekæmpe stigmatisering er derfor en central opgave i relation til at ligestille psykisk lidelse med somatisk sygdom.

Antistigmakampagnen EN AF OS blev i 2011 lanceret i et samarbejde mellem PsykiatriNetværket, Psykiatrifonden, TrygFonden, Danske Regioner, KL, Social- og Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen (8). Baggrunden var et ønske om at gøre en aktiv indsats for at afstigmatisere psykisk lidelse i Danmark, og kampagnen skulle gøre det lettere for den enkelte med psykisk lidelse at leve et godt liv som en ligeværdig del af samfundet. Som beskrevet er indsatserne centreret fem områder med målgrupper bestående af brugere og pårørende, unge, arbejdsmarkedet, personale på sundheds- og socialområdet, medierne og den brede befolkning. Kampagnen har løbende modtaget finansiering via satspuljemidler, og kampagnen løber i udgangspunktet frem til 2020.

Anbefaling for den fremadrettede indsats

Der er behov for at forankre principperne og erfaringerne fra EN AF OS og andre hidtidige antistigma-indsatser i den kommunale og regionale praksis, så antistigmatisering bliver et indlejret fokusområde på linje med eksempelvis forebyggelse. Antistigma skal således være et indbygget omdrejningspunkt for arbejdet med målgruppen på alle niveauer.

På den baggrund anbefales følgende:

- Regioner sikrer forankring og udbredelse af indsatser til at fjerne stigmatisering af mennesker med psykisk lidelse med udgangspunkt i hidtidige gode erfaringer fra psykiatrien og PsykInfo.
- Kommuner sikrer forankring og udbredelse af indsatser til at fjerne stigmatisering af mennesker med psykisk lidelse med aktiviteter på tværs af velfærdsområder og i samarbejde med civilsamfundet.

8 Tidligere og mere tilgængelig indsats for mennesker med psykiske lidelser

8.1 Indsatsen til børn og unge

Udfordringsbillede

Som beskrevet har aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrien igennem en årrække været stigende, hvilket har betydet, at stadigt flere børn og unge har kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien. Denne tendens mærkes også i kommunerne, der står for at tilrettelægge tidlige individorienterede og opfølgende indsatser til børn og unge med særlige behov⁵. Det er derfor væsentligt, at der sikres sammenhæng og kvalitet i den samlede indsats mellem kommune, region og praksissektor for den store gruppe af børn og unge med psykiske lidelser - eller tegn derpå - der har behov for den rette indsats i nærmiljøet.

Den kommunale indsats til børn og unge med særlige behov er i dag ofte forankret i Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). Imidlertid har mange kommuner ikke indsatser i tilstrækkeligt omfang, og der er også kommunerne imellem stor forskel på indsatserne i indhold og udbredelse (3). Dette afspejles i, at PPR's organisering og kompetencer er forskellige fra kommune til kommune, selvom PPR oftest er tværfagligt sammensat. Samlet set betyder det, at det er en udfordring at yde en ensartet tidlig indsats af høj kvalitet på tværs af landet.

Regionerne er forpligtede til at understøtte den patientrettede forebyggende indsats, ligesom regionerne er forpligtede til at yde rådgivning til kommunerne i forhold til deres tidlige og forebyggende indsatser⁶. For at understøtte tidlige og sammenhængende indsatser har der i satspuljeregi været afsat midler til tværfaglige udgående teams på børne- ungeområdet med gode erfaringer. Disse teams er forankrede i regionerne og har blandt andet haft brobyggende formål og understøttet forløb med samtidige indsatser på tværs af sektorer. Senest er der, ligeledes i satspuljeregi, afsat midler til afprøvning af fremskudt funktion i børne- og ungdomspsykiatrien, der skal løfte den tidlige indsats til børn og unge med psykiske lidelser.

Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Ved at styrke sammenhæng og kvalitet imellem kommunale indsatser som PPR, regionale indsatser som den ambulante børne- og ungdomspsykiatri, udgående teams m.v., samt praksissektoren, er der potentiale for at løfte indsatsen til børn og unge med særlige behov, herunder børn og unge med psykiske lidelser eller tegn herpå.

⁵ Sundhedsloven § 120, stk. 2

⁶ Sundhedsloven § 119, stk. 3

De tidlige indsatser i både kommuner, regioner og praksissektor kan styrkes ved at implementere stepped-care modeller, som er baseret på indsatser af forskellige intensitets- og specialiseringsgrader med hurtig og rettidig opgradering til et mere intensivt og specialiseret niveau ved behov. I forløbsprogrammerne anbefales det, at regioner og kommuner arbejder ud fra en model om graduerede indsatser til børn og unge, der har ADHD, angst/depression eller spiseforstyrrelse eller tegn derpå.

På den baggrund anbefales følgende:

- Sammenhæng og kvalitet i den tidlige indsats i kommuner, regioner og praksissektor sikres med henblik på at kunne varetage tidlige indsatser til børn og unge med særlige behov, herunder børn og unge med psykiske lidelser eller tegn herpå.
- Kommuner og regioner sikrer anvendelsen af stepped-care modeller til børn og unge med psykiske lidelser og sikrer implementering og udbredelse af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer til børn og unge med ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse.

8.2 Indsatsen til voksne

Udfordringsbillede

Grundstammen af sundhedsvæsenets indsats til voksne med tidlige tegn på eller lette til moderate psykiske lidelser udgøres i dag af samtaleterapi i almen praksis, behandling ved praktiserende speciallæge i psykiatri og behandling ved psykolog⁷. Hertil kommer forskellige kommunale tilbud, såsom *Lær at tackle angst og depression*, der har til formål at understøtte den enkelte borgers håndtering af symptomer på angst og depression i dagligdagen samt *Åben og Rolig*, der har til formål at gribe tidligt ind overfor begyndende nedtrykthed, angst eller stress (38,39).

I en undersøgelse af praksisområdet ses der store regionale forskelle i andelen, der modtager samtaleterapi i almen praksis og behandling hos speciallæge, mens andelen der modtager psykologhjælp er mere ensartet mellem regionerne. De store regionale variationer i brugen af særligt samtaleterapi og speciallægepraksis tyder på, at tilgængeligheden er uensartet på tværs af landet (32). Desuden peger en evaluering af psykologordningen på, at en stor del af dem, der henvises til psykologbehandling, ikke ligger indenfor henvisningskriterierne for psykologordningen (40). Det tyder på, at der er

⁷ Fokus i dette afsnit er mennesker med diagnoseerne depression, angstlidelser og tilpasnings- og belastningsreaktioner, som udgør langt den største gruppe af mennesker med psykiske lidelser og tilsammen omfatter mere end halvdelen af alle førstegangsdiagnosticerede borgere med psykiske lidelser.

udfordringer med de nuværende kriterier for henvisning, og at psykologbehandling ikke er tilgængelig for dem, som har brug for den. Generelt for både samtaleterapi i almen praksis, behandling hos speciallægepraksis og psykologbehandling er også, at der mangler viden om indsatsernes indhold og effekt.

