



LÆGEFORENINGEN  
2021

# Giv psykiatrien et langsigtet løft!

-Mere kapacitet,  
sammenhæng  
og kvalitet



LÆGEFORENINGEN



# Lægeforeningens indspil til den længe ventede **10-årsplan for psykiatrien**

kan - hvis det vedtager en bred og ambitiøs 10-årsplan, der særligt prioriterer de svært og langvarigt syge - gøre op med den markante ulighed i sundhed, som mange års underprioritering af psykiatrien har medført. Og det kan være med til at sikre, at flere mennesker med psykiske lidelser får forbedret deres livskvalitet og langt bedre muligheder for at leve et meningsfyldt liv.

## **Både børn, unge og voksne med psykisk lidelse svigtes**

Som situationen er nu, mangler der kapacitet til at behandle alle patienter med behov, der er for lidt sammenhæng i og koordinering af forløbene, og behandlingen er ikke af høj nok kvalitet. Rammer og udfordringer for børn og unge med psykiske lidelser er nogle andre, end de er for voksne patienter. Men uanset alder betyder en utilstrækkelig og usammenhængende psykiatri, at mange psykiske lidelser opspores for sent, forværres unødigt, og at tilstødende somatiske og psykiske lidelser ikke forebygges og behandles tilstrækkeligt. For de sværest syge er konsekvenserne tydelige: Brugen af tvang stiger, der kommer flere retspsykiatriske patienter, og der er en voldsom overdødelighed.

## **Et markant løft kræver både nationale, regionale og kommunale indsatser**

Psykiatriens problemer er komplekse, og det er ikke dem alle, som lader sig løse fra Christiansborg. Mange barrierer ligger andre steder end i lovgivning og overordnede ressourcer. Derfor er det ikke kun i Folketingssalen, at de rette beslutninger skal træffes. 10-årsplanen bør også være startskuddet til et forpligtende samarbejde, hvor kommuner, regioner, stat og faglige miljøer arbejder tæt sammen om det løft, som psykiatrien skal igennem de næste 10 år.

## **Løbende monitorering og kursjustering de næste 10 år**

Lægeforeningen foreslår, at der med 10-årsplanen nedsættes en rådgivende koordinationsgruppe med bred repræsentation af de ansvarlige aktører og eksperter, som skal monitorere udviklingen og rådgive Folketinget, så 10-årsplanen får den tilsigtede effekt. Konkret bør det fx monitoreres, at overdødeligheden blandt svært psykisk syge voksne falder, og at en stigende andel unge med en psykiatrisk diagnose gennemfører folkeskolens afgangsprøve.

**L**ÆGEFORENINGEN har tårnhøje forventninger til, at 10-årsplanen for psykiatriens udvikling tager fat om de grundlæggende strukturelle problemer, som betyder, at danskere med psykiske lidelser fortsat klarer sig dårligere igennem livet end borgere med somatiske sygdomme. Det gør de til trods for, at psykiske lidelser kan være lige så invaliderende og i sidste ende livstruende som somatiske.

Danskere med psykiske lidelser oplever en ulighed i sundhed, som vi ikke kan være bekendt som vel-færdssamfund. Men Folketinget



## Hvad skal 10-årsplanen prioritere?

### 10-årsplanen skal sikre, at der bliver opbygget kapacitet

For det første skal planen sikre, at der bliver opbygget kapacitet i form af økonomi og arbejdskraft. I dag mangler der specialiseret psykiatrisk personale i sygehuspsykiatrien, der er lægedækningsproblemer i almen praksis og for få ydernumre i speciallægepraksis<sup>1</sup>. Den manglende kapacitet bunder i en mangeårig underfinansiering af psykiatrien, der skal gøres op med nu.

