SUNDHEDSSTYRELSEN

Fagligt oplæg til en 10-årsplan

# Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser

Fagligt oplæg til en 10-årsplan
**Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser**

© Sundhedsstyrelsen, 2022
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

**www.sst.dk**

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-408-7
Den trykte versions ISBN: 978-87-7014-405-6

Sprog: Dansk
Version: 01
Versionsdato: 13. januar 2022

Design og layout: Sundhedsstyrelsen

Modelfotos: Lars Wittrock for Sundhedsstyrelsen
Andre fotos: Adobe Stock (side 30, 38, 48 og 208)

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Januar 2022

# Indholdsfortegnelse


| | |
|---|---|
| Forord | 5 |
| 1. Baggrund | 6 |
| 2. Resumé | 8 |
| 3. Samlede anbefalinger | 20 |
| 4. Begreber | 32 |
| 5. Hidtidige indsatser | 40 |
| 6. Status på området | 50 |
| 7. Udfordringer og muligheder | 66 |
| 8. Lighed og afstigmatisering | 82 |
| 9. Viden, udvikling og stærke faglige miljøer | 92 |
| 10. Mental sundhedsfremme | 100 |
| 11. Børn og unge | 108 |
| 12. Tidlige indsatser for voksne | 122 |
| 13. Udredning og behandling | 130 |
| 14. Retspsykiatri | 152 |
| 15. Socialpsykiatrien | 160 |
| 16. Sammenhæng | 174 |
| 17. Referenceliste | 184 |
| Ordliste | 204 |
| Deltagerliste for følgegruppe | 206 |

# Forord

Psykiske lidelser er hyppige. De fleste af os vil igennem livet opleve, at enten vi selv eller et nært familiemedlem får en psykisk lidelse. Det er ukendt for mange, måske fordi psykiske lidelser stadig er noget, som vi ikke taler åbent om.

Nogle psykiske lidelser er meget alvorlige, og i dag er det desværre sådan, at dem med de sværeste psykiske lidelser lever op til 15-20 år kortere end andre. Mange oplever, at den behandling eller sociale indsats de får er usammenhængende, utilstrækkelig og kommer for sent.

Behandlingen af mennesker med psykiske lidelser er ikke på niveau med den behandling, vi tilbyder mennesker med fysiske lidelser. Manglende fokus og prioritering gør området mindre attraktivt og vanskeliggør rekruttering og systematisk udvikling.

Der er heldigvis mange medarbejdere på både sundheds- og socialområdet, der hver dag gør en stor indsats for mennesker med psykiske lidelser, og som brænder for, at vi skal gøre det meget bedre. Mennesker med psykiske lidelser har brug for en sammenhængende, tværfaglig og helhedsorienteret indsats, og det er meget glædeligt, at der er en stor interesse for at styrke området fra alle relevante faglige organisationer.

Dette faglige oplæg tager sit udgangspunkt i et ønske om at forbedre livskvaliteten og tilværelsen for den enkelte med en psykisk lidelse. Målet er længere og bedre liv for det enkelte menneske i respekt for den enkeltes og de pårørendes ønsker og valg. Som det første af sin slags, favner oplægget både mental sundhedsfremme og indsatsen til mennesker med psykisk mistrivsel og psykiske lidelser i både let, moderat og svær grad.

Det faglige oplæg peger på, at der er behov for et langsigtet og grundlæggende fagligt løft over flere år. Ambitionen for de næste 10 år er høj. Ønsket er, at der skal ske et markant løft af området, og at indsatsen til mennesker med psykiske lidelser skal kunne måle sig med indsatsen på andre store sygdomsområder.

Der er et stort potentiale for at gøre det bedre, og dette faglige oplæg peger både på de områder, der kan styrkes gradvist over en længere periode, og hvad der bør styrkes og prioriteres med det samme. Her skal vi særligt fremhæve en styrket indsats til mennesker med de sværeste psykiske lidelser og en rettidig og systematisk indsats til børn og unge med psykisk mistrivsel.

Det faglige oplæg er udarbejdet i samarbejde med en bredt sammensat faglig følgegruppe. Vi vil gerne takke den faglige følgegruppe for de mange gode drøftelser, for værdifuld rådgivning undervejs og for den store vilje til bredt samarbejde. Det store ønske om at sætte en ny standard for kvalitet og sammenhæng i indsatserne har været gennemgående i arbejdet, og det lover godt for fremtiden.

Helene Bilsted Probst
vicedirektør
Sundhedsstyrelsen

Ellen Klarskov Lauritzen
direktør
Socialstyrelsen

# 1. Baggrund

Af forståelsespapiret, *Retfærdig retning for Danmark*, aftalt den 25. juni 2019 mellem Socialdemokratiet, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti og Enhedslisten, fremgår det, at regeringen vil indgå aftale om en 10-års plan for psykiatrien med forpligtende mål om bl.a. at mindske antallet af genindlæggelser, nedbringe ventetiden og øge gennemsnitslevealderen for mennesker med psykisk lidelse.

Med aftalen om Finansloven for 2020, indgået mellem Regeringen, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Enhedslisten og Alternativet den 2. december 2019 blev det besluttet, at igangsætte arbejdet med en 10-års plan for psykiatrien, der skal sætte en langsigtet retning for udviklingen af psykiatrien og sammenhængen på tværs af områder.

Samtidig blev der afsat en ramme på 600 mio. kr. årligt fra 2020 og frem til at styrke psykiatrien. Dette skulle ses i sammenhæng med det kommende arbejde med en 10-års plan for psykiatrien.

Formålet med dette faglige oplæg er at danne grundlag for en ambitiøs, langsigtet plan for et løft af den samlede indsats både i forhold til mental sundhed og psykisk lidelse og som går på tværs af sektorgrænser. Det faglige oplæg skal således danne grundlag for regeringens udspil til en samlet 10-årsplan for udvikling af psykiatrien.

## 1.1. Udarbejdelse af det faglige oplæg

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet det faglige oplæg i samarbejde med Socialstyrelsen. Styrelserne har løbende indhentet rådgivning fra en tværgående følgegruppe og fire faglige arbejdsgrupper, som har haft repræsentation fra myndigheds- og administrativt niveau, faglige selskaber og organisationer samt patientorganisationer.

Arbejdet har i stort omfang inddraget eksisterende strategier, kortlægninger, oplæg og planer på området fra både nationale aktører, interesseorganisationer og faglige organisationer og selskaber.

Faglige arbejdsgrupper har på fire udvalgte områder; primær sundhed, børn og unge, regional psykiatri og mental sundhedsfremme, bidraget med input til status på udviklingen i mental sundhed og forekomsten af psykiske lidelser, udviklingen i indsatsen på tværs af centrale aktører, samt identificering af de væsentligste udfordringer på området.

Følgegruppen har bidraget til løsninger på tværs af den samlede indsats, særligt med henblik på at vurdere, hvordan der sikres kvalitet og sammenhæng i tilbuddene set fra såvel et brugerperspektiv som et fagligt og ressourcemæssigt perspektiv. Deltagerliste for følgegruppen fremgår af kapitel 17.

Kommissorier for arbejdsgrupper og følgegruppe fremgår af bilagsrapporten.

Der er løbende holdt møder i følgegruppen, og der har løbende været mulighed for at indsende skriftlige kommentarer til det faglige oplæg.

## 1.2. Læsevejledning

Det faglige oplæg er bygget op i tre dele. Kapitel 4-6 er indledende kapitler, som alle bidrager til at belyse det samlede udfordringsbillede i forhold til mental sundhed og indsatsen til mennesker med psykiske lidelser. *Kapitel 4* beskriver udvalgte centrale begreber på området med henblik på at give en samlet forståelsesmæssig ramme for oplægget. *Kapitel 5* beskriver den historiske udvikling på området samt hidtidige initiativer på hhv. social- og sundhedsområdet. *Kapitel 6* beskriver kort centrale spørgsmål i forhold til sygdomsbyrde, kapacitet og kvalitet i både praksissektor, kommuner og på sygehuse. En grundig afdækning af hele området kan findes i bilagsrapporten.

Efter de indledende kapitler præsenteres i *Kapitel 7* de mest centrale, overordnede udfordringer og muligheder i forhold til mental sundhedsfremme og den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser. I kapitlet opstilles forslag til mål for de næste 10 år, samt hvordan området langsigtet kan opbygges. Herudover beskrives centrale forudsætninger for et succesfuldt fagligt løft, forslag til prioritering i den første del af 10-årsplanen, samt hvordan der følges op på planen.

Herefter følger *kapitlerne 8 til 16* med udvalgte temaer, som adresserer de væsentligste udfordringer og kommer med anbefalinger inden for de enkelte temaer.

I Figur 1 ses en oversigt over temakapitlerne i det faglige oplæg. Temaerne om *Lighed og afstigmatisering* samt *Viden, udvikling og stærke faglige miljøer* ses som grundlæggende forudsætninger for at løfte indsatsen og behandles i *kapitel 8 og 9.* De seks områder i *kapitel 10-16* behandler hver især elementer i det samlede forløb både før, under og efter, at psykisk lidelse opdages. *Kapitel 10* om *Mental sundhedsfremme* omhandler indsatsen til både børn, unge og voksne, mens indsatsen for *Børn og unge med psykisk mistrivsel eller psykiske lidelser* behandles særskilt i *kapitel 11*. Indsatsen til voksne beskrives i kapitlerne om *Tidlige indsatser, Behandling og udredning og Socialpsykiatri.* Mens kapitlet om *Retspsykiatri* beskriver indsatsen til både unge og voksne med dom til behandling. *Sammenhæng* er et tema, som går igen i flere kapitler, og som også behandles særskilt i det afsluttende *kapitel 16*, hvor der ses på tværs af indsatserne og det samlede forløb for både børn, unge og voksne.

I *kapitel 17* fremgår referenceliste, ordliste og oversigt over deltagere i den faglige følgegruppe for arbejdet. Alle øvrige bilag er samlet i en bilagsrapport, herunder bl.a. vedr. organisering af området og en uddybet dataanalyse.

**Figur 1:** Temakapitler i det faglige oplæg

# 2. Resumé

Den mentale sundhed er faldende i Danmark. Det er særligt bekymrende, at et stigende antal børn og unge oplever dårlig mental sundhed med potentielt alvorlige konsekvenser for bl.a. deres udvikling, skolegang og videre livsforløb.

Psykiske lidelser er meget almindelige, og en stor del af befolkningen vil på et tidspunkt i livet få en psykisk lidelse. Psykiske lidelser har stor betydning for den enkelte og mulighederne for at leve et almindeligt liv med familie, arbejde og fritidsinteresser, og de medfører en markant overdødelighed. Alligevel mødes mennesker med psykiske lidelser ikke med samme niveau af kvalitet i indsatsen som mennesker med fysiske lidelser. Det er afgørende for muligheden for at komme sig, at man får den rette behandling og støtte i tide.

Den indsats, vi i dag tilbyder, er præget af manglende sammenhæng, utilstrækkelig kvalitet og mangelfulde indsatser. Hvis vi skal komme den markante ulighed til livs og gøre en mærkbar forskel for mennesker med psykiske lidelser, er det et sygdomsområde, som skal prioriteres de næste mange år.

Dette faglige oplæg beskriver både, at den nuværende samlede indsats ikke er tilfredsstillende, men samtidig at der er et stort potentiale for at gøre det bedre. Det faglige oplæg til en 10-årsplan sætter en ny og ambitiøs retning for et samlet fagligt løft af området over de kommende ti år.

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har udarbejdet det faglige oplæg med rådgivning fra en bred faglig følgegruppe. Oplægget er udarbejdet med et stærkt ønske om at sikre bredere samarbejde, en ny standard for kvalitet og sammenhæng i indsatserne og en mere helhedsorienteret indsats. Udgangspunktet for oplægget er et ønske om at forbedre tilværelsen og livskvaliteten for det enkelte menneske i respekt for den enkeltes ønsker og valg.

## 2.1. En udfordring for folkesundheden

Den mentale sundhed er faldende i Danmark og et stigende antal børn og unge, og op imod en fjerdedel af unge kvinder, oplever dårlig mental sundhed.

Psykiske lidelser forekommer hos både børn, unge, voksne og ældre. Det antages, at ca. 580.000 mennesker på nuværende tidspunkt har en psykisk lidelse og det skønnes, at ca. 40-50 % af befolkningen i et livsforløb vil få en psykisk lidelse (1). Blandt børn og unge vil ca. 15 % blive diagnosticeret med en psykisk lidelse inden de fylder 18 år (2). Tallene kan dog være højere, da det formodes, at en del mennesker med psykiske lidelser ikke bliver registreret i de nationale registre eller i spørgeskemaundersøgelser, og heller ikke nødvendigvis opsøger hjælp.

Psykiske lidelser har forskellig sværhedsgrad og nogle er meget alvorlige. De har meget ofte store konsekvenser både for den enkelte og for dennes pårørende, og i et samfundsperspektiv tegner psykiske lidelser sig for 25 % af den samlede sygdomsbyrde[1].

De samfundsmæssige omkostninger ved psykiske lidelser er massive. Angst er efter diabetes og iskæmisk hjertesygdom den tredje hyppigste sygdom målt i antal nye sygdomstilfælde per år og er årsag til de fleste nye tilkendelser af førtidspension og de største omkostninger til samfundet målt i produktionstab. Skizofreni er ikke så hyppig, men til gengæld ofte meget alvorlig og årsag til de største omkostninger til behandling og pleje sammenlignet med andre sygdomme (4).

Psykiske lidelser er årsag til ca. 3.500 dødsfald årligt og er således den fjerde hyppigste dødsårsag i Danmark (5). Mennesker med psykiske lidelser lever markant kortere liv og med mere sygdom end resten af befolkningen. Det gælder især for mennesker med svære psykiske lidelser, som lever op til 15-20 år kortere end baggrundsbefolkningen, og som ofte også kæmper med fx misbrug og samtidige komplekse sociale problemer som fx hjemløshed (6-9).

Denne faglige gennemgang viser, at der på blot et årti er sket en stigning på ca. 30 % i antallet af patienter med psykiske lidelser, der behandles på sygehus[2]. Til sammenligning er antallet af patienter med somatiske sygdomme kun øget med 13 % i samme periode. Mindst 500.000 mennesker hen-

[1] Baseret på WHO´s data fra 2019, når der benyttes det standardiserede sygdomsbyrdemål YLD (Years Lost to Disability), og psykiske lidelser inkluderer både de almindelige psykiske lidelser, misbrugslidelser og visse degenerative neurologiske hjernesygdomme som fx demens-sygdomme medtages (3). Psykiske lidelser udgør 14 % og misbrugslidelser 4 % af den samlede sygdomsbyrde.
[2] Sundhedsstyrelsens egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (10).

vender sig årligt hos almen praksis med psykiske problemer (11). Antallet af voksne med psykiske lidelser, der modtager en visiteret social indsats i form af bl.a. botilbud og bostøtte, er steget med godt 11 % på bare fem år[3]. I børne- og ungdomspsykiatrien er antallet af patienter øget med ca. 50 % inden for en 10-årig periode[4]. Ligeledes er der sket en stigning på 41 % i antallet af børn og unge med psykiske lidelser, der er anbragt uden for hjemmet eller som modtager en forebyggende indsats i kommunen, fx en familierettet indsats[5] .

## 2.2. Hidtidige indsatser på området har ikke sikret et samlet løft

Der har i mange år været arbejdet på at udvikle og forbedre indsatsen til mennesker med psykiske lidelser, og der har været igangsat mange forskelligartede tiltag både i forhold til at sikre bedre fysiske rammer, forbedre kapaciteten og øge kvaliteten. Mange medarbejdere og ledere på tværs af social- og sundhedsområdet har ydet og yder fortsat en stor indsats.

Udfordringerne belyst i dette faglige oplæg er velkendte og mange af dem er der tidligere redegjort for i undersøgelser, kortlægninger, styringsgennemgange, større udvalgsarbejde mv. Der har ligeledes været iværksat en række større og mindre initiativer i forhold til at udvikle og forbedre indsatsen til mennesker med psykiske lidelser både nationalt og lokalt igennem de seneste mange år.

Man har tidligere politisk vedtaget to nationale handlingsplaner til at løfte området (12,13), baseret på grundige faglige oplæg med anbefalinger til, hvordan man styrker den faglige indsats til mennesker med psykiske lidelser.

Fælles for de tidligere initiativer er, at de i vid udstrækning har været spredte, usammenhængende og sporadisk implementeret gennem puljefinansierede og midlertidige forsøgsprojekter, der ikke har været sammentænkt ud fra en fælles faglig retning og ambition for området eller med udgangspunkt i det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser. Det er således ikke lykkedes at realisere en handlingsplan, der understøtter et samlet løft af indsatsen på tværs af det samlede psykiatriområde. Ligeledes er de mange anbefalinger, vejledninger og retningslinjer, samt metoder og redskaber, der er udviklet henover de sidste mange år, ofte ikke blevet systematisk implementeret, ligesom indsatsen ikke i helt tilstrækkelig grad er blevet beskrevet og monitoreret.

Det betyder, at de nødvendige faglige, ressourcemæssige og organisatoriske rammer for at styrke kvaliteten og udviklingen i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser ikke er implementeret i samme udstrækning, som for mennesker med somatiske sygdomme og samtidig er der sket en stor vækst i antallet af mennesker med psykiske lidelser, der har behov for hjælp.

[3] Socialstyrelsens egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.
[4] Sundhedsstyrelsens egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (10).
[5] Socialstyrelsens egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik. Børn og unge der alene modtager en foranstaltning efter servicelovens § 11 er ikke indeholdt i opgørelsen.

## 2.3. Udfordringer i dag

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er i dag præget af manglende sammenhæng, utilstrækkelig kvalitet, manglende tilbud, væsentlige udfordringer med at rekruttere og fastholde medarbejdere, utilstrækkelig faglig udvikling og forskning, stigmatisering og manglende prioritering. Udfordringerne er varierende på tværs af sektorer, men der er behov for en styrket indsats i både kommuner, praksissektor og på sygehuse. De væsentligste udfordringer er skitseret i boks 1.

### Boks 1: Hovedudfordringer

- **Utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng**
- **Utilstrækkelig kvalitet og tværfaglighed i de eksisterende tilbud**
- **Utilstrækkelige forebyggende og tidlige indsatser**
- **Stigmatisering og manglende prioritering og ligestilling på området**
- **Utilstrækkelig forskning, faglig udvikling og manglende prestige**

### 2.3.1 Utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng

En væsentlig udfordring i indsatsen til mennesker med psykiske lidelser er utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng i indsatsen.

En helt grundlæggende forudsætning for at levere en tilstrækkelig indsats af høj faglig kvalitet er, at der er et tilgængeligt tilbud med et tilstrækkeligt antal medarbejdere og ledere med de rette tværfaglige og specialiserede kompetencer. Der er gennemgribende og vedvarende udfordringer med at rekruttere og fastholde kompetent personale til indsatser for børn, unge og voksne med psykiske lidelser, i både den regionale psykiatri, socialpsykiatrien og i de specialiserede sociale tilbud på børne- og ungeområdet. Samtidig oplever alt for mange børn, unge og voksne med psykiske lidelser usammenhængende forløb med hyppige skift, flere samtidige indsatser samt forskellige styringsregimer og lovgivning på tværs af forskellige sektorer.

Også den manglende tilgængelighed af tilbud til mennesker med psykiske lidelser er et problem. Behovet for tilbud viser sig fx når forældre henvender sig hos den praktiserende læge eller på skolen pga. en stigende bekymring for deres barns trivsel og psykiske tilstand. Her er tilbuddene på tværs af kommunernes PPR-funktion (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) og socialafdelinger samt almen praksis varierende og dækker i dag ikke det stigende behov for tidlige indsatser til børn og unge med mistrivsel og symptomer på psykiske lidelser. PPR er i dag reguleret i folkeskoleloven, hvor der ikke er lovgrundlag for at varetage lettere behandling. Og der kan ofte gå lang tid inden barnet får den rette hjælp, ligesom det er svært for familierne at finde ud af, hvor de skal henvende sig. PPR's rolle er at supervisere lærere og pædagoger samt udarbejde pædagogiske-psykologiske vurderinger (PPV).

På samme måde er der på voksenområdet et markant behov for bedre tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng. Manglende kapacitet kan fx betyde, at ventetiden til et botilbud eller bostøtte i kommunalt regi kan være lang, eller at der ikke ydes en tilstrækkelig psykiatrisk rådgivning til botilbuddene. Konsekvensen kan være, at den enkelte enten fastholdes i indlæggelse eller udskrives med øget risiko for tilbagefald, genindlæggelse og dermed yderligere belastning for både den enkelte og de pårørende.

Samtidig oplever alt for mange mennesker med psykiske lidelser usammenhængende forløb med flere samtidige indsatser, som ikke er tilstrækkeligt koordineret. Disse udfordringer er komplekse og skyldes fx forskelligartet lovgivning og styringsregimer og forskellig faglig tilgang på tværs af sektorer.

Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug udgør en særlig udsat gruppe. Dels er deres tilstand faglig kompleks at håndtere og de har ofte både psykiske og fysiske sygdomme, forløb præget af både akutte indlæggelser og genindlæggelser og øget brug af tvang under indlæggelse. Samtidig opstår der på grund af uafklaret ansvarsfordeling et meget usammenhængende forløb på tværs af kommune og sygehus, hvilket lige præcis denne gruppe ikke har mulighed for at navigere i. Det er helt centralt og en forudsætning for, at kvaliteten kan øges for mennesker med de sværeste psykiske lidelser, at ansvarsfordelingen for denne gruppe gøres entydig, og at der opbygges et samlet integreret tilbud til målgruppen, forankret i regionerne.

### 2.3.2 Utilstrækkelig kvalitet og tværfaglighed i de eksisterende tilbud

Gennemgangen viser, at der er utilstrækkelig kvalitet og tværfaglighed i de eksisterende tilbud.

Kvaliteten i både den regionale psykiatri og i socialpsykiatrien er ikke på tilstrækkeligt niveau, hvilket har store konsekvenser og skaber en uacceptabel ulighed, med markant kortere liv med mere sygdom og mindre livskvalitet. Der er flere eksempler herpå.

**Der er for det første** en markant overdødelighed hos mennesker med psykiske lidelser bl.a. som følge af en højere forekomst af forebyggelige sygdomme som kræft og hjerte-kar-sygdomme, og her er samarbejdet mellem psykiatri og somatik ikke alle steder tilstrækkeligt.

**For det andet** er der mangel på forskning, evidensbaserede retningslinjer og opdaterede og veludviklede kvalitetsdatabaser. Der er andre lægefaglige specialer og fagområder med langt større videnskabelig tradition og højere prestige, som har bedre muligheder og rammer for at fastholde og udvikle udredningen og behandlingen af patienterne med høj faglig kvalitet og ambitioner.

**For det tredje** er der ikke i tilstrækkelig grad bindende systematiske forløbsbeskrivelser for hele forløbet med klare aftaler om visitation, ansvarsfordeling, samarbejde og tværfaglighed. Der er ikke i tilstrækkelig grad en helhedsorienteret tilgang til alle patienter, hvor der er mulighed for at sikre en helhedsorienteret behandling, der består af alle relevante elementer, herunder både farmakologisk behandling, psykoterapi, miljøterapi, ergoterapi, fysioterapi mv. af høj faglig kvalitet. En tværfaglig indsats af høj kvalitet i hele forløbet kræver, at de rette kompetencer er til stede hos det faglige personale, og at de forskellige faggruppers kompetencer anvendes bedst muligt. I det samlede forløb inddrages typisk mange forskellige faggrupper, herunder bl.a. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, psykologer, læger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere, socialpædagoger mv. Ud over tværfaglighed er der et stort potentiale i, at digitale løsninger udbredes og anvendes systematisk og evidensbaseret.

**For det fjerde** har vi fortsat store udfordringer med anvendelsen af tvang i psykiatrien. Regionerne har igennem en årrække og særligt siden 2014 arbejdet målrettet med at nedbringe brugen af tvang i psykiatrien, men selvom det er lykkedes at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer, er den samlede anvendelse af tvang fortsat for høj. Denne udvikling fortæller derfor også om en psykiatri, som ikke har den kapacitet og de rammer, der skal til, for at sikre tilstrækkelig kvalitet og en målrettet indsats, hvor den enkelte mødes med nærvær og indsatser med udgangspunkt i den enkeltes behov. Tilsvarende er det over de seneste 10 år ikke lykkedes at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg, og Danmark er det OECD-land, som har den højeste selvmordsrate under indlæggelse.

**For det femte** er indsatsen i socialpsykiatrien varierende i forhold til kvaliteten, ligesom der mangler tilstrækkeligt specialiserede tilbud, der kan varetage indsatsen for mennesker med svære psykiske lidelser, der udskrives fra den regionale psykiatri. Herudover er en meget høj andel af medarbejderne ufaglærte. Der er behov for at opbygge mere tydelige beskrivelser af kvalitet, herunder hvordan man på alle sociale tilbud kan arbejde mere målrettet og systematisk med at styrke og dokumentere kvaliteten, så tilbuddene har et ensartet fagligt indhold og kvalitet. Samtidig er der fortsat store udfordringer med patientsikkerheden på botilbud, særligt ift. håndtering af medicin, og ledere i socialpsykiatrien efterspørger flere sundhedsfaglige kompetencer i de sociale tilbud.

Samlet set findes der i dag ikke en systematisk, tværfaglig, helhedsorienteret og evidensbaseret indsats til mennesker med psykiske lidelser, som er en forudsætning for, at flere kommer sig, og flere oplever større livskvalitet.

### 2.3.3 Utilstrækkelige forebyggende og tidlige indsatser

Utilstrækkelige forebyggende og tidlige indsatser er en væsentlig årsag til overdødelighed og sygelighed.

En stor del af overdødeligheden, der ses hos mennesker med psykiske lidelser, skyldes fysiske sygdomme (14,15). Mennesker med psykiske lidelser er i lige så høj grad som andre interesserede i at leve et sundt liv, men der er ikke tilstrækkelig opmærksomhed på at tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende tilbud som fx rygestop, kost og motion til mennesker med psykiske lidelser. Og vi gør ikke nok for at tilbyde støtte til deltagelse i rutinemæssige undersøgelser som helbredstjek, screeningsundersøgelser eller forebyggende besøg hos tandlægen. Igen er det dem med de mest alvorlige psykiske lidelser, der rammes hårdest, for det er også dem, der har mest behov for en ekstra hånd og opmærksomhed på deres sundhedstilstand.

En anden del af overdødeligheden skyldes selvmord. Mennesker der har været indlagt på grund af en psykisk lidelse har en ca. 20 gange højere selvmordsrate end baggrundsbefolkningen (16). Specielt i forbindelse med indlæggelse og udskrivning er personer med psykiske lidelser særligt sårbare, særligt hvis de ikke gribes af en tilstrækkelig opfølgende indsats eller hvis de udskrives før de er klar til det. I den første uge er risikoen over 200 gange højere end for baggrundsbefolkningen.

Samtidig er der for mange, som ikke hjælpes tidligt nok i dag. Der er ikke et ensartet tilbud i almen praksis. Samtidig mangler de praktiserende læger overblik over tilbud uden for sygehuset, som de kan henvise til, når der ikke er behov for egentlig sygehusbehandling, og for ofte er konsekvensen, at særligt børn, unge og deres familier sendes rundt mellem forskellige aktører i primærsektoren og i kommunen. Det er ikke klart, hvor hjælpen kan fås, og der er ikke nok tidlige behandlingstilbud på tværs af landet. Samtidig er det tværsektorielle samarbejde og fokus på systematisk opsporing i kommunerne alt for ofte fraværende.

### 2.3.4 Stigmatisering og manglende prioritering og ligestilling på området

De mest grundlæggende udfordringer handler om stigmatisering og manglende prioritering og ligestilling.

Selvom psykiske lidelser er almindelige, er de stadig forbundet med tabu, skyld og skam. Psykiske lidelser er noget, man distancerer sig fra, og som man har svært ved at forstå, hvorfor opstår, og hvad betyder, måske fordi det ikke er synligt eller opleves som svært at håndtere.

For mange mennesker er det lettere at sige, at man har en fysisk lidelse end at man har en psykisk lidelse. Det bør være velkendt i den brede befolkning, hvor almindeligt det er at have en psykisk lidelse og det bør håndteres åbent og uden fordomme.

Stigmatisering har omfattende konsekvenser for mennesker med psykiske lidelser i form af diskrimination, selvstigmatisering og social udstødelse. Stigmatisering og diskrimination i samfundet, på arbejdspladser, i skolen og blandt fagpersoner mv. har betydning for den enkeltes forudsætninger for at genvinde eller etablere sin plads i samfundet og for at få den samme adgang til hjælp, støtte og behandling, og kan derfor forstærke ulighed.

Den udbredte stigmatisering betyder også, at psykiatrien ikke får den samme opmærksomhed i samfundet og ikke i samme grad er ligestillet med øvrige behandlingsområder. Området får simpelthen ikke den opmærksomhed og prioritering som sygdomsbyrden tilsiger, det burde have.

Stigmatiseringen og den manglende prioritering betyder også, at psykiatrien ikke har samme vilkår og rammer for at udvikle indsatsen. Mange år med midlertidige projekter og mangel på ressourcer betyder, at der ikke er sat en samlet retning for udviklingen af psykiatrien.

### 2.3.5 Utilstrækkelig forskning, faglig udvikling og manglende prestige

Manglende prioritering af forskning og faglig udvikling giver manglende prestige og udfordringer i forhold til fastholdelse og rekruttering.

Psykiatriområdet sammenholdt med tilsvarende sygdomsområder prioriteres ikke i samme grad og tildeles ikke samme grad af ressourcer til forskning (17). Inden for de psykiatriske specialer har der ikke i samme grad været tradition for at udvikle evidensbaserede retningslinjer, som inden for andre lægefaglige specialer. Ligeledes er der begrænset faglig udvikling og dokumentation af indsatserne til mennesker med psykiske lidelser i kommuner og praksissektor.

Den begrænsede dokumentation, udvikling og forskning medfører en utilstrækkelig viden om psykiske lidelser samt om effekten af indsatserne og en begrænset implementering af effektive indsatser.

At psykiatriområdet ikke har samme vilkår for faglig udvikling og forskning betyder, at psykiatrien ofte opleves mindre attraktiv at beskæftige sig med sammenlignet med andre sygdomsområder. Der er ingen tvivl om, at de mange medarbejdere, der arbejder inden for det psykiatriske felt, yder en stor og dedikeret indsats og også opfatter arbejdet som

både meningsfuldt og attraktivt. Men set på tværs af en række specialer inden for sygehusvæsenet er der store forskelle, som indikerer, at psykiatrien på det strukturelle niveau ikke har den opmærksomhed og anseelse, som området fortjener. Dette også set i forhold til den betydning, som området har for både de mennesker, der rammes, og for samfundet som helhed, samt med baggrund i den viden vi har om, at mange mennesker med psykiske lidelser faktisk kan komme sig med den rette hjælp.

Rekruttering og fastholdelse i den regionale psykiatri og socialpsykiatrien gennem styrket forskning og faglig udvikling er derfor også en helt central udfordring, som må og skal håndteres i de kommende år.

## 2.4. Ambitiøse mål med afsæt i det enkelte menneske

Den store sygdomsbyrde, den markante ulighed og den utilstrækkelige indsats kalder på et gennemgribende fagligt løft af indsatsen på tværs af sektorer. Det faglige oplæg beskriver derfor behov og muligheder for udviklingen af indsatsen over de næste 10 år.

Ambitionen er høj og ønsket er, at mennesker med psykiske lidelser i Danmark skal leve bedre og længere liv, blive inkluderet og accepteret i samfundet og modtage indsatser, der måler sig med de bedste i verden, med respekt for den enkeltes ønsker og valg.

Derfor er det også helt afgørende, at der som en del af en 10-årsplan sættes ambitiøse mål for, at opnå bedre liv og mulighed for at indgå på lige fod i samfundet og i overensstemmelse med den enkeltes egne ønsker og valg. Målene skal sætte retning for indsatsen og være afsæt for en løbende opfølgning på, om udviklingen går i den rigtige retning, og om de implementerede indsatser gør en forskel for mennesker med psykiske lidelser og på den mentale sundhed i befolkningen. Ud over at øge trivsel og livskvalitet vil en opbygning af området medvirke til at nedbringe de samfundsøkonomiske omkostninger i form af færre udgifter til sygedagpenge, arbejdsskader, tidlig pension mv.

Det faglige oplæg opstiller forslag til faglige mål, som i en kommende 10-årsplan bør kvalificeres yderligere.

De foreslåede mål tager afsæt i den enkeltes mulighed for at leve et godt og meningsfuldt liv. De har både fokus på mental sundhed, psykisk mistrivsel og en forbedret indsats til mennesker med psykiske lidelser i både let, moderat og svær grad.

Målene går på tværs af sociale indsatser, det primære sundhedsvæsen og den regionale psykiatri, og det er en forudsætning for at indfri målene, at alle arbejder sammen på tværs af sektorer og på tværs af civilsamfund, kommuner, regioner og nationalt niveau, og at alle arbejder i samme retning.

### Boks 2: Ambitiøse faglige mål for den samlede indsats til børn, unge og voksne

- **Den mentale sundhed for børn og unge er forbedret**
- **Mennesker med psykiske lidelser lever længere liv med mindre sygdom**
- **Mennesker med psykiske lidelser bliver i højere grad inkluderet og accepteret i samfundet**
- **Mennesker med psykiske lidelser fastholdes i job, skole og uddannelse samt tager oftere en uddannelse og får et job**
- **Børn, unge og voksne med tidlige tegn på eller i risiko for at få psykiske lidelser modtager en tidlig, forebyggende indsats**
- **Børn, unge og voksne med psykiske lidelser oplever høj kvalitet, omsorg, inddragelse og sammenhæng i indsatsen**
- **Børn, unge og voksne med psykiske lidelser udsættes for mindre tvang og magtanvendelse**
- **Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug får en mere sammenhængende og effektiv behandling og flere lykkes med ophør af misbrug**
- **Færre mennesker med psykiske lidelser får en behandlingsdom for kriminalitet**
- **Pårørende får oftere den støtte, de har behov for, og deres ressourcer bruges mere aktivt i indsatsen**

Målene bør være centrale i en systematisk opfølgning på den kommende 10-årsplan. Erfaringen fra både kræftplanerne og bl.a. den norske psykiatriplan viser, at det er helt centralt, at der sikres systematisk og løbende opfølgning på implementeringen af indsatsen.

En sådan opfølgning bør ske med bred repræsentation af aktører på tværs af alle de relevante fagområder, som kan følge indsatsen og understøtte en tæt og løbende såvel kvantitativ som kvalitativ koordinering og opfølgning samt rådgive om udfordringer og behov i forbindelse med 10-årsplanen.

## 2.5. Forudsætninger for et succesfuldt fagligt løft

Hvis ambitionerne i de opstillede mål skal opfyldes, er der behov for et grundlæggende fagligt løft af indsatsen til mennesker med psykiske lidelser. Det kræver en struktureret, gradvis og langsigtet opbygning af området. Struktureret i form af klare, ensartede og sammenhængende rammer for indsatsen og krav baseret på evidens eller bedste viden i de tilfælde, hvor evidensen fortsat mangler og skal udvikles. Gradvis fordi indsatsen skal opbygges i takt med, at rammerne er til stede, og i takt med at forudsætningerne for et gennemgribende løft tilvejebringes. Og langsigtet fordi der er behov for et opgør med midlertidige projekter og puljer, og i stedet en samlet faglig udvikling for det samlede område.

For at det kan ske peger en lang række aktører på området på helt afgørende forudsætninger, som skal være til stede.

### Boks 3: Grundlæggende forudsætninger

- **Et gradvist, strategisk og langsigtet kapacitetsløft for at imødekomme behovet for indsatser og behandling, herunder bl.a. flere medarbejdere på tværs af både sociale og sundhedsfaglige indsatser**
- **Bedre rekruttering og fastholdelse af kompetente medarbejdere på tværs af faggrupper samt kompetenceløft**
- **Mere fleksibel opgavevaretagelse**
- **En tydeligere ansvarsfordeling i opgaveløsningen og bedre sammenhæng på tværs af sektorer**

Som det vigtigste bør der gradvist opbygges den nødvendige **kapacitet** på områder, hvor indsatserne i dag er mangelfulde, og der bør sikres tilstrækkeligt kvalificeret personale til indsatserne. Løftet bør ske gradvist, og i takt med, at de nationale faglige rammer beskrives, og der kan rekrutteres og udvikles relevante kompetencer.

En grundlæggende forudsætning for at opbygge den nødvendige kapacitet er, at der skabes bedre rammer for rekruttering og fastholdelse af kompetente medarbejdere. Der bør gennem hele den 10-årige periode arbejdes med at sikre bæredygtige løsninger for de gennemgribende udfordringer med rekruttering og fastholdelse fx gennem en gradvis opbygning af attraktive arbejdspladser med mulighed for faglig udvikling, og gennem mere fleksibel opgavevaretagelse og samtidighed i indsatsen på tværs af faggrupperne på området.

Ligeledes er det helt afgørende, at de organisatoriske rammer er med til at understøtte og opbygge en bedre sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Det er nødvendigt at opbygge et forpligtende samarbejde med en mere fælles faglig forståelse på tværs af aktører i både kommune, praksissektor og på sygehus med en tydelig ansvarsfordeling og et tættere samarbejde i opgaveløsningen. Ligeledes er det nødvendigt at sikre, at lovgivningerne på social-, sundheds-, skole-, uddannelse- og beskæftigelsesområdet rummer de nødvendige rammer til at understøtte samarbejde og sammenhæng på tværs.

## 2.6. Gradvist løft over en periode på 10 år

I det faglige oplæg er udvalgt ni temaer, som er analyseret grundigt bl.a. med involvering af en lang række aktører og fagfolk.

De første to temaer omhandler grundlæggende indsatser, som vurderes afgørende for, at der på sigt kan ske et gennemgribende fagligt løft. Disse temaer er *Lighed og afstigmatisering samt Viden, udvikling og stærke faglige miljøer*. De øvrige temaer dækker *Mental sundhedsfremme* og det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser, herunder indsatsen til *Børn og unge*, *Tidlige indsatser til voksne*, *Udredning og behandling*, *Retspsykiatri* og *Socialpsykiatrien*. Afslutningsvis ses der på tværs af indsatser og sektorer i temaet om *Sammenhæng*.

Anbefalingerne rummer tilsammen et bredt løft af den samlede indsats på tværs af sundheds- og socialområdet og er beskrevet således, at det er muligt at prioritere og iværksætte dem trinvist.

**Der fremlægges i dette faglige oplæg en tydelig prioritering. De områder, der er prioriteret, er dem hvor behovet er størst og mest akut og af fundamental betydning for at sikre en langsigtet udvikling.**

De prioriterede anbefalinger og indsatser præsenteres i boks 4 på næste side.

**For det første** er det væsentligt at løfte indsatsen til børn, unge og de sværest syge.

Stadigt flere børn og unge har psykisk mistrivsel og psykiske lidelser, og samtidig diagnosticeres flere børn tidligere med psykiske lidelser. Tilbuddet til dem er i dag mangelfuldt, og det betyder, at alt for mange børn og deres familier lades i stikken, og at børne- og ungdomspsykiatrien og de kommunale tilbud til børn og unge er under et stort pres. Samtidig er der behov for et styrket tværsektorielt samarbejde om opsporingen af særligt børn med udviklingsforstyrrelser, som i dag i alt for mange tilfælde opdages for sent. Den manglende indsats har store konsekvenser for barnet og familien og trækker spor langt ind i voksenlivet for den enkelte.

Mennesker med psykiske lidelser i svær grad er en anden gruppe, som i dag alt for ofte får en fragmenteret og utilstrækkelig indsats. Konsekvenserne er en markant kortere levetid, langvarige forløb og større risiko for hjemløshed. Samtidig er det de sværest syge, der oftest udsættes for tvang, tager deres eget liv og får en dom til behandling, som kunne være undgået med den rette indsats. Der er behov for et løft af kvaliteten på tværs af den regionale psykiatri, socialpsykiatrien og det specialiserede socialområde ift. børn og unge, og der er brug for sammenhængende, tværfaglige og helhedsorienterede indsatser med afsæt i evidens og tydelige forløbsbeskrivelser for den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser.

**For det andet** er der behov for, at de helt fundamentale byggesten kommer på plads, så indsatsen kan opbygges over de næste ti år.

De vigtigste byggesten til et gennemgribende fagligt løft af indsatsen er, at der sættes ind i forhold til at nedbryde stigmatisering, højne prestige, styrke forskning og tværfagligt samarbejde, så evidensgrundlaget for indsatserne bliver bedre. Afstigmatisering og et fagligt løft er samtidigt helt afgørende for, at det kan lykkes at rekruttere og fastholde tilstrækkeligt med medarbejdere på tværs af psykiatrien, socialpsykiatrien og det specialiserede socialområde i de kommende år.

Efter igangsættelse af de prioriterede indsatser i den indledende periode af en 10-årsplan bør der foretages en evaluering af indsatserne samt overblik over status på indsatserne. Evalueringen bør ske med henblik på at foretage en ny faglig vurdering og prioritering af anbefalingerne for den efterfølgende årrække. En tydelig prioritering i flere faser er med til at understøtte et strategisk og målrettet fagligt løft af det samlede område. Tidligere er enkeltstående anbefalinger og kortsigtede projekter implementeret sporadisk, og har derved ikke understøttet et samlet fagligt løft. I det næste kapitel findes et overblik over alle anbefalinger i det faglige oplæg for 10-årsplanen.

## Boks 4: Prioriterede indsatser

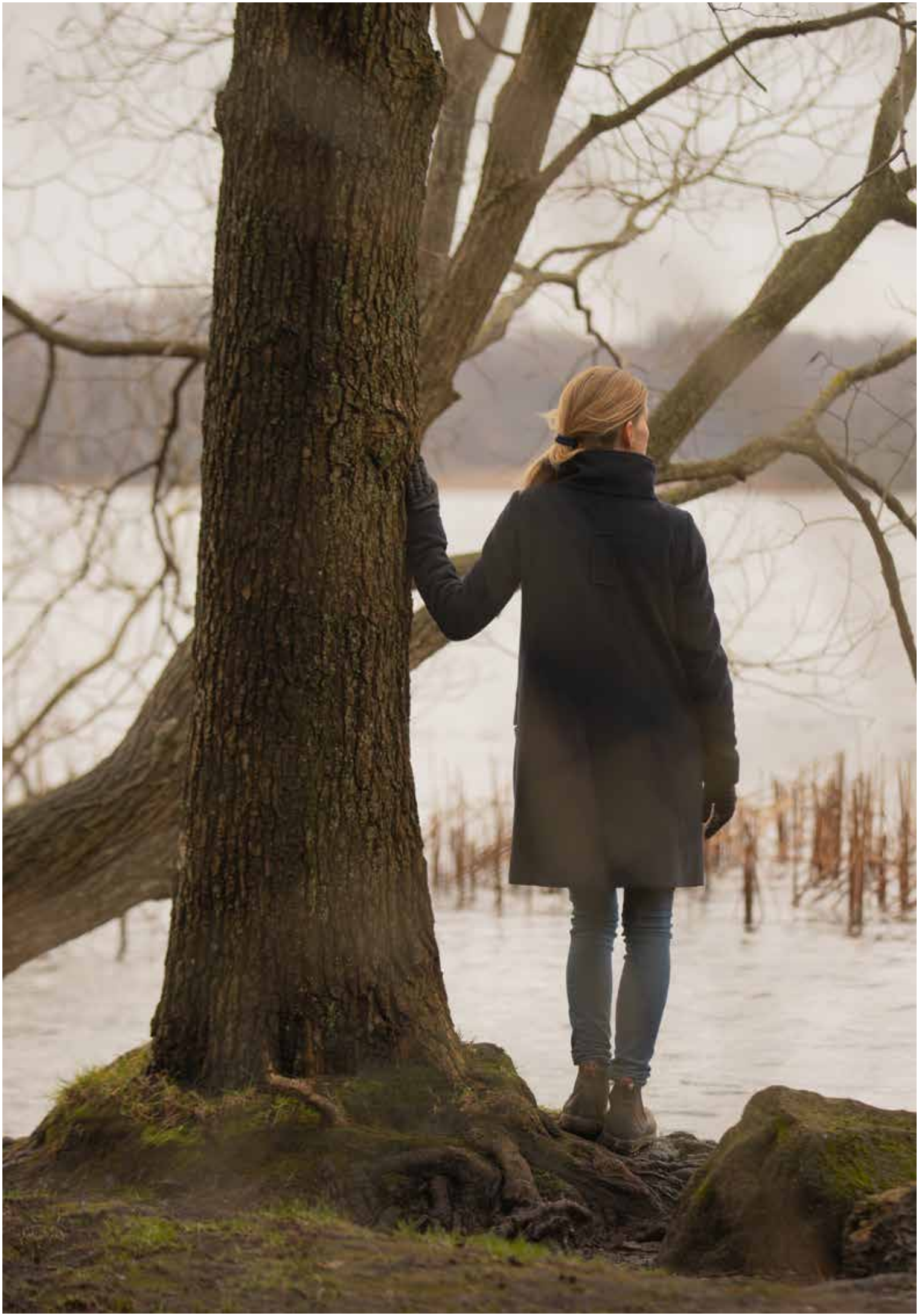
1. **Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel af ensartet høj kvalitet**
   Dette kan sikres gennem etablering af et kommunalt tilbud med én indgang baseret på nationale faglige rammer. Tilbuddet skal indeholde mulighed for udredning og lettere behandlingstilbud. Samtidig skal tilbuddet understøtte det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde mellem kommuner, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatrien om børn og unge med mistrivsel og psykiske symptomer, herunder ift. tidlig opsporing og udredning af særligt børn og unge med udviklingsforstyrrelser og børn og unge i risikogrupper ***(se anbefaling 11)***.

2. **Styrkede indsatser til mennesker med svær grad af psykisk lidelse**
   Dette kan bl.a. sikres gennem velbeskrevne rammer og krav til kvalitet og sammenhæng gennem tværsektorielle og tværfaglige forløbsbeskrivelser ***(se anbefaling 20)***. Med afsæt i beskrivelserne kan der ske en udbygning af de specialiserede ambulante tilbud i både psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien ***(se anbefaling 21 og 12)***. For de sværest syge med akutte og langvarige behov for indlæggelse kan der ske en evaluering og vurdering af de intensive sengepladser i psykiatrien og laves rammer for en ny type rehabiliterende pladser (se anbefaling 18). Derudover kan kvaliteten og kapaciteten i socialpsykiatrien løftes gennem bl.a. en national udviklingsstrategi for et kvalitetsløft samt etablering af midlertidige og akutte kommunale tilbud til voksne, der fx venter på et botilbud efter indlæggelse på sygehus ***(se anbefaling 28 og 31)***.

3. **Afstigmatisering af psykisk lidelse**
   Dette kan sikres gennem en langsigtet plan og ramme for indsatsen for afstigmatisering. Som det første kan der etableres et nationalt videnscenter, der skal understøtte indsatser rettet mod såvel den brede befolkning som medarbejdere på tværs af social- og sundhedsområdet ***(se anbefaling 1)***.

4. **Styrkede tværfaglige og evidensbaserede miljøer**
   Dette kan sikres gennem etablering af tværfaglige og tværsektorielle grupper (med inspiration fra kræftområdet), som skal bidrage til at understøtte en langsigtet faglig udvikling og kontinuerlig kvalitetsforbedring i den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser på tværs af praksissektor, kommune og på sygehus, herunder udarbejdelse af faglige retningslinjer og udbredelse af evidensbaserede og dokumenteret virksomme indsatser ***(se anbefaling 6)***.

5. **Forskning og udvikling**
   Dette kan i første omgang sikres gennem implementering af den tværfaglige og tværsektorielle forskningsstrategi fra 2015 ***(se anbefaling 5)***.



# 3

# Samlede anbefalinger

# 3. Samlede anbefalinger

I det faglige oplæg præsenteres ni udvalgte temaer og inden for hvert tema beskrives udfordringer og anbefalinger til bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. De prioriterede temaer er:

- Lighed og afstigmatisering (kapitel 8)
- Viden, udvikling og stærke faglige miljøer (kapitel 9)
- Mental sundhedsfremme (kapitel 10)
- Børn og unge (kapitel 11)
- Tidlige indsatser for voksne (kapitel 12)
- Udredning og behandling (kapitel 13)
- Retspsykiatri (kapitel 14)
- Socialpsykiatrien (kapitel 15)
- Sammenhæng (kapitel 16)

Anbefalingerne dækker både de indsatser, der har særlig høj prioritet, og som kan implementeres på kort sigt – de er fremhævet med stjerne (*), og de indsatser, som gradvist kan implementeres over den samlede 10-årige periode.

Nedenfor præsenteres alle anbefalingerne inden for de ni temaer i det faglige oplæg. De enkelte anbefalinger uddybes i kapitlerne 8-16 og der angives trædesten, som viser hvordan anbefalingerne kan implementeres gradvist. Nogle anbefalinger kan implementeres umiddelbart, hvor man for andre bør sikre, at de faglige rammer for indsatsen er på plads, før indsatsen afprøves og udrulles.

## 3.1. Lighed og afstigmatisering

En grundlæggende forudsætning for at opnå mere lighed for mennesker med psykiske lidelser er at nedbryde fordomme. Det anbefales derfor, at der gennemføres en langsigtet og vedholdende, national afstigmatiseringsindsats. Det er samtidigt centralt, at reducere den øgede sygelighed og overdødelighed blandt mennesker med psykiske lidelser. Dette bør ske gennem bedre forebyggelse af somatisk sygdom, bedre adgang til behandling for somatisk sygdom samt en national handleplan for forebyggelse af selvmord.

### Anbefalinger

**1. En langsigtet indsats for afstigmatisering med nationalt videnscenter, ambassadørkorps og handlingsplan ***
Der bør over de næste 10 år gennemføres en langsigtet, national afstigmatiseringsindsats på tværs af sektorer. Indsatsen skal ske i et samarbejde med regioner, kommuner, civilsamfundsorganisationer og nationale myndigheder.

**2. Udbredelse af forebyggende tilbud ift. kendte risikofaktorer for somatisk sygdom målrettet mennesker med psykiske lidelser**
Kommuner og regioner sikrer forebyggende tilbud som en del af indsatsen til mennesker med psykiske lidelser. Det indgår heri, at relevant fagligt personale har den nødvendige viden, tværfaglige kompetencer og redskaber til systematisk at identificere og forebygge kendte risikofaktorer, og fremme motivation og støtte mennesker med psykiske lidelser i at ændre sundhedsadfærd. Indsatserne bør foregå i både socialpsykiatrien, almen praksis og på psykiatriske afdelinger.

**3. Styrket udredning og behandling af somatisk sygdom blandt mennesker med psykiske lidelser**
Regioner og kommuner skal sikre, at mennesker med psykiske lidelser modtager relevant, rettidig og kvalificeret udredning og behandling for somatiske sygdomme, herunder lægehjælp, screeningstilbud og helbredsundersøgelser, inkl. medicingennemgang og bivirkningsscreeninger samt støtte til at deltage i tandpleje, herunder specialtandpleje.

**4. En national handleplan for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg**
Der er behov for et systematisk og langsigtet løft af indsatsen til forebyggelse af selvmord gennem en samlet, national handleplan med ambitiøse mål for nedbringelse af selvmord og selvmordsforsøg. Planen bør adressere bl.a. forebyggelse, opsporing, tidlig indsats, opfølgning efter selvmordsforsøg og patient- og pårørendeinddragelse.

## 3.2. Viden, udvikling og stærke faglige miljøer

For at styrke den evidensbaserede viden og udvikling på tværs af fagområder og sektorer anbefales det, at forskningen i psykiske lidelser styrkes gennem implementering af den eksisterende forskningsstrategi. Derudover bør bedre adgang til og anvendelse af data prioriteres. Samtidig bør der opbygges fagligt stærke miljøer, som kan understøtte en ensartet faglig udvikling og dokumentation af indsatsen gennem vejledninger, retningslinjer og kvalitetsdatabaser.

### Anbefalinger

**5. Implementering af "National forskningsstrategi til gavn for mennesker med psykiske lidelser" og styrket registrering og anvendelse af data ***
Der blev i 2015 udarbejdet en bredt anerkendt national forskningsstrategi, som løbende over de kommende år bør implementeres med henblik på at styrke viden og evidens og etablere stærke forskningsnetværk- og traditioner.

**6. Opbygning af tværfaglige grupper til at understøtte faglig udvikling og kvalitetsarbejde ***
Med inspiration fra DMCG'erne (Danske Multidisciplinære Cancer Grupper) på kræftområdet etableres tværfaglige og tværsektorielle grupper for den samlede sundhedsfaglige indsats til mennesker med psykiske lidelser, som skal understøtte langsigtet faglig udvikling og kontinuerlig kvalitetsforbedring.

## 3.3. Mental sundhedsfremme

For at imødegå den faldende mentale sundhed, anbefales en oplysningsindsats om mental sundhed med fokus på betydningen af bl.a. civilsamfundet og deltagelse i aktive fællesskaber. Indsatsen målrettes den brede befolkning såvel som arbejdspladser. Særligt udviklingen hos børn og unge er bekymrende, og der anbefales en særlig handlingsplan for at knække kurven. Ligeledes bør der være en systematisk indsats for mental sundhedsfremme til mennesker med psykiske lidelser, som er indlagt på sygehus eller modtager støtte i socialpsykiatrien.

### Anbefalinger

**7. Mental sundhedsfremme styrkes i svangreomsorg, dagtilbud og skoler**
Mental sundhedsfremme styrkes hos børn og unge gennem en handlingsplan for dagtilbud, skoler og ungdomsuddannelser, og eksisterende anbefalinger ift. den tidlige indsats til familier implementeres til fulde.

**8. Oplysningsindsatser om mental sundhed i befolkningen og målrettet arbejdspladser**
Gennem oplysningsindsatser udbredes viden om mental sundhed, og hvordan man bedst fremmer og beskytter den mentale sundhed i befolkningen. Ligeledes iværksættes oplysning og rådgivning om mental sundhed og stressforebyggelse målrettet arbejdspladser.

**9. Systematisk indsats for mental sundhedsfremme til mennesker med psykiske lidelser på sygehuse og i socialpsykiatrien**
Indsatser til at understøtte mental sundhedsfremme blandt mennesker med psykiske lidelser udbredes, og der opbygges bedre muligheder for at indgå i meningsfulde aktiviteter og positive fællesskaber.

## 3.4. Børn og unge

Indsatsen til børn og unge med psykisk mistrivsel og tidlige tegn på psykisk lidelse er mangelfuld, og for mange udredes for sent for særligt udviklingsforstyrrelser som ADHD og autisme. Der er behov for en styrket opsporing i grundskoler og blandt børn og unge i særlig risiko for at udvikle psykiske lidelser gennem en bedre implementering af validerede screeningsværktøjer. Ligeledes er det væsentligt, at der etableres et lettilgængeligt tilbud med én indgang til lettere behandling i alle kommuner. Samtidig bør kvaliteten i behandlingen af de sværest syge børn og unge øges gennem udbredelse af tværfaglige udgående teams, modeller for tværsektorielt samarbejde samt udarbejdelse og implementering af forløbsbeskrivelser. For at understøtte indsatsen før, under og efter behandling i børne- og ungdomspsykiatrien bør der etableres specialiserede sociale tilbud til børn og unge med svære psykiske lidelser og samtidige komplekse sociale problemer.

### Anbefalinger

**10. Tidlig opsporing af børn og unge med psykisk mistrivsel og psykiske lidelser**
Indsatserne skal understøtte systematisk opsporing af børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på psykiske lidelser. Der er behov for øget viden og kompetencer ift. psykiske lidelser blandt udvalgte fagpersoner tæt på børn og unge, og der bør tages udgangspunkt i allerede eksisterende forsøg med systematisk opsporing med anvendelse af validerede opsporingsværktøjer.

**11. Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel af ensartet høj kvalitet ***
Med afsæt i nationale faglige rammer afprøves og efterfølgende udbredes et samlet, lettilgængeligt tilbud med én indgang og klare faglige rammer målrettet børn og unge med mistrivsel og psykiske symptomer som fx angst eller nedtrykthed. Tilbuddet skal indeholde mulighed for udredning og lettere behandlingstilbud. Der vil være behov for afklaring af, hvor tilbuddet forankres fx i regi af kommunens familieafdeling, familiehus eller PPR, og hvilken lovgivning det hjemles i.

**12. Øget kvalitet i behandlingen til børn og unge med svære psykiske lidelser gennem tværfaglige, udgående funktioner og forløbsbeskrivelser ***
Der er behov for at sikre en høj kvalitet i behandlingstilbuddet til børn og unge med kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien eller i behandling ved praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, så flere børn og unge med svære psykiske lidelser får et godt og sammenhængende behandlingstilbud af ensartet kvalitet på tværs af landet.

**13. Etablering eller udbygning af eksisterende specialiserede sociale tilbud til børn og unge med svære psykiske lidelser**
Der identificeres og udpeges, og ved behov etableres, specialiserede sociale tilbud til børn og unge med komplekse problemer, herunder børn og unge med psykiske lidelser, som samtidig har alvorlige kriminalitetsproblematikker, misbrug, selvskadende adfærd, spiseforstyrrelser mv. Der kan være tale om nye tilbud eller eksisterende tilbud, som udbygges.

## 3.5. Tidlige indsatser for voksne

Der er behov for opbygning af et lettilgængeligt, evidensbaseret tilbud til unge og voksne med mistrivsel med én indgang i alle kommuner. Rammer og krav til indsatsen beskrives i en national model for organisering og indhold. Desuden skal der ske en styrkelse af opsporingen af mennesker med psykiske lidelser, herunder også mennesker med psykiske lidelser og samtidige komplekse sociale problemer, som er vanskelige at fastholde i de eksisterende tilbud, gennem opsporingsværktøjer og hurtig psykiatrisk vurdering.

### Anbefalinger

**14. Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne af ensartet høj kvalitet til unge og voksne i psykisk mistrivsel**
Med afsæt i nationale faglige rammer etableres i hver kommune et tilbud med én indgang til unge og voksne i psykisk mistrivsel, hvor man selv kan henvende sig eller henvises til fx fra almen praksis. Tilbuddet bør som minimum indeholde dokumenteret virksomme tilbud til mennesker, der henvender sig med fx livskriser, stress, angst og depression, og der bør i tilbuddet være overblik over kommunens samlede tilbud. Der kan være behov for afklaring af, hvilken lovgivning tilbuddet skal forankres i.

**15. Systematisk og målrettet opsporing af mennesker med psykiske lidelser i almen praksis og kommuner**
Det kan have store konsekvenser at leve med en ubehandlet psykisk lidelse både i forhold til forværring, følgesygdomme samt sociale problemer og mistrivsel. Derfor udbredes validerede værktøjer til tidlig opsporing og identifikation af risikogrupper i almen praksis og kommuner, og der sikres et særskilt fokus på grupper med samtidigt misbrug.

## 3.6. Udredning og behandling

Mennesker med psykiske lidelser skal have en helhedsorienteret udredning og behandling og et sammenhængende forløb på tværs af sektorer, hvor både patienten og dennes pårørende såvel som relevante fagligheder inddrages i hele forløbet. Derfor anbefales det, at der udarbejdes nationale forløbsbeskrivelser for både børn, unge og voksne med psykiske lidelser, som beskriver de faglige rammer for og indsatser i det samlede forløb på tværs af indsatser i kommuner og regioner. Samtidig er der behov for at adressere væsentlige udfordringer omkring kapacitet og kvalitet i indsatsen til de sværest syge. Derfor anbefales det, at der etableres flere akutte psykiatriske tilbud og specialiserede sengepladser samt en national indsats for nedbringelse af tvang. Det er samtidigt helt afgørende, at der findes en løsning for de patienter, som både har et misbrug og en psykisk lidelse, og som i dag ikke får et integreret og sammenhængende tilbud. For at bruge ressourcerne bedre er det endvidere helt centralt, at digitale løsninger udbredes og anvendes systematisk og evidensbaseret. Desuden anbefales flere udgående teams og et lettilgængeligt tilbud til voksne med let til moderat psykisk lidelse.

## Anbefalinger

**16. Let og hurtig adgang til akutte psykiatriske tilbud for mennesker med akut opstået eller akut forværret psykisk lidelse, og styrkelse af de udgående akutte funktioner**
Det anbefales, at organiseringen og kapaciteten på det akutte område styrkes og ensartes med afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte psykiatriske sundhedsindsats. Som led heri kan der bl.a. udbredes udgående akutte funktioner og fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser, og der kan gennemføres forsøg med en borgerrettet psykiatrisk telefonlinje bl.a. med henblik på at forebygge selvmord.

**17. Udarbejdelse og systematisk implementering af ny specialevejledning skal løfte kvaliteten for de sværest syge og mest komplekse patienter i det psykiatriske sygehusvæsen**
Specialevejledningerne for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri revideres og implementeres systematisk for at sikre en hensigtsmæssig organisering og en ensartet høj faglig kvalitet i den regionale psykiatri. Der vil være fokus på både hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau.

**18. Bedre organisering af den specialiserede behandling for de sværest syge gennem udbygning af differentierede og specialiserede sengepladser**
For at sikre bedre kvalitet og sammenhæng  udvikles differentierede behandlingstilbud til både den akutte og den rehabiliterende fase til patienter med svær psykisk lidelse som har behov for et intensivt eller længerevarende rehabiliterende forløb.

**19. National satsning og høj kvalitet i digitale løsninger og tilbud**
Covid-19 har tydeliggjort potentialerne ved at udvikle flere og bedre digitale tilbud. Stigningen i mennesker med lette psykiske lidelser betyder samtidig, at der er behov for nye løsninger, hvis kapaciteten skal følge med. Det er samtidigt centralt, at udviklingen understøttes af klare nationale rammer for digitale løsninger og tilbud, bl.a. for at øge tilgængelighed og patientoplevet kvalitet.

**20. Udvikling og implementering af nationale forløbsbeskrivelser skal løfte kvaliteten i den samlede indsats ***
Nationale forløbsbeskrivelser for mennesker med psykiske lidelser skal understøtte en evidensbaseret og ensartet sundhedsfaglig og socialfaglig indsats i udredning, behandling og rehabilitering/recovery på tværs af alle sektorer, og skal udarbejdes i sammenhæng med de nationale vejledninger på socialområdet (jf. anbefaling 31).

**21. Udbredelse af udgående specialiserede tværfaglige funktioner til mennesker med svær psykisk lidelse ***
Som en del af forløbsbeskrivelserne etableres specialiserede, tværfaglige udgående teams i hele landet efter inspiration fra evidensbaserede tilbud som OPUS og ACT. Dette skal understøtte intensive ambulante og tværfaglige behandlingstilbud til mennesker med debut af svær psykisk lidelse og til mennesker med svær og/eller kompleks psykisk lidelse med behov for en integreret og fleksibel tværfaglig indsats. I forhold til debut af svær psykisk lidelse bør der først iværksættes en tidlig behandlingsindsats til alle med debuterende tilstande i psykose-spektret eller bipolar affektiv sindslidelse.

*... fortsættes*

*... fortsat*

**22. Ambitiøse målsætninger for nedbringelse af tvang og styrket indsats for kvalitet og forebyggelse af tvang gennem nationalt videnscenter og rejsehold**
Anvendelsen af tvangsforanstaltninger i psykiatrien skal nedbringes til et absolut minimum. Det kræver et stærkt fokus både nationalt og lokalt. Et generelt kapacitets- og kvalitetsløft i psykiatrien bør derfor understøttes af nye målsætninger for nedbringelse af tvang, tæt monitorering og et nationalt fokus på læring og videndeling.

**23. Et kvalitetsløft i indsatsen til mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug gennem et samlet og integreret behandlingstilbud**
Mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug har komplekse og svære forløb, og der er et stort behov for at styrke sammenhængen og den faglige kvalitet i indsatsen. Der kan med fordel etableres et samlet og integreret tilbud af høj kvalitet forankret i regionerne med henblik på at sikre en samtidig og koordineret behandling af både den psykiske lidelse, misbrug og eventuel somatisk sygdom.

**24. Opbygning af et lettilgængeligt, evidensbaseret behandlingstilbud til voksne med lette til moderate psykiske lidelser**
Med afsæt i både danske og internationale erfaringer med systematiske og tidligt indsatte behandlingstilbud, skal der i primærsektoren opbygges et relevant, tilgængeligt, rettidigt og kvalificeret tilbud til mennesker med lette til moderate psykiske lidelser. Behandlingstilbuddet kan tage afsæt i nationale, evidensbaserede, faglige rammer og eksisterende erfaringer med dokumenterede tilbud i praksissektoren og eksisterende samarbejdsstrukturer som fx praksisoverenskomst, sundhedsaftaler eller de kommende sundhedsklynger.

**25. En styrket støtte og inddragelse af pårørende til mennesker med psykiske lidelser**
Pårørende til mennesker med psykiske lidelser skal tilbydes støtte, og deres ressourcer skal bruges mere aktivt, systematisk og ensartet i både den kommunale og den regionale indsats. Det gælder både børn, unge og voksne, som har pårørende med psykiske lidelser i den nærmeste familie.

## 3.7. Retspsykiatri

Der er de senere år sket en væsentlig stigning i antallet af mennesker, der får en dom til behandling. Det er en bekymrende udvikling, og der er behov for en gennemgang af lovgivningen på området med henblik på at sikre, at den rette målgruppe modtager dom til behandling. Derudover er der behov for at styrke rammerne med henblik på korrekt visitation bl.a. gennem revision af gældende vejledninger.

### Anbefalinger

**26. Der foretages en gennemgang af den lovgivning, der regulerer retspsykiatrien, herunder straffelovens bestemmelser**
Med henblik på at understøtte sammenhæng og koordination på tværs af myndigheder ved et retspsykiatrisk behandlingsforløb, foretages en gennemgang af den lovgivning, der regulerer området, herunder en vurdering af domspraksis i forhold til hvilke mennesker, der modtager dom til behandling.

*... fortsættes*

... *fortsat*

**27. Styrkede faglige rammer for indsatserne til retspsykiatriske patienter med henblik på korrekt visitation til behandling**
Det bør vurderes om der er en hensigtsmæssig organisering af retspsykiatrien, herunder få viden om og drøfte forhold af betydning for de faglige rammer, organisering og kapacitet.

## 3.8. Socialpsykiatri

Der er et stort behov for at løfte kapacitet, kvalitet og kompetencer i socialpsykiatrien. Der bør derfor sammen med et bredt kompetenceløft gennemføres en national udviklingsstrategi for kvalitet med fokus på recovery-orienteret rehabilitering. Ligesom kvaliteten i sagsbehandlingen på voksenområdet bør styrkes, så mennesker med psykiske lidelser får de rette specialiserede indsatser. Desuden anbefales en øget specialisering af socialpsykiatriske indsatser og udbredelse af opsøgende gadeplansarbejde til mennesker med de sværeste og mest komplekse problemer. Som noget helt centralt anbefales udbredelse af fleksible og akutte tilbud til mennesker, som fx venter på et bosted efter udskrivelse. Endelig anbefales det, at der iværksættes et eftersyn af servicelovens voksenbestemmelser i forhold til, om de effektivt understøtter mennesker med psykiske lidelser i at komme sig, og at der foretages en styringsgennemgang af opgaveløsningen i socialpsykiatrien.

### Anbefalinger

**28. Opbygning og omlægning af kapaciteten i socialpsykiatrien, så der er de tilstrækkelige og tilgængelige vidensbaserede tilbud, samtidig med at der sker en udbredelse af fleksible tilbud, der møder de varierende behov, som mennesker med psykiske lidelser har ***
Kapacitetsopbygningen skal sikre, at den enkelte modtager de rette og dokumenteret virksomme sociale tilbud på rette tidspunkt. For bedre at hjælpe dem, der har brug for et midlertidigt tilbud, fx efter udskrivelse fra den regionale psykiatri, udbredes desuden erfaringer med etablering af lettilgængelige, fleksible og døgnbemandede midlertidige tilbud eller selvvisiterende tilbud, og der etableres flere af denne type tilbud, herunder som midlertidige overgangstilbud.

**29. Kvaliteten i sagsbehandlingen på voksenområdet styrkes, så mennesker med psykiske lidelser modtager det sociale tilbud, som bedst hjælper dem til at komme sig**
For at sikre, at mennesker med psykiske lidelser tilbydes de rette indsatser og oplever en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang i vurderingen af deres behov for støtte, gennemføres en kortlægning og udbredelse af viden om kvalitet i sagsbehandlingen på voksenområdet. Derudover iværksættes en mere systematisk og målrettet udbredelse og implementering af Voksenudredningsmetoden VUM 2.0 i kommunerne, så metoden anvendes på alle relevante målgrupper i socialpsykiatrien og ensartet på tværs af og i kommunerne.

... *fortsættes*

*... fortsat*

**30. Der iværksættes et eftersyn af servicelovens voksenbestemmelser i forhold til, om de effektivt understøtter mennesker med psykiske lidelser i at komme sig**
Serviceloven sætter de lovgivningsmæssige rammer for visiteringen til og rammerne for de sociale tilbud, og der er behov for en vurdering af, om den nuværende lovgivning i tilstrækkelig grad understøtter recovery-orienteret rehabilitering og skaber de tilstrækkelige rammer for fleksible og lettilgængelige indsatser, som mennesker med psykiske lidelser har behov for.

**31. Et bredt og ensartet kvalitetsløft af hele socialpsykiatrien gennem en national udviklingsstrategi ***
Der udvikles en national strategi for fortsat udvikling og omlægning af socialpsykiatrien mod en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang, så alle mennesker med psykiske lidelser på tværs af landet får relevante, rettidige indsatser af høj kvalitet. Den eksisterende viden og erfaring udbredes mere systematisk til alle landets kommuner – både i forhold til den strategiske ledelse, blandt sagsbehandlerne samt blandt ledere, medarbejdere og i forhold til den enkelte.

**32. Et bredt uddannelses- og kompetenceløft af socialpsykiatrien og en styrket rekruttering**
Der er behov for at løfte uddannelses- og kompetenceniveauet blandt ledere og medarbejdere på de sociale tilbud og for at styrke rekruttering og fastholdelse af kompetente medarbejdere i socialpsykiatrien.

**33. En øget specialisering af socialpsykiatriske indsatser til mennesker med de sværeste psykiske lidelser og mest komplekse problemer**
Mennesker med svære psykiske lidelser og eventuelle komplekse sociale problemer skal mødes af medarbejdere, som er uddannet til at varetage deres helt særlige behov. Det nødvendiggør en tilstrækkelig specialiseret viden og specialiserede kompetencer hos medarbejderne.

**34. Udvikling og udbredelse af opsøgende gadeplansarbejde til mennesker med de sværeste psykiske lidelser og komplekse sociale problemer**
Mennesker med svære psykiske lidelser og komplekse sociale problemer skal modtage en opsøgende og fremskudt indsats, der er håndholdt og på den enkeltes egne præmisser.

## 3.9. Sammenhæng

Manglende sammenhæng er en af de væsentligste udfordringer i indsatsen i dag. Der er behov for at rammer, organisering og kultur på alle niveauer understøtter tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov. Derfor anbefales det, at sammenhæng understøttes bedre på et strukturelt niveau gennem bedre sammenhæng mellem Serviceloven (18) og Sundhedsloven (19). Og at sammenhæng understøttes bedre i praksis gennem systematisk implementering af faste kontaktpersoner i alle sektorer. Forudsætningen for et styrket samarbejde, er at data kan deles på tværs af sektorer, og der bør derfor sikres en bedre digital understøttelse af sammenhængende forløb.

### Anbefalinger

**35. Etablering af et stærkt myndighedssamarbejde som understøtter en sammenhængende indsats til mennesker med psykiske lidelser**
Der etableres forpligtende samarbejder på tværs af myndigheder på sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som understøtter udvikling og implementering af målrettede indsatser og generel øget opmærksomhed på, hvordan mennesker med psykiske lidelser støttes bedst muligt fx i uddannelses- og arbejdssammenhæng.

**36. En styrket koordination af det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser med faste kontaktpersoner og koordinatorer i alle sektorer**
En del mennesker med psykiske lidelser har langvarige forløb på tværs af sektorer og kommunale forvaltninger. Der bør derfor etableres og implementeres forpligtende samarbejdsstrukturer på tværs af socialpsykiatrien, det specialiserede socialområde (for børn og unge), beskæftigelsesområdet, den regionale psykiatri, somatiske afdelinger og almen praksis, der med fordel kan tænkes etableret i regi af de kommende sundhedsklynger.

**37. Bedre digital understøttelse af sammenhængende forløb**
På nationalt niveau udarbejdes digitale løsninger i eksisterende systemer og bedre mulighed for datadeling på tværs af sektorer og forvaltninger, da dette er en grundlæggende forudsætning for at skabe et sammenhængende forløb. Løsningerne skal bl.a. understøtte tværsektoriel deling af stamoplysninger og planer.

# 4

# Begreber

# 4. Begreber

I dette kapitel redegøres for, hvordan centrale begreber defineres og anvendes i det faglige oplæg. På tværs af hhv. de sociale- og sundhedsfaglige indsatser til mennesker med psykisk mistrivsel eller psykiske lidelser anvendes forskellige begreber, ligesom afgrænsningen mellem begreberne ikke altid er entydig. Det medfører en forskellig forståelsesramme på tværs af fagområder og sektorer, som kan vanskeliggøre dialogen og samarbejdet på tværs.

I dette faglige oplæg har vi foretaget nogle valg ift. hvilke begreber der anvendes, så oplægget i videst mulig udstrækning bruger et fælles og primært sundhedsfagligt begrebsapparat.

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) har siden 1948 anvendt et meget bredt sundhedsbegreb, hvor sundhed opfattes som mere end fravær af sygdom og også omfatter en tilstand af fuldstændig fysisk, mentalt og socialt velbefindende, hvorved det tydeliggøres at det mentale eller psykiske velvære er en central og vigtig del af det overordnede sundhedsbegreb (20). Med andre ord, indebærer sundhed også, at man trives mentalt og socialt.

**Mental sundhed** defineres ifølge WHO som en tilstand af trivsel, hvor individet er i stand til at udfolde sit eget potentiale, kan håndtere dagligdagens udfordringer og stress, kan fungere produktivt, og kan bidrage til fællesskabet (21). Ved definitionen af mental sundhed hos børn, lægges der vægt på barnets udvikling, fx at barnet har en positiv opfattelse af egen identitet, kan håndtere tanker og følelser, og er i stand til at opbygge sociale relationer og deltage i læring eller uddannelse.

**Psykiske lidelser** defineres i dette faglige oplæg som lidelser, der relaterer sig til en forstyrrelse af den enkeltes tanker, følelsesmæssige regulering eller adfærd (22), og som oftest medfører nedsat funktionsevne i dagligdagen, skaber ubehag og reducerer livskvaliteten hos den enkelte og som kan forhindre den enkelte i at deltage aktivt i samfundet på lige fod med andre.

**Psykisk sygdom** er en tilsvarende klinisk betegnelse for de biologiske, psykologiske og sociale processer, der medfører psykisk lidelse hos det enkelte individ. Efter WHO´s sygdomsklassifikation

**Tabel 1:** WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (23)

| **WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (F00-F99)** | |
|---|---|
| F00-09 | Organiske (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser |
| F10-19 | Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer |
| F20-29 | Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser |
| F30-39 | Affektive sindslidelser |
| F40-49 | Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legenlige symptomer |
| F50-59 | Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer |
| F60-69 | Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd |
| F70-79 | Mental retardering |
| F80-89 | Psykiske udviklingsforstyrrelser |
| F90-98 | Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom og adolecens |
| F99 | Psykisk lidelse eller forstyrrelse, ikke på anden måde specificeret |

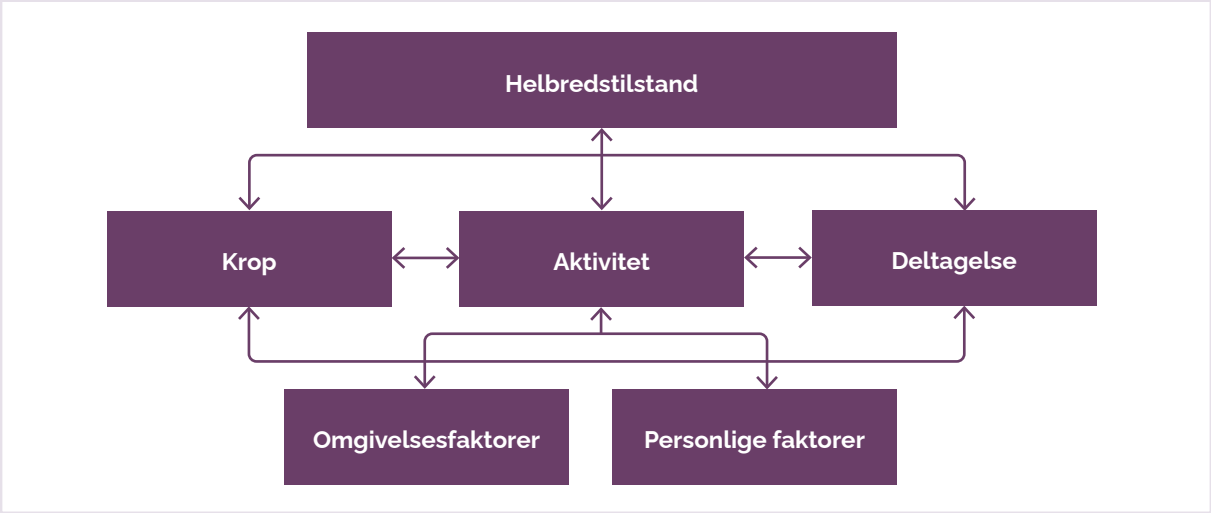
(International Classification of Disease, ICD) anvendes sygdomsbetegnelser (diagnoser) som et sundhedsfagligt redskab, der bruges til at afgrænse sygdomme og lidelser i forhold til hinanden på baggrund af bl.a. symptomer og objektive fund. Aktuelt anvendes i Danmark en tilpasset version af WHO's 10. sygdomsklassifikation (ICD-10) (23), hvor psykiske lidelser beskrives i kapitel F (F00-99) (tabel 1). WHO's 11. version (ICD-11) er under forberedelse til implementering i Danmark (24).