Tilgængeligheden af ovenstående tilbud er afgørende for, at voksne med lette til moderate psykiske lidelser får den rette indsats på det rette tidspunkt. Den begrænsede og uensartede tilgængelighed af tilbuddene udgør en udfordring for at forebygge udviklingen af mere behandlingskrævende psykiske lidelser. Både internationalt og i Danmark er der gode erfaringer med indsatser, der øger tilgængeligheden af systematiske tilbud for netop voksne med lette til moderate psykiske lidelser. I en dansk sammenhæng er der blandt andet afprøvet en model til behandling af angst og depression, hvor en sundhedsperson i almen praksis varetager terapeutisk behandling, mens eventuel medicinsk behandling varetages af den praktiserende læge. Derudover er der igennem hele forløbet tilknyttet en speciallæge i psykiatri, der bidrager med faglig sparring til almen praksis, hvis det er relevant (41). Derudover er der i nogle regioner etableret et gratis og ikke-visiteret internetbaseret behandlingstilbud til angst og depression, der er baseret på kognitiv adfærdsterapi (42). I udlandet er der desuden veldokumenterede erfaringer med implementering af systematiske graduerede modeller til voksne med lette til moderate psykiske lidelser, hvor der er fokus på hurtig rettidig opgradering af indsatsen og lettilgængelige lavintensive internetbaserede tilbud.

Anbefaling for den fremadrettede indsats

Der er behov for at styrke og øge tilgængeligheden i den tidlige indsats for voksne med lette til moderate psykiske lidelser, hvilket kan ske ved at implementere en gradueret model med forskellige intensitets- og specialiseringsgrader. Det gælder både indsatsen i kommuner, almen praksis, ved praktiserende speciallæge og ved psykolog. Her kan der med fordel skeles til udenlandske og danske erfaringer med graduerede indsatser til voksne med lette til moderate psykiske lidelser.

På den baggrund anbefales følgende:

- Regionerne sikrer anvendelsen af graduerede indsatser til voksne med lette til moderate psykiske lidelser.
- Med udgangspunkt i eksisterende viden og erfaring udvikler regioner og kommuner relevante sundhedsfaglige indsatser, der er let tilgængelige for voksne med lette til moderate psykiske lidelser.

9 Højere faglig kvalitet i indsatsen

9.1 Kommunale indsatser

Udfordringsbillede

Den generelle udvikling i psykiatrien har, som tidligere nævnt, blandt andet betydet en bevægelse fra stationær behandling (indlæggelser) til mere ambulante behandling, ligesom der er sket en bevægelse fra længerevarende indlæggelser til korte intensive forløb med opfølgning i ambulante regi. Det har betydet, at kommunerne har fået nye og større sundhedsfaglige opgaver på det psykosociale område, fx flere borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug og flere borgere med komplekse problemstillinger samt borgere med svære psykiske lidelser, som udskrives tidligere og med andre behov for indsatser, end kommunerne tidligere har oplevet. Der ses endvidere i de seneste år flere meget alvorlige tilfælde af vold på botilbud.

Dette stiller krav til kvaliteten af den kommunale indsats, både hvad angår kompetencer, tilgængelighed og kapacitet, og til sammenhængen mellem kommunens socialfaglige, sundhedsfaglige og beskæftigelsesrettede indsatser fx botilbud, støtteydelse og hjemmesygepleje.

Der er i dag imidlertid stor forskel på og uensartet kvalitet i den kommunale indsats på tværs af landet - nogle steder er der fx ikke sundhedsfagligt personale tilknyttet, og der er lang ventetid til bostøtte tilbud. Den samlede kommunale indsats er endvidere ofte spredt over flere velfærdsområder i kommunen, hvilket udfordrer sammenhæng i forløbene yderligere.

Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Der er et stort behov for at styrke kvaliteten i de kommunale sundhedsfaglige indsatser på det psykosociale område. Det gælder både i forhold til kompetencer, indhold i indsatsen og sammenhæng mellem indsatser.

Dette kan understøttes med kvalitetskrav til indsatserne i kommunen, herunder krav til volumen, tværkommunalt samarbejde, tilknytning og brug af sundhedsfaglige og øvrige kompetencer (fx specialuddannede sygeplejersker), særlige rammer og udstyr mv.

På den baggrund anbefales følgende:

- Der udarbejdes nationale, forpligtende kvalitetskrav for sundhedsfaglige indsatser i kommunerne til mennesker med psykiske lidelser.
- Den socialfaglige og sundhedsfaglige indsats samtænkes og integreres på alle niveauer.

9.2 Tvang i psykiatrien

Udfordringsbillede

Regeringen, Danske Regioner og regionerne indgik i 2014 partnerskabsaftalen om at halvere anvendelsen af tvang i psykiatrien inden 2020. Halvdelen af tiden er nu gået, og status er, at selvom anvendelse bæltefikseringer er nedbragt på nationalt niveau, så bliver den samme andel af patienter fortsat udsat for tvangsforanstaltninger i psykiatrien. Det betyder, at der er sket en omlægning fremfor en nedbringelse af tvang i psykiatrien.

De seneste opgørelser over anvendelsen af tvang viser endvidere, at udviklingen i flere regioner er stagneret eller går i den forkerte retning, ligesom der fortsat kan konstateres en betydelig regional variation. De positive nationale resultater i forhold til at reducere andelen af personer, der bæltefikseres, kan i hovedtræk tilskrives enkelte regioners indsats, mens der i andre regioner fortsat ses en stigning eller stagnation i anvendelsen af bæltefikseringer og tvang generelt. Det betyder samlet set, at det samlede antal og den samlede andel af mennesker, som berøres af en eller anden

form for tvang, fortsat er over niveauet for baseline (2011-2013). Anvendelsen af tvang er således hverken på nationalt eller regionalt niveau nedbragt i et omfang, der gør det realistisk at nå målsætningen inden 2020.

For børn og unge ligger antallet og andelen af børn og unge under 18 år, der berøres af én eller flere tvangsforanstaltninger, fortsat betydeligt over baseline på nationalt niveau. Samtlige regioner er ligeledes over baseline i forhold til antallet og andelen af børn og unge, der tvangsindlægges.

Resultaterne for brugen af tvang er særdeles bekymrende af flere årsager. Først og fremmest berører tvang i psykiatrien nogle af de mest grundlæggende individuelle rettigheder til frihed og selvbestemmelse, og derfor er det helt afgørende, at patienter ikke berøres unødigt af tvang. Dernæst er det også bekymrende, at udviklingen indikerer

I international forskning og dansk sammenhæng er seks kernestrategier (43,44) vist at kunne nedbringe tvang gennem en samlet organisatorisk indsats, der omfatter:

1. Ledelsesinvolvering og formulering af målsætning om reduktion af tvang
2. Løbende brug af data til at følge arbejdet via opstilling af mål fx antal bæltefikseringer i afdelingen
3. Kompetenceudvikling af personalet fx kommunikation, recovery, deeskalering og konflikt håndtering
4. Anvendelse af tvangsforebyggende redskaber og miljøændringer, der medvirker til risikovurdering og deeskalation, fx dialogredskaber, kriseintervention, beroligende rum og indretning
5. Involvering af patienterne både ved indlæggelse og efter tvangshændelse for at få viden om patientens reaktionsmønstre og ønskede tiltag (forhåndstilkendegivelser)
6. Systematiske reviews af tvangsepisoder.

forskellig regional praksis og prioritering af forebyggelse af tvang. Som tidligere nævnt er patienter, der i dag bliver indlagt i den stationære psykiatri, ofte karakteriserede ved at have komplekse problemstillinger og alvorlige psykiske lidelser. Disse patienter bliver indlagt mange gange og ofte med brug af tvang – enten i forbindelse med indlæggelse eller behandling. For både børn, unge og voksne ses der en tendens til, at tvangen er ulige fordelt, så en lille gruppe af patienter med alvorlige problemstillinger udsættes for størstedelen af de anvendte tvangsforanstaltninger.