#### KONKRET FORESLÅR LÆGEFORENINGEN, AT:

1. Regeringen skal lave en økonomisk optrappingsplan, som er et afgørende fundament for psykiatriens udvikling
2. Regeringen skal sikre uddannelse af flere speciallæger og specialsygeplejersker
3. Regionerne skal styrke indsatsen for at rekruttere og fastholde speciallæger i hele landet
4. Regeringen, regionerne og kommunerne skal øge kapaciteten ved at involvere flere faggruppers kompetencer
5. Regeringen skal sammen med regioner og kommuner udarbejde en langsigtet plan for at udnytte psykiatriens samlede kapacitet
6. Regeringen skal etablere et robust, retvisende og gennemsigtigt datagrundlag for psykiatrien

### 10-årsplanen skal forbedre koordinering og samarbejde

For det andet skal planen forbedre koordineringen af og samarbejdet om patientens forløb på tværs af fagligheder og organisatoriske skel, fx på tværs af behandlingspsykiatri og socialpsykiatri og på tværs af almen praksis, speciallægepraksis, kommunale og regionale ansvarsområder. Alt for mange patienter og pårørende oplever i dag unødigt ventetid, manglende koordinering på tværs og skal selv holde overblik over deres forløb i overgangen mellem sektorer.

#### KONKRET FORESLÅR LÆGEFORENINGEN, AT:

7. Regioner og kommuner skal forbedre samarbejdet om opsporing af børn og unge
8. Regioner og kommuner skal tilbyde flere familieorienterede indsatser
9. Regioner og kommuner skal give bedre støtte til børn af forældre med psykisk lidelse
10. Regeringen, regioner og kommuner skal løfte de socialpsykiatriske botilbud
11. Regeringen skal samle ansvaret for misbrugsbehandlingen i regionerne
12. Regionerne skal reducere overdødelighed via faste statusamtaler og somatisk stuegang
13. Regionerne skal styrke den lægefaglige ledelse af psykiatriske patientforløb
14. Styrke indsatsen for patienter med moderat psykisk sygdom i det nære sundhedsvæsen
15. Regionerne bør styrke indsatsen for patienter med behov for akut psykiatrisk hjælp



### **10-årsplanen skal sikre høj, ensartet og dokumenteret kvalitet**

For det tredje skal planen sikre mere veldokumenteret behandling og et kvalitetsløft, som kommer alle patienter til gavn på tværs af de kommunale og regionale forskelle, der eksisterer i dag. I dag halter regionernes indsats inden for forskning og kvalitetsarbejde, og for få kommunale tilbud baserer sig på evidens og systematisk evaluering af effekt.

### **KONKRET FORESLÅR LÆGEFORENINGEN, AT:**

- 16.** Regeringen og regionerne skal udpege indsatsområder til målrettede forskningsmidler
- 17.** Regionerne skal prioritere bedre rammer for kvalitetsarbejde og forskning
- 18.** Sundhedsministeriet og regionerne skal evaluere og videreudvikle forløbspakkerne
- 19.** Regionerne skal arbejde bedre sammen om systematisk kvalitetsarbejde
- 20.** Regionerne skal skabe et bedre overblik over den igangværende forskning
- 21.** Regeringen skal indføre kvalitetsstandarder for kommunale tilbud til børn og unge

Med disse 21 forslag til konkrete politiske indsatser håber Lægeforeningen at bidrage til at kvalificere indholdet i 10-årsplanen for psykiatriens udvikling, så vi kan sikre, at alle patienter med psykiske lidelser fremover får en behandling, der er på højde med resten af sundhedsvæsenet.

**Camilla Noelle Rathcke**  
Formand for Lægeforeningen



## Udfordringsbilledet

– hvad betyder psykiatriens problemer for patienterne?

### Manglende kapacitet: For få hænder og for lidt tid til at yde ordentlig behandling

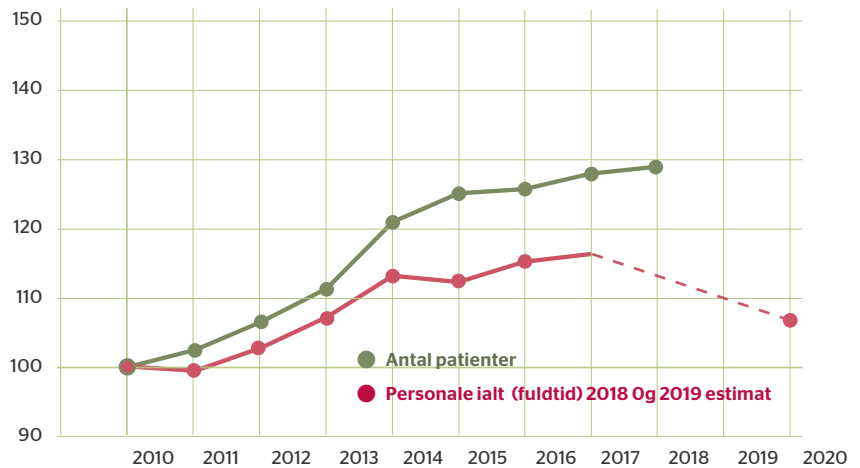
De senere år er antallet af patienter – både voksne, børn og unge – med behov for psykiatrisk udredning og behandling vokset voldsomt, uden at den nødvendige kapacitet er fulgt med. Trods to vedtagne psykiatriplaner og udtrykt politisk vilje hos såvel regionsråd, byråd som skiftende regeringer er psykiatrien ikke blevet særligt prioriteret, når der ses på de økonomiske nøgletal for det seneste årti.