**Funktionsevne** er et begreb som bruges på tværs af sociale og sundhedsfaglige indsatser, og som integrerer biologiske, psykologiske og sociale faktorer jf. WHO´s sundhedsbegreb, og som kan anvendes til at beskrive hvordan det enkelte individ fungerer i sin dagligdag. Med henblik på at integrere disse faktorer i en samlet model og give fagpersoner en fælles forståelsesramme, har WHO udviklet et internationalt klassifikationssystem (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), som er en biopsykosocial model, hvor funktion indgår som det centrale i modellen i et dynamisk samspil med helbredsfaktorer, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer (25). Denne er illustreret i Figur 2. For uddybende beskrivelse af ICF-modellen og dens anvendelse i praksis, henvises til danske publikationer på området (26). En lignende klassifikation er udarbejdet til børn og unge, International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth (ICF-CY) (27). ICF bruges især i relation til rehabiliterings- og recoveryorienterede indsatser hos voksne, men der benyttes også andre validerede redskaber, som beskriver funktionsevnen hos henholdsvis børn, unge og voksne (28,29).

**Rehabilitering** er et begreb som er tæt knyttet til sundhedsbegrebet, den biopsykosociale forståelsesramme og menneskers samlede funktionsevne. Rehabilitering defineres som indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde den bedst mulige mentale, fysiske og sociale funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund (30). WHO´s funktionsevnebegreb (ICF) indgår således som en del af selve definitionen af rehabilitering, og som en metode til at vurdere funktionsevnen i forbindelse med rehabiliterende indsatser.

**Recovery** anvendes om den proces, som voksne mennesker med psykiske lidelser gennemgår som en del af deres helbredelse, når de skal komme sig og overvinde de funktionsnedsættelser som ofte opstår i forbindelse med en psykisk lidelse (31). Begrebet omfatter både muligheden for at komme sig, at blive rask og fri for sygdom, at overvinde funktionsnedsættelser, at opnå et meningsfuldt og tilfredsstillende liv samt aktiv deltagelse i samfundet på lige fod med andre. Den recoveryorienterede tilgang som anvendes i forbindelse med psykisk rehabilitering, tager udgangspunkt i den enkelte

**Figur 2:** Komponenter i ICF-modellen




***Kilde:*** *WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (25)*

persons oplevelse og fokuserer på håb, mening og selvbestemmelse med henblik på at få et meningsfuldt liv, selv med de begrænsninger, der følger med psykisk lidelse (32,33). Recovery omhandler også i høj grad de omgivende faktorer, som skal være tilstede, for at en person med psykisk lidelse kan komme sig fx i form af tilstrækkelige behandlingsmuligheder og psykosocial rehabilitering.

For børn og unge bruges recovery-begrebet ikke på samme måde, men der er fortsat tale om en personlig og relationel udviklingsproces, hvor der er fokus på muligheden for at barnet eller den unge får en så normal opvækst som muligt, og udvikler sig emotionelt, kognitivt og socialt bedst muligt, og dermed bliver i stand til at leve et tilfredsstillende liv på trods af de begrænsninger og symptomer, sygdommen måtte påføre barnet. I nogle tilfælde afhænger barnets recovery af en parallel udviklingsproces hos forældrene.

Nedenfor præciseres hvordan begreberne mental sundhed og psykiske lidelser defineres og anvendes i dette oplæg, herunder også afgrænsningen mellem mental sundhed, psykisk mistrivsel og psykiske lidelser.

## 4.1. Mental sundhed

I forhold til definitionen af mental sundhed ovenfor, rummer begrebet henholdsvis en oplevelsesdimension og en funktionsdimension. Oplevelsesdimensionen omfatter bl.a. at have det godt, at være overvejende glad, at være i godt humør og være tilfreds med livet. Funktionsdimensionen omfatter bl.a. at kunne klare dagligdags gøremål, som fx at købe ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, at indgå i sociale relationer og at kunne håndtere dagligdagens forskellige udfordringer.

Hvis en person ikke oplever at have det godt og har svært ved at håndtere dagligdagen, kan personen siges at have dårlig mental sundhed og være i psykisk mistrivsel. Det er vigtigt at pointere, at psykisk mistrivsel og dårlig mental sundhed ikke sidestilles med psykisk lidelse i dette oplæg, men ses som adskilte og dog i visse tilfælde overlappende begreber.

Psykisk mistrivsel vil ofte være en naturlig og afgrænset psykisk reaktion på livsomstændigheder og begivenheder, som går over af sig selv når livsomstændighederne normaliseres. Personer i psykisk mistrivsel har derfor typisk ikke behov for behandling af denne mistrivsel, men kan have behov for støtte, vejledning og særlige tiltag. Psykisk mistrivsel kan hos den enkelte vise sig meget forskelligt som fx ved nedsat livstilfredshed, følelse af ensomhed, samt oplevelse af fænomener som stress, tristhed, nedsat energi, uro og koncentrationsbesvær, bekymringer, fysisk utilpashed eller dårlig søvn.

Hos nogle vil den psykiske mistrivsel påvirke funktionsevne og livskvalitet i betydelig grad, mens der for andre vil være tale om udfordringer af begrænset betydning og varighed. Psykisk mistrivsel kan i nogle tilfælde være udtryk for en mere langvarig og indgribende problemstilling eller en begyndende psykisk lidelse.

Psykisk mistrivsel blandt børn og unge kan dække over et bredt spektrum af tilstande. Det kan være udtryk for en medfødt psykisk lidelse som fx en udviklingsforstyrrelse, tidlig debut af anden psykisk lidelse, eller andre komplekse individuelle årsagsfaktorer hos barnet selv eller i omgivelserne. Længerevarende psykisk mistrivsel kan øge risikoen for udvikling eller forværring af psykisk lidelse i voksenalderen, og det er derfor særligt relevant for denne målgruppe at sætte ind med opsporende og forebyggende tiltag.

Der mangler fortsat viden om psykisk mistrivsel, herunder årsager til en observeret stigning i forekomsten blandt især børn og unge (34). En bedre forståelse af risikofaktorer og årsager til psykisk mistrivsel og mere viden om hvornår og hvorfor psykisk mistrivsel udvikler sig til egentlig psykisk lidelse, er en grundlæggende forudsætning for at kunne forebygge og sætte tidligt ind med målrettede indsatser. Ligeledes er det vigtigt at være opmærksom på, hvornår der er tale om tegn på psykisk lidelse og hvornår der er tale om almindelige og normale reaktioner på fx omskiftelige omgivelser.

## 4.2. Psykiske lidelser

Der kan være mange årsager til, at nogle mennesker udvikler en psykisk lidelse. Psykiske lidelser udvikler sig i et samspil mellem arvelige og miljømæssige faktorer, der omfatter både biologiske, psykologiske og sociale forhold, men årsagssammenhænge er endnu ikke fuldstændig kortlagt for alle sygdommene, og der vil oftest være tale om en kompleks årsagssammenhæng hos det enkelte individ.

Som defineret i indledningen anvendes begrebet psykiske lidelser i dette faglige oplæg som en overordnet betegnelse for lidelser, som relaterer sig til en forstyrrelse af den enkeltes tanker, følelsesmæssige regulering eller adfærd, og som oftest medfører nedsat funktionsevne i dagligdagen, skaber ubehag og reducerer livskvaliteten hos den enkelte.

Den psykiske lidelse, kan i mange tilfælde erfares, beskrives og forklares af personen selv, men i andre tilfælde fx hos mennesker med påvirket realitetssans eller virkelighedsopfattelse, erkendes lidelsen primært af de pårørende, fagpersoner eller andre nærtstående.

Den psykiske lidelse, som personen, pårørende m.v. oplever, vil typisk kunne beskrives sundhedsfagligt med begreber (diagnoser) for psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse. Psykisk lidelse anvendes som bredt begreb i dette oplæg, for at understrege, at målgruppen for anbefalingerne både omfatter mennesker som er blevet sundhedsfagligt udredt og behandlet, og mennesker med lidelse relateret til sindet, som endnu ikke er blevet udredt og behandlet.

På socialområdet anvendes ofte begrebet psykiske vanskeligheder. Psykiske lidelser er dermed i dette faglige oplæg anvendt som en fælles term for det begreb, som social- og sundhedsområdet hver især på forskellig vis og med forskelligt perspektiv forholder sig til, når der tages afsæt i borgernes funktionsevne, udfordringer og ressourcer.

Psykiske lidelser kommer forskelligt til udtryk og optræder i mange forskellige sværhedsgrader, både på grund af lidelsernes karakter og omfang, men også grundet forskellige livsomstændigheder som fx netværk, social situation, alder, uddannelse eller arbejde. Derudover kan et samtidigt misbrug eller hjemløshed komplicere lidelsen, og derved mindske personens muligheder for at bedres.

Nogle psykiske lidelser viser sig efter en længere periode med tegn på psykisk mistrivsel, hvor funktionsevne og trivsel gradvist nedsættes. Dette vil dog ikke altid være tilfældet, og en psykisk lidelse kan også udvikle sig akut, som fx en akut psykose. Omvendt kan psykiske udviklingsforstyrrelser som fx autisme være medfødte, og kan i sig selv være risikofaktorer for mistrivsel og udvikling af psykisk lidelse (35).

En psykisk lidelse kan have store konsekvenser for den enkeltes trivsel og udvikling samt evnen til at strukturere hverdagen, samværet med andre mennesker og muligheden for at passe uddannelse eller arbejde. Omvendt kan man godt leve med en psykisk lidelse, og de udfordringer der kan følge med dette, men samtidig trives og have en meningsfuld tilværelse (36). Dette vil ofte kræve en effektiv og helhedsorienteret social- og sundhedsfaglig indsats, og for børn og unge en inddragelse af dagtilbud og skole.

## 4.3. Begrebsoversigt

I boksen nedenfor findes en oversigt over centrale begreber og faglig terminologi som anvendes i dette oplæg. I kapitel 17 findes desuden en mere omfattende ordliste i alfabetisk rækkefølge.

**Boks 5**: Definitioner og faglig terminologi (alfabetisk rækkefølge)

**Behandling**
Tiltag, der har til formål at helbrede eller lindre patientens lidelse og symptomer.

**Børne- og Ungdomspsykiatri**
Speciale der varetager forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af psykiske lidelser, herunder adfærdsmæssige forstyrrelser og udviklingsforstyrrelser, hos børn og unge. I Danmark anvendes generelt en aldersgrænse på 18 år.

**Diagnose**
Et sundhedsfagligt redskab, der afgrænser sygdomme og tilstande i forhold til hinanden på baggrund af symptomer og fund.

**Forebyggelse (universel, selektiv, indikeret)**
Aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker, og dermed fremmer folkesundheden. Universel forebyggelse har til formål at øge befolkningens sundhed generelt uagtet risikofaktorer eller risikoadfærd, og dermed hindre sygdom og psykosociale problemer. Selektiv forebyggelse er målrettede indsatser blandt befolkningsgrupper i øget risiko, med hensigt at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt. Indikeret forebyggelse retter sig mod grupper med kendt risikoadfærd eller og skal bremse tilbagefald og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande og funktionsnedsættelser.

**Funktionsevne**
Funktionsevne defineres jf. ICF (International Classification of Funktioning) som en samlet betegnelse for samspillet mellem kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter, deltagelse samt de omgivelsesmæssige og personlige faktorer. ICF angiver aspekter af samspillet mellem et individ (med en given helbredstilstand) og individets kontekstuelle faktorer (omgivelsesfaktorer og personlige faktorer). Vurdering af funktionsevnen tager ofte udgangspunkt i, hvordan den enkelte udfører aktiviteter af betydning for almindelig daglig livsførelse.

**Mental sundhedsfremme**
Aktivitet, der søger at fremme den enkeltes og befolkningens mentale sundhed ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere den enkeltes egne ressourcer og handlekompetencer.

**Misbrug**
Et fysisk og/eller psykisk skadeligt brug af et rusmiddel eller lægemiddel (se også afhængighed i kapitel 17)

**Psykiatri**
Speciale der varetager forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser hos voksne fra og med 18 år.

**Psykisk mistrivsel**
Et eller flere tegn på, at den enkeltes mentale sundhed er påvirket, men uden at der er tale om en egentlig klinisk defineret psykisk sygdom. Der vil ofte være tale om uspecifikke psykiske vanskeligheder af varierende intensitet og varighed, som fx lettere grader af uro, tristhed, nedsat energi, forstemthed, søvnproblemer mv. Samtidig kan livskvaliteten og funktionsevnen være påvirket i varierende grad.

**Psykiske vanskeligheder**
Begrebet psykiske vanskeligheder bruges på socialområdet, og er et bredt begreb som dækker over såvel diagnosticerede psykiske lidelser som psykisk mistrivsel og psykiske symptomer.

**Recovery**
Muligheden for at komme sig, omfatter at blive rask og fri for sygdom, at overvinde funktionsnedsættelser og at opnå et for den enkelte meningsfuldt og tilfredsstillende liv. Begreberne 'helbredt' og 'at komme sig' er udtryk for forskellige perspektiver på det, der betegnes 'recovery'.

**Recovery-orienteret rehabilitering**
Indsatser der ved at genskabe og vedligeholde funktionsevne hjælper borgeren med at indfri deres håb, ønsker og drømme med sigte på at komme sig og få et tilfredsstillende og meningsfuldt liv med størst mulig selvstændighed.

**Rehabilitering**
En indsats, hvor formålet er at genskabe og vedligeholde den bedst mulige mentale, fysiske og sociale funktionsevne for individet. Rehabilitering skal give individet de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse. Indsatsen er oftest tværfaglig.

**Socialpsykiatrien**
Betegnelsen for det sektorområde i kommunerne der leverer specialiserede sociale indsatser til voksne med psykiske lidelser og/eller sociale problemer. Socialpsykiatrien dækker politikker, ledelse, sagsbehandling, sociale tilbud og indsatser, opsporing, tidlig indsats og forebyggelse, samarbejde på tværs af social, sundhed, psykiatri, uddannelse og beskæftigelse samt brobygning til civilsamfundet. Tilsvarende gør sig gældende på børne- og ungeområdet, hvor betegnelsen socialpsykiatri imidlertid ikke anvendes. I dette faglige oplæg anvendes betegnelsen specialiserede sociale tilbud for børne- og ungeområdet.

**Sygdom**
En sum af biologiske, psykologiske og sociale processer der påvirker helbredet, dvs. det kliniske perspektiv på forstyrrelse/ubalance/afvigelse mm., der kan påvises objektivt. På engelsk bruges bl.a. betegnelser som 'disease' og 'disorder'.

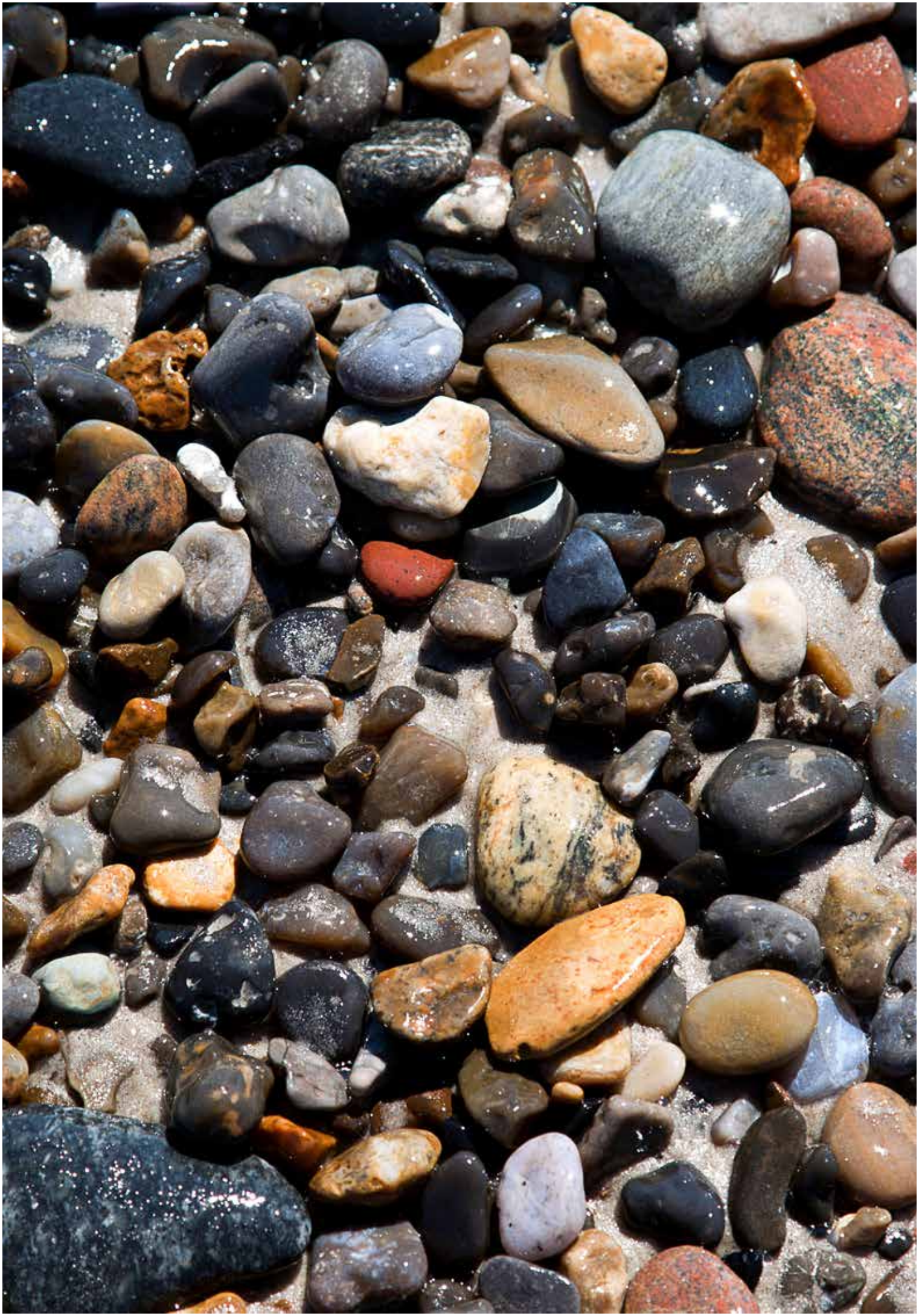
**Sundhedsfaglig udredning**
En række undersøgelser, fx optagelse af sygehistorie og klinisk undersøgelse, der alle har til formål at sandsynliggøre eller afvise en eller en række af sygdomme og tilstande.

**Socialfaglig udredning**
Udredning af den enkeltes fysiske og mentale funktioner, sociale forhold og sundhedsforhold, omgivelsesfaktorer, aktivitet og deltagelse, herunder også et fokus på den enkeltes ressourcer, mål og ønsker, med henblik på visitation til den rette indsats.

**Udviklingsforstyrrelse**
Udviklingsforstyrrelser er en gruppe af psykiske lidelser, der indtræder fra den tidlige barndom, ofte før 3-års alderen, og som medfører svære forstyrrelser i udviklingen.

De hyppigst omtalte udviklingsforstyrrelser er autisme, ADHD og Aspergers syndrom.

**Stigmatisering**
Stigma er et mærke eller negativt kendetegn, der hæftes på en person som et 'socialt stempel'. Stigmatisering rammer mange grupper i samfundet, der på en eller anden måde skiller sig ud fra normen eller et ideal om det.



# 5

# Hidtidige indsatser

# 5. Hidtidige indsatser

Der har i mange år været arbejdet på at udvikle og forbedre indsatsen til mennesker med psykiske lidelser, og der har været igangsat mange forskelligartede tiltag både i forhold til at sikre bedre fysiske rammer, forbedre kapaciteten og øge kvaliteten. Mange medarbejdere og ledere på tværs af social- og sundhedsområdet har ydet og yder fortsat en stor indsats.

Det seneste årti har man politisk vedtaget to nationale handlingsplaner til at løfte det samlede område, hhv. handlingsplanen *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser (2014)* (12) samt *Vi løfter i fællesskab – en samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025 (2018)* (13). Begge handlingsplaner bygger på grundige faglige oplæg med anbefalinger til, hvordan man styrker den faglige indsats til mennesker med psykiske lidelser – særligt forud for handlingsplanen i 2013 lavede man et større udvalgsarbejde med en gennemgribende analyse og gennemgang af området.

Der er i lyset af handleplanerne og øvrige strategier, planer mv. iværksat en række initiativer på både social- og sundhedsområdet til at understøtte den faglige udvikling, ligesom der er lavet en række undersøgelser, analyser og styringsrapporter på området.

Det faglige oplæg bygger videre på det tidligere arbejde fra bl.a. Udvalgsrapporten fra 2013 (37), Forskningsstrategien fra 2015 (38), styringsgennemgangen af psykiatrien i forlængelse af en aftale mellem Danske Regioner, KL og Regeringen fra 2018 (39,40) og Sundhedsstyrelsens faglige oplæg ligeledes fra 2018 (41).

Fælles for de tidligere initiativer er dog, at de i vid udstrækning været præget af en lang række puljefinansierede og midlertidige forsøgsprojekter, der ikke har været sammentænkt ud fra en fælles faglig retning og ambition for området eller med udgangspunkt i det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser. Det er således ikke lykkedes at realisere en handlingsplan der understøtter et samlet løft for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Anbefalinger, vejledninger og retningslinjer er ikke systematisk implementeret, ligesom indsatsen ikke i tilstrækkelig grad er blevet beskrevet og monitoreret.

Det betyder, at de nødvendige faglige og organisatoriske rammer for at styrke kvaliteten og udviklingen for mennesker med psykiske lidelser ikke er implementeret i samme udstrækning, som for mennesker med somatisk sygdom og ikke er fulgt med den store vækst, der er sket i antallet af mennesker med psykiske lidelser, der har behov for hjælp i psykiatrien.

## 5.1. Historisk udvikling

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser har ændret sig markant over årene. Fra 1950'erne og frem bar udviklingen præg af en afinstitutionalisering, hvor der var fokus på udvikling af diagnostik og effektive behandlinger frem for at skærme patienterne fra det omgivende samfund. Parallelt hermed har der over tid været et øget fokus på recovery og mulighederne for at leve et godt liv med sin sygdom eller at komme sig helt.

I 1976 overgik den statslige særforsorg for mennesker med psykiske lidelser til amterne, mens resten af særforsorgen blev udlagt i 1980. Det blev startskuddet til en udvikling væk fra åre- eller livslange ophold på institutioner og hen til ophold på forskellige former for sociale botilbud, som frem til kommunalreformen i 2007 blev drevet af amterne. 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 mennesker med psykiske lidelser i at blive inkluderet i samfundet.

Den amtslige og regionale psykiatri har i de forløbne fire årtier gennemgået en omlægning fra stationær til ambulant behandling. Op igennem 1990'erne blev den ambulante psykiatri udbygget over hele landet, med etablering af ambulante, tværfaglige og lokalt placerede behandlingstilbud.

Med kommunalreformen i 2007 blev antallet af kommuner reduceret fra 271 til 98, og fik det samlede ansvar for sociale indsatser til mennesker med psykiske lidelser under Serviceloven og nye opgaver inden for bl.a. misbrugsbehandling under Sundhedsloven. Ligeledes fik kommunerne ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, herunder mental sundhedsfremme blandt

borgerne i kommunen. Ansvaret for behandlingen af mennesker med psykiske lidelser på sygehuse og i praksissektoren blev placeret i regionerne, da man med ændringen ønskede at skabe en klar og entydig ansvarsfordeling samtidig med, at de nye opgaver i højere grad skulle løses kvalificeret, i nærmiljøet og i tæt samspil med kommunernes øvrige tilbud. Efter reformen blev det den enkelte kommunes opgave at vurdere den enkeltes behov og beslutte hvilke tilbud, der skulle gives inden for servicelovens rammer.

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. Det blev desuden fra 2007 via serviceloven lovpligtigt for kommunerne indbyrdes og med regionerne at indgå årlige sociale rammeaftaler, der har til formål at sikre udbud af de nødvendige specialiserede sociale tilbud, herunder til mennesker med psykiske lidelser.

I forlængelse af strukturreformen fik Sundhedsstyrelsen med den nye sundhedslov i 2009 øgede beføjelser ift. planlægning af det specialiserede sygehusvæsen (specialeplanen), og Sundhedsstyrelsen påbegyndte derefter en gennemgang af akutområdet og de specialiserede funktioner på sygehusene (specialeplanen).

## 5.2. Væsentlige nationale initiativer efter 2007

I det følgende præsenteres en række centrale initiativer og nedslagspunkter i udviklingen i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser på social- og sundhedsområdet og i boks 6 findes en oversigt efter strukturreformen i 2007.

Der har været iværksat en række nationale og lokale initiativer, som har haft til formål at danne ramme om en både organisatorisk og faglig udvikling af indsatsen til mennesker med psykiske lidelser. Udvalgte initiativer og effekten af disse uddybes i det efterfølgende.

**Boks 6**: Centrale nationale initiativer efter 2007

**2008** Sundhedsstyrelsen offentliggør *Fremme af mental sundhed – Bagrund, begreb og determinanter* (42), som introducerer mental sundhed som et væsentligt aspekt i forebyggelsesindsatsen.

**2009** Sundhedsstyrelsen offentliggør *National strategi for psykiatri* med seks centrale mål for en samlet indsats for mennesker med psykiske lidelser (43).

Danmark ratificerer FN's handicapkonvention, som også omfatter mennesker med psykiske lidelser. Konventionen fokuserer bl.a. på at understøtte lige muligheder for personer med funktionsnedsættelse.

Sundhedsstyrelsen udarbejder de første specialevejledninger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

**2010** Specialpsykologuddannelsen i hhv. psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri oprettes.

**2012** Sundhedsstyrelsen offentliggør første version af *Forebyggelsespakken for Mental sundhed* mhp. at understøtte kommunerne i arbejdet med at fremme borgernes mentale sundhed.

**2013** Regeringens Udvalg om psykiatri offentliggør rapporten *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* (37).

**2014** På baggrund af rapporten fra Regeringens Udvalg om psykiatri iværksættes handlingsplanen *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser med initiativer* (12).

Socialtilsynet etableres og den danske kvalitetsmodel på det sociale område træder i kraft (44).

Servicelovens § 11 blev ændret til en egentlig forebyggelsesparagraf, så den i dag tydeliggør kommunernes forpligtelse til en tidlig og forebyggende indsats for børn og unge.

Regeringen og de fem regioner indgår partnerskabsaftaler om nedbringelse af tvang i psykiatrien.

**2015** Tværministeriel forskningsstrategi *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser* offentliggøres (38), som bl.a. peger på et stort behov for styrke rammerne for forskningen generelt.

**2016** Patienter med psykiske lidelser får samme rettigheder til udredning og behandling inden for 30 dage som patienter med somatisk sygdom.

*Handlingsplan til forebyggelse af vold på botilbud vedtages* (45).

**2017** Børne- og socialministeriet offentliggør *Strategi for udvikling af sociale indsatser (SUSI)* (46).

**2018** I forlængelse af *Handlingsplan til forebyggelse af vold på botilbud* offentliggør Socialstyrelsen *Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse* (47).

Der etableres 150 særlige pladser i psykiatrien som et midlertidigt behandlingstilbud til mennesker, som har tværfaglige og komplicerede udfordringer.

Sundhedsstyrelsen udgiver *Fagligt oplæg for styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser* (41), som er grundlaget for regeringens plan *Vi løfter i fællesskab – en samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025* (13).

Regeringen, Danske Regioner og KL offentliggør en styringsgennemgang af psykiatrien (39,40).

Serviceloven revideres med fokus på sammenhæng, helhed, rehabilitering og inklusion i samfundet i indsatsen og sagsbehandlingen. Desuden indføres ny § 82 a-d i serviceloven til tidlige forbyggende indsatser uden visitation. Indsatserne er ikke lovpligtige for kommunerne.

**2019** Revision af Sundhedsstyrelsens vejledninger for registrering og anvendelse af tvang.

Revision af psykiatriloven, herunder vedr. udskrivningsaftaler og koordinationsplanerfor alle der modtager støtte som følge af nedsat psykisk funktionsevne i henhold til afsnit V i serviceloven.

**2021** Regeringen offentliggør reformen *Børnene Først* med bl.a. fokus på trivsel blandt udsatte børn og unge (48).

### 5.2.1. Tidligere nationale planer for indsatsen til mennesker med psykiske lidelser

I 2012 nedsatte den daværende regering i en erkendelse af, at der var betydelige udfordringer i indsatsen til mennesker med psykiske lidelser et bredt udvalg, som fik til opgave at komme med anbefalinger til, hvordan indsatsen til mennesker med psykiske lidelser tilrettelægges og gennemføres bedst på tværs af sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet. Udvalget identificerede en række gennemgribende udfordringer (boks 7) i deres afrapportering fra 2013 *Moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* (37).

**Boks 7:** De væsentligste udfordringer i indsatsen identificeret af Udvalg for Psykiatri, 2013

- **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 utilstrækkelig forskning, dokumentation og effektmåling.**
- **Manglende reduktion i tvangsanvendelse.**
- **Mangelfuld planlægning og styring og grundlag for bedre ressourceanvendelse i regioner og kommuner.**

Med udvalgets arbejde var ambitionen at sikre et markant løft af indsatsen, og der blev peget på seks fokusområder for den fortsatte indsats:

- 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.

Som et led i arbejdet blev der udarbejdet kortlægningsrapporter, der belyste og kortlagde både den faglige indsats og kapaciteten på området, herunder også barrierer for god udnyttelse af ressourcer og kapacitet.

På baggrund af udvalgsrapporten blev der iværksat en række initiativer bl.a. handlingsplanen *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser* (12) samt satspuljeaftalen fra 2015-2018, der indebar et løft på 2,2 mia. kr. til øget kapacitet, kompetenceudvikling, bedre fysiske rammer samt tværfaglige teams i børne- og ungdomspsykiatrien. Med afsæt i anbefalingerne blev der indført udrednings- og behandlingsret for psykiatriske patienter og psykiatriloven blev moderniseret. Udvalgsrapporten affødte også initiativer vedrørende inddragelse af borgere og pårørende i psykiatrien og udviklingen af *Model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser* (49).

Der blev desuden i 2014 indgået forpligtende partnerskabsaftaler mellem Regeringen og regionerne om at halvere anvendelsen af bæltefikseringer og samtidig nedbringe den samlede brug af tvang inden udgangen af 2020. Regionerne iværksatte i løbet af partnerskabsperioden en række tiltag til nedbringelse af tvang, og Sundhedsstyrelsen har løbende monitoreret udviklingen af anvendelsen af tvang. Der blev ligeledes nedsat en Task Force til at følge området.

Partnerskabsaftalerne udløb ved udgangen af 2020. Monitoreringen af tvang i perioden har samlet set vist, at det overordnet er lykkedes at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer, men at den samlede anvendelse af tvangsforanstaltninger er steget. Derudover er brugen af både akut beroligende medicin med tvang, fastholdelser, tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser steget.

Regeringens Udvalg for psykiatri pegede også på utilstrækkelig forskning og manglende brug af evidensbaserede metoder. I 2015 blev forskningsstrategien *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser – en national strategi* (38) offentliggjort med det 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 liv.

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 inden for psykiatrien

af Innovationsfonden. Ud over enkelte iværksatte tiltag er forskningsstrategien i sin helhed, herunder anbefalinger ift. at styrke rammer og fundament for forskningen, ikke implementeret.

I 2018 fulgte Sundhedsstyrelsen op med *Fagligt oplæg for styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser* (41) til regeringens plan *Vi løfter i fællesskab – en samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025.* Formålet med det faglige oplæg var at pege på de største udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og komme med anbefalinger til det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser. Fokus for anbefalingerne var både den regionale indsats på sygehusene og i praksissektor samt socialpsykiatrien.

**Boks 8:** Overordnede anbefalinger i det faglige oplæg fra 2018 (41)

- **Den øgede sygelighed og overdødelighed skal nedbringes**
- **Styrket indsats for at nedbryde fordomme om psykiske lidelser**
- **Tidligere og mere tilgængelig indsats for mennesker med psykiske lidelser**
- **Højere faglig kvalitet i indsatsen**
- **Mere sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser**

Der blev afsat midler til implementering af enkelte anbefalinger i regi af satspuljeaftalerne. Bl.a. til opgradering af sygehussenge til intensiv behandling til voksne med svære psykiske lidelser, til tværfaglige og udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien samt til en række initiativer for at styrke socialpsykiatrien. De fleste af anbefalingerne fra 2018 er imidlertid ikke realiseret og et samlet strategisk og vedvarende løft af indsatsen på tværs udeblev.

### 5.2.2. Øvrige væsentlige nationale initiativer på socialområdet

På socialområdet er der efter strukturreformen tilsvarende igangsat en lang række nationale initiativer, der har haft til sigte at styrke indsatsen på det specialiserede socialområde, og som fremtidige initiativer således skal bygge videre på.

Kommunerne har på forskellig vis arbejdet med at udvikle indsatserne med afsæt i recovery og rehabilitering. Der er i den sammenhæng udviklet megen ny viden og været fokus på udvikling af dokumenterede metoder og tilgange, der understøtter en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang.

Der er ligeledes iværksat en lang række nationale initiativer, der har fokus på at udbrede og implementere viden og metoder i kommunerne, både i sagsbehandlingen og i de sociale tilbud. Implementering af de forskellige tiltag er dog varierende på tværs af kommuner og det er ikke lykkedes at sikre en tilstrækkelig fælles faglig retning og ensartet praksis for indsatserne på tværs. Der pågår desuden i mange kommuner et arbejde med udvikling og omlægning af socialpsykiatrien mod recovery-orienteret rehabilitering, understøttet af det nationale initiativ '*Styrket kvalitet i socialpsykiatrien*' (50), jf. kapitel 15, ligesom mange kommuner er i gang med at udvikle tilbudsviften med tidlige og forebyggende indsatser, jf. kapitel 12.

**Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO)**
I forbindelse med strukturreformen blev Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) etableret. VISO har siden bistået kommuner, borgere og kommunale, regionale og private tilbud med vejledende rådgivning og udredning i de mest specialiserede og komplicerede sager på det sociale område og specialundervisningsområdet. VISO fik i 2020 mere end 8.600 henvendelser og igangsatte mere end 2.100 rådgivningsforløb (51).

**Den Nationale Koordinationsstruktur (NatKo)**
Ligeledes blev Den Nationale Koordinationsstruktur (NatKo) etableret. NatKo fik til opgave at sikre, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. Dette sker ved løbende at overvåge området, ved faglig dialog og vidensindsamling, samt ved at udsende centrale udmeldinger og forløbsbeskrivelser på området.

**Tilbudsportalen**
Som en del af strukturreformen blev det besluttet at oprette en tilbudsportal med oplysninger om samtlige tilbud på socialområdet. Tilbudsportalen (52) skulle sikre sammenlignelige og gennemskuelige oplysninger om tilbuddene, herunder om deres målgrupper, metoder, økonomi, takster, resultater og om tilsynet med tilbuddene. Dette for at styrke kommunernes valg af tilbud til den enkelte borger, at skabe overblik over udviklingen i tilbud, målgrupper og metoder på det sociale område, at

understøtte tilsynsmyndighedernes arbejde samt at understøtte lige konkurrence mellem private og offentlige tilbud.

**Lov om Socialtilsyn**
I 2014 trådte lov om Socialtilsyn i kraft, som medførte en omlægning af tilsynet på socialområdet. Fra at den enkelte kommune selv varetog tilsynet med egne tilbud, blev der etableret fem socialtilsyn, som fører tilsyn med sociale tilbuds kvalitet i forbindelse med driftsorienterede tilsyn og ved godkendelse af nye tilbud. Tilsynet tager udgangspunkt i Kvalitetsmodellen, der består af en række overordnede temaer og indikatorer for kvalitet, herunder sundhed, uddannelse og beskæftigelse samt anvendelse af dokumenterede metoder. Kvalitetsmodellen udgør således den fælles reference for god kvalitet i de sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynet, på tværs af landet (53).

**Forebyggelse af vold på botilbud**
I regi af satspuljeaftalen for 2016-2020 blev en handlingsplan for forebyggelse af vold på botilbud vedtaget (45), der iværksatte en lang række af initiativer med sigte på at forebygge vold på både socialområdet og sundhedsområdet. I forlængelse heraf etableredes fx fysiske tilpasninger, opnormering og udvidet klageadgang samt øvrige indsatser til forebyggelse af vold på botilbud, herunder tilknytning af fast læge, styrket sundhedsfaglig rådgivning og fælles undervisning.

I forlængelse af handlingsplanen udgav Socialstyrelsen i 2017 *Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse* (47), som udbredes og implementeres via et indsatsteams til landets sociale tilbud. Ligeledes blev det i forlængelse af handlingsplanen besluttet at etablere 150 særlige pladser til en særligt udsat målgruppe med svær psykisk lidelse, udadreagerende adfærd og samtidigt misbrug (læs mere under nationale initiativer på sundhedsområdet).

**Strategi for udvikling af sociale indsatser**
Social- og Ældreministeriet udviklede i 2017 en *Strategi for udvikling af sociale indsatser (SUSI)* (46). Strategien skal understøtte, at der udvikles sociale indsatser der er virksomme over for borgerne og samfundsøkonomisk effektive.

I forlængelse af SUSI er der afsat midler til Udviklings- og Investeringsprogrammerne (UIP) (54) på det sociale børne- og voksenområde, hvorunder der er udviklet og udbredt en lang række dokumenterede metoder, tilgange og indsatser til borgere med psykiske vanskeligheder, herunder fx *Åben Dialog, Social færdighedstræning, Critical Time Intervention (CTI)*, ligesom der aktuelt udvikles indsatser til mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug, samt til mennesker med en spiseforstyrrelse og selvskade.

**Revision af servicelovens voksenbestemmelser**
I 2018 blev voksenbestemmelserne i serviceloven revideret (18), hvorefter det blev muligt for kommunerne at etablere nye typer af tidlige forebyggende indsatser i form af korte tidsafgrænsede indsatser, gruppeindsatser, sociale akuttilbud samt samarbejde med civilsamfundet omkring indsatserne. Der er imidlertid tale om lovgivningsmæssige kan-bestemmelse, der efterlader vide rammer for kommunerne i forhold til anvendelse, dette uddybes i kapitel 12 og kapitel 15.

**Strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien**
I 2019 blev der iværksat en række initiativer under overskriften: *Strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien mod recovery-orienteret rehabilitering.* Udgangspunktet for initiativerne er at beskrive, hvordan den sociale indsats kan tilrettelægges, så flest mulige borgere med psykiske lidelser kan hjælpes til at komme sig. Målgruppen for initiativet er den politiske og administrative ledelse i landets kommuner samt ledere og medarbejdere på både myndighedsområdet og de socialpsykiatriske tilbud, og sigtet er at give socialpsykiatrien et samlet kvalitets- og kompetenceløft. Der er således tale om et langsigtet strategisk arbejde, se uddybning i kapitel 15.

**Voksenudredningsmetoden**
Voksenudredningsmetoden (VUM) blev oprindeligt udviklet i 2009-11 og i 2020 lanceredes VUM 2.0. I VUM 2.0 er der taget afsæt i den aktuelt bedste viden på sagsbehandlingsområdet, ligesom KL's Fælles Faglige Begreber er indarbejdet. I VUM 2.0 er der styrket fokus på; retssikkerhed for borgerne, øget fokus på recovery-orienteret rehabilitering og borgerens perspektiv, samt bedre og mere anvendelige data om den enkelte borgers progression og udvikling. VUM anvendes med få undtagelser af landets kommuner (55). Der er dog fortsat et stort implementeringsarbejde i kommunerne i forhold til en systematisk anvendelse af VUM 2.0, idet kun få kommuner pt. har taget den nye VUM 2.0 i anvendelse.

**Specialeplanlægning på socialområdet**
Regeringen har i 2020 taget første skridt i retning af en specialeplanlægning på det specialiserede

socialområde. I første omgang skal en grundig evaluering af det specialiserede socialområde afdække de forskellige målgruppers behov samt udbuddet af tilbud på socialområdet. Samtidig skal der udvikles en model for, hvordan man kan beskrive de enkelte målgrupper. Arbejdet skal senere danne grundlag for mulighed for en specialeplanlægning inspireret af, hvad der findes på sundhedsområdet. Evalueringen foregår ad tre spor og blev igangsat i juni 2020.

Foruden ovenstående initiativer, er socialområdet også omfattet af nogle af de nationale initiativer på sundhedsområdet, som er beskrevet nedenfor. Det gælder således nogle af de initiativer, der er igangsat med afsæt i arbejdet under 'Udvalget om Psykiatri' fra 2013 (56,57), den nationale forskningsstrategi fra 2015 (38), samt det faglige oplæg fra 2018 (41).

### 5.2.3. Øvrige væsentlige nationale initiativer på sundhedsområdet

**Udviklingen af den akutte indsats**
Efter strukturreformen gennemgik Sundhedsstyrelsen, som noget af det første, tilrettelæggelsen af det akutte beredskab med udgangspunkt i principperne for specialeplanlægning. I 2007 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen anbefalinger for den akutte sundhedsindsats til somatiske patienter. Anbefalingerne fik en meget stor og rammesættende betydning for udviklingen af det somatiske sygehusvæsen og blev starten på en øget specialisering med en reduktion i antallet af sygehuse og en samling af behandlinger på færre steder med det formål at øge kvaliteten. Desuden kom speciallægerne i front i den akutte modtagelse på sygehuset.

Anbefalingerne omfattede imidlertid ikke mennesker med psykiske lidelser, hvormed udviklingen i den akutte indsats til mennesker med psykiske lidelser på et afgørende tidspunkt ikke blev sammentænkt med indsatsen til somatiske patienter. Anbefalinger for psykiatrien blev udgivet 2 år efter i 2009 og fik ikke en tilsvarende opmærksomhed og betydning for organisering og udvikling af området.

Som opfølgning på anbefalingerne fra 2007 og 2009 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen i 2020 *Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats – Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år* (58).

**National strategi for psykiatri**
I 2009 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen *National strategi for psykiatri* (43), hvor formålet var, med et værdimæssigt afsæt, at samle gode intentioner og visioner til fremadrettede initiativer til en samlet indsats for mennesker med psykiske lidelser. Strategien blev ikke fulgt op af en handlingsplan eller tilknyttede ressourcer, men satte en retning for området, og flere af rapportens overordnede anbefalinger har derfor fortsat relevans i dag.

**Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning**
I 2009 blev de første specialevejledninger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri med en række nye specialfunktioner udarbejdet. I modsætning til somatikken er der dog ikke sket en ensartet implementering af vejledningerne på tværs af landet.

**Forebyggelsespakke for mental sundhed**
Mental sundhed har bl.a. i regi af Sundhedsstyrelsens publikationer i 2008 og 2009 *(Fremme af mental sundhed – Baggrund, begreb og determinanter, 2008 og Fremme af mental sundhed i kommunerne, 2009* (42,59)) været introduceret som et væsentligt perspektiv til forståelse af vores sundhed, fx som et supplement til de velkendte KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol, motion).

Efter kommunalreformen i 2007, hvor kommunerne i henhold til Sundhedsloven fik ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, er mental sundhed blevet behandlet i lokale sammenhænge fx i kommunale sundhedsstrategier, sundhedsaftaler mellem kommune og region samt i forbindelse med civilsamfundets tilbud, men der er endnu ikke udarbejdet en national strategi eller handleplan for området.

I 2012 udkom *Forebyggelsespakken for Mental sundhed*, som blev revideret i 2018 (60), mhp. at understøtte kommunerne i arbejdet med at fremme borgernes mentale sundhed, og indeholder anbefalinger til rammer og indsatser målrettet forskellige befolkningsgrupper.

Der har særligt været et fokus på mental sundhed og trivsel blandt børn og unge. Som et af de senere tiltag er der med reformen *Børnene Først* (48,61) et fokus på at øge trivslen blandt udsatte børn og unge.

**Afstigmatisering**
Det seneste årti har der været stigende 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 lidelse finansieret delvist af satspuljemidler, fondsmidler, regioner og gennem ressourcer og aktiviteter i partnerskabskredsen (62). Med den seneste aftale om fordeling af reserven på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet fra 2021-2024 videreføres den nationale afstigmatiseringsindsats i regi af Sundhedsstyrelsen (63). Der bør fremadrettet bygges videre på dette arbejde (se kapitel 8).

EN AF OS har til formål at fremme inklusion og bekæmpe diskrimination forbundet med psykiske lidelser gennem formidlingsaktiviteter. En central del af formidlingsindsatsen leveres af personer med egne erfaringer med psykisk lidelse, der er aktive i at udbrede budskaber om at mindske stigmatisering ud fra egne oplevelser.

**Særlige rehabiliterende pladser.**
I 2017 blev der vedtaget et lovforslag om etableringen af en ny type psykiatriske afdelinger i forlængelse af den tidligere omtalte handlingsplan for forebyggelse af vold på botilbud. De nye pladser, blev etableret 2018 til nogle af de mest udsatte patienter med psykisk lidelse, samtidig misbrug og udadreagerende adfærd. Der er fokus på længerevarende ophold med samtidig psykiatrisk behandling, rehabilitering og misbrugsbehandling. De særlige pladser er evalueret i 2021 (64), og på baggrund af dette pågår et arbejde med at vurdere et behov for justering af organiseringen og finansieringen af de særlige pladser, målgruppen, visitationen og sammenhængen til øvrige tilbud mv.

**Kliniske retningslinjer og vejledninger**
Sundhedsstyrelsen valgte ved igangsættelsen af arbejde med nationale kliniske retningslinjer (NKR) at prioritere psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri højt. Der er udarbejdet 13 kliniske retningslinjer i perioden 2014 til 2021 (65-77).

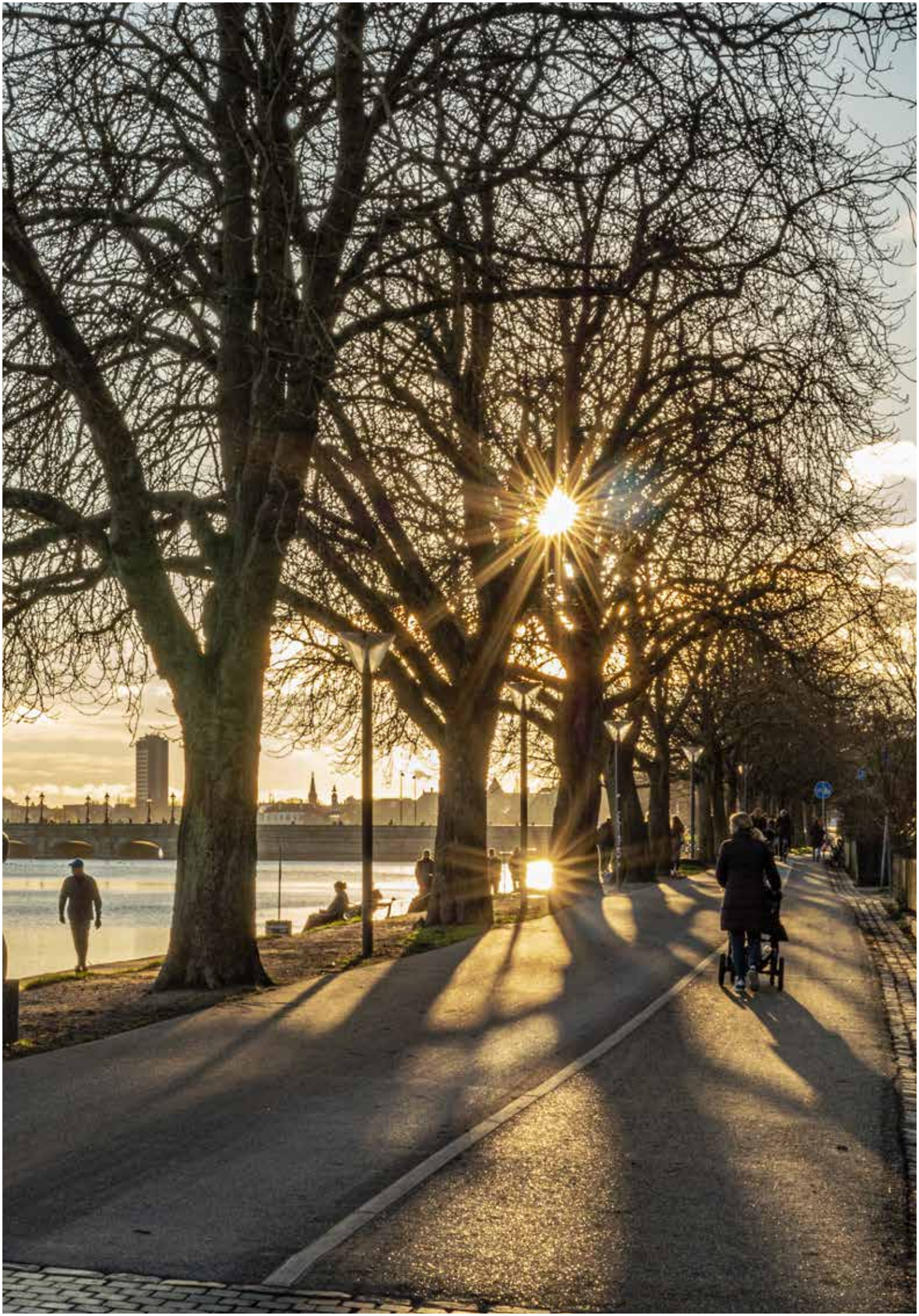
Desuden har Sundhedsstyrelsen udarbejdet fire vejledninger vedrørende farmakologisk behandling til mennesker med psykiske lidelser (78-81). Derudover udgiver de faglige selskaber retningslinjer og faglige vejledninger.

Det er imidlertid en udfordring, at de eksisterende retningslinjer og faglige standarder implementeres i varierende grad, og der er ikke tilstrækkelig opfølgning på de tiltag, som iværksættes, og om de har den tilsigtede effekt på kvaliteten. Der arbejdes i stigende grad tværfagligt, og der er i endnu højere grad behov for retningslinjer og anbefalinger, der omfatter det samlede behandlingsforløb, herunder anbefalinger vedr. evidensbaserede behandlingsindsatser ud over medicinering samt klare faglige rammer og standarder for patienternes samlede forløb i sundhedsvæsenet. Dette beskrives nærmere i kapitel 13.

**Nationale og regionale kvalitetstiltag**
Der har gennem en årrække været iværksat mange tiltag for at understøtte, at mennesker med psykiske lidelser tilbydes en ensartet behandling af høj faglig kvalitet. Det gælder fx RADS (Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin) behandlingsvejledninger (82), multidisciplinære kvalitetsforum og kvalitetsarbejde, regionale kompetencecentre, lærings- og kvalitetsteams, nationale kliniske kvalitetsdatabaser, specialevejledning for psykiatri mv.

Ligeledes er der implementeret forløbsbeskrivelser for indlæggelser samt pakkeforløb for ambulant behandling af mennesker med psykiske lidelser udarbejdet af Danske Regioner. Pakkeforløbene beskriver et standardiseret behandlingsforløb for patienter med samme diagnose og behandlingsbehov og består af en basispakke med evt. tillægspakker, hvor indholdet matcher forskellige grader af sygdommen samt evt. komplicerende faktorer. Hertil er der afprøvet en række projekter til at understøtte kvaliteten i behandling af mennesker med psykiske lidelser, herunder Sikker Psykiatri, medicinfrie afsnit, bæltefri afdelinger mv.

På trods af de mange forskellige initiativer er kvaliteten af behandlingen ikke blevet løftet på en tilstrækkelig ensartet og systematisk måde sammenlignet med det målrettede og systematiske arbejde med kvalitetsopbygning, som man har set for flere somatiske sygdomme, fx på kræftområdet. Dette beskrives nærmere i kapitel 13.



# 6

# Status på området

# 6. Status på området

Dårlig mental sundhed vurderes at udgøre et stigende problem i den danske befolkning. Psykiske lidelser er almindelige sygdomme, og en stor del af befolkningen vil på et tidspunkt i livet få en psykisk lidelse.

Nedenfor beskrives hvordan sygdomsbilledet for mennesker med psykiske lidelser har udviklet sig, og der gøres status på aktiviteten, kapaciteten og kvaliteten af indsatserne til mennesker med psykiske lidelser - både i regioner, i praksissektoren og i kommunerne. Der er tidligere blevet lavet grundige gennemgange af data på området, og der henvises til disse rapporter for detaljerede analyser (1,39,40,56,57,83-85), ligesom der henvises til bilagsrapporten for en mere detaljeret gennemgang af området.

## 6.1. Mental sundhed

Dårlig mental sundhed vurderes at være et stigende problem i befolkningen, uden at man kender den specifikke årsag hertil. I tabellen nedenfor ses de faktorer, som på forskellige niveauer kan påvirke befolkningens mentale sundhed (60).

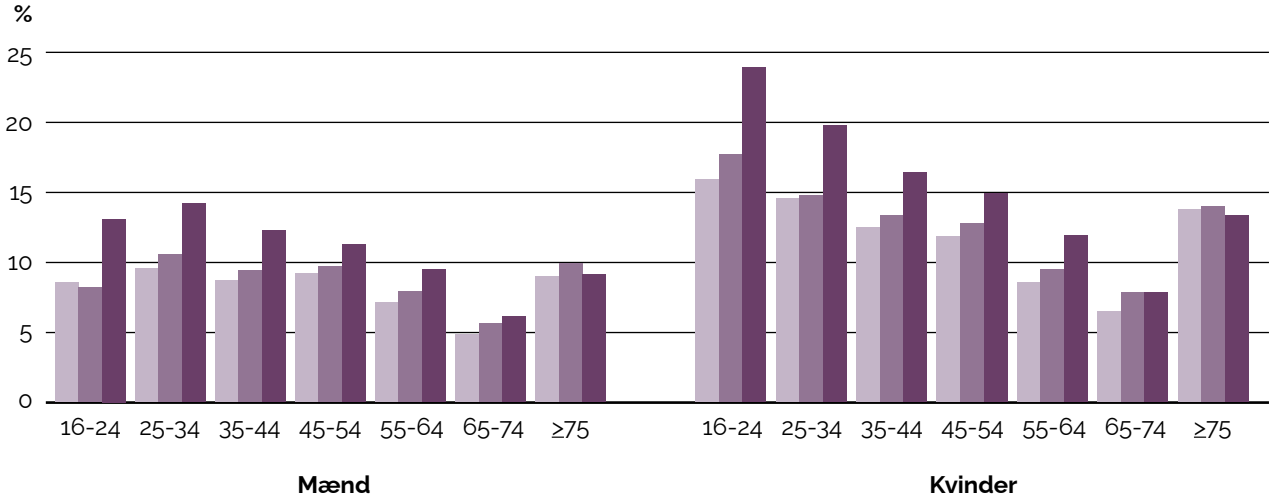
I Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017, hvor 180.000 personer bl.a. svarer på en række spørgsmål om deres trivsel og mentale sundhed, fremgår det, at andelen af personer over 16 år med selvvurderet dårlig mental sundhed er steget fra ca. 11 % til 13 % i perioden 2010 til 2017 (86). Figur 3 viser, at der særligt i den yngre aldersgrupper ses en stigning i selvvurderet dårlig mental sundhed. Flere kvinder end mænd har selvvurderet dårlig mental sundhed, men for både kvinder og mænd er andelen størst i aldersgruppen mellem 16 og 34 år.

**Tabel 2:** Udvalgte faktorer der kan påvirke den mentale sundhed

| | Beskyttende faktorer | Risikofaktorer |
|---|---|---|
| **Individuelt niveau** | • Positiv selvopfattelse<br>• Gode evner til at håndtere stress og udfordringer<br>• Self-efficacy (tro på egen formåen)<br>• Følelse af mening og sammenhæng i hverdagslivet<br>• Følelse af socialt tilhørsforhold og evne til at etablere relationer<br>• God fysisk sundhed | • Dårligt selvvurderet helbred<br>• Lav grad af læring i dagtilbud/skoler<br>• Forringet fysisk helbred, langvarige smerter eller langvarig sygdom<br>• Risikoadfærd, fx rusmidler og fysisk inaktivitet |
| **Socialt niveau** | • Omsorgsfulde forældre/gode familiebånd<br>• Støttende sociale relationer<br>• Deltagelse i positive fællesskaber<br>• Positive erfaringer med uddannelse og arbejdsliv | • Fysisk og psykisk vold, især i barndommen<br>• Usikker tilknytning og omsorg<br>• Forældre med psykisk lidelse eller misbrug<br>• Ensomhed<br>• Mobning og diskrimination |
| **Strukturelt niveau** | • Trygge omgivelser<br>• Adgang til uddannelse og beskæftigelse<br>• Et støttende og trygt uddannelses- og arbejdsmiljø<br>• Adgang til sociale støttefunktioner | • Lav socioøkonomisk status som uafsluttet grundskole og ungdomsuddannelse<br>• Fattigdom<br>• Sygefravær og arbejdsløshed |

***Kilde:*** *Sundhedsstyrelsen, Forebyggelsespakke Mental sundhed, 2018 (60)*

**Figur 3:** Andel med dårligt mentalt helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper




***Kilde:*** *Danskernes Sundhed, Den nationale sundhedsprofil 2017*

Spørgeskemaundersøgelser indikerer, at det især er blandt børn og yngre voksne, og mest markant for piger og kvinder, at dårlig mental sundhed er et stigende problem (86,87).

Selvom hovedparten af børn og unge angiver god trivsel og høj livstilfredshed, så er der alligevel en bekymrende andel, som oplever mistrivsel og daglige psykiske symptomer (87-89). Ligesom med psykisk lidelse så er dårlig mental sundhed også associeret med en række negative sociale udfald. Fx har mennesker, som er udenfor arbejdsmarkedet, som er socialt udsatte, har misbrug eller psykisk lidelse, markant dårligere mental sundhed end den øvrige befolkning (86,90). Børn og unge der vokser op i familier med misbrugsproblemer, eller hvor mor, far eller en søskende har en alvorlig sygdom er også i øget risiko for at udvikle dårlig mental sundhed. Omfanget af børn i risiko for at udvikle dårlig mental sundhed understreges af, at ca. 122.000 børn vurderes at vokse op i familier med alkoholproblemer (91), og at over 300.000 børn og unge er pårørende til mennesker med psykisk lidelse (92). Dårlig mental sundhed er også associeret med større risiko for somatiske indlæggelser og død og lavere chance for at opleve positive sociale hændelser som fx progression i uddannelse og at komme i beskæftigelse (93).

## 6.2. Psykiske lidelser

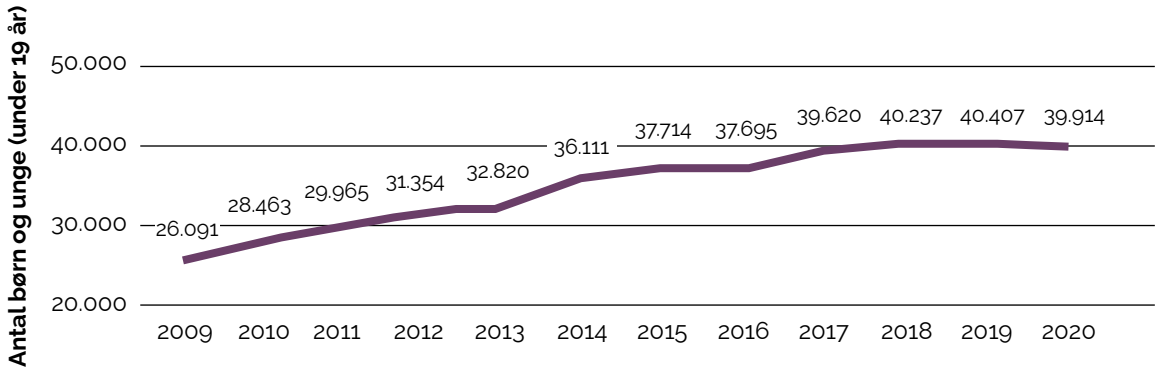
En stor del af befolkningen har, har haft eller vil på et tidspunkt i livet få en psykisk lidelse. På baggrund af en række danske og udenlandske studier skønnes det, at ca. 10 % af befolkningen til hver en tid har en psykisk lidelse (57,94). Det svarer til, at ca. 587.000 mennesker på nuværende tidspunkt har en psykisk lidelse. Tallet kan dog være højere, da der menes at være et relativt stort mørketal, fordi en del mennesker med psykiske lidelser ikke bliver registreret i de nationale registre eller i spørgeskemaundersøgelser og heller ikke nødvendigvis opsøger hjælp.

Mange mennesker har en psykisk lidelse i en kortere periode, mens andre lever med en psykisk lidelse det meste af livet. Det skønnes, at ca. 40-50 % af befolkningen på et tidspunkt i løbet af livet vil få en psykisk lidelse (1), mens en tredjedel vil få brug for psykiatrisk behandling (38 % af kvinderne og 32 % af mændene) (95). Blandt børn og unge vil ca. 15 % blive diagnosticeret med en psykisk lidelse, inden de fylder 18 år (2).

Antallet af mennesker i Danmark, som diagnosticeres med psykiske lidelser, er steget betydeligt i de senere år. Det skyldes til dels en øget forekomst af psykiske lidelser, men kan også skyldes, at flere end tidligere får stillet en diagnose og kommer i behandling. Stigningen illustreres i figurerne nedenfor, som viser antallet af børn, unge og voksne som havde kontakt til psykiatrien i perioden fra 2009 til 2020.

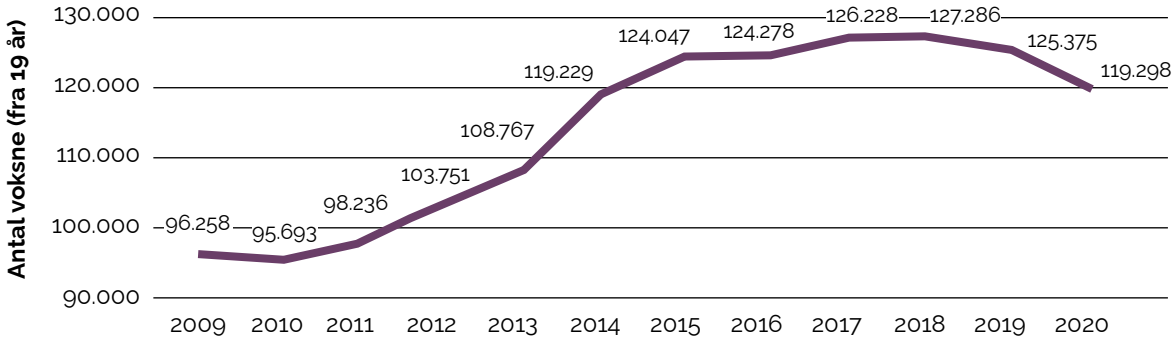
Der er på tværs af diagnoser en stor forskel på udviklingen, som det ses i Figur 6 og 7 på næste side. Hos børn og unge er der især sket en markant

**Figur 4:** Børn og unge med kontakt til den regionale psykiatri i perioden 2009 til 2020




***Kilde:*** *Landspatientregisteret version 30.marts 2021 for LPR2 of 10.maj for LPR3 og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen. Antallet er antal unikke personer under 19 år, som har haft kontakt til den regionale psykiatri. I 2019 og 2020 kan data være påvirket af databrud i forbindelse med overgangen til LPR3 og effekten af covid-19 epidemien.*

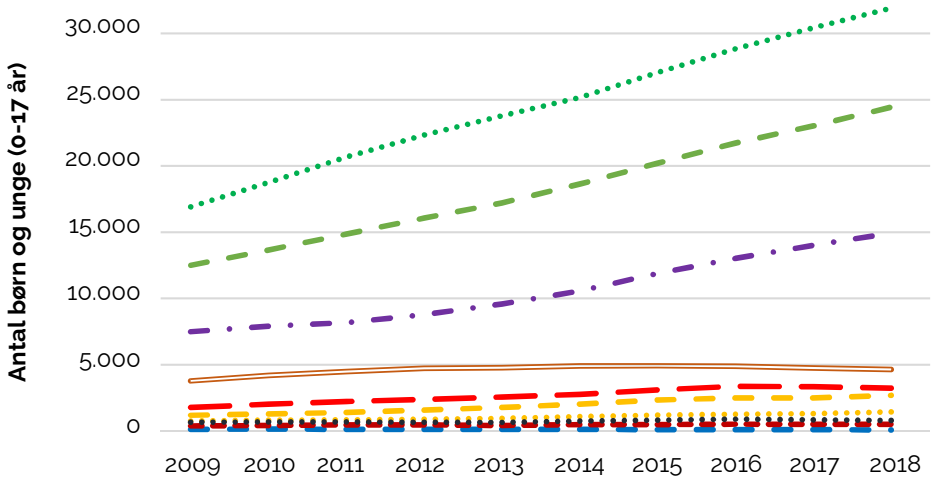
**Figur 5:** Voksne med kontakt til den regionale psykiatri i perioden 2009-2020



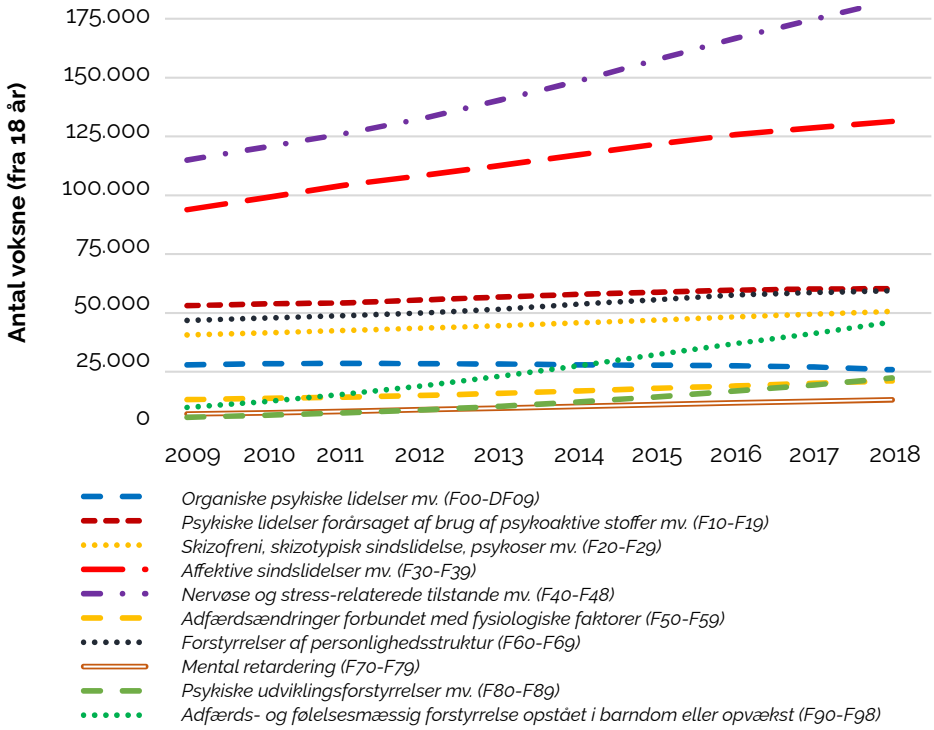

***Kilde:*** *Landspatientregisteret version 30.marts 2021 for LPR2 of 10.maj for LPR3 og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen. Antallet er antal unikke personer fra 19 år og derover, som har haft kontakt til den regionale psykiatri. I 2019 og 2020 kan data være påvirket af databrud i forbindelse med overgangen til LPR3 og effekten af covid-19 epidemien.*

stigning i forekomsten af adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser, som fx ADHD, og i psykiske udviklingsforstyrrelser som fx autisme og Aspergers syndrom. Der ses også en betydelig stigning i antallet af nervøse og stress-relaterede tilstande, som fx angst og belastningsreaktioner. Hos voksne har der især været en stigning i de nervøse- og stress-relaterede tilstande og i affektive sindslidelser, som fx depressive lidelser. Der ses også blandt voksne en stigende forekomst af adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser.

**Figur 6:** Udvikling i antallet af børn og unge med specifikke psykiske lidelser




**Figur 7:** Udvikling i antallet af voksne med specifikke psykiske lidelser




***Kilde:*** *Landspatientregisteret (LPR2) pr. 10. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen. Figurerne omfatter unikke personer, der har haft kontakt til den regionale psykiatri med en aktionsdiagnose, der falder inden for den valgte diagnosegruppe en eller flere gange inden for de seneste 10 år pr. 1. januar i opgørelsesåret. Alder er opgjort pr. 1. januar i opgørelsesåret.*

### 6.2.1. Udvalgte psykiske lidelser og andre samtidige sygdomme

Psykiske lidelser kommer til udtryk på forskellig vis og har forskellige sværhedsgrader. Nogle mennesker med psykiske lidelser kan have en øget kompleksitet i sygdomsbilledet på grund af flere samtidige helbredsmæssige- og sociale problemer som fx fysiske helbredsproblemer, misbrug, et svagt socialt netværk eller hjemløshed. Nedenfor ses nøgletal for de hyppigste psykiske lidelser, ligesom misbrug og multisygdom også beskrives. Der henvises til bilagsrapporten for en mere detaljeret gennemgang.

**Nervøse og stress-relaterede tilstande**
De nervøse og stress-relaterede tilstande inkluderer bl.a. angsttilstande og fobier, obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) samt belastnings- og tilpasningsreaktioner. Disse er blandt de hyppigste psykiske lidelser i Danmark hos både børn og voksne. Der blev i 2018 diagnosticeret ca. 19.500 nye tilfælde i den regionale psykiatri, og i alt ca. 198.000 børn, unge og voksne lever med disse lidelser (herunder 81.000 mænd og 117.000 kvinder)[6].

Når der sammenlignes med andre sygdomme, er angst den tredje hyppigste sygdom efter diabetes og iskæmisk hjertesygdom målt ved antal nye tilfælde per år. Indlæggelser på baggrund af angst udgør 12 % af alle psykiatriske indlæggelser, 13 % af alle psykiatriske ambulante besøg og 20 % af alle besøg i akutmodtagelser (4). Angstlidelser medfører funktionsevnebegrænsninger samt forringet livskvalitet hos mange og omkostningstab for samfundet, hvilket illustreres ved, at erhvervsaktive personer med angst årligt har 1,9 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden angst (svarende til 7 % af alle sygedage) og tegner sig for flest nytilkendelser af førtidspension og de største omkostninger til tabt produktion (4).

**Affektive sindslidelser**
Affektive sindslidelser herunder depression udgør den næststørste sygdomsgruppe blandt voksne. Der blev i 2018 diagnosticeret ca. 11.400 børn, unge og voksne med affektiv lidelse i den regionale psykiatri, og ca. 135.000 lever med disse lidelser (herunder 50.000 mænd og 135.000 kvinder)[7].

Mennesker med depression står for omkring 14 % af alle ambulante besøg på sygehus og for 11 % af alle indlæggelserne blandt mænd og 19 % blandt kvinder (4). Hovedparten af de depressive lidelser behandles i almen praksis (estimeret 90 %). Depression er årligt årsag til 3 % af alle nytilkendelser af førtidspension blandt mænd og 6 % blandt kvinder. Erhvervsaktive personer med depression har årligt 1,7 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden depression, svarende til 6 % af alle sygedage.

**Skizofreni og psykoser**
Sammenlignet med fx angst og depression, ses der væsentligt færre nye tilfælde af skizofreni, men skizofreni er ofte en meget alvorlig psykisk lidelse for den enkelte, og der kan være et stort behandlingsbehov og en høj risiko for andre samtidige sygdomme eller sociale problemer. Antallet af nye tilfælde er stabilt for voksne med ca. 3.200 nye tilfælde årligt, men der ses en stigning blandt børn og unge. Ca. 52.000 børn, unge og voksne lever med skizofreni eller relaterede psykotiske lidelser (herunder 28.000 mænd og 24.000 kvinder)[8].

Indlæggelser med skizofreni udgør 32 % af de psykiatriske indlæggelser, 30 % af alle psykiatriske ambulante besøg, og 21 % af besøgene på den psykiatriske skadestue. Skizofreni er årligt årsag til 6 % af alle nytilkendelser af førtidspension, og det kan være vanskeligt for mennesker med skizofreni at gennemføre en uddannelse eller være erhvervsaktive grundet sygdommens alvorlighed. Skizofreni er årsag til de største omkostninger til behandling og pleje sammenlignet med andre sygdomme (4).

[6] Landspatientregisteret (LPR2) pr. 10. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen (96). Tallet angiver unikke personer, der har haft kontakt til den regionale psykiatri med aktions- eller bidiagnose F40-F48 (Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer) for første gang inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesåret 2018 (incidensen), og personer som har haft kontakt med den regionale psykiatri én eller flere gange inden for de seneste 10 år pr. 1. januar 2018 (prævalensen).
[7] Landspatientregisteret (LPR2) pr. 10. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen (96). Tallet unikke personer, der har haft kontakt med den regionale psykiatri med aktions- eller bidiagnose F30-F39 (Affektive sindslidelser, herunder bipolar affektiv sindslidelse og depression) for første gang inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesåret 2018 (incidensen), og personer som har haft kontakt med den regionale psykiatri én eller flere gange inden for de seneste 10 år pr. 1. januar 2018 (prævalensen).

[8] Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen (96). Tallet angiver unikke personer, der har haft kontakt med den regionale psykiatri med aktions- eller bidiagnose F20-F29 (Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser) én eller flere gange inden for de seneste 10 år pr. 1. januar 2018 (prævalensen).
[9] Den reelle forekomst i Danmark er imidlertid usikker, da der ikke er en central registrering af diagnoser stillet hos privatpraktiserende speciallæger.

**Psykiske lidelser blandt børn og unge**
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser er den hyppigste psykiatriske sygdomsgruppe blandt børn og unge. Her er det særligt ADHD, som er den hyppigste psykiske lidelse, med en aktuelt estimeret forekomst på 3,6 %[9]. ADHD forekommer tre gange så hyppigt blandt drenge i forhold til piger (97). Gennemsnitsalderen for, at diagnosen stilles, er 8 år for drenge og 17 år for piger.

Udviklingsforstyrrelser, herunder autisme, er den anden hyppigste sygdomsgruppe, og der er sket en markant stigning i antallet af børn og unge med udviklingsforstyrrelser. I 2009 blev der registreret ca. 13.000 børn og unge med autisme og andre udviklingsforstyrrelser i den regionale psykiatri, mens antallet i 2018 var ca. 24.000 (96).

Opgørelser viser desuden, at personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser står for en betydelig del af kontakterne til den regionale psykiatri. Anoreksi optræder hos ca. 0,5 % af de danske piger og unge kvinder, 2 % har bulimi og 3 % lider af overspisning (34). Forekomsten af anoreksi og bulimi hos drenge og mænd er væsentligt lavere end hos piger og kvinder, men skyldes formentlig også et mørketal, og der ses en markant stigning i antallet af drenge og unge mænd med spiseforstyrrelser. Ligeledes fylder selvskadeproblematikker på afdelingerne. En erfaringsopsamling viser, at forekomsten af selvskade er væsentligt større blandt psykiatriske patienter end i den øvrige befolkning, hvor der ses en særlig høj forekomst af selvskade blandt psykiatriske patienter med personlighedsforstyrrelser (98).

**Multisygdom**
Multisygdom defineres som tilstedeværelsen af to eller flere samtidige kroniske sygdomme hos den samme person. En rapport om multisygdom i Danmark fra 2019 viser, at der blandt personer med fire eller flere forskellige sygdomme er 23 %, som har en samtidig psykisk lidelse, og multisygdom er desuden stærkt associeret med stigende alder og lav socioøkonomisk status (99). Flere studier har dokumenteret, at mennesker med psykiske lidelser har en markant øget forekomst af somatisk sygdom sammenlignet med resten af befolkningen (14). Risikoen for somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser er fx undersøgt i et nyligt kohortestudie, som inkluderede alle danskere født indtil 2015. I alt havde næsten 12 % fået konstateret en psykisk lidelse, og sammenlignet med personer uden psykisk lidelse havde mennesker med psykiske lidelser en knap 40 % højere risiko for somatisk sygdom (100).

**Misbrug**
Mange psykiske lidelser kompliceres af misbrug af alkohol eller stoffer. Der kan være forskellige årsager til at påbegynde et misbrug, men for nogen må det ses som et forsøg på selvmedicinering. Uanset hvad årsagen er, vil følgesymptomerne til afhængigheden herunder de sociale, psykiske og somatiske skadevirkninger blive gradvist værre og føre til at den psykiske lidelse bliver sværere at behandle.

Der var i 2018 ca. 13.000 mennesker med dobbeltdiagnose, dvs. samtidig diagnose af psykisk lidelse samt diagnosticeret misbrug 12 mdr. før eller efter diagnosticering af psykisk lidelse. Videnskabelige undersøgelser viser dog, at der er et meget stort mørketal, idet en stor del af de patienter, der har misbrug ved siden af deres psykiske lidelse, ikke får dette konstateret eller behandlet (101). Ud af de 13.000, var 108 personer under 15 år, og 473 var i alderen 16-18 år[10].

En præcis afdækning af omfanget er vanskelig pga. begrænsninger i registerdata samt udfordringer med underregistreringer på området. Dette er især udtalt for børn og unge, fx registreres kun individer ned til 15 år i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) og Det Nationale Stofmisbrugsregister (SIB). Estimater der fremkommer ved registeranalyser er minimumstal, da der er en del, der har en rusmiddelrelateret eller psykisk lidelse, som endnu ikke er udredt/diagnosticeret, særligt blandt børn og unge.