Der er gennem en årrække igangsat en del initiativer blandt andet i regi af satspuljeaftaler for at forebygge tvang. Eksempler på initiativer, der har været og kan være med til at nedbringe brugen af tvang er bæltefri afdelinger, brugerstyrede senge, de 150 særlige pladser, etablering af psykiatriske akutmodtagelser, samt tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang i psykiatrien.

Til trods for ovenstående initiativer, er der altså fortsat langt til målet om at nedbringe brugen af tvang inden 2020. Derfor er der behov for at styrke forebyggelsen af tvang tidligere i den enkeltes forløb, både gennem målrettede og intensive indsatser til de specifikke målgrupper, der er i særlig risiko for tvang, og gennem et øget fokus på en helhedsorienteret, tidlig indsats med fokus på det tværsektorielle samarbejde, der er afgørende i forhold til tvangsforebyggelse.

Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Generelt er der for at understøtte en ensartet og målrettet indsats for at forebygge tvang et behov for at styrke implementeringen af eksisterende evidensbaserede metoder til at nedbringe brugen af tvang (se eksempel i boks på forrige side). Ledelsesinvolvering er den vigtigste og mest grundlæggende af de seks kernestrategier. Nedbringelsen af tvang handler om en langsigtet kulturændring i psykiatrien, som kun kan ske ved vedvarende og konsekvent at fastholde fokus på tvangsnedbringelse..

Der er ligeledes behov for at have et særskilt fokus på tværsektorielt samarbejde omkring patienter med alvorlige psykiske lidelser, ligesom tvangsforebyggelse skal prioriteres højere. Dette foranlediget af de sete udfordringer, dels i overgangene mellem sektorerne, dels i forhold til den tidlige indsats i kommunerne, hvor det i mange tilfælde ikke lykkedes at forebygge tvang, heller ikke hos kendte patienter, der flere gange tidligere har været udsat for tvang.

Derudover er der behov for en særlig indsats målrettet specifikke målgrupper, fx voksne patienter indenfor psykospektrumet eller børn og unge med spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd.

For børn og unge er der behov for en styrket specialiseret indsats i forhold til målgruppen med alvorlige psykiske lidelser såsom spiseforstyrrelser eller med svære former for selvskadende adfærd, da denne gruppe er særligt udsat for tvangsansøgelse.. Der er brug for tidlige, specialiserede og tværfaglige indsatser med fokus på integrerede udrednings- og behandlingstilbud på tværs af sektorer. I etableringen af sådanne kan der

fx hentes inspiration fra OPUS-teams, der har fokus på tidligere opsporing og specialiseret behandling af unge med psykose.

I lyset af at flere udsættes for tvang, og at antallet af tvangsindlæggelser er stigende, er der endvidere et særskilt behov for at se på, hvordan man bedre kan forebygge anvendelsen af tvang i børne- og ungdomspsykiatrien, da tvangsindlæggelser ofte følges af brug af tvang under indlæggelsen.

Derudover er der med inspiration fra det somatiske område behov for at styrke den intensive indsats, hvilket kan ske gennem udvikling og opbygning af afsnit med intensiv psykiatri. Formålet er at målrette den tvangsforebyggende indsats overfor patienter med alvorlige psykiske lidelser og komplekse problemstillinger, og dette indebærer en særlig og intensiveret indsats på et mindre antal små sengeafsnit (almene og retspsykiatriske). Afsnittet vil være organiseret med få, intensive sengepladser (cirka det halve af et normalt sengeafsnit), hvor plejenormeringen er væsentligt højere end på andre afdelinger - svarende til intensive somatiske sengeafsnit. Personalet på afsnittet skal, ligesom på somatiske afsnit, være specialuddannet og bestå af speciallæger i psykiatri, sygeplejersker med specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje, samt specialuddannede psykologer, fysio- og ergoterapeuter mv. Målgruppen for afsnittet vil være en lille afgrænset gruppe af patienter, ofte indenfor psykosespektret, med mange indlæggelser, lav sygdomsindsigt og en historik for tvang. Som grundlag for etablering af afsnit med intensiv psykiatri bør der udarbejdes nationale standarder for indhold, visitation og dokumentation af indsatsen svarende til intensiv terapi indenfor de somatiske område (45).

Som beskrevet ovenfor er der store udfordringer med at nå målsætningen om at reducere den samlede anvendelse af tvangsforanstaltninger. Udviklingen i brugen af tvang i psykiatrien følges halvårligt ud fra den monitoreringsmodel, der blev udviklet i 2014. Der er nu behov for at vurdere, om der fremadrettet fra 2020 skal monitoreres ud fra en revideret monitoreringsmodel. I denne proces skal det også afdækkes, om der kan formuleres nye indikatorer, der kan indfange dele af problemstillingen bedre, herunder det tværsektorielle og den kommunale indsats.

På den baggrund anbefales følgende:

- Regioner implementerer og anvender systematiske metoder til nedbringelse af tvang med udgangspunkt i de seks kernestrategier med særligt fokus på ledelsesinvolvering.
- Kommuner implementerer tiltag, der styrker forebyggelsen af tvang og den tidlige indsats til mennesker med psykiske lidelser.
- Regioner og kommuner implementerer tiltag, der styrker det tværsektorielle samarbejde om patienter med alvorlige psykiske lidelser, fx rådgivende funktioner fra regionen og fremskudte kommunale funktioner.
- Regioner etablerer tidlige specialiserede indsatser til børn og unge med alvorlige psykiske lidelser eller svære former for selvskadende adfærd.
- Regioner udvikler de stationære intensive indsatser for mennesker med alvorlig psykisk lidelse i både psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Der skal udarbejdes nationale standarder for den intensive indsats.
- Sundhedsstyrelsen vurderer i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og med inddragelse af regionerne, hvordan der kan udvikles en ny monitoreringsmodel for anvendelsen af tvang.

9.3 Retspsykiatrien

Udfordringsbillede

Antallet af retspsykiatriske patienter og retspsykiatriske foranstaltningsdomme er mere end fordoblet de seneste 10 år. På samme vis er behandlingskapaciteten øget med et stigende antal sengepladser og en relativ større stigning i den ambulante behandlingskapacitet. Risikoen for kriminalitet er størst hos patienter med skizofreni og risikoen for vold er øget ved tilstedeværelse af udvalgte psykotiske symptomer og misbrug (31).

I *Kortlægning af retspsykiatrien* fra 2016 kunne det konstateres at der på baggrund af kortlægningen ikke er enkelte, klare årsager til stigningen i antallet af foranstaltningsdomme. Men en øget opmærksomhed på lovovertræderes mentale tilstand, før der træffes beslutning om straf eller foranstaltningsdom har medført et stigende antal mentalundersøgelser. Den øgede brug af mentalundersøgelser har medført flere foranstaltningsdomme frem for straf. Desuden påpeges det, at stigningen i antallet af mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug har en betydning for retspsykiatrien.