Figur 1 viser udviklingen i det samlede antal patienter og personale i sygehuspsykiatrien fra 2010 til 2020 (2010 = 100). Det ses af figur 1, at antallet af patienter stiger med knap 30 pct. fra 2010 frem til 2018. Imens stiger antallet af medarbejdere kun med ca. 15 pct. frem til 2017, hvorefter det falder frem mod 2020.

Figur 2 (næste side) viser udviklingen i antal disponible sengepladser i perioden 2013 til 2020. Antallet af sengepladser stiger kun ganske lidt – blot 2,6 pct. fra 2013 til 2020. Alt i alt viser data, at antallet af patienter stiger langt mere end antallet af personale og sengepladser frem til 2018<sup>2</sup>.

Der foreligger ikke kommunale data, der kan vise, om der er op-

FIGUR 1.  
Patienter og personale i sygehuspsykiatrien 2010 til 2020



bygget nye tilbud og indsætter uden for behandlingspsykiatrien i perioden, der i tilstrækkelig grad erstatter manglen på personale og sengepladser i behandlingspsykiatrien. KL giver derimod udtryk for "et markant større pres" på det socialpsykiatriske område, fordi kommunerne får flere borgere med psykiske lidelser og flere med komplekse støttebehov<sup>3</sup>.

Der er på nuværende tidspunkt utilstrækkelige data på både det kommunale og regionale område<sup>4</sup>. Dermed er det ikke muligt at få overblik over den samlede kapacitet på tværs af regioner og kommuner

Kilder til figur 1 og 2:

**Personale:** 2020: eSundhed, 2010-2017: Benchmarking af psykiatrien, Danske Regioner

**Disponible sengepladser:** Benchmarking af psykiatrien, Danske Regioner frem til 2018. Data vedr. 2019 og 2020: Sundhedsdatastyrelsen e-sundhed sengepladser og belægning på sygehuse, pr. 10-09-2020

**Patienter:** Sundhedsdatastyrelsen, Nøgletal om sundhedsvæsenet

**Anmærkning:** "Psykiatrien" dækker både over almenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien



og vurdere udviklingen i aktivitet og ressourceforbrug i psykiatrien fremover, herunder om kapaciteten er tilstrækkelig.

### Underfinansiering og rekrutteringsproblemer

Fra 2009-2018 er udgifterne til den regionale psykiatri kun steget fra 7,5 til 8,8 milliarder kroner<sup>5</sup> svarende til en årlig realvækststigning på 1,6 pct. Det svarer nærmest til den generelle udgiftsudvikling, der har været i sundhedsvæsenet i samme periode. Dermed har psykiatrien ikke oplevet det økonomiske løft, som er nødvendigt for reelt at kunne opruste på kapacitet og kvalitet.

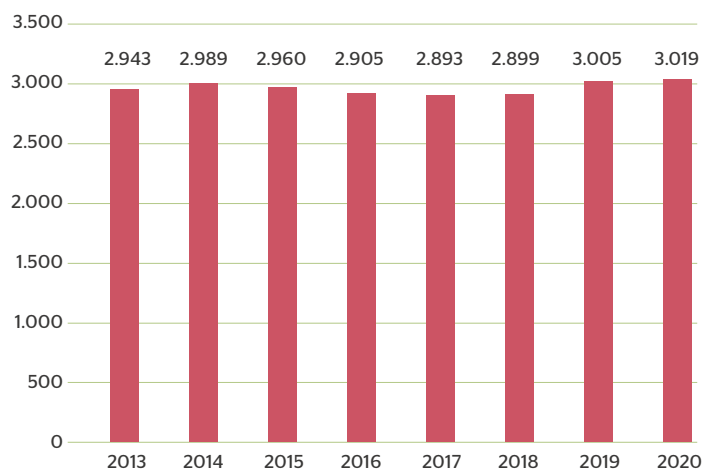
Med finansloven for 2020 blev der allokateret 600 millioner kroner til sygehuspsykiatrien i perioden 2020-2024<sup>6</sup>, fordelt med en realvækst på 450 millioner i 2020 og 150 millioner kroner i 2024. I den firårige periode svarer det til 150 millioner kroner årligt. Isoleret set er der tale om et tiltrængt højt løft, men over perioden på fire år svarer det stort set til det realvækstniveau, som psykiatrien har haft de seneste ti år.