Hvis der inddrages data fra NAB og SIB var der i 2014 30.174 med psykisk lidelse og samtidig misbrug (102), mens et forskningsstudie fra 2015 estimerer, at omkring hver tredje psykiatriske patient har et misbrug (101).

I tabel 3 på næste side ses fordelingen i forhold til specifikke diagnoser, og det ses, at et diagnosticeret misbrug er hyppigst hos personer med skizofreni.

[10] **Kilde:** Det centrale personregister (CPR), Landspatientregisteret (LPR), Sundhedsdatastyrelsen 2021.

**Tabel 3:** Antal personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug

| | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|
| Skizofreni | 5.312 | 5.116 | 5.062 |
| Affektive sindslidelser | 3.668 | 3.419 | 3.182 |
| Nervøse og stress-relaterede tilstande | 2.179 | 2.173 | 2.043 |
| Personlighedsforstyrrelser | 1.622 | 1.578 | 1.376 |
| Hyperkinetiske forstyrrelser (fx ADHD) | 1.450 | 1.499 | 1.581 |

***Kilde:*** *Det centrale personregister (CPR), Landspatientregisteret (LPR), Sundhedsdatastyrelsen 2021. Mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug er defineret som personer med udvalgte psykiatriske diagnoser (F20-29, F30-39, F40-F43.1, F60, F84, F90) i året samt en rusmiddeldiagnose (F10-19) 12 mdr. før/efter. I denne opgørelse er inkluderet diagnosen ved personen første psykiatriske kontakt i året.*

## 6.3. Sygdomsbyrden

Sygdomsbyrden er et mål for konsekvenserne eller effekten af en sygdom og anvendes ofte til at vurdere effekten af en sygdom på gruppe- eller samfundsniveau i forhold til andre sygdomme. Sygdomsbyrden kan opgøres på forskellig vis, det kan fx være i forhold til påvirkning af livskvalitet og funktionsniveau, dødelighed, antal leveår med sygdom samt omkostninger for samfundet.

Psykiske lidelser udgør en stigende del af den samlede sygdomsbyrde – både i Danmark og globalt, og alt tyder på, at den udvikling vil fortsætte. Målt i tabte antal sunde leveår bidrager depression, angst og misbrug mest til den samlede sygdomsbyrde af psykiske lidelser i Danmark (3). Covid-19-epidemien har desuden på kort tid øget sygdomsbyrden af psykiske lidelser på globalt niveau, særligt er sygdomsbyrden af angst og depression øget betydeligt (103).

### 6.3.1. Den sociale ulighed

Der er generelt en sammenhæng mellem psykisk lidelse og en række socioøkonomiske konsekvenser, og det fører til social ulighed. Omkring hvert fjerde barn eller ung med psykiske lidelser har på et tidspunkt været berørt af en social foranstaltning (fx plejefamilie, døgninstitution, aflastningsophold eller en fast kontaktperson), mens 40 % af alle børn med psykiske lidelser som går i grundskolen, har fået specialundervisning (40). Undersøgelser viser, at mange elever med psykiske lidelser ikke gennemfører afgangsprøven i folkeskolen (omkring 50 %) (104,105). Forskellen er også tydelig for de unge, hvor flere unge med psykiske lidelser har problemer med at gennemføre en ungdomsuddannelse. Blandt de 25-årige, som har haft kontakt til psykiatrien indenfor en 10-årig periode, er der 23 % færre, som fuldfører en ungdomsuddannelse end de jævnaldrende unge uden psykiske lidelser (106).

For voksne med psykiske lidelser gælder det, at kun 18 % får en videregående uddannelse (mod 30 % i baggrundsbefolkningen), og mange har en løs tilknytning til arbejdsmarkedet. Når diagnosen stilles, er kun 39 % tilknyttet arbejdsmarkedet (40). Omkring 26 % af voksne med psykiske lidelser i alderen 19-64 år er i beskæftigelse, og til sammenligning er ca. 75 % i den øvrige befolkning i beskæftigelse (107). Dette afspejler sig også i en økonomisk ulighed. Fx er hver fjerde voksen med en psykisk lidelse blandt de 10 % af befolkningen, som har de færreste økonomiske ressourcer.

### 6.3.2. Samfundsøkonomiske konsekvenser

Psykiske lidelser har store omkostninger for samfundet. OECD vurderer, at psykiske lidelser koster det danske samfund ca. 5,4 % af bruttonationalproduktet hvert år på grund af manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og tabt produktivitet samt udgifter til behandling, forebyggelse og sociale ydelser. Samlet set er det vurderet, at psykiske lidelser medfører udgifter på ca. 110 mia. kr. om året (108). Lidt over

halvdelen af udgifterne skyldes manglende arbejdsmarkedstilknytning og tabt produktivitet (53 %), mens resten af udgifterne går til behandling og forebyggelse. På sygehusene er det sådan, at en lille del af de psykiatriske patienter står for en stor andel af de samlede udgifter på grund af et stort behandlingsbehov. En analyse har således vist, at 5 % af patienterne står for næsten 50 % af de samlede udgifter, hvor det ses, at behandlingsudgifterne til patienter med skizofreni er størst efterfulgt af patienter med depression (83). For børne- og ungdomspsykiatrien er det ikke nær så udpræget, at få patienter står for en stor andel af de samlede udgifter, men behandlingen af børn og unge med ADHD repræsenterer den største udgift efterfulgt af udviklingsforstyrrelser såsom autisme og Aspergers syndrom (83).

## 6.4. Aktiviteten og kapaciteten på området

Nedenfor beskrives udvalgte parametre i forhold til udviklingen i aktiviteten og kapaciteten i indsatserne til mennesker med psykiske lidelser på sygehuse, i praksissektoren og i kommunerne.

### 6.4.1. Primærsektoren

Aktiviteten og kapaciteten i primærsektoren omhandler den del af sundhedsvæsenet, som varetages af almen praksis, øvrige autoriserede praktiserende sundhedspersoner med ydernummer og kommunerne. Ligeledes foregår en del af aktiviteten ved private aktører, herunder privatpraktiserende psykologer, men der foreligger ikke systematiske data for denne aktivitet, hvorfor det ikke er medtaget i dette faglige oplæg.

**Almen praksis**
Der findes ikke et registerbaseret overblik over hvor mange patienter med psykiske lidelser, der behandles i almen praksis, men det skønnes, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig hos almen praksis med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter (11). Nationale og internationale undersøgelser viser, at 20-30 % af de patienter, der henvender sig i almen praksis, lider af en eller flere psykiske lidelser, hvor depression og angst er blandt de hyppigste henvendelsesårsager.

Over en 10-årig periode er aktiviteten af samtaleydelser faldet i almen praksis, men der er dog fortsat mange, som tilbydes samtaler. I 2020 var der således cirka 139.000 voksne, som modtog samtaleterapi i almen praksis og 5.970 børn og unge (0-17 årige), hvilket samlet set svarer til ca. 2,5 % af befolkningen. Udskrivningen af psykofarmaka fra almen praksis kan relativt sige noget om almen praksis rolle i forhold til at varetage den medicinske behandling hos mennesker med psykiske lidelser. I alt 85-87 % af alle antidepressive lægemidler og 86-93 % af alle angstdæmpende midler ordineres i almen praksis (109).

**Speciallægepraksis**
Ifølge tal fra Danske Regioner havde speciallægepraksis i psykiatri i 2020 kontakt med ca. 52.000 patienter[11], og samlet blev der registreret i alt ca. 373.000 kontakter[12]. Speciallægepraksis i børne- og ungdomspsykiatri havde tilsvarende kontakt med ca. 4.900 børn og unge, og samlet blev der registreret i alt ca. 38.000 kontakter.

I psykiatrisk speciallægepraksis var aktiviteten faldende fra 2010 til 2017, og der har derefter igen været en stigende aktivitet. Dette skal ses i sammenhæng med, at der er færre praktiserende speciallæger i psykiatri nu end for 10 år siden. Kapacitetsproblemerne i psykiatrisk speciallægepraksis understreges af, at der er meget lange ventetider for ikke-akutte patienter i hele landet. Ifølge speciallægernes egne oplysninger er ventetiden gennemsnitligt steget fra 23 til 44 uger i perioden 2017-2021. Det er ikke muligt at vurdere om, den øgede ventetid delvist er opstået på baggrund af en aktivitetsnedgang under covid-19 epidemien, men det skal bemærkes, at der er ganske store regionale forskelle, hvilket formentlig er en afspejling af, at der er en ulige fordeling af speciallæger på tværs af landet.

Aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis har været stigende over en 10-årig periode, samtidig med at antallet af speciallæger i praksis er uændret. I børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis er ventetiden for patienterne gennemsnitligt øget fra 20 uger til 38 uger i perioden 2017-2021, om end der også her er store regionale forskelle.

[11] Antal kontakter og antal patienter er baseret på ydelser, som dækker alle typer af konsultationer (inkl. telefon og email), terapiforløb, psykoedukation og gruppeforløb, og øvrige opgaver som relaterer sig direkte til patienten eller de pårørende, mens andre opgaver ikke er inkluderet i opgørelsen.
[12] Data indhentet fra Danske Regioner.

**Psykologer med ydernummer**
De autoriserede psykologer med ydernummer behandlede i 2020 samlet set 77.500 patienter under psykologordningen, hvoraf 31.900 var unge og voksne henvist med let til moderat depression, mens 20.100 var unge og voksne henvist med let til moderat angst. Der var i 2019 1.539 børn og unge under 17 år, som blev henvist og fik psykologbehandling af praktiserende psykologer[13]. Udviklingen i aktiviteten hos praktiserende psykologer med ydernummer, i forhold til henvisningsårsagen angst eller depression, har været stigende, og ventetiden til behandling hos psykolog med ydernummer er også stigende. En undersøgelse fra 2021 viser således en ventetid på op til knap fire måneder på psykologbehandling, og den gennemsnitlige ventetid på behandling for angst og depression ved psykolog med lægehenvisning er steget fra 5 til lidt over 16 uger i perioden 2012 til 2021 (110).

**Kommunale indsatser**
Der er igennem de senere år sket en betydelig stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser, der har behov for indsatser i kommunalt regi. Det er ikke muligt at tegne et fyldestgørende billede af udviklingen af aktivitetsniveauet i socialpsykiatrien, da der er indsatser, der ikke registreres data på. Det drejer sig fx om de uvisiterede værestеder og åbne rådgivningstilbud, hvor man kan henvende sig uden visitation, ligesom det drejer sig om de forebyggende indsatser, der endnu ikke er indberetningspligtige.

Der findes dog socialpsykiatriske indsatser, hvor det via tilgængelige data er muligt at få et indtryk af aktiviteten og kapaciteten ift. mennesker med psykiske lidelser. Fx er der sket en stigning i antallet af voksne med psykiske lidelser, der modtager ydelser som botilbud eller socialpædagogisk støtte med videre. I alt 31.271 personer modtog disse ydelser i 2015, og dette var steget til 34.762 personer i 2020.

Mange mennesker med psykiske lidelser har også andre problemer ud over den psykiske lidelse, som gør, at de har behov for kommunale indsatser. Undersøgelser viser, at ca. 9.000 lever med psykiske lidelser, et misbrug og andre komplekse problemer (111). Den nationale kortlægning af mennesker i hjemløshed fra 2019 viser, at ca. 6.400 personer på undersøgelsestidspunktet levede i hjemløshed, og af disse vurderes 59 % at have en psykisk lidelse.

[13] Data modtaget fra Dansk Psykolog Forening

Hvis antallet af hjemløse ses over et helt år, vurderes tallet at være ca. 17.000 personer (102,111). Et stigende antal af dem der bor på herberger og forsorgshjem er også indlagt eller har ambulante forløb i den regionale psykiatri, ligesom et stigende antal af dem der er i misbrugsbehandling også har kontakt med den regionale psykiatri.

I forhold til kapaciteten har der været en stigning i antallet af pladser på botilbud til mennesker med psykiske lidelser i perioden 2015 til 2020. Dette dækker over nogle forskydninger i udbuddet af pladser, idet antallet af pladser til voksne med psykiske vanskeligheder på midlertidige botilbud og botilbudslignende tilbud (som ofte er at sidestille med længerevarende botilbud) er steget med henholdsvis 22 % og 50 % fra 2015 til 2020, mens antallet er pladser på længerevarende botilbud er faldet med 10 % i samme periode.

Også i forhold til børn og unge ses en udvikling. Fra 2014 til 2018 var der en stigning på 41 % i antallet af udsatte børn og unge i alderen 0-22 år, som fik en psykiatrisk diagnose[14],[15]. I forhold til kapaciteten var der en stigning i antallet af pladser på socialpædagogiske kostskoletilbud til børn og unge med psykiske lidelser fra 190 til 252 i perioden 2015-2020, hvorimod der ses et fald i pladser på åbne døgninstitutioner fra 520 til 427 børn og unge i samme periode. Anbringelsessteder inkluderer både private, regionale, kommunale og selvejende institutioner, men *ikke* plejefamilier.

Den kommunale socialpsykiatri beskæftiger flere forskellige faggrupper. I de sociale tilbud er det især socialpædagoger, der varetager opgaven. Men der er også ansat en række andre faggrupper såsom social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter og lærere samt medarbejdere med andre typer af uddannelser eller som ikke har en uddannelse. En analyse viser, at kun 55 % af medarbejderne i socialpsykiatrien har en uddannelse inden for social- eller sundhedsområdet (112). I 2019 var over 20 % af de ansatte på anbringelsessteder til børn og unge med psykiske lidelser ufaglærte. Der er ikke et tilsvarende overblik over uddannelsesbaggrund for medar-

[14] Socialstyrelsens egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik. Børn og unge der alene modtager en foranstaltning efter servicelovens § 11 er ikke indeholdt i opgørelsen.
[15] Socialstyrelsens egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik. Børn og unge der alene modtager en foranstaltning efter servicelovens § 11 er ikke indeholdt i opgørelsen.

bejderne i bostøtte-tilbud og andre sociale tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

**Den regionale psykiatri**
Inden for en 10-årig periode er der sket en markant stigning i aktivitetsniveauet i den regionale psykiatri. I børne- og ungdomspsykiatrien er antallet af patienter øget med knap 50 %, mens antallet af voksne patienter i kontakt med de psykiatriske sygehuse er øget med 26 %. Til sammenligning er antallet af somatiske patienter kun øget med 13 % i samme periode. I 2018 var i alt ca. 177.000 mennesker til udredning eller behandling for en psykisk lidelse i den regionale psykiatri svarende til næsten 3 % af befolkningen. Heraf var lidt over 41.000 børn og unge under 19 år (10).

Det er primært i de ambulante tilbud, at der har været en markant aktivitetsøgning, men der er også flere indlæggelser, og en tendens til at den enkelte patient indlægges flere gange. Der er regionale forskelle på, hvor lang tid den enkelte patient gennemsnitligt er indlagt, særligt i børne- og ungdomspsykiatrien, men indlæggelsestiden er løbende blevet kortere for de voksne psykiatriske patienter og var gennemsnitligt 3,5 døgn i perioden 2009-2018. Patienterne i psykiatrien er desuden meget unge i sammenligning med andre patientgrupper. I 2018 var 87 % af patienterne fx under 65 år[11]. I de ambulante tilbud er de fleste patienter i aldersgruppen 19-39 år, mens der er flest i aldersgruppen 40-64 år blandt de indlagte patienter.

Udviklingen skal ses i sammenhæng med, at der over en lang periode har været et fald i antallet af normerede sengepladser. Siden strukturreformen i 2007 har antallet dog ligget nogenlunde stabilt på omkring 3.000 sengepladser. I børne- og ungdomspsykiatrien er antallet af sengepladser øget.

Der er også betydelige forskelle på tværs af de forskellige typer af psykiske lidelser. Voksne patienter med skizofreni og psykoser mv. har flest indlæggelser og flest ambulante besøg. Patienter med både psykisk lidelse og misbrug udgør også en stor gruppe blandt de indlagte patienter. Når der ses på det totale antal patienter i den regionale psykiatri, er det patienter med nervøse og stressrelaterede tilstande fx angstlidelser, som udgør den største gruppe af patienter, fordi de udgør den største gruppe i de ambulante tilbud. Blandt børn og unge er det de nervøse og stress-relaterede tilstande, som ses at være associeret med det største antal indlæggelser, efterfulgt af skizofreni og psykoser, mens børn og unge med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser som fx ADHD antalsmæssigt udgør den største gruppe af patienter, fordi de udgør en stor andel af de børn- og unge, som bliver set ambulant.

Antallet af normerede sengepladser har ligget nogenlunde stabilt siden strukturreformen i 2007 på omkring 3.000 sengepladser. I børne- og ungdomspsykiatrien er kapaciteten i form af sengepladser øget.

Et vigtigt aspekt af kapaciteten er de samlede driftsudgifter i psykiatrien. Over de seneste knap ti år frem til og med 2018 er der sket et væsentligt fald i driftsudgifterne pr. patient i psykiatrien svarende til 13 %, mens driftsudgifterne pr. patient i somatikken tilsvarende er faldet med 5 % (113). Dette er bl.a. et udtryk for den tidligere beskrevne udvikling, hvor en langt større andel af patienterne udredes og behandles ambulant.

Ligeledes kan belægningsprocenten sige noget om kapaciteten. I 2018 var belægningsprocenten af de psykiatriske sengepladser på 87 %, hvilket kan være en udfordring i forhold til kapaciteten til at tage imod alle akutte patienter.

En særlig problematik i forhold til kapaciteten er antallet af retspsykiatriske patienter. Når antallet af retspsykiatriske patienter øges, og en del af de retspsykiatriske patienter indlægges på de almene psykiatriske afdelinger, har det betydning for kapaciteten til de øvrige patienter. Fra 2001 til 2018 har der således været en tredobling i antallet af retspsykiatriske patienter. Hovedparten af patienterne indlægges i de almene afdelinger (84).

En vigtig parameter i forhold til at forebygge at mennesker med psykiske lidelser begår kriminalitet, er om der tilbydes en tilstrækkelig behandling af tilstrækkelig varighed. Dette gælder også i forhold til at forebygge, at patienter i retspsykiatrien begår ny kriminalitet. I en nyere rapport tegner der sig et billede af, at der i behandlingen af de retspsykiatriske patienter er problemer med utilstrækkelig behandling op til den påsigtede kriminalitet, og undersøgelsen vurderer, at den utilstrækkelige behandling er en risikofaktor for kriminalitet (114). Udfordringerne er, fx at man afbryder eller afsluttes fra ambulant

behandling, afvises i akutmodtagelsen, udskrives før der er sikret stabilisering af tilstanden, ligesom nogle vurderes ikke at være diagnosticeret korrekt og muligvis ikke har fået relevant behandling. Derudover peger en beretning fra Rigsrevisionen på udfordringer med at sikre, at myndighederne overholder de fastlagte krav til retspsykiatriske patienters forløb og vanskeligheder med at sikre sammenhængende forløb på tværs af de forskellige aktører (115). Dette udfoldes i kapitel 14.

## 6.5. Kvalitet i indsatserne

I det Nationale Kvalitetsprogram, hvor regeringen, KL og Danske Regioner sammen har fastsat 8 nationale mål, som skal styrke kvaliteten i behandling og rehabilitering, øge sammenhængen i sundhedsvæsnet og mindske geografisk ulighed, er der til hvert mål knyttet en række indikatorer, herunder også indikatorer som er knyttet til kvaliteten for mennesker med psykiske lidelser (116). En række indikatorer har særlig betydning for forløbet for mennesker med psykiske lidelser, og der beskrives nedenfor udvalgte data relateret til disse, samtidig med at der henvises til bilagsrapporten for en grundigere gennemgang af kvaliteten i indsatserne.

### 6.5.1. Overdødelighed

Mennesker med psykiske lidelser har en markant øget sygelighed og overdødelighed sammenlignet med resten af befolkningen, og det indikerer, at kvaliteten af behandlingen og det tværgående samarbejde ikke er tilstrækkelig. Det gælder især for mennesker med svære psykiske lidelser og med samtidige komplekse sociale problemer, fx samtidigt misbrug, tidligere anbragte og hjemløse, som lever op til ca. 15 år kortere end baggrundsbefolkningen (6-9). Der er desuden øget forekomst af risikofaktorer for udvikling af somatisk sygdom samt underdiagnosticering og mindre effektiv behandling af både psykisk lidelse og somatisk sygdom (117,118). Overdødeligheden kan i nogen grad også forklares af eksterne årsager (selvmord, mord og ulykker), men størstedelen af de tabte leveår skyldes overdødelighed på baggrund af fysisk sygdom (14,15).

**Tabel 4:** Antal tabte leveår sammenlignet med baggrundsbefolkningen fordelt på diagnose og køn (119).

| Diagnose | Mænd | Kvinder |
|---|---|---|
| Skizofreni | 13,8 | 11,8 |
| Bipolar affektiv sindslidelse | 8,8 | 8,1 |
| Depression | 8,2 | 6,4 |
| Angst | 7,5 | 6,3 |
| Personlighedsforstyrrelse | 10,6 | 8,5 |
| Spiseforstyrrelse | 8,4 | 7,6 |
| Mental retardering | 13,5 | 14,0 |
| Autismespektrumforstyrrelse | 8,0 | 11,3 |
| ADHD | 8,0 | 3,7 |
| Stofafhængighed | 18,0 | 15,3 |
| Alkoholafhængighed | 14,4 | 13,5 |

Noget af overdødeligheden kan også forklares med antallet af selvmord, da psykiske lidelser er en betydningsfuld risikofaktor for selvmord og selvmordsforsøg.

I 2020 blev der registreret 552 selvmord i Danmark (120)[17]. Til sammenligning er 163 mennesker døde i trafikken i 2020[18]. Selvmord er hyppigst blandt mænd, og ca. en tredjedel af alle selvmord sker blandt mænd i alderen 40-64 år[19]. Samtidig estimeres det, at der er omkring 11.000 selvmordsforsøg i Danmark om året, men det præcise antal selvmordsforsøg kendes ikke (122). Dertil søger alle heller ikke hjælp efter selvmordsforsøg. Selvmordsforsøg er hyppigere blandt kvinder, og der er sket en stigning i antallet af selvmordsforsøg blandt særligt yngre kvinder de seneste år[20] .

Mennesker der har været indlagt på grund af en psykisk lidelse har en ca. 20 gange højere selvmordsrate end baggrundsbefolkningen (16). Specielt i forbindelse med indlæggelse og udskrivning er personer med psykiske lidelser særligt sårbare.

[17] Dødsårsagsregisteret 2019 og 2020. 2020 tal er foreløbige.

[18] Dødsårsagsregisteret (120); Danmarks Statistik, færdselsuheld (121)

[19] Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og Befolkningsdata, Danmarks Statistik.

[20] Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og Befolkningsdata, Danmarks Statistik.

Under den første uge af indlæggelsen på et sygehus er forekomsten af selvmord 237 gange højere for mænd end baggrundsbefolkningen og 322 for kvinder. I ugen efter udskrivning fra sygehus er forekomsten af selvmord 225 gange højere for mænd og 425 for kvinder (123). Forebyggelse af selvmord er derfor en vigtig del af behandlingen af mennesker med psykiske lidelser, da risikoen i relation til behandlingen er ekstrem høj.

I tillæg til ovenstående er der sket en bekymrende stigning i selvskadende adfærd blandt særligt børn og unge, og på tværs af undersøgelser estimeres det, at mellem 20-25 % af unge har skadet sig selv (fx skåret, revet, brændt eller slået sig selv) mindst en gang i deres liv, og der er sket en tydelig stigning i forekomsten gennem de seneste to til tre årtier (34).

### 6.5.2. Behandling af høj kvalitet

**Databaser**
Der findes i Danmark ca. 85 kliniske kvalitetsdatabaser under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), herunder 5 etablerede kliniske kvalitetsdatabaser som er relateret til psykiatrien (124-128), som bruges til at overvåge og evaluere kvaliteten af kliniske ydelser med henblik på at øge kvaliteten af behandlingen. I årsrapporten 2019/2020 beskrives en meget varierende indsats ift. registrering til databasen, og det er derfor vanskeligt at understøtte national monitorering til faglig kvalitetsudvikling (129-131). En stor del af variationen tilskrives variation i registreringspraksis, som både kan skyldes forskelle i, hvor hensigtsmæssigt de elektroniske patientjournaler er indrettet til at understøtte registrering og overførsel til Landspatientregisteret (LPR).

**Tvang og magtanvendelse**
Det kan være nødvendigt at anvende tvang i behandlingen af mennesker med psykisk sygdom – både for at sikre behandling, men også for at beskytte patienten selv eller andre mod fare, men anvendelse af tvang i behandlingen skal nedbringes til et minimum for at sikre patienternes selvbestemmelsesret og menneskerettigheder.

Med partnerskabsaftalen i 2014 om nedbringelse af tvang blev det besluttet, at bæltefikseringer skulle halveres frem mod 2020 samtidig med, at den samlede brug af tvang skulle reduceres. Sundhedsstyrelsen har siden da hvert halve år monitoreret udviklingen i brugen af tvang. I perioden lykkedes det at nedbringe antallet af personer, der bæltefikseres, men der er i samme periode sket en stigning i antallet af personer, der fastholdes, får akut beroligende medicin, tvangsindlægges, tvangstilbageholdes og tvangsbehandles. Endvidere er der store regionale forskelle. Den seneste monitoreringsrapport fra perioden 1. juli 2020 – 30. juni 2021 viser desuden, at den samlede tvang for den enkelte stiger (132).

Der er udfordringer med anvendelsen af tvang i psykiatrien. Udfordringerne kan bl.a. være at sikre en behandling af høj kvalitet i både den ambulante regionale psykiatri og under indlæggelse samt at sikre en tidlig og forebyggende indsats forud for indlæggelse og efter udskrivelse i både kommunalt og regionalt regi.

Magtanvendelse på botilbud opleves nogle steder som en stigende udfordring. Der eksisterer dog ikke et samlet overblik over, hvor mange botilbud der oplever disse udfordringer.

### 6.5.3. Hurtig udredning og behandling

Udrednings- og behandlingsretten blev indført i den regionale psykiatri i 2015 med det formål at sikre psykiatriske patienter hurtig udredning og behandling. Udredningsretten indebærer, at patienter skal tilbydes undersøgelse og udredning inden for 30 dage, når de henvises til et sygehus.

**Udredning**
I perioden 2015-2016 blev udredningsretten overholdt for 90 % af patienterne i voksenpsykiatrien, og andelen er derefter steget til 94 % i perioden 2017-2018. For patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien skete der tilsvarende et lille fald, hvor udredningsretten blev overholdt for 92 % af patienterne i 2015-2016, men faldt til 88 % i 2017-2018 (84).

**Ventetider**
Der er sket et forventeligt fald i ventetiden til den første kontakt i psykiatrien siden 2014 på baggrund af udrednings- og behandlingsretten. Der er ikke udrednings- og behandlingsret i speciallægepraksis eller regler om maksimale ventetider til behandling hos psykolog, og som tidligere beskrevet er det et stort problem, at ventetiderne til behandling, både i psykiatrisk speciallægepraksis og hos psykolog, er steget betydeligt inden for en kort periode.

Der udarbejdes ikke tilsvarende landsdækkende opgørelser af ventetider til indsatser i kommunerne.

### 6.5.4. Sammenhæng i patientforløbet

Hvorvidt der er sammenhæng og kvalitet i det samlede patientforløb kan fx beskrives i forhold til antallet af genindlæggelser og varigheden af antallet af dage, hvor patienten ligger færdigbehandlet i den regionale psykiatri og afventer mulighed for udskrivelse til socialpsykiatrien. Uddannelse og beskæftigelse er også blandt indikatorerne for et sammenhængende patientforløb, og problematikker ift. dette er beskrevet i afsnit 16.2.

Antallet af genindlæggelser kan i nogen grad være en indikator for kvalitet, men kan også i høj grad være udtryk for karakteristika ved den specifikke patientgruppe herunder fx alvorligheden af den psykiske lidelse og socioøkonomiske faktorer. Genindlæggelse kan dog også være resultatet af utilstrækkelig opfølgning på udskrivning (kommunalt eller regionalt) og evt. grundet udfordringer med overbelægning og problemer med at udskrive færdigbehandlede patienter på grund af ventetid på et kommunalt tilbud, hvilket kan medføre, at andre patienter bliver udskrevet for tidligt. Der kan her også være udfordringer i samarbejdet på tværs af sektorer fx ved overgange. Kvaliteten kan også i nogen grad afspejle sig i forholdet mellem akutte og planlagte indlæggelser.

I rapporten *"Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen"* fra Sundhedsdatastyrelsen (2017) fremgår det, at 23 % af alle psykiatriske indlæggelser efterfølges af en genindlæggelse, og at ca. 25 % af alle genindlæggelser finder sted inden for de første tre dage. Blandt børn og unge (0-18 år) efterfølges godt 24 % af alle indlæggelser af en genindlæggelse, men med en betydelig variation mellem aldersgrupper, hvor kun 5 % af de 6-13 årige genindlægges, mens 27 % af de 15-17 årige genindlægges (133). Genindlæggelse defineres her som akut psykiatrisk indlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivning.

Færdigbehandlingsdage defineres som antallet af dage, hvor patienten fortsat er indlagt på sygehuset, selvom patienten er klar til udskrivning. Det er en lægelig vurdering, hvornår en patient er færdigbehandlet. I seneste analyse fra Sundhedsdatastyrelsen var antallet af færdigbehandlingsdage på sygehus faldet fra knap 40.000 dage i 2010 til ca. 23.700 dage i 2017. Det gennemsnitlige antal sengedage efter endt behandling faldt tilsvarende fra 45,6 dage i 2010 til 37,8 dage i 2017 (134). Det ses desuden, at flere mænd end kvinder fortsatte med at være indlagt efter endt behandling, og at patienter med skizofreni er den gruppe, som oftest er indlagt efter endt behandling (cirka 62 % af det samlede antal færdigbehandlingsdage).

### 6.5.5. Øget inddragelse af patienter og pårørende

Patienttilfredshedsundersøgelsen LUP Psykiatri (Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser) undersøger årligt patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien (135). I 2020 viser undersøgelsen, at på tværs af alle patientgrupper er 81 % tilfredse med deres besøg/indlæggelse i psykiatrien. Tilsvarende undersøges også patienttilfredsheden hos patienter i somatiske behandlingsforløb, og til sammenligning angiver 86% af de somatiske patienter, at de er tilfredse med deres besøg/indlæggelse (136)

Blandt voksne patienter i psykiatriske ambulatorier er 84 % tilfredse med besøget. For voksne, der er indlagt, gælder det, at 74 % alt i alt er tilfredse, mens tallet for indlagte i retspsykiatrien er 60 %. Den tilsvarende LUP-undersøgelse for somatikken viser, at 87 % af somatiske patienter i planlagte ambulante forløb og i indlæggelsesforløb er tilfredse, mens 76 % af de somatiske patienter i akutte indlæggelsesforløb udtrykker tilfredshed.

Blandt de ambulante patienter i børne- og ungdomspsykiatrien er tallet 79 % og for deres forældre

83 %. De mindst tilfredse er de børn og unge, der er indlagt, hvor kun 49 % er tilfredse, mens det for deres forældre gælder for 71%. I LUP somatik findes der ikke en særskilt opgørelse for børn- og unge.

Der er ikke tilsvarene landsdækkende data for borgere og pårørendes tilfredshed med indsatserne i kommunalt regi, men en undersøgelse af VIVE fra 2021 viser, at borgerne generelt er tilfredse med den støtte, de modtager fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbud. 77 % af borgerne i botilbud/botilbudslignede tilbud er tilfredse eller meget tilfredse med den støtte, de får. Der er varierende tilfredshed med leveforhold på botilbud/botilbudslignende tilbud. 80 % oplever at trives på botilbuddet. 44 % oplever i nogen grad eller høj grad forstyrrelser fra andre beboere. Der ses en tendens til at dem der har de største vanskeligheder, og dermed størst behov for støtte, er dem der føler sig mindst støttet, og hvor der er en oplevelse af, at de fagprofessionelle ikke har tilstrækkelig tid til dem. Resultaterne understreger, at det er vigtigt at sikre, at de mest sårbare og udsatte grupper får den nødvendige støtte (137).

En dansk befolkningsundersøgelse fra 2018 viser, at mere end hver tredje (38 %) oplever sig selv som pårørende til en med psykisk lidelse, hvoraf størstedelen er familiemedlemmer (64 %), efterfulgt af venner (17 %) (138). Omkring 10 % angiver at være forælder (139). Det vurderes desuden, at mindst 333.000 er børn (0-17 årige) af forældre med psykisk sygdom (92), og mindst 52.300 børn og unge er søskende til 0-17 årige børn og unge i kontakt med psykiatrien (140,141). Derudover har hver tiende dansker oplevet, at en person, som de har en tæt relation til, forsøger selvmord (142).

Pårørende kan være særligt udsatte på en række parametre, hvilket understøttes af, at pårørende til mennesker med svære psykiske lidelser har en øget dødelighed sammenlignet med baggrundsbefolkningen, herunder en øget selvmordsdødelighed (143). Undersøgelser viser, at 43 % af pårørende til voksne, som er indlagt i psykiatrien, føler sig meget belastede, mens dette gælder for 28 % af dem, som er pårørende til voksne, der er i ambulant behandling i psykiatrien (144). Tilsvarende ses det at 57 % af forældre til børn og unge, der er indlagt i psykiatrien, føler sig meget belastede, mens dette gælder for 32 % af dem, som er forældre til børn og unge i ambulant behandling i psykiatrien. En opgørelse fra Danske Regioner viser desuden, at gennemsnitligt 6.000 pårørende til alvorlig psykisk syge går til psykolog med henvisning fra lægen. Undersøgelser viser desuden, at pårørende ofte ikke oplever sig tilstrækkeligt inddraget i behandlingsforløbet (135).

# 7

# Udfordringer og muligheder

# 7. Udfordringer og muligheder

Den mentale sundhed er faldende i Danmark. Det er særligt bekymrende, at et stigende antal børn og unge, og op imod en fjerdedel af de unge kvinder, oplever dårlig mental sundhed med potentielt alvorlige konsekvenser for bl.a. deres udvikling, skolegang og videre livsforløb.

Psykiske lidelser er meget almindelige, og både børn, unge, voksne og ældre kan blive syge. Psykiske lidelser har forskellig sværhedsgrad, og nogle er meget alvorlige, og meget ofte har det store konsekvenser både for den enkelte og for dennes pårørende – særligt hvis man ikke bliver mødt tidligt i sygdomsforløbet med en indsats af høj faglig kvalitet. I et samfundsperspektiv tegner psykiske lidelser sig for 25 % af den samlede sygdomsbyrde, og de fleste mennesker vil i et livsforløb opleve, at enten de selv eller deres nære pårørende får en psykisk lidelse.

Den samlede indsats, vi i dag tilbyder, er ikke tilfredsstillende, og der er behov for en langsigtet og konsolideret indsats med henblik på et løft af alle dele af forløbet. Hvis vi skal komme den markante ulighed til livs og gøre en mærkbar forskel for mennesker med psykiske lidelser, er det et sygdomsområde, som skal prioriteres de næste mange år.

Den store sygdomsbyrde, den markante ulighed og den utilstrækkelige indsats kalder på et gennemgribende fagligt løft af indsatsen på tværs af sektorer. Det faglige oplæg beskriver de behov og muligheder, der er, og kommer med konkrete anbefalinger til, hvordan der kan ske konkrete forbedringer for mennesker med psykiske lidelser.

Hvis ambitionen om at opnå en bedre indsats på både kort og lang sigt skal lykkes, så skal der sættes ind på at udrydde stigmatisering, højne prestige, styrke forskning og forbedre vidensgrundlaget for indsatserne, sideløbende med at kapacitet, kvalitet og kompetencer gradvist opbygges.

Sigtet med dette faglige oplæg er at forbedre såvel den mentale sundhed i befolkningen som livskvaliteten for det enkelte menneske, og at alle indsatser derfor respekterer den enkeltes ønsker og valg.

Det faglige oplæg udstikker en retning for udviklingen i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser med ambitiøse mål for indsatsen, som følges op af tilsvarende ambitiøse anbefalinger, som vil kræve en langsigtet og vedholdende indsats over en årrække i både de faglige miljøer, i de specifikke tilbud og indsatser og på alle ledelsesniveauer.

I det følgende beskrives de mest gennemgribende udfordringer på området. Dernæst fremhæves de helt grundlæggende forudsætninger, som skal være på plads, for at sikre den rette udvikling for indsatsen.. Til sidst peges på en konkret prioritering af hvilke indsatser, der bør iværksættes som det første, og som er helt grundlæggende for at sikre et tilstrækkeligt løft af indsatsen.

## 7.1. Udfordringer

Der har gennem årene været iværksat mange forskelligartede indsatser for mennesker med psykiske lidelser, både på sundhedsområdet og på socialområdet. Analysen i forbindelse med det faglige oplæg og drøftelser med aktørerne peger på, at der er store udfordringer i forhold til at sikre indsatser, der er både tilstrækkelige, af høj kvalitet og som hænger sammen.

Vi vurderer, at der er en række grundlæggende udfordringer i forhold til at sikre den langsigtede udvikling. Der er behov for en opprioritering af indsatserne til mennesker med psykiske lidelser, og at der sker en ligestilling i forhold til andre sygdomsområder, således at det sikres, at området er attraktivt og prestigefyldt at arbejde med.

Der vil i det kommende årti være behov for at løfte kvaliteten på en lang række områder. Det er en forudsætning for at løfte kvaliteten, at der opbygges den nødvendige kapacitet på områder, hvor indsatserne er mangelfulde, og at der sikres tilstrækkeligt kvalificeret personale til indsatserne.

**Overordnet ser vi følgende hovedudfordringer, som udfoldes i nedenstående:**

- **Utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng**
- **Utilstrækkelig kvalitet og tværfaglighed i de eksisterende tilbud**
- **Utilstrækkelige forebyggende og tidlige indsatser**
- **Stigmatisering og manglende prioritering og ligestilling på området**
- **Utilstrækkelig forskning, faglig udvikling og manglende prestige**

### 7.1.1. Utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng

Det er for mange mennesker svært at få let adgang til hjælp, støtte og behandling. Det ses både ved, at der ikke er tilstrækkelige muligheder for eller lang ventetid til den rette og tidlige hjælp, og ved at der ikke er etableret entydighed i ansvar og samarbejde om mennesker med forløb både i primær- og sekundærsektor.

Utilstrækkelig tilgængelighed og kapacitet viser sig, når forældre henvender sig hos den praktiserende læge eller på skolen pga. en stigende bekymring for deres barns trivsel og psykiske tilstand. Den praktiserende læge har varierende tilbud selv, og der er tilsvarende variation i tilbuddene i kommunen, også i regi af PPR, som i dag reguleres i folkeskoleloven, og hvor der ikke er en forpligtelse til at varetage behandling, men alene til at supervisere lærere og pædagoger samt udarbejde pædagogisk-psykologiske vurderinger. Ud over tilbud i regi af PPR kan der i kommunen henvises til støtte eller foranstaltning fra socialområdet, fx dagbehandling eller foranstaltninger med støtte, herunder i hjemmet, som både kan være målrettet barnet og hele familien. Men både organisatorisk og indholdsmæssigt kan tilbuddene være forskellige fra kommune til kommune. Familierne kan i nogle tilfælde få en henvisning fra almen praksis til en praktiserende psykolog, men ventetiden er lang, og der er en del egenbetaling, hvilket medvirker til ulighed. Barnet kan også henvises til en praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, men her er ventetiden ofte også lang. Endelig kan barnet henvises fra almen praksis til børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der er ret til hurtig udredning og behandling inden for 30 dage, men det er ikke altid, at barnet nødvendigvis har en grad af psykisk lidelse, som medfører behov for sygehusbehandling. Her savnes flere og bedre tilbud til børn med psykisk mistrivsel og let til moderat psykisk lidelse.

I dag kan ventetiden til et botilbud eller bostøtte (eller opholdssted for børn og unge) i kommunalt regi være lang, og konsekvensen er for ofte, at den enkelte enten fastholdes i indlæggelse eller udskrives og er overladt til sig selv og eventuelle pårørende med øget risiko for tilbagefald, genindlæggelse og dermed yderligere belastning for både den enkelte og de pårørende til følge.

Når mennesker udskrives efter en hofteoperation, starter genoptræningstilbuddet i kommunen umiddelbart efter, ligesom kommunerne tilbyder akutpladser til mennesker med somatisk sygdom. Det bør også være tilfældet, når det handler om mennesker med psykiske lidelser.

Alt for mange mennesker med psykiske lidelser bliver tabt mellem de forskellige indsatser og oplever afbrudte og usammenhængende forløb. En central udfordring er, at forløbet sjældent er lineært med afsluttede faser og veldefinerede sektorskift, men ofte vil være præget af mange og hyppige skift og behov for samtidige indsatser på tværs af forskellige sektorer, som er kendetegnet ved forskellige faglige forståelser, styringsregimer, og lovgivning. Det er ofte i overgangene mellem sektorer, og når der er flere samtidige indsatser, at systemet bliver svært at navigere i for den enkelte og eventuelle pårørende, og det kan være uoverskueligt at holde styr på de mange forskellige behandlere, kontaktpersoner, planer og aftaler. Særligt for mennesker med svær psykisk lidelse med et betydeligt nedsat funktionsniveau er det en særlig vanskelig situation, og det vil ofte være for disse mennesker, at udfordringerne med sammenhæng har særligt store konsekvenser.

Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug udgør en særligt udsat gruppe. Dels er deres tilstand faglig kompleks at håndtere, og de har ofte både psykiske og fysiske sygdomme og forløb præget af både akutte indlæggelser og genindlæggelser og øget brug af tvang under indlæggelse. Samtidig opstår der på grund af uafklaret ansvarsfordeling et meget usammenhængende forløb på tværs af kommune og sygehus, hvilket lige præcis denne gruppe ikke har mulighed for at navigere i. Det er helt centralt, og en forudsætning for at kvaliteten kan øges for mennesker med de sværeste psykiske lidelser, at ansvarsfordelingen for denne gruppe gøres entydig.

En helt grundlæggende forudsætning for at levere sammenhængende indsatser af høj faglig kvalitet er, at der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere og ledere med de rette kompetencer på tværs af flere forskellige faggrupper. Der er gennemgribende og vedvarende udfordringer med at rekruttere og fastholde kompetent personale til indsatser for mennesker med psykiske lidelser, både på sygehus, botilbud, bostøtte mv. Særligt nogle faggrupper,

som speciallæger og sygeplejersker, er svære at rekruttere. Ligeledes er særligt nogle arbejdspladser svære at rekruttere til, fx sengeafdelinger, ligesom det er særligt svært at rekruttere til bestemte geografiske områder.

Udfordringerne er velkendte, og der er gennem en årrække iværksat en række initiativer, men det er helt afgørende at øge og fastholde fokus på tiltag, der kan styrke rekrutteringsgrundlaget. Et godt arbejdsmiljø med mulighed for faglig udvikling, forskning og efteruddannelse samt et øget kendskab til fagområdet blandt relevante faggrupper (fx læger og sygeplejersker under uddannelse) spiller i den forbindelse en helt central rolle.

### 7.1.2. Utilstrækkelig kvalitet og tværfaglighed i indsatsen

Der er på det psykiatriske område udarbejdet et utal af benchmarking-rapporter, styringsgennemgange, regeringsinitierede udvalgsarbejder, afprøvningsprojekter, partnerskabsaftaler, nationale anbefalinger og meget andet. Til trods herfor er indsatsen stadig ikke på det kvalitetsniveau, som den burde være, og som er en forudsætning for at flere kommer sig, og flere oplever større livskvalitet. Det afspejler sig på flere måder.

Der er for det første en markant overdødelighed hos mennesker med psykiske lidelser bl.a. som følge af en højere forekomst af forebyggelige sygdomme som kræft og hjerte-kar-sygdomme, og her er samarbejdet mellem psykiatri og somatik ikke alle steder tilstrækkeligt. Mange mennesker med psykiske lidelser har også andre sygdomme, som ikke altid behandles tilstrækkeligt eller opdages, fordi den anden sygdom kommer til at træde i baggrunden for den psykiske lidelse. De får ikke altid den ekstra hånd og opmærksomhed på deres generelle sundhedstilstand, som der kunne være brug for.

For det andet er mange andre lægefaglige specialer i højere grad præget af forskning, videnskabelighed, evidensbaserede kliniske retningslinjer, opdaterede og veludviklede kvalitetsdatabaser, god søgning fra uddannelseslæger til uddannelsesstillinger mv. Der er således lægefaglige specialer og fagområder med større videnskabelig tradition og højere prestige, som har bedre muligheder og rammer for at fastholde og udvikle udredningen og behandlingen af patienterne med høj faglig kvalitet og ambitioner.

For det tredje er der ikke i tilstrækkelig grad bindende systematiske forløbsbeskrivelser for hele forløbet for mennesker med psykiske lidelser med klare aftaler om visitation, ansvarsfordeling, samarbejde og tværfaglighed. Inden for mange lægefaglige specialer er der god tradition for de såkaldte multidisciplinære konferencer om den enkelte patient med behov for sygehusbehandling. Inden for psykiatrien ses ikke samme strukturerede tilgang til tværfaglighed i indsatsen, og der er behov for tydeligere beskrivelser af, hvilke fagpersoner der har hvilke opgaver, og at opgaverne i stigende omfang varetages tværfagligt. Der er ikke i dag en helhedsorienteret tilgang til alle patienter, hvor der er mulighed for at sikre en behandling, der består af alle relevante elementer.

For det fjerde har vi fortsat store udfordringer med anvendelsen af tvang i psykiatrien. At den samlede anvendelse af tvang ikke er faldet til trods for store indsatser for at nedbringe den fortæller derfor også om en psykiatri, som ikke har den kapacitet og de rammer, der skal til for at sikre tilstrækkelig kvalitet og en målrettet indsats, hvor den enkelte mødes med nærvær og indsatser med udgangspunkt i den enkeltes behov. Tilsvarende er der over de seneste ti år et uændret antal selvmord og selvmordsforsøg, og Danmark er det OECD-land, som har den højeste selvmordsrate under indlæggelse.

For det femte er indsatsen i socialpsykiatrien varierende i forhold til kvaliteten, ligesom der mangler et tilstrækkeligt antal specialiserede tilbud, der kan varetage indsatsen for mennesker med svære psykiske lidelser, der udskrives fra den regionale psykiatri. Der er behov for at opbygge bedre kompetencer til at varetage indsatsen i socialpsykiatrien, og der mangler dokumenterede og praksisnære anvisninger på, hvad der er god kvalitet i indsatsen. Ligeledes mangler der klare rammer for, hvordan man på alle sociale tilbud kan arbejde mere målrettet og systematisk med både at styrke og dokumentere kvaliteten, så tilbuddene bliver mere ensartede. Samtidig er der fortsat store udfordringer med patientsikkerheden på botilbud, særligt ift. håndtering af medicin, og ledere i socialpsykiatrien efterspørger flere sundhedsfaglige kompetencer i de sociale tilbud.

### 7.1.3. Utilstrækkelige forebyggende og tidlige indsatser

Den mentale sundhed er faldende i befolkningen. Alligevel er det stadig en udfordring at få sundhedsfremme og forebyggende indsatser systematisk ind i relevante indsatser i andre sektorer og i samfundet generelt. Det er i vid udstrækning op til den enkelte kommune og region, hvordan det gøres.

Særligt i forhold til børn og unge efterlyses et mere systematisk fokus, så der tidligt i livet er en opmærksomhed på at arbejde med trivsel og mental sundhed. Samtidig er der for mange, som ikke hjælpes tidligt nok i dag, og her bør der være et særligt fokus på børn og unge, som i dag venter for længe på en afklaring og udredning. Her er en tidlig specialiseret udredning og behandling til de børn og unge, der har behov for det, fx børn med udviklingsforstyrrelser, et særligt opmærksomhedsområde.

Man kan ikke forebygge, at en psykisk lidelse som fx bipolar lidelse eller skizofreni opstår, men vi skal blive bedre til at forebygge, at der opstår forværring. Samtidig er der mange, som har lettere eller moderate symptomer på psykisk lidelse eller oplever psykisk mistrivsel, som ikke får den hjælp, de har brug for. En lang periode med en ubehandlet psykisk lidelse kan gøre den vanskeligere at behandle, og den enkelte risikerer at miste fx sociale færdigheder eller tilknytning til uddannelse osv.

Det er ikke klart, hvor hjælpen kan fås, og der er ikke ensartede tilbud på tværs af landet. Samtidig er der uudnyttede potentialer for i højere grad at tænke civilsamfundet ind i den forebyggende indsats.

### 7.1.4. Stigmatisering og manglende prioritering og ligestilling på området

Selvom psykiske lidelser er almindelige, er de stadig forbundet med tabu, skyld og skam. Psykiske lidelser er noget, man distancerer sig fra, og som man har svært ved at forstå, hvorfor opstår, og hvad betyder, måske fordi det ikke er synligt eller opleves som svært at håndtere.

For mange mennesker er det lettere at sige, at man har et dårligt knæ eller diabetes, end at man har en psykisk lidelse. Det bør være velkendt i den brede befolkning, hvor almindeligt det er at have en psykisk lidelse, og det bør håndteres åbent og uden fordomme.

Den udbredte stigmatisering betyder, at psykiatrien ikke får den samme opmærksomhed i samfundet og ikke i samme grad er ligestillet med øvrige behandlingsområder. Området får simpelthen ikke den opmærksomhed og prioritering, som sygdomsbyrden tilsiger, det burde have.

Der er en betydelig og uacceptabel ulighed mellem mennesker med psykiske lidelser og resten af befolkningen. Den kommer bl.a. til udtryk ved en markant øget dødelighed og sygelighed, øget grad af kriminalitet, nedsat mulighed for at fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet samt en grundlæggende og omfattende stigmatisering, der er med til at skabe barrierer for at få hjælp, fungere socialt, tage en uddannelse og være på arbejdsmarkedet.

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er ikke ligestillet med indsatsen for mennesker med fysiske lidelser. Der er mange eksempler herpå. Hvor en patient med en fysisk lidelse bliver vurderet af en speciallæge i akutmodtagelsen, er dette ikke gældende for en patient med en psykisk lidelse. Ligeledes er det billedet, at specialevejledningerne i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri ikke er implementeret og anvendt i samme udstrækning som specialevejledningerne i mange af de øvrige lægefaglige specialer.

### 7.1.5. Utilstrækkelig forskning, faglig udvikling og manglende prestige

Stigmatiseringen og den manglende prioritering betyder også, at psykiatrien ikke har samme vilkår og rammer for at udvikle indsatsen. Det ses fx ved at området ikke, sammenholdt med tilsvarende sygdomsområder, prioriteres og tildeles samme grad af ressourcer til forskning (17).

Inden for det psykiatriske speciale har der ikke i samme grad været tradition for at udvikle evidensbaserede retningslinjer som inden for andre lægefaglige specialer.

Det, at psykiatrien ikke har samme vilkår for faglig udvikling og forskning, medvirker til, at psykiatrien ikke er lige så attraktivt at beskæftige sig med som andre sygdomsområder. Der er ingen tvivl om, at de mange medarbejdere, der arbejder inden for det

psykiatriske felt, yder en stor og dedikeret indsats og også opfatter arbejdet som både meningsfuldt og attraktivt. Men set på tværs af en række specialer inden for sygehusvæsenet er der store forskelle, som indikerer, at psykiatrien på det strukturelle niveau ikke har den opmærksomhed og anseelse, som området fortjener, også set i forhold til den betydning som området har for både de mennesker, der rammes, og for samfundet som helhed. Skal der ændres på dette, kræver det en større prioritering politisk og fagligt, så vilkårene for at lykkes med gode patientforløb og god faglig udvikling forbedres. Det vil skabe bedre rammer også for at rekruttere medarbejdere med de rette kompetencer.

Kun 55 % af de ansatte i socialpsykiatrien har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse (112), og det er billedet, at der er behov for et markant løft af basiskompetencerne i socialpsykiatrien. Omfanget af trusler og vold på botilbud peger også i den retning. Der er således et større potentiale for faglig udvikling, fordi faglig udvikling som oftest drives af videnspersoner og dedikerede medarbejdere med specialistviden inden for deres felt. Det store omfang af ufaglærte samtidig med, at opgaven i socialpsykiatrien er vokset i kompleksitet, skaber ikke gode rammer for faglig udvikling. Det understreger behovet for, at der i socialpsykiatrien er de fornødne rammer og ressourcer til at ansætte velkvalificerede medarbejdere.

Rekruttering og fastholdelse i psykiatrien gennem styrket forskning og faglig udvikling er derfor også en helt central udfordring, som må og skal håndteres i de kommende år.

## 7.2. Mål og temaer i det faglige oplæg

Hensigten med det faglige oplæg er at bidrage til konkrete forbedringer for mennesker med psykiske lidelser inden for de næste 10 år. Ambitionen er høj, og ønsket er, at mennesker med psykiske lidelser i Danmark skal leve bedre og længere liv, blive inkluderet og accepteret i samfundet og modtage helhedsorienterede indsatser, der måler sig med de bedste i verden. Udgangspunktet er, at alle indsatser skal ske i respekt for den enkeltes ønsker og valg.

Derfor er det helt afgørende, at der som en del af en 10-årsplan sættes ambitiøse mål om at opnå bedre liv for de mennesker, det hele drejer sig om. Den ambitiøse målsætning er forsøgt konkretiseret med 10 konkrete faglige mål for indsatsen til både børn, unge og voksne, der skal sætte retning over de næste 10 år. Målene bør udfoldes yderligere med egentlige målsætninger og tilhørende indikatorer samt baseline, så det bliver muligt at følge, om udviklingen går i den rigtige retning.

I det følgende oplistes en række forslag til faglige mål, som i en kommende 10-årsplan bør kvalificeres yderligere med tilhørende indikatorer og konkrete målsætninger, der kan følges og monitoreres. Faglige aktører på området bør inddrages i denne kvalificering, ligesom sammenhæng til de nationale mål for sundhedsvæsenet bør indtænkes. Eksempler på indikatorer kunne være udviklingen i overdødelighed, selvmordsforekomst, tvangsanvendelse samt kvalitetsindikatorer, fx i socialpsykiatrien eller kliniske kvalitetsindikatorer for behandling.

De foreslåede faglige mål tager afsæt i det enkelte menneske og har fokus på den enkeltes potentiale, mulighed for at komme sig og leve et godt liv med sociale fællesskaber, uddannelse og job. Målene skal være med til at sikre, at mennesker med psykiske lidelser om 10 år oplever en bedre indsats, der i højere grad tager højde for den enkeltes ønsker og valg.

Målene har både fokus på mental sundhedsfremme generelt, håndtering af mistrivsel og en forbedret indsats til mennesker med psykiske lidelser, ligesom de sætter retning for både sociale indsatser, det primære sundhedsvæsen og den regionale psykiatri.

### Boks 9: Ambitiøse faglige mål for den samlede indsats til børn, unge og voksne

- **Den mentale sundhed for børn og unge er forbedret**
- **Mennesker med psykiske lidelser lever længere liv med mindre sygdom**
- **Mennesker med psykiske lidelser bliver i højere grad inkluderet og accepteret i samfundet**
- **Mennesker med psykiske lidelser fastholdes i job, skole og uddannelse samt tager oftere en uddannelse og får et job**
- **Børn, unge og voksne med tidlige tegn på eller i risiko for at få psykiske lidelser modtager en tidlig, forebyggende indsats**
- **Børn, unge og voksne med psykiske lidelser oplever høj kvalitet, omsorg, inddragelse og sammenhæng i indsatsen**
- **Børn, unge og voksne med psykiske lidelser udsættes for mindre tvang og magtanvendelse**
- **Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug får en mere sammenhængende og effektiv behandling og lykkes oftere med ophør af misbrug**
- **Færre mennesker med psykiske lidelser får en behandlingsdom for kriminalitet**
- **Pårørende får i større omfang den støtte, de har behov for, og deres ressourcer bruges mere aktivt i indsatsen**

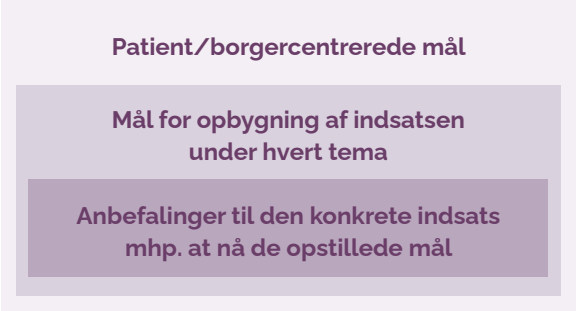
På baggrund af de beskrevne udfordringer og overordnede mål er der i dette faglige oplæg identificeret ni temaer, som der udarbejdes anbefalinger for:

- Lighed og afstigmatisering
- Viden, udvikling og stærke faglige miljøer
- Mental sundhedsfremme
- Børn og unge
- Tidlige indsatser til voksne
- Udredning og behandling
- Retspsykiatri
- Socialpsykiatri
- Sammenhæng

## 7.3. Sammenhæng mellem mål, temaer og anbefalinger

Inden for de ni temaer opstilles konkrete temaspecifikke mål og anbefalinger for indsatsen, som samlet set skal bidrage til de patient/borgercentrerede mål. Denne sammenhæng er illustreret nedenfor.

**Figur 8:** Sammenhæng mellem mål, mål for opbygning af indsatsen og anbefalinger




Målene viser en overordnet og samlet retning for udviklingen med afsæt i det enkelte menneske. De temaspecifikke mål i hvert temakapitel viser, hvilken indsats der bør opbygges over de næste ti år med henblik på at nå overordnede mål. Anbefalingerne anviser den konkrete vej til at realisere målene.

I de fleste anbefalinger bekrives trædestenene til, hvordan anbefalingen gradvist udstikker retningen for indsatsen over tid, i takt med at vidensgrundlaget opbygges, og rekrutteringsgrundlaget udvides. Afsættet for nogle anbefalinger er, at der først bør ske en afdækning af viden og udvikling af nationale rammer og krav til indsatsen, hvorefter indsatsen afprøves lokalt, før den implementeres bredt og ensartet på tværs af landet, i takt med at der kan rekrutteres og fastholdes personale og kompetencer. Afsættet for andre anbefalinger er, at der er etableret viden, og man derfor hurtigere kan igangsætte indsatserne.

Det vil løbende skulle vurderes, om der er fremgang, og om der skal justeres eller bygges oven på de iværksatte indsatser. Udgangspunktet er, at de indsatser, der igangsættes, er evidensbaserede. Hvor der ikke er evidens, er bedste viden afsættet, indtil der opnås egentlig evidens på et område.

Der gives et eksempel i boksen herunder.

**Boks 10:** Sammenhæng mellem målbillede, anbefalinger og trædesten

Anbefaling 11 om ***Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel af ensartet høj kvalitet*** vil bl.a. understøtte målbilledet om, at: *"Børn, unge og voksne med tidlige tegn på eller i risiko for at få psykiske lidelser modtager en tidlig, forebyggende indsats"*.

Samtidig vil tilbuddet betyde, at flere børn og unge kan fastholde skolegang eller uddannelse og på sigt derfor også understøtte deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Dermed understøtter anbefalingen også målbilledet om, at: *"Mennesker med psykiske lidelser fastholdes i job, skole og uddannelse samt tager oftere en uddannelse og får et job"*.

Da indsatsen ikke kan etableres fra dag ét i kommunerne, er der opstillet to trædesten for udvikling og implementering af indsatsen, hvor der først udarbejdes en national model, hvorefter tilbuddet afprøves, udbredes, evalueres og justeres:

- *Som første skridt udarbejder Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen en national model, der beskriver de faglige rammer og krav for målgrupper, kvalitet og indhold, herunder visitationskriterier, kompetencer, systematisk tværsektorielt samarbejde og brug af netværksmøder, opfølgning og dokumentation samt muligheder for digitale løsninger mhp. at sikre et tilbud med ensartet høj kvalitet på tværs af kommuner. Der tages udgangspunkt i eksisterende viden og evidens på området.*
- *Modellen afprøves, evalueres og justeres mhp. udbredelse af tilbuddet i alle kommuner over en årrække.*

## 7.4. En langsigtet opbygning af indsatsen

Med dette faglige oplæg tegnes en langsigtet ambition for en gradvis opbygning af indsatsen over en 10-årig periode. Det vil også være nødvendigt med en opbygning over en endnu længere årrække for at kunne indfri alle ambitionerne.

Opbygningen skal ske langsigtet og gradvist, fordi den kræver rekruttering af nye medarbejdere, uddannelse og kompetenceløft, fysisk udbygning af kapacitet, faglig udvikling af retningslinjer, forskning og en indsats for afstigmatisering af området. Og det tager tid.

Der er forskellige erfaringer at trække på i arbejdet med en langsigtet opbygning af indsatsen, hvor særligt erfaringen fra kræftområdet er væsentlig. Ligeledes opridses erfaringerne med styring og ressourceoptimering i styringsgennemgangen af psykiatrien fra 2018.

### 7.4.1. Erfaringer med langsigtet opbygning

Som inspiration til det kommende arbejde med at udvikle og udrulle en 10-års plan for psykiatri og mental sundhed kan der hentes erfaringer fra udviklingen af kræftområdet i Danmark. Både kræftområdet og psykiatriområdet er store sygdomsgrupper, der rammer store dele af befolkningen med potentielt meget alvorlige konsekvenser for den enkelte.

For 20-30 år siden var overlevelsen i Danmark efter en kræftsygdom kortere end i de lande vi normalt sammenligner os med, og det blev tydeligt, at der var behov for en ganske stor omstilling for at vende udviklingen. Der blev sat stort fokus på indsatsen på kræftområdet med bl.a. fire store kræftplaner med politisk opbakning og prioritering med det overordnede formål at sikre en vedholdende fortsat udvikling.

**Boks 11:** Opbygning af kræftområdet

I 2000 kom **Kræftplan I**, som fokuserede på sygdomsspecifikke forbedringspotentialer i den kliniske kræftbehandling samt muligheden for at tilbyde eksperimentel behandling via et nationalt rådgivende ekspertpanel.

I 2005 blev **Kræftplan II** lanceret med et tungt fokus på tidlig udredning og behandling og sammenhængende patientforløb. Som følge heraf blev reglerne om maksimale ventetider for visse livstruende kræft- og hjertesygdomme politisk vedtaget, og der blev indført såkaldte pakkeforløb for kræft for at undgå unødig ventetid og sikre relevant faglig indsats, ligesom der kom faglige anbefalinger om multidisciplinære teamkonferencer. Det førte også til massive investeringer i kapaciteten, herunder nye scannere for at øge den diagnostiske kapacitet.

I 2005 og i årene herefter blev der også lavet et såkaldt kirurgiprojekt, som især understregede en evidens for, at volumen i organiseringen har betydning for kvaliteten i behandlingen. Der blev fx set på kolorektalcancer (tarmkræft), som blev varetaget på 45 afdelinger i landet, og at 26 % af operatørerne varetog færre end 20 operationer/år, og at medianen var 12 operationer/år. Dette var medvirkende til strukturreformen i 2007 med et grundprincip om høj kvalitet uanset tid og sted. Det fulgte med strukturreformen, at Sundhedsstyrelsen i Sundhedslovens § 208 fik beføjelser til at beslutte placering af og krav til specialfunktioner i landet og foretage national specialeplanlægning.

**Kræftplan III** kom i 2010, og her blev det tidlige patientforløb med opsporing og diagnostik samt efterforløbet med palliation og rehabilitering prioriteret.

Endelig kom **Kræftplan IV** i 2016, som blev betegnet som patienternes kræftplan, og som bl.a. indeholdt mål for udrulningen af patientansvarlig læge og styrket samarbejde på tværs af landet om den faglige udvikling og forskning.

I dag er Danmark blandt de lande i verden, der relativt har øget kræftoverlevelsen mest de seneste 15 år. Samtidig er kræftområdet blevet et attraktivt arbejds- og forskningsfelt, og der ses stærke faglige miljøer understøttet af implementerede pakkeforløb, kliniske retningslinjer og veludbyggede databaser.

Nogle lande har også arbejdet med planer for gradvis opbygning af indsatser for psykiatri og mental sundhed. I bl.a. Norge, Storbritannien og New Zealand har man arbejdet ambitiøst og langsigtet på nationalt niveau med at opbygge og følge indsatsen over tid. Selvom andre landes indsatser og planer ikke direkte kan anvendes eller overføres til det danske sundhedsvæsen, kan der hentes inspiration i tilgangen med en gradvis langsigtet opbygning.

### 7.4.2. Styring og ressourceoptimering

I 2018 blev der lavet en styringsgennemgang af psykiatrien i forlængelse af en aftale mellem Danske Regioner, KL og Regeringen (39,40). Gennemgangen havde bl.a. til formål at fremsætte anbefalinger for den økonomiske styring af ressourcerne i psykiatrien. Ved gennemgangen blev der fundet muligheder for optimeret kapacitetsudnyttelse på en række områder, særligt visitationspraksis, snitflader til og samarbejde med primærsektoren, samarbejde mellem sengeafsnit og ambulatorier, vagtplanlægningen, opgavefordelingen mellem medarbejdergrupper, bemandingspraksis samt anvendelse og planlægning af arbejdstid. Som eksempel kan nævnes, at der peges på en udfordring med mange tilbagehenvisninger fra psykiatrien til almen praksis med spildtid til følge. Et andet eksempel er, at opgaver til tider løses på et højere kompetenceniveau end nødvendigt.

Nogle af disse fund er i umiddelbar tråd med anbefalingerne i dette faglige oplæg. Fx lægges der med anbefalingerne i oplægget op til en klarere beskrivelse af opgaven for de forskellige faggrupper involveret i et psykiatrisk forløb – både for at sikre de rette og tværfaglige kompetencer til opgaven og for at sikre, at opgaven løses på rette kompetenceniveau og ikke nødvendigvis altid af fx lægen eller sygeplejersken. Endvidere lægger anbefalingerne op til at styrke udgående funktioner både i form af behandlingsindsatser i eget hjem og opsøgende teams på bosteder, som bidrager til at forebygge ressourcekrævende indlæggelser og genindlæggelser. Dette ud fra et grundlæggende princip om så vidt muligt at støtte og behandle den enkelte i nærmiljøet så relationer og hverdagslivet kan opretholdes.

Ligeledes er der i anbefalingerne fokus på bedre overgange og opfølgning i forbindelse med udskrivning fra psykiatrisk afdeling særligt for mennesker med svære psykiske lidelser, som har hyppige kontakter i den specialiserede psykiatri. Det skal bl.a. bidrage til højere oplevet kvalitet for den enkelte og færre genindlæggelser og tvangsindlæggelser. Endelig er anbefalingerne rettet mod forebyggelse og tidlig opsporing af psykisk lidelse med henblik på, at flere hjælpes og får den indsats, der er behov for hurtigst muligt, ligesom anbefalingerne peger på løsninger, der understøtter, at flere udredes, får en indsats og afsluttes i kommunalt regi, hvor det er relevant, så kapaciteten i psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien bruges hensigtsmæssigt.

Det betyder samlet set, at mange elementer fra styringsgennemgangen også indgår i dette faglige oplægs anbefalinger, og der er således tale om, at nogle anbefalinger vil være udgiftsdrivende, mens andre må forventes at medføre effektiviseringer, som beskrevet i styringsgennemgangen.

Andre fund i styringsgennemgangen er mere rettet mod driften, og må derfor anses for at være optimeringsmuligheder, som driftsherrerne søger at opnå løbende. Det gælder fx optimering af vagtplanlægning m.m. Der udestår generelt en opfølgning på

styringsgennemgangen og implementeringen af anbefalingerne i regioner og kommuner.

Der er ikke på samme måde lavet en systematisk styringsgennemgang alene af socialpsykiatrien i kommunerne. Men i forbindelse med det pågående arbejde med evaluering af det specialiserede socialområde gennemføres en række analyser, der kaster lys på bl.a. tilbudsstrukturen, kvaliteten i indsatsen, medarbejderne der arbejder på området samt myndighedsområdet.

Styringsanalyser har også tidligere vist, at der er stort potentiale i at se på tværs af socialområdet og sundhedsområdet. Der er stor forskel på styringen af de to områder, og strategierne for udvikling af områderne har været forskellige. Styringen på sundhedsområdet har været præget af en top-down strategi med fokus på bindende nationale retningslinjer og vejledninger samt datadrevet udvikling, og sundhedsloven (19) stiller tydelige krav til indsatsen. Styringen på socialområdet har i højere grad har været præget af en bottom-up strategi med fokus på udvikling, udbredelse og implementering af metoder og indsatser, og serviceloven (18), som fylder mest i den kommunale indsats, er en rammelov og efterlader et større kommunalt frirum. Der vil med fordel kunne ses på udvikling af en mere sammenhængende strategi på tværs af områderne under hensyn til de forskelligheder, der er på det samlede psykiatriområde. Dette faglige oplæg skal også ses som et led i denne udvikling.

Endelig er der en række indsatser, som også understøtter bedst mulig ressource-udnyttelse, og som i dag ikke er tilstrækkeligt udbredt og implementeret i regioner og kommuner. Det vurderes, at der er store potentialer i øget implementering af dokumenteret virksomme metoder i den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser. Det gælder fx brugen af koordinationsplaner og udskrivningsaftaler, hvor der er et væsentligt potentiale for optimering, ligesom der er et stort potentiale i mere systematisk at udbrede dokumenterede metoder til recovery-orienteret rehabilitering samt at implementere kliniske retningslinjer og bedre brug af data.

## 7.5. Forudsætninger for et succesfuldt fagligt løft

En central del af et samlet fagligt løft i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser vil være udarbejdelse og implementering af nationale rammer og krav til kvaliteten i indsatsen. Det skal særligt ske gennem nye nationale forløbsbeskrivelser for mennesker med psykiske lidelser, som bl.a. beskriver indhold i den social- og sundhedsfaglige indsats, kompetencebehov og ansvarsfordeling mellem sektorerne. Derudover skal den faglige udvikling understøttes af stærke faglige miljøer og retningslinjer.

I forbindelse med arbejdet med nærværende oplæg, har en lang række aktører peget på en række grundlæggende forudsætninger for at levere en indsats af høj faglig kvalitet. Disse forudsætninger er bl.a. en væsentlig udvidelse af kapaciteten på området, med flere medarbejdere på tværs af faggrupper, bedre rekruttering og fastholdelse, et højere uddannelses- og kompetenceniveau og en mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse gennem fleksibel opgavevaretagelse samt en tydeligere ansvarsfordeling på tværs af sektorer.

Der kan på den baggrund opstilles fire centrale forudsætninger for et succesfuldt fagligt løft af indsatsen.

## Boks 12: Grundlæggende forudsætninger for et succesfuldt fagligt løft

1. **Et gradvist, strategisk og langsigtet kapacitetsløft for at imødekomme behovet for indsatser og behandling, herunder bl.a. flere medarbejdere på tværs af både sociale og sundhedsfaglige indsatser**
   Det er en helt central forudsætning, at der sker et kapacitetsløft på tværs af både kommunale og regionale indsatser. Løftet bør ske gradvist i takt med, at de nationale faglige rammer beskrives, og der kan rekrutteres relevante kompetencer. Et kapacitetsløft skal ses i sammenhæng med, at der fra 2020 og frem er afsat 600 mio. kr. årligt til at styrke psykiatrien.

2. **Bedre rekruttering og fastholdelse på tværs af faggrupper samt kompetenceløft**
   Der er behov for et kompetenceløft, og at der rekrutteres og fastholdes de tilstrækkelige og rette kompetencer. For at lykkes med dette er det væsentligt, at der rekrutteres på tværs af mange forskellige faggrupper, herunder læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, psykologer, fysio- og ergoterapeuter, socialpædagoger, socialrådgivere og administrativt personale som fx koordinatorer, lægesekretærer mv.

3. **Mere fleksibel opgavevaretagelse**
   Der bør løbende ses på muligheder for bedre ressourceanvendelse gennem mere fleksibel opgavevaretagelse mellem faggrupper. Samtidig er der behov for at styrke den helhedsorienterede og sammenhængende indsats til mennesker med psykiske lidelser, og der kan både være behov for både flere socialpædagogiske og socialfaglige kompetencer i den regionale psykiatri såvel som flere sundhedsfaglige kompetencer i socialpsykiatrien.

4. **En tydeligere ansvarsfordeling i opgaveløsningen og bedre sammenhæng på tværs af sektorer**
   For at kunne lykkes med at styrke sammenhængen i indsatsen er det nødvendigt, at der på alle niveauer er fokus på det tværsektorielle samarbejde. Det bør understøttes af en tydeligere ansvarsfordeling i opgaveløsningen på tværs af sektorer og af bedre sammenhæng mellem lovgivningerne på social- og sundhedsområdet.

## 7.6. Prioritering i første del af 10-års planen

I dette faglige oplæg præsenteres en række faglige anbefalinger inden for ni temaer. Anbefalingerne er beskrevet således, at det er muligt at iværksætte dem trinvist.

Anbefalingerne rummer tilsammen et bredt løft af den samlede indsats på tværs af sundheds- og socialområdet. Der vil være behov for en gradvis opbygning og iværksættelse af anbefalingerne i takt med, at de faglige beskrivelser og rammer kommer på plads, og at der bliver opkvalificeret, rekrutteret og fastholdt tilstrækkeligt personale med de rette kompetencer. Det kan også være nødvendigt med en opbygning over en endnu længere årrække end 10 år for at kunne indfri alle ambitionerne.

Det er derfor vigtigt med en klar og målrettet prioritering af, hvilke anbefalinger der bør implementeres indledningsvist. Herefter kan der ske en evaluering og justering af indsatsen og ny prioritering af de øvrige anbefalinger, jf. afsnit 7.7. om opfølgning.

Ligeledes er det vigtigt, at prioriteringen understøtter et strategisk og målrettet fagligt løft modsat tidligere, hvor enkeltstående anbefalinger på tværs af forskellige områder er implementeret sporadisk, og derved ikke har understøttet et samlet fagligt løft inden for et udvalgt område.

Der peges i det følgende på en klar prioritering af hvilke initiativer, som bør iværksættes først. Her vil hensyn som en langsigtet og grundlæggende robusthed, fokus på befolkningen og patienters behov og optimeret kapacitetsanvendelse være rettesnoren. I det følgende skitseres, hvilke anbefalinger og områder, der som følge heraf bør prioriteres først.

Gennemgangen viser, at der er et udtalt behov for at prioritere et løft af indsatsen til udvalgte grupper.

For at knække kurven med stadigt flere børn og unge der mistrives og sikre hjælp og behandling til de mange familier, der lige nu forgæves forsøger at navigere i forskellige systemer i håbet om at få hjælp, prioriteres som det første at etablere tidlige og forebyggende indsatser til børn og unge i kommunerne og en hurtig afklaring og udredning i samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien.

Mennesker med svære psykiske lidelser som skizofreni og bipolar lidelse eller psykisk lidelse og samtidigt misbrug har det største behov for en sammenhængende og tværfaglig indsats af høj faglig kvalitet. Denne gruppe modtager langt fra en tilstrækkelig indsats i dag, hvilket bl.a. kommer til udtryk ved op til 15-20 år kortere levetid, langvarige og afbrudte forløb med gentagne og hyppige indlæggelser og en langt større risiko for at blive ramt af hjemløshed (145). Samtidig udsættes de sværest syge oftere for tvang, tager deres eget liv og får en dom til behandling, hvilket kunne være undgået med den rette indsats.

Samtidig vurderes det, at bedre kvalitet og sammenhæng i indsatsen vil frigøre ressourcer på længere sigt, og at der her er behov for en styrket indsats på tværs af socialpsykiatri og regional psykiatri om at bruge ressourcerne bedst muligt. I dag er der alt for mange færdigbehandlede patienter, som ikke kan udskrives, fordi der mangler akutte pladser i kommunen. Opbygningen af et fleksibelt og midlertidigt tilbud i kommunerne vurderes at kunne frigive kapacitet til dem med størst behov i den regionale psykiatri.

Der er i vid udstrækning brug for samtidige indsatser, så ovenstående grupper med størst behov hurtigt vil opleve en forbedret indsats, samtidig med at der iværksættes mere langsigtede initiativer til at løfte området. Der en række helt fundamentale indsatser, der bør prioriteres allerede fra start og løbende over de næste ti år. Det handler om en national indsats for afstigmatisering, bedre rammer for forskning og udvikling og styrkede tværfaglige miljøer. Det er alle indsatser, som understøtter bedre kvalitet, rekruttering og fastholdelse bl.a. ved at gøre faget og arbejdet mere attraktivt og ligestillet med andre områder.

## Boks 13: Prioriterede indsatser

1. **Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel af ensartet høj kvalitet**
   Dette kan sikres gennem etablering af et kommunalt tilbud med én indgang baseret på nationale faglige rammer. Tilbuddet skal indeholde mulighed for udredning og lettere behandlingstilbud. Samtidig skal tilbuddet understøtte det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde mellem kommuner, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatrien om børn og unge med mistrivsel og psykiske symptomer, herunder ift. tidlig opsporing og udredning af særligt børn og unge med udviklingsforstyrrelser og børn og unge i risikogrupper (se anbefaling 11).

2. **Styrkede indsatser til mennesker med svær grad af psykisk lidelse.**
   Dette kan bl.a. sikres gennem velbeskrevne rammer og krav til kvalitet og sammenhæng gennem tværsektorielle og tværfaglige forløbsbeskrivelser (se anbefaling 20). Med afsæt i beskrivelserne kan der ske en udbygning af de specialiserede ambulante tilbud i både psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien (se anbefaling 21 og 12). For de sværest syge med akutte og langvarige behov for indlæggelse kan der ske en evaluering og vurdering af de intensive sengepladser i psykiatrien og laves rammer for en ny type rehabiliterende pladser (se anbefaling 18). Derudover kan kvaliteten og kapaciteten i socialpsykiatrien løftes gennem bl.a. en national udviklingsstrategi for et kvalitetsløft samt etablering af midlertidige og akutte kommunale tilbud til voksne, der fx venter på et botilbud efter indlæggelse på sygehus (se anbefaling 28 og 31).