Forebyggelse af kriminalitet blandt mennesker med psykiske lidelser har af flere omgange indgået i satspuljeaftaler for sundheds- og socialområdet, men en stor del af initiativerne har således haft karakter af projekter og har medført en betydelig variation i tilbud på tværs af regioner og kommuner.

Forebyggelse af kriminalitet i psykiatrien handler dels om at forebygge kriminalitet hos de patienter, der ikke har en psykiatrisk særforanstaltning, og dels om at forebygge ny kriminalitet hos de retspsykiatriske patienter, der allerede er dømt. Forebyggelse af kriminalitet (og -recidiv) består således i at opspore og behandle psykiske lidelser, at begrænse misbrug og at modvirke sociale faktorer, der bidrager til yderligere risiko for kriminalitet. Det har væsentlig betydning for udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme, hvilken forebyggende indsats borgerne tilbydes. Danske Regioners rapport om retspsykiatri fra 2011 og Sundhedsstyrelsens rapport fra 2011 om *Psykisk syge kriminelles forløb 2005-2009* påpegede vigtigheden i sammenhæng og kontinuitet mellem de forskellige myndigheder fx kommune, region, Kriminalforsorgen, m.fl. særligt for de forløb, hvor der også er behov for misbrugsbehandling (46,47). Psykiatriudvalgets rapport fra 2013 og *Kortlægningen af retspsykiatrien* har begge peget på, at der er begrænset viden om, hvilke konkrete initiativer, der skal igangsættes for at understøtte en tilstrækkelig forebyggelse, behandling og opfølgning i retspsykiatrien (3,31). Den organisatoriske samling og oprustning i alle regioner på det retspsykiatriske område giver dog et godt grundlag for opbygning af mere systematisk dataregistrering og -indsamling på det retspsykiatriske område.

Med henblik på kvalitetsudvikling besluttede Danske Regioner i 2014 at etablere en klinisk kvalitetsdatabase indenfor det retspsykiatriske område for at monitorere behandlingen af patienter med en psykiatrisk særforanstaltning, men databasen er endnu ikke implementeret.

Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Der er behov for at understøtte en hensigtsmæssig fremtidig udvikling og organisering af retspsykiatrien, herunder at få viden om og drøfte forhold af betydning for udviklingen i retspsykiatrien.

På den baggrund anbefales følgende:

- Der er fortsat fagligt fokus på udviklingen indenfor retspsykiatrien, herunder at få viden om og drøfte forhold af betydning for de faglige rammer, organisering og regulering af retspsykiatrien.

9.4 Faglige kompetencer

Udfordringsbillede

Indsatsen til mennesker med psykiske lidelser er tværfaglig og helhedsorienteret. Dette kræver medvirken fra mange forskellige faggrupper, først og fremmest læger, sygeplejersker og psykologer, men også fysio- og ergoterapeuter, pædagoger, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, socialrådgivere og misbrugsbehandlere. Det er helt afgørende for indsatsen, at de rette kompetencer er til stede, og at kompetenceniveauet er højt.

Særligt psykiatrien er imidlertid præget af store vanskeligheder med at rekruttere og fastholde personale. I forhold til speciallæger skyldes det, at studerende og yngre læger i mindre grad vælger psykiatrien som speciale blandt andet på grund af manglende prestige (48). Psykiatriens almene ry i befolkningen spiller formentlig også en rolle. Undersøgelser viser, at kun 22 pct. af den generelle befolkning har et positivt syn på psykiatrien (2). Antallet af speciallæger i psykiatri har dog været stigende siden 2001 (49) og forventes fortsat at stige (50), men det er alligevel svært at rekruttere speciallæger og få uddannelsesstillinger i psykiatrien besat, særligt i visse dele af landet.

Sygeplejersker spiller en central rolle i behandlingen og plejen i psykiatrien og står for størstedelen af kontakten med patienterne. Rekruttering af sygeplejersker, særligt til den stationære psykiatri er også udfordret flere steder i landet. Dertil kommer, at kun 13 pct. af sygeplejersker ansat i psykiatrien har en specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje. Der er således fortsat et potentiale for at udbrede brugen af specialsygeplejersker.

Specialpsykologer indgår i stigende grad som en vigtig del af personalet i psykiatrien, og der har ligesom det øvrige personale været en vækst i antallet. Specialpsykologerne har blandt andet kompetencer indenfor diagnostiske udredning og terapeutisk arbejde. Der er dog fortsat uklarheder omkring ansvarsforhold, og hvilke opgaver specialpsykologer kan varetage i psykiatrien. Der er således rapporteret uensartet brug og forskellige fortolkninger af psykologernes muligheder for ansvar i regionerne (51).

Anbefalinger for den fremadrettede indsats

For at understøtte en høj faglig kvalitet i behandlingsindsatsen i psykiatrien bredt set bør der være et stort fokus på rekruttering og fastholdelse. Således bør rekruttering af specialuddannede læger og sygeplejersker til psykiatrien styrkes, og der bør alle steder arbejdes med fastholdelse af medarbejderne. Endvidere bør uddannelsen af specialsygeplejersker understøttes både indholdsmæssigt og kapacitetsmæssigt, så der sikres et relevant kvalitetsløft i det patientnære kliniske arbejde. Endelig bør behovet for præcisering af ansvarsforhold mv. for specialpsykologer undersøges nærmere, så disse kompetencer kan finde anvendelse, herunder bør gode erfaringer fra flere regioner med brugen af specialpsykologer udbredes.

På den baggrund anbefales følgende:

- Regionerne styrker en systematisk og målrettet rekrutterings- og fastholdelsesindsats i psykiatrien via lokale karriere-, forsknings- og faglige udviklingsmuligheder og -tiltag.
- Sundhedsstyrelsen igangsætter, i samarbejde med regionerne, en revision af den nuværende specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje.
- Regionerne fastsætter, i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, mål for uddannelse af specialsygeplejersker i psykiatri.
- Gode erfaringer med brug af specialpsykologer udbredes, og det bør overvejes om rammerne for specialpsykologernes virke i psykiatrien bør præciseres.

9.5 Evidensbaserede metoder og brug af data

Udfordringsbillede

Som beskrevet tidligere er der gennem en årrække iværksat en del tiltag for at understøtte en ensartet, høj kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Som eksempel kan nævnes RADS⁸ og det nye medicinråds behandlingsvejledninger, nationale kliniske retningslinjer, lovbaserede vejledninger⁹, guidelines fra de faglige selskaber samt regionalt udviklede pakkeforløb. I forhold til dokumentation og udvikling af behandlingsindsatsen udgør de kliniske kvalitetsdatabaser et centralt instrument, da de indeholder indikatorer for kvaliteten og resultater i behandlingen. Som nævnt findes der i dag tre databaser på psykiatriområdet for henholdsvis ADHD (for personer under 18 år), depression og skizofreni. Derudover er der en retspsykiatrisk database under etablering, og forsøgt etableret en database for psykologbehandling. I kommunerne er der også fokus på at understøtte en ensartet, høj kvalitet gennem øget dokumentation, vidensopbygning og udbredelse af evidensbaserede metoder. Af initiativer kan blandt andet nævnes KL's projekt om fælles faglige begreber (52), voksenundretningsmetoden (53), lovende praksis (www.sfi.dk), håndbog for resultatdokumentation og evaluering (54), Socialstyrelsens vidensportal på det sociale område (www.vidensportal.dk), den nationale koordinationsstruktur og forebyggelsespakken for mental sundhed (55).