Den manglende prioritering af psykiatrien bliver illustrativt afspejlet i antallet af speciallæger. I perioden 2012-2018 er antallet af speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri blot steget med 5 pct., mens fx antallet af speciallæger i onkologi i samme periode er vokset med 71 pct.<sup>7</sup>

Kapacitetsmanglen varierer på tværs af landet, men kommer også til udtryk i almen praksis, hvor cirka 25 pct. af henvendelserne vedrører en psykisk problemstilling samt

FIGUR 2.

### Disponible sengepladser i sygehuspsykiatrien 2013-2020



i speciallægepraksis, som nogle steder har lange ventetider. Måske kommer kapacitetsmanglen tydeligst til udtryk på sygehuse, hvor 96 pct. af speciallægerne i børne- og ungdomspsykiatri og 86 pct. af speciallægerne i psykiatri vurderer, at de ville kunne give deres patienter en bedre behandling, hvis der var flere ressourcer i deres afdeling.

Desuden har sygehuspsykiatrien svært ved at tiltrække de læger og øvrige medarbejdere, som skal sikre, at patienterne får den udredning og behandling, de har brug for. Sundhedsstyrelsen konstaterer, at der fortsat er "store problemer" med at rekruttere og fastholde medarbejdere i den regionale psykiatri. Udfordringerne er forskellige på tværs af landet, og det medfører bl.a. en meget forskellig fordeling af sundhedspersonale pr. borger på tværs af regionerne. Eksempelvis er der en forskel på 40 pct. i antal ansatte imellem Region Hovedstaden og Region Sjælland<sup>8</sup>.

67 %

af speciallægerne i børne- og ungdomspsykiatri, ansat på sygehus, mener ikke, at der er sengepladser nok, mens 81 pct. af speciallægerne i psykiatri, ansat på sygehus, ikke mener, at der er sengepladser nok.

83 % og 84 %

af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri hhv. voksenpsykiatri, ansat på sygehus, er uenige eller meget uenige i, at bemanningen på deres arbejdsplads er tilstrækkelig til at give indlagte patienter den bedst mulige behandling.

Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) - svar fra læger i psykiatrien



Mangel på speciallæger i psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien er et særskilt problem. Der er både behov for at forbedre arbejdsmiljøet og for at understøtte, at flere yngre læger vælger psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien til. Uddannelsesmiljøet og mulighed for faglig udvikling er blandt de faktorer, som har en signifikant, positiv betydning på sandsynligheden for, at yngre læger fortsætter en karriere i psykiatrien<sup>9</sup> og derfor er der fortsat behov for at opprioritere netop yngre lægers uddannelsesmiljø.

### Behov for mere tid til specialiseret udredning og behandling af børn og unge

Udenlandske undersøgelser peger på, at op mod 50 pct. af patienter med psykisk lidelse kan diagnosticeres før de fylder 15 år, og at 74 procent kan diagnosticeres, inden de fylder 18 år<sup>10</sup>.

En tidlig udredning og korrekt diagnosticering kan bidrage til at understøtte børnenes trivsel, forebygge eventuelle følgesygdomme og forbedre prognosen for dem som voksne. Men i dag er der store uforklarlige geografiske forskelle på hvor mange børn og unge, der diagnosticeres med en psykisk lidelse i Danmark<sup>11</sup>, og en udbredt oplevelse blandt børne- og ungdomspsykiatere af, at mange børn og unge er blevet meget syge, før de får tilstrækkeligt specialiseret hjælp i børne- og ungdomspsykiatrien.