3. **Afstigmatisering af psykisk lidelse.**
   Dette kan sikres gennem en langsigtet plan og ramme for indsatsen for afstigmatisering. Som det første kan der etableres et nationalt videnscenter, der skal understøtte indsatser rettet mod såvel den brede befolkning som medarbejdere på tværs af social- og sundhedsområdet (se anbefaling 1).

4. **Styrkede tværfaglige og evidensbaserede miljøer.**
   Dette kan sikres gennem etablering af tværfaglige og tværsektorielle grupper (med inspiration fra kræftområdet), som skal bidrage til at understøtte en langsigtet faglig udvikling og kontinuerlig kvalitetsforbedring i den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser på tværs af praksissektor, kommune og på sygehus, herunder udarbejdelse af faglige retningslinjer og udbredelse af evidensbaserede og dokumenteret virksomme indsatser (se anbefaling 6).

5. **Forskning og udvikling.**
   Dette kan i første omgang sikres gennem implementering af den tværfaglige og tværsektorielle forskningsstrategi fra 2015 (se anbefaling 5).

Selvom der i ovenstående peges på en prioritering af, hvilke indsatser, der bør igangsættes som det første, er der andre anbefalinger, som også bør prioriteres på kort sigt. Som det første er det helt centralt, at der snarest findes en løsning på indsatsen til mennesker med psykisk lidelse og misbrug jf. anbefaling 23 i kapitel 13.

Samtidig vil en række anbefalinger, som forudsætter udarbejdelse af nationale rammer og krav samt justering af understøttende lovgivning, kunne iværksættes for relativt begrænsede midler frem mod, at indsatsen er beskrevet og klar til afprøvning og udrulning. Endelig vil forudsætningerne for at følge anbefalingerne være forskellige lokalt. Her vil nogen have bedre forudsætninger end andre for at ændre arbejdsgange og skifte eksisterende praksis ud med nye evidensbaserede metoder.

## 7.7. Opfølgning

Erfaringen fra både kræftplanerne og de internationale psykiatriplaner viser, at det er helt centralt, at der sikres systematisk og løbende opfølgning på de iværksatte indsatser. Der kan derfor med fordel efter en årrække foretages en evaluering, og på baggrund heraf kan der evt. bygges oven på med et nyt fagligt oplæg, som kan danne ramme om den videre indsats. Den løbende opfølgning såvel som evalueringen bør tage afsæt i de beskrevne mål.

En sådan opfølgning bør ske med bred repræsentation og kan fx varetages af en national følgegruppe eller i regi af Sundhedsstyrelsens Udvalg for Psykiatri. Opgaven vil bestå i at følge indsatsen og understøtte en tæt og løbende såvel kvantitativ som kvalitativ opfølgning samt rådgive om udfordringer og behov i forbindelse med 10-årsplanen.

Figur 9 beskriver mekanismen for, hvordan opbygningen og realiseringen af 10-årsplanen kan foregå i et cirkulært forløb med fokus på evaluering og løbende justering af indsatsen. Med dette faglige oplæg er der opstillet mål, som sætter retningen for de næste 10 år. Der er opstillet anbefalinger og vist vejen til en prioritering af, hvad der skal implementeres i de første år. Herefter bør der ske en evaluering efterfulgt af en ny prioritering af oplæggets øvrige anbefalinger og justering af indsatsen i forhold til de opnåede erfaringer.

**Figur 9:** Opbygningen af 10-årsplanen med fokus på evaluering og løbende justering

# 8

# Lighed og afstigmatisering

# 8. Lighed og afstigmatisering

Mennesker med psykiske lidelser oplever, at de mødes med usikkerhed og fordomme. Stigmatiseringen finder sted i alle dele af i samfundet, og desværre også når mennesker med psykiske lidelser møder fagpersoner i social- og sundhedssektoren. Udover at stigmatiseringen påvirker den enkelte, så medfører den generelle stigmatisering af psykisk lidelse i samfundet også, at der generelt sker en forskelsbehandling af mennesker med psykiske lidelser og en nedprioritering af området. Det øger uligheden, og gør det svært for mennesker med psykiske lidelser at tale åbent om deres lidelse.

Mennesker med de sværeste psykiske lidelser lever gennemsnitligt 15-20 år kortere end mennesker uden psykisk lidelse. Den kortere levetid skyldes bl.a. underbehandling eller uhensigtsmæssig behandling af både den psykiske lidelse og samtidig somatisk sygdom, manglende forebyggende indsats overfor livsstilsrelaterede sygdomme, en højere forekomst af selvmord og ulykker samt afledte effekter af misbrug.

Opgør med stigmatisering er en forudsætning for, at området prioriteres på alle niveauer, og for at de øvrige målsætninger i dette faglige oplæg kan blive indfriet og føre til det forventede løft af psykiatrien. Den kortere levetid, og den ulighed, der rammer mennesker med psykiske lidelser, er uacceptabel og skal ændres.

I dette kapitel beskrives anbefalinger for et målrettet arbejde med afstigmatisering, styrket forebyggelse af somatisk sygdom, bedre adgang til somatisk udredning og behandling, og en samlet plan for forebyggelse af selvmord.

## 8.1. Udfordringer

### 8.1.1. Stigmatisering af mennesker med psykiske lidelser

Når mennesker med psykiske lidelser mødes af samfundet med usikkerhed og fordomme, kan det udgøre en selvstændig yderligere belastning, og kan betyde en forværring af lidelsen og den enkeltes livssituation, og være en barriere for at søge hjælp og for at indgå i sociale sammenhænge, fx i skolen, på en uddannelse eller et job.

Stigmatisering har omfattende konsekvenser for mennesker med psykiske lidelser i form af diskrimination, selvstigmatisering[21] og muligheder samt social udstødelse. Stigmatisering og diskrimination i samfundet, på arbejdspladser, i skolen og blandt fagpersoner mv. har betydning for den enkeltes forudsætninger for at genvinde eller etablere sin plads i samfundet og for at få den samme adgang til hjælp, støtte og behandling, og kan derfor forstærke ulighed.

Forskning på området peger på, at mennesker med psykiske lidelser oplever stigmatisering både i medierne og i mødet med andre mennesker og systemer (146). En manglende forståelse for psykiske lidelser kan føre til fordomme og en manglende erkendelse af, at psykisk lidelse er noget, der vedrører os alle. En undersøgelse fra Epinion fra 2016 viste, at kun 19 % af danskerne mener, at det er let at tale om psykisk lidelse (139). Mennesker med skizofreni, autisme, bipolar lidelse, borderline  samt retspsykiatriske patienter er særligt udsatte for stigmatisering og negative fremstillinger i medierne (147).

Befolkningen har generelt mindre viden om psykiske lidelser, hvilket påvirker holdningen til, forståelsen af og villigheden til at søge hjælp for psykiske lidelser (148). Hertil kan stigmatiseringen ramme pårørende til mennesker med psykiske lidelser, hvor de pårørende ender med at gå alene med bekymringer og ansvar, eller risikerer at blive bebrejdet for årsagen til den psykiske lidelse, hvorved omgivelserne kan miste sympati for de pårørende og i nogle tilfælde helt undlade at hjælpe (149).

Stigmatisering kan føre til selvstigmatisering, hvilket betyder, at nogle mennesker med psykiske lidelser prøver at skjule deres symptomer og ikke søger den hjælp, de har behov for. Stigmatisering kan ligeledes medføre, at man behandles dårligere og mindreværdigt som medborger generelt, af fagpersoner på fx social- og sundhedsområdet, sagsbehandlere i jobcentre mv. og også af personale i psykiatrien (150).

Utilstrækkelig viden og kompetencer ift. psykiske lidelser kan påvirke fagpersoners holdning og tilgang til mennesker med psykiske lidelser og medvirke til ulighed i sundhed. Undersøgelser viser, at mennesker med psykiske lidelser stigmatiseres

[12] Selvstigmatisering kan følge af fordomme og myter, som vi møder i omgivelserne, og som vi kan komme til at tage på os. Når man accepterer samfundets negative og stigmatiserende holdninger som sand, afføder det som regel negative følelser om én selv. Det kan resultere i mindre håb, lavere selvværd, selvusikkerhed og en tendens til i højere grad at undgå social kontakt.

i det somatiske sundhedsvæsen (151), så fx fysiske symptomer forveksles med eller tolkes som symptomer på den psykiske lidelse, eller at en psykiatrisk diagnose i journalen har betydning for personalets holdning til og samarbejde med den enkelte.

### 8.1.2. Social ulighed og kortere levetid

Social ulighed kan både være årsag til og konsekvens af en psykisk lidelse. Børns tidlige udvikling, opvækst i fattigdom, mangelfulde skolegang og fysiske miljø har sammen med arvelige forhold betydning for deres psykiske tilstand og kan føre til udvikling af psykiske lidelser som angst og depression (152). Børn og unge, der vokser op i familier med svære livsomstændigheder, fx misbrug eller en svær psykisk lidelse hos forældrene, omsorgssvigt eller traumer, har større risiko for selv at udvikle psykiske lidelser (153,154).

For voksne mennesker har den sociale position, herunder uddannelse, beskæftigelse, køn, etnicitet mv., betydning for, hvor udsatte de er for både psykiske lidelser, og for andre samtidige sygdomme (155). En psykisk lidelse kan være en barriere for at tage en uddannelse, fastholde et arbejde og opnå en stabil indkomst og generelt at indgå i samfundet på lige vilkår med andre. Samtidig kan pårørende til mennesker med psykiske lidelser opleve negative sociale konsekvenser, fx ift. økonomi, stigmatisering, tilknytning til arbejdsmarkedet og overdødelighed (143,149).

Sundhed og sygdom er skævt fordelt i samfundet. Nogle grupper i befolkningen rammes oftere af sygdom, mærker større konsekvenser af sygdom og dør tidligere (156). Mennesker med psykiske lidelser lever markant kortere end mennesker, som ikke har psykiske lidelser. Den kortere levetid skyldes bl.a. underdiagnosticering og underbehandling af både somatisk sygdom og psykisk lidelse, risiko for uhensigtsmæssig medicinering af psykisk lidelse, manglende forebyggende indsats overfor livsstilsrelaterede sygdomme, en højere forekomst af selvmord (16), og afledte effekter af misbrug. Dette gælder særligt mennesker med svære psykiske lidelser (og evt. misbrug), og med samtidige komplekse sociale problemer, fx tidligere anbragte og hjemløse (6-9). Mennesker med psykiske lidelser har øget forekomst af risikofaktorer for udvikling af somatisk sygdom samt underdiagnosticering og mindre effektiv behandling af både psykisk lidelse og somatisk sygdom (117,118,157).

### 8.1.3. Utilstrækkelig forebyggelse og behandling af somatisk sygdom

Mennesker med psykiske lidelser har gennemsnitligt en markant øget forekomst af somatisk sygdom fx hjertekarsygdomme, diabetes mv. sammenlignet med resten af befolkningen (100,157) Det skyldes bl.a. risikofaktorer som rygning, dårlig kost, fysisk inaktivitet og alkohol som er hyppige årsager til udvikling af udbredte kroniske sygdomme.

Den medicinske behandling af psykiske lidelser (psykofarmakologisk behandling) giver ofte bivirkninger som fx vægtøgning, ændret appetit og stofskifte, påvirkning af hjerte- og kar, samt nedsat spytsekretion og mundtørhed, der kan medføre hastig udvikling af huller og tandtab (158-160).

Den seneste Nationale Sundhedsprofil fra 2017 viser, at mennesker med psykiske lidelser i højere grad end den øvrige befolkning ryger tobak og cannabis, har usunde madvaner, er fysisk inaktive og indtager alkohol over de anbefalede genstandsgrænser (86). Hertil har mennesker med psykiske lidelser en højere forekomst af tandsygdom og tandtab end den gennemsnitlige befolkning, hvilket kan tilskrives risikofaktorer som usund kost, mundtørhed forårsaget af visse psykofarmaka (160), dårlig mundhygiejne og uregelmæssige tandplejebesøg (161).

Typiske symptomer ved psykisk lidelse som fx apati, nedtrykthed, angst, og søvnbesvær kan påvirke mulighederne for at leve sundt og ændre vaner, da dette kræver overskud, ressourcer (fx mentalt, økonomisk eller socialt) og tid, som det kan være svært at finde under et sygdomsforløb. Data fra bl.a. Den Nationale Sundhedsprofil viser, at mennesker med psykiske lidelser er motiverede i samme grad som andre for at ændre sundhedsadfærd.

Personalets viden om og holdning til forebyggelse af somatisk sygdom er afgørende for, om forebyggelsesindsatsen gennemføres og virker. Personlige holdninger blandt personalet kan udgøre en barriere for at ændre sundhedsadfærd blandt mennesker med psykiske lidelser, fx fordi personalet ikke har tiltro til, at de ønsker eller kan ændre sundhedsvaner (41,162).

I Danmark er der formelt og lovgivningsmæssigt lige adgang til udredning og behandling på sygehusene, men reelt er tilgængeligheden meget afhængig af, hvordan tilbud indrettes, og adgang til samt brug af sundhedsvæsenet blandt mennesker med psykiske lidelser er ikke lige. Mennesker med psykiske lidelser er derfor i risiko for underdiagnosticering og underbehandling af både somatisk sygdom og psykisk lidelse, hvilket kan have alvorlige konsekvenser for livskvalitet, sygdomsforløb og levetid (118,163).

Samtidig forstærker psykiske og somatiske sygdomme hinanden, så patientens ene sygdom påvirker forløb og konsekvenser af den anden sygdom og omvendt, hvilket kan ses som en form for 'ond cirkel' (152). Dette er fx blevet tydeligt under covid-19 epidemien, hvor de særlige omstændigheder har haft store konsekvenser for mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende (164,165).

En væsentlig udfordring er den begrænsede adgang til sundhedsfaglig viden og kompetencer og de utilstrækkelige forebyggende og opsporende indsatser i mange af de sammenhænge, som mennesker med svære psykiske lidelser befinder sig i, fx på botilbud, boformer for hjemløse, i akutfunktioner på både sygehuse og i kommunen, på psykiatriske sygehusafdelinger mv. Fagpersonerne er i mindre grad opmærksomme på målgruppens somatiske symptomer og sygdomme, og mange fagpersoner efterspørger flere kompetencer og redskaber til at identificere tegn på somatisk sygdom (166).

Ligeledes er der udfordringer med at gøre information og tilbud tilgængelige for mennesker med psykiske lidelser på et organisatorisk niveau. Dette handler bl.a. om den kompleksitet, som man som patient mødes med i sundhedsvæsenet og de krav, som stilles i relation til forskellige sundhedstilbud. Dette gælder både i sygehusvæsenet, i praksissektoren og i kommunerne, hvor systemerne ikke evner at imødekomme og give mennesker med psykiske lidelser samme adgang til sundhedsydelser.

### 8.1.4. Utilstrækkelig forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg

Selvmordsforekomsten blandt mennesker, som har været indlagt på grund af en psykisk lidelse, er omkring 20 gange højere end baggrundsbefolkningens, og mindst halvdelen af dem, som dør af selvmord, har tidligere været indlagt på psykiatrisk afdeling (16). I perioden 1995-2016 døde i alt 15.075 personer af selvmord i Danmark, hvoraf 791 (5,2 %) var indlagte (123). Ifølge data fra OECD er Danmark det land med højest andel af selvmord under indlæggelse.

Årsagerne til selvmord er mange og forskellige, men der findes viden om, hvilke grupper, som kan være i øget risiko for selvmord og selvmordsforsøg. Rusmiddelrelaterede lidelser samt affektive lidelser, skizofreni eller angstlidelser er forbundet med særlig høj selvmordsrisiko (15). Patienter, der nyligt er udskrevet fra psykiatrisk afdeling, hører til en af de risikogrupper, som har de højeste selvmordsrater (167). Hertil har mennesker, der allerede har forsøgt selvmord, en øget selvmordsrisiko (123). Også belastede og komplicerede livsomstændigheder med fx traumer eller andre stressfyldte hændelser som fx pludseligt dødsfald blandt en nærtstående, overfald og overgreb, belastninger i barndommen eller traumer fra krig eller flugt (168), arbejdsløshed eller svær somatisk sygdom (169,170) øger risikoen for selvmord og selvmordsforsøg. Mennesker, der forvolder selvskade, er på grund af den selvskadende adfærd i markant øget risiko for at dø af selvmord og er i øget risiko for at udvikle selvmordstanker eller udføre selvmordshandlinger (171).

Hertil viser studier, at mennesker, der tilhører marginaliserede samfundsgrupper, såsom hjemløse eller personer i/løsladte fra fængsel er i særlig risiko for selvmordsadfærd (172). Desuden er selvmord og selvmordsforsøg blandt yngre kvinder markant stigende de seneste år[22]. Internationale studier har vist, at omkring 90 % af de mennesker, som døde af selvmord, udviste symptomer på psykisk lidelse i tiden, før de døde (173). Pårørende rammes ofte også hårdt af både selvmordsforsøg og selvmord, og forskning viser, at de har en højere risiko for selvmordshandlinger (174-176).

I hver region findes der en selvmordsforebyggende klinik, som tilbyder subakut behandling til mennesker med selvmordstanker, eller som har forsøgt selvmord, men som ikke har en svær psykisk lidelse, eller allerede er i et aktuelt forløb i psykiatrien. Der ses dog særligt udfordringer relateret til overgange,

[22] Landspatientsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og Befolkningsdata, Danmarks Statistik.

fx ved udskrivelse fra sygehus grundet manglende koordinering af og kontinuitet i forløbet på et tidspunkt, hvor der er behov for tæt opfølgning.

Akutmodtagelser på sygehuse samt de kommunale akutfunktioner, er også ofte i kontakt med mennesker i risiko for selvmordshandlinger, ligesom frivilligsektoren og de private organisationer løfter en væsentlig rådgivningsopgave og kan være den første eller eneste kontakt for mennesker med tanker om selvmord. Der er på tværs af disse aktører dog ikke nødvendigvis tilstrækkelig viden, kompetencer eller organisatoriske rammer og mandat til at sikre viderehenvisning til den fornødne indsats.

## 8.2. Muligheder og anbefalinger

Et vigtigt led i et løft af psykiatrien er en målrettet styrkelse af arbejdet med afstigmatisering af psykisk lidelse, både i det enkelte menneskes liv og på samfundsniveau.

Derudover er der behov for et målrettet arbejde med at nedbringe den markante overdødelighed blandt mennesker med psykiske lidelser. Der er brug for en styrket kvalitet i indsatsen, men der er samtidig brug for særlige indsatser til forebyggelse af somatisk sygdom og lige adgang til somatiske sundhedsydelser samt en styrket indsats ift. at nedbringe selvmord blandt mennesker med psykiske lidelser.

**Inden for de næste 10 år er målet derfor, at:**

- **Der kan tales åbent om det at have en psykisk lidelse uden risiko for at blive mødt med stigmatisering**
- **Mennesker med psykiske lidelser får relevante forebyggelsestilbud og bliver udredt og behandlet for somatisk sygdom med samme rettidighed og kvalitet som mennesker uden psykiske lidelser**
- **Mennesker med selvmordforsøg og selvmordstanker modtager et rettidigt og kvalificeret tilbud om udredning og behandling**

### 8.2.1. Langsigtet indsats for afstigmatisering af psykiske lidelser

Det er vigtigt, at kendskabet til og viden om psykiske lidelser udbredes bredt i samfundet. Det skal være almindelig kendt, at psykiske lidelser rammer mange og bredt, og at der findes god behandling.

Erfaringer på området viser, at kampagner og indsatser til afstigmatisering har en gavnlig effekt, men at en holdnings- og adfærdsændring i forhold til psykiske lidelser kræver tid og ressourcer. Der er derfor behov for et vedvarende, langsigtet og målrettet fokus på afstigmatisering med inddragelse af personer, der deler egne erfaringer med psykisk lidelse, som en central del af indsatsen (150,177,178). At bekæmpe stigmatisering gennem en langsigtet og kontinuerlig indsats er en grundlæggende forudsætning for at mindske uligheden ift. somatisk sygdom og styrke den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Siden 2011 har indsatsen EN AF OS i tæt samarbejde med de regionale PsykInfo'er været en hjørnesten i det nationale arbejde for afstigmatisering af psykiske lidelser. EN AF OS har til formål at fremme inklusion og bekæmpe diskrimination forbundet med psykiske lidelser gennem oplysnings- og formidlingsaktiviteter (62). En central del af indsatsen leveres af personer med egne erfaringer med psykiske lidelser, som med afsæt i formidlingstræning deler deres erfaringer til mange forskellige målgrupper og dermed bidrager til afstigmatisering. Med aftale om fordeling af reserven på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet fra 2021-2024 videreføres den nationale afstigmatiseringsindsats i regi af Sundhedsstyrelsen. Der bør fremadrettet bygges videre på dette arbejde.

Fortsat afstigmatisering gennem informationsindsatser, formidlingsaktiviteter og vidensopbygning er centralt, hvis mennesker med psykiske lidelser skal mødes med samme rettigheder og muligheder som andre mennesker og andre sygdomsgrupper. Afstigmatiseringsindsatsen skal være langsigtet og vedholdende og skal påvirke opfattelsen af psykiske lidelser bredt i samfundet og blandt fagfolk. Indsatsen bør bygge videre på indsatser i regi af EN AF OS og de regionale PsykInfo'er og kan målrettes fx medier, personale på sygehuse, botilbud og

jobcentre mv., samt anvendelse af ambassadører til formidlingsaktiviteter.

Yderligere kan anvendelsen af peers (personer med brugererfaring) være med til at reducere stigmatisering. Erfaringer med peer-støtte-indsatser viser, at mennesker som modtager peer-støtte, oplever et bedre socialt netværk og større forbundethed med andre. Stigmatiseringen bliver mindre, og de oplever større åbenhed i forhold til at tale om og forholde sig til psykiske lidelser (178). Danske og internationale studier viser, at inddragelse og anvendelse af peers er med til at øge kvaliteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser (179). Der er allerede en del erfaring med peer-støtte-indsatser i både kommuner og regioner, som fortsat bør understøtte arbejdet med inddragelse, fx ved at formulere planer og målsætninger for inddragelse af patienter og pårørende på alle niveauer fra den konkrete, individuelle indsats, til strategisk udvikling af organisationer og samarbejdsformer på tværs af sektorer og civilsamfundet.

**1. En langsigtet indsats for afstigmatisering med nationalt videnscenter, ambassadørkorps og handlingsplan**

**Der bør over de næste 10 år gennemføres en langsigtet, national afstigmatiseringsindsats på tværs af sektorer. Indsatsen skal ske i et samarbejde med regioner, kommuner, civilsamfundsorganisationer og nationale myndigheder.**

- **Som et første skridt etableres et nyt nationalt videnscenter om afstigmatisering under Sundhedsstyrelsen. Centeret skal i samarbejde med bl.a. de regionale PsykInfo'er udbrede kendskabet til og viden om, psykiske lidelser, og skal samle og dele viden, information, værktøjer og metoder på området samt understøtte anvendelsen lokalt.**
- **Ambassadørkorpset i regi af EN AF OS styrkes og udbygges for at understøtte, at viden kan deles bredt af mennesker med egen erfaring med psykisk lidelse.**
- **For at sikre den langsigtede indsats, udarbejdes en national handlingsplan om afstigmatisering af psykiske lidelser, som går på tværs af relevante ressortområder og har et bredt samfundssigte. Som et led i arbejdet med en national handlingsplan kan nedsættes et brugerråd, som bidrager til arbejdet med afstigmatisering.**

### 8.2.2. Længere levetid gennem styrket forebyggelse og bedre behandling af fysiske sygdomme

Forebyggelsesindsatsen skal prioriteres og der skal der arbejdes systematisk med at sikre både strukturelle og individuelle forebyggende tiltag målrettet mennesker med psykiske lidelser i de sammenhænge, de befinder sig i, dvs. på både sygehus, botilbud, med støtte i eget hjem mv. Der findes forsøg med forebyggende indsatser, herunder forsøgsordning med rygestopforløb og vederlagsfri rygestopmedicin til mennesker med psykiske lidelser, som har vist god effekt, hvis de tilrettelægges af fagpersoner med de rette kompetencer, men de er ikke udbredt systematisk. Samtidig er der behov for et bredere fokus på ikke alene rygning, men også forebyggende indsatser ift. kost, motion og alkohol

Mennesker med psykiske lidelser vil gerne leve sundere, men det kræver professionel støtte og hjælp samt opmærksomhed på mulighederne for en sund livsstil integreret i hverdagen. Kompetencerne til dette kan understøttes med sundhedspædagogiske værktøjer, der både styrker motivation og fremmer en samarbejdsorienteret tilgang i praksis (181).

Derudover er et centralt led i at reducere overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser at sikre bedre adgang og fremmøde til somatisk udredning og behandling. Mange mennesker med psykiske lidelser – særligt svære psykiske lidelser – kan have behov for målrettet hjælp og støtte, fra fx en ledsager, til at deltage i screeningsprogrammer og udrednings- og behandlingsforløb samt tandpleje, fx ift. at undersøge muligheder for at modtage specialtandpleje.

En vigtig del af indsatsen er ligeledes at styrke integrationen mellem psykiatriske og somatiske behandlingstilbud. Trods gode erfaringer med fx liaison somatik, somatisk stuegang på psykiatriske sygehusafdelinger, fællesambulatorier, multidisciplinære team-konferencer, Fælles Skolebænk, medicingennemgang ved kliniske farmaceuter mv., er disse ordninger ikke systematisk udbredte. Ligeledes er der flere forsøg med faste sundhedstjek og fast tilknytning af læge på fx botilbud, hvilket har vist god effekt på opsporing af somatisk sygdom. Med den seneste overenskomstforhandling for almen praksis er det besluttet at indføre systematiske tilbud om somatiske undersøgelser på botilbud, samt ved patienter der behandles med antipsykotisk medicin (182).

De fleste mennesker med psykiske lidelser er løbende i kontakt med andre dele af sundhedsvæsenet end psykiatrien. Det er derfor vigtigt, at personale i sundhedsvæsenet har et basalt fagligt kendskab til psykiske lidelser. I den forbindelse er det væsentligt, at der .i forbindelse med Sundhedsstyrelsens igangværende revision af den lægelige videreuddannelse er fokus på fremtidige speciallægers kompetencer ift. patienter med psykiske lidelser, herunder særligt de specialer, som har en hyppig og tæt kontakt til mennesker med psykiske lidelser (fx almen medicin), og hvis der er samtidige somatiske sygdomme (fx udvalgte internmedicinske specialer eller geriatri). Ligeledes er det vigtigt, at sundhedspersonalet i psykiatrien, fx læger og sygeplejersker, fastholder og opbygger kompetencer i forhold til somatiske sygdomme for at understøtte bedre opsporing og behandling af somatisk sygdom blandt mennesker med psykiske lidelser.

**2. Udbredelse af forebyggende tilbud ift. kendte risikofaktorer for somatisk sygdom målrettet mennesker med psykiske lidelser**

**Kommuner og regioner sikrer forebyggende tilbud som en del af indsatsen til mennesker med psykiske lidelser. Det indgår heri, at relevant fagligt personale har den nødvendige viden, tværfaglige kompetencer og redskaber til systematisk at identificere og forebygge kendte risikofaktorer og fremme motivation og støtte mennesker med psykiske lidelser i at ændre sundhedsadfærd. Indsatserne bør foregå i både socialpsykiatrien, almen praksis og på psykiatriske afdelinger og understøtte det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse af somatisk sygdom på tværs af aktørerne.**

- Som det første bør der sikres en ensartet og landsdækkende udbredelse af effektive og veldokumenterede forebyggelsestiltag som fx særligt intensive rygestopstilbud målrettet mennesker med psykiske lidelser. Indsatserne kan i første omgang udstrækkes til mennesker, der er indlagt på psykiatriske afdelinger, bor på botilbud eller modtager støtte i eget hjem, men kan på sigt også udstrækkes til øvrige grupper.

- Det bør afdækkes og afprøves, hvordan idræts- og fritidsaktiviteter målrettet mennesker med psykiske lidelser i højere grad kan implementeres, både som led i forløb på sygehus, og som en del af den kommunale indsats mhp. at sådanne tilbud senere sikres ensartet og landsdækkende udbredelse.

- Social- og sundhedsprofessionelle bør sikres kompetencer og værktøjer til at støtte mennesker med psykiske lidelser fx ved ensartet og landsdækkende udbredelse af effektive og veldokumenterede sundhedspædagogiske redskaber, der afdækker motivation, muligheder og støtte i hverdagen.

**3. Styrket udredning og behandling af somatisk sygdom blandt mennesker med psykiske lidelser**

**Regioner og kommuner skal sikre, at mennesker med psykisk lidelse modtager relevant, rettidig og kvalificeret udredning og behandling for somatiske sygdomme, herunder lægehjælp, screeningstilbud og helbredsundersøgelser, inkl. medicingennemgang og bivirkningsscreeninger, samt støtte i at deltage i tandpleje, herunder specialtandpleje.**

Dette bør fx ske ved at:

- Regionerne sikrer, at alle psykiatriske afdelinger har kompetencer og ressourcer til at tilbyde bred somatisk udredning, fx løbende helbredstjek og undersøgelser. Dette kan fx ske gennem ansættelse af sundhedspersoner med kompetencer til bred somatisk udredning eller ved opkvalificering af medarbejdere, der kan understøtte deltagelse i somatisk behandlingsforløb eller tandpleje.

- Der samles op på erfaringer med at styrke opsporing og behandling af somatisk sygdom blandt mennesker med psykiske lidelser, herunder somatisk stuegang i psykiatrien, ledsageordninger, løbende helbredsundersøgelser, medicingennemgang mv, således at der på sigt kan opbygges en bedre integration mellem somatisk og psykiatrisk udredning og behandling gennem en ensartet og landsdækkende udbredelse af effektive og veldokumenterede tværsektorielle indsatser i den regionale psykiatri, på botilbud og i almen praksis. Med afsæt i de gode erfaringer bør man efterfølgende iværksætte forsøg med afprøvning af indsatser til mennesker, der modtager støtte i eget hjem, fx helbredsundersøgelser, hjælp og støtte til deltagelse i behandling, besøg ved praktiserende læge mv.

- Der sikres en systematisk udbredelse af aftalen om fast tilknyttet praktiserende læge til bosteder, og der samles op på erfaringer fra aftalen, mhp. evt. justering.

Yderligere anbefalinger om generelt at styrke den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien mv., herunder opbygning af kompetencer, fremgår af kapitel 15.

### 8.2.3. En samlet plan for forebyggelse af selvmord

Som en del af satspuljeaftalen fra 2017-2020 blev der etableret et Nationalt Partnerskab til Forebyggelse af Selvmord og Selvmordsforsøg (183), som på tværs af centrale aktører på området er med til at opbygge mere viden om selvmord og selvmordsforsøg og kan yde rådgivning på henholdsvis nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Partnerskabet er netop blevet forlænget med yderligere fire år til og med 2024.

For at forebygge selvmord er det afgørende, at mennesker med selvmordstanker identificeres og visiteres til et relevant tilbud. Opmærksomhed på selvmordsadfærd og -forebyggelse er således relevant for mange fagprofessionelle, og de bør have opmærksomhed på selvmordstanker og opsporing af selvmordsadfærd. Der findes allerede enkelte læringsprogrammer udviklet til frontpersonale, men indsatsen ift. frontpersonalet kan med fordel intensiveres. Ligeledes er der behov for faste arbejdsgange for selvmordsrisikovurdering, herunder indsatsplaner. I 2018 blev et nationalt e-læringsprogram om selvmordsforebyggelse med fokus på risikovurdering implementeret som kompetenceudvikling til personale i psykiatrien (184).

Akutmodtagelser på sygehuse samt de kommunale akutfunktioner er også ofte i kontakt med mennesker, der er selvmordstruede, men der følges fx ikke systematisk op på alle henvendelser i akutmodtagelser, selvom der afprøves projekter med bedre opfølgning i nogle regioner. En vigtig del af indsatsen er derfor en styrkelse af den akutte indsats til mennesker med psykiske lidelser. Anbefalinger vedr. dette beskrives i kapitel 13 om udredning og behandling.

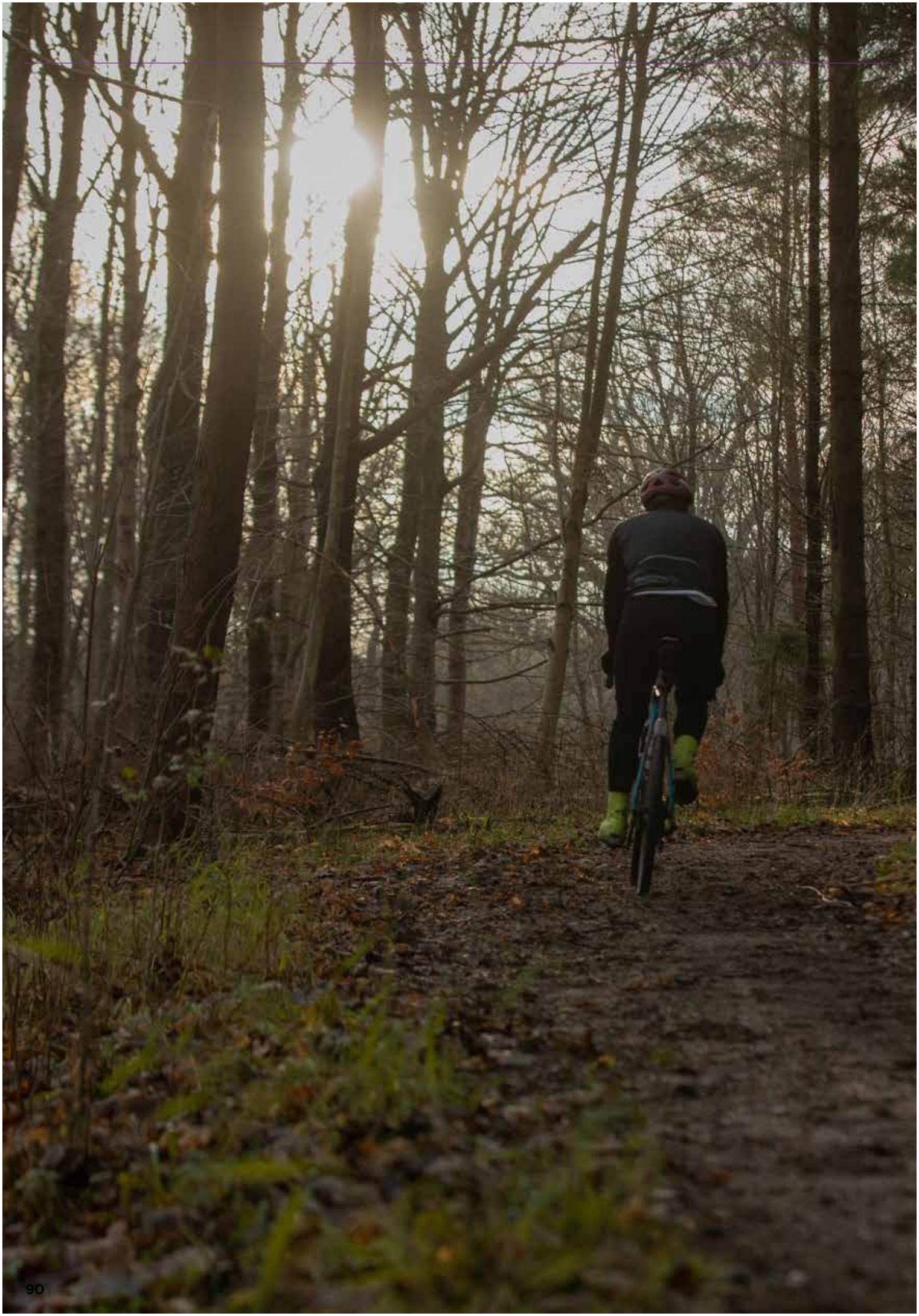
Der er behov for både nye indsatser og styrkelse af eksisterende indsatser for at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg blandt mennesker med psykiske lidelser. Der er viden om, hvad der virker, men det skal implementeres mere systematisk, og der skal opbygges bedre kompetencer blandt personalet. Der bør være faste arbejdsgange og samarbejdsrutiner bl.a. ift. at sikre en tryg overgang fra en afdeling til en anden eller fra et sygehus til kommunal indsats efter princippet om, at ingen slippes, før anden behandling eller indsats er iværksat. SAFE-projektet (Styrket Ambulant Forløb Efter udskrivelse), der har haft til formål at afprøve, om en mere systematisk og tættere opfølgning efter udskrivelse fra en psykiatrisk indlæggelse kan nedbringe risikoen for selvmordshandlinger i den kritiske tid efter udskrivelse, er på nuværende tidspunkt ved at blive evalueret.

De selvmordsforebyggende klinikker spiller desuden en central rolle i behandlingen af mennesker, der er selvmordstruede. Der bliver på nuværende tidspunkt ikke tilbudt behandling til personer med samtidig psykiatrisk sygdom, og ressourcerne i de selvmordsforebyggende klinikker kan derfor med fordel øges med henblik på at kunne udbrede behandlingen til flere personer. Desuden kan behandlingen med fordel suppleres med implementering af internet- og evidensbaserede behandlingstilbud samt app-baserede kriseplaner.

**4. En national handleplan for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg**

**Der er behov for et systematisk og langsigtet løft af indsatsen til forebyggelse af selvmord gennem en samlet, national handleplan med ambitiøse mål for nedbringelse af selvmord og selvmordsforsøg. Planen bør adressere bl.a. forebyggelse, opsporing, tidlig indsats, opfølgning efter selvmordsforsøg og patient- og pårørendeinddragelse.**

- **Som første skridt udarbejdes en national handleplan med inddragelse af Sundhedsstyrelsens nationale partnerskab for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg.**
- **På baggrund af handleplanen skal der på sigt sikres en ensartet og landsdækkende udbredelse af effektive og veldokumenterede indsatser, som løbende monitorereres og evalueres.**



# 9

# Viden, udvikling og stærke faglige miljøer

# 9. Viden, udvikling og stærke faglige miljøer

Viden, udvikling og stærke faglige miljøer er en grundlæggende forudsætning for at styrke indsatsen til mennesker med psykiske lidelser og understøtte en høj faglig kvalitet. Samtidig er det med til at opbygge et fagligt stærkt miljø med fokus på at sikre en effektiv og evidensbaseret indsats, der løbende forbedres i takt med udvikling af ny viden. Udvikling og opbygning af viden og kompetencer er ligeledes centralt i forhold til at sikre fastholdelse og rekruttering af medarbejdere med et højt fagligt niveau, hvilket er afgørende for at sikre en indsats af høj kvalitet.

I dette kapitel beskrives anbefalinger for bedre rammer for faglig udvikling, forskning, kvalitetsudvikling og videndeling, som også kan bidrage til bedre uddannelse, opkvalificering og kompetenceudvikling, bedre rekrutteringsmuligheder og øget fastholdelse af kvalificerede medarbejdere.

## 9.1. Udfordringer

### 9.1.1. Utilstrækkelige rammer for forskning, udvikling og vidensopbygning

Andelen af midler til forskning i mental sundhed og psykiske lidelser modsvarer ikke sygdomsbyrden forbundet med disse lidelser, fx viser et studie om forskning i Europa, at forskning i kræftsygdomme modtager 4,5 gange så mange forskningsmidler som forskning i psykiske lidelser (185). I perioden 2011-2016 uddelte det Frie Forskningsråd samlet mere en 1,7 mia. kroner til sundhedsfaglig forskning, og kun 60,8 mio. kr. (ca. 3,5 %) målrettet psykiatrisk forskning (186).

Rammerne for bevillinger til forskningsprojekter og forskningsmiljøer er usikre og ustabile, og grundfinansieringen er meget begrænset. Derfor er forskningen afhængig af tildeling af tidsbegrænsede midler fra private fonde og aktører.

Selvom der i dag findes flere stærke faglige miljøer, som arbejder med forskning og udvikling på området, er forskning inden for området ikke tilstrækkeligt udbredt og systematisk organiseret, og vidensniveauet er mangelfuldt inden for en række centrale områder (187).

Forskning af høj kvalitet udspringer typisk af et miljø med kompetent forskningsledelse, erfarne vejledere og nødvendige støttefunktioner, fx adgang til data og dataudveksling, forskningsbibliotek, databaser, beregningsfaciliteter, evt. laboratoriefaciliteter mv. samt et godt samarbejde med andre forskningsmiljøer. Forskning og udvikling forudsætter endvidere samarbejdsrelationer, der rækker ud over forskningsverdenen til fx fageksperter og praktikere, brugere og de institutionelle miljøer, som skal medvirke til og efterfølgende implementere resultaterne. Ligeledes kan en bedre kobling mellem forskning og praksis, samt bedre muligheder og rammer for fx forskningsstillinger eller delestillinger mellem klinisk arbejde og forskning bidrage til rekruttering og fastholdelse af medarbejdere (188).

I 2015 udgav Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold samt Uddannelses- og Forskningsministeriet en national forskningsstrategi for psykiske lidelser (38). Formålet med strategien var at styrke helhedsorienteret og tværfaglig dansk forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser ved at fremme forskning af høj kvalitet, der udvider vores forståelse af psykiske lidelser, fremmer indsatser, der forebygger psykiske lidelser, og understøtter, at mennesker med psykiske lidelser kan blive helbredt samt opnå et for den enkelte meningsfuldt og tilfredsstillende liv.

De reelle ændringer som følge af strategien og de enkelte forskningsprojekter, som fik begrænsede midler under den efterfølgende forskningspulje, er imidlertid fortsat beskedne, og implementeringen af strategien er ikke realiseret. Der er således fortsat lang vej til at etablere de i strategien beskrevne bæredygtige forskningsmiljøer med stabile rammer for forskning, tilstrækkelige kompetencer og kompetent forskningsledelse, samt helhedsorienteret og tværfaglig forskning etableret via samarbejde og netværk på tværs af forskningsmiljøer.

### 9.1.2. Begrænset dokumentation, viden om effekt og utilstrækkelig implementering af effektive indsatser

Der forskes løbende i nye behandlingsmetoder og indsatser til mennesker med psykiske lidelser. Ligeledes udgives der nationale kliniske retningslinjer, der samler op på den eksisterende evidens for behandling af forskellige psykiske lidelser (65-77). Der er dog fortsat behov for bedre rammer

for dokumentation og en bedre implementering af effektive indsatser.

På sygehusene er der journal- og dokumentationspligt, så patientens forløb og behandlinger dokumenteres. Der er dog begrænset anvendelse af data og begrænset monitorering af kvaliteten og effekten af behandlingen. Der findes i Danmark ca. 85 kliniske kvalitetsdatabaser under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), herunder 5 etablerede kliniske databaser, som er relateret til psykiatrien (124-128), og som bruges til at overvåge og evaluere kvaliteten af kliniske ydelser med henblik på at øge kvaliteten af behandlingen. I årsrapporten 2019/2020 beskrives en meget varierende indsats ift. registrering til databaserne, og det er derfor vanskeligt at understøtte national monitorering til faglig kvalitetsudvikling (129-131). En stor del af variationen tilskrives variation i registreringspraksis, som både kan skyldes forskelle i, hvor hensigtsmæssigt de elektroniske patientjournaler er indrettet til at understøtte registrering og overførsel til LPR. I tillæg hertil fremhæves vigtigheden af et ledelsesmæssigt fokus på at sikre indberetning af indikatorer.

Indsatsen i primærsektoren dokumenteres sjældent systematisk. I praksissektoren er der ikke systematisk dataindsamling og der mangler viden om kvalitet i indsatsen, og i socialpsykiatrien er der mangelfuld dokumentation af effekten af de faglige indsatser, målt fx i forhold til overdødelighed, selvmord, tilknytning til arbejdsmarkedet, livskvalitet mm. Ligeledes viser en landsdækkende undersøgelse af PPR, at registreringspraksis er meget forskellig (189). En undersøgelse af kommunernes hovedudfordringer på det specialiserede socialområde peger på, at kommunerne oplever udfordringer i relation til indsamling og anvendelse af data samt systematisk opfølgning – særligt på børne- og ungeområdet (190,191). Den begrænsede anvendelse af data og opfølgning på det kommunale område er en udfordring i forhold til dels at sikre et kvalitetsløft i indsatserne generelt og dels at justere indsatsen for den enkelte, hvis den ikke har en gavnlig effekt.

Der opleves samtidig udfordringer med implementering af ny viden fra forskning og udviklingsprojekter, også veldokumenteret forskningsviden. Det kræver en intensiv og målrettet indsats at implementere ny viden og ændre arbejdsgange i praksis (192), ligesom en monitorering over længere tid er nødvendig for at følge effekten af de indsatser, som implementeres. Ligeledes er det vigtigt, at der løbende samles systematisk op på ny viden med henblik på implementering i faglige guidelines, retningslinjer mv.

Der findes i dag mange forskellige faglige retningslinjer, guidelines, behandlings-vejledninger, standarder mv. på området, som er udarbejdet af mange forskellige aktører, herunder myndigheder, faglige selskaber mv. En gennemgribende udfordring på området er, at de forskellige retningslinjer mv. er implementeret i varierende grad, og de er ikke sammentænkt ud fra en fælles faglig retning for området, hvor der systematisk samles op på den viden, der genereres. Ligeledes er det begrænset, i hvilket omfang de tager udgangspunkt i det samlede patientforløb for mennesker med psykiske lidelser.

## 9.2. Muligheder og anbefalinger

Ovenstående udfordringer peger på nødvendigheden af at skabe bedre rammer for faglig udvikling, forskning, kvalitetsudvikling og vidensdeling, samtidig med at disse rammer også kan bidrage til bedre uddannelse, opkvalificering og kompetenceudvikling, bedre rekrutteringsmuligheder og øget fastholdelse af kvalificerede medarbejdere.

**Inden for de næste 10 år er målet derfor, at:**

- **Anbefalingerne i forskningsstrategien til gavn for mennesker med psykiske lidelser fra 2015 er implementeret**
- **Der er på tværs af landet etableret kliniske kvalitetsdatabaser hvor det er relevant, samt stærke og anerkendte forskningsmiljøer, som kan måle sig med tilsvarende forskningsmiljøer inden for de somatiske sygdomme**
- **Der er etableret nationale tværfaglige og tværsektorielle grupper som sikrer kontinuerlig faglig udvikling og retning på væsentlige områder inden for psykiske lidelser og mental sundhed**

### 9.2.1. Bedre rammer for forskning og udvikling

Bedre implementering af viden fra forsknings- og evalueringsmiljøer og viden fra praksis samt bruger- og pårørendeperspektiver skal være med til sikre virksomme indsatser af høj faglig kvalitet (37). Der er behov for en fortsat udvikling og sikring af stærke og bæredygtige forskningsmiljøer for at styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, og det kræver vedvarende fokus og prioritering, permanente og stabile økonomiske midler, kompetencer, specialisering, infrastruktur og ledelseskraft.

Den nationale forskningsstrategi til gavn for mennesker med psykiske lidelser udpegede en række fokusområder[23] med tilhørende centrale udfordringer, hvor der særligt er behov for forskning og viden mhp. at styrke og understøtte en tværfaglig og helhedsorienteret indsats af høj faglig kvalitet, herunder forebyggelse af både psykisk og somatisk sygdom, årsagsforhold, tidlig indsats, kvalitet, sammenhæng, bruger- og pårørendeinddragelse samt metoder og redskaber mv. (38).

Forskningsstrategien gav en række anbefalinger til at styrke fundamentet for forskningen gennem stabile rammer og opbygning af bæredygtige forskningsmiljøer med bredt tværfagligt samarbejde og partnerskaber på tværs af fagområder, forvaltninger og sektorer.

Forskningsnetværk og samarbejder understøttes ved inddragelse af og samarbejde mellem centrale private og offentlige aktører som fx universiteter, sektorinstitutioner, professionshøjskoler, regioner, kommuner, almen praksis, erhvervsliv, bruger- og pårørendeorganisationer samt civilsamfundsorganisationer. Samtidig er det også afgørende, at forskningen forankres og udspringer af praksis. Yderligere kan samarbejdet mellem forskningsmiljøer og den professionelle kompetenceudvikling styrkes ved fx at udvide mulighederne for delestillinger, hvor fagpersoner både kan forske og arbejde i praksis for dermed fortsat at sikre overlevering og implementering af viden og forskning.

Forskningsstrategien fra 2015 har nydt bred opbakning, og der er et uforløst potentiale i at få indfriet de anbefalinger, der ligger i den. En implementering og realisering af strategiens anbefalinger vil føre til styrket viden og evidens på tværs af social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet, samt understøtte øget professionalisering og tiltrækning af højtkvalificerede medarbejdere. Der kan være behov for at opdatere udvalgte dele af strategien. Hertil er der et stort potentiale i at styrke forskning og viden om teknologiske og digitale løsninger, som fremadrettet formentlig vil komme til at spille en større rolle i indsatsen.

Der ses typisk en større forskningstradition inden for nogle områder. På trods af, at en stor del af indsatserne til mennesker med psykiske lidelser foregår uden for sygehusene, er der ikke den samme forskningstradition og erfaring med at bedrive forskning i primærsektoren, særligt i kommunerne. Kommunerne har ikke en forskningsforpligtelse, og der er derfor behov for et øget incitament til forskning forankret i kommunerne samt fx etablering af specifikke forskningsenheder i universitets- eller professionshøjskoleregi med fokus på forskning i primærsektoren.

For at understøtte forskning og faglig udvikling er der hertil behov en mere systematisk opfølgning og monitorering af effekten af eksisterende indsatser, så nye initiativer og indsatser udvikles på baggrund af bedste viden og datagrundlag. I den forbindelse er der et stort potentiale i at styrke datakilder.

De kliniske databaser i sygehusvæsenet er en meget væsentlig kilde til kvalitetsudvikling og mulighed for at sikre ensartet behandling af høj kvalitet, og bør anvendes i langt højere grad. Det skal ligeledes prioriteres, at sundhedsfaglige medarbejdere har tid til at dokumentere i databaserne. Samtidig bør det overvejes at udbygge de kliniske databaser, da de kliniske databaser på psykiatriområdet fortsat dækker relativt få områder, ligesom der bør ske en styrkelse af drift og administration af eksisterende databaser.

Der bør desuden udarbejdes løsninger som sikrer en øget og ensartet dataindsamling og registrering af indsatserne i kommunerne. Der arbejdes allerede med at systematisere anvendelsen af flere fælles dokumentationssystemer i kommunerne (VUM, ICS og FFB), bl.a. for at styrke opfølgning og viden om effekten af indsatser, men kommunerne bruger fortsat i nogen udtrækning forskellige systemer til opfølgning på effekt og delmål.

[23] Fokusområderne er følgende; forebyggelse og tidlig indsats, styrket sammenhæng i indsatsen, kvalitet, inddragelse af brugere, pårørende og civilsamfund, nedbringelse af tvang, samt styring og ressourceanvendelse

**5. Implementering af "National forskningsstrategi til gavn for mennesker med psykiske lidelser" og styrket registrering og anvendelse af data**

**Der blev i 2015 udarbejdet en bredt anerkendt national forskningsstrategi, som løbende over de kommende år bør implementeres med henblik på. at styrke viden og evidens og etablere stærke forskningsnetværk og -traditioner.**

- Som det første etableres en forskningspulje med øremærkede midler, som uddeles i overensstemmelse med forskningsstrategien suppleret med fokusområder vedr. mental sundhedsfremme og digitalisering. Udmøntningen bør varetages af et tilknyttet forskningsråd med inddragelse af brugere og pårørende.

- Rammerne for forskning inden for mental sundhed og psykiske lidelser styrkes med afsæt anbefalingerne i forskningsstrategien, herunder etablering af partnerskaber og bæredygtige tværfaglige forskningsmiljøer med stabil infrastruktur.

- For at understøtte rammerne for vidensudvikling og forskning udbygges de kliniske kvalitetsdatabaser på det psykiatriske område. Ligesom systematisk registrering, dataindsamling og tilgængelighed af data i kommune og praksissektor styrkes mhp. dokumentation, opfølgning på effekt både på individ- og samfundsniveau samt løbende datadrevet kvalitetsudvikling.

### 9.2.2. Faglig udvikling og retning gennem opbygning af multidisciplinære faglige grupper

Der er behov for at styrke den faglige udvikling i indsatsen til mennesker med psykiske lidelser både i forhold til kvalitet, evidensbaseret og helhedsorienteret behandling og tværfagligt samarbejde mv.

Et stærkt fagligt miljø båret af multidisciplinære faglige grupper kan være med til at understøtte kontinuerlig kvalitetsforbedring og fælles faglig retning inden for et område. På sigt kan et styrket fagligt miljø ligeledes understøtte rekruttering og fastholdelse af kompetente medarbejdere.

På kræftområdet har multidisciplinære grupper som er forankret i en fælles sammenslutning (DMCG.dk) været med til at understøtte den faglige udvikling og retning på området. DMCG'erne har til hovedformål at fremme kræftbehandlingen i Danmark, og har bl.a. haft fokus på drift af kliniske kvalitetsdatabaser og udarbejdelse af kliniske retningslinjer for diagnostik og behandling (193).

Tilsvarende multidisciplinære og tværsektorielle faglige grupper for mental sundhed og psykiske lidelser kan understøtte en fælles faglig retning på tværs af det samlede forløb ved at bidrage til udarbejdelse og vedligeholdelse af nationale retningslinjer og vejledninger, faglige guidelines mv. De faglige grupper kan ligeledes bidrage til vidensopsamling og tilhørende spredning af viden i det faglige miljø og i offentligheden, og herved understøtte, at indsatserne til mennesker med psykiske lidelser i kommuner, praksissektor og på sygehuse er effektive, veldokumenterede og evidensbaserede.

Hertil kan de faglige grupper understøtte monitorering og indsamling af data/evidens gennem udarbejdelse og vedligeholdelse af nationale kvalitets- og forskningsdatabaser og bidrage til gennemførelse af og deltagelse i nationale og internationale kvalitetsprojekter.

Samtidig kan de faglige grupper være med til at styrke rekruttering, fastholdelse, uddannelse og kompetencer ved at bidrage til uddannelses- og efteruddannelsestiltag. Grupperne vil på sigt også kunne have et særskilt ansvar for at understøtte samarbejdet på tværs af somatiske og psykiatriske specialer herunder ift. den lægelige videreuddannelse samt styrke kendskabet til psykiatri generelt på tværs af relevante uddannelser, ligesom de kan understøtte arbejdet med udvikling og implementering af efteruddannelser.

**6. Opbygning af tværfaglige grupper til at understøtte faglig udvikling og kvalitetsarbejde**

**Med inspiration fra DMCG'erne på kræftområdet etableres tværfaglige og tværsektorielle grupper for den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser, som skal understøtte langsigtet faglig udvikling og kontinuerlig kvalitetsforbedring.**

- **Som det første udarbejder Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i samarbejde med repræsentanter for kommuner, regioner, faglige selskaber, forsknings- og uddannelsesinstitutioner mv. en model for organisering af multidisciplinære og tværsektorielle faglige grupper for mental sundhed og psykiske lidelser.**
- **Med afsæt i modellen etableres de multidisciplinære og tværsektorielle faglige grupper.**

300g/m²
140 lb
12
A3
29,7 cm x 42 cm

# 10

# Mental sundhedsfremme

# 10. Mental sundhedsfremme

Mental sundhedsfremme har til formål at fremme den enkeltes og befolkningens mentale sundhed ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere ressourcer og handlekompetencer hos den enkelte. I takt med at flere mennesker oplever psykisk mistrivsel og udvikler psykiske lidelser, øges behovet for at styrke den sundhedsfremmende indsats. En sundhedsfremmende indsats vil både kunne medvirke til at forhindre mistrivsel i at udvikle sig til lidelser, samt medvirke til at opbygge handlekraften hos den enkelte, så symptomer på psykisk lidelse ikke nødvendigvis vokser sig til komplekse behandlingsforløb. Den største effekt af det sundhedsfremmende arbejde opnås med en flerstrenget indsats, dvs. når der samtidigt arbejdes på tværs af forvaltninger og sektorer med forskellige metoder og sundhedsfremmende indsatser, herunder med kobling til nationale, regionale og kommunale tiltag.

I dette kapitel beskrives anbefalinger for en styrket indsats for mental sundhedsfremme for børn og unge, udbredelse af viden om mental sundhed i befolkningen og et større fokus på mental sundhedsfremme i indsatsen til mennesker med psykiske lidelser.

## 10.1. Udfordringer

### 10.1.1. Stigende mistrivsel blandt børn og unge

Mistrivsel blandt børn og unge er stigende (86,87). Der er flere bud på årsagerne til den negative udvikling, men der er fortsat yderligere behov for konkret viden om, hvorfor så mange børn og unge mistrives, og der er behov for et større fokus på at skabe viden om årsagssammenhænge i de kommende års forskningsindsats.

Mental sundhed er et produkt af sociale, biologiske og miljømæssige faktorer og kan have særlig stor indflydelse under barndommen og i ungdomstiden (35). Både dansk og international forskning peger samtidig på, at mistrivsel i barndom og ungdom øger risikoen for at udvikle psykisk lidelse og andre helbredsproblemer senere i livet samt for øget ulighed i sundhed (194). Mistrivsel i barndommen kan i værste fald vedblive og forstærkes op gennem ungdomsårene til voksenlivet (34) og have store konsekvenser både for udvikling og læring i barndommen/ungdommen, og også ind i voksenlivet.

En høj grad af mental sundhed kan virke beskyttende for udvikling af psykiske lidelser (194), og både dansk og international forskning viser, at god mental sundhed er forbundet med lavere omkostninger til sundhedsvæsenet generelt, hvorfor et styrket fokus på mental sundhedsfremme er samfundsøkonomisk fornuftigt (195). Alligevel arbejdes der ikke systematisk med mental sundhedsfremme i kommuner, regioner, almen praksis eller stat.

Der er heller ikke tydelige nationale krav til kommuners og regioners arbejde med sundhedsfremme tidligt i livet. En mulighed er at se på, om pædagogers og læreres store arbejde med det enkelte barn og børnegrupper i forhold til at skabe positive fællesskaber i daginstitutioner, på skoler mv. kan gøres mere systematisk gennem arbejdsgange og kompetenceopfølgning. Endvidere er der også utilstrækkelig dokumentation af de implementerede indsatser (194,197).

Den universelle indsats retter sig både mod børn og unge i trivsel såvel som børn og unge i begyndende mistrivsel, og de miljøer de befinder sig i. Derudover har vi stor viden om grupper af børn og unge, som er i særlig risiko for at udvikle symptomer på psykisk lidelse. Børn og unge der vokser op i udsatte familier, fx familier med sygdom, sociale og/eller økonomiske vanskeligheder, har en større risiko for at mistrives og kan have vanskeligere ved at drage nytte af de tilbud fra foreningslivet, der kan fremme god mental sundhed. For at forebygge, at forekomsten af psykiske lidelser fortsætter med at være markant højere i gruppen af udsatte børn og unge sammenlignet med børn- og unge i øvrigt, kan også en øget opmærksomhed på mental sundhedsfremmende indsatser styrke den generelle trivsel, tilknytningen til uddannelsessystemet og foreningslivet, samt bidrage til at håndtere sociale udfordringer herunder også udvikling af psykisk lidelse.

### 10.1.2. Manglende viden om betydningen af mental sundhed i samfundet

En god mental sundhed betyder bl.a., at den enkelte evner at håndtere dagligdags udfordringer og stress. Derfor er mental sundhed vigtig for alle, og særligt for mennesker der har eller er i risiko for at udvikle en psykisk lidelse.

Der kan være særlige perioder i livet, hvor den mentale sundhed oftere er udfordret fx i overgangene i livets faser, hvor man skal etablere sig på arbejds-

markedet eller ved pension, og også gennem hele livet i forbindelse med egen sygdom eller pårørendes sygdom. Da den enkeltes mentale sundhed afhænger af individuelle faktorer fx evnen til at håndtere udfordringer eller netværksressourcer at trække på og samfundsmæssige faktorer fx stigende arbejdsløshed (198), varierer det fra person til person, hvorfor og hvornår dårlig mental sundhed kan udvikle sig.

Andelen af mænd og kvinder, der oplever at have dårlig mental sundhed, er steget for alle aldersgrupper mellem 25 og 75 år. Det samme gør sig gældende for andelen med højt stressniveau. De befolkningsgrupper, der oplever dårligst mental sundhed, og som oplever højeste stressniveau, er dem uden for arbejdsmarkedet.

Der arbejdes for nuværende ikke målrettet med at fremme den mentale sundhed eller forebygge stress blandt voksne – hverken hos dem der står uden for arbejdsmarkedet eller på arbejdspladsen.

### 10.1.3. Dårlig mental sundhed blandt mennesker med psykiske lidelser

God mental sundhed forbedrer mennesker med psykiske lidelsers muligheder for at håndtere vanskelige perioder i tilværelsen, samt understøtter muligheden for en positiv selvopfattelse, strukturering af dagligdags gøremål og at indgå på arbejdsmarkedet eller i uddannelse.

Mennesker med psykiske lidelser har generelt et dårligere helbred end baggrundsbefolkningen (14), og at arbejde aktivt med sin sundhed kræver både tro på sig selv, overskud i hverdagen og støtte fra omgivelserne, som alle er centrale elementer i vores mentale sundhed. Den mentale sundhed i denne gruppe er generelt dårlig, og der kan være en bekymring for, at den er blevet værre over en årrække.

Derfor er det et problem, at der ikke arbejdes tilstrækkeligt målrettet eller systematisk med fremme af den mentale sundhed blandt voksne mennesker med psykiske lidelser, fx under indlæggelse på sygehus og i socialpsykiatrien.

## 10.2. Muligheder og anbefalinger

Ovenstående udfordringsbillede peger på et behov for en generel indsats for at udbrede viden om mental sundhed i befolkningen, en styrket indsats for mental sundhedsfremme for børn og unge og et langt større fokus på at arbejde med mental sundhedsfremme i indsatsen til mennesker med psykiske lidelser i socialpsykiatrien og på sygehusene.

Et systematisk sundhedsfremmende arbejde, der baseres på dokumenterede og effektive indsatser, kan forhindre, at mistrivsel udvikler sig til lidelse og opbygge handlekraften hos den enkelte, så symptomer på psykiske lidelser ikke nødvendigvis vokser sig til komplekse behandlingsforløb. Der findes virksomme metoder, men nogle indsatser kræver først en afdækning af mulighederne i de specifikke kontekster, de skal indgå i, og et løft i indsatsen til mennesker med psykiske lidelser bør ses i sammenhæng med et generelt kompetenceløft i indsatsen, hvor også den mentale sundhedsfremme indgår.

**Inden for de næste 10 år er målet, at:**

- **Børn og unges mentale sundhed er væsentligt forbedret, herunder deres tro på egne evner og mulighed for at skabe meningsfulde relationer**
- **Viden om betydningen af mental sundhed og håndtering af stress udbredes i hele befolkningen**
- **Mennesker med psykiske lidelser oplever trivsel og indgår i meningsfulde fællesskaber, så recovery understøttes og flere får mulighed for at komme sig**

### 10.2.1. Styrket mental sundhedsfremmende indsats tidligt i livet

Dansk og international forskning peger på, at vuggestuer og børnehaver samt folkeskoler, ungdomsuddannelser og det organiserede fritidsliv kan være af afgørende betydning for udviklingen af børn og unges trivsel, og derfor er det centralt, at disse arenaer prioriterer trivselsfremmende indsatser (199). Samtidig har familien, eller andre nære personer i børn og unges liv, den største indflydelse på den enkeltes mentale sundhed, og derfor skal de spille en aktiv rolle og involveres i de trivselsfremmende indsatser.

Allerede i graviditeten kan sårbarhed eller vanskelige livsbegivenheder få negativ betydning for det ufødte barns mentale helbred. Den gravide kvindes adfærd, fx i forhold til rygning og alkohol, kan påvirke fosteret uhensigtsmæssigt, og der er en stigende opmærksomhed på, at også den gravide kvindes mentale sundhed kan have betydning for barnets udvikling, adfærd og trivsel efter fødsel (200). Vanskeligheder de første år af livet såsom mangel på en tryg tilknytning til forældre, forsømmelse, vold eller andre alvorlige trusler øger risikoen for permanent at svække den mentale sundhed (201). Så særligt for børn skal sundhedsfremmende rammer og strukturer, der omgiver dem tidligt i livet, bidrage til en god tilknytning mellem barnet og forældrene.

Senere i barndommen og i ungdomstiden er tillidsfulde relationer til andre børn, unge og voksne af stor betydning for at opleve et tilhørsforhold og være en del af fællesskabet. Det er således muligt at iværksætte indsatser og skabe strukturer, der skaber bedre betingelser for høj grad af mental sundhed og dermed forudsætninger for at trives (60,202), hvor forhold som normering og høj andel af uddannet personale skal fremhæves som grundlæggende vilkår for at lykkes med de fremhævede indsatser herunder.

I Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangeromsorgen fra 2021 beskrives den systematiske sundhedsfremmende indsats til gravide og nybagte forældre (203). Målet er en god og tryg start på livet for det ufødte barn, hvor både jordemoderkonsultationer, børneundersøgelser foretaget af almen praksis og sundhedsplejens sundhedsfremmende indsatser har sin relevans, men hvor anbefalingerne ikke er systematisk udrullet i kommunerne og regionerne.

Sundhedsplejens sundhedsfremmende tilgang har en væsentlig betydning for at styrke alle børns muligheder for en sund opvækst (204). Hjemmebesøg i barnets første leveår er en værdifuld opfølgning på barnets udvikling og trivsel. Denne opfølgning sættes på pause, når barnet begynder i daginstitution til trods for, at rammerne i daginstitutionen også kan være en af flere medvirkende faktorer ift. mistrivsel og dårlig sundhedsadfærd. For at styrke det sundhedsfremmende perspektiv frem mod tiden i grundskolen, hvor sundhedsplejen igen ser barnet, bør det undersøges, om der er grundlag for at supplere med et ekstra besøg omkring barnets tredje år.

På dagtilbudsområdet er der generelt et udbredt fokus på trivselsfremmende indsatser i form af arbejde med positive fællesskaber og tilhørsforhold, inkluderende miljøer fri for mobning samt adgang til fortrolige voksne. Her bør fokus på mental sundhedsfremme løftes yderligere gennem tydelige krav i den pædagogiske læreplan til, at arbejdet systematiseres og baserer sig på de samme virksomme elementer og faste rutiner omkring indsatserne (60).

I folkeskoleregi findes den pålagte understøttende undervisning, der sigter mod at styrke elevernes læringsparathed, sociale kompetencer, alsidige udvikling, motivation og trivsel, som supplement til de obligatoriske fag. Der er generelt et udbredt fokus på trivselsfremmende indsatser i grundskolen, da forskningen peger på, at trivsel i skolen hænger sammen med reduceret frafald på ungdomsuddannelser og trivsel senere i livet (205). Hvordan skolerne vil omsætte den viden om elevernes trivsel, er op til hver skole, og der er gode erfaringer med en række forskellige tilgange, der retter sig fra et perspektiv på hele skolen ned til enkeltstående metoder (197). Målet er at igangsætte en indsats på mange fronter, der i fællesskab arbejder på at øge trivslen, derfor er det centralt at inddrage alle elever, lærere, forældre, ledelse og andre personalegrupper på skolen (60). De nuværende indsatser kan styrkes ved at stille krav om brug af virkningsfulde systematiske tilgange til at styrke det gode uddannelsesmiljø og elevernes mentale sundhed.

Generelt bør de kommunale og regionale sundhedsfremmende indsatser baseres på virkningsfulde indsatser og metoder[24]. For at understøtte udviklingen og udbredelsen af virkningsfulde indsatser, kan der med fordel gennemføres en afdækning af, hvordan kommunerne, praktiserende læger eller jordemødre og sundhedsplejersker arbejder med mental sundhed blandt vordende forældre og børnefamilier.

[24] Erfaringer med fx udsatte familier er opnået fx ved: Bedre barselsomsorg for sårbare gravide (Sundhedsstyrelsen: 2014-2017) (206) , Tidlig indsats for sårbare familier (Sundhedsstyrelsen: 2017-2020) (204), Sundhedsplejebesøg de første 1.000 dage hos familier i udsatte positioner og i dagtilbud (Sundhedsstyrelsen: 2019-2021) (207)

På landets ungdomsuddannelser skal der allerede i dag gennemføres årlige trivselsmålinger og en undervisningsmiljøvurdering mindst hvert 3. år, eller når der er sket væsentlige ændringer i undervisningsmiljøet. Her er der mulighed for at formulere centrale krav om, at arbejdet med øget trivsel tager afsæt i virkningsfulde indsatser og både vedrører undervisning, det sociale og fysiske miljø samt ledelsen (60).

Der er  en lang række erfaringer med at arbejde med mental sundhedsfremme i forskellige kontekster såsom i dagtilbud og skoler (208). Erfaringerne fra de institutionsrettede tiltag viser, at det er vigtigt at arbejde med en systematisk opbygning af et lærings- og udviklingsmiljø, herunder forebyggelse af mobning og styrkelse af relationsdannelse mellem personale og børn/unge fx gennem pædagogiske lærerplaner, klasseforløb, fagtimer om mestring mv. Ligeledes fremhæves personalekompetencer i dagtilbud, skoler og ungdomsuddannelser som vigtige i forhold til at arbejde systematisk med beskyttende faktorer fx relationsdannelse, fællesskaber, positivt selvbillede og tro på egne evner.

Med afsæt i ovenstående viden, er der gjort brugbare relevante danske erfaringer med generiske programmer som fx ABC for mental sundhed (199). Der kan desuden også findes inspiration til handling i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed, hvor det anbefales, at kommuner som minimum har gennemført anbefalinger på grundniveau.

**7. Mental sundhedsfremme styrkes i svangreomsorg, dagtilbud og skoler**

**Mental sundhedsfremme styrkes hos børn og unge gennem en handlingsplan for dagtilbud, skoler og ungdomsuddannelser og eksisterende anbefalinger ift. den tidlige indsats til familier implementeres til fulde.**

- **Som det første bør de forebyggende sundhedsydelser i *Anbefalinger for svangreomsorgen* systematisk implementeres. Hertil bør det undersøges, om der er grundlag for at indføre et hjemmebesøg af sundhedsplejen i barnets tredje leveår med fokus på barnets og familiens mentale sundhed.**
- **Efterfølgende kan der, på baggrund af en afdækning på området, udarbejdes en samlet handlingsplan for mental sundhedsfremme på tværs af dagtilbud, grundskoler og ungdomsuddannelser, herunder et kompetenceløft til udvalgte medarbejdere på tværs af uddannelsesområdet.**

### 10.2.2. Udbrede viden om mental sundhed og hvordan vi beskytter god mental sundhed

Fremme af mental sundhed skal ses i et befolkningsperspektiv gennem hele livet. Mange er ikke bevidste om betydningen af god mental sundhed, og hvad der kan fremme og bevare god mental sundhed. Der kan med fordel tænkes i en oplysningsindsats om mental sundhed for at øge opmærksomheden på, hvor vigtigt det er at være optaget af sit psykiske helbred, som man også er af sit fysiske helbred, da vores trivsel har stor betydning for vores samlede livskvalitet og risiko for sygdom. En oplysningsindsats vil samtidig kunne understøtte arbejdet med at aftabuisere psykisk lidelse og stigmatiseringen af mennesker med psykisk lidelse.

Der er de seneste år arbejdet med det internationalt anerkendte redskab: *ABC – for mental sundhed*, som bredt understøtter en befolknings mentale sundhed ved at arbejde med betydningen af fællesskaber og meningsfulde aktiviteter. Udbredelsen af denne tilgang er grundlaget for en lang række lokale aktiviteter i kommuner såvel som i civilsamfundet.

I voksenlivet er dårlig mental sundhed og mistrivsel ofte kædet sammen med oplevelsen af at være stresset, enten som en reaktion på et presset arbejds- og privatliv, eller på en situation, som man ikke føler, at man har kontrol over eller kan påvirke. Selvom det at være aktiv på arbejdsmarkedet er beskyttende for vores mentale sundhed, kan et dårligt psykisk arbejdsmiljø øge risikoen for både fysiske og psykiske lidelser som fx hjerte-kar-sygdomme, depression og angst.

De elementer der knytter sig til det psykiske arbejdsmiljø, og hvor mental sundhedsfremmende indsatser kan tænkes ind, omhandler bl.a. perspektiver på balancen mellem krav og kontrol i relation til arbejdsopgaver, tydelige roller og en opmærksomhed på tillid til ledelse og kollegaer samt oplevelse af retfærdighed fx i forbindelse med opgavefordeling og anerkendelse.

Det er dog væsentligt at understrege, at det at gå på arbejde ikke er sygdomsfremkaldende i sig selv. Tilknytning til arbejdsmarkedet har i sig selv positiv betydning for vores mentale sundhed, og den største forekomst af stress ses blandt mennesker uden for arbejdsmarkedet. Det er ikke et kerneelement i den kommunale beskæftigelsesindsats at arbejde systematisk med den mentale sundhed som en del af de jobgivende forudsætninger. Nogle kommuner har gode erfaringer med at have en sådan opmærksomhed på trivsel, meningsfuldhed og godt selvværd i en målrettet beskæftigelsesindsats, men få indsatser er evalueret (209).

**8. Oplysningsindsatser om mental sundhed i befolkningen og målrettet arbejdspladser**

**Gennem oplysningsindsatser udbredes viden om mental sundhed, og hvordan man bedst fremmer og beskytter den mentale sundhed i befolkningen. Ligeledes iværksættes oplysning og rådgivning om mental sundhed og stressforebyggelse målrettet arbejdspladser.**

- **Med afsæt i de internationale og nationale erfaringer, der er opnået i forbindelse med *ABC for mental sundhed*, gennemføres befolkningsrettede oplysningsindsatser om mental sundhed, hvor bl.a. vigtigheden af civilsamfundets aktører og det veletablerede foreningsliv fremhæves.**
- **Indsatser målrettet mental sundhedsfremme på arbejdspladser skal styrkes bl.a. med sigte på styrket forebyggelse af stress gennem oplysning og rådgivning. Arbejdet kan med fordel løftes i et sektorpartnerskab mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet.**

### 10.2.3. Styrket indsats for mental sundhed hos mennesker med psykiske lidelser

Der er samtidig behov for at arbejde mere systematisk med mental sundhedsfremme blandt mennesker med psykiske lidelser, da de er i særlig risiko for at havne i en negativ spiral, hvor dårlig mental sundhed og den psykiske lidelse forstærker hinanden. Undersøgelser viser, at mennesker med psykiske lidelser er motiverede for at arbejde med deres generelle sundhed, men at det kræver støtte fra professionelle og deres netværk (210). En sundhedsfremmende dagsorden skal være meningsfuld for den enkelte og kan tage afsæt i det fysiske helbred, men vil kunne tilrettelægges således, at det også kan få stor betydning for den mentale sundhed og overskud i hverdagen (162). At prioritere denne form for indsatser medvirker til at reducere ulighed i sundhed og lignende konsekvenser af social ulighed i samfundet (152).

Der bør være et vedvarende fokus på virksomme metoder til at fremme såvel den mentale som den fysiske sundhed og på effekten af de sundhedsfremmende indsatser til denne målgruppe. Ligeledes er det væsentligt at styrke systematikken og kvalificeringen af eksisterende indsatser og værktøjer på tværs af den regionale psykiatri og socialpsykiatri. Der bør samtidig ske kompetenceudvikling af medarbejderne i forhold til betydningen af mental sundhed, og hvordan man kan arbejde med at styrke mental sundhed.

De dokumenterede erfaringer fra *ABC for mental sundhed* samt arbejdsgrundlaget *"det dobbelte KRAM"* kan danne et fælles afsæt for forståelse af mental sundhed bredt i befolkningen såvel som på de psykiatriske afdelinger og i socialpsykiatrien, herunder på bostøtte- og botilbudsområdet.

For at lykkes er det vigtigt, at indsatsen er funderet i en rehabiliterende og recovery-orienteret tilgang. Udgangspunktet er at arbejde med det, som har betydning for den enkelte, og at bringe de ressourcer og kompetencer i spil som den enkelte besidder. Indsatsen kan med fordel involvere et eventuelt netværk for herved at styrke en helhedsorienteret tilgang. Der findes koncepter, der både arbejder med at skabe de nødvendige rammer, der understøtter motivationen og muligheden for at arbejde med egen fysiske og mentale sundhed, og som suppleret med individuelle- og holdforløb bidrager til øget tro på egne evner, fællesskabsfølelse og håb for fremtiden. Disse faktorer og aktiviteter fremmer alt sammen den mentale sundhed (181), og fx viser danske undersøgelser, at personer, der gør noget aktivt og meningsfuldt i fællesskab med andre, har op til fire gange så høj sandsynlighed for at have høj mental sundhed (211).

**9. Systematisk indsats for mental sundhedsfremme til mennesker med psykiske lidelser på sygehuse og i socialpsykiatrien**

**Indsatser til at understøtte mental sundhedsfremme blandt mennesker med psykiskelidelser udbredes, og der opbygges bedre muligheder for at indgå i meningsfuldeaktiviteter og positive fællesskaber.**

- **Regioner og kommuner styrker det systematiske arbejde med at forbedre den enkeltes sundhed, med særligt fokus på den mentale sundhed, med afsæt i virksomme metoder, integreret i det daglige arbejde og understøttet af en opkvalificering af medarbejderes kompetencer.**
- **Bosteder, bostøtte og psykiatriske afdelinger mv. arbejder målrettet med at understøtte, at mennesker med psykiske lidelser kan få en hverdag med meningsfulde aktiviteter i positive fællesskaber, både gennem et tydeligt fælles afsæt, fx i form af lokale politikker, og gennem muligheder for fx kreative og/eller motionsaktiviteter og andre aktiviteter, som den enkelte har interesse i.**

# 11

# Børn og unge

# 11. Børn og unge

Børn og unge der oplever psykisk mistrivsel eller har en psykisk lidelse har brug for rettidige indsatser af høj kvalitet.