På trods af de mange igangsatte initiativer har indsatsen i regioner og kommuner været præget af en udstrakt frihed i valg af metoder og indhold, og det har medført en variation i

⁸ Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin

⁹ Under bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed, nr. 877 af 4. april 2011

praksis på tværs af landet. De kliniske databaser har sammenlignet med databaserne på det somatiske område en meget lav målopfyldelse, hvilket både kan skyldes et problem med at leve op til de kvalitetsstandsarter, der er fastsat, og manglende registrering i databaserne (12,13,14). I forhold til den kommunale psykosociale indsats er der begrænset tilgængelig evidens for effektfulde metoder, ligesom der fortsat ikke er formuleret mål for kvaliteten af den kommunale indsats. Derudover er aktivitet og kapacitet i de kommunale psykosociale indsatser vanskelig at beskrive systematisk på tværs af landet. Samme problematik gælder for indsatser i praksissektoren.

Samlet set er der herved risiko for, at indsatsen for mennesker med psykiske lidelser bliver uensartet på tværs af landet og sektorer og præget af manglende gennemsigtighed i forhold til indholdet.

Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Der er behov for at understøtte systematisk brug af viden og evidens i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Derudover er der for løbende at monitorere kvaliteten af indsatsen behov for at videreudvikle de kliniske databaser i både børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien samt etablere indikatorer for kvalitet i kommunens og praksissektorens indsats.

Specifikt er der brug for viden om og indikatorer for behandling af børn og unge med spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd, og om voksne med fx bipolære lidelser, borderline personlighedsforstyrrelse og multisygdom

På den baggrund anbefales følgende:

- Det overvejes, om der skal udarbejdes nye nationale kliniske retningslinjer for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, eller om de eksisterende retningslinjer skal opdateres
- Regioner og kommuner arbejder systematisk med databaseret kvalitetsudvikling og -opfølgning på baggrund af fastlagte indikatorer, herunder også for tværsektorielle forløb.
- Regionerne styrker brugen af databaser i psykiatrien gennem kvalitetssikring af eksisterende og, hvor relevant, etablering af nye databaser med fokus på indsatser for både børn, unge og voksne.
- Regionerne styrker kvalitetsarbejdet, herunder udviklingen af databaser, på praksisområder, både for psykologer, almen praksis og speciallægepraksis.
- Kommuner arbejder systematisk med databaseret kvalitetsudvikling og -opfølgning, herunder udvikler indikatorer for den kommunale indsats.

9.6 Inddragelse af patienter, pårørende og peers i indsatsen

Udfordringsbillede

Danske og internationale studier viser, at inddragelse af patienter er med til at øge kvaliteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Patienter, der bliver inddraget, efterlever i højere grad behandlingen, er mere tilfredse med behandlingen og opnår bedre behandlingsresultater. Pårørendeinddragelse er ligeledes en væsentlig resurse for patienten både i hverdagen og behandlingen, og pårørende er værdifulde samarbejdspartnere, der øger den enkeltes muligheder for at komme sig (3). Peers (personer med brugererfaring) udgør endvidere en væsentlig resurse i behandling og rehabilitering både i form af frivilligt arbejde og som del af arbejdsstyrken (56,57).

Patienter, pårørende og peers ser endvidere sundhedsvæsenet fra et andet perspektiv end de sundhedsprofessionelle, og ved systematisk at inddrage patienters, pårørende og peers i udvikling af psykiatrien understøttes muligheden for at udvikle forløb, der skaber værdi og resultater for patienterne. Overordnet set kan borger/patientinddragelse ske på flere niveauer, henholdsvis et individuelt niveau, hvor patientens ønsker, behov og resurser inddrages og har betydning for beslutninger i det individuelle forløb, og et organisatorisk niveau, hvor der arbejdes med systematisk brug af brugernes viden og kompetencer i udviklingen af indsatser og forløb.

Derudover kan civilsamfundet spille en væsentlig rolle, hvor fx støtte fra borgere med brugererfaringer eller frivillige fra civilsamsfundsorganisationer kan medvirke til en bedre livskvalitet og en bedre oplevelse af behandlingsforløbet. Fælles er et fokus på recovery, rehabilitering, værdighed og tryghed i den tværfaglige indsats.

Der er i løbet af en årrække igangsat tiltag både i form af lovgivning, satspuljer og kommunale og regionale projekter, der skal øge inddragelsen af borgere, pårørende og peers. Som eksempel kan nævnes vejledning om brug af forhåndstilkendegivelser ved indlæggelse og behandling i psykiatrien (58), satspuljeprojekter om brug af peerstøtte i psykiatrien¹⁰ og udarbejdelse af systematisk koncept for pårørendeinddragelse.

Anbefalinger for den fremadrettede indsats

I erkendelsen af, at det tager tid at ændre kulturer og praksis, er der behov for fortsat at have fokus på og styrke inddragelsen af borgere/patienter, pårørende og peers på både individuelt og organisatorisk niveau. Det skal bidrage til, at deres resurser og viden inddrages, og at deres perspektiv på kvaliteten og resultatet af indsatsen inddrages.

På den baggrund anbefales følgende:

- Regionerne formulerer planer og målsætninger, som omfatter inddragelse af patienter og pårørende på alle niveauer fra den konkrete, individuelle behandling til strategisk udvikling af organisationer og samarbejdsformer på tværs af sektorer.
- Gode erfaringer med brug af peers opsamles og udbredes i regionerne.

9.7 Forskning

Udfordringsbillede

I psykiatriudvalgets rapport fra 2013 fremgik det, at der er behov for at understøtte en udvikling mod bedre kvalitet og en mere evidensbaseret og effektiv indsats til mennesker med psykiske lidelser gennem prioritering af fremtidig forskning indenfor det samlede psykiatriske område. Som opfølgning på udvalgsrapporten udarbejdede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold samt Uddannelses- og Forskningsministeriet i 2015 en national forskningsstrategi for mennesker med psykiske lidelser, *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser – en national strategi* (4).

Forskningsstrategien pegede på behovet for at styrke de faglige forskningsmiljøer. Således er en central pointe i strategien, at hvis forskningsmiljøerne ikke sikres en tilstrækkelig kritisk masse, fx i form af kompetencer, specialisering, infrastruktur og ledelseskraft, så risikerer forskningsindsatsen på området at have svære vilkår. Desuden påpegede strategien manglen på systematisk samarbejde og netværk mellem de regionale forskningsmiljøer indenfor psykiske lidelser og relevante samfunds- og socialfaglige samt humanistiske forskningsmiljøer. En højere grad af samarbejde og netværksdannelse på tværs af fag- og forskningstraditioner blev således også fremhævet som et muligt potentiale for at skabe ny væsentlig viden til gavn for mennesker med psykiske lidelser.

Strategien blev fulgt op af en satspulje til forskningsprojekter på 15 mio. kr., der blev udmøntet i regi af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen. Derudover investerede Innovationsfonden 60 mio. i psykiatriforskning i regi af strategien. Der er fortsat et stort potentiale i de forskningstiltag og -områder, som strategien peger på. Derfor er der brug for vedvarende fokus på styrkelse af forskningsmiljøerne indenfor psykiske lidelser, hvis vidensniveauet på området samt forskningskulturen skal løftes.