Samtidig peger op imod halvdelen af lægerne i børne- og ungdomspsykiatrien på, at der er sket en forskydning af ressourcer fra behand-

ling til udredning<sup>12</sup> som følge af udrednings- og behandlingsretten. I et system med begrænsede ressourcer medfører det, at tiden tages fra patientkontakten med de børn og unge med svære sygdomme, som har brug for specialiserede behandlingsforløb med fx samtaleterapi, individuel psykoterapi og observation.

Manglen på tid og ressourcer i børne- og ungdomspsykiatrien indebærer en risiko for, at svært syge børn og unge med behov for længerevarende intensive og tværfaglige terapeutiske forløb afsluttes for tidligt, fordi der skal frigives ressourcer til at udrede nye børn og unge.

Der er heller ikke tilstrækkelige muligheder for at inddrage og yde psyko-edukation til forældrene, som ellers er en afgørende del af behandlingen af børn og unge med psykisk lidelse/udviklingsforstyrrelse. I dag er 57 pct. af læger ansat i børne- og ungdomspsykiatrien uenige eller meget uenige i, at de har tid til at inddrage og undervise patientens familie i tilstrækkelig grad<sup>13</sup>.

Samlet set er der et betydeligt forebyggelsespotentiale i at opprioritere indsatsen til børn og unge med udviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser og deres forældre ved sygdomsdebut. Der er både behov for ressourcer til at sikre, at udredningen af børn og unge sker tidligere og bliver mere ensartet og for at forbedre og intensivere behandlingsforløbene, så også forældrene er integrerede fra start.

### Udvalgte kommentarer fra læger i psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien

“

Der er et massivt behov for at tilbyde mere behandling, herunder længerevarende terapi.

“

Ressourcemangel er det helt store problem. Med flere ressourcer kan man tiltrække personale, mindske tvang, skabe mere sammenhæng og opruste ambulante opfølgning, så trækket på sengepladser bliver mindre.

“

Jeg mener, at der er for lidt tid til de kroniske, svært psykisk syge børn og unge, der går i mangeårige ambulante forløb.

Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020)





### For få og for korte forløb til de svært syge voksne

I dag er der for mange psykiatriske afdelinger, som på grund af kapacitetsmangel er nødt til at afvise, afslutte eller udskrive voksne patienter med moderate og sværere psykiske lidelser, før de egentlig er færdigbehandlede eller er i stabil bedring.

81 pct. af speciallægerne i sygehuspsykiatrien mener ikke, at der er sengepladser nok til alle voksne patienter med behov for indlæggelse, og 84 pct. har oplevet at afvise patienter, som ud fra et lægefagligt synspunkt ville have gavn af et ambulans forløb<sup>14</sup>. Manglen på sengepladser og intensive ambulante forløb har særligt store konsekvenser for de sværest syge med psykotiske sygdomme såsom skizofreni og bipolar lidelse, som kan have behov for langvarige, opsøgende og intensive forløb<sup>15</sup>.

Der er klare tegn på, at behandlingsbehovet hos netop de sværest syge ikke bliver mødt i dag. Det kommer bl.a. til udtryk ved stigningen i antallet af tvangsindlæggelser<sup>16</sup> og overdødeligheden blandt mennesker med svære psykiske lidelser. En analyse af mentalerklæringer viser, at 74 pct. af de patienter med psykisk lidelse, som har begået kriminalitet, ikke havde fået tilstrækkelig psykiatrisk behandling og støtte i tiden op til sigtelsen<sup>17</sup>. Samtidig giver kommunerne udtryk for, at borgere, der udskrives til de socialpsykiatriske tilbud, ikke er færdigbehandlede<sup>18</sup>.

En medvirkende årsag til, at det er svært at yde forløb, der i tilstrække-

lig grad tager afsæt i den enkelte patients behov, er pakkeforløbene. De blev implementeret i 2013, uden at der fulgte særskilte ressourcer med, og uden at der siden er indsamlet systematisk viden om deres effekt<sup>19</sup>. 44 pct. af de læger, der arbejder i psykiatrien, mener ikke, at pakkeforløbene har forbedret kvaliteten af patienternes behandling<sup>20</sup>. Pakkeforløbene mangler fleksibilitet og mulighed for at tilrettelægge et individuelt behandlingstilbud, der også tager højde for komorbiditet.