Alt for mange børn, unge og deres familier oplever at vente alt for længe på den fornødne hjælp. Det kan have store konsekvenser for barnets videre liv og udvikling, hvis man ikke hurtigt får den rigtige hjælp, og for nogle børn og unge kan psykisk mistrivsel eller psykisk lidelse tidligt i livet blive starten på en række udfordringer med sociale relationer, en svær skolegang og for nogle misbrug.

Børn og unge rapporterer i stigende grad, at de mistrives, ligesom flere børn og unge udredes og behandles for psykiske lidelser i børne- og ungdomspsykiatrien. Vi kender endnu ikke til alle årsagerne til denne udvikling, men vi ved, at det er helt afgørende, at der sættes tidligt ind med en effektiv indsats.

Opbygning af lettilgængelige og højt kvalificerede tilbud, der har vist god effekt, er helt afgørende for at undgå forværring og mindske konsekvenserne for de mange børn og unge, der kæmper med psykisk mistrivsel, eller som debuterer med en psykisk lidelse tidligt i livet. Ligeledes er det vigtigt at styrke kvaliteten i indsatsen for de børn og unge med svære psykiske lidelser.

I dette kapitel beskrives anbefalinger for opsporing, tidlig indsats, udredning, støtte og behandling til børn og unge med psykisk mistrivsel og styrket behandling til børn og unge med svære psykiske lidelser[25]. Unge i retspsykiatrien beskrives særskilt i kapitel 14 om retspsykiatri.

## 11.1. Udfordringer

### 11.1.1. Flere børn og unge mistrives og flere diagnosticeres med psykiske lidelser

Der er over en årrække sket en stærkt bekymrende stigning i antallet af børn og unge, der rapporterer, at de mistrives, på tværs af en række forskellige befolkningsundersøgelser, herunder Sundhedsprofilen og Skolebørnsundersøgelsen.

[25] Kapitlet er ikke afgrænset alene til børn og unge under 18 år, idet der ofte vil være tale om en glidende overgang mellem indsatser til hhv. børn, unge og voksne samt en variation i aldersafgrænsning af de konkrete målgrupper for indsatser på tværs af landet samt i forskning og vidensgrundlag.

På tværs af kommuner, regioner og praksissektoren opleves en stigende efterspørgsel på hjælp og behandling fra familier med børn og unge med mistrivsel og begyndende tegn på psykiske lidelser.

Der er samtidig også flere børn og unge end tidligere, der får stillet en psykiatrisk diagnose (197). Ligeledes diagnosticeres børn og unge med psykiske lidelser i en tidligere alder. Årsagerne til denne stigning er komplekse, og det kan være en kombination af både strukturelle, biologiske, psykologiske og sociale forhold, der gør, at et barn eller ungt menneske udvikler en psykisk lidelse (42), ligesom det kan afspejle ændret faglig, sociokulturel eller politisk praksis. Det er således ikke nødvendigvis udtryk for en stigning i den reelle sygelighed (197), men uanset er det et udtryk for et stigende behov for tidlige indsatser af høj kvalitet til børn og unge med mistrivsel eller psykiske lidelser.

Nogle børn og unge er i særlig risiko for at udvikle en psykisk lidelse fx spædbørn med dårlig følelsesmæssig kontakt med forældre, børn af forældre med svære psykiske lidelser og misbrug, børn og unge, som har været udsat for overgreb eller har et misbrug, eller børn og unge, som er anbragte uden for hjemmet[26]. Ligeledes vil mange af de børn og unge, der udvikler et højt og bekymrende rusmiddelforbrug, også opfylde kriterier for en psykiske lidelse, ofte udviklingsforstyrrelser. Et studie viser, at halvdelen af børn og unge af forældre med svær psykisk lidelse selv udvikler en psykisk lidelse (153). Et andet studie blandt tidligere anbragte børn og unge viser, at næsten halvdelen har mindst én psykisk lidelse inden de fylder 19 år, ligesom en betydelig andel af anbragte børn og unge har akutte forløb i børne- og ungepsykiatrien sammenlignet med ikke anbragte børn og unge[27]. Evalueringer af misbrugsbehandling for unge viser, at op mod halvdelen af børn og unge i misbrugsbehandling har en psykisk lidelse (212,213). Børn og unge med uopdaget udviklingsforstyrrelse som fx autisme er også i øget risiko for at udvikle andre psykiske lidelser.

[26] Børn, som er anbragt uden for hjemmet og/ eller får mindst én familierettet eller personrettet forebyggende foranstaltning pr. 31. december året før. Børn, som kun får § 11-foranstaltninger, er ikke omfattet

[27] 3,6 % af anbragte børn og unge havde i 2018 et akut ambulant forløb i psykiatrien, mens det samme gjaldt for 0,4 % af ikke anbragte børn og unge.

Mistrivsel og psykiske lidelser, i barndommen og ungdommen kan have stor indvirkning på barnets udvikling, læring, skoleforløb og videre liv (197). Undersøgelser viser, at mange elever med psykiske lidelser slet ikke gennemfører 9. klasse eller ikke videreuddanner sig efter grundskolen (104,214), og at der er store økonomiske fordele ved at sikre højere uddannelsesniveau blandt unge med psykiske lidelser (215). Psykiske lidelser og mistrivsel kan også have konsekvenser ind i voksenlivet, fx ift. tilknytning til arbejdsmarkedet, kriminalitet, misbrug og udvikling af både psykiske og somatiske sygdomme.

Udbredte psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser blandt børn og unge kan have stor betydning for ens indlæring, koncentration og sociale relationer i fx skolen, særligt hvis de ikke opdages og behandles tidligt (29). Både dansk og international forskning viser, at der er en sammenhæng mellem psykisk mistrivsel og skolevægring (216). På lang sigt er børnenes øgede skolefravær og dårlige skolegang i grundskolen forbundet med risiko for senere at falde ud af uddannelsessystemet (84,106).

Hvis man skal sikre en tidlig indsats til børn og unge med psykisk mistrivsel og psykiske lidelser, er det vigtigt, at man er i stand til at identificere psykisk mistrivsel, risikofaktorer og symptomer på psykiske lidelser. Fagpersoner i barnets og den unges omgivende miljø, fx læringsmiljø, sundhedsplejen, socialrådgivere i socialforvaltninger mv., skal derfor have faglig viden om (tidlige) tegn på psykisk mistrivsel og risikofaktorer samt kompetencer til at handle relevant og rettidigt ved bekymring for et barn eller en ung (217).

Vurderingen af problemerne vanskeliggøres af, at tegn eller symptomer på psykisk mistrivsel er hyppigt forekommende hos børn og unge, og de mest almindelige er ofte uspecifikke og forbigående. Alvorsgraden afhænger af, om problemerne belaster barnet/den unge og påvirker den daglige funktion (194,197). Tegn kan være skolevægring (216), urolig eller forstyrrende adfærd, tvangstanker/handlinger eller anden bekymrende adfærdsændring fx ift. spisning eller selvskade, ændret stemningsleje eller påbegyndt misbrug. Der er derfor brug for validerede opsporingsværktøjer til at understøtte systematisk opsporing af psykisk mistrivsel og psykiske lidelser.

### 11.1.2. Forældre, børn og unge har svært ved at finde vej til hjælp og støtte

Mange forældre, børn og unge oplever, at vejen til hjælp er lang og svær med lang ventetid og flere henvisninger mellem skole, kommune, praktiserende læge og børne- og ungdomspsykiatri før der bliver foretaget en grundig faglig vurdering eller udredning af problemerne.

Der er flere forskellige grunde til, at mange oplever, at vejen til hjælp er kompliceret og svær. Udfordringerne er særligt, at:

- Der mangler et systematisk fokus på opsporing af psykisk mistrivsel og psykiske lidelser.
- Der ikke findes en let og tydelig adgang til tilbuddene, og det er svært for familier, børn, unge og fagprofessionelle på fx skoler mv., at få adgang på til rette tilbud på rette tid.
- Uklar ansvarsfordeling på tværs af kommune, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), almen praksis og børne- og ungdomspsykiatri
- Der mangler dokumenterede tilbud at henvise til, og der er ikke et tilstrækkeligt overblik over de tilbud, der er.

Det er en udfordring, at adgangen til hjælp er forskellig fra kommune til kommune. Nogle familier henvender sig til den kommunale børne- og familieafdeling, enten selv eller via underretninger fra bekymrede fagpersoner, andre vil gå til skolen, PPR eller sundhedsplejersken for at søge råd og støtte og nogen til almen praksis. Nogle børn, unge eller forældre henvender sig til deres praktiserende læge, som i nogle tilfælde kan tilbyde støttende samtaler selv eller henvise til specialiseret behandling i praksissektoren, fx ved praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller på sygehus. Den praktiserende læge kan ligeledes foretage en underretning til kommunen eller orientere sundhedsplejersken elektronisk, men oplever ofte et behov for at kunne orientere PPR, hvor der ikke findes en entydig adgang eller kommunikationsvej.

I nogle kommuner henvender forældrene sig til anonyme rådgivninger, og i andre kommuner, skal man henvende sig i PPR eller et helt andet sted (189), ligesom der i grundskolen og på ungdomsuddannelser i varierende omfang er tilknyttet uddannelsesvejledere og skolesocialrådgivere, hvor man kan henvende sig.

Det kan derfor være vanskeligt for forældre at navigere i systemet. PPR-psykologer vurderer, at børn og familier er kastebold i systemet uden at få tilstrækkelig hjælp med deres udfordringer, og mere end 40 % mener ikke, at de kan udføre deres arbejde i en kvalitet, de er tilfredse med (218). Et forskningsprojekt fra Region Nordjylland har peget på, at 60 % af forældre, hvor barnet et blevet henvist til psykiatrien, har haft svært ved at finde information om, hvor de kan søge hjælp (219). Halvdelen af de henviste børns forældre har set tegn på psykiske problemer op til fem år før henvisningen og har i gennemsnit haft kontakt med ca. tre forskellige instanser to år forud for henvisningen. Børne- og ungdomspsykiatrien angiver, at de ofte får henvist børnene for sent fx ved udviklingsforstyrrelser som ADHD og autisme, hvor en tidlig psykiatrisk udredning og behandling er afgørende for at undgå fx udvikling af andre svære psykiske lidelser (220,221).

Der er også forskellig praksis for, hvornår en indsats iværksættes. I nogle kommuner, skal der fx foreligge en vurdering fra PPR, som der kan være lange ventetider på, før der kan henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, mens dette ikke er tilfældet andre steder. Ligeledes er der på tværs af kommuner stor variation ift., om der også skal foreligge en psykiatrisk diagnose, før en eventuel støtteforanstaltning i skoleregi kan tilbydes.

Forskellige muligheder for støtte og behandling til børn og unge på tværs af sektorer er bl.a. bestemt af forskelle på tværs af serviceloven (18), folkeskoleloven (222), dagtilbudsloven (223) og sundhedsloven (19), og det samlede forløb vil ofte foregå på tværs af praksissektoren, forskellige kommunale forvaltninger og børne- og ungdomspsykiatrien. Samtidig er lovgivningen ikke entydig i forhold til hvilken sektor, der har ansvar for at tilbyde indsatser til børn og unge med psykisk mistrivsel og tegn på psykiske lidelser.

Både børne- og ungdomspsykiatrien, almen praksis og kommunerne udtrykker, at der ikke er en klar og tydelig ansvarsfordeling ift., hvor børn og unge med psykisk mistrivsel og psykiske lidelser bedst tilbydes en indsats, og at der mangler koordinering og viden om hinandens indsatser og faglige kompetencer. Samtidig er der ikke etableret entydighed i ansvar for og samarbejde på tværs af sektorer om de børn og unge, som afsluttes i psykiatrien med henblik på videre behandling. Det er således en stor udfordring, at der i dag ikke er et tilstrækkeligt samarbejde på tværs af sektorerne omkring forløbet for børn og unge i mistrivsel og med psykiske lidelser, særligt i overgangene mellem sektorer.

Der afprøves samarbejdsprojekter på tværs af fx regioner og kommuner ift. psykisk mistrivsel, skolevægring mv. (fx forløbsprogrammer, fremskudt regional funktion mv.), men mange steder er der fortsat ikke de nødvendige rammer, der sikrer tydelighed om, hvor man skal henvende sig i den enkelte kommune, og hvor man er sikker på at blive grebet og henvist til en indsats ved behov. Det efterlader familier i unødvendigt lange forløb med risiko for forværring i tilstanden.

### 11.1.3. Mangel på dokumenterede indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel og med begyndende psykiske lidelser

Langt fra alle børn og unge, der oplever psykisk mistrivsel og symptomer på psykiske lidelser, har behov for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, men vil have gavn af en tidlig og målrettet indsats i tæt samarbejde med familie, skole/dagintitution mv. Mange af de udfordringer, familier henvender sig med, eller som lærere, pædagoger, sundhedsplejersker mv. bliver opmærksomme på, er almindelige og udbredte. På trods af dette oplever fagpersoner i mange tilfælde, at der mangler relevante, dokumenterede indsatser og efterspørger tilbud i kommunerne, som er synlige for forældre, børn/unge og fagpersoner.

Kommunerne kan efter serviceloven (18) (fx §11) tilbyde forebyggende foranstaltninger[28] om fx rådgivning og støtte eller på baggrund af en børnefaglig undersøgelse iværksætte mere omfattende støtte til barnet selv og/eller familien efter § 52. Kommunernes tilbud er forankret forskelligt afhængig af den kommunale organisering, herunder især i de

[28] I 2015 blev § 11 indført i serviceloven (18) for at understøtte det tidligt, forebyggende arbejde på børn- og ungeområdet og give kommunerne muligheder for at sætte ind tidligt, før problemerne vokser sig så store, at der bliver behov for mere omfattende indsatser. Der kan gives, konsulentbistand, herunder familierettede indsatser, netværks- eller samtalegrupper, rådgivning om familieplanlægning eller andre indsatser, der har til formål at forebygge yderligere udvikling af barnets vanskeligheder.

kommunale børne- og ungeforvaltninger, i familiehuse i skole-, dagtilbuds- eller sundhedsafdelingen. Nogle kommuner har, ud af egen serviceramme og i forbindelse med afprøvning af nye indsatser finansieret af puljemidler, etableret tidlige behandlingsindsatser, fx med mulighed for psykologisk og terapeutisk støtte til børn, unge og deres forældre. Det er således meget forskelligt fra kommune til kommune, hvilke indsatser og tilbud der er til børn og unge med psykisk mistrivsel og psykiske lidelser samt kvaliteten af disse.

Hvis der særligt er tale om skolerelaterede problemer i forhold til læring, trivsel eller andet, vil der kunne opnås støtte via PPR. Det er dog forskelligt om, og i hvilket omfang PPR inddrages i og bidrager til de generelle kommunale indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel. PPR er forankret i folkeskoleloven og yder hovedsageligt konsultativ støtte til skoler særligt ift. specialpædagogisk bistand og undervisning. Indsatsen i PPR rummer dermed ikke sundhedsfaglige indsatser og kan således ikke afhjælpe den stigende grad af psykisk mistrivsel, som børn og unge oplever. I nogle PPR-enheder er der forsøg med at tilbyde tidlige behandlingsindsatser til børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på psykiske lidelser, fx i regi af satspuljeaftalerne (224), men det udgør fortsat en lille del af den samlede opgaveportefølje for PPR og ligger uden for den lovgivningsmæssige forpligtigelse for PPR (189).

Der findes sjældent et samlet overblik over de eksisterende tilbud i kommunen og ved civile aktører, og der er derfor heller ikke noget overblik over, om tilbuddene er dækkende i forhold til de psykiske problemer, børn og unge oplever. Ligeledes er det forskelligt, hvilke målgrupper der dækkes, herunder om hele aldersgruppen fra 0-18 år er tilstrækkeligt dækket i alle kommuner, hvor fx nogle PPR-enheder kun følger børn i folkeskolen. Der er samtidig ikke registerdata om eventuelle ventetider på foranstaltninger efter serviceloven[29] (18) eller om ventetider til PPR, som kan underbygge, om der mangler tilbud, men i undersøgelser af PPR rapporterer lærere og familier lange ventetider ved fx problematikker som skolevægring og psykisk mistrivsel (225,226).

Der er afprøvet en række virksomme og evidensbaserede indsatser i kommunerne, som imidlertid er uensartet udbredt på tværs af landet. Vidensråd for Forebyggelse peger på et stort behov for at øge tilgængeligheden og udbredelsen af evidensbaserede indsatser i kommunerne – særligt over for de mest almindelige psykiske lidelser såsom angst, depressive symptomer og adfærdsforstyrrelser samt forstyrret spisning og selvskade (194,197). Hertil belyser rapporten det som en central udfordring, at det er forskelligt, i hvilket omfang der følges op på effekten af de implementerede indsatser, hvilket betyder, at børn og unge over længere perioder kan modtage en indsats uden gavnlig effekt, og uden at der henvises til en anden indsats.

### 11.1.4. Utilstrækkelig indsats til de sværest syge børn og unge

En del børn og unge har en psykisk lidelse i så svær grad, at det er nødvendigt med en specialiseret indsats og udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Det er særligt vigtigt, at denne gruppe af børn og unge modtager en specialiseret, tværfaglig og vedholdende indsats af høj kvalitet, og at der sker en tæt koordinering og samarbejde på tværs af indsatsen i kommunalt regi og børne- og ungdomspsykiatrien, særligt ift. overgange i forløbet. En forudsætning for, at der kan sikres høj kvalitet i indsatsen er både en høj kvalitet i organisering af indsatsen og en høj faglig kvalitet i barnets/den unges samlede forløb.

Der er i det seneste årti sket en markant stigning i antallet af børn og unge, som udredes og behandles i børne- og ungdomspsykiatrien. Flere kommuner har også i de senere år oplevet en stigning i antallet af udsatte børn og unge med forskellige former for komplekse problemstillinger (190,227). I børne- og ungdomspsykiatrien er der særligt sket en stigning i antallet af børn og unge, der udredes og behandles for autisme. Ligeledes ses en stigning i antallet af børn og unge med debuterende psykose fra 2010 til 2018 (10). Børn og unge med de sværeste lidelser kan i perioder have behov for indlæggelse. Her ses bl.a. en stigning i antal sengedage på sygehus for børn og unge med spiseforstyrrelser fra 2010-2016 (228), og en undersøgelse fra 2018 har peget på, at 3,7 % af børn og unge med spiseforstyrrelse var berørt af tvang under indlæggelse (229). Ligeledes fylder selvskadeproble-

[29] Siden 2020 har der været indberetningspligt til indsatser efter §11 i serviceloven (19) (forebyggende foranstaltninger)

matikker på afdelingerne. En erfaringsopsamling viser, at forekomsten af selvskade er væsentligt større blandt psykiatriske patienter end i den øvrige befolkning, hvor der ses en særlig høj forekomst af selvskade blandt psykiatriske patienter med personlighedsforstyrrelser (98).

Det samlede forløb for børn og unge er i dag ikke ensartet på tværs af landet. Ligeledes er samarbejdet og ansvarsfordelingen mellem regioner og kommuner organiseret forskelligt, og der er udfordringer med at sikre sammenhæng og en ensartet høj kvalitet på tværs af sektorer. Der er også regionale forskelle på kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien samt i udbredelsen og tilgængeligheden til praktiserende speciallæger i psykiatri. Ligeledes er der forskelle i de faglige behandlingstilbud som fx udgående teams, samt graden af tværfaglighed, tilgængelighed og koordinering. Hertil oplever op med halvdelen af læger i børne- og ungdomspsykiatrien, at der i dag bruges uforholdsmæssigt meget tid på udredning i forhold til den tid og de ressourcer, der bruges på behandling (230).

Den varierende organisatoriske kvalitet på tværs af landet kommer bl.a. også til udtryk ved, at behandlingstilbuddet under indlæggelse såvel som i ambulant regi ikke er ensartet på tværs. Der er gennem en årrække sket en øget specialisering af den ambulante behandling med etablering af flere ambulante tilbud målrettet specifikke patientgrupper samt målrettede udgående teams som fx TUT (231) og OPUS (232,233). Det er dog en udfordring, at der på tværs af landet er forskellige former for udgående teams, varierende mulighed for opfølgende tilbud i kommunen, og at den specialiserede behandling ikke er ensartet både i forhold til tilgængeligheden af specialiserede behandlingstilbud, herunder uensartet implementering af specialevejledningen, og at personalemæssige ressourcer bruges forskelligt.

Den faglige kvalitet omhandler det faglige indhold i udrednings- og behandlingsforløbet. Det er her en udfordring, at de eksisterende retningslinjer og faglige standarder implementeres i varierende grad, og at der ikke er tilstrækkelig opfølgning på de tiltag, som iværksættes. Der mangler systematiske beskrivelser af, hvad der skal ske hvornår i forløbet, hvem der har ansvaret, og hvilke faggrupper på tværs af sektorer der skal involveres i forløbet. Der arbejdes i stigende grad tværfagligt og tværsektorielt, og der er behov for i endnu højere grad at anvende evidensbaserede, helhedsorienterede behandlingsindsatser. Samtidig er der ikke fælles nationale beskrivelser af rammerne for det gode indsatsforløb for særlige målgrupper af svært syge børn og unge, herunder særligt udsatte børn og unge (fx anbragte unge, unge med dom til behandling[30] mv.), som kan sikre systematiske forløb af høj faglig kvalitet på tværs af landet[31].

Nogle børn og unge afsluttes i børne- og ungdomspsykiatrien, før den rette indsats i primærsektoren kan tilbydes, ligesom der ikke altid er mulighed for at sikre en hensigtsmæssig inddragelse af forældre eller tæt opfølgning gennem forløbet og særligt ved kritiske overgange, fx ved udskrivning. Hertil vil en del af de børn og unge, som henvises til og afsluttes i børne- og ungdomspsykiatrien, have behov for både sideløbende og efterfølgende behandling og støtte i primærsektoren. Fagpersoner giver generelt udtryk for, at der mangler tid til samarbejde om forløbet med øvrige aktører, fx skolen/PPR, som bedre kan understøtte barnets/den unges tilknytning til hverdagslivet, men også mellem andre faggrupper som misbrugsbehandlere, socialrådgivere mv. Fagpersoner i skolen, kommuner og almen praksis oplever, at der ofte er behov for sparring, men at det kan være svært at få en direkte og let kontakt til relevante fagpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien. I kommunerne oplever man netop en stor stigning i efterspørgsel efter hjælp til denne målgruppe (234), og at flere børn og unge udskrives tidligere med et større behandlingsbehov end før, hvilket stiller øgede krav til kapacitet og kompetencer i kommunerne.

Der er desuden særlige udfordringer med overgangen fra børne- og ungeområdet til voksenområdet. Når unge bliver myndige, møder de i voksenpsykiatrien nye tilgange og procedurer, der stilles andre krav, og familieinddragelse er ikke muligt i samme grad som i børne- og ungdomspsykiatrien, bl.a. grundet lovgivningen. Dette gælder ligeledes en eventuel overgang fra børne- og ungeforvaltning til voksenområdet i kommunerne, hvis der også er behov for social støtte. Både unge og familier oplever overgangen udfordrende (235).

[30] Udfordringer i retspsykiatrien beskrives nærmere i kapitel 14.
[31] Der er dog Nationale Kliniske Retningslinjer for udredning og behandling for børn og unge med autisme og ADHD (68,73)

## 11.2. Muligheder og anbefalinger

Ovenstående udfordringsbillede peger på, at det er nødvendigt at sikre bedre organisatoriske og faglige rammer for indsatsen til børn og unge i psykisk mistrivsel og med psykiske lidelser. Der er behov for et bredt løft og et struktureret samarbejde på tværs af kommuner, regioner, almen praksis og øvrige praksissektor. De indsatser og forløb, som tilbydes målgruppen, skal være lettilgængelige, videns- og evidensbaserede, og med fokus på sammenhæng og samarbejde mellem sektorer og faggrupper.

**Inden for de næste 10 år er målet derfor, at:**

- **Der er opbygget lettilgængelige kommunale tilbud med én indgang og klare faglige rammer målrettet børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på lette psykiske lidelser. Indsatsen understøtter samarbejde på tværs af alle aktørerne omkring barnet og familien**
- **Der er velbeskrevne og implementerede forløbsbeskrivelser med klare kvalitetskrav og beskrivelse af tværfagligt samarbejde på tværs af sektorer for udvalgte målgrupper af børn og unge**
- **Børn og unge med psykiske lidelser og behov for indsatser på tværs af sektorer oplever helhed og sammenhæng i indsatserne og gode overgange mellem sektorerne med tæt inddragelse af forældre**
- **Der er specialiserede sociale tilbud til de sværest syge børn og unge med komplekse problemer, og der er sket en gennemgribende udvidelse af faglige kompetencer hos medarbejdere i den specialiserede sociale indsats, herunder fx på opholdssteder og døgninstitutioner for anbragte børn og unge**

### 11.2.1. Styrket opsporing af psykisk mistrivsel og psykiske lidelser

Der er brug for at styrke kvaliteten og systematikken i opsporing blandt de mange forskellige fagpersoner, som møder børn og unge, så man i højere grad får identificeret børn og unge i psykisk mistrivsel og med symptomer eller børn og unge i særlig risiko for at udvikle psykiske lidelser.

Ift. skolevægring har skoler allerede i dag en underretningspligt ved for højt skolefravær[32], og skolernes arbejde med psykisk mistrivsel hos eleverne, inddragelse af forældrene og kommunen understøttes af en række lovkomplekser , bl.a. en fraværsbekendtgørelse fra 2019 (240). Der bør imidlertid ske en vidensopsamling på arbejdet med opfølgning på fraværsdata og skolefastholdelse, så der sikres en systematisk opfølgning ved skolefravær[33].

Der findes ikke retningslinjer for opsporing af børn og unge i psykisk mistrivsel, og der er brug for at styrke kvaliteten og systematikken i opsporingen. Der findes en række eksempler på forsøg med systematisk opsporing fx via sundhedsplejersken ved besøg ved spædbørnsfamilier, i dagtilbud (241) eller ved udskolingssamtaler eller i regi af PPR, men de seneste rapporter fra Vidensråd for Forebyggelse om børn og unges mentale helbred peger på, at de ikke er tilstrækkeligt udbredte (34,194,197). Ligeledes peger rapporterne på, at der mangler systematisk dokumentation af opsporingsindsatserne, og at der er et behov for at øge brugen af validerede opsporingsværktøjer.

Som en del af en systematisk opsporing er det endvidere afgørende, at fagpersonerne har viden om, hvad der kan gøres, og hvor der kan rettes henvendelse ved bekymring for et barn eller en ung med henblik på faglig afklaring. Her er der stor variation mellem kommunerne. Der er således behov for, at det bliver tydeliggjort i de enkelte kommuner, hvor man skal søge hjælp og sikre, at der foretages den nødvendige tværfaglige vurdering af barnet eller den unge, hvor de rette kompetencer og redskaber anvendes.

Opsporing stiller krav til de fagpersoner mv., som er tættest på børnenes/de unges nærmiljø, herunder fx pædagogen i daginstitutionen eller fritidsordningen, klasselæreren i skolen, sundhedsplejersken, praktiserende læge, voksne i fritidsforeninger mv.

[32] Social- og Ældreministeriet. Serviceloven § 153, stk. 1, nr. 3. 2020)(18)
[33] Bekendtgørelse om sygeundervisning af elever i folkeskolen og frie grundskoler (236). Vejledning til bekendtgørelse om sygeundervisning (237): Vejledningen giver fx bud på, hvordan skoler kan foranstalte sygeundervisning på sygehuse, i hjemmet, virtuelt m.v. Bekendtgørelse om fremme af god orden i folkeskolen (238): Vejledningen omhandler bl.a. inddragelse af forældremyndighedens indehaver m.fl. og inddragelse af social eller psykologisk bistand. Bekendtgørelse af lov om folkeskolen (222). Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand (239).

om at kunne se og agere på ændret adfærd hos det enkelte barn og være opmærksomme på betydningen af større livsændringer. Forældrene er selvfølgelig også helt centrale ift. at bemærke og reagere på tegn på mistrivsel eller psykiske lidelser. Ligeledes kan øvrige fagpersoner, som fx socialrådgivere i kommunen, der står for støttende indsatser til sårbare familier, eller sundhedspersonale på pædiatriske afdelinger have en værdifuld indsigt i et barns eller den unges situation og eventuelle psykiske udfordringer.

En styrket opsporingsindsats vil kræve øget viden om og fokus på psykisk mistrivsel og psykiske lidelser blandt fagpersonerne tæt på børn og unge, som på nuværende tidspunkt ikke nødvendigvis har den nødvendige grundlæggende viden om dette. Det kan være svært at tolke og opfange tegn på psykisk mistrivsel, og nogle vil være mere tydelige end andre, og det er derfor vigtigt, at der anvendes validerede opsporingsværktøjer til at understøtte systematisk opsporing af psykisk mistrivsel og psykiske lidelser. I regi af satspuljeaftalerne er der iværksat projekter, der har til formål at øge viden og styrke brugen af opsporingsværktøjer, fx i regi af Nationalt Kompetencecenter for Børn og Unge i familier med psykisk sygdom (KOMBU) samt afprøvning af redskaber til opsporing af spiseforstyrrelser i udvalgte kommuner.

**10. Tidlig opsporing af børn og unge med psykisk mistrivsel og psykiske lidelser**

**Indsatserne skal understøtte systematisk opsporing af børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på psykiske lidelser. Der er behov for øget viden og kompetencer ift. psykiske lidelser blandt udvalgte fagpersoner tæt på børn og unge og deres forældre, og der bør tages udgangspunkt i allerede eksisterende forsøg med systematisk opsporing med anvendelse af validerede opsporingsværktøjer.**

- **Med henblik på at styrke en systematisk vurdering og opsporing, afdækkes erfaringer med indsatser til opsporing af psykisk mistrivsel og psykiske lidelser blandt børn og unge i grundskolen, herunder kompetenceudvikling blandt lærere ift. psykiske lidelser og mistrivsel.**
- **Med afsæt i afdækningen afprøves indsatser til tidlig opsporing i grundskolen i et antal kommuner med henblik på at udvikle en fælles model med anvendelse af validerede opsporingsværktøjer. Modellen kan evalueres og justeres med henblik på udrulning i alle kommuner og på sigt også på øvrige områder.**
- **Kommuner og regioner udarbejder strategier og planer for opsporing af børn og unge i særlig risiko for at udvikle psykiske lidelser, fx gennem skærpet opmærksomhed og opfølgning på patienter med mindreårige børn i psykiatrien, på behandlingssteder og i kommunerne samt ved systematisk opsporing af psykiske lidelser blandt børn og unge i misbrugsbehandling og på anbringelsessteder.**

### 11.2.2. Etablering af et lettilgængeligt tilbud af ensartet høj kvalitet til børn og unge med psykisk mistrivsel og tegn på psykisk lidelse i kommunerne

De eksisterende indsatser i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel og tegn på psykisk lidelse er samlet set for spredte. På trods af, at der er implementeret flere veldokumenterede og effektive indsatser, er det samlede billede, at indsatsen ofte er utilstrækkelig, med manglende opfølgning og uden dokumenteret effekt, samt at eksisterende evidensbaserede indsatser ikke er systematisk udbredt (194,197).

Der er behov for at opbygge et lettilgængeligt tilbud i kommunen med én indgang og med faglige rammer for indholdet for at understøtte en ensartet kvalitet, herunder klare rammer for faglig vurdering og visitation samt krav til tværfaglige kompetencer, metoder og indsatser, opfølgning, inddragelse af familien og skole/uddannelse samt dokumentation.

Tilbuddet skal være fleksibelt og bestå af forskellige typer af lettere behandlingsindsatser (fx i gruppe eller individuelt), som kan tilpasses den enkeltes behov og ønsker for indsats, og som understøtter en bred og tværfaglig indsats med tæt samarbejde og inddragelse af familie og relevante fagpersoner i fx skole eller daginstitution. Der er i stigende grad dokumentation for effekten af en række forebyggende og tidlige indsatser til børn og unge med mistrivsel og psykiske lidelser fx Cool Kids, LÆR AT TACKLE og Mind my Mind.

De seneste rapporter fra Vidensråd for Forebyggelse om børn og unges mentale sundhed samler op på effekten af de forskellige tidlige indsatser og bør anvendes i tilrettelæggelsen af indsatsen (194,197). Samtidig peger rapporterne på, at til trods for, at der er evidens for en række indsatser, udbredes for mange indsatser i kommunerne uden dokumenteret effekt. Det er derfor centralt, at der i etableringen af tilbuddet tages udgangspunkt i dokumenterede indsatser. For de målgrupper, hvor der allerede foreligger evidensbaserede indsatser, udbredes disse først. For øvrige målgrupper tages udgangspunkt i bedste praksis og dokumenteret effekt af indsatsen. Hertil er det afgørende, at de fagpersoner, der leverer indsatserne har de rette kompetencer, herunder er det centralt med sundhedsfaglige kompetencer.

Tilbuddet skal have en entydig og let tilgængelig adgang, hvor der hurtigt foretages en tværfaglig vurdering af barnet/den unges tegn på psykisk mistrivsel eller psykiske lidelse. Der skal i tilbuddet være fagpersoner tilstede, som har et samlet overblik over kommunens tilbud til målgruppen, og som dermed kan vurdere om et andet tilbud matcher barnets eller den unges behov bedre, ligesom der skal være let adgang til psykiatrifaglige kompetencer mhp. at vurdere behovet for udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Visitationen skal understøtte, at børn, unge og deres familier får hurtig og let adgang til en effektiv og dokumenteret indsats, der matcher deres behov, og hvor der er krav til kvalitet og kompetencer samtidig med, at der er en systematisk opfølgning på, om indsatserne virker. Det er i den forbindelse afgørende, at den faglige vurdering og visitation er tværfaglig, og at de rette kompetencer inddrages i vurderingen. Der bør i visitationen være et særligt fokus på tidlig opsporing, afklaring og udredning af særligt børn og unge med udviklingsforstyrrelser, herunder psykiatrisk rådgivning og afdækning af eventuel tilgrundliggende somatisk lidelse eller medfødt udviklingsforstyrrelse (ADHD, autisme eller mental retardering).

Samtidig bør der foretages løbende vurdering og opfølgning på de børn/unge, der ikke profiterer af tilbuddet mhp. at afklare behovet for at iværksætte en anden indsats fx på sygehus eller en anden indsats i kommunen. Som en del af tilbuddet etableres der et formaliseret samarbejde om indsatsen, herunder mulighed for afklaring og rådgivning, mellem relevante fagpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien, kommunen (herunder både skole- og socialforvaltning), daginstitution/skole/PPR og almen praksis. Erfaringer fra kommunale tilbud til psykisk sårbare unge samt udbredelse af lettere behandlingstilbud i PPR under satspuljen 2019-2022 inddrages (242) samt erfaringerne fra afprøvning af en fremskudt funktion i børne- og ungdomspsykiatrien, der aktuelt afprøves under satspuljen 2018-2021 (243).

Tilbuddet bør desuden bygge videre på eksisterende erfaringer med digitalisering og internetbaserede indsatser. Både regioner og kommuner har i de senere år tilbudt online-forløb til unge i psykisk mistrivsel og arbejdet med digitale løsningers potentiale til at forebygge udvikling af psykisk mistrivsel og levere en tidlig, let tilgængelig og individuelt tilpasset indsats. Siden 2017 har regionerne fx tilbudt kurser, råd og vejledning til unge, fx via hjemmesiden Mindhelper.dk eller LÆR AT TACKLE angst og depression – online.

**11. Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel af ensartet høj kvalitet**

**Med afsæt i nationale faglige rammer afprøves og efterfølgende udbredes et samlet, lettilgængeligt tilbud med én indgang og klare faglige rammer målrettet børn og unge med mistrivsel og psykiske symptomer som fx angst eller nedtrykthed. Tilbuddet skal indeholde mulighed for udredning og lettere behandlingstilbud. Der vil være behov for afklaring af, hvor tilbuddet forankres fx i regi af kommunens familieafdeling, familiehus eller PPR og hvilken lovgivning det hjemles i.**

- Som første skridt udarbejder Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen en national model, der beskriver de faglige rammer og krav for målgrupper, kvalitet og indhold, herunder visitationskriterier, kompetencer, systematisk tværsektorielt samarbejde og brug af netværksmøder, opfølgning og dokumentation samt muligheder for digitale løsninger mhp. at sikre et tilbud med ensartet høj kvalitet på tværs af kommuner. Der tages udgangspunkt i eksisterende viden og evidens på området.
- Modellen afprøves, evalueres og justeres mhp. udbredelse af tilbuddet i alle kommuner over en årrække.

### 11.2.3. Bedre og mere ensartet kvalitet i i11.2.3. Bedre og mere ensartet kvalitet i indsatsen til børn og unge med svær psykisk lidelse

For at styrke den organisatoriske kvalitet er der behov for at understøtte rammerne for indsatsen til svært syge børn og unge baseret på allerede eksisterende erfaringer med dette. På trods af gode erfaringer med intensive, udgående tilbud gennemført af multidisciplinære teams, fx tværgående og udgående teams (TUT) (231), OP-teams, OPUS (232,233) mv., hvor der er fokus på et tilbyde en fleksibel, udgående og helhedsorienteret indsats til svært syge børn og unge, er indsatserne spredte og i mange tilfælde implementeret som projekter. Der er derfor behov for at bygge videre på de gode erfaringer fra disse projekter gennem udvikling og udbredelse af en model for tilrettelæggelsen af indsatsen til svært syge børn og unge.

Den nationale evaluering af forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske lidelser peger derudover på, at der har været varierende succes med at implementere programmerne og sikre tværsektoriel og tværgående sammenhæng (244-247). Forløbsprogrammerne opfattes dog generelt som meningsfulde og giver et fælles sprog på tværs af aktører, og både regionerne og kommunerne har stor opmærksomhed på behovet for at kende til de forskellige aktørers opgaver og tilbud. Dette tyder på, at der fremover bør være mere faste og systematiske rammer for et forpligtende tværsektorielt samarbejde og arbejdes videre med de gode erfaringer med samarbejdsmodeller, herunder fremskudt regional funktion.

Det er centralt, at der er et tæt samarbejde mellem alle aktører og på tværs af sektorer omkring svært syge børn og unges forløb, særligt ved kritiske overgange, fx ved udskrivelse. Derudover er der behov for at sikre tilstrækkelig mulighed for inddragelse af forældrene og familien. Der bør i højere grad være fokus på at forberede familien og den unge på overgangen fra støtte eller behandling på børne- og ungeområdet til voksenområdet, ligesom voksenområdet bør have allokeret mere specialiserede kompetencer til at tage sig af den unge. Opmærksomhed kan også rettes særligt imod, om de eksisterende støttetilbud, hvad enten der er tale om efterværn (for unge) eller støtte til voksne efter serviceloven (18), i praksis er tilstrækkeligt specialiserede og intensive i forhold til gruppen af tidligere anbragte med de mest komplekse støttebehov og unge med psykiske lidelser og misbrugsproblemer (248).

Det er vigtigt, at børne- og ungdomspsykiatrien kan understøtte tilknytningen til hverdagslivet ved dels at have fokus på aktivitet under indlæggelse, fx hverdagsaktiviteter og tilbagevenden til disse, dels at understøtte og samarbejde om overgangene til

hjem/skole/opholdssted. Der skal være klare regler for, hvem der overtager ansvaret for de børn og unge, som udskrives i børne- og ungepsykiatrien.

Det er samtidig vigtigt at understøtte den faglige kvalitet i indsatsen gennem klare faglige rammer og standarder for børn og unges forløb i sundhedsvæsenet, og der bør derfor udarbejdes nationale forløbsbeskrivelser for børn og unge med psykiske lidelser. Forløbsbeskrivelserne skal have karakter af nationale anbefalinger og understøtte en evidensbaseret indsats, hvor indsatser anvendes på rette tidspunkt forløbet, og hvor alle aktører kender deres ansvar og opgaver undervejs i forløbet.

Forløbsbeskrivelserne er således et værktøj til at sikre mere systematik og ensartethed på tværs af landet. Tilsvarende de anbefalede forløbsbeskrivelser for voksne beskrevet i kapitel 13, skal disse beskrivelser have barnet/den unge i centrum men tillige understøtte en helheds- og familieorienteret indsats.

Beskrivelserne skal omfatte hele det samlede forløb fra mistanke om sygdom, visitation til rette tilbud, indholdet i behandlingsindsatser samt opfølgning og rehabiliterende indsatser både under og efter eventuel indlæggelse samt i ambulante forløb. Det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde omkring barnet/den unge skal beskrives systematisk, herunder bl.a. inddragelse af relevante kompetencer, beskrivelse af samarbejdet og kommunikationen i forbindelse med overgange mellem sektorer og faggrupper, samt inddragelse af barnet/den unge og familien samt andre pårørende i behandlingen og hjælp til håndtering af sociale problemer. Der skal i særlig grad være fokus på, hvordan der sikres sammenhæng på tværs af kommuner, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatri uden unødig ventetid. Der skal ligeledes være fokus på opsporing af eventuelt misbrug.

Forløbsbeskrivelserne skal udarbejdes for udvalgte, specifikke målgrupper, så hver forløbsbeskrivelse udarbejdes til en afgrænset målgruppe. Der ses et stort behov for, som noget af det første, at udvikle forløbsbeskrivelser for børn og unge med udviklingsforstyrrelser, herunder autisme, mhp. at forebygge svære forløb, samt for børn og unge med debuterende psykose og spiseforstyrrelser. Der er også behov for forløbsbeskrivelser for børn og unge med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, da der for denne gruppe er særligt behov for tæt koordinering og samarbejde på tværs.

Der er ligeledes behov for specialiserede sociale tilbud til de sværest syge børn og unge med komplekse problemer. Tilbuddene kan enten være regionale eller tværkommunale, da der ikke vurderes at være behov for tilbud i alle landets kommuner. Der kan være tale om nye tilbud eller eksisterende tilbud, som udbygges. Det kan fx være på opholdssteder eller døgninstitutioner, herunder sikrede og delvist lukkede institutioner. Tilbuddet skal udvikles i tæt samarbejde mellem driftsherrerne (kommunale eller regionale) og børne- og ungepsykiatrien både i forhold til udvælgelse af målgrupper, metoder og indsatser, samt i forhold til screening og behandling af børn og unge i tilbuddet.

Målgruppen for tilbuddet kan være de børn og unge, som i dag bliver anbragt på sikrede institutioner, fordi de har svære psykiske lidelser og fx svært selvskadende adfærd. Andre potentielle målgrupper kan være børn og unge med psykiske lidelser, som samtidig har begået alvorlig kriminalitet, misbrug, spiseforstyrrelser, senfølger efter seksuelle overgreb mv. Der skal i tilbuddet være tilknyttet børne- og ungdomspsykiatere, som dels kan bidrage i forhold til tilrettelæggelsen af tilbuddet, herunder afklaring af målgruppen samt udvælgelsen af relevante indsatser og metoder til målgruppen, og dels kan bidrage i forhold til screeningen af de børn og unge, som kommer ind i tilbuddet. Det er desuden vigtigt, at der i tilbuddet er fokus på inddragelse af forældrene til de unge, som modtager hjælp i tilbuddet.

Medarbejderne i tilbuddet skal have specialiseret viden og kompetencer i forhold til udsatte børn og unge med psykiske lidelser og komplekse problemer. Den øgede kompleksitet i målgruppen stiller anderledes krav til både indsatsen i tilbuddene og til medarbejdernes kompetencer. Fx medfører et samtidigt problematisk forbrug af rusmidler og flere samtidige psykiske lidelser og evt. somatiske helbredsproblemer behov for både medicinsk behandling og flere samtidige sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer og indsatser.

Kvalitet på anbringelsessteder for børn og unge er i dag i vid udstrækning defineret af Socialtilsynets Kvalitetsmodel, der danner den overordnede ramme for driftstilsynet med de tilbud, som er omfattet af lov om socialtilsyn (53).

Inden for rammerne heraf er der behov for et løft af kompetencerne på området, da mange medarbejdere har en generalistuddannelse, fx som pædagog eller socialrådgiver, som ikke specifikt eller dybdegående indebærer kompetence til at arbejde med en målgruppe af børn og unge med moderate eller store psykiske udfordringer, ligesom der også er en relativt høj andel på op mod en fjerdedel, som er ufaglærte (112).

Derudover giver flere kommuner udtryk for, at der i stigende grad er lokale udfordringer med at rekruttere faglært personale, fx pædagoger. Det er bl.a. tilfældet i kommuner og på institutioner, som ligger langt fra uddannelsesbyerne[30]. Nogle af disse udfordringer forventes at blive adresseret, i det arbejde Regeringen har påbegyndt i forhold til Evalueringen af det Specialiserede Socialområde, men der er som led heri ikke gennemført analyser af i hvor høj grad, der er rekrutteringsudfordringer. Derudover bør der være gode og formelt kvalificerende efteruddannelsestilbud, der muliggør en højere specialisering i forhold til de målgrupper af børn og unge, som har brug for en specialiseret social indsats således, at de nødvendige kompetencer er til stede. I samarbejde med uddannelsesinstitutioner udvikles en strategi for rekruttering, fastholdelse og professionalisering i den specialiserede sociale indsats.

[30] Der er i 2021 indgået aftale om at udflytte flere uddannelser fra storbyerne (249)

**12. Øget kvalitet i behandlingen af børn og unge med svære psykiske lidelser gennem tværfaglige, udgående funktioner og forløbsbeskrivelser**

**Der er behov for at sikre en høj kvalitet i behandlingstilbuddet til børn og unge med kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien eller i behandling ved praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, så flere børn og unge med svære psykiske lidelser får et godt og sammenhængende behandlingstilbud af ensartet kvalitet på tværs af landet.**

- **Som det første udbredes og etableres tværfaglige udgående teams samt modeller for tværsektorielt samarbejde med inspiration fra bl.a. TUT, OPUS, fremskudte regionale funktioner, anbefalinger for transition mv. mhp. at understøtte forløbet og sikre gode overgange fx gennem koordinerende netværksmøder.**

- **Dernæst udarbejdes forløbsbeskrivelser, der beskriver den samlede indsats for børn og unge med svære psykiske lidelser. Det anbefales, at der startes med forløbsbeskrivelser til børn og unge med autisme, spiseforstyrrelser, tidlig debut af psykose, personlighedsforstyrrelse og evt. selvskadende adfærd samt børn og unge med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Beskrivelserne bør indeholde anbefalinger til behandling, inddragelse af forældre, rehabilitering, socialfaglig indsats, ventetid, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, kompetencebehov, digitale muligheder og evidensbaserede metoder. Implementeringen skal ske i takt med en gradvis kapacitetsøgning og kompetenceudvikling i børn- og ungdomspsykiatrien. Efterfølgende udarbejdes beskrivelser for øvrige relevante målgrupper.**

**13. Etablering eller udbygning af eksisterende specialiserede sociale tilbud til børn og unge med svære psykiske lidelser**

**Der identificeres og udpeges, og ved behov etableres, specialiserede sociale tilbud til børn og unge med komplekse problemer, herunder børn og unge med psykiske lidelser, som samtidig har alvorlige kriminalitetsproblematikker, misbrug, selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser mv. Der kan være tale om nye tilbud eller eksisterende tilbud, som udbygges.**

- Som det første beskrives nationale faglige krav til den specialiserede sociale indsats, der skal tilbydes børn og unge med de sværeste psykiske lidelser, herunder støtte og behandling, opfølgning, koordinering med andre sektorer samt familie og netværk. Arbejdet hermed skal koordineres med udviklingsarbejdet mod en specialeplanlægning på socialområdet. Relevante specialfunktioner på børne- og ungeområdet skal identificeres og understøttes, og der skal stilles krav om og sikres tilstedeværelse af de rette specialiserede kompetencer på tilbuddene. Arbejdet skal ske med inddragelse af relevante parter på tværs af sektorer.

- For det andet iværksættes kompetenceudvikling målrettet de fagpersoner der arbejder på de specialiserede sociale tilbud. Kompetenceudviklingen tilrettelægges med inddragelse af driftsherrer og andre centrale aktører med henblik på at det enkelte tilbud vil kunne varetage funktionen over for målgruppen.

- Derudover udbygges samarbejdet med børne- og ungepsykiatrien, med henblik på, at der på de specialiserede tilbud er fast tilknyttede børne- og ungepsykiatere.

# 12

# Tidlige indsatser for voksne

# 12. Tidlige indsatser for voksne

Voksne med længerevarende psykisk mistrivsel kan have en øget risiko for senere at udvikle en række psykiske lidelser. Årsagssammenhængen er dog kompleks, og psykisk lidelse udvikles kun hos en mindre andel. En tidlig, støttende indsats til mennesker i svær eller længerevarende psykisk mistrivsel kan potentielt forebygge senere udvikling af en psykisk lidelse, men har især betydning i forhold til at forebygge et langvarigt funktionstab og alvorlige sociale, økonomiske og personlige skadevirkninger for den enkelte bl.a. i forhold til tilknytning til uddannelse og beskæftigelse.

Tidlig opsporing af psykisk lidelse blandt mennesker med tegn på psykiske lidelser eller med kendte risikofaktorer, kan have betydning for rettidig udredning, behandling og tilbud om sociale indsatser. Dermed kan en gradvis forværring af den enkeltes situation og behov for mere indgribende støtte og behandling forebygges. Tidlig opsporing kan således potentielt have en stor betydning for funktionsniveauet og livssituationen hos den enkelte.

I dette kapitel beskrives anbefalinger for rammerne for de tidlige forebyggende indsatser til voksne med svær eller længerevarende psykisk mistrivsel og tidlig opsporing af psykisk lidelse blandt mennesker med tegn på psykiske lidelser samt andre risikogrupper i den voksne befolkning. Tidlige forebyggende indsatser og opsporing på børne- og ungeområdet er beskrevet i kapitel 11. Behandlingstilbud til voksne med lette til moderate psykiske lidelser beskrives i kapitel 13. Indsatser på socialpsykiatriområdet til voksne med psykiske lidelser er beskrevet i kapitel 15.

## 12.1. Udfordringer

### 12.1.1. Uklare rammer for visitation og adgang til tidlige forebyggende indsatser

Voksne med psykisk mistrivsel oplever ofte, at de ikke får tilbudt den nødvendige støtte tidligt i deres forløb. Det handler bl.a. om uklare rammer for visitation eller adgang til de forskellige indsatser i kommunerne, at den nuværende visitation ikke understøtter, at man hurtigt bliver henvist til den rette indsats, eller at det ikke er tydeligt for den enkelte, hvor man kan henvende sig i kommunen. Men det handler også om, at opgave- og ansvarsfordelingen på tværs af aktørerne er uklar, og at der mangler klare aftaler om samarbejde og kommunikation. Dette gælder især for samarbejdet mellem almen praksis og kommuner, men også internt mellem forvaltninger i kommunerne, og i forhold til aktører i civilsamfundet.

Det er ligeledes en udfordring, at der i dag ikke er nok opmærksomhed på de målgrupper, som er i særlig risiko for at udvikle en psykisk lidelse. Ud over mennesker, i langvarig mistrivsel, som er en særlig risikogruppe, kan andre risikofaktorer være kronisk eller alvorlig somatisk sygdom (fx er der en markant forøget risiko for udvikling af depression efter en blodprop i hjernen eller hjertet), alvorlige traumer eller svære belastninger i barndommen, arbejdsløshed, misbrug, hjemløshed og andre svære sociale problemer. Ligeledes er der igangsat et arbejde med en national strategi ift. opsporing af fødselsdepression hos kommende/nye forældre, som også er en særlig risikogruppe (250). Pårørende til mennesker med psykisk lidelse har desuden selv en øget risiko for at udvikle en psykisk lidelse. Derfor er det vigtigt med et fokus på tidlig opsporing af psykisk lidelse og identifikation af tegn og symptomer på psykiske lidelser i særligt risikogrupper, for at kunne tilbyde en tidlig og målrettet forebyggende indsats.

Det er ofte almen praksis, der først bliver opmærksom på mennesker i særlig risiko, og som skal rådgive om de relevante tilbud. Men det er en udfordring, at der ikke er etableret et tilstrækkeligt overblik over de tilgængelige tilbud i kommunerne eller viden om, hvem der kan henvises samt hvilke visitationskriterier der er til de forskellige kommunale tilbud. I almen praksis er det desuden en udfordring at vurdering og udredning af mennesker i psykisk mistrivsel, og med mulig psykisk lidelse, er tidskrævende, samtidig med at en almindelig konsultation i almen praksis er ganske kort. Hvis der ikke er mulighed for tilstrækkelig grundig udredning og vurdering i almen praksis, risikeres det, at den enkelte ikke visiteres til det rette tilbud, eller at der ikke videregives tilstrækkeligt med oplysninger. Det er således en stor udfordring, at almen praksis som en central indgang til øvrige forebyggende indsatser og behandlingstilbud, og som de sundhedspersoner, der oftest først får kendskab til mennesker i

psykisk mistrivsel, ikke har de nødvendige rammer til at foretage en hurtig og målrettet vurdering og eventuel diagnostik og behandling, samt visitation og/eller viderehenvisning.

Der findes i dag ikke et samlet overblik over, hvilke tidlige forebyggende indsatser der tilbydes i primærsektoren og hos civile aktører, herunder hvilke indsatser der tilbydes til bestemte målgrupper. Aktørerne peger på, at adgangen til de kommunale forebyggende tilbud er meget forskelligt organiseret, og at det er en central udfordring, at der ikke i alle kommuner er "én indgang", hvor man kan henvende sig og blive rådgivet og eventuelt hjulpet videre med henblik på visitation til den rette indsats, hvis man er i psykisk mistrivsel.

### 12.1.2. Utilstrækkelige kommunale forebyggende tilbud til mennesker i psykisk mistrivsel

En stor del af udfordringen i forhold til, at mennesker i psykisk mistrivsel kan tilbydes en tidlig, effektiv og lettilgængelig indsats er, at der mange steder ikke er et tilstrækkeligt udbud af tidlige og forebyggende indsatser.

Kommunerne skal give rådgivning og vejledning med et forebyggende sigte. I 2018 blev det også muligt for kommunerne at etablere nye typer af tidlige forebyggende tilbud i form af korte tidsafgrænsede indsatser, gruppeindsatser, sociale akuttilbud samt samarbejde med civilsamfundet omkring indsatserne. Der er tale om lovgivningsmæssige *kan*-bestemmelser, der efterlader vide rammer for kommunerne i forhold til anvendelse.

***Kan*-bestemmelserne er:**

***Servicelovens § 82 a:*** Tilbud om gruppebaseret hjælp og støtte til personer, der har nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer, og personer, der er i risiko for at udvikle funktionsnedsættelse eller sociale problemer, kan kommunalbestyrelsen iværksætte eller give tilskud til tilbud om gruppebaseret hjælp, omsorg eller støtte samt gruppebaseret optræning og hjælp til udvikling af færdigheder. Det er en forudsætning, at kommunalbestyrelsen vurderer, at deltagelse i sådanne tilbud vil kunne forbedre modtagerens aktuelle funktionsniveau eller forebygge, at funktionsnedsættelsen eller de sociale problemer forværres.

***Servicelovens § 82 b:*** Tilbud om individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte til personer, der har nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer, og personer, der er i risiko for at udvikle funktionsnedsættelse eller sociale problemer, kan kommunalbestyrelsen iværksætte eller give tilskud til tilbud om tidsbegrænset individuel hjælp, omsorg eller støtte samt tidsbegrænset individuel optræning og hjælp til udvikling af færdigheder. Tilbuddet kan gives i op til 6 måneder. Det er en forudsætning, at kommunalbestyrelsen vurderer, at tilbuddet vil kunne forbedre modtagerens aktuelle funktionsniveau eller forebygge, at funktionsnedsættelsen eller de sociale problemer forværres.

***Servicelovens § 82 c:*** Sociale akuttilbud: Kommunalbestyrelsen kan oprette og drive sociale akuttilbud. Oprettelse og drift kan ske i samarbejde med andre kommuner, regioner og private leverandører. Formålet med et socialt akuttilbud er at tilbyde personer med psykiske lidelser akut støtte, omsorg og rådgivning.

***Servicelovens § 82 d:*** Til personer, der har nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer, og personer, der er i risiko for at udvikle funktionsnedsættelse eller sociale problemer, kan kommunalbestyrelsen tilbyde støtte efter §§ 82 a og 82 b etableret i samarbejde med frivillige sociale organisationer og foreninger. Det er en forudsætning, at kommunalbestyrelsen vurderer, at deltagelse i sådanne tilbud vil kunne forbedre det aktuelle funktionsniveau eller forebygge, at funktionsnedsættelsen eller de sociale problemer forværres. Stk. 2. Kommunalbestyrelsens afgørelse efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

Der er ikke krav til det faglige indhold i disse tilbud, og en undersøgelse foretaget af Ankestyrelsen peger på, at der er stor forskel på organiseringen og udbredelsen af de fire nye tilbud under kan-bestemmelserne på tværs af kommunerne (251). Derudover peger en kommune-survey udarbejdet af Socialstyrelsen (191) på, at kommunerne oplever særlige udfordringer med at samarbejde med civilsamfundsaktører og øvrige områder af kommunen, såsom sundheds-, beskæftigelses- eller børne- og familieområdet, om forebyggelse.

### 12.1.3. Manglende systematik i den tidlige opsporing

Tidlig opsporing af psykiske lidelser, henvisning til relevant udredning, støtte og behandling, samt forebyggelse af negative sociale konsekvenser kan have betydning for fremtidsudsigterne og for den enkeltes funktionsevne og trivsel. Det er dog varierende, i hvilket omfang fagpersoner tæt på relevante målgrupper, fx almen praksis, medarbejdere i det somatiske sygehusvæsen, medarbejdere på socialområdet, i jobcentre, i borgerservice, på uddannelser, den kommunale sygepleje eller ældreplejen, arbejder med opsporing, og hvor godt fagpersonerne oplever sig klædt på til at være opmærksomme på tegn på en psykisk lidelse (1). Ligeledes er der de fleste steder ikke velbeskrevne arbejdsgange eller handlemuligheder i forhold til at håndtere en bekymring om psykisk lidelse (252).

Erfaringer fra misbrugsbehandlingen viser også, at mennesker med misbrug har en meget høj forekomst af samtidig psykisk lidelse, men at de ikke i tilstrækkeligt omfang henvises til psykiatrisk behandling (jf. kapitel 13). Det kan også være civilsamfundsaktører, der bliver bekendt med, at en person mistrives og har brug for støtte, og det kan være vanskeligt for dem at hjælpe disse personer videre til ikke-visiterede tilbud eller udredning ved behov for indsatser i primærsektoren.

Samlet set er der behov for et øget fokus på tidlig opsporing af psykisk lidelse, et bredere kendskab til risikogrupper, tidlige tegn på psykisk lidelse og henvisning til rådgivning eller visitation til rette tilbud. Dette gælder særligt i kommunerne, hvor mange af dem, som er i kontakt med socialområdet eller jobcentre, kan have en underliggende psykisk lidelse eller være i øget risiko for at udvikle en psykisk lidelse.

De pårørende er ofte dem, der først bliver opmærksomme på tidlige tegn på en psykisk lidelse hos deres nærmeste, ligesom deres støttende rolle er vigtig og i nogle tilfælde kan være afgørende. De pårørende kan også have behov for selv at få hjælp til at forstå, hvordan man kan håndtere at være pårørende og støtte sin nærmeste i at søge hjælp. Der er en udfordring med adgang til tilbud for pårørende til mennesker med psykiske lidelser, der udgør en særligt udsat gruppe. En stor del af de pårørende til mennesker med psykiske lidelser kan opleve sig både psykisk og socialt belastet som pårørende. Der bør også være en skærpet opmærksomhed på børn som pårørende, idet børn og unge, som vokser op i familier hvor forældrene er psykisk syge og/eller misbrugende, har en stærkt forhøjet risiko for selv at udvikle psykisk mistrivsel eller psykisk lidelse. Uddybende beskrivelse af udfordringer vedr. pårørendeinddragelse samt anbefaling omkring pårørende findes i kapitel 13 om udredning og behandling.

## 12.2. Muligheder og anbefalinger

Ovenstående udfordringsbillede peger på et behov for bedre adgang til en tidlig og lettilgængelig forebyggende indsats for voksne i psykisk mistrivsel og gennemsigtighed i udbuddet på tværs af de forskellige aktører, samt en mere effektiv opsporing med henblik på at mennesker med tegn på psykiske lidelser tidligt visiteres til udredning, rådgivning, støtte og behandling. Et sådant løft kræver opbygning over tid, i takt med at de faglige rammer etableres, og de rette kompetencer sikres.

**Inden for de næste 10 år er målet derfor, at:**

- **Der er opbygget et målrettet, lettilgængeligt og evidensbaseret tilbud med én indgang i kommunerne til unge og voksne med psykisk mistrivsel og symptomer på lette psykiske lidelser**
- **Mennesker i særlig risiko for udvikling af psykisk lidelse eller med tidlige tegn på psykisk lidelse opspores tidligt i almen praksis, kommuner og regioner**
- **Samarbejdet mellem fagpersoner i kommuner, almen praksis og civilsamfundet om opsporing og tidlig indsats styrkes**

### 12.2.1. Etablering af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne af ensartet høj kvalitet til unge og voksne i psykisk mistrivsel i kommunerne

De eksisterende indsatser i kommunerne til voksne med psykisk mistrivsel er samlet set for spredte, og der er stor forskel på organiseringen og udbredelsen af tilbuddene og manglende krav om det faglige indhold (251).

Voksne i psykisk mistrivsel bør have let adgang til et forebyggende tilbud, hvis de henvender sig hos deres praktiserende læge eller kommunen for at få hjælp. Den praktiserende læge har en central rolle i forhold til viderehenvisning til mere specialiserede indsatser eller forebyggende indsatser i kommunerne. Derfor er det afgørende, at almen praksis har kendskab til relevante tilbud og kriterier for henvisning.

Derudover er der behov for at opbygge et samlet tilbud i kommunerne med én indgang, hvor mennesker i psykisk mistrivsel eller med tegn på psykisk lidelse selv kan henvende sig, og hvor der er de rette faglige kompetencer til stede til at vurdere, om den enkelte bør henvises til den praktiserende læge med henblik på evt. videre henvisning og visitation til udredning og behandling i den regionale psykiatri, og/eller om der skal tilbydes en forebyggende indsats i kommunen eller eventuelle samarbejdspartnere i civilsamfundet. Det bør være tydeligt hvor i kommunen, man kan henvende sig ved psykisk mistrivsel, og at der her er adgang til fagpersoner med et samlet overblik over kommunens tilbud. Der er allerede i flere kommuner gode erfaringer med én indgang fx 'Kontakten' i Esbjerg Kommune og 'Din indgang' i Fredericia Kommune, men organisering og indhold varierer på tværs af kommuner og disse tilbud er ikke udbredt på tværs af landet.

Det er vigtigt, at de tidlige forebyggende indsatser baseres på den bedst tilgængelige viden, herunder evidensbaserede metoder eller alternativt metoder med dokumenteret effekt, og at disse tilbud i højere grad udbredes til alle kommuner. Der er i mange kommuner gode erfaringer med LÆR AT TACKLE-kurser (253), som er selvhjælps-baserede programmer til mennesker, der har symptomer på fx angst, depression, stress, kronisk eller langvarig sygdom, langvarige smerter – eller som er pårørende til én, der er syg. Kurserne tilbydes jf. Sundhedslovens § 119 (19). Ligeledes er der gode erfaringer med Åben og Rolig, som er et gruppebaseret forløb til at styrke den mentale sundhed for borgere ramt af fx stress (254).

Der er behov for fortsat udbredelse af evidensbaserede §82 indsatser og andre rådgivende, forebyggende indsatser i kommunerne, herunder fx i form af LÆR AT TACKLE eller Åben og Rolig kurserne. Derudover bør mulighederne for at tilbyde sociale forebyggende indsatser digitalt styrkes markant. Det vil kræve en massiv udviklings- og implementeringsindsats, og bør tage afsæt i erfaringer fra eksisterende indsatser. Det er relevant at afdække omfanget og brugen af de aktuelle kommunale forebyggende indsatser, og om muligt af den organisatoriske og den faglige kvalitet, for at indsamle viden om, hvordan tilbuddet bedst kan organiseres, og hvilke indsatser som rummer den bedste faglige kvalitet.

**14. Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne af ensartet høj kvalitet til unge og voksne i psykisk mistrivsel**

**Med afsæt i nationale faglige rammer etableres i hver kommune et tilbud med én indgang til unge og voksne i psykisk mistrivsel, hvor man selv kan henvende sig eller henvises til fx fra almen praksis. Tilbuddet bør som minimum indeholde dokumenteret virksomme tilbud til mennesker, der henvender sig med fx livskriser, stress, angst og depression, og der bør i tilbuddet være overblik over kommunens samlede tilbud. Der kan være behov for afklaring af, hvilken lovgivning tilbuddet skal forankres i.**

- **Som det første iværksættes en afdækning af den nuværende organisering og det faglige indhold i de tidlige forebyggende indsatser.**
- **Dernæst udarbejder Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen en national model for et lettilgængeligt tilbud med én indgang, der beskriver de faglige rammer og krav for målgrupper, kvalitet og indhold, faglige kompetencer, det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde, kriterier for viderehenvisning til praktiserende læge samt opfølgning og dokumentation. Modellen bør inkludere digitale løsninger under hensyntagen til, at ikke alle har reel mulighed for at benytte sådanne tilbud.**
- **Modellen for tilbuddet afprøves, evalueres og justeres med henblik på udbredelse i alle kommuner over en årrække.**

### 12.2.2. Styrket opsporing og adgang til hurtig psykiatrisk vurdering for patienter i almen praksis og tidlige forebyggende tilbud i kommunerne

Der bør være en særlig opmærksomhed på opsporing hos mennesker i særlig øget risiko for at udvikle psykiske lidelser. Dette gælder fx mennesker udsat for traumer, ældre, kommende/nye forældre til spædbørn, mennesker med flere samtidige kroniske sygdomme samt personer udenfor arbejdsmarkedet (86,255). Tidligere anbragte børn og andre, som har været udsat for tidlige belastninger, er også en vigtig risikogruppe. Ligeledes er der behov for et særligt fokus på systematisk opsporing af psykisk lidelse hos mennesker med misbrug. En bedre opsporing bør bl.a. iværksættes i forbindelse med behandling i socialpsykiatrien og den sociale misbrugsbehandling i kommunerne. Der er hertil udarbejdet spørgeskema til opsporing af psykiske lidelser, fx depression, blandt mennesker med somatisk sygdom med afsæt i PRO-data (256).

Ikke alle der oplever tegn på psykiske lidelser henvender sig til fagpersoner, fx almen praksis, før symptomerne er blevet mere omfattende. Der er derfor et stort potentiale i en øget opmærksomhed på tegn og symptomer på psykisk lidelse efterfulgt af en fagligt velfunderet vurdering af, om der er behov for en indsats.

Faggrupperne tæt på relevante målgrupper, fx medarbejdere på socialområdet, i misbrugscentre og i jobcentre, ældreplejen mv. har en vigtig rolle, da de ofte er de første, som er i kontakt med mennesker, der udviser tegn på mistrivsel og psykiske lidelser. Der bør derfor være systematiske og velbeskrevne arbejdsgange for, hvordan fagpersonerne håndterer en evt. bekymring om psykisk lidelse, og hvilke handlemuligheder, der findes til at afklare, om bekymringen er reel.

Almen praksis er i de fleste tilfælde den primære adgang til sundhedsvæsenet for patienter med tegn på psykiske lidelser. Almen praksis varetager udredning af voksne med lette til moderate psykiske lidelser, fx angst, depression, ADHD og personlighedsforstyrrelser og har derfor også en central rolle i opsporingsindsatsen. Ca. 90 % af alle patienter med psykiske lidelser diagnosticeres, behandles og visiteres fra almen praksis. Det er således også centralt, at der i almen praksis er de rette kompetencer til stede i forhold til at identificere mennesker med tegn på psykisk lidelse eller i øget risiko for at udvikle psykisk lidelse, samt til at afklare svær psykopatologi, selvmordsfare eller eventuel bagvedliggende alvorlig fysisk sygdom.

Der kan i nogle tilfælde være tvivl om, hvorvidt en patient skal henvises videre til vurdering eller udredning hos privatpraktiserende speciallæge i psykiatri eller i den regionale psykiatri. Der er derfor behov for, at medarbejderne i de tidlige forebyggende tilbud i kommunerne såvel som i misbrugscentre eller andre kommunale funktioner får bedre mulighed for psykiatrisk sparring og hurtig afklaring ved tegn på psykiske lidelser hvilket fx kan ske ved tværfaglige, virtuelle møder.

Nogle patienter har behov for hurtig specialiseret udredning og behandling fx på grund af symptomernes sværhedsgrad, hvorfor der skal være mulighed for hurtig diagnostisk vurdering ved speciallæge eller subakut henvisning til ambulant vurdering. Dette vil samtidig være med til at understøtte, at dem, der har behov for en specialiseret indsats på sygehus henvises så tidligt som muligt til denne. Flere regioner har forsøgt med hurtig udredning (257), hvor almen praksis har mulighed for at få en hurtig psykiatrisk vurdering hos en privatpraktiserende speciallæge i psykiatri. Flere regioner har aftaler, hvor regionerne gennem deres centrale visitationer kan henvise patienter til speciallægepraksis, men disse aftaler er endnu ikke udbredt til alle regioner. Udredning og behandling beskrives nærmere i kapitel 13.

**15. Systematisk og målrettet opsporing af mennesker med psykiske lidelser i almen praksis og kommuner**

**Det kan have store konsekvenser at leve med en ubehandlet psykisk lidelse både i forhold til forværring, følgesygdomme samt sociale problemer og mistrivsel. Derfor udbredes validerede værktøjer til tidlig opsporing og identifikation af risikogrupper i almen praksis og kommuner, og der sikres et særskilt fokus på grupper med samtidigt misbrug.**

- Som første skridt sikres rammer og værktøjer, der kan sikre at alle almen praksis på tværs af landet, ensartet, systematisk og målrettet opsporer mennesker med øget risiko for at udvikle psykiske lidelser, herunder også pårørende til mennesker med psykiske lidelser. Som det første udbredes viden om værktøjer til tidlig opsporing og fokus på opsporing styrkes i speciallægeuddannelsen i almen medicin og i efteruddannelsen i almen praksis.

- Med henblik på at styrke almen praksis' opsøgende indsats overfor psykisk mistrivsel eller tidlige tegn på en psykisk lidelse, bør der dernæst udvikles et formelt samarbejde mellem den udgående psykiatri, kommune og almen praksis om at opspore og støtte personer eller familier, hvor der er tidlige tegn på en psykisk lidelse.

- Der etableres lettilgængelig, hurtig psykiatrisk rådgivning og afklaring til patienter i almen praksis, med sigte på at alle med psykisk mistrivsel og tidlige tegn på psykiske lidelser oplever mindst mulig ventetid og hurtig afklaring. Derfor bør almen praksis have mulighed for lettilgængelig rådgivning og hurtig psykiatrisk vurdering fra sygehuset eller praktiserende speciallæger i psykiatri. Ligeledes bør der i de tidlige forebyggende tilbud i kommunerne være lettere adgang til sparring med fagpersoner med specialiserede psykiatrifaglige kompetencer, fx ved etablering af telefonisk rådgivning.

- Jobcentre, uddannelsesinstitutioner og hjemmepleje etablerer og anvender procedurer for, hvordan medarbejderne skal søge rådgivning eller viderehenvise borgere, hvor der er mistanke om psykiske lidelser.

- Kommunerne har et særskilt fokus på systematisk opsporing af mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, gennem udbredelse af evidensbaserede screeningsredskaber i socialpsykiatrien, misbrugsbehandlingen og indsatser til mennesker med komplekse sociale problemer som hjemløshed eller langvarig arbejdsløshed.

# 13

# Udredning og behandling

# 13. Udredning og behandling

Mennesker med psykiske lidelser har brug for rettidig udredning, tværfaglig behandling af ensartet høj kvalitet og klare sammenhængende rammer for hele forløbet. En helhedsorienteret og evidensbaseret indsats kræver et stærkt tværfagligt samarbejde og høje faglige kompetencer, herunder at de rette specialiserede kompetencer er til stede.

Antallet af voksne med psykiske lidelser er stigende, og flere patienter skal derfor udredes og behandles for psykisk sygdom i praksissektoren og på sygehusene. Der er derfor brug for at tilrettelægge indsatsen, så kapacitet og kompetencer øges i takt med det stigende behov.

Stigningen i antallet af mennesker med psykiske lidelser skyldes især, at flere har behov for behandling af fx let til moderat angst eller depression. Det er sygdomme, som er vigtige at behandle for at undgå forværring og langvarige konsekvenser for familie- og arbejdsliv, uddannelse mv. Det er derfor afgørende, at der etableres ensartede, evidensbaserede behandlingstilbud som dækker målgruppens behov.

I dette kapitel er der særligt fokus på indsatsen til voksne med svære psykiske lidelser, herunder også mennesker med komplekse problemer som fx samtidigt misbrug eller svære sociale problemer, som behandles i den regionale psykiatri, og som samtidig har behov for indsatser i socialpsykiatrien. For mange er indsatsen idag ikke tilstrækkelig, og det har store konsekvenser for overlevelse, livskvalitet, funktionsevne og muligheden for at komme sig. Mennesker med svære psykiske lidelser har i særlig grad brug for en længerevarende tværfaglig og sammenhængende indsats af høj faglig kvalitet på tværs af flere sektorer.

I dette kapitel beskrives kun anbefalinger for indsatsen til voksne, da indsatsen til børn og unge beskrives i kapitel 11. Indsatsen til retspsykiatriske patienter beskrives særskilt i kapitel 14.

## 13.1. Udfordringer

### 13.1.1. Uensartet kvalitet, kapacitet og manglende sammenhæng i indsatsen

En gennemgående udfordring i forhold til at sikre en ensartet høj kvalitet og sammenhæng i den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser er, at der er en uensartet organisering og kapacitet på tværs af landet, varierende tværfaglige kompetencer og fagligt indhold i indsatsen, samt utilstrækkelig opfølgning og sammenhæng til indsatserne i praksissektor og kommuner. Der mangler en klar og ensartet beskrivelse af centrale organisatoriske elementer og behandlingstilbud i et patientforløb centreret omkring et systematisk og koordineret tværfagligt samarbejde, og der mangler dokumentation, konsensus og viden om, hvilke indsatser, mennesker med psykiske lidelser skal tilbydes.

I de seneste 10-15 år er der sket en stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser som har behov for behandling i den regionale psykiatri. Flere patienter indlægges, men i kortere tid og med flere akutte genindlæggelser. Der er samtidig sket et fald i antallet af senge og i driftsudgifterne per patient. Selvom kapaciteten i den ambulante psykiatri samtidig er øget, modsvarer det ikke stigningen i antallet af mennesker med behov for behandling.

Der har gennem årene været diskussion om antallet af senge. Der er en væsentlig variation i antallet af senge pr. indbygger på tværs af regionerne, hvilket indikerer, at man ikke får tilbudt samme indsats på tværs af landet. På den ene side er det ikke ønskeligt med langvarige indlæggelser, idet mennesker med psykiske lidelser under indlæggelse kan miste færdigheder og kontakten med deres nærmiljø. Hurtigere udskrivelser kan således under de rette forudsætninger være et led i rehabiliteringen, hvor den enkelte hurtigst muligt skal tilbage i nærmiljøet sideløbende med en ambulant indsats og/eller intensiv støtte fra kommunen. På den anden side viser stigningen i antallet af akutte genindlæggelser, at en (for) hurtig udskrivelse kan resultere i forværring eller tilbagefald, og det øger samtidig risikoen for selvmord.

En undersøgelse viser, at 81 % af speciallægerne i psykiatri, ansat på sygehus, ikke mener at der er sengepladser nok (258), og kommunerne oplever, at mennesker med svære psykiske lidelser udskrives for tidligt på grund af kapacitetsproblemer. Omvendt oplever de psykiatriske afdelinger, at færdigbehandlede patienter ikke kan udskrives til kommunale tilbud på grund af manglende kapacitet, og det understøttes af data om antallet af færdigbehandlingsdage på sygehusene, som viser at patienterne venter på udskrivning til et kommunalt tilbud (259).

Mangel på specialiseret sundhedsfagligt personale, problemer med rekruttering og fastholdelse, og utilstrækkelig tværfaglighed, er også en væsentlig udfordring i forhold til at sikre høj kvalitet. Dette er særligt udtalt på afdelinger med svært syge patienter som fx lukkede eller intensive afsnit, og påvirker dem, som har behov for længerevarende specialiserede og tværfaglige behandlingsforløb. Der er desuden stor variation på tværs af landet i forhold til fordelingen af sundhedsfagligt personale med forskellige kompetencer og med psykiatrisk specialisering som fx speciallæger i psykiatri, specialpsykologer, specialsygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere mv.

I 2020 udgav Sundhedsstyrelsen *Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats* (58). I rapporten gøres status på anbefalingen om at sætte *speciallægen i front* i akutmodtagelsen, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den akutte indsats fra 2007 (260). Rapporten viser ulighed i adgangen til speciallæge, idet akutte psykiatriske patienter har mindre adgang til en speciallæge i psykiatri end akutte somatiske patienter til en speciallæge i pågældende somatiske speciale. Derudover er der for flere af de psykiatriske akutmodtagelser mangelfuld adgang til diagnostik samt adgang til vurdering fra speciallæge i øvrige specialer. Data fra regionerne understreger desuden, at belægningen på de psykiatriske sengepladser er så høj, at der kan være problemer med at sikre kapacitet til de akutte patienter (84).