Anbefaling for den fremadrettede indsats

Forskningsstrategien fra 2015 udgør fortsat et solidt fundament og et uudnyttet potentiale for fremtidig forskning indenfor udviklingen og behandlingen af psykiske lidelser. Der er derfor behov for at sikre en bæredygtig offentlig investeringsramme til området.

På den baggrund anbefales følgende:

- Med udgangspunkt i den nationale strategi *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser* fra 2015 fokuseres indsatsen for skabelse af ny viden og opbygning af nødvendig infrastruktur på tværs af fag og sektorer.

10 Mere sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser

10.1 Helhedsorienteret behandling af mennesker med psykiske lidelser

Udfordringsbillede

Som nævnt tidligere er manglende sammenhæng en udfordring for kvaliteten i indsatsen overfor mennesker med psykiske lidelser. Dette gælder i særdeleshed for patienter, der både har psykiske lidelser og somatiske sygdomme, fordi tilstedeværelsen af samtidig somatisk og psykisk lidelse komplicerer patientens forløb og medfører mange kontakter, aftaler og indsatser i forskellige dele af sundhedsvæsenet. Mere end halvdelen af mennesker med psykisk lidelse har en eller flere somatiske sygdomme, og forekomsten af fx hjertekarsygdomme, diabetes, astma og allergi er markant højere end hos resten af befolkningen (59).

I en undersøgelse fra 2017 er det beskrevet, at det kan være svært at blive behandlet for sin somatiske sygdom, når man samtidig er i behandling for en psykisk lidelse (60). Eksempelvis oplever mennesker med en depression, at det er meget vanskeligt at modtage den nødvendige behandling for en somatisk sygdom. Ligeledes tilbydes mennesker med psykisk lidelse mindre hyppigt operative indgreb som fx en stentindsættelse eller en bypass-operation for deres iskæmiske hjertesygdom end mennesker, som ikke har en psykisk lidelse. Dette kan blandt andet skyldes uenighed blandt behandlerne om, hvorvidt symptomer er af fysisk eller psykisk karakter og en fejltolkning af fysiske symptomer som psykiske. Undersøgelsen viser også, at mennesker med samtidig psykisk og somatisk lidelse oplever en manglende sammenhæng i behandlingsindsatsen. Det medfører, at patienten oplever en usikkerhed i forhold til behandlingen og er ude af stand til at navigere i det spændingsfelt, der opstår mellem den somatiske og psykiatriske indsats (60). Sammenholdt med at denne gruppe af patienter har behov for en højere grad af støtte og opfølgning, hvis de skal undgå frafald og forværring af deres sygdom, betyder det samlet set en øget sygelighed og dødelighed.

På samme tid kan behandlingen af den psykiske lidelse også medføre øget risiko og forværre prognosen for en samtidig somatisk sygdom. Eksempelvis øger nogle typer psykofarmaka risikoen for udvikling af en række somatiske sygdomme. Det er blandt andet en kendt bivirkning ved antipsykotika, at præparaterne kan medføre overvægt, der er en risikofaktor for udvikling af somatisk sygdom og øget dødelighed. Derudover kan antipsykotika medføre metabolisk syndrom, der giver øget risikoen for at dø to gange og risikoen for at få blodpropper tre gange. Samtidig har personer med metabolisk syndrom fem gange forøget risiko for at udvikle type-2 diabetes, der også øger dødeligheden.

Ovenstående eksempler illustrerer, hvorfor det i behandlingen af mennesker med psykiske lidelser er afgørende at være opmærksom på somatiske sygdomme og

risikofaktorer herfor. Sammenhæng og koordinering mellem den somatiske og psykiatriske behandlingsindsats er afgørende for, at patienten modtager den rette behandling for både den psykiske lidelse og den somatiske sygdom. Nogle regioner har i den forbindelse gode erfaringer med at inddrage speciallæger i almen medicin og kliniske farmaceuter som konsulenter på psykiatriske afdelinger.

En sammenhængende indsats for patienter med multisygdom, som har særligt komplekse problemstillinger, kræver samtidig fokus på samarbejdet mellem de ambulante og de stationære behandlingstilbud. Accelererede forløb og tidlige udskrivelser i den stationære behandlingsindsats kan i nogle tilfælde medføre manglende kontinuitet i behandlingen, fordi patienten ikke følges tæt nok i tiden efter udskrivelse. Det kan eksempelvis skyldes lang ventetid på behandling i specialiserede tilbud. I den forbindelse arbejder psykiatrien allerede med at udarbejde behandlingsplaner for psykiatriske patienter. Mange regioner har ligeledes gennem anlægsprojekter og sygehusplanlægning haft fokus på geografisk nærhed både mellem stationære og ambulante behandlingstilbud og mellem psykiatri og somatik for at understøtte større sammenhæng.

Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Der er behov for at udbrede et tættere og mere systematisk samarbejde mellem somatik og psykiatri for patienter med multisygdom - både i ambulatorier, stationære funktioner og i akutmodtagelserne. Dette skal understøtte en samlet behandlingsindsats, der både omfatter den psykiske lidelse og den somatiske sygdom, med en højere grad af patientstøtte. Her kan der med fordel skeles til gode erfaringer med etablering af centre eller teams for multisygdom på tværs af somatiske og psykiatriske specialer, særlige multidisciplinære teams til drøftelse af udfordrende multisyge patienter med psykisk lidelse samt ansættelse af almen medicinere i psykiatrisk ambulante regi.

Der er desuden behov for, at de ambulante og stationære funktioner har et tæt integreret samarbejde om patienter og klare praksisser, der entydigt placerer behandlingsansvar ved overgange mellem forskellige behandlingsindsatser i psykiatrien, så patienterne ikke oplever unødige slip i overgangen mellem stationær og ambulante behandling. Her kan der med fordel skeles til gode erfaringer fra kræftområdet med blandt andet patientforløbsbeskrivelser eller opfølgingsprogrammer.

På den baggrund anbefales følgende:

- Regionerne implementerer fast og systematisk tværfagligt samarbejde omkring patienter med psykisk lidelse og somatisk sygdom med udgangspunkt i eksisterende gode erfaringer med fx teams.
- Regionerne implementerer fast og systematisk samarbejde mellem de psykiatriske akutmodtagelser og de fælles akutmodtagelser omkring akutte patienter med multisygdom.
- Regionernes stationære og ambulante funktioner integrerer indsatsen overfor patienter med multisygdom med udgangspunkt i eksisterende gode erfaringer.

10.2 Koordinerede indsatser mellem region og kommune

Udfordringsbillede

Nogle af de barrierer for samarbejde på tværs af regioner, kommuner og praksissektor, som Regeringens Udvalg om Psykiatri pegede på i 2013, er fortsat aktuelle i dag. Det drejer sig blandt andet om, at patienterne udskrives tidligere fra de regionale behandlingstilbud, hvilket stiller større krav til den kommunale opgavevaretagelse. Dette afføder udfordringer i kommunerne, der har svært ved at følge med efterspørgslen, og for borgeren betyder det ventetid på den kommunale indsats. Derudover oplever både regioner og kommuner ofte, at der er uklarhed omkring ansvarsfordelingen i en række situationer. Kommuner og regioner oplever ligeledes, at levedygtigheden af gode samarbejdsmodeller vanskeliggøres af lovgivningsmæssige udfordringer relateret til forskelle i ansvarsforhold, skel mellem Socialtilsynsloven og Sundhedsloven, forskellige regler omkring magtanvendelse, problemer med adgang til journalsystemer på tværs, manglende mulighed for deling af data, forskellig praksis for visitation til ydelser, mv.

Disse udfordringer medfører en række u hensigtsmæssigheder. Blandt andet er der risiko for underbehandling af den psykiske lidelse, og at borgeren/patienten oplever u hensigtsmæssige slip, hvor ingen af sektorerne tager fornødent ansvar. Dette ses særligt i udskrivessituationer og ved overgange mellem sektorer, hvor nogle oplever, at de ikke bliver grebet af hverken kommune eller distriktspsykiatri, når de udskrives (60). Desuden oplever en del at have mange kontakter, planer og indsatser i kommune og region. Det øger kompleksiteten for borgeren/patienten, der får en uoverskuelig rolle som koordinator for aftaler og kontakter i forskellige systemer. Disse sammenhængsudfordringer gør sig i særlig grad gældende for mennesker med komplekse forløb, der modtager indsatser i både region og kommune, eksempelvis patienter med psykisk lidelse og samtidig misbrug.

Der er iværksat en række tiltag både nationalt og i regioner og kommuner, der skal bidrage til at løse de oplevede udfordringer. Blandt andet er der med midler fra satspuljeaftaler etableret forskellige modeller for tværfaglige udgående teams, hvor der er opnået gode erfaringer med understøttelse af forløb med samtidige indsatser mellem sektorerne, koordination af overgange, mv. Ligeledes er der, foranlediget af udfordringerne med samarbejdsmodeller på tværs af regioner og kommuner, igangsat en række frikommuneforsøg med henblik på at give en større fleksibilitet i organiseringen, både på tværs af sektorer og på tværs af kommuner¹¹. Flere regioner og kommuner arbejder desuden med udbredelse af forskellige modeller, hvor indsatserne i psykiatrien og i kommunen i langt højere grad samtænkes og organiseres på fælles matrikel. Samtidig arbejder flere regioner og kommuner også med at koordinere planer, herunder

¹¹ Frikommuneforsøgene indebærer, at udvalgte kommuner fritages fra udvalgte bestemmelser i lovgivningen i en forsøgsperiode med henblik på at styrke indsatsen og styringen på det specialiserede socialområde

med videreudvikling og udbredelse af koordinerende indsatsplaner¹², der oprindeligt er udviklet til mennesker med psykisk lidelse og samtidig misbrug.

Senest har Folketinget i 2017 besluttet at etablere 150 særlige pladser, der skal rumme en særligt udsat målgruppe med svær psykisk lidelse, udadreagerende adfærd og samtidig misbrug. Regionerne har driftsansvaret for pladserne, mens kommunerne har visitationsansvaret. Derfor træffes beslutning om indlæggelse ikke alene på baggrund af en lægefaglig vurdering, hvilket inviterer til øget tværsektorielt samarbejde mellem regioner og kommuner. De nye pladser bør evalueres, så der løbende kan samles op på udfordringer og gode erfaringer.

Imidlertid er der fortsat udfordringer relateret til sammenhæng i indsatsen - særligt for mennesker med psykisk lidelse og komplekse forløb.

Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Der er fortsat behov for et mere integreret samarbejde mellem region og kommune. Sektorerne skal inddrage hinanden tidligt i patientens/borgerens forløb, og indsatserne i de forskellige sektorer skal hvor relevant foregå samtidig. Ligeledes er der behov for, at der er klare aftaler om rådgivning fra psykiatrien, så kommuner og praksissektoren oplever at få faglig og kvalificeret sparring igennem hele borgerens forløb.

Med henblik på at understøtte den tværsektorielle indsats skal hidtidige indsatser med tværfaglige udgående teams videreføres. Tværfaglige udgående teams har både været afprøvet på voksenområdet og på børne- og ungeområdet med gode erfaringer. Disse teams er forankrede i regionerne og har enten omhandlet udgående behandling i eget hjem med koordination til kommunernes sociale indsats eller haft brobyggende formål og understøttet forløb med samtidige indsatser på tværs af sektorer.

Der er allerede flere eksempler landet over på, at man forsøger at skabe fælles viden om fælles borgere/patienter og om hinanden ved at samle indsatser på tværs af sektorer og faggrupper. Erfaringerne herfra tyder på, at sikring af sammenhæng og rette tilbud til rette tid støder mod strukturelle barrierer, som ikke kan overvindes udelukkende gennem samarbejdsvilje. Fælles organisering med fælles budgetter og fælles ledelse er derfor et muligt næste skridt til at overkomme de nuværende barrierer.

¹² Koordinerende indsatsplaner er retningslinjer for indsatsen til personer med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, udarbejdet af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2014 (61).

Der er behov for at tage stilling til, hvordan planer anvendes mest hensigtsmæssigt og koordineres på tværs af sektorer. For nuværende kan borgere have mange forskellige planer, både i forskellige sektorer og på tværs af velfærdsområder i kommunen, uden at planerne er koordinerede. Flere regioner arbejder allerede med at udbrede koordinerende indsatsplaner.

På den baggrund anbefales følgende:

- Kommuner og regioner indgår aftaler i regi af sundhedsaftalerne om henholdsvis tidlig inddragelse af kommunen ved opstart af et behandlingsforløb, så kommunen kan igangsætte en indsats i borgerens nærmiljø, samt om tidlig inddragelse af regionen ved opstart af forløb i kommunen, og at der i både kommuner og regioner ved behov udpeges ansvarlige kontaktpersoner til at indgå i en koordinerende rolle med andre sektorer og forvaltninger omkring patientens/borgerens forløb.
- Kommuner og regioner indgår aftaler i regi af sundhedsaftalerne om rådgivning og sparring fra børne- og ungdomspsykiatrien til kommunen.
- Regionerne viderefører tværfaglige udgående teams med fokus på at understøtte koordination og samtidige indsatser mellem sektorerne.
- Modeller for fælles organisering afprøves, og modellerne evalueres med henblik på at udbredes gode erfaringer til hele landet.
- Lovgivningen på sundheds- og socialområdet revideres, så det bliver lettere for kommuner og regioner at indgå samarbejde med fælles organisering og dele data på tværs.
- Brugen af den koordinerende indsatsplan gøres bindende og understøttes digitalt samt implementeres for flere målgrupper i psykiatrien, der har tværsektorielle forløb.