I den ambulante behandling har regionerne siden 2012 anvendt pakkeforløb for udredning og behandling af voksne, som tilhører specifikke diagnosegrupper (84). Pakkerne er et afgrænset behandlingstilbud, hvor der er defineret en overordnet ramme for udredning og behandling, men selve det faglige indhold indgår ikke i pakkerne, og dermed repræsenterer pakkerne ikke – ligesom pakkeforløbene for kræft – en faglig standard for patientforløbet. Hertil kommer, at pakkerne kan opleves som ufleksible ift. de mere komplekse patienter, som har behov for en langvarig og fleksibelt tilrettelagt behandling.

Der er desuden gennem en årrække sket en øget specialisering af den ambulante behandling i psykiatrien med etablering af flere udgående teams målrettet specifikke patientgrupper. Det er dog en udfordring, at den specialiserede behandling ikke er ensartet på tværs af landet.

På praksisområdet er den organisatoriske kvalitet påvirket af, at der i almen praksis mangler tid og kapacitet til at udrede og behandle og til at visitere patienterne til det korrekte tilbud. , og at Dder er desuden lange ventetider til behandling hos praktiserende speciallæger og psykologer, særligt i nogle regioner. Der er uens fordeling af antallet af privatpraktiserende speciallæger på tværs af landet, og dermed også forskellige muligheder for at inddrage dem som en del af indsatsen.

I socialpsykiatrien opleves opfølgningen efter udskrivelse desuden mangelfuld, herunder særligt ift. de sværest syge, som har brug for en systematisk og tværsektoriel indsats med fokus på rehabilitering og støtte til håndtering af den samlede livssituation.

Den faglige kvalitet omhandler det faglige indhold i behandlingen, og der har gennem en årrække været iværksat mange tiltag for at understøtte en høj faglig kvalitet[35]. På trods af det, er der ikke sket et tilstrækkelig ensartet og systematisk løft sammenlignet med det målrettede og systematiske arbejde med kvalitetsopbygning, som man har set for flere fysiske sygdomme. Frem for et langsigtet løft har området været præget af en række forskellige afgrænsede tiltag og midlertidig puljefinansiering. Eksisterende retningslinjer og faglige standarder er implementeret i varierende grad, og der er ikke tilstrækkelig opfølgning på de tiltag, som iværksættes, og om de har den tilsigtede effekt på kvaliteten.

Derudover er der utilstrækkelig viden og udvikling i forhold til nye måder at yde tilgængelig behandling på som fx digitale løsninger, hvor patienter behandles via fx videokonsultation, internetprogrammer, apps, virtual reality mv., eller kan deltage i webinarer og andre generiske indsatser. Der er et stort potentiale i at udvikle dette felt til udvalgte målgrupper bl.a. med henblik på at imødekomme et vedvarende stigende kapacitetsbehov i primær og sekundær sektor, men der er samtidig behov for at sikre høj kvalitet også i denne type indsats.

[35] Eksempler på nationale og regionale vejledninger, retningslinjer og andre tiltag: Nationale kliniske retningslinjer (NKR) om psykiske lidelser (65-77); RADS behandlingsvejledninger (psykiatri) (82); Pakkeforløb fra Danske Regioner (261); Guidelines fra faglige selskaber (262); Multidisciplinært kvalitetsarbejde (263) ; Lærings- og kvalitetsteams (264); Specialevejledning for psykiatri (265); Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats (58)

### 13.1.2. Utilstrækkelig indsats til mennesker med svære psykiske lidelser og komplekse problemer

En del mennesker har så svære psykiske lidelser, at det er nødvendigt med en specialiseret indsats som både kan involvere akut behandling, behandling under indlæggelse, tæt ambulant opfølgning, og rehabilitering i socialpsykiatrien så vidt muligt med kobling til beskæftigelsesindsatsen.

Mennesker med svære psykiske lidelser er den væsentligste målgruppe for de psykiatriske afdelinger (266). Det er særligt vigtigt, at denne gruppe modtager en højt specialiseret, tværfaglig og vedholdende indsats af høj kvalitet, og at der er en tæt koordinering og et samarbejde på tværs af indsatsen, særligt ift. overgange i forløbet. En forudsætning for dette er, at der både er en høj kvalitet i organiseringen af indsatsen, og en høj faglig kvalitet i det samlede forløb.

De sværest syge patienter har en markant øget risiko for samtidige somatiske sygdomme, flere samtidige psykiske lidelser, selvmord og ulykker, misbrug, og komplekse sociale problemstillinger som fx hjemløshed eller arbejdsløshed, og det fører samlet set til øget sygelighed og dødelighed (6,14,15,100,117-119,157).

Derfor påvirkes disse patienter også i særlig grad af problemer med manglende kapacitet og utilstrækkelige rammer for behandling af høj faglig kvalitet som beskrevet i afsnittet ovenfor. Derudover er behandlingsindsatsen for mennesker med svære psykiske lidelser ofte usammenhængende og præget af manglende samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer samt begrænsede muligheder for fleksible, udgående funktioner og tæt opfølgning i ambulant regi. Dette er belyst i diverse rapporter og analyser på området (267-269). Konsekvensen er en øget risiko for forværring af den psykiske lidelse, genindlæggelser og forværring af de sociale problemer. Fx er det beskrevet, at utilstrækkelige behandlingsforløb øger risikoen for kriminalitet og foranstaltningsdomme (114). Det tværsektorielle og tværfaglige arbejde er i den sammenhæng meget centralt.

De ambulante tilbud til mennesker med svær psykisk lidelse er ofte tværfaglige og er i mange tilfælde med til at binde den indsats, der foregår under indlæggelse, i praksissektoren og de sociale indsatser i kommunen, sammen. Der er i de seneste 10-15 år i øget grad etableret alternative ambulante, udgående, fleksible tilbud som supplement til de vanlige ambulante tilbud[36]. Det er dog forskelligt, i hvilket omfang, og hvordan de forskellige udgående tilbud er implementeret på tværs af landet, og flere af tilbuddene er etableret som tidsbegrænsede projekter. Samtidig er der stor variation i, hvor bredt et geografisk område de udgående teams dækker.

Erfaringerne fra arbejdet med at nedbringe tvang i psykiatrien viser også, at der er en mindre gruppe svært syge patienter, som psykiatrien har vanskeligt ved at hjælpe, og som har langvarige forløb med mange gentagne og langvarige indlæggelser og som oftere udsættes for tvang (anvendelse af tvang beskrives nærmere nedenfor). I en undersøgelse fra 2019 af 218 mentalundersøgte patienter (114) blev det vurderet, at 74 % af patienterne fik utilstrækkelig psykiatrisk behandling, og at 50 % fik utilstrækkelig social støtte. Dette peger på et stort behov for at styrke behandlingsindsatsen til de mest syge patienter, herunder et potentiale for at forebygge tvang via højere faglig kvalitet i indsatsen, både når det gælder den psykiatriske behandling og de sociale indsatser.

De svært syge patienter med samtidige somatiske sygdomme kan have behov for en dobbeltindlæggelse, det vil sige indlæggelse på en somatisk afdeling samtidig med, at der er tilsyn/stuegang fra en psykiatrisk afdeling, og der er behov for en styrket indsats og systematiske samarbejdsstrukturer på tværs af det psykiatriske og det somatiske område for at sikre kvalitet og sammenhæng i forløbet for den enkelte, ligesom der også i de tilfælde er behov for et mere bredt samarbejde med almen praksis og kommuner.

Det samme gør sig gældende for ældre mennesker med psykiske lidelser. Her kan sygdomsbilledet være komplekst på grund af samtidige somatiske sygdomme, men også fordi symptomerne kan præsentere sig anderledes hos de ældre. Andelen af befolkningen på 65 år og derover vokser betragteligt i de kommende år, og der er således et stort behov for at imødekomme den store stigning af ældre patienter i den regionale psykiatri. Det er hos de ældre patienter særligt vigtigt, at behandlingen af

[36] Fx OPUS (ambulant, intensivt og multidisciplinært behandlingstilbud til unge mellem 18-35 år med debut af symptomer på psykose), F-ACT teams (fagpersoner fra både det sociale og sundhedsfaglige arbejder for at skabe en mere fleksibel indsats i borgerens nærmiljø), akutteams, gadeplanteams mm.

somatiske sygdomme inddrages i diagnosticering og behandling af den psykiske lidelse. Demenssygdomme med psykiske problemstillinger som angst, depression, psykoser og afledte adfærdsproblemer udgør en særlig og stigende udfordring. Der mangler desuden et tættere tværfagligt samarbejde mellem ældrepsykiatrien og de praktiserende læger og somatiske sygehusafdelinger, og der er behov for en udbygning af samarbejdet med kommunale tilbud og plejehjem (270).

### 13.1.3. Uindfriet potentiale for at forebygge og nedbringe tvang

Anvendelsen af tvang reguleres af *Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien* (271) og berører nogle af de mest grundlæggende menneskerettigheder; nemlig retten til frihed og respekt for den fysiske og psykiske integritet. Det er derfor afgørende, at der konsekvent arbejdes med forebyggelse og nedbringelse af tvang i psykiatrien for dermed at sikre patienternes selvbestemmelsesret og menneskerettigheder, samt sikre, at tvang nedbringes til et absolut minimum. Anvendelse af tvang kan i visse situationer være en nødvendig foranstaltning i forhold til mennesker med svære psykiske lidelser, men må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Tvang må kun anvendes, når psykiatrilovens bestemmelser for de enkelte tvangsforanstaltninger er opfyldt (271).

Der har igennem en årrække og særligt siden 2014 været arbejdet målrettet med at nedbringe brugen af tvang i psykiatrien i Danmark[37], men anvendelsen af tvang er fortsat for høj. I 2014 indgik regionerne forpligtende partnerskabsaftaler med Sundhedsministeriet om at halvere anvendelsen af bæltefikseringer og samtidig nedbringe den samlede brug af tvang inden 2021, og Sundhedsstyrelsen har løbende monitoreret udviklingen. Der er ligeledes nedsat en Task Force til at følge området.

Partnerskabsaftalerne udløb ved udgangen af 2020. Monitoreringen af tvang i perioden har samlet set vist, at det overordnet er lykkedes at nedbringe anvendelsen af bæltefikseringer, men at den samlede anvendelse af tvangsforanstaltninger er steget. Derudover er brugen af både akut beroligende medicin, fastholdelser, tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser steget i alle regioner.

[37] Fx projektet Sikker psykiatri (https://www.sikkerpsykiatri.dk/), forsøg med bæltefri afdelinger, lærings- og kvalitetsteam (LKT) om nedbringelse af tvang (https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams/lkt-tvang-i-psykiatrien) mm.

Således er målene for partnerskabsaftalen ikke nået, og det samlede antal mennesker, som berøres af tvang, er fortsat langt over det ønskede niveau (132). Rigsrevisionens beretning vedr. tvang i psykiatrien fra 2021 konkluderer ligeledes, at resultaterne fra partnerskabsperioden ikke er tilfredsstillende, at monitoreringen ikke har haft tilstrækkelig fokus på gensidig læring og vidensdeling, samt at der i monitoreringsmodellen indgår for mange indikatorer, hvilket har gjort det vanskeligt for regionerne at styre efter (272).

På trods af en række tiltag og den eksisterende viden om nedbringelse af tvang, mangler der stadig viden om patientens forløb forud for og/eller i forbindelse med en tvangsindlæggelse, for derved at kunne forebygge tvangsindlæggelser. Der mangler systematisk og forpligtende samarbejde på tværs af region, kommune og almen praksis ift. at forebygge (gentagne) tvangsindlæggelser. Ligeledes er det en udfordring, at det ofte er de samme få patienter, som gentagne gange udsættes for tvang under indlæggelse, og der mangler viden om, hvordan denne gruppe kan hjælpes bedst muligt.

### 13.1.4. Udfordringer med behandling af psykisk lidelse og samtidigt misbrug

Ved misbrug forstås et fysisk og/eller psykisk skadeligt brug af et rusmiddel (fx alkohol eller stoffer) eller lægemiddel. Misbruget ledsages ofte af afhængighed. Misbrug er et udbredt problem i sig selv og bidrager til overdødelighed, og stor lidelse for den enkelte og de nære relationer. Opgørelser viser, at en betydelig andel af mennesker med misbrug har en samtidig psykisk lidelse (102). Sammenhængen mellem psykiske lidelser og misbrug er kompleks og kun delvis kendt, og flere samtidige forklaringsmodeller gør sig formentlig gældende, herunder at mennesker med psykiske lidelser forsøger at "selv-medicinere" sig fx for at dæmpe symptomer, at psykisk sårbarhed og miljø- og opvækstfaktorer, samt genetik og neurologiske mekanismer, spiller en rolle (270).

Det skønnes, at ca. 30.000 mennesker lever med både psykiske lidelser og misbrug (273), herunder at ca. 50 % mænd og 60 % kvinder med stofbrug samtidig lider af en psykisk lidelse[38] (102), og at

[38] I alt findes det, at 13.346 mænd i alderen 18-79 år lider af psykisk lidelse og et samtidigt stofmisbrug, imens 14.911 mænd i samme aldersgruppe vurderes at lide af psykisk lidelse og et samtidigt alkoholmisbrug. For kvinder er antallet 7.264 for de der lider af psykisk sygdom og et samtidigt stofmisbrug, for de der lider af psykisk lidelse og et samtidigt alkoholmisbrug er antallet 9.423

næsten 70 % af dem som er indskrevet i det specialiserede substitutions-behandlingstilbud på grund af svær og kompleks opioidafhængighed lider af en eller flere psykiske lidelser (274). Det er dog kun en undergruppe blandt disse, som samtidig modtager psykiatrisk behandling på sygehus[39]. Data fra kommunerne viser, at ca. 18.000 personer blev registreret med et igangværende stofmisbrugsbehandlingsforløb i 2018, hvoraf ca. 50 % var i kontakt med den regionale psykiatri og ca. 30 % havde en akut ambulant kontakt i samme periode[40]. Tallene indikerer således, at mennesker med misbrug underbehandles for deres psykiske lidelse.

Mennesker med visse psykiske lidelser har øget forekomst af samtidigt misbrug. Et dansk registerstudie har således dokumenteret, at ca. 50 % med skizofreni, 40 % med bipolar lidelse, 30 % med depression og 40 % med personlighedsforstyrrelse har et samtidigt misbrug (275).

I den tidligere nævnte undersøgelse af mentalundersøgte patienter var der 88 % af de mentalundersøgte, som havde et kendt misbrug, og det blev vurderet, at misbrugsbehandlingen var utilstrækkelig (114). Undersøgelsen viste, at der er en større forekomst af alvorlig psykisk lidelse og misbrug hos mentalundersøgte, som er sigtet for alvorlig personfarlig kriminalitet. Misbrug kan være en væsentlig faktor i forhold til at begå yderligere kriminelle handlinger, samt forringe en allerede iværksat behandling. Der er også en større forekomst af tidligere personfarlig kriminalitet i denne gruppe, end der er hos undersøgte, der er sigtet for mindre alvorlig kriminalitet. Det er derfor centralt, at behandle både misbruget og den psykiske lidelse i forhold til at forebygge, at patienter begår kriminalitet og får dom til behandling.

Mennesker med en psykiske lidelser og samtidigt misbrug er ofte multisyge med både psykisk og somatisk sygdom, og med komplekse sociale forhold, som gør dem til en særlig udsat gruppe. Ansvaret for behandlingen af den psykiske lidelse varetages i dag i regionalt regi, mens misbrugsbehandlingen varetages i kommunalt regi (18,19). Opdelingen af behandlingsansvaret medfører udfordringer i forhold til organiseringen og sammenhængen mellem behandlingsforløbene, hvilket yderligere kan kompliceres af andre problemstillinger, som fx svær somatisk sygdom og hjemløshed (102). Således oplevede tre ud af fire kommuner store udfordringer i arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnoser i et survey fra 2018[41].

Mennesker med psykiske lidelser og misbrug falder derfor ofte mellem to sektorer og skal forholde sig til forskellige behandlingsregimer, samtidig med at både misbruget, den psykiske lidelse og komplicerende sociale faktorer kan gøre det vanskeligt for patienten at møde op til eller følge en behandling, som foregår på tværs af sektorer. Det er samtidig en udfordring, at misbrugsbehandlingen er organiseret forskelligt i de enkelte kommuner, og afhænger af hvilke muligheder og prioriteringer den enkelte kommune har, samt at der ikke alle steder anvendes evidensbaserede metoder og tilgange. Desuden kan de faglige kompetencer i forhold til opsporing og håndtering af psykiske lidelser i de kommunale misbrugscentre variere, ligesom der kan være begrænset fagligt kendskab til misbrugsbehandling blandt fagpersoner i den regionale psykiatri.

Der er behov for at øge både den organisatoriske og den faglige kvalitet af behandlingen af mennesker med psykiske lidelser og misbrug. Optimal behandling kræver en tværfaglig indsats af høj faglig kvalitet. Ved at optimere den samtidige behandling af psykisk lidelse og misbrug, er der et stort forebyggende potentiale i forhold til at bedre prognosen, mindske somatisk sygdom, bedre compliance, samt forebygge vold, udadreagerende adfærd, selvmord og genindlæggelser.

### 13.1.5. Utilstrækkelige behandlingstilbud til mennesker med lette til moderate psykiske lidelser

Et stigende antal mennesker får lette til moderate psykiske lidelser såsom tilpasnings- og belastningsreaktioner, angst og depression, hvilket påvirker funktionsevnen og livskvaliteten og ofte medfører midlertidige eller langvarige problemer med arbejdsmarkedstilknytningen og øget risiko for andre sygdomme. Som beskrevet i kap. 6, er der tale om en stor sygdomsbyrde og en stor udgift for samfundet især på grund af tabt produktivitet. Samtidig ved vi, at mange mennesker med psykiske lidelser ikke bliver udredt rettidigt og ikke får tilbudt behandling af tilstrækkelig høj kvalitet i det primære sundhedsvæsen, fordi adgangen til udredning og behandling er vanskelig, og fordi der ikke foregår en ensartet behandlingsindsats.

Det er et krav i overenskomsten med almen praksis, at den praktiserende læge deltager i supervision,

[39] Data leveret fra Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsstyrelsens egne beregninger.
[40] Socialstyrelsens egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.
[41] Socialstyrelsens egne beregninger på baggrund af survey til kommunerne

hvis der tilbydes samtaleterapi, men der er ikke krav til indholdet af terapien eller supervisionen. Der er heller ikke noget krav om, at de praktiserende læger skal tilbyde samtaler eller længerevarende konsultationer til mennesker med psykiske lidelser. I en undersøgelse af praksisområdet ses der store geografiske forskelle på, hvor mange der modtager samtaleterapi i almen praksis og behandling hos speciallæge i psykiatri, mens antallet der modtager psykologhjælp er mere ensartet på tværs af landet. De store variationer på tværs af landet i brugen af særligt samtaleterapi i almen praksis og behandling i speciallægepraksis, viser en ulige adgang til behandling på tværs af landet. Årsagen til dette kan være mangel på praktiserende læger og speciallæger i psykiatri. I visse dele af landet gør kombinationen af lægemangel og stor sygdomsbyrde, at der er en betydelig modsætning mellem behovet for behandling og muligheden for behandling. Der er dermed mindre tid til patienterne hos både speciallæger og alment praktiserende læger. Hvis der er et stort arbejdspres, bliver der mindre tid til terapeutiske konsultationer, hvorfor visse praktiserende læger fravælger denne behandlingsform.

Der er evidensbaserede behandlingsmuligheder til voksne med let til moderate psykiske lidelser (fx angst og depression) (65-77), men der mangler viden om, hvorvidt de evidensbaserede metoder anvendes og implementeres i primærsektoren.

En tidligere evaluering af ordningen med psykologbehandling til patienter med let til moderat depression viser, at kun 29 % af de praktiserende læger tilbød kognitiv adfærdsterapi. Kun 26 % af de praktiserende psykologer brugte kognitiv adfærdsterapi som dominerende terapiform, mens 18 % brugte psykodynamisk terapi, og 40 % brugte blandede terapiformer (276). Der er generelt ikke krav om anvendelse af bestemte psykoterapeutiske metoder i praksissektoren, og der mangler opsamling af viden om indholdet og effekten af indsatserne på tværs af almen praksis, speciallægepraksis og psykologpraksis.

Viden om lette til moderate psykiske lidelser er en del af speciallægeuddannelsen i almen medicin, men de får kun begrænset praktisk kendskab til behandling af lettere til moderate psykiske lidelser og uddannes heller ikke systematisk i psykoedukation. Der er således risiko for, at speciallæger i almen medicin mangler kompetencer ift. at behandle denne gruppe af patienter.

Det er desuden en stor udfordring, at der i dag er lang ventetid til både praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri, og ulige geografisk adgang især til speciallægepraksis, hvilket udfordrer tilgængeligheden til disse tilbud. Dette skal ses i sammenhæng med, at der også er mangel på speciallæger i psykiatri på sygehusene. De lange ventetider til privatpraktiserende speciallæger i psykiatri og de manglende relevante tidlige tilbud i primærsektoren medfører en risiko for helbredsmæssig forværring af patientens tilstand, som bl.a. kan medvirke til langvarig påvirkning af funktionsevnen. For den praktiserende læge, som ser en patient med behov for specialiseret behandling, bliver den eneste mulighed derfor ofte at henvise til sygehus, hvor udrednings- og behandlingsretten sikrer en tidligere indsats, selvom behandlingen bedre kunne varetages i primærsektoren. Udfordringen med manglende tilgængelighed kan desuden have den konsekvens, at nogle mennesker med tegn på psykiske lidelser er nødt til at søge private tilbud, herunder hos ikke autoriserede behandlere, hvor kvaliteten af indsatsen kan være varierende, og hvor der er egenbetaling. Det bidrager til ulighed i sundhed for mennesker med tegn på psykisk lidelse.

### 13.1.6. Utilstrækkeligt fokus på inddragelse af pårørende

De pårørende spiller en vigtig rolle både som støtte- og ressourcepersoner. Derfor er det vigtigt, at de pårørende systematisk inddrages igennem hele forløbet.

Der er udviklet anbefalinger for systematisk inddragelse af familie og pårørende, som kommuner og regioner kan gøre brug af (277), men generelt er der ikke en systematisk inddragelse af pårørende i indsatsen, og en stor del oplever sig ikke tilstrækkeligt inddraget, selvom man ved, at det har en gavnlig effekt på indsatsen (278).

Derudover er det vigtigt at have blik for, at pårørende ofte selv har brug for hjælp til, hvordan man kan håndtere at være pårørende og støtte sin nærmeste i at søge og få gavn af hjælp og behandling. Der er en udfordring med adgang til tilbud for pårørende til mennesker med psykiske lidelser, der udgør en særligt udsat gruppe.

Tilsvarende bør der også være en skærpet opmærksomhed på børn som pårørende, idet børn og unge, som vokser op i familier hvor forældrene er psykisk syge og/eller misbrugende, har en stærkt forhøjet risiko for selv at udvikle psykisk mistrivsel eller psykisk lidelse. Børn som pårørende, som en særlig risikogruppe, er også beskrevet i kapitel 12.

## 13.2. Muligheder og anbefalinger

Ovenstående udfordringsbillede peger på et behov for at styrke kvaliteten i udredning og behandling af mennesker med psykiske lidelser, både i forhold til organisering og fagligt indhold. Der er med andre ord behov for ensartede tilbud, hvor patienter kan forvente at få samme høje faglige kvalitet uanset tid og sted.

**Inden for de næste 10 år er målet derfor, at:**

- **Organiseringen af den regionale psykiatri, og også den psykiatriske udredning og behandling i almen praksis og speciallægepraksis, er ensartet på tværs af landet, og understøtter høj kvalitet, øget lighed og ensartet adgang til specialiserede og tværfaglige tilbud samt et sammenhængende patientforløb**
- **Der er velbeskrevne og implementerede forløbsbeskrivelser med klare kvalitetskrav og beskrivelse af tværfagligt samarbejde på tværs af socialområdet, sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet**
- **Der er evidensbaserede landsdækkende faglige retningslinjer for de væsentligste psykiatriske sygdomme, og disse er ensartet implementeret på tværs af landet**
- **Brugen af tvang, både tvangsindlæggelser og tvang under indlæggelse, er nedbragt til et absolut minimum**
- **Der er et integreret og sammenhængende tilbud af høj kvalitet til mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug**
- **Mennesker med lette til moderate psykiske lidelser har adgang til et velorganiseret, evidensbaseret behandlingstilbud i primærsektoren, herunder adgang til evidensbaserede digitale tilbud**
- **Pårørende, herunder børn, søskende og forældre til mennesker med psykiske lidelser får tilstrækkelig støtte og hjælp samt inddrages bedre**

### 13.2.1. Ensartet systematisk organisering af den regionale psykiatri

Kvalitet i behandlingen forudsætter, at der er en høj organisatorisk kvalitet, de rette rammer og strukturer, de nødvendige tværfaglige kompetencer, veltilrettelagte og evidensbaserede faglige indsatser, og sammenhæng i forløbet. Organisering af den regionale psykiatri skal understøtte en ensartet høj kvalitet i behandlingen med fokus på et sammenhængende patientforløb med hensyntagen til den enkelte patients lidelse, ønsker, funktionsniveau og ressourcer og bidrage til at mindske ulighed, reducere overdødelighed, mindske anvendelse af tvang og genindlæggelser og reducere antallet af retspsykiatriske patienter.

Den primære målgruppe er den svært psykisk syge patient med et lavt funktionsniveau og behov for et længerevarende behandlings- og recoveryforløb. Organiseringen skal bygge bro over tilbud i regioner og kommuner, og mellem somatik og psykiatri, for at sikre sammenhæng og høj faglig kvalitet, uanset om patienten har behov for en akut indsats, indlæggelse, ambulant opfølgning, tværfaglige indsatser eller kommunale tilbud.

For at sikre ensartet høj kvalitet på tværs af landet, bør der ske en gradvis og systematisk opbygning af et ensartet organiseret behandlingstilbud, en systematisk implementering af specialevejledningen og en højere grad af specialisering, en gradvis udbygning og ensartethed i de tværfaglige behandlingstilbud med flere specialiserede og intensive sengepladser, flere udgående ambulante funktioner og tværfaglige behandlingsteams og en bedre koordinering af det samlede patientforløb.

Organiseringen skal bygges op omkring en afdækning af eksisterende viden, en gradvis og systematisk opbygning af kapaciteten, og implementering og udbredelse af både døgnbehandlingstilbud og ambulante tilbud af forskellig type og intensitet på tværs af landet. Implementeringen skal foregå trinvist, og sideløbende med opsamling af viden og evaluering af kvalitet og effekt, så det sikres, at organiseringen understøtter målsætningerne og at ressourcerne bruges bedst muligt.

**Den akutte indsats**
Mange mennesker med debuterende eller kendt svær psykisk lidelse kan på et tidspunkt i deres sygdomsforløb få behov for let og fleksibel adgang

til en akut indsats enten i form af behandling i den regionale psykiatri eller et kommunalt akuttilbud. Det kan være et ungt menneske, som debuterer med akutte psykotiske symptomer eller selvmordstanker, hvor der er behov for hurtig og let adgang til telefonisk visitation døgnet rundt. Det kan være en patient med akut forværring af symptomer, hvor der er behov for udrykningstjeneste eller evt. udgående funktion fra sygehus, eller en patient på et bosted, der har akut forværring af symptomer fx på grund af medicinsvigt, og hvor der kan være behov for at patienten inden for kort tid kan blive vurderet af et tværfagligt udgående team. I alle tilfælde er der behov for lettilgængelig telefonisk visitation og hurtig vurdering og eventuel indlæggelse og behandling, ligesom det er tilfældet for patienter med akutte somatiske sygdomme.

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats anbefales det, at visitationen af patienter med akut opstået eller forværret psykisk lidelse styrkes, og at der nationalt bør udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud, samtidig med at der fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse (58). Det anbefales, at der etableres et tæt samarbejde mellem den akutte indsats i regionerne og den psykosociale indsats i kommunerne fx via sundhedsaftalerne og/eller i regi af de kommende klyngesamarbejder, så de samlede ressourcer til akut støtte og behandling i højere grad anvendes på tværs af sektorer målrettet den enkeltes aktuelle behov.

Det er i den forbindelse også især vigtigt, at der skal være et øget fokus på at forebygge akut symptomforværring hos patienter med kendt svær psykisk lidelse, herunder at forebygge akutte genindlæggelser.

En styrket organisering af den akutte indsats kan bidrage til forebyggelse af selvmord eller selvmordsforsøg hos risikogrupper (se også anbefalinger om en samlet plan for forebyggelse af selvmord i kapitel 8). Patienter, der henvender sig til psykiatrisk akutmodtagelse eller til telefonrådgivninger i frivilligsektoren eller private organisationer har en øget risiko for senere selvmordsforsøg. Telefonrådgivningerne har ikke kompetence til at henvise til akuttilbud, visitere til indlæggelse eller igangsætte en opfølgende indsats. På baggrund heraf, bør organiseringen af den akutte indsats understøtte, at mennesker med selvmordstanker kan kontakte en professionelt betjent telefonlinje, som har adgang til henvisning til akutmodtagelse, akut psykiatrisk udrykning, og henvisning til akutte ambulante tilbud, herunder de selvmordsforebyggende klinikker.

I flere regioner er der gode erfaringer med akutteams i udgående funktioner[42], fx er der i Region Hovedstaden etableret en psykiatrisk udrykningstjeneste bemandet med en speciallæge i psykiatri, der aften og nat kan rykke ud til patienter med akut psykisk lidelse. Med aftalen om satspuljen for 2019-2022 er der på finansloven afsat i alt 100 mio. kr. i en periode på fire år til, at alle fem regioner kan etablere eller udbygge regionale akutte udrykningstjenester i psykiatrien med inspiration fra Region Hovedstadens tjeneste.

Et flertal af kommunerne har desuden forskellige former for psykosociale akuttilbud målrettet mennesker der står i en livskrise eller som oplever forværring i en psykisk lidelse. og hvor personalet kan etablere kontakt til den psykiatriske akutmodtagelse eller andre relevante akutte tilbud. Kommunerne bør ligeledes arbejde på at etablere ensartede psykosociale akuttilbud, og der henvises til kapitel 15 for anbefalinger vedrørende dette.

Der er behov for et samlet overblik over det akutte psykiatriske beredskab på tværs af landet, hvorefter en gradvis opbygning af en styrket organisering af det psykiatriske akutberedskab kan etableres. Der bør herunder være fokus på at styrke både den akutte borgerrettede og den sundhedsfaglige visitation, samt at de akutte udgående funktioner etableres som et permanent og ensartet tilbud på nationalt niveau. Tværfaglige udgående funktioner som beskrives senere i dette kapitel, kan også i et vist omfang indgå i det akutte beredskab, såfremt organiseringen og kapaciteten af funktionerne tilpasses til formålet.

[42] Akutteams kan være målrettet patienter, som ikke i forvejen er tilknyttet OP/F-ACT-team eller ambulante behandlingstilbud i psykiatrien. De akutte teams samarbejder ofte tæt med akutmodtagelserne, som kan viderehenvise til behandling i et akutteam som alternativ til indlæggelse, eller kortvarige intensive ambulante behandlingsforløb til patienter, der kortvarigt har været indlagt i en akutmodtagelse eller på et sengeafsnit, men som ikke er målgruppe til et længerevarende ambulant behandlingsforløb

**16. Let og hurtig adgang til akutte psykiatriske tilbud for mennesker med akut opstået eller akut forværret psykisk lidelse, og styrkelse af de udgående akutte funktioner**

**Det anbefales, at organiseringen og kapaciteten på det akutte område styrkes og ensartes med afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte psykiatriske sundhedsindsats. Som led heri, kan der bl.a. udbredes udgående akutte funktioner og fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser, og der kan gennemføres forsøg med en borgerrettet psykiatrisk telefonlinje bl.a. med henblik på at forebygge selvmord.**

- Organisering og indhold af det aktuelle akutte psykiatriske beredskab på tværs af landet afdækkes med henblik på at udarbejde nationale rammer og krav for de psykiatriske akutte beredskaber og tilbud. Herefter implementeres landsdækkende udgående akutte funktioner, som kan sikre tidlig og tilgængelig akut indsats, medvirke til at undgå akut indlæggelse eller tvangsindlæggelse samt visitere til indlæggelse, hvis der er behov for det.

- Der skal udarbejdes nationale principper for visitation og mulig selvhenvendelse i de psykiatriske akutmodtagelser, og principperne implementeres ensartet i alle regioner. Implementeringen bør ske i tæt samspil mellem den akutte indsats i regionerne og den psykosociale indsats i kommunerne. Sundhedsklyngerne og/eller sundhedsaftalerne vil være et godt udgangspunkt herfor. De nationale principper kan med fordel indarbejdes i forløbsbeskrivelser.

- Det bør sikres, at regionernes borgerrettede telefoniske visitation har psykiatrifaglige kompetencer, så alle hjælpes og støttes bedst muligt allerede ved første telefoniske henvendelse. Der bør være et særligt fokus på selvmordsforebyggelse, herunder mulighed for hurtig henvisning til et opfølgende akut behandlingstilbud ved vurderet stor risiko. Det anbefales, at der etableres forsøg med en professionelt betjent borgerrettet psykiatrisk telefonlinje i udvalgte regioner og opsamles data, viden og erfaring herfra, inden eventuel implementering på tværs af landet.

- Ved akut modtagelse af patienter med psykisk lidelse skal der være mulighed for at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri, og der skal derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med somatiske specialer om akutte funktioner.

**Udarbejdelse og implementering af ny specialevejledning**

Sundhedsstyrelsen fastsætter i henhold til Sundhedsloven specialfunktioner i det regionale sygehusvæsen (19). Det sker via specialeplanen, som udgøres af specialevejledninger for alle lægefaglige specialer. I specialeplanen samles behandlingen af sjældne, komplekse eller ressourcekrævende lidelser i regionsfunktioner eller i højtspecialiserede funktioner. Som beskrevet tidligere, er den psykiatriske specialevejledning ikke implementeret i tilstrækkelig grad, og for at løfte den specialiserede behandling af de sværest syge, som er indlagt på sygehus, er der desuden behov for at revidere specialevejledningen, så den kommer til at fungere mere hensigtsmæssigt. Der er derfor også behov for systematisk at følge op på implementeringen af den nye specialevejledning, både for at sikre kvaliteten i organiseringen af specialfunktionerne, men også for at evaluere om vejledningen fungerer efter hensigten.

**17. Udarbejdelse og systematisk implementering af ny specialevejledning skal løfte kvaliteten for de sværest syge og mest komplekse patienter i det psykiatriske sygehusvæsen**

**Specialevejledningerne for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri revideres og implementeres systematisk for at sikre en hensigtsmæssig organisering og en ensartet høj faglig kvalitet i den regionale psykiatri. Der vil være fokus på både hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau.**

- **Som et første skridt foretages en afdækning af organiseringen af den regionale psykiatri på hovedfunktionsniveau og specialefunktionsniveau.**
- **På den baggrund revideres specialevejledningerne. De nye vejledninger skal understøtte, at psykiatriske patienter sikres adgang til specialiseret og evidensbaseret behandling, herunder farmakologisk behandling, psykoterapi, miljøterapi, ergoterapi, fysioterapi mv., af høj faglig kvalitet samt adgang til speciallæge.**
- **Herefter sker implementering af vejledningen på de psykiatriske afdelinger. Implementeringen følges systematisk med henblik på at sikre, at patienter visiteres til specialfunktioner i relevant omfang.**

**Tilstrækkelige rammer til patienter med svære psykiske lidelser**

Patienter med svære psykiske lidelser skal både i den akutte fase og i tilfælde af behov for en længerevarende indlæggelse modtage et tværfagligt og specialiseret tilbud, hvor der sikres trygge og stabile rammer, der bidrager til, at der kan ske en gradvis og stabil bedring af funktionsniveauet inden patienten udskrives til ambulant eller kommunal opfølgning.

Sundhedsstyrelsen har i rapporten *Intensiv behandling til mennesker med svær psykisk lidelse* beskrevet anbefalinger til intensiv behandling til mennesker med svær psykisk lidelse (269), og regionerne har med udmøntning af finanslovsmidler oprettet intensive sengepladser med en højere normering og en mere intensiv og specialiseret behandling. Sundhedsstyrelsens Task Force for psykiatri skal udarbejde en evaluering på brugen af de intensive senge, herunder om indsatsen dækker det reelle behov for intensiv behandling samt om der opnås den ønskede bedring for patienterne. Herefter kan en endelig model beskrives sammen med vurdering af, om der er behov for yderligere udbygning. De intensive sengepladser skal også understøtte indsatsen for at nedbringe tvang, idet konceptet kan være virksomt ift. de målgrupper, der ofte udsættes for tvang i den regionale psykiatri.

Ligeledes kan der i nogle tilfælde være behov for en længerevarende indlæggelse under stabile rammer i form af specialiserede, tværfaglige rehabiliterende sengepladser, som kan være med til at understøtte en bedre overgang for de mest syge patienter efter udskrivelse til fx eget hjem eller botilbud, og som skal medvirke til at undgå hyppige genindlæggelser og tab af funktionsevne i forbindelse med udskrivelse. Inden de specialiserede rehabiliterende sengepladser etableres, er der behov for en afdækning af, hvilke specifikke tilbud der er behov for, en præcisering af målgruppen, og et estimat over antallet af patienter, som disse differentierede sengepladser skal kunne rumme.

Der er opnået erfaringer med de særlige pladser i psykiatrien, med det formål at sikre en mere målrettet og specialiseret indsats for en mindre gruppe af særligt udsatte mennesker med psykiske lidelser, herunder at stabilisere den enkeltes helbred, forbedre evne til at mestre hverdagen og forebygge anvendelse af tvang, samt at forebygge konflikter og voldsepisoder. De særlige pladser rummer både psykiatrisk behandling, en socialfaglig/rehabiliterende indsats samt misbrugsbehandling. Der er særlige visitationskriterier til pladserne, og visitationen sker gennem et visitationsforum bestående af både kommunale og regionale repræsentanter. En evaluering fra VIVE (Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd) fra 2021 peger på (64), at de særlige pladser i psykiatrien fremstår som fagligt relevante og virksomme, men at der har været udfordrende rammevilkår for ordningen. Der kan således trækkes på erfaringer fra evalueringen ift. at udbygge nye differentierede og specialiserede rehabiliterende pladser.

**18. Bedre organisering af den specialiserede behandling for de sværest syge gennem udbygning af differentierede og specialiserede sengepladser**

**For at sikre bedre kvalitet og sammenhæng udvikles differentierede behandlingstilbud til både den akutte og den rehabiliterende fase til patienter med svære psykiske lidelser som har behov for et intensivt eller længerevarende rehabiliterende forløb.**

- Der foretages en evaluering af de eksisterende intensive sengepladser med høj personalenormering på tværs af landet, og på den baggrund foretages en vurdering af, om der er behov for justering af indsatsen og yderligere opbygning af kapaciteten.
- På baggrund af erfaringerne med de særlige pladser og andre lignende tilbud udarbejdes faglige anbefalinger for patienter, der indlægges til længerevarende rehabilitering. Anbefalingerne beskriver fagligt indhold i tilbuddet, kompetencebehov og samarbejdsstrukturer på tværs af socialpsykiatrien og den regionale psykiatri med afsæt i de eksisterende samarbejdsredskaber, herunder bl.a. koordinerende indsatsplaner.

**Nationale rammer for udvikling og kvalitet i digitale løsninger og tilbud**

Regeringen nedsatte i marts 2021 et digitaliseringspartnerskab for Danmarks digitale fremtid. Digitaliseringspartnerskabet har bidraget med viden om, hvordan Danmark bedst udnytter den digitale omstilling. Den digitale omstilling er også en vigtig opgave for fremtidens psykiatri, og Digitaliseringspartnerskabet anbefaler bl.a. psykiatrien som national frontløber på digitale tilbud til borgere i psykiatrien (279).

Videosamtaler, internetbehandling, apps og andre digitale løsninger kan være et led i tilbuddene til mennesker med psykiske lidelser. Det kan give det enkelte menneske mulighed for at arbejde med sit eget mentale helbred, og det kan være et element i udredning og behandling af mennesker med psykisk lidelse og for nogle skabe lettere tilgængelighed.

Under covid-19-epidemien har videokonsultationer været udbredt i langt større omfang end normalt. Digitale løsninger kan medvirke til at øge adgangen til støtte og behandling tæt på patient og pårørende. Udover lovende resultater for patienterne, er der også meget der tyder på at færre fagpersoner kan behandle flere patienter. Det har givet et nyt grundlag for at udvikle de digitale tilbud. Det er imidlertid helt centralt, at indsatser, som tilbydes digitalt, har samme høje kvalitet, som hvis der var tale om et tilbud med fysisk fremmøde. Der bør derfor etableres klare nationale rammer for god kvalitet i de digitale løsninger og tilbud i psykiatrien.

**19. National satsning og høj kvalitet i digitale løsninger og tilbud til mennesker med psykiske lidelser**

**Covid-19 har tydeliggjort potentialerne ved at udvikle flere og bedre digitale tilbud. Stigningen i mennesker med lette psykiske lidelser betyder samtidig, at der er behov for nye løsninger, hvis kapaciteten skal følge med. Det er samtidig centralt, at udviklingen understøttes af klare nationale rammer for digitale løsninger og tilbud til mennesker med psykiske lidelser, bl.a. for at øge tilgængelighed og patientoplevet kvalitet.**

- **Digitale løsninger og tilbud til mennesker med psykiske lidelser kortlægges, og der udarbejdes sammen med regioner, kommuner og fagfolk nationale rammer, som beskriver indsatser der kan tilbydes digitalt samt hvilke forudsætninger, herunder faglige kompetencer, der bør være til stede.**
- **Herefter udvikler, afprøver og implementerer regioner og andre relevante aktører de digitale løsninger i overensstemmelse med de nationale rammer mhp. at flere i fremtiden kan få et digitalt tilbud.**

### 13.2.2. Nationale forløbsbeskrivelser af ensartet høj kvalitet

Nationale forløbsbeskrivelser skal sikre en evidensbaseret indsats, hvor indsatserne anvendes på rette tidspunkt i den enkeltes forløb på tværs af sektorer, og hvor alle aktører og faggrupper kender deres ansvar og opgaver undervejs i forløbet. Forløbsbeskrivelserne er således et værktøj til at sikre en systematisk, ensartet indsats af høj kvalitet på tværs af landet.

Den faglige kvalitet i patientforløbet skal understøttes af specialiserede ambulante behandlingstilbud til mennesker med debut af alvorlige psykiske lidelser, og der skal arbejdes målrettet på at nedbringe brugen af tvang.

Nationale forløbsbeskrivelser skal sikre en evidensbaseret indsats, hvor indsatserne anvendes på rette tidspunkt i den enkeltes forløb på tværs af sektorer, og hvor alle aktører og faggrupper kender deres ansvar og opgaver undervejs i forløbet. Forløbsbeskrivelserne er således et værktøj til at sikre en systematisk, ensartet indsats af høj kvalitet på tværs af landet. Den faglige kvalitet i patientforløbet skal understøttes af specialiserede ambulante behandlingstilbud til mennesker med debut af alvorlige psykiske lidelser, og der skal arbejdes målrettet på at nedbringe brugen af tvang.

Nationale forløbsbeskrivelser for mennesker med psykiske lidelser skal være et nyt værktøj til at understøtte en sammenhængende og evidensbaseret indsats, hvor indsatserne anvendes på rette tidspunkt i forløbet på tværs af sektorer, og hvor alle aktører og faggrupper kender deres ansvar og opgaver undervejs i forløbet. Forløbsbeskrivelserne er således et værktøj til at sikre mere systematik og ensartethed på tværs af landet.

Forløbsbeskrivelserne skal have patienten i centrum og omfatte en beskrivelse af hele forløbet fra mistanke om sygdom, visitation til rette tilbud, udredning, indholdet i behandlingsindsatser (både ift. medicin, psykoterapi, miljøterapi, fysioterapi, ergoterapi mv.) samt opfølgning og rehabiliterende indsatser.

En tværfaglig indsats af høj kvalitet i hele forløbet kræver at de rette kompetencer er tilstede hos det faglige personale, og ofte vil det være relevant at indsatserne foregår i et tværfagligt team, hvor man udnytter de forskellige faggruppers kompetencer bedst muligt. I det samlede forløb inddrages typisk mange forskellige faggrupper, herunder bl.a. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, psykologer, læger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere, socialpædagoger mv. I psykiatrien har visse sundhedspersoner særlige kompetencer, herunder speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og speciallæger i psykiatri, specialpsykologer og specialsygeplejersker i psykiatrisk sygepleje. Disse faggrupper har specialistkompetencer som understøtter høj faglig kvalitet og udvikling, og det tværfaglige samarbejde understøtter samtidig en helhedsorienteret tilgang til patienten.

Der pågår derfor også et arbejde i Sundhedsstyrelsen, hvor behovet for indholdet i specialuddannelser i psykiatri blandt fysioterapeuter, ergoterapeuter og social- og sundhedsassistenter afdækkes. Anbefalingerne udkommer i primo 2022 og bør følges op med implementering af specialiserede efteruddannelser, ligesom de nye efteruddannelser også skal indtænkes i forløbsbeskrivelserne.

I forløbsbeskrivelserne for mennesker med psykiske lidelser skal det tværfaglige samarbejde beskrives systematisk, herunder behovet for specialiserede kompetencer, bedst mulig brug af kompetencer i tværfaglige teams, og muligheder for fleksibel opgavevaretagelse. Beskrivelserne af det tværfaglige samarbejde inddrager alle relevante faggrupper og deres roller og ansvar i forløbet, herunder læger, psykologer/specialpsykologer, sygeplejersker/specialsygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere mv.

Det tværsektorielle samarbejde omkring patienten beskrives ligeledes systematisk, herunder hvornår de enkelte aktører har hvilken opgave i forløbet, og desuden beskrives samarbejdet og kommunikationen i forbindelse med overgange mellem sektorer. Der skal i særlig grad være fokus på, hvordan der sikres sammenhæng på tværs af kommuner, almen praksis og den regionale psykiatri uden unødig ventetid for den enkelte.

Ud fra tilgangen "intet om mig, uden mig" beskrives den systematiske inddragelse af patienten og dennes pårørende i både den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats. Forløbsbeskrivelserne peger således også på konkrete evidensbaserede metoder og værktøjer, som bør inddrages i forløbet fx patientrapporterede helbredsoplysninger (PRO/PROM), fælles beslutningstagning og involverende stuegang. Dette skal ses i sammenhæng med det igangværende arbejde med at indarbejde PRO i psykiatrien dels i det kliniske arbejde til at understøtte dialogen mellem patient og behandler, den patientcentrerede behandling samt fælles beslutningstagen, og dels som indikator i de kliniske databaser i forhold til kliniske kvalitetsforbedringer (131,280).

Ud fra en helhedsorienteret og rehabiliterende tilgang indeholder forløbsbeskrivelsen også en initial afdækning af patientens samlede situation, således at rehabiliteringen allerede kan igangsættes ved indlæggelsens begyndelse, og behov, der ligger ud over det rent behandlingsmæssige håndteres. Dette bl.a. med henblik på at understøtte compliance og en god overgang ved udskrivning, herunder evt. en socialfaglig screening. Forløbsbeskrivelsen indeholder ligeledes krav til genoptræningsplaner efter udskrivning og hjælp til håndtering af sociale problemer, uagtet i hvilken sektor indsatsen foregår. Der skal ligeledes være fokus på opsporing og håndtering af samtidige somatiske sygdomme og misbrug.

Forløbsbeskrivelserne for mennesker med psykiske lidelser skal udarbejdes for afgrænsede målgrupper, hvor det findes relevant, og udarbejdes først for de målgrupper med de mest alvorlige psykiske lidelser, hvorefter de udvides til også at omfatte de mere almindelige lidelser. Det vil være hensigtsmæssigt, at der til en start udarbejdes fx 3-4 forløbsbeskrivelser, som derefter implementeres og evalueres inden de danner afsæt for udarbejdelsen af de resterende over en kortere årrække. Der er også behov for forløbsbeskrivelser for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt ældre med svære psykiske lidelser, da der for disse grupper ofte er behov for tæt koordinering ift. bl.a. behandling for eventuelle somatiske sygdomme.

Der er gode erfaringer med at sætte tidligt ind med et specialiseret, intensivt og udgående tilbud i regi af den ambulante sygehusbehandling ved debut af mere alvorlige psykiske lidelser hos unge mennesker (OPUS). OPUS er et evidensbaseret multidisciplinært behandlingstilbud til unge, der for første gang får symptomer på en psykose (232).

Nogle mennesker med svære psykiske lidelser har behov for et specialiseret, tværfagligt udgående ambulant tilbud for at understøtte en bedring eller stabilisering af deres symptomer med udgangspunkt i de nære omgivelser. Det kan fx være patienter med mange symptomer og hyppige indlæggelser, eller hvor det er vanskeligt for patienten at fremmøde til ambulant behandling. Der er både internationalt og i Danmark gode erfaringer med den evidensbaserede metode som benyttes i de tværfaglige ACT-teams, som består af et tværfagligt team som er tilknyttet den enkelte patient, og hvor der tilbydes en integreret og tværfaglig indsats. Metoden har dokumenteret effekt på funktionsniveau, antallet af indlæggelsesdage og brugertilfredshed (281). I nogle regioner afprøves en udgående indsatsmodel fra Holland (F-ACT teams) (282). I hovedstadsområdet er der desuden gode erfaringer

med psykiatrisk gadeplansteam, som skal opsøge, opspore og udrede hjemløse, der har eller hvor der er mistanke om, at de har en psykisk lidelse.

Der er behov for, som en del af forløbsbeskrivelserne, at bygge videre på erfaringerne med tværfaglige ambulante udgående funktioner fra sygehus for at sikre, at mennesker med debut af svær psykisk lidelse tilbydes en intensiv og specialiseret behandling med henblik på at opnå hurtigere bedring og en bedre prognose på sigt. Der er desuden behov for at sikre en specialiseret og fleksibel indsats til mennesker med svær eller kompleks psykisk lidelse i risiko for sygdomsforværring eller genindlæggelse som ikke er i stand til at fremmøde i de ambulante tilbud, eller hvor behandlingsindsatsen bedst etableres i patientens nære omgivelser. Det er desuden vigtigt, at der parallelt hermed iværksættes en systematisk indsamling af viden om effekten af nye behandlingsinitiativer.

Forløbsbeskrivelserne skal også beskrive rammerne for en tæt opfølgning på medicinbrug og bivirkninger samt rammerne for anvendelse af medicinrådgivning, herunder evt. mulighed for nedtrapning, og særligt ift. samtidig brug af flere psykofarmaka eller anden medicinsk behandling for somatisk sygdom. Ligeledes er det centralt, at forløbsbeskrivelserne indeholder beskrivelser af alle relevante typer behandlingsindsatser, bl.a. psykoterapi, psykoedukation, træning, ergo- og fysioterapi mv. Både udredning og behandling skal være helhedsorienteret og indeholde alle relevante behandlingsformer for den enkelte patient.

Det er centralt, at det socialpsykiatriske område inkluderes i forløbsbeskrivelsen. Der arbejdes allerede nu med at øge kvaliteten af indsatsen, fx via faglige pejlemærker for øget kvalitet i den socialpædagogiske bistand (bostøtte) (283), og implementering af fælles socialfaglige metoder og fagsystemer.

Det er desuden afgørende, at det i forløbsbeskrivelsen præciseres, hvordan behandlingskvaliteten monitoreres og udvikles, bl.a. via de kliniske kvalitetsdatabaser, så det faglige indhold udvikles over tid.

**20. Udvikling og implementering af nationale forløbsbeskrivelser skal løfte kvaliteten i den samlede indsats**

**Nationale forløbsbeskrivelser for mennesker med psykiske lidelser skal understøtte en evidensbaseret og ensartet sundhedsfaglig og socialfaglig indsats i udredning, behandling og rehabilitering/recovery på tværs af alle sektorer for mennesker med psykiske lidelser, og skal udarbejdes i sammenhæng med de nationale vejledninger på socialområdet (jf. anbefaling 31).**

- **Mennesker med de sværeste psykiske lidelser prioriteres først, således at der fx startes med forløbsbeskrivelser til mennesker med skizofreni og med bipolar affektiv sindslidelse. Beskrivelserne bør indeholde kvalitetskrav til visitation, udredning, behandling, rehabilitering og socialfaglig indsats. Der bør være fokus på tværfaglige og tværsektorielle indsatser, beskrivelse af kompetencekrav og kriterier for rettidighed. Beskrivelserne skal så vidt muligt være evidensbaserede.**
- **Herefter implementeres de første forløbsbeskrivelser under forudsætning af tilstrækkelig kapacitet.**
- **På baggrund af erfaringer med ovenstående foretages ved behov en justering af den samlede model og herefter udarbejdes beskrivelser for øvrige relevante målgrupper med efterfølgende gradvis implementering.**

**21. Udbredelse af udgående specialiserede tværfaglige funktioner til mennesker med svære psykiske lidelser**

**Som en del af forløbsbeskrivelserne etableres specialiserede, tværfaglige udgående teams i hele landet efter inspiration fra evidensbaserede tilbud som OPUS og ACT. Dette skal understøtte intensive ambulante og tværfaglige behandlingstilbud til mennesker med debut af svær psykisk lidelse og til mennesker med svære og/eller komplekse psykiske lidelser med behov for en integreret og fleksibel tværfaglig indsats. I forhold til debut af svære psykiske lidelser bør der først iværksættes en tidlig behandlingsindsats til alle med debuterende tilstande i psykosespektret eller bipolar affektiv sindslidelse.**

- Først afdækkes effekten og erfaringerne med de eksisterende tilbud.
- Herefter bør tilbuddet opbygges gradvist og trinvist i hele landet.
- Parallelt bør der ske en løbende vidensopsamling med henblik på at opbygge evidens for en effekt i forhold til de specifikke målgrupper.

### 13.2.3. Ambitiøse målsætninger for nedbringelse af tvang i psykiatrien

Der har gennem flere år været arbejdet målrettet med nedbringelse af tvang i Danmark, og der er allerede mange, gode indsatser i gang lokalt for at nedbringe brugen af tvang[43]. Fx er der med god effekt flere steder gennemført *Forsøg med bæltefri afsnit i psykiatrien,* som viste, at anvendelsen af bæltefikseringer næsten helt kan undgås – også uden stigning i anvendelsen af øvrige tvangsformer. Evalueringen af indsatsen viste bl.a., at et stærkt ledelsesfokus, dataopfølgning samt tilstrækkelig og øget normering på afdelingerne var afgørende for at nedbringe tvang (284).

Sundhedsstyrelsen udgav i 2021 *Anbefalinger til nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser* (285), som er baseret på seks overordnede kernestrategier, som afdelingerne bør arbejde målrettet med for at nedbringe tvang (286). Anbefalingerne samler op på eksisterende nationale og internationale erfaringer og kommer med konkrete anbefalinger til det fremadrettede arbejde med forebyggelse og nedbringelse af tvang i både region, kommune og almen praksis. Kernestrategierne omhandler ledelse og organisationsændringer, anvendelse af data til informationsbaseret praksis, udvikling af personalets kompetencer og faglighed, anvendelse af tvangsforebyggelsesværktøjer, patientens rolle samt anvendelse af debriefing-teknikker. Der er både nationalt og internationalt gode erfaringer med at nedbringe brugen af tvang ved at implementere strategierne.

Der er i Sundhedsstyrelsens anbefalinger særligt fokus på at sikre en tidlig indsats på tværs af sektorer for at undgå en tvangsindlæggelse, fx gennem bedre brug af koordinationsplaner, udskrivningsaftaler, kriseplaner mv. Derudover peger anbefalingerne på, at der bør være et systematisk samarbejde mellem psykiatriske og somatiske afdelinger mhp. at forebygge tvang, samt at forhåndstilkendegivelser og eftersamtaler bør anvendes mere systematisk.

Der er behov for en fortsat vedholdende og intensiv indsats, og der er således behov for at sætte nye, ambitiøse målsætninger for nedbringelse af tvang og udvikle en ny monitoreringsmodel på området. Modellen bør som noget nyt også omfatte forløbet forud for en tvangsindlæggelse, således at der skabes et bedre grundlag for forebyggelse af tvangsindlæggelser.

Sundhedsstyrelsens Task Force for Psykiatri bør løfte en større opgave end i dag ift. at sikre løbende opsamling og deling af viden samt understøttelse af implementering af lokale tiltag. Der bør derfor opbygges et nationalt videnscenter for nedbringelse af tvang samt etableres et nationalt forankret, tværfagligt rejsehold, som kan bidrage til deling af viden og ekspertise på tværs af landet og understøtte lokale initiativer. Rejseholdet bør sammensættes af faglige eksperter med relevant praksisnær erfaring og med omfattende viden om forebyggelse og nedbringelse af tvang.

[43] Fx projektet Sikker psykiatri (https://www.sikkerpsykiatri.dk/), forsøg med bæltefri afdelinger, lærings- og kvalitetsteam (LKT) om nedbringelse af tvang (https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams/lkt-tvang-i-psykiatrien) mm.

**22. Ambitiøse målsætninger for nedbringelse af tvang og styrket indsats for kvalitet og forebyggelse af tvang gennem nationalt videnscenter og rejsehold**

**Anvendelsen af tvangsforanstaltninger i psykiatrien skal nedbringes til et absolut minimum. Det kræver et stærkt fokus både nationalt og lokalt. Et generelt kapacitets- og kvalitetsløft i psykiatrien bør derfor understøttes af nye målsætninger for nedbringelse af tvang, tæt monitorering og et nationalt fokus på læring og vidensdeling.**

- **Der udvikles en ny monitoreringsmodel, som kan understøtte et målrettet arbejde med at forebygge anvendelsen af tvang. Der bør i den nye model også være et fokus på monitorering af forløbet frem til en tvangsindlæggelse. Der fastsættes som en del af monitoreringsmodellen nye ambitiøse nationale målsætninger for nedbringelse af anvendelsen af tvang til et absolut minimum.**
- **Med afsæt i anbefalingerne i Rigsrevisionens beretning intensiveres den nationale indsats for at forebygge tvang gennem etablering af et nationalt videnscenter og rejsehold forankret i Sundhedsstyrelsen, som understøtter ledelsesfokus, læring og lokal implementering af tiltag til nedbringelse af tvang på tværs af landet.**

### 13.2.4. Et integreret tilbud til mennesker med psykiske lidelser og misbrug

Af aftalen om regionernes og kommunernes økonomi for 2020 fremgik det bl.a., at modeller for en ændret ansvarsfordeling for den gruppe af mennesker med samtidig psykiske lidelser og misbrug, såkaldt dobbeltdiagnose, skal undersøges. Det fremgår af aftalen, at denne målgruppe alt for ofte oplever, at hjælpen er usammenhængende og utilstrækkelig, og at der er behov for at ændre den nuværende ansvarsfordeling mellem regioner og kommuner for denne gruppe mennesker formhp. at sikre en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Mange års bestræbelser på at styrke koordinationen, har således ikke ført til en sammenhængende og helhedsorienteret behandling af mennesker med en dobbeltdiagnose.

Det er ikke realistisk, at kommunerne kan opbygge den nødvendige kapacitet og tiltrække de kompetencer ift. behandlingen af svære psykiske lidelser, som er nødvendige for at varetage den komplekse behandling, som regionerne i dag er ansvarlige for på sygehusene. Der er igangsat et arbejde med at undersøge modeller for et samlet integreret tilbud til målgruppen, forankret i regionerne, som skal understøtte bedre sammenhæng i den samlede indsats. I aftalen om regionernes og kommunernes økonomi for 2022 fremgår, at Danske Regioner og KL fortsat inddrages i arbejdet med regionalt forankrede modeller for behandlingen af en nærmere afgrænset gruppe af mennesker med psykisk lidelse og misbrug. Der er tale om en særlig udsat gruppe, som i dag ikke får et tilstrækkeligt tilbud, og det er helt centralt, at der snarest findes en løsning på indsatsen til denne gruppe.

I Region Hovedstaden har man gennemført et projekt mellem psykiatrien og kommunale misbrugscentre om samarbejde og rollefordeling ("Samarbejde på tværs"). Projektet har vist gode erfaringer med det tværfaglige arbejde, men evalueringen har også peget på, at en række tiltag er nødvendige for at sikre bedst mulig behandling (287). Enkelte steder har man ambulant etableret et tilbud for patienter med psykiske lidelser, typisk psykotiske lidelser og samtidigt misbrug. Tilsvarende i kommunalt regi findes fx Vista Balboa i Odense (288), hvor det er erfaringen, at specialviden på området er af afgørende betydning, men at det er muligt, at behandle patientgruppen med godt resultat.

Ud over et samlet behandlingstilbud til mennesker med psykisk lidelse og misbrug, er der behov for et øget fokus på opsporing og udredning af psykisk lidelse hos mennesker med misbrug i de kommunale misbrugscentre. Anbefalinger vedrørende opsporing af psykiske lidelser hos voksne beskrives i kapitel 13.

Der er således behov for et løft i både organisering og kvalitet af indsatsen til mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug gennem et samlet og integreret behandlingstilbud.

**23. Et kvalitetsløft i indsatsen til mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug gennem et samlet og integreret behandlingstilbud**

**Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug har komplekse og svære forløb, og der er et stort behov for at styrke sammenhængen og den faglige kvalitet i indsatsen. Der kan med fordel etableres et samlet og integreret tilbud af høj kvalitet forankret i regionerne med henblik på at sikre en samtidig og koordineret behandling af både den psykiske lidelse, misbrug og eventuel somatisk sygdom.**

- Når aftalen om tilbuddet er etableret, skal de faglige rammer for tilbuddet fastlægges i en national forløbsbeskrivelse, hvor der også angives standarder for det tværfaglige samarbejde.
- Der bør etableres en klinisk kvalitetsdatabase med data fra både regioner og kommuner, så der kan arbejdes systematisk med kvalitetsudvikling og behandlingseffekt på tværs af regionernes dobbeltdiagnosebehandling og kommunernes misbrugsbehandling. Dette vil bidrage til mere viden og bedre forskning på området.

### 13.2.5. Etablering af et evidensbaseret tilbud til voksne med lette til moderate psykiske lidelser

Der er behov for at etablere ensartede, evidensbaserede behandlingstilbud til mennesker med lette til moderate psykiske lidelser, fx depression, angstlidelser, belastningsreaktioner og selvskade. Det er samtidigt vigtigt, at adgangen til disse tilbud er ensartede på tværs af landet, så tilbuddene dækker målgruppens behov.

Der er både i Danmark og internationalt erfaringer med øget tilgængelighed til systematiske tilbud for voksne med lette til moderate psykiske lidelser.

I en dansk sammenhæng er der bl.a. 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 (289). Derudover er der igennem hele forløbet tilknyttet en speciallæge i psykiatri, der bidrager med faglig sparring til almen praksis, hvis det er relevant. Ligeledes er der erfaringer med etablering af Psykiatriens Hus etableret i samarbejde mellem region og kommune, hvor mennesker med let til moderat psykisk lidelse kan modtage tværfaglig behandling.

I Norge er der erfaringer med et kommunalt tilbud (Rask Psykisk Helsehjelp), hvor patienterne får hurtig og henvisningsfri adgang til en række tilbud om psykologhjælp (290), og i England har man afprøvet Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) (291). Det skal dog anføres, at der er blandede erfaringer med de ovennævnte modeller.

Der afprøves i Danmark Collabri Flex, som er en hybrid mellem de to indsatser collaborative care og IAPT, hvor resultaterne evalueres i et randomiseret studie. Resultaterne ved 6 måneders opfølgning, der forventes publiceret i 2022, viser signifikant effekt ift. både depressions- og angstsymptomer, funktionsniveau og patienttilfredshed sammenlignet med den mindre indgribende indsats kaldet konsultationsliaison. Endvidere blev over 70 % færdigbehandlet i Collabri Flex indsatsen, uden behov for yderligere behandling i sekundær sektor. Med denne model for shared care i almen praksis er det lykkedes at udvikle en let tilgængelig og evidensbaseret behandling til mennesker med depression og angst, der behandles i almen praksis i Danmark (292).

Hertil er der etableret et gratis og ikke-visiteret internetbaseret behandlingstilbud med psykologbehandling ved depression og angst, selvskade hos børn og unge, helbredsangst, tvangsoverspisning og alkoholbehandling, der er baseret på kognitiv adfærdsterapi (293,294).

I udlandet er der desuden 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 internet-

baserede tilbud (41). Tidlige forebyggende indsatser efter serviceloven (18) beskrives i kapitel 12.

Som nævnt i afsnit 13.1.5, er det varierende, hvilke metoder, praktiserende psykologer, der arbejder under psykologordningen, benytter, og der er ikke krav om at anvende bestemte metoder. Der er i regi af Sundhedsministeriet igangsat en undersøgelse af modeller for, hvordan man fremadrettet kan autorisere psykologer efter autorisationsloven, således at psykologer (eller en afgrænset gruppe af disse) fremover kan blive autoriserede sundhedspersoner. I forbindelse med denne undersøgelse kan man også se på rammerne for det tilbud, der er hos praktiserende psykologer, idet det muligvis kan være en del af at beskrive psykologers virksomhedsområde.

Det nævnes desuden i afsnit 13.1.5., at der er risiko for, at speciallæger i almen medicin mangler kompetencer ift. at behandle mennesker med lette til moderate psykiske lidelser. I Sundhedsstyrelsens kommende revision af den lægelige videreuddannelse (LVU) vil der være et særskilt fokus på psykiatri, herunder også at styrke viden om psykiske lidelser på udvalgte speciallægeuddannelser som fx almen medicin, geriatri og neurologi.

**24. Opbygning af et lettilgængeligt, evidensbaseret behandlingstilbud til voksne med lette til moderate psykiske lidelser**

**Med afsæt i både danske og internationale erfaringer med systematiske og tidligt indsatte behandlingstilbud, skal der i primærsektoren opbygges et relevant, tilgængeligt, rettidigt og kvalificeret tilbud til mennesker med lette til moderate psykiske lidelser. Behandlingstilbuddet kan tage afsæt i nationale, evidensbaserede, faglige rammer og eksisterende erfaringer med dokumenterede tilbud i praksissektoren og eksisterende samarbejdsstrukturer, som fx praksisoverenskomst, sundhedsaftaler eller de kommende sundhedsklynger.**

- Med afsæt i evidens og bedste viden udarbejder Sundhedsstyrelsen nationale rammer, der beskriver det faglige indhold i tilbuddet, herunder målgrupper, visitationskriterier, kompetencer samt muligheder for digitale løsninger
- Der sikres den nødvendige opbygning af kapacitet og kompetencer i tilbuddet, herunder øgede kompetencer i almen praksis til at varetage psykoedukation og/eller samtaleterapi, mulighed for ansættelse og uddannelse af praksispersonale med kompetencer til at varetage evidensbaseret samtaleterapi, opbygning af psykologkapacitet og opbygning af kapaciteten i speciallægepraksis.
- Der udvikles og udbredes modeller for samarbejde på tværs af sektorer (herunder socialområdet og beskæftigelsesområdet) samt samarbejde med civilsamfundet om fastholdelse i eller brobygning til det almindelige liv, herunder også anvendelse af peers.
- Der sikres systematisk dokumentation og opfølgning på effekten af indsatserne, herunder patientrapporterede udfaldsmål (PROM).

### 13.2.6. Bedre støtte til og inddragelse af pårørende i patientforløbet

Støtte fra pårørende er afgørende for mennesker med psykiske lidelser, og undersøgelser viser, som tidligere nævnt, at støtte fra pårørende har betydning for risikoen for tilbagefald samt genindlæggelse (33). De pårørende er derfor også en vigtig ressource og spiller en vigtig rolle i hele forløbet.

Derfor er det vigtigt, at pårørende bliver mere inddraget og får bedre støtte undervejs i forløbet, så de kan være der for deres nærmeste. Samtidig har pårørende som nævnt selv en øget risiko for at udvikle psykisk lidelse, og der bør derfor være fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af psykisk lidelse hos pårørende til mennesker med psykiske lidelser (opsporing af psykisk lidelse er beskrevet i kapitel 12).

Børn som pårørende bør have et særligt fokus. Her kan der trækkes på erfaringerne fra fx det forskningsbaserede tilbud SAFIR i Region Hovedstaden[45], hvor barnet får hjælp til at håndtere de vanskeligheder, der følger med at have en forælder eller søskende med psykisk lidelse. Det er vigtigt, at børn og unge i kommunalt og regionalt regi får aldersrelevant hjælp, støtte og information om forælderens psykiske lidelse, og at der sker en individuel vurdering af barnets eller den unges behov for støtte.

[45] SAFIR Family Talk er et forskningsprojekt i Region Hovedstadens Psykiatri for familier ramt af psykisk sygdom (295).

**25. En styrket støtte og inddragelse af pårørende til mennesker med psykiske lidelser**

**Pårørende til mennesker med psykiske lidelser skal tilbydes støtte, og deres ressourcer skal bruges mere aktivt, systematisk og ensartet i både den kommunale og den regionale indsats. Det gælder både børn, unge og voksne, som har pårørende med psykiske lidelser i den nærmeste familie.**

- Alle voksne pårørende til mennesker med psykiske lidelser i den regionale psykiatri bør tilbydes evidensbaserede familieinterventioner dvs. undervisningsforløb (psykoedukation) i sygdomslære, og behandlings- og medicinforståelse. Undervisningen kan oplagt ske i samarbejde med relevante civilsamfundsinstitutioner.
- Som del af en styrket og systematisk indsats for børn som pårørende bør regioner og kommuner tilbyde familiebaserede samtaleforløb til alle børn og unge med forældre eller søskende, som er i behandling for en psykisk lidelse.
- Pårørende til mennesker med psykiske lidelser modtager bedre hjælp til at kende og forstå deres rettigheder og muligheder for hjælp. Det kan bl.a. ske ved hjælp af pårørendementorer i regionerne og pårørendevejledere i kommunerne.
- For at styrke systematisk og landsdækkende inddragelse og involvering af pårørende bør Sundhedsstyrelsens Koncept for systematisk pårørende-inddragelse fra 2018 implementeres. Desuden kan der tages udgangspunkt i erfaringerne fra det nationale Gennembrudsprojekt "Pårørende i Psykiatrien" (276,295).

# 14

# Retspsykiatri

# 14. Retspsykiatri

Retspsykiatrien defineres som en integreret del af den samlede psykiatri, men med en særskilt opgave som omhandler udredning og behandling af mennesker med psykiske lidelser, som er sigtet eller dømt for en straffelovsovertrædelse. Retspsykiatriske patienter er således mennesker med psykiske lidelser, hvor retten vurderer, at de på grund af deres sindstilstand bør modtage psykiatrisk behandling for at undgå, at de begår ny kriminalitet[46].

Formålet er dermed tostrenget, nemlig behandling af den psykiske lidelse og forebyggelse af ny kriminalitet. Forud for dommen foretages, som en del af den retspsykiatriske udredning, en mentalobservation af personens psykiske tilstand, hvorfra resultaterne derefter bruges af retten i form af en mentalerklæring. I mentalerklæringen vurderes det bl.a., om der er grund til at tro, at personen var sindssyg i gerningsøjeblikket, og dermed om der er grundlag for psykiatrisk behandling.

Behandlingen foregår primært i det almindelige psykiatriske behandlingssystem og er principielt ikke forskellig fra den, som andre patienter tilbydes, bortset fra, at det som regel vil være muligt at indlægge og tilbageholde patienten på en psykiatrisk afdeling i henhold til dommen. Alle andre tvangsforanstaltninger end frihedsberøvelse sker med baggrund i kriterierne i psykiatriloven (271). Særlige forhold gør sig gældende, hvis patienten har fået dom til anbringelse. Her vil patienten ofte blive anbragt på en af de retspsykiatriske sengeafdelinger. I ganske særlige tilfælde vil der, på grund af patientens farlighed, blive afsagt dom til anbringelse på Sikringsanstalten i Slagelse.

I forhold til retspsykiatriske patienter under 18 år (gennemsnitligt 10-15 patienter per år) varetages denne målgruppe i børne- og ungdomspsykiatrien, herunder ungdomspsykiatriske patienter med dom eller behov for mentalobservation, som er en højt specialiseret funktion, der varetages to steder i Danmark, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning[47].

I dette kapitel beskrives anbefalinger for en styrket indsats i retspsykiatrien. Kapitlet beskriver indsatsen til både unge og voksne.

[46] Regulering af området er beskrevet i bilagsrapporten.
[47] Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden (Glostrup) BUC samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Riisskov

## 14.1. Udfordringer

### 14.1.1. Utilstrækkelig behandling af psykiske lidelser betyder, at for mange får en dom til behandling

Antallet af retspsykiatriske patienter er i de senere år steget markant. I perioden 1981–2000 blev der gennemsnitligt afsagt cirka 240 foranstaltningsdomme om året, mens der i perioden 2001–2017 gennemsnitligt var cirka 710 foranstaltningsdomme om året, heraf godt 500 til psykiatrisk behandling (270). Der blev ifølge Justitsministeriets forskningskontor (297) afsagt 731 foranstaltningsdomme i 2020. De tre hyppigste kriminalitetsformer er vold og trusler mod offentligt ansatte (straffelovens § 119), simpel vold (straffelovens § 244) og trusler (straffelovens § 123 og § 266). Stigningen er bekymrende og bør medføre, at der vedvarende er fokus på, hvad man kan gøre for at forebygge, at psykiatriske patienter havner i en situation, hvor der er risiko for, at de begår kriminalitet.

I en undersøgelse af den behandling patienter med en psykisk lidelse havde fået forud for at de begik kriminalitet, var vurderingen, at 74 % af de mentalundersøgte har fået utilstrækkelig psykiatrisk behandling, og 50 % havde modtaget utilstrækkelig social støtte (114). For 88 % af de mentalundersøgte med et kendt misbrug var det vurderingen, at misbrugsbehandlingen var utilstrækkelig. Undersøgelsen viser, at der er en større forekomst af alvorlig psykisk lidelse og misbrug hos mentalundersøgte, som er sigtet for alvorlig personfarlig kriminalitet. Ligeledes fremhæves i undersøgelsen, at den utilstrækkelige psykiatriske behandling fx har bestået i manglende kontakt med den regionale psykiatri, herunder indlæggelse, selvom der har været et behov for behandling hos patienten. Det sker enten, fordi man mister kontakten, afvises i akutmodtagelsen, udskrives uden opfølgning eller afsluttes ambulant. Nogle af de undersøgte har haft talrige korte indlæggelser, som ikke har medført tilstrækkelig udredning eller stabilisering. Ligeledes er der flere tilfælde af retspsykiatriske patienter, som ikke er blevet indlagt ved behov på trods af dom til psykiatrisk behandling (114).

En styrkelse af den almene psykiatri, som beskrevet i det foregående afsnit, vil formentlig kunne forebygge, at patienter med psykisk lidelse begår kriminalitet, hvilket vil nedbringe antallet af retspsykiatriske patienter.

### 14.1.2. Markant stigning i antallet af retspsykiatriske patienter

Gennem de seneste 20 år er antallet af retspsykiatriske patienter ca. tredoblet. De seneste 5 år har antallet af personer, der har fået en dom til behandling, ligget stabilt højt, og i 2020 blev der afsagt 731 foranstaltningsdomme. 70 % af foranstaltningsdommene angår mennesker med psykiske lidelser, 17 % er mennesker, der er mentalt retarderede, og 13 % angår, personer der, da den strafbare handling blev foretaget, var i en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner (297). En del af personerne lider af skizofreni eller andre psykotiske tilstande og svær personlighedsforstyrrelse, men også af andre psykiske lidelser og har ofte et sideløbende misbrug.

Der er ikke en entydig forklaring på stigningen af antallet af retspsykiatriske patienter. En af årsagerne til den betydelige stigning i antallet af foranstaltningsdomme skyldes en stigning i antallet af foranstaltningsdomme for mindre alvorlige personfarlige hændelser. Undersøgelser viser, at omkring 25 % af nye behandlingsdomme i de senere år har været begrundet i vold eller trusler om vold mod offentligt ansatte, herunder i psykiatrien (297-300). Undersøgelser og analyser peger derudover på store udfordringer i forhold til en mangelfuld viden om og indsatser til forebyggelse af vold og konflikter. Dertil kan længere særforanstaltninger i sig selv også være en del af forklaringen. I 2020 var det knap halvdelen af foranstaltningsdommene, som var uden tidsbegrænsning (115), hvilket medfører, at antallet af retspsykiatriske patienter øges, selvom der ikke gives flere domme. Denne udvikling bevirker i sig selv, at antallet af retspsykiatriske patienter er stigende.

Dertil er det væsentligt, at den retspsykiatriske patient, der er færdigbehandlet, kan udskrives. En undersøgelse viser, at nogle patienter ikke kan udskrives, fordi sygehuset afventer, at kommunen finder et boligtilbud til patienten, der er egnet til at understøtte den kriminalpræventive indsats. I 2019 havde psykiatrien færdigbehandlet 37 retspsykiatriske patienter, som gennemsnitligt var indlagt 59 dage længere end nødvendigt (115). Dette kan medføre, at andre patienter risikerer at vente længere på, at de kan få behandling, men også at et forløb bliver unødigt indgribende for den enkelte.

### 14.1.3. Utilstrækkelig sammenhæng og koordination i forløbet

Behandlingen af retspsykiatriske patienter finder enten sted på de retspsykiatriske afdelinger eller på almindelige psykiatriske afdelinger eller ambulatorier. Det beror på indholdet af dommen og en konkret vurdering af behandlingsbehovet og behandlingsmulighederne, hvor behandlingen skal foregå. Flertallet af retspsykiatriske patienter behandles ambulant eller ved udgående teams. Data fra regionerne estimerer, at patienter med en dom til behandling optager ca. 10% af antallet af senge i den almindelige psykiatri. En del retspsykiatriske patienter opholder sig på botilbud, og en undersøgelse har peget på, at en del af patienterne er så syge, at de på trods af lange indlæggelser og tilstrækkelig behandling ikke kan begå sig under udskrivning i de tilbud, som findes i dag (114).