Referenceliste

1. Folketinget. Forespørgselsdebat F 4 Om en langsigtet plan for, hvordan psykisk sundhed og psykiatrien kan opprioriteres markant. 15. december 2017. Lokaliseret 26. marts på: <http://www.ft.dk/samling/20171/forespoergsel/F4/index.htm>.
2. Sundhedsstyrelsen. National strategi for psykiatri. 20. august 2009
3. Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Oktober 2013.
4. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold og Uddannelses- og Forskningsministeriet. Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser – en national strategi. 2015.
5. Regeringen. Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan. 2014.
6. Socialstyrelsen. Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. 2015.
7. Socialstyrelsen. Koncept for systematisk inddragelse af pårørende. 2014.
8. EN AF OS. 2018. Lokaliseret 26. marts 2018 på: <http://www.en-af-os.dk/da.aspx>.
9. Sundhedsstyrelsen. Den akutte indsats i psykiatrien - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. 2009.
10. Danske Regioner. Benchmarking af psykiatrien 2016. 2016.
11. Danske Regioner. Kvalitet i psykiatrien. 2011.
12. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), BUP-ADHD. National årsrapport 2016: 1. januar 2016 - 31. december 2016. 29.08.2017.
13. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Dansk Depressions Database. National årsrapport 2016: 1. oktober 2015 - 31. december 2016. 24.05.2017.
14. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Den Nationale Skizofrenidatabase. Skizofreni Voksne. National årsrapport

- 2016: 1. januar 2016 – 31. december 2016. 07.07.2017.
15. Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Bertelsen M, Hjorthøj CR, Hastrup LH, Jørgensen P. From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry*. 2015;9(2): 156-62.
16. Kommunernes Landsforening. Strategiske pejlemærker for den kommunale socialpsykiatri. 2012.
17. Kommunernes Landsforening. Investér før det sker - Et debatoplæg om fremtidens socialpolitik. 2013.
18. Kommunernes Landsforening. Fælles om fremtidens socialpolitik. 2017.
19. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. 6. marts 2018.
20. Statens Institut for Folkesundhed. Juel K., Sørensen J. & Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. 2006.
21. WHO. The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, new hope. 2001.
22. WHO. The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever). 2008.
23. Rambøll. Evaluering af pulje til psykologhjælp, afsluttende evaluering; 2011. Lokaliseret på: www.socialstyrelsen.dk søg evaluering af psykologhjælp.
24. Statens Folkhälsoinstitut. Barns och ungas hälsa. Kunsapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010; 2011.
25. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark. 2015b.
26. Sundheds- og Ældreministeriet. Indblik i psykiatrien og sociale indsatser. 2018.
27. Sundheds- og Ældreministeriet. Indblik i psykiatrien på tværs af regioner og kommuner. 2018.
28. LUP Psykiatri, Defactum. Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. 2017.
29. LUP Somatik, Kompetencecenter for Patientoplevelser. Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. 2017.
30. Sundhedsstyrelsen. Monitorering af tvang i psykiatrien – opgørelse for perioden 1. januar 2017 – 31. december 2017. 2018.

31. Sundheds- og Ældreministeriet. Kortlægning af retspsykiatrien. December 2015.
32. Sundhedsdatastyrelse. Førstegangsdagnosticerede patienter i psykiatrien - forløb i sundhedsvæsenet og udvikling i arbejdsmarkedstilknytning. 2018.
33. Nordentoft, M., Krogh, J., Lange, P. & Moltke, A. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. Vidensråd for Forebyggelse. 2012.
34. Dansk Sundhedsinstitut DSI og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd SFI. Stigma og psykiske lidelser rapport. Oktober 2010.
35. Laursen TM, Mortensen PB, Maccabe JH, Cohen D, Gasse C. Cardiovascular drug use and mortality in patients with schizophrenia or bipolar disorder: a Danish population-based study. Psychol Med 2014; 44(8):1625-1637.
36. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. Arch Gen Psychiatry 2009; 66(7):713-720.
37. Socialstyrelsen. Det gør en forskel - om livsstilsændringer i socialpsykiatrien. 2013.
38. Lær at tackle angst og depression. Lokaliseret 12. april på <https://laerattackle.dk/angst-og-depression/angst-og-depression-unge/>
39. Åben og Rolig. Lokaliseret 12. april på <http://xn--benogrolig-05a.dk/>
40. Sundhedsstyrelsen. Evaluering og perspektivering af tilskudsordningen til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper. 15. september 2015.
41. Region Hovedstaden. Projekt Callabri. Lokaliseret 26. marts 2018 på: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/projektcollabri/Sider/default.aspx>.
42. Region Syddanmark. Internetbaseret behandling af angst eller depression. Lokaliseret 27. marts 2018 på: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm434059>.
43. Six Core Strategies to Prevent Conflict, Violence and Use of Seclusion and Restraint. National Association of State Mental Program Directors, 2011.

- <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>
44. LeBel JL, Duxbury JA, Putkonen A, Sprague T, Rae C, Sharpe J. Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2014; 52: 22-9.
45. Sundhedsstyrelsen. Intensiv terapi – definitioner, dokumentation og visitationsprincipper. Anbefaling fra arbejdsgruppen om intensiv medicinsk terapi. 2006.
46. Danske Regioner. Retspsykiatri – kvalitet og sikkerhed. 2011.
47. Sundhedsstyrelsen. Psykisk syge kriminelles forløb 2005-2009. 2011.
48. DSI. Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale. Marts 2006. Lokaliseret på: <https://www.kora.dk/media/1196257/medicinstuderendes-og-yngre-laegers-valg-af-speciale.pdf>.
49. Sundhedsdatastyrelsen. Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede pr. 31. december i årene 2000-2015 fordelt på faggrupper. 5. september 2017. Lokaliseret 26. marts 2018 på: http://esundhed.dk/sundhedsaktivitet/arbejdsmarked/arbejdsstyrke/_layouts/15/xlviewer.aspx?id=/sundhedsaktivitet/arbejdsmarked/arbejdsstyrke/Documents/Sundhedsuddannede_28092017-esu.xlsx.
50. Sundhedsstyrelsen. Lægeprognose 2015-2040 - Udbuddet af læger og speciallæger. 11. marts 2016. Lokaliseret 26. marts 2018 på: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~/_media/8EA52EAF8814DA1B4A6C56F19F14584.ashx.
51. Dansk Psykolog Forenings undersøgelse af specialpsykologuddannelsen 2017. Lokaliseret på: http://www.rm.dk/api/NewESDHBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5Ccms01-ext%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5CDagsordener%5CUdvalg_vedroerende_ps%202017%5C17-05-2017%5CAaben_dagsorden&appendixId=165699.
52. Kommunernes Landsforening. Fælles Faglige Begreber. Lokaliseret 5. april 2018 på: <http://www.kl.dk/Kommunale-opgaver/Social-service/ffb/>.
53. Socialstyrelsen. Voksenudredningsmetode – metodehåndbog. 2013.

54. Socialstyrelsen. Håndbog for sociale tilbud – Resultatdokumentation og evaluering. 2016.
55. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke om mental sundhed. 2. version. Maj 2013.
56. Korsbek, Lone & Petersen L.B.. Peerstøtte i de etablerede psykiatriske og psykosociale indsatser - hvad siger litteraturen om effekten? Tidsskrift for psykisk helsearbeid 12(4), 288-304. 2016.
57. Defactum. Hvordan skaber vi et arbejdsmarked for peers? – Muligheder og barrierer. 2017.
58. Vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning, m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger (Til psykiatriske afdelinger). VEJ nr 9778 af 02/08/2016. Lokaliseret 26. marts 2018 på: <https://www.retsinformation.dk/Fo rms/R0710.aspx?id=183218>.
59. Statens Institut for Folkesundhed. Overdødelighed blandt mennesker med psykiske lidelser. Notat august 2016.
60. Statens Institut for Folkesundhed. Folker, A.P.; Kristensen, M.M.; Nielsen Sølvhøj, I; Flint, S.; Oxholm Kusier, A & Hulvej Rod, M. Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - Analyse af personcases, oplevelser og evalueringer. 2017.
61. Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. 2014.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●