Det retspsykiatriske område er komplekst og involverer ofte en række forskellige aktører, herunder Justitsministeriet, anklagemyndigheden, kriminalforsorgen, politiet, Sundhedsministeriet, sygehuse, kommunerne, m.fl. De mange forskellige aktører, forskelle i lovgivning og lange sagsbehandlingstider kan medføre et usammenhængende og afbrudt forløb for de retspsykiatriske patienter samt unødigt lange behandlingsforløb, hvilket er uhensigtsmæssigt for den enkelte, men også for deres pårørende og for samfundet generelt

En særforanstaltning kræver, at der foretages en individuel bedømmelse af den sigtede og dennes forhold. Dette kan være en udfordring i praksis, fordi der ikke altid er tilstrækkelig koordination mellem myndighederne. I hver sag skal patienten beskikkes en bistandsværge i umiddelbar forlængelse af dommen. Kriminalforsorgen skal modtage anmodningen om at opstarte forløbet straks efter domsfældelsen, så behandling og tilsyn opstartes hurtigt, og der skal foretage behovs- og risikovurdering af patienten, som anvendes til at tilrettelægge tilsynet efter.

Rigsrevisionens beretning om retspsykiatriske patienters forløb konkluderede, at retspsykiatriske patienter ikke i tilstrækkelig grad sikres et sammenhængende forløb (301). Der er en uensartet organisering på tværs af regioner, der ikke formår at iværksætte de nødvendige tiltag i tide for at sikre korrekt behandling fra start, fx ved at der kan være

lang ventetid på opstarten af et forløb. Undersøgelsen viser også, at behandlingsplaner ikke lever op til kravene i den vejledning, der gælder for området, og dermed får patienten ikke tilstrækkeligt overblik over sit forløb, og der gives ikke tilstrækkelig vejledning til de sundhedsfaglige medarbejdere.

Konsekvenserne af de mange udfordringer er en øget risiko for, at effekten af den kriminalpræventive indsats udebliver, og at patienten kan falde tilbage i ny kriminalitet, hvilket strider mod formålet med den idømte foranstaltning (115).

Som opfølgning på Rigsrevisionens afrapportering besluttede regeringen i 2021 at videreføre en arbejdsgruppe bestående af Justitsministeriet (formand), Sundhedsministeriet og Finansministeriet, som med inddragelse af øvrige relevante parter, skal undersøge det retspsykiatriske område. Arbejdsgruppen skal udarbejde en analyse af det retspsykiatriske område med fokus på retspsykiatriske patienters forløb, herunder forud for en retssag. Arbejdsgruppens arbejde vil danne grundlag for anbefalinger og forslag til mulige tiltag på det retspsykiatriske område (302).

**Unge i retspsykiatrien**
På samme måde som voksne kan unge under 18 år modtage anbringelsesdomme, behandlingsdomme og ambulante behandlingsdomme. Fælles for de psykiatriske særforanstaltninger er, at der er særlig fokus på at reducere risikoen for gentagen kriminalitet. I perioden 1981-2012 var der i 339 tilfælde idømt foranstaltninger til unge, som var under 18 år på domstidspunktet. Godt halvdelen af disse domme vedrører 17-årige.

Unge, som bliver idømt en anbringelsesdom indlægges i et ungdomspsykiatrisk sengeafsnit, da der ikke findes retspsykiatriske sengeafsnit for unge under 18 år. Den unge vil ofte være indlagt over en årrække og har som udgangspunkt begrænsede muligheder for udgang fra sengeafsnittet i henhold til sin dom og dermed også i dagligdagsaktiviteter, som kan understøtte udvikling af funktionsniveauet hos den unge. Den psykiatriske behandling består under indlæggelse og/eller ambulant af et samarbejde mellem de ovennævnte aktører, imidlertid spiller bosteder og samarbejdet med forældre og det nære netværk en stor rolle i at sikre, at patienten får den nødvendige støtte og relevante behandling.

Det er en særlig kompleks situation, når en ung får en dom til behandling med baggrund i en psykisk lidelse, idet den unge endnu ikke er etableret ift. uddannelse, job, boligforhold m.v. Den unge kan også med baggrund i familie- og sociale forhold være særlig udsat, fordi mange vil have forældre, der har egne psykiske eller adfærdsmæssige vanskeligheder, og som derfor selv har behov for støtte til at kunne understøtte deres børns sundhedsfremmende udvikling. Mange vil have haft udtalt misbrugsadfærd allerede fra 11-13-års alderen, og til trods for forskellige kommunale indsatser fx i form af afrusning, støttende samtaler i misbrugscentre, placering på botilbud m.v. er det ofte sådan, at misbrugsmønstre ikke kan brydes og efterfølges af kriminel adfærd.

Indsatser der underbygger en tidlig indsats i skole- og uddannelsesregi og er målrettet den unges problemer og symptomer, skal derfor prioriteres. Det er væsentligt, at der er en tæt kobling mellem tidlig indsats i kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien, når en indsats ikke har den forventede effekt, samt et tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien ift. at afdække evt. underliggende udviklingsforstyrrelse. I den henseende er det en særlig udfordring, at kommunerne ikke er forpligtet til at sikre tilstrækkelig støtte for unge, der behandles i retspsykiatrien. Dertil er det en udfordring for socialforvaltningerne at finde et egnet botilbud til den unge pga. målgruppeafgrænsning, men også fordi de unge ikke altid samtykker. Dette giver betydelige udfordringer i relation til at sikre stabile rammer og tilstrækkelig behandling af den unge, der har en foranstaltningsdom. Der er behov for tilstrækkelige og understøttende botilbud (se kapitel 12), så de forskellige aktørers roller og indsatser opleves som vedvarende, sammenhængende og bidrager til behandling og forebyggelse af ny kriminalitet.

## 14.2. Muligheder og anbefalinger

Ovenstående udfordringsbillede peger på et behov for at løfte kvaliteten i udredning og behandling af mennesker med psykiske lidelser, så færre bliver alvorligt syge og begår kriminalitet. Denne udfordring adresseres i anbefalingerne i kapitel 14. Ligeledes er der behov for at sikre, at det er den rette målgruppe, der modtager dom til behandling samt, at retspsykiatrien organiseres hensigtsmæssigt med et koordineret samarbejde på tværs af aktører.

**Inden for de næste 10 år er målet derfor, at**

- **Både lovgivning og praksis i indsatsen til mennesker med psykiske lidelser understøtter, at det er de rette, der modtager en dom til behandling**
- **Der er klare rammer og ensartet visitation for retspsykiatriske patienter og behandling understøtter høj kvalitet i indsatsen, herunder at patienterne modtager den rette indsats i rette regi**

### 14.2.1. Styrket indsats i retspsykiatrien

Som beskrevet i bilagsrapporten, er baggrunden for straffrihedsreglen i straffelovens § 16 en antagelse om, at gerningspersonen grundet sin mentale tilstand ikke har forstået konsekvenserne af sin kriminelle handling og derfor ikke bør straffes. Straffelovens bestemmelser om særforanstaltninger efter § 68 og § 69 indeholder ikke strafferammer, og de almindelige regler for udmåling af straf finder ikke anvendelse. Det langsigtede formål med foranstaltningerne er at rehabilitere patienten, så patienten kan leve uden retlige bindinger, men der er i de retspsykiatriske patienters forløb en række tidligere beskrevne udfordringer, som kan risikere at forlænge forløbet.

For mange patienter vil et fokuseret og varigt behandlingsresultat også afhænge af, at patienten også efter dommens ophævelse forbliver i behandling. Det er derfor nødvendigt, at der efter hver afsluttet indlæggelse er mulighed for hurtig overførsel til specialiserede retspsykiatriske ambulante tilbud. Dette medfører også behov for tilstrækkelig kapacitet i fx de sociale tilbud i kommunen. Ydermere stiller det krav til, at der afsættes ressourcer til at identificere det rigtige tilbud, så dette kan tilbydes fra start. Endelig stiller det også krav til, at personen er motiveret til at bo i et socialt tilbud, evt. at det geografisk er placeret, hvor det er meningsfuldt for patienten, og at botilbuddet er egnet til personer med komplekse udfordringer. Dette stiller krav til klare rammer for både organisering af indsatsen samt visitation til behandling.

Der er med afsæt i de beskrevne udfordringer for retspsykiatrien behov for at gennemgå den lovgivning, der regulerer området. Dette kan gøres i regi af den allerede etablerede tværministerielle arbejdsgruppe, der har til formål at foretage en analyse af området (302). Der er et særligt behov for at se på § 68 og § 69. En særforanstaltning efter § 68 eller § 69 skal vurderes mere hensigtsmæssig end en frihedsstraf, fx begrundet i mulighed for at iværksætte en sundhedsfaglig behandling, som forventes at være bedre til at forebygge fortsat kriminalitet.

**26. Der foretages en gennemgang af den lovgivning, der regulerer retspsykiatrien, herunder straffelovens bestemmelser**

**Med henblik på at understøtte sammenhæng og koordination på tværs af myndigheder ved et retspsykiatrisk behandlingsforløb, foretages en gennemgang af den lovgivning, der regulerer området, herunder en vurdering af domspraksis i forhold til hvilke mennesker, der modtager dom til behandling.**

- Den tværministerielle arbejdsgruppe til analyse af retspsykiatrien gennemgår lovgivningen med fokus på at styrke samarbejdet mellem kriminalforsorgen, kommune og sygehus omkring mennesker med dom til behandling. Ligeledes bør der foretages en vurdering af domspraksis i forhold til hvilke mennesker, der modtager dom til behandling (en psykiatrisk særforanstaltning).

**27. Styrkede rammer for indsatserne til retspsykiatriske patienter med henblik på korrekt visitation til behandling**

**Det bør vurderes, om der er en hensigtsmæssig organisering af retspsykiatrien, herunder få viden om og drøfte forhold af betydning for de faglige rammer, organisering og kapacitet.**

- Organiseringen af retspsykiatrien, som beskrevet i specialevejledningen ift. retspsykiatri, gennemgås for at sikre at den i videst mulige omfang understøtte en styrket kvalitet på området.

- Derudover bør Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9614 af 8. november 2010 om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling revideres. Vejledningen skal understøtte faglig rammer, krav og tidsfrister samt tydeliggøre samarbejdsstruktur mellem ambulant behandling og behandling under indlæggelse.

- Der skal herefter ske en implementering af begge vejledninger, og der bør i den forbindelse foretages en vurdering af, om rammerne for implementeringen er tilstede.

# 15

# Socialpsykiatrien

# 15. Socialpsykiatrien

Mange mennesker med psykiske lidelser modtager indsatser i socialpsykiatrien. Socialpsykiatriens opgave er at støtte mennesker med psykiske lidelser i at komme sig og leve et så meningsfuldt og selvstændigt liv som muligt, og herunder støtte den enkeltes aktiviteter i civilsamfundet og i hverdagslivet med familie og venner samt uddannelse og beskæftigelse. Socialpsykiatrien spiller derfor en betydelig rolle i den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser.

I dette kapitel er der fokus på indsatsen til voksne over 18 år i alle socialpsykiatriens sociale tilbud samt i sagsbehandlingen på området. De sociale tilbud omfatter i denne sammenhæng alle relevante sociale indsatser til mennesker med psykiske lidelser, herunder den opsøgende indsats, socialpædagogisk støtte i eget hjem samt botilbud og botilbudslignende tilbud. Sociale tilbud er dermed i dette kapitel en samlet betegnelse for alle de indsatser, kommunerne har med henblik på at understøtte mennesker med psykiske lidelser i at komme sig.

I dette kapitel beskrives anbefalinger i forhold til tilgængelighed og kapacitet på området, kvalitet i visitationen og i indsatsen i de sociale tilbud, den faglige kvalitet, herunder høj faglig kvalitet via rekruttering, opkvalificering og fastholdelse af kompetente medarbejdere, samt specialiserede tilbud til de mennesker, der har de sværeste psykiske lidelser og mest komplekse sociale problemer. Anbefalingerne skal særligt ses i sammenhæng med kapitlerne om tidlige indsatser for voksne (kapitel 12), børn og unge, herunder særligt i forhold til overgangen mellem barn og voksen (kapitel 11) og sammenhæng (kapitel 16).

## 15.1. Udfordringer

### 15.1.1. Manglende tilgængelighed og kapacitet

Der er de seneste år sket en ganske betydelig stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser, der har behov for indsatser i socialpsykiatrien, jf. kapitel 6. En vigtig forudsætning for at kunne hjælpe mennesker med psykiske lidelser til at komme sig er, at der er de tilstrækkelige sociale tilbud, og at de eksisterende tilbud er tilgængelige, når der er behov for det.

Der findes ikke et samlet overblik over, hvor længe man i gennemsnit venter på at modtage en indsats i socialpsykiatrien. Flere aktører på området giver dog udtryk for, at stigningen i antallet af mennesker med behov for en social indsats i socialpsykiatrien medfører, at mange venter længe på at modtage en social indsats. Det gælder fx mennesker der udskrives fra den regionale psykiatri til et socialt tilbud i socialpsykiatrien, og som har behov for en social indsats fx i form af socialpædagogisk støtte i eget hjem eller et botilbud. Det kan også være mennesker, som ud over den psykiske lidelse har komplekse problemer og derfor kan stå uden bolig efter udskrivning fra den regionale psykiatri, og som derfor henvises til fx et forsorgshjem. Det er med til at skabe afbrudte forløb i overgangen mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatrien for mennesker med de sværeste psykiske lidelser. Dette er blevet en stadig større udfordring i takt med, at forløbene på sygehusene er blevet kortere. De kortere indlæggelser er en følge af en prioriteret udvikling i den regionale psykiatri, hvor patienter udskrives, så snart de er færdigbehandlede, men også en følge af den begrænsede kapacitet, som betyder, at særligt de sværest syge i dag ikke får en tilstrækkelig eller sammenhængende indsats i dag (267).

Uhensigtsmæssigt lange ventetider skyldes bl.a., at der skal foretages en grundig udredning af den enkeltes situation for at sikre et tilbud, der imødekommer den enkeltes ønsker og behov, og at udredningen ofte først igangsættes ved udskrivning fra den regionale psykiatri. Hvis der er behov for et længerevarende botilbud, er det særligt vigtigt med en grundig udredning, så der visiteres til det rette tilbud fra starten. Derudover er der sjældent ledig kapacitet i tilbuddene, og dermed er der risiko for, at de ledige pladser ikke matcher de relevante ønsker og behov. Det er en ressourcemæssig udfordring for kommunerne at skulle opretholde ledig kapacitet i en situation med et stigende behov for tilbud i socialpsykiatrien. Flere aktører på området efterlyser bedre muligheder for tilstrækkelige og tilgængelige tilbud, herunder flere midlertidige fleksible og akutte tilbud til denne gruppe.

### 15.1.2. Udfordringer med visitation til rette tilbud

Hvis flere mennesker med psykiske lidelser skal hjælpes til at komme sig og leve et så meningsfuldt og selvstændigt liv som muligt, er det vigtigt at sikre, at de visiteres til de rette indsatser fra starten.

Indgangen til de visiterede indsatser er den kommunale sagsbehandling, hvor ønsker til og behov for støtte udredes og vurderes som baggrund for at blive visiteret til det rette tilbud.

En høj kvalitet i sagsbehandlingen kræver tilstedeværelse af både stærke socialfaglige kompetencer blandt sagsbehandlerne samt sundhedsfaglig og psykiatrifaglig viden og indsigt på et overordnet niveau (303). Desuden kræver det, at der er det tilstrækkelige og retvisende overblik over, hvilke tilgængelige tilbud der findes, ud over kommunens egne tilbud.

Flere undersøgelser peger på, at borgerne ikke oplever sig inddraget i sagsbehandlingen, og at grundlaget for kommunens afgørelse opleves ugennemsigtigt (304,305. Forskning viser desuden, at en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang, hvor indsatsen tager udgangspunkt i den enkeltes egne håb, ønsker og drømme for sit liv, er af stor betydning for muligheden for at komme sig (306). En undersøgelse af kommunernes omlægning til recovery-orienteret rehabilitering viser imidlertid, at der er udfordringer med at implementere den recovery-orienterede rehabilitering i sagsbehandlingen (307).

Mange aktører på området giver ligeledes udtryk for, at udfordringerne med kvaliteten i sagsbehandlingen kan medføre, at der opstår mistillid i dialogen mellem borger og myndighed og dermed øget risiko for, at der ikke gives den indsats, der er behov for (304).

Der er ikke foretaget en egentlig analyse af kvaliteten af sagsbehandlingen på socialpsykiatriområdet. En landsdækkende tilfredshedsundersøgelse viser, at borgerne samlet set er moderat tilfredse med visitationsprocessen. Dog mener 49 % af borgerne i botilbud og botilbudslignende tilbud samt 57 % af borgerne i eget hjem, at kommunen ikke i tilstrækkelig grad har udredt deres behov for støtte. 39 % af borgerne på botilbud og botilbudslignende tilbud og 27 % af borgerne i eget hjem oplever, at de mangler støtte til hverdagens gøremål, og heraf angiver flest, at de mangler støtte til at deltage i fritidsaktiviteter og at have nogen at tale med, om hvordan de har det. Undersøgelsen peger desuden på, at dem, som har de største udfordringer, og dermed størst behov for støtte, også er dem, som i mindst grad oplever at få det (137).

På børne- og ungeområdet er der i 2021 gennemført en kortlægning af viden om kvalitet i sagsbehandlingen, hvor det bl.a. fremgår, at der fortsat er udfordringer med lovmedholdeligheden og vilkårligheden i sagsbehandlingen, samt manglende kvalifikationer hos sagsbehandlerne og manglende inddragelse af børnene, de unge og deres familier (304). Tilsvarende udfordringer ses der indikationer på i bl.a. Socialstyrelsens og Ankestyrelsens Taskforce på handicapområdet, der hjælper kommunerne med at styrke kvaliteten og lovmedholdeligheden i sagsbehandlingen (308). Det kan være relevant at se nærmere på, om der er tilsvarende udfordringer i sagsbehandlingen på socialpsykiatriområdet.

I langt størstedelen af kommunerne anvendes Voksenudredningsmetoden (VUM) som sagsbehandlingsmetode. VUM 2.0, som er den nyligt opdaterede version, understøtter den recovery-orienterede og rehabiliterende tilgang i sagsbehandlingen, herunder samarbejdet med borgeren med afsæt i den enkeltes behov, ressourcer og ønsker (55). Der er imidlertid meget stor forskel på, hvordan og hvor meget kommunerne anvender VUM, og kun få kommuner anvender VUM 2.0, da der også pågår et arbejde i forhold til it-understøttelse af metoden. Det viser erfaringerne fra bl.a. Taskforcen på handicapområdet.

Mange kommuner anvender metoden overvejende på handicapområdet og i mindre udstrækning inden for socialpsykiatrien og det brede voksenområde for socialt udsatte. Den manglende implementering og den uensartede brug af VUM i kommunerne og på tværs af kommunerne kan være en udfordring i forhold til at sikre en lige og ensartet visitation af borgerne, for borgernes tillid til sagsbehandlingen, men også i samarbejdet mellem kommuner i forhold til at skabe helhed og sammenhæng, når borgeren modtager en indsats uden for borgerens bopælskommune.

### 15.1.3. Udfordringer med kvaliteten i indsatsen

Kvaliteten i indsatsen i socialpsykiatrien er helt afgørende for, at flere mennesker med psykiske lidelser kan hjælpes til at komme sig, for det er socialpsykiatrien, der støtter den enkelte i brobygningen til hverdagslivet med familie og venner, uddannelse og beskæftigelse og aktiv deltagelse i samfundet. Den øgede kompleksitet i målgruppen af menne-

sker med psykiske lidelser stiller imidlertid stigende krav til både indsatsen i de sociale tilbud og til medarbejdernes kompetencer (309). Mange vil have en kombination af flere forskellige problemstillinger fx et misbrug, samtidig med en eller flere psykiske lidelser og somatiske sygdomme eller en kombination af psykiske lidelser og sociale problemer fx hjemløshed, begyndende kriminalitet og voldsom eller truende adfærd. Dette betyder, at der er behov for mange samtidige og forskelligartede indsatser, og at opgaverne i tilbuddene bliver mere komplekse og omfattende og stiller større krav til bredden og indholdet i indsatserne samt til medarbejdernes uddannelse og kompetencer (se afsnit 15.1.5).

Der er i dag ikke en tilstrækkelig kvalitet i socialpsykiatrien. Utilstrækkelig kvalitet i indsatsen har betydning for borgernes og medarbejdernes tryghed, trivsel og sikkerhed på tilbuddene. Trusler, vold og magtanvendelser er fortsat en stor udfordring på mange sociale tilbud, og erfaringen viser, at målrettet arbejde med dokumenteret virksomme metoder kan reducere omfanget af vold, trusler og magtanvendelser.

Den utilstrækkelige kvalitet kommer også til udtryk ved udfordringer med bl.a. fx håndtering af medicin på botilbud. Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører sundhedsfaglige tilsyn på botilbud, og en erfaringsopsamling fra 2018 viser, at 19 % af de botilbud der blev ført tilsyn med, havde større eller kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, og at der derfor fortsat er behov for et stort fokus på sundhedsfaglige kompetencer ift. patientsikkerheden, herunder ift. håndtering af medicin (310). En undersøgelse blandt ledere i socialpsykiatrien viser desuden, at der generelt efterspørges flere sundhedsfaglige kompetencer i de sociale tilbud (309).

Kvaliteten i de sociale tilbud på socialpsykiatriområdet er i dag i vid udstrækning defineret af Socialtilsynets Kvalitetsmodel, der udgør den overordnede ramme for driftstilsynet med de tilbud, som er omfattet af lov om socialtilsyn (44,311). Med udgangspunkt i kvalitetsmodellen vurderes tilbuddene ud fra, hvordan de støtter borgerne i at komme i uddannelse og beskæftigelse og opnå selvstændighed og relationer til andre mennesker, om de arbejder med specifikke metoder og resultatdokumentation, hvordan de understøtter borgernes sundhed og trivsel, hvordan tilbuddet ledes og er organiseret samt medarbejdernes kompetencer og de fysiske rammer. Der følges med et årligt driftstilsyn op på, hvorvidt tilbuddene lever op til kravene i kvalitetsmodellen. Der er dog behov for at udfolde og udbrede arbejdet inden for temaerne i kvalitetsmodellen yderligere med henblik på at sikre kvaliteten i de sociale tilbud (potentialerne herfor uddybes i afsnit 15.2.2).

Der er desuden udfordringer i at arbejde med at understøtte borgernes vej mod uddannelse og beskæftigelse i de sociale tilbud. Forskning peger på, at uddannelse og beskæftigelse i sig selv kan være særdeles effektfulde elementer i den sociale indsats til mennesker med psykiske lidelser. På trods af denne viden, er det ikke lykkedes i tilstrækkelig grad at hjælpe flere mennesker med psykiske lidelser i beskæftigelse, da kun omkring 26 % af voksne med psykiske lidelser i alderen 19-64 år er i beskæftigelse, og ca. 71 % er uden for arbejdsstyrken. Det omvendte er gældende blandt voksne i befolkningen generelt, hvor ca. 75 % af voksne er i beskæftigelse og 23 % er uden for arbejdsmarkedet (107). Her bør resultaterne af IPS-indsatserne (Individual Placement and Support) og indsatsen Social støtte i overgangen til og fastholdelse i beskæftigelse (CTI og Job-first) inddrages, idet de dokumenterer, at en individuelt tilrettelagt og tæt koordineret og sammenhængende social og beskæftigelsesrettet indsats er virksom (312,313). IPS beskrives nærmere i kapitel 16 om sammenhæng.

Yderligere er der udfordringer med de sociale tilbuds samarbejde med civilsamfundet i forhold til at understøtte brobygningen for borgerne til det omkringliggende samfund. En undersøgelse af kommunernes udfordringer i forhold til voksne på det specialiserede voksenområde peger på, at kommunerne oplever særlige udfordringer med at samarbejde med civilsamfundsaktører (191). Jf. bilagsrapportens beskrivelse af organisering af indsatsen spiller samarbejdet med civilsamfundet en stor og vigtig rolle for mennesker med psykiske lidelser, og aktørerne i civilsamfundet er helt centrale samarbejdspartnere for de sociale tilbud, fordi de fx via sportsforeninger, ved frivilligt arbejde, ved sociale arrangementer i det nære boligområde mm. kan bidrage til at skabe en meningsfuld tilværelse og styrke netværk og inklusion i samfundet. Derved er civilsamfundet et vigtigt element i brobygningen til hverdagslivet.

### 15.1.4. Utilstrækkelig inddragelse i indsatsen

Flere undersøgelser peger på, at den enkeltes oplevelse af at blive inddraget og have indflydelse på, hvilken indsats de modtager, har stor betydning for muligheden for at komme sig. Dermed er samarbejdet med borgeren vigtigt i forhold til at sikre god kvalitet i indsatsen. Selvom der generelt er et stort fokus på samarbejdet med borgere og pårørende i indsatserne, peger bl.a. Socialstyrelsens udgående funktioner på de sociale tilbud på, at der på mange sociale tilbud fortsat er udfordringer med at sikre tilstrækkelig inddragelse af borgerne (314,315), og man opnår dermed ikke den nødvendige viden om, hvad det er for et liv den enkelte drømmer om, og hvordan indsatsen skal tilrettelægges, så der er bedst mulig hjælp til at komme sig.

Også inddragelse og samarbejde med den enkeltes familie og øvrige netværk er vigtigt, fordi de med den rette støtte kan være vigtige brobyggere i forhold til at komme sig. Mennesker med psykiske lidelser mangler ofte et netværk, og relationerne kan bære præg af den enkeltes ofte langvarige udfordringer og træk på netværket. Det kræver derfor en ekstra indsats fra medarbejderne at understøtte borgeren i at bevare eller genopbygge gode relationer til familien og netværket (316). Anbefalinger for støtte til og inddragelse af de pårørende og netværket i det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser findes i afsnit 13.2.7.

### 15.1.5. Udfordringer i forhold til rekruttering, opkvalificering og fastholdelse af kompetente medarbejdere i tilbuddene

En vigtig forudsætning for at sikre en høj kvalitet i indsatsen på de sociale tilbud er, at der er de rette ledere og medarbejdere med den rette uddannelse og de rette kompetencer.

Her viser nye analyser af uddannelsesbaggrund blandt medarbejderne på døgntilbud til voksne og døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder til børn og unge, at det er i størrelsesordenen hver fjerde medarbejder, der kun har grundskole eller en gymnasial uddannelse mv. som højest fuldførte uddannelse (112). Disse medarbejdere kan muligvis have lang praksiserfaring, men har ikke nødvendigvis den grundlæggende faglige ballast, som en relevant uddannelse giver.

Hvis der ses specifikt på døgntilbud på voksenområdet, der henvender sig til borgere med psykiske vanskeligheder, viser opgørelserne af uddannelsesniveauet, at ca. 19 % har grundskole eller gymnasial uddannelse mv. som højest fuldførte uddannelse. Når det gælder døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, der henvender sig til børn og unge med psykiske vanskeligheder, er det ca. 21 %, som har grundskole eller gymnasial uddannelse mv. som højest fuldførte uddannelse (317).

Når medarbejdernes uddannelsesniveau opgøres, ses der på højest fuldførte uddannelse, hvilket siger noget om deres formelle uddannelsesniveau. Medarbejderne kan således have taget mere eller mindre formelle efteruddannelser og supplerende kurser, som ikke vil indgå i opgørelsen.

Ud over medarbejdernes uddannelsesniveau kan deres uddannelsesområde også have stor betydning for kvaliteten af indsatsen på de sociale tilbud. Her viser analyserne, at 55 % af medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet, der henvender sig til borgere med psykiske vanskeligheder, er uddannet inden for social- eller sundhedsområdet, fx som socialpædagog. På døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, der henvender sig til børn og unge med psykiske vanskeligheder, er ca. 48 % uddannet inden for social- eller sundhedsområdet (317).

Ligeledes kan det have stor betydning, at der på de sociale tilbud er den rette sammensætning af medarbejdere i forhold uddannelse og kompetencer bredt set, herunder relevant praksiserfaring.

Udfordringerne med at sikre de tilstrækkelige kompetencer i tilbuddene kan bl.a. skyldes vanskeligheder med at rekruttere faguddannede medarbejdere, grundet de generelle rekrutteringsudfordringer på social- og sundhedsområdet og i samfundet som helhed.

Idet udfordringer med rekruttering til socialpsykiatrien afspejler en generel udfordring i samfundet som helhed, er det ikke nødvendigvis en mulighed at rekruttere medarbejdere fra andre områder. Der er behov for nye løsninger, arbejdsgange og metoder, som kan målrette og frigøre hænder, fx ved bedre anvendelse af digitale og velfærdsteknologiske løsninger og mere bevidst og målrettet anvendelse af de mere specialiserede kompeten-

cer, ligesom det er vigtigt at sikre, at de hænder, der allerede er, er bedst muligt uddannet til opgaven.

Der kan således både være behov for at sætte styrket fokus på fastholdelse og rekruttering af medarbejdere med de rette kompetencer i socialpsykiatrien, opkvalificering af eksisterende medarbejdere, bedst mulig anvendelse af de rette kompetencer, samt hvordan der sikres adgang til nødvendige kompetencer på andre områder, herunder særligt sundhedsområdet.

### 15.1.6. Mangel på specialiserede tilbud til mennesker med de sværeste psykiske lidelser

Mange kommuner peger på, at målgruppen af mennesker med svære psykiske lidelser er stigende, hvilket bl.a. skal ses i sammenhæng med udviklingen i den regionale psykiatri, hvor borgerne udskrives tidligere (84). Flere aktører på området peger i den forbindelse på, at der mangler tilstrækkeligt specialiserede tilbud, der kan varetage indsatsen for mennesker med svære psykiske lidelser, herunder mennesker med dobbeltdiagnoser. Ud over stærke socialfaglige kompetencer peges der på behovet for bedre adgang til mere specialiserede kompetencer i form af psykiatri- og sundhedsfaglig rådgivning og vejledning fx omkring symptomer på eller forværring af psykiske lidelser, somatiske sygdomme mv. Det gælder både situationer, hvor den enkelte får behov for en indsats fra den regionale psykiatri, for at få det bedre og undgå yderligere sygdomsforværring, samt også mulighed for generel rådgivning, sparring og opkvalificering af de sociale tilbud fra den regionale psykiatri. Det gælder også muligheden for sundhedsfaglig rådgivning omkring somatiske sygdomme, jf. også satspuljeinitiativet om styrket sundhedsfaglig rådgivning og lettere adgang til psykiatrisk udredning på botilbud, hvor et tværfagligt team fra den regionale psykiatri rådgiver botilbud, både i forhold til de enkelte beboere og generelt i forhold til relevante sundhedsfaglige problematikker (318).

Kommunerne påpeger desuden, at mennesker med psykiske lidelser og samtidige komplekse sociale problemer, herunder borgere der mangler en bolig eller ikke kan håndtere at opholde sig i deres bolig, er stigende. Denne gruppes problemstillinger vil ofte kræve en mere håndholdt og fleksibel løsning for at fastholde borgerne i tilbuddene og for derved at forebygge tilbagefald og fremme trivsel og øget stabilitet i hverdagen. Kommunerne oplever udfordringer med at kunne tilbyde de tilstrækkelige og relevante tilbud til netop denne gruppe (191), ligesom det stiller øgede krav til medarbejdernes kompetencer i forhold til at arbejde både tværfagligt og tværsektorielt, når man skal arbejde med denne gruppe af borgere (41).

At disse samarbejdskompetencer er helt nødvendige understreges af, at mange både er i kontakt med den regionale psykiatri, herunder de psykiatriske akutfunktioner og i forbindelse med akutte indlæggelser på sygehusene, og modtager sociale indsatser i kommunerne, enten fordi de bor på et botilbud eller får bostøtte i eget hjem. Dette kan skyldes, at borgerens psykiske lidelse er af en karakter, som betyder behov for psykiatrisk behandling som supplement til den sociale indsats, både planlagt og akut behov for behandling. Det kan dog også skyldes, at der på nogle af de sociale tilbud ikke er de tilstrækkelige kompetencer til at forebygge og tage hånd om forværring og akut opståede kriser eller et tilstrækkeligt døgndækkende beredskab til at håndtere forværringer. Konsekvenserne af det manglende beredskab kan, udover at føre til unødige indlæggelser og genindlæggelser, desuden medføre behov for tvangsindlæggelser og/eller tvangsforanstaltninger i den regionale psykiatri, fordi forløbene i socialpsykiatrien i nogle situationer er eskaleret unødigt fx i form af trusler, vold og magtanvendelser.

Udfordringen forstærkes af, at patienter udskrives hurtigere fra den regionale psykiatri og den deraf følgende udvidelse af opgaven i socialpsykiatrien, som øger behovet for adgang til at trække på de tilstrækkelige udgående specialiserede kompetencer fra den regionale psykiatri, både når krisen opstår eller i forbindelse med planlagt ambulant behandling. Udfordringerne betyder, at akutte kriser ikke håndteres tilstrækkeligt hurtigt og effektivt, og det skaber både unødig lidelse hos det enkelte menneske og betyder et større træk på den regionale psykiatri end nødvendigt. Det er derfor helt centralt, at de akutte situationer, som kan forebygges, bliver forebygget.

## 15.2. Muligheder og anbefalinger

Ovenstående udfordringer peger på et behov for et betydelig og langsigtet kvalitets-, kompetence- og kapacitetsløft af socialpsykiatrien.

**Inden for de næste 10 år er målet derfor, at:**

- **Indsatsen til mennesker med psykiske lidelser har fokus på muligheden for at leve et meningsfuldt liv med aktiv deltagelse i de almene fællesskaber i fritiden, på en uddannelse og på en arbejdsplads.**
- **Der er i alle kommuner adgang til midlertidige, fleksible, akutte og tilgængelige socialpsykiatriske tilbud af høj kvalitet, så alle mennesker med psykiske lidelser modtager en dokumenteret virksom social indsats, når de har behov for det, og ingen udskrives fra den regionale psykiatri uden en plan for opfølgning.**
- **Der er tilstrækkeligt specialiserede socialpsykiatriske tilbud til mennesker med de sværeste psykiske lidelser og med samtidige komplekse sociale problemer**
- **Der er sket et gennemgribende kompetenceløft med styrkelse af de socialpædagogiske, socialfaglige, terapeutiske, sundhedsfaglige og psykiatrifaglige kompetencer i socialpsykiatrien, herunder tilført kompetencer fra medarbejdere med brugererfaringer, så mennesker med psykiske lidelser møder færre ufaglærte og flere kompetente medarbejdere i alle dele af socialpsykiatrien.**

### 15.2.1. Øget tilgængelighed, fleksibilitet og kapacitet

Et samlet løft af socialpsykiatrien kræver en gradvis og langsigtet udvikling af området både i forhold til kapacitet og kompetencer, kombineret med et hurtigt løft af nogle af de mest akutte udfordringer i forhold til særligt mennesker med de sværeste psykiske lidelser og mest komplekse problemer. En målrettet og effektiv indsats fordrer et eftersyn af, om de tilstrækkelige ressourcer og rammer er tilstede for at kunne sikre de rette og tilstrækkelige tilbud, samt styrke kvaliteten og kompetencerne i tilbuddene til gavn for mennesker med psykiske lidelser.

Der er i sammenhæng hermed også brug for at få et samlet overblik over kapaciteten på området samt at se på, om indsatsen i socialpsykiatrien samlet set kan tilrettelægges mere hensigtsmæssigt – både i forhold til at forebygge, at mennesker i mistrivsel senere får behov for indsatser i socialpsykiatrien, men også i forhold til at sikre at der arbejdes mere systematisk og målrettet med at hjælpe flere mennesker med psykiske lidelser til at komme sig og vende tilbage til et almindeligt hverdagsliv med uddannelse og beskæftigelse og deltagelse i samfundet på lige fod med andre.

Denne viden kan tilvejebringes ved en egentlig styringsgennemgang af socialpsykiatrien. Styringsgennemgangen skal bygge videre på såvel styringsgennemgangen af den regionale psykiatri fra 2018 samt de styringsanalyser, der er gennemført på det specialiserede socialområde i forbindelse med Evalueringen af det Specialiserede Socialområde, tidligere analyser gennemført af Finansministeriet samt Socialstyrelsens udviklede nøgletalsredskab til monitorering af omlægningen mod recovery-orienteret rehabilitering, som vil være tilgængeligt for alle landets kommuner fra 2023.

Der er brug for et løft der afspejler både omfanget af mennesker, der har behov for en indsats i socialpsykiatrien, men også de meget forskellige behov, som mennesker med psykiske lidelser har. Der er således både behov for styrket tilgængelighed til de sociale tilbud, behov for flere sociale tilbud, særligt botilbud og bostøtte, samt endelig for nye typer tilbud i form af mere fleksible midlertidige tilbud, så der ikke opleves unødig ventetid i forbindelse med udskrivning og overgang fra sygehusindlæggelse til eget hjem eller til et botilbud.

Der har igennem en årrække været udviklet, afprøvet og udbredt sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser eller mennesker i akut psykisk krise i samarbejde med en række kommuner. Evalueringen herfra viste, at borgerne oplevede en øget tryghed, samt at der også kunne forventes samfundsøkonomiske gevinster ved et socialt akuttilbud. Brugerne havde således færre indlæggelser og sengedage efter deres kontakt til det sociale akuttilbud. Det tyder på, at de sociale akuttilbud kan medvirke til, at det i en periode er tilstrækkeligt med ambulante besøg for borgerne (319). Det er således centralt at bygge videre på de gode erfaringer med udbredelse af sociale akuttilbud.

**28. Opbygning og omlægning af kapaciteten i socialpsykiatrien, så der er de tilstrækkelige og tilgængelige dokumenteret virksomme tilbud, samtidig med at der sker en udbredelse af fleksible tilbud, der møder de varierende behov, som mennesker med psykiske lidelser har**

**Kapacitetsopbygningen skal sikre, at den enkelte modtager de rette og dokumenteret virksomme sociale tilbud på rette tidspunkt. For bedre at hjælpe dem, der har brug for et midlertidigt tilbud, fx efter udskrivelse fra den regionale psykiatri, udbredes desuden erfaringer med etablering af lettilgængelige, fleksible og døgnbemandede midlertidige tilbud eller selvvisiterende tilbud, og der etableres flere af denne type tilbud, herunder som midlertidige overgangstilbud.**

- Udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser med akut behov for støtte eller mennesker i akut psykisk krise, så det sikres, at de får den hjælp, de har brug for hurtigt med henblik på at undgå forværring og for at sikre henvisning til de relevante andre indsatser ved behov.
- Udvikling, udbredelse og øget tilgængelighed af midlertidige, fleksible og tilgængelige socialpsykiatriske tilbud som er dokumenteret virksomme og af høj kvalitet, så mennesker med psykiske lidelser får den indsats, de har behov for, så snart behovet opstår.
- Gennemførelse af en styringsgennemgang af socialpsykiatrien, der kan afdække behovet for kapacitetsopbygning samt den faglige, organisatoriske og økonomiske styring af området, herunder om incitamentsstrukturerne på området er hensigtsmæssige i forhold til at sikre, at mennesker med psykiske lidelser hjælpes til at komme sig og vende tilbage til et almindeligt liv med uddannelse og beskæftigelse.

### 15.2.2. Styrket kvalitet i sagsbehandlingen og visitationen til tilbud

Det primære formål med sagsbehandlingen er at afdække ønsker, behov og ressourcer, samt gennem visitation at sikre, at den enkelte får det tilbud, der bedst understøtter muligheden for at komme sig. Der er derfor behov for kvalitet i alle sagsbehandlingens faser. Det gælder både i udredningen, hvor håb, ønsker og drømme samt egne ressourcer inddrages, og i den sociale indsats, hvor der arbejdes recovery-orienteret og rehabiliterende. I arbejdet med handleplanen skal borgerens håb, ønsker og drømme være retningsgivende for målene i den sociale indsats. I bestillingen til det sociale tilbud skal den sociale indsats tilrettelægges, så den understøtter formålet og målene med indsatsen. Og endelig skal det i opfølgningen sikres, at den sociale indsats fortsat er den rette og bidrager til borgerens recovery og rehabilitering.

Der er et stort potentiale i fortsat udbredelse og forankring af VUM 2.0, herunder kompetenceudvikling i at anvende metoden samt den recovery-orienterede og rehabiliterende tilgang i VUM 2.0 samt i både at implementere metoden og tilgangen om recovery-orienteret rehabilitering fuldt ud i sagsbehandlingen. Dette indebærer bl.a., at det er borgerens håb, ønsker og drømme for en fremtid, der rækker ud af tilbuddet, der er omdrejningspunktet.

**29. Kvaliteten i sagsbehandlingen på voksenområdet styrkes, så mennesker med psykiske lidelser modtager det sociale tilbud, som bedst hjælper dem til at komme sig.**

**For at sikre, at mennesker med psykiske lidelser tilbydes de rette indsatser og oplever en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang i vurderingen af deres behov for støtte, gennemføres en kortlægning og udbredelse af viden om kvalitet i sagsbehandlingen på voksenområdet. Derudover iværksættes en mere systematisk og målrettet udbredelse og implementering af Voksenudredningsmetoden (VUM) 2.0 i kommunerne, så metoden anvendes på alle relevante målgrupper i socialpsykiatrien og ensartet i og på tværs af kommunerne.**

I implementering af VUM 2.0 bør alle kommuner sikre at:

- Sagsbehandlerne opkvalificeres til at kunne indfri ambitionerne i VUM 2.0, herunder hvordan den recovery-orienterede og rehabiliterende tilgang kan omsættes i sagsbehandlingen, samt hvordan borgerens håb, ønsker og drømme for tilbagevenden til et almindeligt liv kan være omdrejningspunktet, og hvordan borgerens ressourcer og civilsamfundet kan tænkes mere systematisk ind i sagsbehandlingen, i valg af tilbud og tilrettelæggelse af indsatsen.

- Sagsbehandlernes viden om og faglige indsigt i mennesker med psykiske lidelser og i recovery-orienteret rehabilitering styrkes, så der ydes den rette specialiserede indsats, og sagsbehandlerne sikres mulighed for at trække på psykiatrifaglig specialistviden fra den regionale psykiatri samt på viden fra specialiserede socialpædagogiske miljøer.

- Der sker en korrekt og ensartet løbende indberetning og registrering i de centrale fagsystemer, som understøtter VUM 2.0, og at relevant ledelsesinformation herfra anvendes til at understøtte både en databaseret praksis blandt medarbejderne og en strategisk styring og udvikling af socialpsykiatrien i kommunen. Dette skal desuden bidrage til at understøtte mulighederne for nationalt at kunne monitorere og kvalitetssikre indsatsen og følge udviklingen på socialpsykiatriområdet i den enkelte kommune, på tværs af kommunerne og på landsplan, jf. kapitlet om sammenhæng.

**30. Der iværksættes et eftersyn af servicelovens voksenbestemmelser i forhold til, om de effektivt understøtter mennesker med psykiske lidelser i at komme sig**

**Serviceloven sætter de lovgivningsmæssige rammer for visiteringen til og rammerne for de sociale tilbud, og der er behov for en vurdering af, om den nuværende lovgivning i tilstrækkelig grad understøtter recovery-orienteret rehabilitering og skaber de tilstrækkelige rammer for fleksible og lettilgængelige indsatser, som mennesker med psykiske lidelser har behov for.**

### 15.2.3. Styrket kvalitet i indsatsen

Der er i løbet af de seneste år sket en betydelig udvikling i forhold til at arbejde mere systematisk med kvaliteten både på myndighedssiden og tilbudssiden på socialpsykiatriområdet. Der er i regi af initiativet Styrket kvalitet i socialpsykiatrien (50), bl.a. udarbejdet retningslinjer for faglig ledelse af en recovery-orienteret rehabiliterende indsats i socialpsykiatrien (320), faglige pejlemærker for kvalitet i bostøtten (321), og nært forestående er anbefalinger om god kvalitet på botilbud. Desuden er der etableret et samlet kursustilbud samt et indsatsteam målrettet socialpsykiatriske tilbud, der udbreder disse (315). Endelig er et strategisk partnerskab mellem Socialstyrelsen og udvalgte kommuner i gang med at udvikle et koncept for en samlet udvikling og omlægning af socialpsykiatrien med fokus på, hvordan recovery-orienteret rehabilitering som tilgang kan implementeres i alle dele af den kommunale socialpsykiatri (322). Disse nationale vejledninger og anbefalinger forventes at bidrage til i højere grad at sætte retning for et løft af kvaliteten af indsatserne til mennesker med psykiske lidelser.

Der er ligeledes gode erfaringer med ansættelse af medarbejdere med levede erfaringer som peerstøtter, i både kommuner og regioner. Erfaringerne viser både en positiv virkning i forhold til peerstøtte-modtagernes og peerstøtternes recovery. Samtidig viser en evaluering af anvendelsen af peermedarbejdere, at det styrker en recovery-kultur på arbejdspladserne at gøre brug af peers i form af ændret sprogbrug, samt ved at ledere og medarbejdere oplever et øget håb på vegne af borgerne og en tro på, at borgerne kan komme sig, hvilket også styrker borgerens egen tro på, at det er muligt at komme sig. Peer-medarbejdere er således et særdeles virksomt element i den socialfaglige indsats (323).

Den tidligere nævnte tilfredshedsundersøgelse viser, at borgerne samlet set generelt er meget tilfredse med den støtte, de modtager i bostøtten og med personalet på botilbud. Undersøgelsen viser imidlertid også, at de borgere, der har det sværest, ikke oplever at få en tilstrækkelig indsats (137). Socialtilsynets kvalitetsvurderinger af de sociale tilbud tegner tilsvarende et billede af en generelt høj kvalitet på de sociale tilbud på voksenområdet samlet set (324). Dette indikerer, at der er et godt afsæt for at løfte de udfordringer, som aktørerne på området giver udtryk for, at der er på området.

Indsatsen i kommunerne bygger i stigende grad på en lang række dokumenterede og evidensbaserede metoder på området, herunder metoder som Critical Time Intervention, Åben Dialog, Social Færdighedstræning, Low Arousal, Assertive Community Treatment og mange flere, som anvendes i en del af landets kommuner. Flere kommuner har gode erfaringer med at anvende den tværsektorielle metode Åben Dialog på tværs af socialpsykiatrien og den regionale psykiatri. En metode, som har vist dokumenteret effekt i form af et markant reduceret træk på sundhedsydelser i de efterfølgende 10 år og markant færre genindlæggelser (325). Der er desuden i de senere år kommet en øget opmærksomhed på betydningen af traumer i arbejdet med mennesker med psykiske lidelser, og noget forskning peger på, at en traumebevidst tilgang kan medvirke til at tilpasse indsatsen til den enkelte samt forebygge re-traumatisering.

Desuden har størstedelen af landets kommuner i gennem en årrække været i gang med at udvikle og omlægge indsatsen mod øget recovery-orienteret rehabilitering. Partnerskabet om strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien er langt med at udvikle ny viden om, hvordan denne udvikling kan understøttes yderligere i landets kommuner og i tilbuddene (322). Til sammenligning har man i flere andre lande udarbejdet en national strategi for recovery (326-328).

Det samlede billede af indsatsen i socialpsykiatrien er dog fortsat præget af uens tilgange og en stor forskel i kvaliteten på tværs af de sociale tilbud, og der er fortsat store potentialer i øget implementering af virksomme metoder og indsatser i samarbejdet med borgerne samt i at udbrede viden og give mere præcise nationale anvisninger på, hvad der er god kvalitet, og hvordan man kan forbedre kvaliteten i praksis.

Socialtilsynets kvalitetsmodel er som nævnt i afsnit 15.1.3 en ramme for tilsynet med de sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynet, og den er også velegnet som overordnet og fælles faglig ramme for at arbejde med udvikling af kvaliteten, ikke alene på botilbud og de botilbudslignende tilbud, men også mere bredt i de sociale tilbud i socialpsykiatrien. Kvalitetsmodellen er imidlertid meget overordnet, og der er behov for mere vidensbaserede og praksisnære anvisninger på, hvad der er god kvalitet i indsatsen, fx i form af nationale vejledninger og anbefalinger samt eksisterende dokumenterede

metoder til at opnå god kvalitet i indsatsen, og hvordan man i hele socialpsykiatrien kan arbejde mere målrettet og systematisk med både at styrke og dokumentere kvaliteten. Der er således et stort potentiale i at udfolde og udbrede arbejdet inden for temaerne i kvalitetsmodellen yderligere i alle de sociale tilbuds daglige samarbejde med borgerne, samt for at sikre et mere ensartet og vidensbaseret arbejde med kvalitetsmodellens temaer på tværs af tilbuddene på socialpsykiatriområdet. Nye litteraturstudier fra 2021 viser fx, at borgerne særligt vægter forhold som aktiv deltagelse i civilsamfundet, autonomi og medbestemmelse, individuelle behandlings- og støttemuligheder, beskyttelse af personlig værdighed og privatliv samt relationen til de ansatte og de andre beboere i tilbuddene (329,330).

Mange af de eksisterende, dokumenterede socialfaglige metoder målrettet mennesker med psykiske lidelser har afsæt i den recovery-orienterede tilgang, og hvor samarbejdet med den enkelte og dennes netværk er i fokus, fx Åben Dialog (ÅD), Individual Placement and Support (IPS) og Feedback Informed Treatment (FIT) (331). Disse er imidlertid ikke udbredt og implementeret bredt i de sociale tilbud og indsatser. En øget udbredelse af disse metoder vil være en vigtig løftestang i forhold til at implementere den recovery-orienterede og rehabiliterende tilgang og dermed styrke samarbejdet med borgeren og dennes netværk i landets kommuner og tilbud.

**31. Et bredt og ensartet kvalitetsløft af hele socialpsykiatrien gennem en national udviklingsstrategi**

**Der udvikles en national strategi for fortsat udvikling og omlægning af socialpsykiatrien mod en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang, så alle mennesker med psykiske lidelser på tværs af landet får relevante, rettidige indsatser af høj kvalitet. Den eksisterende viden og erfaring udbredes mere systematisk til alle landets kommuner – både i forhold til den strategiske ledelse, blandt sagsbehandlerne samt blandt ledere, medarbejdere og i forhold til den enkelte.**

Udviklingsstrategien kan have fokus på:

- En mere målrettet og systematisk brobygning til de almindelige fællesskaber med særligt fokus på at støtte borgerne i at være i uddannelse og beskæftigelse samt aktivt at deltage i civilsamfundsaktiviteter, fx ved øget brug af natur, kultur og idræt, samt ved anvendelse af peers.
- En mere målrettet indsats for at sikre øget samarbejde med borgere, pårørende og netværk - både i forhold til den generelle udvikling af kvaliteten i tilbuddene og i det daglige samarbejde om at hjælpe den enkelte til at komme sig.
- Udbredelse og implementering af praksisnære nationale vejledninger og anbefalinger til indhold, kompetenceniveau og metoder, der kan omsættes i alle sociale tilbud, og som kan danne udgangspunkt for fælles kompetenceudvikling af ledere, medarbejdere og borgere.
- En fortsat udvikling og udbredelse af dokumenteret virksomme metoder og indsatser i socialpsykiatrien, der understøtter kvaliteten på tilbuddene og inddragelse af borgerne, herunder anvendelse af digitale og velfærdsteknologiske løsninger, der kan supplere de eksisterende indsatser med fleksible, effektive og tilgængelige løsninger.
- Understøtte udbredelse af Fælles Faglige Begreber FFB og VUM 2.0 (332) til alle landets kommuner og tilbud med henblik på at sikre en systematisk opfølgning på effekten af indsatsen for borgerne og styrke dialogen mellem medarbejderne på tilbuddene, myndighedssagsbehandlerne og borgerne i forhold til udvikling og trivsel.

### 15.2.4. Styrket faglighed i tilbuddene

For at sikre, at borgerne modtager en indsats af høj faglig kvalitet, er det helt centralt, at der er de rette fagligheder og kompetencer til stede blandt medarbejderne i de sociale tilbud. Et nødvendigt prioriteret fokus bør derfor være på rekruttering, fastholdelse og opkvalificering af alle relevante ledere og medarbejdere i de sociale tilbud.

Et øget fokus på rekruttering og fastholdelse vil kræve, at der arbejdes på at øge kendskabet til fagområdet og socialpsykiatrien som karrierevej blandt uddannelsessøgende og relevante faggrupper, at der fokuseres på gode introduktionsforløb, et godt og trygt arbejdsmiljø samt gode udviklingsmuligheder og muligheder for kompetenceudvikling. Allerede på grunduddannelserne bør studerende på socialpædagog-, ergo- og fysioterapiuddannelserne samt social- og sundhedsuddannelserne således stifte bekendtskab med socialpsykiatrien og de faglige udviklingsmuligheder, der findes på området.

Med henblik på at øge kompetenceniveauet kan behovet for en national social- og sundhedsfaglig efteruddannelse, fx på diplomniveau, af medarbejdere på tilbuddene afsøges, som supplement til den tværfaglige personalesammensætning der samlet set skal sikre, at de nødvendige kompetencer er til stede i tilbuddene. Det er samtidig vigtigt, at uddannelserne understøtter det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring mennesker med psykiske lidelser, fx gennem fælles uddannelse på tværs af specialuddannelserne og på tværs af sektorer.

Ud over et generelt løft af uddannelsesniveauet er der samtidig behov for et generelt kompetenceløft af de medarbejdere, der allerede er ansat i socialpsykiatrien i forhold til både socialfaglig, sundhedsfaglig og psykiatrifaglig viden og kompetencer. I forhold til særligt de socialpædagogiske kompetencer er der brug for, at flere medarbejdere får kompetencer i forhold til bl.a. at have fokus på at understøtte borgernes recovery, på samarbejde med borgerne og inddragelse af den enkeltes egne perspektiver i indsatsen, og på de ressourcer der er hos den enkelte, de pårørende og i det øvrige netværk. Desuden er der behov for at styrke kompetencer i forhold til at understøtte helhed og sammenhæng for den enkelte, samarbejde med civilsamfund og i at fungere som brobygger til det omgivende samfund.

Der er også behov for at styrke de sundhedsfaglige kompetencer i socialpsykiatrien i forhold til fx medicinhåndtering, rådgivning om kost og motion samt i forhold til opsporing af somatiske sygdomme, ligesom der er behov for at styrke psykiatrifaglige kompetencer i forhold til at skabe viden om og forståelse for, hvad det vil sige at have en psykisk lidelse. Dette kan ske gennem sammensætning af medarbejdere med forskellige faglige baggrunde, ved at styrke de socialfaglige medarbejdernes sundheds- og psykiatrifaglige kompetencer eller ved at skabe en mulighed for at trække på de relevante sundheds- og psykiatrifaglige kompetencer uden for tilbuddet. Det er fra 2022 blevet et krav, at beboere på botilbud skal have tilbudt et årligt sundhedstjek fra almen praksis, hvilket medvirker til at styrke deres sundhedstilstand (333). Der er behov for fokus på, at dette nye krav implementeres bredt på alle botilbud.

**32. Et bredt uddannelses- og kompetenceløft af socialpsykiatrien og en styrket rekruttering**

**Der er behov for at løfte uddannelses- og kompetenceniveauet blandt ledere og medarbejdere på de sociale tilbud og for at styrke rekruttering og fastholdelse af kompetente medarbejdere i socialpsykiatrien.**

Det kan ske ved, at

- Der anvendes mere målrettede og systematiske introduktionsforløb for nye medarbejdere på socialpsykiatriområdet samt planer for kompetenceudvikling af de medarbejdere, der allerede er i socialpsykiatrien, der skal styrke både de socialfaglige kompetencer og øge viden og indsigt i forhold til både psykiatrifaglighed og sundheds- og beskæftigelsesfremmende indsatser.
- Der sker en øget anvendelse af merituddannelse og nye diplommoduler på professionshøjskolerne samt efteruddannelse i regi af social- og sundhedsskolerne for medarbejdere ansat i socialpsykiatrien med henblik på at løfte det generelle uddannelsesniveau.
- Der i samarbejde med uddannelsesinstitutionerne samt kommuner og regioner udvikles en strategi for rekruttering, kompetenceudvikling og fastholdelse af kompetente ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien.

### 15.2.5. Øget specialisering i tilbuddene

Stigningen i antallet af mennesker med svære psykiske lidelser og komplekse problemer, der modtager en indsats i socialpsykiatrien, stiller nye og flere krav end hidtil til de sociale tilbud, herunder til indholdet i tilbuddene, til medarbejdernes kompetencer, til de metoder og redskaber, de anvender, og til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Der er derfor behov for at sikre, at der er det tilstrækkelige udbud af specialiserede tilbud til denne målgruppe, herunder bl.a. til mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, somatiske sygdomme, kognitive funktionsnedsættelser og/eller svære sociale problemer.

Den igangværende evaluering af det specialiserede socialområde, forventes at danne grundlag for en kommende national specialeplanlægning på det højt specialiserede socialområde med inspiration fra sundhedsområdet (334). Der skal udarbejdes løsningsforslag, der skal sikre kvaliteten og specialiseringen på det specialiserede socialområde. I regi af evalueringens spor 2 har Socialstyrelsen udarbejdet et forslag til model for beskrivelse af specialiseringsniveauer for målgrupper, indsatser og leverandører på det specialiserede socialområde.

Kompetencer i at arbejde fx med relationel koordinering eller relationel kapacitet både i socialpsykiatrien og hos samarbejdspartnerne vil både kvalificere indsatsen for borgerne og styrke det fælles sprog, den fælles forståelse og dermed samarbejdet mellem socialpsykiatrien og den regionale psykiatri om en indsats, der opleves helhedsorienteret, sammenhængende og virksom af den enkelte, jf. også kapitel 16 (39).

**33. En øget specialisering af socialpsykiatriske indsatser til mennesker med de sværeste psykiske lidelser og mest komplekse problemer**

**Mennesker med svære psykiske lidelser og eventuelle komplekse sociale problemer skal mødes af medarbejdere, som er uddannet til at varetage deres helt særlige behov. Det nødvendiggør en tilstrækkelig specialiseret viden og specialiserede kompetencer hos medarbejderne.**

Specialiseringen kan ske gennem:

- Videre- og efteruddannelse af de socialfaglige medarbejdere, som skal sikre, at medarbejderne i socialpsykiatrien har grundlæggende sundhedsfaglige og psykiatrifaglige kompetencer. Disse medarbejdere kan desuden fungere som brobyggere mellem den socialfaglige og sundheds- og psykiatrifaglige viden til gavn for borgerne.

- Beskrivelse af alle relevante specialfunktioner på området samtidig med, at der stilles krav om og sikres tilstedeværelsen af eller adgang til de rette specialiserede kompetencer hos medarbejderne på tilbuddene til mennesker med svære psykiske lidelser og komplekse problemer.

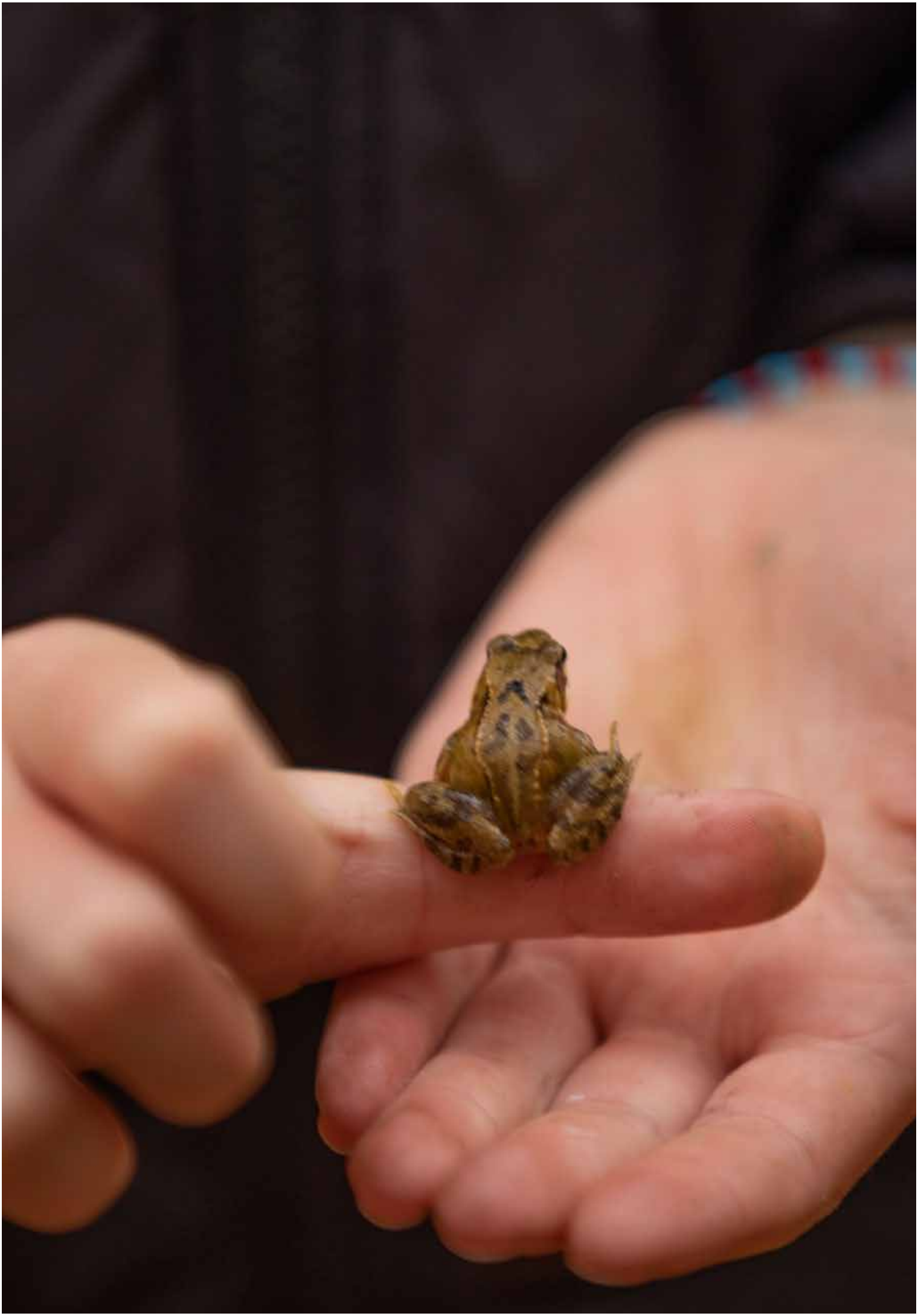
- Etablering af forpligtende samarbejdsstrukturer og fælles kompetenceudvikling på tværs af socialpsykiatrien, den regionale psykiatri og almen praksis, så det sikres, at der på tværs af aktørerne sikres deling af den nyeste forskningsbaserede og dokumenterede viden, er mulighed for rådgivning og sparring samt kompetenceudvikling og opkvalificering på tværs af sektorerne. Dette kan fx ske ved etablering af faste samarbejdsstrukturer, udgående rådgivning, matrikelløse indsatser, fælles kompetenceudvikling eller faste besøgsdage.

- Iværksættelse af tiltag der skal sikre en bedre håndtering af medicin i tilbuddene, og som trækker på viden og erfaringer fra Medicinpædagogik samt på initiativet Medicinsikre botilbud (333,334).

**34. Udvikling og udbredelse af opsøgende gadeplansarbejde til borgere med de sværeste psykiske lidelser og komplekse sociale problemer**

**Mennesker med svære psykiske lidelser og komplekse sociale problemer skal modtage en opsøgende og fremskudt indsats, der er håndholdt og på den enkeltes egne præmisser.**

- Det udgående og opsøgende gadeplansarbejde udvikles og udbredes, hvor det er relevant, fx i form af støtte-kontaktpersonsordningen eller socialsygeplejersker i forhold til de mest udsatte borgere, der er vanskelige at fastholde i behandlingsforløb og i de sociale tilbud, og som kan bygge bro mellem den enkelte og sundhedspersonale og formidle kontakt til relevante samarbejdspartnere.



# 16

# Sammenhæng

# 16. Sammenhæng

Mange mennesker med psykiske lidelser oplever, at deres forløb bliver besværliggjort af, at der ikke er sammenhæng i det tilbud, de får. Der kan være samtidige tilbud i den regionale psykiatri, i praksissektoren og/eller det somatiske sygehusvæsen, og/eller et eller flere sideløbende indsatser på social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet i kommunerne.

For den del af målgruppen, der har en svær psykisk lidelse med et betydeligt nedsat funktionsniveau, er det en særlig vanskelig situation, men også mennesker med fx samtidig somatisk sygdom, eller som overgår fra børne- og ungdomsområdet til voksenområdet i psykiatrisk og kommunalt regi, når de fylder 18 år, kan opleve, at der er udfordringer i kontinuitet.

Det er ofte i overgangene mellem sektorer, og når der er flere samtidige indsatser, at systemet bliver svært at navigere i for den enkelte, og det kan være uoverskueligt at holde styr på de mange forskellige behandlere, kontaktpersoner, planer og aftaler. Det er derfor nødvendigt, at der arbejdes tættere sammen om at skabe et sammenhængende forløb, samtidig med at der skabes rammer fx via fælles struktur eller lovgivning, som gør det nemmere for de medarbejdere, som er tilknyttet det enkelte menneske med psykisk lidelse, at samarbejde på tværs.

Bedre sammenhæng og koordinering er en helt grundlæggende forudsætning for at sikre, at mennesker med psykiske lidelser oplever god faglig kvalitet og føler sig tilstrækkelig inddraget og støttet i de overgange og parallelle indsatser, der nødvendigvis vil være i et forløb med flere forskellige indsatser.

I dette kapitel beskrives anbefalinger for en styrket, sammenhængende indsats for både børn, unge og voksne.

## 16.1. Udfordringer

### 16.1.1. Manglende systematisk samarbejde, koordination og vidensdeling

En styringsgennemgang af psykiatrien fra 2018 viser, at ca. en femtedel af de mennesker, der har kontakt til den regionale psykiatri, i samme år også modtager indsatser i kommunerne, og at næsten halvdelen af dem, der modtager indsatser efter serviceloven (18), har haft kontakt til den regionale psykiatri inden for en 5-årig periode (40).

En central udfordring er, at forløbet sjældent er lineært med afsluttede faser og veldefinerede sektorskift, men ofte vil være præget af mange og hyppige skift og behov for samtidige indsatser. Dette gælder i særlig grad for mennesker med svær psykisk lidelse. Hidtidige undersøgelser viser, at den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser fortsat er udfordret af manglende koordinering, samarbejde og kommunikation på tværs af afdelinger og sektorer, fx mellem anbringelsessteder og botilbud, kommunale forvaltninger, sygehuse, almen praksis, rusmiddelbehandling, hjemmeplejen, beskæftigelsesområdet og uddannelsessektoren mv. (267) Det er desuden dokumenteret flere steder, at overgange fra botilbud til eget hjem er en stor udfordring, og undersøgelser har også vist, at der er øget selvmordsrisiko i umiddelbar forlængelse af en udskrivning efter indlæggelse (123).

Nogle målgrupper kræver et særligt fokus, fx har patienter med samtidigt misbrug i særlig grad oplevet uhensigtsmæssige forløb, fordi indsatserne på tværs af sektorer, mellem den regionale psykiatri, kommunens misbrugsbehandling og øvrige sociale indsatser, mangler sammenhæng.

Samtidig somatisk sygdom kan også komplicere forløbet og medføre mange kontakter og indsatser i forskellige dele af sundhedsvæsenet. I overensstemmelse hermed oplever mennesker med psykisk lidelse og samtidig somatisk sygdom derfor også en manglende sammenhæng i behandlingsindsatsen (267). Der kan være udfordringer med at sikre integration af behandlingen på tværs af psykiatriske og somatiske afdelinger, men også med at sikre en tilstrækkelig opmærksomhed på de somatiske sygdomme i de sociale indsatser fx på botilbud og i bostøtten. Sammenholdt med at denne gruppe af patienter med multisygdom 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 risiko for sygelighed og dødelighed. Dette beskrives nærmere i kapitel 8

I forhold til børn og unge med psykiske lidelser er der særlige udfordringer, da forløbet ofte både inkluderer en sundhedsfaglig, en socialfaglig og en pædagogisk indsats på tværs af sektorer og kommunale forvaltninger samt naturligvis et tæt

samarbejde med forældrene. Det gælder desuden ofte, at der kan være udfordringer i overgangen fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i både regionalt og kommunalt regi (se mere om dette i kapitel 11).

Almen praksis er en central aktør ift. koordinering og samarbejde både med den regionale psykiatri, øvrige praksissektor og kommuner, men der mangler klarhed over hvilke målgrupper, som hører til praksissektoren, og hvilke som skal behandles i den regionale psykiatri. Næsten 87 % af de praktiserende læger oplever at henvise patienter til psykiatrisk behandling på sygehuset, men hvor henvisningen i mange tilfælde tilbagehenvises (324). Der kan være flere årsager til tilbagehenvisning, herunder mangelfulde oplysninger i henvisningen eller at patienten er uden for sygehusets målgruppe. Oftest vil patienter, der tilbagehenvises fra psykiatrisk afdeling, blive henvist til praktiserende speciallæge i psykiatri med lang ventetid til følge.

En særlig udfordring er samarbejdet mellem socialpsykiatrien og den regionale psykiatri. Den regionale psykiatri oplever problemer med mangel på de rette tilbud til borgerne i socialpsykiatrien, manglende kapacitet ift. botilbud og bostøtte, og deraf udfordringer med lange ventetider samt manglende gennemsigtighed og uklar organisering i kommunerne. Kommunerne oplever, at patienter udskrives tidligere fra den regionale psykiatri, hvilket fører til øget efterspørgsel på og krav til de kommunale indsatser, og udfordringer med kapacitet og rekruttering af medarbejdere i kommunen. Yderligere oplever kommunerne uensartet praksis i regionerne og en forskellig forståelse af, hvornår en patient bør udskrives. Desuden oplever kommunerne, at flere patienter udskrives med kort varsel og uden kommunens vidende (337).

Udfordringer med manglende samarbejde og koordinering skyldes ofte, at der ikke findes formaliserede samarbejds- og kommunikationsveje, og at de forskellige fagområder ikke understøtter hinanden (337,338). Der er mange erfaringer med forskellige tiltag som fx faste kontaktpersoner og samlede planer for den enkeltes forløb, der løbende drøftes på møder på tværs af fagpersoner og aktører og med borgerne. Tiltagene er imidlertid ikke implementeret systematisk. Mangel på tid og ressourcer spiller også en rolle i forhold til mulighed for prioritering af koordination og samarbejde, hvilket betyder, at en stor del af ansvaret for at koordinere forløbet ofte bliver lagt over på den enkelte og dennes pårørende. Dette er en opgave, som for mange er yderst vanskelig selv at løfte, særligt når der er flere kontaktpersoner, sagsbehandlere og planer og en manglende koordinering på tværs af de forskellige indsatser og sektorer. Særligt de mest syge og udsatte mennesker får, som konsekvens af den utilstrækkelige sammenhæng i indsatserne, ikke den indsats, de har brug for.

Sundhedsaftalerne og de underliggende samarbejdsaftaler skal medvirke til at tydeliggøre ansvarsfordelingen, men den uensartede eller manglende implementering af disse bevirker, at der ikke altid er en entydig forståelse af ansvarsforhold, og hvem der har ansvar for indsatser til hvilke grupper. Implementeringen af samarbejdsaftalerne vanskeliggøres desuden af forskelle i ansvarsforhold, skel mellem lovgivninger, problemer med adgang til viden og deling af data og oplysninger, forskellig praksis for visitation til ydelser mv. Hertil kommer forskellige incitamentsstrukturer samt forskellige faglige forståelser af behovet på tværs af de forskellige aktører.

### 16.1.2. Manglende sammenhæng til beskæftigelse og uddannelse

Udfordringer med at gennemføre uddannelse og fastholde beskæftigelse er jf. kapitel 6 en markant udfordring for mange mennesker med psykiske lidelser og har også store samfundsøkonomiske konsekvenser.

Ifølge en undersøgelse om sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser beskrives jobcenteret som den enhed, hvor det er sværest for borgeren at navigere (267). En væsentlig udfordring kan i den forbindelse være, at der er mange sagsbehandlerskift, manglende koordinering med den regionale psykiatri og øvrige kommunale forvaltninger, samt manglende viden om psykiske lidelser og behandlingsmuligheder hos sagsbehandlerne. Rigsrevisionen offentliggjorde i 2021 en beretning om den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte borgere med forløb i den regionale psykiatri. Undersøgelsen peger på, at der sjældent er direkte kontakt mellem den regionale psykiatri og jobcentre, ligesom undersøgelsen viser, at kun en fjerdedel af de borgere, der har været indlagt, tilbydes den udskrivningsmentor, de har ret til i henhold til lovgivningen på beskæftigelsesområdet. Undersøgelsen konkluderer, at udveksling af infor-

mation mellem den regionale psykiatri og jobcenter hovedsageligt sker via lægeattester. Undersøgelsen viser dog samtidig, at psykiatrien returnerer knap 75 % af lægeattesterne for sent i forhold til aftalte tidsfrister, og at manglende digital understøttelse af kommunikationen mellem psykiatri og jobcentre kan være en medvirkende årsag til, at attesterne er længe undervejs (339).

### 16.1.3. Problemer med forskellige lovgivninger og manglende understøttelse og deling af data på tværs af sektorer

Det er en væsentlig hindring for sammenhængen i det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser, at de forskellige sektorer er kendetegnet ved forskellige styringsregimer og lovgivning. Det betyder, at rettighederne og støttemulighederne for mennesker med psykiske lidelser er forskelligt udformet i henholdsvis sundhedsvæsenet og socialsektoren.

På sundhedsområdet er der patientrettigheder i form af ret til hurtig udredning og behandling, behandlingsindsatserne er tilrettelagt efter en specialeplan og sker på baggrund af kliniske retningslinjer og behandlingsvejledninger, og indsatsen følges i monitoreringsprogrammer og kliniske databaser.

På det sociale område og beskæftigelsesområdet har borgerne ikke tilsvarende rettigheder i forhold til fx krav om tidsfrister for indsatser efter serviceloven. Serviceloven (18) er en rammelov med det afsæt, at indsatsen skal tilpasses borgerens individuelle støttebehov. Mange kommuner har vedtaget lokale standarder og serviceniveauer, men der er ikke nationale retningslinjer, som stiller krav til, hvordan kommunerne skal udfylde servicelovens rammer. I lovgivningen på beskæftigelsesområdet er der i stort omfang fastsat en række rettigheder og pligter for den enkelte borger. Det gælder fx i forhold til samtaler og indsatser.

Derudover er der, pga. de lovgivningsmæssige rammer og muligheder i de tekniske systemer, ikke tilstrækkelig mulighed for at dele oplysninger om mennesker med psykiske lidelser på tværs af sektorer, og de muligheder, der er anvendes, ikke i tilstrækkeligt omfang. Dette medfører, at det er svært for forskellige kontaktpersoner at få viden om andre samtidige indsatser og andre forhold af betydning for den enkeltes samlede livssituation. Ligeledes er der i dag begrænset mulighed for datadeling fx i forbindelse med udarbejdelse af planer på tværs af sektorer, hvilket medvirker til at gøre samarbejdet udfordrende og fragmenteret. En analyse udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen understøtter dette, og analysen peger på store udfordringer med digital deling af planer for forløb for mennesker med psykiske lidelser (koordinationsplaner, udskrivningsaftaler og koordinerende indsatsplaner mv.) på tværs af sektorer (340).

## 16.2. Muligheder og anbefalinger

Ovenstående udfordringsbillede peger på nødvendigheden af et mere systematisk og forpligtende samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper. Samtidig er der behov for et særligt fokus på at styrke sektorovergange og gøre datadeling lettere på tværs af sektorer. Derudover er der i særlig grad behov for at styrke sammenhængen for de målgrupper, som på nuværende tidspunkt i særlig grad oplever manglende sammenhæng i indsatsen.

**Inden for de næste 10 år er målet derfor, at:**

- **Mennesker med psykiske lidelser modtager sammenhængende og helhedsorienterede indsatser på tværs af og i overgangen mellem sektorer**
- **Mennesker med psykiske lidelser har faste kontaktpersoner, som sikrer koordination af det samlede forløb på tværs af og inden for de enkelte sektorer**
- **Unge og voksne med psykiske lidelser, som modtager en indsats i den regionale psykiatri, modtager sideløbende med deres behandlingsforløb en målrettet uddannelses- og beskæftigelsesindsats**

### 16.2.1. Myndighedssamarbejde om indsatser til mennesker med psykiske lidelser

Forebyggelse, støtte og målrettede indsatser til mennesker med psykiske lidelser bør ikke kun ske i social- og sundhedssektoren, men også i uddannelsessystemet og på beskæftigelsesområdet. Det kræver særlig viden, særlige målrettede indsatser og en generelt øget opmærksom på, at mennesker er forskellige og skal hjælpes på forskellig vis til at skabe et godt og meningsfuldt liv og med at realisere deres ønsker.

Det er centralt, at der etableres et stærkt og systematisk samarbejde på myndighedsniveau omkring mennesker med psykiske lidelser. Dette vil kunne bidrage til at skabe rammen for, at mennesker med psykiske lidelser kan få en helhedsorienteret indsats af høj kvalitet på tværs af sektorer.

Yderligere forventes det igangværende arbejde med udviklingen af Hovedloven om en helhedsorienteret indsats (341) at kunne være med til at skabe rammen for, at mennesker med komplekse problemer kan få en helhedsorienteret udredning og indsats i kommunerne på tværs af social-, og beskæftigelsesområdet. I aftalen lægges der op til, at der skal udarbejdes en ny hovedlov, som samler og strømliner relevante indsatser.

**35. Etablering af et stærkt myndighedssamarbejde som understøtter en sammenhængende indsats til mennesker med psykiske lidelser**

**Der etableres forpligtende samarbejder på tværs af myndigheder på sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som understøtter udvikling og implementering af målrettede indsatser og generel øget opmærksomhed på, hvordan mennesker med psykiske lidelser støttes bedst muligt fx i uddannelses- og arbejdssammenhæng.**

- **På tværs af ministerier udpeges relevante sektorer, hvor der indgås forpligtende samarbejder for at understøtte øget opmærksomhed og flere målrettede indsatser til mennesker med psykiske lidelser.**
- **Der igangsættes et arbejde med at gennemgå service- og sundhedsloven med henblik på at understøtte bedre og mere sammenhængende forløb for den enkelte med afsæt i samme grundlæggende principper og tilgange.**

### 16.2.2. Bedre koordination og en sammenhængende indsats

Der findes allerede redskaber til at understøtte bedre koordination og sammenhæng mellem sektorer, herunder sundhedsaftaler og de underliggende samarbejdsaftaler, om end den utilstrækkelige implementering af disse bevirker, at der ikke altid er en entydig ansvars- og opgavedeling i praksis. I flere regioner og kommuner er der desuden iværksat tiltag, som skal bidrage til at løse udfordringerne, fx gennem implementering af forskellige koordinerende redskaber, herunder forløbsprogrammer, afprøvning af tværgående og udgående teams, netværksmøder, etablering af fælles samarbejdsforum, samt forskellige koordinerende planer (fx udskrivnings- og koordinationsaftaler, koordinerende indsatsplaner og genoptræningsplaner). Desuden er der iværksat frikommuneforsøg om *"En plan for en sammenhængende indsats for borgeren"*, hvor kommuner udvikler en mere integreret praksis, som også kan komme den tværsektorielle koordinering til gavn (342). I 2018 blev det desuden muligt for kommunerne at tilbyde én samlet plan for borgere med komplekse og sammensatte problemer på tværs af forvaltninger (341).

Især mennesker med svære psykiske lidelser har behov for kun at skulle forholde sig til få kontaktpersoner. På kræftområdet har man haft succes med at indføre forskellige faste kontaktpersoner, herunder patientansvarlige læger og forløbskoordinatorer som arbejder på tværs af almen praksis, sygehus og kommune, ligesom mange kommuner også har kræftkoordinatorer, som fungerer som patientens kontaktperson i kommunen. Ordningen med patientansvarlig læge blev først indført for kræftpatienter og siden for alle patienter (343), og en evaluering peger på, at ordningen understøtter bedre sammenhæng og kvalitet (344). I afsnit 13.2.2. beskrives nationale forløbsbeskrivelser, som går på tværs af sektorer, som et værktøj til at sikre både kvalitet og sammenhæng i indsatsen. Dette bl.a. ved at skabe tydelighed omkring faggruppers ansvar og roller i forløbet, overgange mellem sektorer, indhold i indsatsen mv.

Socialrådgiverne i såvel den regionale psykiatri som i de kommunale myndigheder fungerer ofte som bindeled til de øvrige sektorer. De har derved en koordinerende rolle, som kan bidrage til at skabe et mere sammenhængende forløb og sikre dialog med både patienten og dennes pårørende. Socialrådgiverne/den kommunale sagsbehandler i kommunalt regi har en koordinerende funktion i forhold til fx jobcentre, børne- og familieafdelinger og handicap/psykiatriafdelinger. I flere kommuner har man desuden gode erfaringer med en "psykiatri-brobygger", som har fokus på at sikre sammenhæng i overgange mellem den regionale psykiatri og kommunale indsatser og i overgangen til hverdagen i eget hjem. Derudover er formålet at forebygge genindlæggelser og selvmordsforsøg, ved at have en koordinerende rolle i forbindelse med udskrivning eller afslutning på ambulant behandling. Formålet kan også være tovholderfunktion på indsatser til mennesker med psykiske lidelser og misbrug eller fx i forhold til PSP-samarbejdet mellem politi, sociale myndigheder i kommunerne og den regionale psykiatri mv.

Patienter med psykisk lidelse og samtidig somatisk sygdom har ligeledes behov for en koordineret indsats (beskrives i kapitel 8). Der findes mange eksempler på tiltag, som har succes med at styrke sammenhængen mellem psykiatri og somatik, fx er der flere stedet etableret faste lægebesøg og sundhedstjek på sygehusafdelinger og botilbud eller stuegang fra personale fra andre specialer (fx praktiserende læger, endokrinologer, neurologer, kliniske farmaceuter mv.). Disse tiltag er imidlertid ikke systematisk udbredte. Den manglende integration kommer bl.a. til udtryk ved, at indsatsen for mennesker med psykiske lidelser ikke er tilstrækkeligt beskrevet i de faglige rammer og retningslinjer for nogle helt centrale indsatsområder som fx kommunale akutfunktioner og kommunal sygepleje.

I aftale om sammenhæng og nærhed (Sundhedsklynger) mellem regeringen, Danske Regioner og KL fra juni 2021, er der enighed om etablering af nye formaliserede og forpligtende "Sundhedsklynger" omkring hvert af de 21 akutsygehuse (345). Formålet er at styrke samarbejde og sammenhæng, og at flere sundhedsopgaver kan løses i praksissektoren, i kommunerne og i borgerens eget hjem. Sundhedsklyngerne skal styres af ét sundhedssamarbejdsudvalg, som skal udarbejde en sundhedsaftale, herunder drøfte rammerne for udmøntning af nationale

handleplaner. Sundhedsklyngerne og strukturen for samarbejde mellem regioner og kommuner forventes at blive etableret i juli 2022. Flere af de ovenstående initiativer kan med fordel løftes og udrulles på nationalt niveau i regi af et forpligtende samarbejde i de kommende Sundhedsklynger.

På beskæftigelsesområdet har Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) igennem en årrække arbejdet på at opbygge evidensbaseret viden om effektive indsatser til sygemeldte og udsatte ledige med psykiske lidelser gennem flere større metodeudviklings-projekter. I Projekt Inklusion gennemførte STAR i 2012-2017 et stort randomiseret kontrolleret forsøg med IPS-metoden til mennesker med svære psykiske lidelser på tværs af forsørgelsesydelser (346). IPS er en beskæftigelsesindsats, der både i Danmark og internationalt har vist signifikant positive effekter i forhold til at støtte personer med svære psykiske lidelser til at opnå og fastholde ordinær beskæftigelse eller uddannelse. Evalueringen af forsøget viste, at ca. 60 % af deltagerne i IPS kom i job eller uddannelse over en periode på 18 mdr., hvilket er knap 30 % flere end i kontrolgruppen. Dette er af stor værdi for den enkelte, som kommer i job eller uddannelse, og dertil viser en sundhedsøkonomisk analyse, at indsatsen giver en samfundsøkonomisk besparelse bl.a. på grund af færre udgifter til indsatser i jobcentret, sociale indsatser og mindre brug af det psykiatriske sundhedsvæsen. Besparelsen forstærkes af en højere produktivitetsgevinst som følge af, at flere kommer i arbejde. I IPS-indsatsen følger en IPS-konsulent fra jobcenteret borgeren tæt og med fokus på at skabe et match til borgeren på arbejdsmarkedet og uddannelse. Indsatsen foregår i et tæt samarbejde med psykiatrien parallelt med behandlingsforløbet.

For unge med tegn på psykiske lidelser vil det være særligt væsentlig at have fokus på at komme (tilbage) i uddannelse og fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet. Her afprøves i perioden 2019-2023 projektet Reconnect (347) i regi af Københavns Professionshøjskole på tre kommunale jobcentre, som har fokus på unge mellem 18-30 år med tegn på angst eller depression. Indsatsen tager afsæt i IPS-modellen. Ligeledes afprøves i Region Midtjylland et samarbejde mellem Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering (Hospitalsenheden Vest) og 4 kommuner om en integreret behandlings- og uddannelses-/beskæftigelsesindsats for unge med depression, angst og stress (IBBU). Indsatsen består af en integreret uddannelses-/beskæftigelses- og sundhedsindsats, hvor den sundhedsfaglige udredning og behandling flyttes ud i jobcentret og integreres med jobcentrets indsats for at hjælpe den unge i uddannelse eller job. Metoden er tværfaglig og helhedsorienteret med stor involvering af den unge. Formålet er at øge den unges mulighed for at påbegynde og fuldføre uddannelse eller få job gennem øget livsmestring og trivsel. Projektet løber frem til 2024 (348).

Særligt omkring børn og unge med psykiske lidelser er det centralt, som beskrevet i kapitel 11, at der er et tæt samarbejde mellem alle aktører og på tværs af sektorer omkring børn og unges forløb særligt ved kritiske overgange, fx ved udskrivelse eller overgang fra børne- og ungeområdet til voksenområdet. Derudover er der behov for at sikre tilstrækkelig mulighed for inddragelse af familien. Det er vigtigt, at børne- og ungdomspsykiatrien kan understøtte tilknytningen til hverdagslivet ved dels at have fokus på aktivitet under indlæggelse, fx hverdagsaktiviteter og tilbagevenden til disse dels at understøtte og samarbejde om overgangene til hjem/skole/opholdssted. Der skal der være klare regler for, hvem der overtager ansvaret for de børn og unge, som udskrives i børne- og ungepsykiatrien.

**36. En styrket koordination af det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser med faste kontaktpersoner og koordinatorer i alle sektorer**

**En del mennesker med psykiske lidelser har langvarige forløb på tværs af sektorer og kommunale forvaltninger. Der bør derfor etableres og implementeres forpligtende samarbejdsstrukturer på tværs af socialpsykiatrien, det specialiserede socialområde (for børn og unge), beskæftigelsesområdet, den regionale psykiatri, somatiske afdelinger og almen praksis, der med fordel kan tænkes etableret i regi af de kommende sundhedsklynger.**

- **Som det første bør der indgås aftale om brug af koordinerende redskaber, fælles kompetenceudvikling og sparring, adgang til specialiserede kompetencer og aftaler om kontinuerlig og tæt opfølgning ved overgange mellem indsatser.**
- **Adgangen til få gennemgående og koordinerende kontaktpersoner for børn, unge og voksne med psykiske lidelser gennem det samlede forløb bør implementeres, herunder særligt for mennesker med svære psykiske lidelser og komplekse sociale problemer, med henblik på at sikre koordination og sammenhæng mellem behandling, sociale og beskæftigelsesrettede indsatser**
- **IPS-modellen og andre tilsvarende, vidensbaserede beskæftigelsesindsatser særligt målrettet mennesker med psykiske lidelser bør udbredes på tværs af kommuner som omdrejningspunkt for, at mennesker med psykiske lidelser støttes i at få og fastholde et arbejde eller komme i uddannelse samtidig med deres behandlingsforløb. Samtidig bør indsatser målrettet unge, som tager afsæt i IPS, afprøves og evalueres i udvalgte kommuner, og herefter kan indsatsen ligeledes udbredes på tværs af kommuner.**

### 16.2.3. Styrket mulighed for dataunderstøttelse og datadeling

Et vigtigt element i en sammenhængende indsats er, at de aktører, som bidrager ind i det samlede forløb, taler sammen og deler relevant information. Dette skal selvfølgelig altid ske med udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov og i tæt dialog med det menneske, det hele handler om. I dag er der en meget begrænset digital understøttelse af sammenhængende forløb og utilstrækkelige muligheder for at dele oplysninger på tværs af sektorer, herunder udfordringer med adgang til journalsystemer og deling af data (337). Relevante data vil bl.a. være kontaktoplysninger på aktører, som er involveret i et forløb med henblik på bedre mulighed for at koordinere med andre sundhedsprofessionelle og socialfaglige medarbejdere i kommunen, oplysninger om behandling og indsatser, tilgang til stamdata såsom kontaktoplysninger på pårørende, boligforhold, personlige hensyn mm.

Sundhedsdatastyrelsen har igangsat et program omkring datadeling, Et Samlet Patientforløb, for at udvikle og afprøve nye digitale løsninger, som både skal gøre det lettere for sundhedspersoner at samarbejde om patientforløb og understøtte patienter og pårørendes overblik over forløbet (349). Projektet omfatter bl.a. digital deling af patientens stamoplysninger på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, en aftaleoversigt på tværs af sektorer som patienter og pårørende også kan tilgå, digital deling af planer og indsatser samt deling af patientens mål på tværs af sektorer. I et pilotprojekt med inddragelse af flere regioner og kommuner blev i 2019 afprøvet en digital løsning for deling af patientens stamoplysninger og aftaleoversigt, og evalueringen viste, at løsningerne giver mening og værdi for både sundhedspersoner i regioner, kommuner og almen praksis samt patienter/pårørende (350). Det er aftalt, at Aftaleoversigten og Fælles Stamkort skal udbredes nationalt til alle regioner.

I regi af programmet er der foreløbig gennemført en teknisk afprøvning med at dele de forløbsplaner, der udarbejdes i almen praksis, med regioner og kommuner, ligesom der er gennemført en række indledende analyser. Fra 2022 opstartes et projekt, hvor digital deling af planer afprøves i et afgrænset set-up. Afprøvningen skal bidrage med viden og erfaring med arbejdsgange og tekniske udfordringer efterfulgt af en afprøvning med storskala drift, der evt. udvides med en national skabelon for planerne. En foranalyse for deling af planer på psykiatriområdet har konkluderet, at planer skal udarbejdes ved standardiserede arbejdsgange, medarbejdere skal kunne afsende, modtage og tilgå planerne på en let måde, borgerne og pårørende med fuldmagt skal kunne tilgå planen digitalt, planenerne skal være så generiske som muligt, og oplysningerne skal være så strukturerede som muligt, så medarbejderne hurtigt kan overskue indholdet i en arbejdssituation (340).

Ligeledes er der under udviklingen af ny lovgivning om den helhedsorienterede indsats udarbejdet en analyse af it-understøttelsen i forbindelse hermed (351). Overordnet konkluderer analysen, at der vil være en række forskellige it-løsninger, som kommunerne kan anvende i den helhedsorienterede indsats, og som på forskellig vis vil imødekomme kommunernes behov i en implementeringsperiode samt ved ikrafttrædelsen af skal-bestemmelserne. Et eksempel på kommende løsninger er udvikling af overblikssystemer, der kan trække oplysninger fra fagsystemerne til en helhedsorienteret plan, som både borger og sagsbehandlere fra flere fagområder kan tilgå. Ligeledes er der igangsat et arbejde omkring etablering af et fælles diagnosekort i almen praksis, hvor diagnosekortet afstemmes i dialog med patienten og skal give et retvisende billede af patientens aktuelle helbredstilstand og tidligere betydningsfulde hændelser, tilstande m.v. (352) Ovenstående eksempler på initiativer bidrager til øget grad af digitalisering og datadeling på tværs af sektorer og bør derfor understøttes yderligere. Ligeledes bør den øgede grad af digitalisering og datadeling på psykiatriområdet ses i sammenhæng med de overordnede anbefalinger udarbejdet af Regeringens Digitaliseringspartnerskab i forhold til de potentialer, der kan findes gennem implementering af digitale løsninger, øget brug af data og digitale teknologier (279).

**37. Bedre digital understøttelse af sammenhængende forløb**

**På nationalt niveau udarbejdes digitale løsninger i eksisterende systemer og bedre mulighed for datadeling på tværs af sektorer og forvaltninger, da dette er en grundlæggende forudsætning for at skabe et sammenhængende forløb. Løsningerne skal bl.a. understøtte tværsektoriel deling af stamoplysninger og planer.**

- **Først skal de generiske digitale løsninger for deling af planer afprøves og evalueres i udvalgte regioner og kommuner i regi af Sundhedsdatastyrelsens program for Et Samlet Patientoverblik.**
- **Dernæst skal der udvikles og afprøves digitale løsninger for deling af oplysninger og planer, som udarbejdes specifikt for psykiatriområdet på baggrund af foranalysen.**
- **Løsningerne skal implementeres på nationalt niveau under forudsætning af, at de understøtter et sammenhængende forløb og er lette at tilgå for både medarbejdere, borgere og pårørende med fuldmagt.**
- **Samtidig med udvikling af nye forbedrede digitale løsninger implementeres allerede eksisterende muligheder for at udveksle data mere systematisk med førsteprioritet af de sværest syge og mest udsatte borgere.**

# 17

## Referenceliste

## Ordliste

## Deltagerliste for følgegruppe

# 17. Referenceliste


(1) OECD. Mental Health and Work: Denmark. OECD, 2013.

(2) Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. JAMA Psychiatry 2020;77(2):155-164.

(3) Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Reference Life Table. Seattle, United States of America : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2021.

(4) Flachs EM, et al. Sygdomsbyrden i Danmark : sygdomme. Version: 2.0. Kbh. : Sundhedsstyrelsen, 2015.

(5) Højgaard B, Kjellberg J. Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen KORA, 2017.

(6) Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS One 2013;8(1):e55176.

(7) Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. Tidsskr Nor Laegeforen 2015;135(3):246-248.

(8) Olsen RF, Lausten M. Anbragte unges udsathed: Analyser fra Forløbsundersøgelsen af anbragte født i 1995. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2017.

(9) Goar MJ. Adverse Childhood Experiences and Other Risk Factors in a Homeless Youth Population. School of Social Work, St. Catherine University, 2015 (Masters of Social Work Clinical Research Papers; 446).

(10) Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet 2009-2018. Sundhedsdatastyrelsen, 2019.

(11) Hansen DG, Rasmussen N,K., Munck A. Folkesygdomme i almen praksis : Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med en auditregistrering. Audit Projekt Odense; Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2005.

(12) Regeringen. Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser: en langsigtet plan Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014.

(13) Regeringen. Vi løfter i fællesskab: En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.

(14) Nordentoft M, Krogh J, Lange P, Moltke A. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil: en rapport. 2. udgave. Vidensråd for Forebyggelse, 2015.

(15) Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. Lancet 2019;394(10211):1827-1835.

(16) Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry 2011;68(10):1058-1064.

(17) Uddannelses- og Forskningsstyrelsen. Kortlægning af klinisk forskning og finansiering heraf. Uddannelses- og Forskningsstyrelsen, 2021.

(18) Social- og Indenrigsministeriet. Bekendtgørelse af lov om social service : LBK nr 1548 af 1. juli 2021 (Serviceloven). Link: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1548.

(19) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven : LBK nr 903 af 26. august 2019 (Sundhedsloven). Link: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903.

(20) World Health Organization, Fifty-first World Health Assembly. Constitution of the World Health Organization : Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement World Health Organization, October 2006.

(21) World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2020: Sixty-sixth World Health Assembly: Agenda item 13.3, 27 May 2013. WHA 66.8. World Health Organization, 2013.

(22) American Psychiatric Association. Diagnostiske kriterier DSM-5 : håndbog. 1. udgave. Virum : Hogrefe Psykologisk Forlag, 2014.

(23) WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser : klassifikation og diagnostiske kriterier. 1. [i.e. ny] udgave. Kbh., Risskov : Munksgaard; i samarbejde med WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, 1996.

(24) Sundhedsdatastyrelsen. Dansk migrering fra ICD-10 til ICD-11 : Foranalyse. Sundhedsdatastyrelsen, 2019.

(25) World Health Organization, Fifty-fourth World Health Assembly. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Agenda Item 13.9, 22 May 2001. WHA54.21. World Health Organization, 2001.

(26) Marselisborgcentret. Publikationer om ICF. Tilgået: 08.12.2021. Link: https://www.marselisborgcentret.dk/viden-om-rehabilitering/icf/publikationer-om-icf/.

(27) World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY, World Health Organization, 2007.

(28) Hansen JE, Rønnow E, Mestringsstrategi-gruppen i Herning, Thorgaard L(. Relationsbehandling i psykiatrien : Håndbog for relationsbehandlere : relationsbehandling, miljøterapi og mestring. 2. utgave. Stavanger : Hertervig Forlag, 2007.

(29) Rask CU, Bilenberg N, Hove Thomsen P(. Børne- og ungdomspsykiatri. 4. udgave. Kbh. : FADL, 2019.

(30) DEFACTUM, REHPA, Rehabiliteringsforum Danmark. Hvidbog om rehabilitering (Høringsversion). DEFACTUM; REHPA; Rehabiliteringsforum Danmark, 2021.

(31) Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. BMC Psychiatry 2015;15:285-015-0678-4.

(32) Shepherd G, Boardman J, Slade M. Recovery – fra begreb til virkelighed. Sainsbury Centre for Mental Health, 2008 (Strategipapir).

(33) Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry 2011;199(6):445-452.

(34) Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred: Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. Vidensråd for Forebyggelse, 2020.

(35) Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet 2018;392(10157):1553-1598.

(36) Andersen SH, Ladenburg J, Dyssegaard PS. Danskernes mentale sundhed: Udvikling, baggrund og konsekvenser Rockwool Fonden, 2020.

(37) Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser: Rapport Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013.

(38) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold, Uddannelses- og Forskningsministeriet. Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser : en national strategi. 1. Udgave. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2015.

(39) Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien. Styringsgennemgang af psykiatrien: Delafrapportering I. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.

(40) Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien. Styringsgennemgang af psykiatrien: Delafrapportering II. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.

(41) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser: Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling. Sundhedsstyrelsen, 2018.

(42) Eplov LF, Lauridsen S, Sundhedsstyrelsen. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. Sundhedsstyrelsen, 2008.

(43) Sundhedsstyrelsen. National strategi for psykiatri. Sundhedsstyrelsen, 2009.

(44) Socialstyrelsen. Kvalitetsmodellen09.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialtilsyn/haandbog-for-socialtilsyn/vejledninger-og-materialer/kvalitetsmodellen/kvalitetsmodellen.

(45) Regeringen, Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance, Alternativet, Radikale Venstre, et al. Delaftale om udmøntning af satspuljen for 2017-2020: Handlingsplan til forebyggelse af vold på botilbud. Folketinget, 2016.

(46) Børne- og Socialministeriet. Strategi for udvikling af sociale indsatser. Børne- og Socialministeriet, 2017.

(47) Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse. Socialstyrelsen, 2017.

(48) Regeringen. Børnene Først: Et trygt hjem og flere rettigheder til udsatte børn Social- og Ældreministeriet, 2021.

(49) Socialstyrelsen. Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser Socialstyrelsen; Sundhedsstyrelsen, 2015.

(50) Socialstyrelsen. Styrket kvalitet i socialpsykiatrien. Tilgået: 27.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/styrket-kvalitet-i--socialpsykiatrien.

(51) VISO (Den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation). VISO årsrapport 2020. Socialstyrelsen, 2021.

(52) Social- og Ældreministeriet. Om Tilbudsportalen. Tilgået: 09.12.2021. Link: https://tilbudsportalen.dk/tilbudssoegning/artikel/om-tilbudsportalen.

(53) Socialstyrelsen. Kvalitetsmodellen. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialtilsyn/haandbog-for-socialtilsyn/kvalitetsmodel.

(54) Social- og Ældreministeriet. Udviklings- og Investeringsprogrammerne (UIP). Tilgået: 09.12.2021. Link: https://sm.dk/arbejdsomraader/viden-analyse-og-dataudvikling/virksomme-indsatser/udviklings-og-investeringsprogrammerne-uip.

(55) Socialstyrelsen. Voksenudredningsmetoden, VUM 2.0. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling/ny-voksenudredningsmetoden.

(56) Regeringens Udvalg om Psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - kapacitet, sammenhæng og struktur : bilagsrapport 1 : afrapportering fra Arbejdsgruppe 1 under Regeringens Udvalg om Psykiatri. Version: 1.0; Bilag til: En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Regeringens Udvalg om Psykiatri, 2013.

(57) Regeringens Udvalg om Psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - udvikling i diagnoser og behandling : bilagsrapport 2 : afrapportering fra Arbejdsgruppe 2 under Regeringens Udvalg om Psykiatri. Version: 1.0; Bilag til: En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Regeringens Udvalg om Psykiatri, 2013.

(58) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats: Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år. Sundhedsstyrelsen, 2020.

(59) Sundhedsstyrelsen. Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer. Sundhedsstyrelsen, 2009.

(60) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Mental sundhed. 2. udgave. Sundhedsstyrelsen, 2018.

(61) Regeringen, Venstre, Dansk Folkeparti, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, et al. Aftale mellem regeringen og Venstre, Dansk Folkeparti, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Det Konservative Folkeparti, Liberal Alliance, Alternativet og Kristendemokraterne om reformen Børnene Først Social- og Ældreministeriet, 2021.

(62) Landsindsatsen EN AF OS and Sundhedsstyrelsen. EN AF OS. Tilgået: 09.12.2021. Link: http://www.en-af-os.dk/da.aspx.

(63) Regeringen, Venstre, Dansk Folkeparti, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Enhedslisten, et al. Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2021-2024. Social- og Indenrigsministeriet, 2020.

(64) Højgaard B, Buch MS, Martin HM. Evaluering af de særlige pladser i psykiatrien VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

(65) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2016.

(66) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af angst hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2021.

(67) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa. Sundhedsstyrelsen, 2019.

(68) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af autismespektrumforstyrrelser hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2021.

(69) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Sundhedsstyrelsen, 2019.

(70) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand. Sundhedsstyrelsen, 2019.

(71) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for farmakologisk behandling af bipolar lidelse – supplerende vedligeholdelsesbehandling efter depression. Sundhedsstyrelsen, 2014.

(72) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression. Sundhedsstyrelsen, 2019.

(73) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2021.

(74) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2017.

(75) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Sundhedsstyrelsen, 2019.

(76) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi. Sundhedsstyrelsen, 2018.

(77) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb. Sundhedsstyrelsen, 2018.

(78) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler : VEJ nr 9899 af 11. november 2014. Link: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9899.

(79) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser : VEJ nr 9276 af 6. maj 2014. Link: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9276.

(80) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser : VEJ nr 9733 af 9. juli 2019. Link: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9733.

(81) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler : VEJ nr 9523 af 19. juni 2019. Link: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9523.

(82) RADS Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin. Psykiatri : behandlingsvejledninger: Psykotiske tilstande, Unipolar depression, Bipolar lidelse, ADHD. Tilgået: 17.12.2021. Link: https://rads.dk/behandlingsvejledninger/psykiatri.

(83) Sundheds- og Ældreministeriet. Indblik i psykiatrien og sociale indsatser : analyse. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.

(84) Danske Regioner. Analyse af psykiatriområdet. Danske Regioner, 2020.

(85) Sundhedsdatastyrelsen. Psykiatri. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/psykiatri.

(86) Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Sundhedsstyrelsen, 2018.

(87) Rasmussen Mmf. Skolebørnsundersøgelsen 2018 : helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.

(88) Børne- og Undervisningsministeriet. Uændret trivsel blandt elever i folkeskolen. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://www.uvm.dk/aktuelt/nyheder/uvm/2021/okt/211007-uaendret-trivsel-blandt-elever-i-folkeskolen.

(89) Pisinger Vmf. Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. Kbh. : Statens Institut for Folkesundhed, 2019.

(90) Pedersen PV, Christensen AI, Hesse U, Curtis T. SUSY UDSAT : Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. Rådet for Socialt Udsatte, 2008.

(91) Sundhedsstyrelsen. Alkoholstatistik 2015 : Nationale data. Sundhedsstyrelsen, 2015.

(92) Bedre Psykiatri. Børn af forældre med psykisk sygdom i Danmark : undersøgelse Bedre Psykiatri, 2020.

(93) Christensen AI, Davidsen M, Koushede V, Juel K, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv : en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". Sundhedsstyrelsen, 2016.

(94) Bedre Psykiatri. Estimat: Antallet af psykisk syge i Danmark. Bedre Psykiatri, 2019.

(95) Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. JAMA Psychiatry 2014;71(5):573-581.

(96) Sundhedsdatastyrelsen. Landspatientregisteret (LPR). Tilgået: 10.07.2020. Link: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygedomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret.

(97) Socialstyrelsen. Køn og ADHD. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/handicap/adhd/om-adhd/kon-og-adhd.

(98) Implement Consulting Group. Erfarings¬opsamling om gode metoder og viden om indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd : Afrapportering udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. Hellerup : Implement Consulting Group, 2018.

(99) Møller SP, Laursen B, Johannesen CK, Schramm S. Multisygdom i Danmark Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.

(100) Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børglum AD, Christensen MK, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. N Engl J Med 2020;382(18):1721-1731.

(101) Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2016;51(1):129-140.

(102) Benjaminsen L, Birkelund JF, Ememark MH, Andrade SB. Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet : Samfundsøkonomiske aspekter. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

(103) COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet 2021;398(10312):1700-1712.

(104) Røder KL, Andersen NCH, Kleist BH, Bjørn NH. Elever med psykiatriske diagnoser og deres afgangsprøve i 9. klasse : analysenotat. Kommunernes Landsforening (KL), 2021.

(105) Pihl MD, Salmon R. Flere unge med handicap består ikke folkeskolens afgangsprøve : Udarbejdet for Danske Handicaporganisationer. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, 2019.

(106) Sundhedsdatastyrelsen. Uddannelse blandt unge med psykiske lidelser. Sundhedsdatastyrelsen, 2019 (Sundhedsdata - Indblik).

(107) Sundheds- og Ældreministeriet. Demografiske og socioøkonomiske forskelle i kontaktmønstret til psykiatrien : Analyse. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.

(108) OECD. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris : OECD Publishing, 2018.

(109) Pottegård A, Olesen M, Christensen B, Christensen MB, Hallas J, Rasmussen L. Who prescribes drugs to patients: A Danish register-based study. Br J Clin Pharmacol 2021;87(7):2982-2987.

(110) Dansk Psykolog Forening. Ventetiden til psykologbehandling sætter rekord. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://www.dp.dk/ventetiden-til-psykologbehandling-saetter-rekord/.

(111) Benjaminsen L. Hjemløshed i Danmark 2019 : National kortlægning. Kbh : VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019.

(112) Social- og Ældreministeriet. Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder. Social- og Ældreministeriet, 2021 (Velfærdspolitisk Analyse nr. 34).

(113) Social- og Ældreministeriet. Folketingets Sundhedsudvalg spørgsmål nr. 69 stillet den 28. august 2019 til social- og ældreministeren : svar 25. september 2019. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://www.ft.dk/samling/20182/almdel/suu/spm/69/svar/1591345/2079917.pdf.

(114) Ahle G. Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? : En analyse med henblik på forebyggende tiltag. Retspsykiatrisk Klinik, Justitsministeriet; Region Hovedstaden; Region Nordjylland; Region Midtjylland; Region Syddanmark; Region Sjælland, 2019.

(115) Rigsrevisionen. Beretning om retspsykiatriske patienters forløb : Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. Rigsrevisionen, 2021.

(116) Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner. Nationale mål for sundhedsvæsenet. Sundheds- og Ældreministeriet; KL; Danske Regioner, 2019.

(117) Laursen TM, Plana-Ripoll O, Andersen PK, McGrath JJ, Toender A, Nordentoft M, et al. Cause-specific life years lost among persons diagnosed with schizophrenia: Is it getting better or worse? Schizophr Res 2019;206:284-290.

(118) 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.

(119) Weye N, Momen NC, Christensen MK, Iburg KM, Dalsgaard S, Laursen TM, et al. Association of Specific Mental Disorders With Premature Mortality in the Danish Population Using Alternative Measurement Methods. JAMA Netw Open 2020;3(6):e206646.

(120) Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret (DAR). Tilgået: 20.12.2021. Link: https://www.esundhed.dk/Registre/Doedsaarsagsregisteret.

(121) Danmarks Statistik. Dødsfald. Tilgået: 30.12.2021. Link: https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/doedsfald.

(122) Reuter Morthorst B, Soegaard B, Nordentoft M, Erlangsen A. Incidence Rates of Deliberate Self-Harm in Denmark 1994-2011. Crisis 2016;37(4):256-264.

(123) Madsen T, Erlangsen A, Hjorthøj C, Nordentoft M. High suicide rates during psychiatric inpatient stay and shortly after discharge. Acta Psychiatr Scand 2020;142(5):355-365.

(124) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). ADHD Databasen. Tilgået: 10.12.2021. Link: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/adhd-databasen/.

(125) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Depressionsdatabase. Tilgået: 10.12.2021. Link: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk_depressionsdatabase/.

(126) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem). Tilgået: 10.12.2021. Link: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-klinisk-kvalitetsdatabase-for-demens/.

(127) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Retspsykiatrisk Database. Tilgået: 10.12.2021. Link: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/Dansk-Retspsykiatrisk-Database/.

(128) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Den Nationale Skizofrenidatabase. Tilgået: 10.12.2021. Link: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/Den-Nationale-Skizofrenidatabase/.

(129) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). ADHD databasen : National årsrapport 2019 1. april 2019 – 31. marts 2020. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), 2020.

(130) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Depressionsdatabase : Årsrapport 2018 1. januar 2018 - 31.december 2018. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), 2019.

(131) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Den Nationale Skizofrenidatabase: National årsrapport 2019/2020 1. juli 2019 – 30. juni 2020 Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2021.

(132) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af tvang i psykiatrien : Opgørelse for perioden 1. januar-31. december 2020. Sundhedsstyrelsen, 2021.

(133) Sundhedsdatastyrelsen. Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen. Sundhedsdatastyrelsen, 2017.

(134) Sundhedsdatastyrelsen. Psykiatriske sengedage efter endt behandling er faldende. Sundhedsdatastyrelsen, 2019.

(135) DEFACTUM. Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) : psykiatri. Tilgået: 20.12.2021. Link: https://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/lup-psykiatri/rapporter-og-supplerende-materiale/2020/.

(136) Center for Patientinddragelse (CPI). LUP Somatik 2020 : Resultaterne kort - på tværs af de fem patientundersøgelser i LUP Somatik Opdateret: 2021. Tilgået: 20.12.2021. Link: https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/aktuel-undersoegelse/Documents/Onepager_LUP%20Somatik_2020.pdf;.

(137) Jensen DC, Enemark MH, Røgeskov M, Fynbo L. Brugertilfredshedsundersøgelse på det specialiserede voksenområde : tilfredshed med den socialpædagogiske støtte på botilbud, botilbudslignende tilbud eller i eget hjem VIVE, 2021.

(138) Epinions Danmarkspanel. Befolkningsmåling : Pårørende til psykisk syge i Danmark 2018. Bedre Psykiatri, 2018.

(139) Epinion. PR-analyse om psykisk sygdom - SUF Københavns Kommune. Epinion, 2016.

(140) Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser. Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2020.

(141) Bedre Psykiatri. Antal søskende til psykisk syge børn og unge. Bedre Psykiatri, 2020 (Undersøgelse fra Bedre Psykiatri).

(142) Hvidkjaer KL, Ranning A, Madsen T, Fleischer E, Eckardt JP, Hjorthøj C, et al. People exposed to suicide attempts: Frequency, impact, and the support received. Suicide Life Threat Behav 2021;51(3):467-477.

(143) Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. J Clin Psychiatry 2007;68(6):899-907.

(144) Hansen SF, Holm T, Dahl G, Svendstrup DB, Witzel S, DEFACTUM. LUP Psykiatri 2018 - National rapport : Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser : Udarbejdet af DEFACTUM på vegne af regionerne. DEFACTUM, 2019.

(145) Benjaminsen L, Birkelund JF, Enemark MH. Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser. Kbh. : SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2013.

(146) Jacobsen CBmf. Stigma og psykiske lidelser : som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark. Kbh. : SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; DSI; Danske Regioner, 2010.

(147) Infomedia. En af Os og Infomedia: En analyse af mediedækningen af psykisk sygdom i danske webmedier 1. januar 2019 – 31. december 2019. Infomedia/EN AF OS, 2020.

(148) Venkataraman S, Patil R, Balasundaram S. Why mental health literacy still matters: a review. International Journal Of Community Medicine And Public Health 2019;6:2723.

(149) Eckardt JP. Belastende livsvilkår: Pejlemærker for personalets møde med pårørende i psykiatrien (Stressful living conditions: Landmarks for health personnels meeting with relatives in psychiatry). Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2018;14(2).

(150) Thornicroft G. Shunned: discriminating against people with mental illness. Oxford : Oxford University Press, 2006.

(151) Sølvhøj IN, Kusier AO, Pedersen PV, Nielsen MBD. Holdninger i det somatiske sundhedsvæsen til mennesker med psykisk sygdom: Et litteraturstudie Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.

(152) Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Indsatser mod ulighed i sundhed. Sundhedsstyrelsen, 2020.

(153) Müller AD, Gjøde ICT, Eigil MS, Busck H, Bonne M, Nordentoft M, et al. VIA Family-a family-based early intervention versus treatment as usual for familial high-risk children: a study protocol for a randomized clinical trial. Trials 2019;20(1):112-019-3191-0.

(154) Lausten M, Frederiksen S, Olsen RF. Tidligere anbragte unge - 18 år og på vej mod voksenlivet : forløbsundersøgelse af tidligere anbragte unge født i 1995 VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2020.

(155) Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed. Tilgået: 10.12.2021. Link: https://www.sst.dk/da/Viden/Ulighed-i-sundhed/Ulighed-i-sundhed.

(156) Udesen CH, Skaarup C, Petersen MNS, Ersbøll AK. Social ulighed i sundhed og sygdom : udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. Version: 1.0. Kbh. : Sundhedsstyrelsen; Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.

(157) Statens Institut for Folkesundhed. Overdødelighed blandt mennesker med psykiske lidelser: Oversigt over danske interventionsprojekter Statens Institut for Folkesundhed, 2016.

(158) Danielsson B, Collin J, Jonasdottir Bergman G, Borg N, Salmi P, Fastbom J. Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults - a Swedish nationwide study. Br J Clin Pharmacol 2016;81(4):773-783.

(159) Nielsen J, Munk-Jørgensen P, Skadhede S, Correll CU. Determinants of poor dental care in patients with schizophrenia: a historical, prospective database study. J Clin Psychiatry 2011;72(2):140-143.

(160) Fink-Jensen¬ A, Hedegaard¬¬ U, Brøsen K, Krag MØ. Antipsykotika - bivirkninger og interaktioner. Rationel farmakoterapi 2016(3).

(161) Hede B, De Palma P, Persson K, Lahti S. Oral sundhed hos marginaliserede borgere. Tandlægebladet 2021;125:126-131.

(162) Gullacksen J, Hovind L, Jørgensen MH, Videnscenter for Handicap, Hjælpemidler og Socialpsykiatri (ViHS), Socialstyrelsen. Det gør en forskel : om livsstilsændringer i socialpsykiatrien. 1. udgave. Kbh. : Socialstyrelsen, 2013.

(163) 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.

(164) Bedre Psykiatri. Corona-krisen rammer psykisk syge og pårørende: En undersøgelse fra Bedre Psykiatri. Bedre Psykiatri, 2020.

(165) Eckardt JP. Caregivers of people with severe mental illness in the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry 2020;7(8):e53-0366(20)30252-2.

(166) Jensen MCF, Grønfeldt ST. Fokus på sundhed i socialpsykiatrien: Evaluering af indsatsen 'Gå til lægen i tide'. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019.

(167) Fazel S, Runeson B. Suicide. N Engl J Med 2020;382(3):266-274.

(168) Mittendorfer-Rutz E, Hagström A, Hollander AC. High Suicide Rates Among Unaccompanied Minors/Youth Seeking Asylum in Sweden. Crisis 2020;41(4):314-317.

(169) Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y, Andersen PK, Hawton K, Benros ME, et al. Association Between Neurological Disorders and Death by Suicide in Denmark. JAMA 2020;323(5):444-454.

(170) Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. JAMA Psychiatry 2019;76(1):51-60.

(171) Nock MK, Joiner TE,Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Res 2006;144(1):65-72.

(172) Webb RT, Shaw J, Stevens H, Mortensen PB, Appleby L, Qin P. Suicide risk among violent and sexual criminal offenders. J Interpers Violence 2012;27(17):3405-3424.

(173) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 2003;33(3):395-405.

(174) Eckardt Jensen, Jens Peter Dam. Selvmordsforebyggelse: Inddragelse af pårørende. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2014;10(2):132-138.

(175) Erlangsen A, Drefahl S, Haas A, Bjorkenstam C, Nordentoft M, Andersson G. Suicide among persons who entered same-sex and opposite-sex marriage in Denmark and Sweden, 1989-2016: a binational, register-based cohort study. J Epidemiol Community Health 2020;74(1):78-83.

(176) Feigelman W, Cerel J, McIntosh JL, Brent D, Gutin N. Suicide exposures and bereavement among American adults: Evidence from the 2016 General Social Survey. J Affect Disord 2018;227:1-6.

(177) Henderson C, Thornicroft G. Evaluation of the Time to Change programme in England 2008-2011. Br J Psychiatry Suppl 2013;55:s45-8.

(178) Stuart H, Arboleda-Flórez J, Sartorius N. Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned. New York, NY, US : Oxford University Press, 2012.

(179) Socialstyrelsen - Vidensportalen. Peerstøtte. Tilgået: 10.12.2021. Link: https://vidensportal.dk/voksne/peerstotte.

(180) Sundhedsstyrelsen. Videnskatalog: Forankring og implementering af peerstøtte Sundhedsstyrelsen, 2019.

(181) Folmann Hempler N, Saurbrey Pals R, Pedersbæk L, Jensen S, Oest L. Livsstilguide i praksis: sundhedspædagogisk samarbejde mellem professionelle og voksne med psykisk sygdom. Kompetencer, tilgang og værktøjer. 2016 /4.

(182) Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Aftale om almen praksis : [OK22]. Danske Regioner, 19. juni 2021.

(183) Nationalt partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Aftale om nationalt partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg 2017-2020. Sundhedsstyrelsen, 2017.

(184) Det Nationale Partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Selvmordsforebyggelse: det nationale E-læringsprogram. Tilgået: 10.12.2021. Link: https://selvmordsforebyggelse.dk/fagpersoner/det-nationale-e-laeringsprogram/.

(185) Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarragó C, Arango C, Ayuso-Mateos JL, et al. Mental health research priorities for Europe. Lancet Psychiatry 2015;2(11):1036-1042.

(186) Uddannelses- og Forskningsministeriet. Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg spørgsmål nr. 725 stillet den 28. marts 2017 til uddannelses- og forskningsministeren : svar 25. april 2017. Tilgået: 28.12.2021. Link: https://www.ft.dk/samling/20161/almdel/suu/spm/725/svar/1400773/1747525/index.htm.

(187) COWI. Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser: en kortlægning af forskningsmiljøer og forskningsaktiviteter i Danmark: rapport. COWI, 2014.

(188) Sundhedsstyrelsen. Rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale i psykiatrien: Anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, 2020.

(189) Deloitte. Undersøgelse af kommunernes pædagogisk-psykologiske rådgivning (PPR). Deloitte; Professionshøjskolen Absalon; UCN Professionshøjskolen, 2020.

(190) Socialstyrelsen. Udfordringer i forhold til børn og unge på det specialiserede socialområde - kommunale perspektiver. Socialstyrelsen, 2021 (Viden til gavn).

(191) Socialstyrelsen. Udfordringer i forhold til voksne på det specialiserede socialområde - kommunale perspektiver. Socialstyrelsen, 2021 (Viden til gavn).

(192) Rønnov LP, Marckmann B. Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Sundhedsstyrelsen, 2010.

(193) DMCG. De multidisciplinære cancer grupper DMCG. Tilgået: 10.12.2021. Link: https://www.dmcg.dk/.

(194) Holstein BE, m.fl. Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn: en rapport. Vidensråd for Forebyggelse, 2021.

(195) Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet 2007;369(9569):1302-1313.

(196) Santini ZI, Nielsen L, Hinrichsen C, Nelausen MK, Meilstrup C, Koyanagi A, et al. Mental health economics: A prospective study on psychological flourishing and associations with healthcare costs and sickness benefit transfers in Denmark. Mental Health & Prevention 2021;24:200222.

(197) Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år : forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. 1. udgave. Kbh : Vidensråd for Forebyggelse, 2020.

(198) World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Tilgået: 10.12.2021. Link: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

(199) Koushede VJ. Mental sundhed til alle : ABC i teori og praksis. 1. udgave. Kbh. : Statens Institut for Folkesundhed, 2018.

(200) Rosenwein SVmf. Betydning af gravides mentale helbred for barnet i de første leveår : en systematisk litteraturgennemgang af systematiske reviews og meta-analyser. Version 1. Sundhedsstyrelsen, 2021.

(201) Daníelsdóttir S, Ingudóttir J. The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis Nordic Council of Ministers, 2020.

(202) Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, Pfennig A, et al. Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: Systematic review and meta-analysis. European Neuropsychopharmacology 2020;41:28-39.

(203) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. 3. udgave. Kbh. : Sundhedsstyrelsen, 2021.

(204) Rambøll. Tidlig indsats for sårbare familier : afsluttende evalueringsrapport Sundhedsstyrelsen, 2021.

(205) Christensen AI, Pisinger V, Larsen CVL, Tolstrup JS. Mental sundhed blandt unge : resultater fra Ungdomsprofilen 2014 Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

(206) NIRAS. Projekter for sårbare gravide udviklet for SPU-midler i 2014-2017 : Tværgående evaluering. Sundhedsstyrelsen, 2018.

(207) NIRAS. Sundhedsplejebesøg de første 1.000 dage hos familier i udsatte positioner og i dagtilbud : Tværgående midtvejsevaluering af et projekt i 21 danske kommuner. Sundhedsstyrelsen, 2021.

(208) Niclasen J, Lund L, Obel C. Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge : et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser. Center for Sundhedssamarbejde, Aarhus Universitet, 2016.

(209) COWI. Afsluttende evaluering af "Styrket sundhedsindsatser for socialt udsatte og sårbare grupper" : Fremme af mental sundhed og trivsel blandt skolebørn. Sundhedsstyrelsen, 2017.

(210) Addington KS, Varming AR, Nielsen MBD, Hempler NF. Bedre sundhed for brugere med psykiske problemer: Tværsektoriel tilpasning af en samarbejdsmodel for professionelle. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; Ballerup Kommune; Bornholms Regionskommune; Steno Diabetes Center Copenhagen, Diabetes Management Research, 2020.

(211) ABC for Mental Sundhed. Nyt studie: Aktiviteter og fællesskaber giver højere mental sundhed. Tilgået: 28.12.2021. Link: https://www.abcmentalsundhed.dk/nyheder/nyt-studie-aktiviteter-og-faellesskaber-giver-hoejere-mental-sundhed/.

(212) Pedersen MU, Pedersen MM, Jones S, Holm KE, Frederiksen KS. Behandling af unge der misbruger stoffer : En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt. Center for Rusmiddelforskning, 2017 (Rapport fra Center for Rusmiddelforskning).

(213) Skov KBE, Pedersen MU, Frederiksen KS, Pedersen MM. Evalueringen af udbredelsen af behandlingsmodellerne U-turn og U18 til 10 danske kommuner : gennemført for Socialstyrelsen. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 2020 (Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet).

(214) Larsen M, Jakobsen V, Mikkelsen CH. Handicap og beskæftigelse 2020 : Viden til at understøtte, at flere personer med handicap kommer i beskæftigelse. VIVE – Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

(215) Det Centrale Handicapråd, COWI. Samfundsøkonomiske gevinster ved højnet uddannelsesniveau hos personer med psykiske handicap : rapport. COWI, 2021.

(216) Knudsen MH, Møller SØ. Problematisk skolefravær og skolevægring : Årsager og behandling : en litteraturgennemgang. Aarhus : Metodecentret, 2017.

(217) Børne- og Undervisningsministeriet. Faglige anbefalinger vedr. udvikling og implementering af lettere behandlingstilbud i PPR. Børne- og Undervisningsministeriet, 2020.

(218) Dansk Psykolog Forening. NY PPR-undersøgelse: PPR er under pres – det rammer sårbare børn og familier. Tilgået: 29.12.2021. Link: https://www.dp.dk/ny-ppr-undersoegelse-ppr-er-under-pres-det-rammer-saarbare-boern-og-familier/.

(219) Hansen AS, Telléus GK, Mohr-Jensen C, Lauritsen MB. Parent-perceived barriers to accessing services for their child's mental health problems. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2021;15(1):4.

(220) Daley D, Jacobsen RH, Lange A, Sørensen A, Walldorf J. Costing adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder : impact on the individual and society. Oxford : Oxford University Press, 2015.

(221) Mouridsen SE, Rich B, Isager T. Psychiatric disorders in adults diagnosed as children with atypical autism. A case control study. J Neural Transm (Vienna) 2008;115(1):135-138.

(222) Børne-¬ og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om folkeskolen : LBK nr 1887 af 01. oktober 2021 (Folkeskoleloven). Link: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1887.

(223) Børne- og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om dag-, fritids- og klubtilbud m.v. til børn og unge (dagtilbudsloven) : LBK nr 1912 af 6. oktober 2021. Link: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1912.

(224) Børne- og Undervisningsministeriet. Regeringen uddeler 100 millioner kroner til børn og unge i psykisk mistrivsel Opdateret: 20.11.2013. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://www.uvm.dk/aktuelt/nyheder/uvm/2020/nov/201113-regeringen-uddeler-100-millioner-kroner-til-boern-og-unge-i-psykisk-mistrivsel.

(225) Baltzarsen M, Mørch T, Nielsen LP, Pommerencke-Vilmand L, Analyse & Tal. Håndtering af bekymrende fravær i folkeskolen: Lærernes perspektiv på skolefravær: [Opdragsgiver til analysen: Børns Vilkår og Egmont Fonden]. Analyse & Tal, 2021.

(226) Danmarks Lærerforening. En analyse af Pædagogisk Psykologisk rådgivnings organisering, arbejdsopgaver og samarbejde: Analysenotat vedr. PPR undersøgelse (bilag 4). Danmarks Lærerforening, 2018.

(227) Benjaminsen L, Grønfeldt ST, Jensen MCF. Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien : en kvalitativ undersøgelse i fire kommuner VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

(228) Sundhedsdatastyrelsen. Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelse. Sundhedsdatastyrelsen, 2017.

(229) Sundhedsdatastyrelsen. Personer med spiseforstyrrelse : Registeranalyse af forekomst, nye tilfælde og aktivitet på tværs af sundhedsvæsenet i perioden 2010-2018. Sundhedsdatastyrelsen, 2020.

(230) Lægeforeningen. Lægeforeningens psykiatrisurvey. Lægeforeningen, 2020.

(231) COWI, Defactum. Evaluering af tværfaglige udgående teams : udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. COWI, 2018.

(232) Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, et al. From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. Early Interv Psychiatry 2015;9(2):156-162.

(233) Posselt CM, Albert N, Nordentoft M, Hjorthøj C. The Danish OPUS Early Intervention Services for First-Episode Psychosis: A Phase 4 Prospective Cohort Study With Comparison of Randomized Trial and Real-World Data. Am J Psychiatry 2021;178(10):941-951.

(234) Iversen K, Thau M, Kloppenborg HS. Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på børne- og ungeområdet : kortlægning af området for udsatte børn og unge samt børn og unge med handicap VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019.

(235) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for transition fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi. Sundhedsstyrelsen, 2020.

(236) Børne- og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse om sygeundervisning af elever i folkeskolen og frie grundskoler : BEK nr 694 af 20. juni 2014. Link: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2014/694.

(237) Styrelsen for Undervisning og Kvalitet. Vejledning til bekendtgørelse om sygeundervisning af elever i folkeskolen og frie grundskoler : VEJ nr 9707 af 21. oktober 2020. Link: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2020/9707.

(238) Børne- og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse om fremme af god orden i folkeskolen : BEK nr 1951 af 11. december 2020. Link: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1951.

(239) Børne- og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand : BEK nr 693 af 20. juni 2014. Link: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2014/693.

(240) Børne- og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse om elevers fravær fra undervisningen i folkeskolen : BEK nr 1063 af 24. oktober 2019. Link: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/1063.

(241) Socialstyrelsen. Tidlig opsporing og reaktion på mistrivsel hos små børn : Seks faglige kernekomponenter. Socialstyrelsen, 2019 (Viden til gavn).

(242) Socialstyrelsen. Udvikling af forebyggende kommunale tilbud til psykisk sårbare unge. Tilgået: 29.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/unge/udvikling-af-forebyggende-kommunale-tilbud-til-psykisk-sarbare-unge.

(243) Sundhedsstyrelsen. Afprøvning af en fremskudt regional funktion i børne- og ungdoms¬psykiatrien. Tilgået: 29.12.2021. Link: https://www.sst.dk/da/puljer/afproevning-af-en-fremskudt-regional-funktion-i-boerne--og-ungdomspsykiatrien.

(244) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for børn og unge med ADHD. Version: 1.0. Sundhedsstyrelsen, 2017.

(245) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression. Sundhedsstyrelsen, 2017.

(246) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse. Version: 1.0. Sundhedsstyrelsen, 2017.

(247) Implement Consulting Group. National evaluering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser : evaluering af implementering og udbredelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser : rapport : udarbejdet for Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen Implement Consulting Group, 2021.

(248) Benjaminsen L, Jeppesen T, Enemark MH. Hjemløshed i ungdommen : en registerbaseret undersøgelse af unges forløb før og efter en hjemløshedssituation VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2020.

(249) Uddannelses- og Forskningsministeriet. Bred politisk aftale om bedre muligheder for uddannelse i hele Danmark. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://ufm.dk/aktuelt/pressemeddelelser/2021/bred-politisk-aftale-om-bedre-muligheder-for-uddannelse-i-hele-danmark.

(250) Finansministeriet. Aftaler om finansloven for 2019. Finansministeriet, 2018.

(251) Ankestyrelsen. Kommunernes brug af servicelovens §§ 82 a-c om forebyggende hjælp og støtte til voksne. Ankestyrelsen, 2020.

(252) Sølvhøj IN, Cloos CØ, Jarlstrup NS, Holmberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2017 : arbejdet med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker siden 2013 og anbefalinger til borgere med kronisk sygdom Center for Interventionsforskning, 2017.

(253) Komiteen for Sundhedsoplysning. Lær at tackle. Tilgået: 17.12.2021. Link: https://www.laerattackle.dk/.

(254) Åben og Rolig. Hvad er åben og rolig?. Tilgået: 17.12.2021. Link: https://xn--benogrolig-05a.dk/hvad-er-aaben-og-rolig/.

(255) Bertelsen AD. Psykiske lidelser hos langtidssygemeldte bliver overset. Ny Viden 2015(1 Februar):19.

(256) Sundhedsdatastyrelsen. Screening for depression : Apopleksi, hjerterehabilitering og graviditet/fødsel/barsel : Afslutningsrapport (Version 1.1). Sundhedsdatastyrelsen, 2018.

(257) Buch MS, Bojesen AB, Flensborg Jensen MC, Kjellberg J. Hurtig psykiatrisk udredning : Evaluering af forsøg med hurtig psykiatrisk udredning i Odense Kommune. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2020.

(258) Lægeforeningen. Lægeforeningens psykiatrisurvey - svar fra speciallæger i psykiatri i sygehuspsykiatrien. Lægeforeningen, 2020.

(259) Danske Regioner. Nøgletal for de nationale mål for sundhedsvæsenet : opdaterede nøgletal pr. juli 2021. Danske Regioner, 2021.

(260) Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab : planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen, 2007.

(261) Danske Regioner. Pakkeforløb : Pakkeforløb for den ambulante psykiatri. Tilgået: 17.12.2021. Link: https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/pakkeforloeb.

(262) Dansk Psykiatrisk Selskab. Guidelines. Tilgået: 30.12.2021. Link: https://www.dpsnet.dk/publikationer/guidelines/.

(263) Dansk Multidisciplinært Forum for Kvalitet i Psykiatrien. År til livet og liv til årene - Bedre kvalitet i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom : anbefalinger. Danske Regioner, 2020.

(264) Lærings- og kvalitetsteams, Danske Regioner. Lærings- og kvalitetsteams. Tilgået: 17.12.2021. Link: https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams.

(265) Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Psykiatri. Sundhedsstyrelsen, 2021.

(266) Danske Regioner. Benchmarking af psykiatrien 2017. Danske Regioner, 2018.

(267) Folker AP, Kristensen MM, Sølvhøj IN, Flint S, Kusier AO, Rod MH. Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser : Analyse af personcases, oplevelser og evalueringer. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2017.

(268) Styrelsen for Patientsikkerhed. Bosteder : Erfaringsopsamling fra det sundhedsfaglige tilsyn 2017-2019. Styrelsen for Patientsikkerhed, 2020.

(269) Sundhedsstyrelsen. Intensiv behandling til mennesker med svær psykisk lidelse. Sundhedsstyrelsen, 2019.

(270) Dansk Psykiatrisk Selskab. Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog 2021-2031. Dansk Psykiatrisk Selskab, 2021.

(271) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. : LBK nr 936 af 2. september 2019 (Psykiatriloven). Link: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/936.

(272) Rigsrevisionen. Indsatsen for at nedbringe brug af tvang i psykiatrien : Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. Rigsrevisonen, 2021.

(273) Jørgensen T, Benjaminsen L. Når udsatte borgere møder velfærdssystemet : Omfang, udgifter og dilemmaer. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

(274) Sundhedsstyrelsen. Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin til opioidafhængige patienter : Opgørelse over årene 2013-2020. Sundhedsstyrelsen, 2020.

(275) Jørgensen KB, Nordentoft M, Hjorthøj C. Association between alcohol and substance use disorders and psychiatric service use in patients with severe mental illness: a nationwide Danish register-based cohort study. Psychol Med 2018;48(15):2592-2600.

(276) Fjeldsted R, Christensen KS. Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2011.

(277) Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen. Koncept for systematisk inddragelse af pårørende. 2. version. Socialstyrelsen; i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, 2018.

(278) Bedre Psykiatri. Inddragelse af pårørende. Tilgået: 17.12.2021. Link: https://bedrepsykiatri.dk/viden/inddragelse-af-parorende/.

(279) Digitaliseringspartnerskabet. Visioner og anbefalinger til Danmark som et digitalt foregangsland. Digitaliseringsstyrelsen, 2021.

(280) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). RKKP's hjemmeside. Tilgået: 20.12.2021. Link: https://www.rkkp.dk/.

(281) Thorning H, Dixon L. Forty-five years later: the challenge of optimizing assertive community treatment. Curr Opin Psychiatry 2020;33(4):397-406.

(282) Nielsen CM, Hjorthøj C, Nordentoft M, Christensen U. A Qualitative Study on the Implementation of Flexible Assertive Community Treatment - an Integrated Community-based Treatment Model for Patients with Severe Mental Illness. Int J Integr Care 2021;21(2):13.

(283) Socialstyrelsen. Faglige pejlemærker for øget kvalitet i den socialpædagogiske bistand (bostøtte). Tilgået: 17.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/delinitiativ-4.

(284) DEFACTUM i samarbejde med COWI. Evaluering af forsøg med bæltefri afdelinger i psykiatrien : Evalueringsrapport udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. DEFACTUM, 2018.

(285) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen, 2021.

(286) Huckshorn KA. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use : A Snapshot of Six Core Strategies for the Reduction of S/R : Revised 11/20/06. Alexandria, VA : National Association of State Mental Health Program Directors, 2006.

(287) Psykoterapeutisk Forskningsenhed, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Samarbejde på tværs : en undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde i behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik. Region Hovedstadens Psykiatri, 2020.

(288) Vista Balboa (Odense Kommune). Velkommen til Vista Balboa. Tilgået: 17.12.2021. Link: https://www.odense.dk/vistabalboa.

(289) Curth NK, Brinck-Claussen UØ, Hjorthøj C, Davidsen AS, Mikkelsen JH, Lau ME, et al. Collaborative care for depression and anxiety disorders: results and lessons learned from the Danish cluster-randomized Collabri trials. BMC Fam Pract 2020;21(1):234-020-01299-3.

(290) Knapstad M, Lervik LV, Sæther SMM, Aarø LE, Smith ORF. Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. Psychother Psychosom 2020;89(2):90-105.

(291) Clark DM. Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. Annu Rev Clin Psychol 2018;14:159-183.

(292) Projekt Collabri, Region Hovedstadens Psykiatri. Collabri – en ny behandlingsindsats ift. patienter med angst og depression i almen praksis. Region Hovedstadens Psykiatri, 2014.

(293) Telepsykiatrisk Center Internetpsykiatrien. Hvad er internetbaseret terapi?. Tilgået: 17.12.2021. Link: https://internetpsykiatrien.dk/behandling/internetbaseret-terapi/.

(294) Psykiatrien i Region Syddanmark. Binge Eating Disorder, BED - et psykologstøttet program med skriftlig kontakt. Tilgået: 17.12.2021. Link: https://psykiatrienisyddanmark.dk/undersogelse-og-behandling/udredning-behandling-og-forlob/online-og-teknologiske-muligheder/binge-eating-disorder-bed-psykologstottet-program-med-skriftlig-kontakt.

(295) Region Hovedstadens Psykiatri. SAFIR Family Talk. Tilgået: 05.01.2022. Link: https://www.psykiatri-regionh.dk/forskning/Udvalgte%20projekter/Sider/SAFIR-Family-Talk.aspx.

(296) Videnscenter Gennembrud, Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Pårørende i Psykiatrien : Nationalt kvalitetsprojekt til udvikling af pårørendearbejdet i psykiatrien : Evalueringsrapport. Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2009.

(297) Justitsministeriets Forskningskontor. Nye foranstaltningsdomme i 2020. Justitsministeriet, 2021.

(298) Jørgensen TT. Udviklingen i domme til foranstaltning. Justitsministeriets Forskningskontor, 2014.

(299) Det Etiske Råd. Udtalelse om etiske dilemmaer i retspsykiatrien. Det Etiske Råd, 2020.

(300) Faglig ekspertgruppe vedrørende retspsykiatri. Kortlægning af retspsykiatrien : Mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe : opdateret april 2016. Sundheds- og Ældreministeriet, 2015, 2016.

(301) Rigsrevisionen. Retspsykiatriske patienters forløb : Konklusion. Rigsrevisionen, 2021 (Kort fortalt).

(302) Justitsministeriet. Kommissorium for tværministeriel arbejdsgruppe til analyse af det retspsykiatriske område. Justitsministeriet, 2021.

(303) Socialstyrelsen. Voksenudredningsmetoden : Version 2.0 : Inklusiv 'Fælles Faglige Begreber' : Metodehåndbog. Socialstyrelsen, 2021 (Viden til gavn).

(304) Bengtsson TT, Olsen RF. Kortlægning af viden om kvalitet i sagsbehandlingen på børne- og ungeområdet : et litteraturstudie af danske publikationer VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

(305) Kohl KS, Mikkelsen CH, Schauser AM. Inddragelse og tillid i mødet mellem kommunerne og borgere med handicap : en gap-analyse for Det Centrale Handicapråd VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for velfærd, 2021.

(306) Amilon A, Larsen LB, Østergaard SV, Rasmussen AH. Personer med handicap : hverdagsliv og levevilkår 2016 VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

(307) PwC. Kommunernes igangværende udvikling og omlægning af socialpsykiatrien : En kortlægning : udarbejdet af PwC for Socialstyrelsen. PwC, 2020.

(308) Socialstyrelsen. Om Taskforce - Handicap. Tilgået: 30.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling/task-forcen-handicap/om-task-forcen.

(309) PwC. Kortlægning af behov for kompetenceudvikling i socialpsykiatrien. https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/delinitiativ-2. PwC, 2019.

(310) Styrelsen for Patientsikkerhed. Plejesektoren : Erfaringsopsamling fra det sundhedsfaglige tilsyn 2017-2019. Styrelsen for Patientsikkerhed, 2020.

(311) Socialstyrelsen. Kvalitetsmodel for socialtilsyn : Temaer, kriterier og indikatorer for sociale tilbud. Socialstyrelsen, 2021.

(312) Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Borgere med svær psykisk lidelse kommer oftere i job eller uddannelse med en håndholdt virksomhedsrettet indsats. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://star.dk/om-styrelsen/nyt/nyheder/2018/12/borgere-psykisk-lidelse-oftere-job-med-virksomhedsrettet-indsats/.

(313) Rambøll. Social støtte i overgang til og fastholdelse i job : slutevaluering. Socialstyrelsen, 2021.

(314) Socialstyrelsen. Indsatsteam – støtte til forebyggelse af voldsomme episoder. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/indsatsteam-mappe.

(315) Socialstyrelsen. Udbredelse og forankring af viden om virksomme indsatser - Indsatsteam. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/delinitiativ-3.

(316) Dam-Christensen TK, Steensig N, Holmskov H. Politik for pårørendesamarbejde i botilbud : Et inspirationshæfte Socialstyrelsen, 2012.

(317) Social- og Ældreministeriet. Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelssteder til forskellige målgrupper. Social- og Ældreministeriet, 2021 (Kort fortalt).

(318) COWI. Evaluering af "Styrket sundhedsfaglig rådgivning og lettere adgang til psykiatrisk udredning". Sundhedsstyrelsen, 2021.

(319) Socialstyrelsen. Sociale akuttilbud. Tilgået: 17.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/metoder-og-tilgange/sociale-akuttilbud.

(320) Implement Consulting Group, Socialstyrelsen. Faglig ledelse af en recovery-orienteret rehabiliterende indsats : Syv retningsgivende principper for faglig ledelse i socialpsykiatrien. Socialstyrelsen, 2021.

(321) Socialstyrelsen, Socialt Udviklingscenter SUS. Faglige pejlemærker for kvalitet i bostøtten. Socialstyrelsen, 2021.

(322) Socialstyrelsen. Partnerskab om strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien. Tilgået: 30.12.2021. Link: https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/styrket-kvalitet-i--socialpsykiatrien/partnerskab.

(323) Socialstyrelsen. Forsøg med ansættelse af medarbejdere, brug af frivillige og brug af mentorer med brugerbaggrund i den regionale og kommunale indsats : Slutevaluering. Socialstyrelsen, 2018 (Viden til gavn).

(324) Social- og Ældreministeriet. Kvalitetsvurderinger af sociale tilbud. Social- og Ældreministeriet, 2021 (Velfærdspolitisk Analyse nr. 37).

(325) Buus N, Kragh Jacobsen E, Bojesen AB, Bikic A, Müller-Nielsen K, Aagaard J, et al. The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. Int J Nurs Stud 2019;91:119-127.

(326) Ministry of Health (NZ). Kia Kaha, Kia Māia, Kia Ora Aotearoa: COVID-19 Psychosocial and Mental Wellbeing Plan. Wellington (NZ) : Ministry of Health, 2020.

(327) Australian Health Ministers' Advisory Council. A national framework for recovery-oriented mental health services : guide for practitioners and providers. Commonwealth of Australia, 2013 (National Mental Health Strategy).

(328) Mental Health Commission of Canada. Guidelines for Recovery-Oriented Practice : Hope - Dignity - Inclusion. Mental Health Commission of Canada, 2015.

(329) Flensborg Jensen MC, Bom LH, Tauby-Theil C, Emkjær LD, Nicolajsen JS, Olsen L. Kortlægning af god kvalitet i praksis i bostøtten : en kvalitativ undersøgelse af kvalitet i bostøtte for mennesker med psykiske vanskeligheder, der bor i egen bolig VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; Socialt Udviklingscenter; Socialstyrelsen, 2021.

(330) Rasmussen PS, Kirkegaard S, Bilbo REQ, Grønfeldt ST, Olsen L. Kvalitet på botilbud : et litteraturstudie om kvalitet på botilbud for mennesker med psykiske vanskeligheder VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; Socialt Udviklingscenter; Socialstyrelsen, 2020.

(331) Socialstyrelsen. Vidensportalen på det sociale område. Indsatser. Tilgået: 31.12.2021. Link: https://vidensportal.dk/voksne/recovery/indsatser.

(332) Kommunernes Landsforening (KL). Fælles Faglige Begreber. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://www.kl.dk/kommunale-opgaver/socialomraadet/faelles-faglige-begreber/.

(333) Regionernes Lønnings- og Takstnævn. 1.3. Sundhedstjek til borgere på botilbud. In: Aftale om almen praksis : [OK22]Danske Regioner, 19. juni 2021.

(334) Social- og Ældreministeriet. Evaluering af det specialiserede socialområde. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://sm.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade.

(335) Ørtenblad L, Hansen J, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Medicinpædagogik - inspirationskatalog. Odense : Socialstyrelsen, 2012.

(336) Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PSI). Medicinsikre botilbud. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://patientsikkerhed.dk/projekter/medicinsikrebotilbud/.

(337) Iversen K, Jensen DC, Ruge M, Thau M. Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

(338) Davidsen AS, Davidsen J, Jønsson ABR, Nielsen MH, Kjellberg PK, Reventlow S. Experiences of barriers to trans-sectoral treatment of patients with severe mental illness. A qualitative study. Int J Ment Health Syst 2020;14(1):87-020-00419-x.

(339) Rigsrevisionen. Beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien : Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. Rigsrevisionen, 2021.

(340) Sundhedsdatastyrelsen. Digital deling af planer på psykiatriområdet : Program for Et Samlet Patientoverblik : Foranalyse. Sundhedsdatastyrelsen, 2021.

(341) Regeringen, Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Alternativet, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti. Aftaletekst : Aftale mellem regeringen, Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Alternativet, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti om rammerne for en helhedsorienteret indsats for borgere med komplekse problemer. Regeringen, 2018.

(342) Holm-Petersen C, Schmidt A, Povlsen RE, Jonsen EH, Jakobsen ML. Én plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren : slutevaluering af et frikommuneforsøg (2016-2020) VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

(343) Danske Regioner. Hvidbog for den patientansvarlige læge. Danske Regioner, 2017.

(344) Overlægeforeningen, Yngre Læger. Den patientansvarlige læge : samlede resultater fra overlægeforeningen og yngre lægers spørgeskemaundersøgelser. Overlægeforeningen; Yngre Læger, 2020.

(345) Regeringen, Danske Regioner, KL. Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger). Finansministeriet, 2021.

(346) Christensen TN, Eplov LF. Inklusion : Resultater fra IPS projektet Individuelt Planlagt Job med Støtte (IPS) og træning i sociale og kognitive færdigheder til personer med en alvorlig sindslidelse. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2018.

(347) Reconnect. Om Reconnect. Tilgået: 01.01.2022. Link: https://www.reconnect-kp.dk/om-projektet/.

(348) A.P. Møller Fonden. Region Midtjylland, klinisk socialmedicin og rehabilitering. Tilgået: 01.01.2022. Link: https://www.apmollerfonde.dk/socialindsats/programmer/program-1-fokusomraader/livsmestring-uddannelse-og-arbejde/region-midtjylland/.

(349) Sundhedsdatastyrelsen. Et Samlet Patientoverblik. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/etsamletpatientoverblik.

(350) Glenstrup F, Frandsen L. Evaluering af pilotafprøvning af Et Samlet Patientoverblik. Devoteam, 2019.

(351) Digitaliseringsstyrelsen i samarbejde med Beskæftigelsesministeriet, Social- og Indenrigsministeriet, Digitaliseringsstyrelsen, Børne- og Undervisningsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, KL, KOMBIT. Analyse: It-understøttelse af helhedsorienteret indsats. Digitaliseringsstyrelsen, 2020.

(352) Medcom. Diagnosekort i almen praksis. Tilgået: 16.12.2021. Link: https://www.medcom.dk/projekter/digital-almen-praksis/diagnosekort-i-almen-praksis.

# Ordliste

**Supplerende definitioner og faglig terminologi i det faglige oplæg i alfabetisk rækkefølge, jf. kapitel 4.**

**Afhængighed**
Adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske fænomener som udvikler sig ved gentagen brug af et psykoaktivt stof (fx alkohol eller visse lægemidler). Afhængigheden er bl.a. kendetegnet ved en trang til at indtage det psykoaktive stof, en svækket kontrol over brugen af stoffet, en vedvarende brug trods skadelige konsekvenser, abstinenssymptomer eller indtagelse for at undgå abstinenser, udvikling af tolerans samt højere prioritet af indtagelse af stoffet frem for andre aktiviteter og forpligtelser.

**Forskning**
Defineres efter OECD's Frascati-manual som eksperimenterende eller teoretisk arbejde med det primære formål at opnå ny viden og forståelse (grundforskning) eller rettet mod bestemte anvendelsesområder (anvendt forskning).

**Lidelse**
Den subjektive påvirkning, som erfares, beskrives og forklares af patienten selv, eller dennes pårørende eller nære omgivelser. På engelsk bruges betegnelsen 'illness', og generelt skelnes der skarpere mellem fx 'disease' og 'illness', end på dansk, hvor begreberne sygdom og lidelse bruges mere overlappende.

**Mental sundhed**
En tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker jf. WHO´s definition af mental sundhed (2013).

**Psykisk lidelse**
Tilstande, som relaterer sig til sindet fx ved påvirkning af tanker og følelser, og som ofte medfører nedsat funktionsevne i dagligdagen, skaber ubehag og reducerer livskvaliteten hos den enkelte. Psykiske lidelser knytter sig således til oplevelsen af en påvirkning, som erfares, beskrives og forklares af personen selv, eller dennes pårørende.

**Psykotisk lidelse**
Psykisk lidelse, hvor tænkning, sansning og sindsstemning er forstyrret på en måde, der medfører svigtende realitetssans og en forandret virkelighedsopfattelse, der udgør en væsentlig afvigelse fra accepterede normer.

**Retspsykiatri**
Fagområde i specialet psykiatri, som varetager patienter med retslig foranstaltning til undersøgelse, behandling eller anbringelse, herunder mentalundersøgelse, dom til behandling eller dom til anbringelse. Børne- og ungdomspsykiatrien håndterer desuden retspsykiatriske patienter i alderen 15-18 år.

**Somatisk lidelse**
Samlebetegnelse for tilstande, som relaterer sig til kroppen.

**Sundhed**
En tilstand af fuldstændig fysisk, mentalt og socialt velbefindende jf. WHO´s definition af sundhed (1948)

**Tidlig opsporing**
Del af sekundær forebyggelse, der har til formål at finde risikofaktorer og diagnosticere sygdom tidligst muligt. Kan udføres ved systematisk eller opportunistisk screening.

**Udvikling**
Defineres efter samme manual som et systematisk arbejde baseret på viden opnået gennem forskning og praktisk erfaring med det formål at frembringe nye eller væsentligt forbedrede materialer, produkter, processer, systemer eller tjenesteydelser.

# Deltagerliste for følgegruppe

**Helene Bilsted Probst**
*Vicedirektør*
Sundhedsstyrelsen (formand)

**Camilla Hersom**
*Vicedirektør*
Danske Regioner

**Tina Ebler**
*Hospitalsdirektør*
Region Midtjylland

**Martin Lund**
*Hospitalsdirektør*
Region Hovedstadens Psykiatri

**Charlotte Josefsen**
*Hospitalsdirektør*
Region Syddanmarks Psykiatri

**Tina Nør Lundager**
*Formand*
Ergoterapeutforeningen

**Janet Samuel**
*Kontorchef*
Kommunernes Landsforening

**Katrine Ring Andreassen**
*Fagdirektør*
Københavns Kommune

**Lotte Henriksen**
*Socialchef*
Aarhus Kommune

**Ane Stallknecht**
*Centerchef*
Odsherred Kommune

**Claus Rendtorff**
*Praktiserende Læge*
Dansk Selskab for Almen Medicin

**Gitte Ahle**
*Formand*
Dansk Psykiatrisk Selskab

**Mikkel Rasmussen**
*Næstformand*
Dansk Psykiatrisk Selskab

**Hanne Børner**
*Næstformand*
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

**Linda Hardisty Bramsen**
*Formand*
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

**Lene Berring**
*Seniorforsker*
Dansk Sygepleje Selskab

**Eva Secher Mathiasen**
*Formand*
Dansk Psykolog Forening

**Dea Seidenfaden**
*Fung. formand (fra oktober 2021)*
Dansk Psykolog Forening

**Jakob Lind Bern**
*Specialpsykolog*
Dansk Psykolog Forening

**Knud Kristensen**
*(tidligere) Landsformand*
Landsforeningen SIND

**Steen Moestrup**
*Medlem*
Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP)

**Jens Peter Eckardt**
*Chefanalytiker*
Bedre Psykiatri

**Torsten Bjørn Jacobsen**
*Formand*
Psykiatrifonden

**Torben Klitmøller Hollmann**
*Formand*
FOA

**Lotte Horsholt**
*Kontorchef*
Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering

**Christine Holm**
*Fuldmægtig*
Styrelsen for Undervisning og Kvalitet

**Ruben Fjord Bredholt**
*Bestyrelsesmedlem*
Dansk Selskab for Fysioterapi

**Signe Færch,**
*Fung. næstformand*
Dansk Socialrådgiverforening

**Verne Pedersen**
*Forbundsnæstformand*
Socialpædagogernes Landsforbund

**Carlo V. Andersen**
*Kontorchef*
Sundhedsministeriet

**Mie Saabye**
*Chefkonsulent*
Sundhedsministeriet

**Bente Brandborg**
*Chefkonsulent*
Social- og Ældreministeriet

**Marie Louise Refsgaard**
*(tidligere) Vicedirektør*
Socialstyrelsen

**Katrine Bonde**
*Fuldmægtig*
Sundhedsdatastyrelsen

**Christina Witt Bæksted**
*Fuldmægtig*
Sundhedsdatastyrelsen

**Poul Videbech**
*Professor*
Sundhedsstyrelsens sagkyndige i psykiatri

**Birgitte Borgbjerg Moltke**
*Overlæge*
Sundhedsstyrelsens sagkyndige
i børne- og ungdomspsykiatri

**Laura Toftegaard Pedersen**
*Sektionsleder*
Sundhedsstyrelsen (sekretariat)

**Maj Back Nielsen**
*Specialkonsulent*
Sundhedsstyrelsen (sekretariat)

**Sara Korngut**
*Specialkonsulent*
Sundhedsstyrelsen (sekretariat)

**Vibe Ballegaard**
*Læge*
Sundhedsstyrelsen (sekretariat)

**Per Jørgensen**
*Cheflæge*
Sundhedsstyrelsens konsulent (sekretariat)

**Elisabeth Marian Thomassen**
*Kontorchef*
Socialstyrelsen (sekretariat)

**Stephan Siig Hansen**
*Faglig leder*
Socialstyrelsen (sekretariat)

**Birgit Mortensen**
*Faglig leder*
Socialstyrelsen (sekretariat)

**Tina Bloch Gottschalk**
*Specialkonsulent*
Socialstyrelsen (sekretariat)

**Pauline Lunding**
*Chefkonsulent*
Socialstyrelsen (sekretariat)

**Sundhed for alle ♥ + ●**