### Det nære sundhedsvæsen er ikke gearret til at tage hånd om de mange borgere med lette til moderate psykiatriske problemstillinger

Det anslås, at godt 40.000 børn, unge og voksne patienter med let til moderat psykisk lidelse – fx angst, lettere depression og belastningsreaktion – behandles i sygehuspsykiatrien. Det til trods for at en betydelig del af denne målgruppe med fordel kunne behandles bedre i det nære sundhedsvæsen, dvs. almen praksis, kommuner og speciallægepraksis<sup>21</sup>.

I dag eksisterer der ikke tilbud om behandling eller rehabilitering for patienter med lettere psykiske lidelser i alle kommuner, og dem, der er, varierer kraftigt i type og kvalitet på tværs af landet. Godt en tredjedel af alle praktiserende læger svarer nej til, at deres kommune har et rehabiliteringstilbud til patienter med angst, stress/belastningsreaktion eller depression<sup>22</sup>. Mulighederne for samtalerapi i almen praksis er også forskellige. Konsekvensen er, at borgerne er vidt forskelligt stillet, alt efter hvor de bor.

Andel praktiserende læger, der svarer "nej" til, at kommunen har tilbud til patienter med:

Angst  
36 %

Stress/belastningsreaktion  
23 %

Depression  
37 %

Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra almen praksis

Moderate psykiske lidelser er målgruppen for speciallægepraksis, som kunne behandle denne patientgruppe i tæt samarbejde med almen praksis om tidlig indsats og tættere på eget hjem end tilfældet er i dag.

Men i nogle dele af landet er der lang transporttid og lang ventetid til praktiserende speciallæge, fordi regionen ikke har tilstrækkeligt med ydernumre. Flere ydernumre vil give mulighed for, at flere praktiserende speciallæger kan drive egen praksis og behandle langt flere patienter med let og moderat psykisk sygdom. Dermed vil patienter med lette til moderate lidelser kunne behandles i det nære sundhedsvæsen og undgå at skulle ind på sygehusene, som dermed ville få flere ressourcer til at behandle patienter med svære psykiske lidelser. ●





# FORSLAG

## Opbyg **kapacitet** i form af både økonomi og specialiseret arbejdskraft

### Forslag 1

**Regeringen skal sikre en økonomisk optrappingsplan som et afgørende fundament for psykiatriens udvikling**

For at sundhedsvæsenet blot er i stand til at kunne følge med antallet af nye patienter, teknologi og forventninger er der årligt brug for en realvækst på cirka 2 pct.<sup>23</sup>. Men 2 pct. er ikke nok til at sikre et kvalitetsløft af psykiatrien, der har været underprioriteret og underfinansieret i mange år.

For så vidt angår den økonomiske prioritering kan Danmark lade sig inspirere af Norge, som har nogenlunde samme befolkningstal og samme type velfærdssamfund. I Norge har man de sidste to årtier strategisk valgt at investere i psykiatrien og udvidet blandt andet kapaciteten – uden dog at være i mål. Realvæksten har de seneste to årtier i Norge gennemsnitligt ligget på cirka 4-5 pct. hvert år<sup>24</sup>.

Vi kan også lære af kræft- og hjerteområdet, som for godt et årti siden blev prioriteret med en række investeringer, der bl.a. gjorde det muligt at udvide kapaciteten, give hurtig udredning og behandling samt løfte og ensarte kvaliteten<sup>25</sup>.

Lægeforeningen foreslår, at Folketinget enes om en ti-årig investeringsplan med et årligt løft af psykiatrien på 5 pct. Investeringen svarer til en realvækst på 450 millioner kroner næste år i den regionale psykiatri<sup>26</sup>. Hertil kommer behov for tilsvarende investeringer i socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen<sup>27</sup>. De øgede

investeringer skal over årrækken gå til at få opbygget den nødvendige kapacitet, sikre de rette kompetencer og understøtte høj kvalitet i behandlingen af alle danskere med psykiske lidelser.

### Forslag 2

**Regeringen skal sikre uddannelse af flere speciallæger og specialsygeplejersker**

Der er mangel på speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, og en betydelig andel nærmer sig pension. Derfor skal der uddannes flere speciallæger i begge specialer.

Lægeforeningen foreslår at øge antallet af hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen inden for psykiatri fra 54 til ca. 80 årlige forløb og inden for børne- og ungdomspsykiatri fra 24 til ca. 35 årlige forløb i den kommende dimensioneringsplan for 2022-2025. Behandling af patienter med psykisk lidelse er desuden en tidskrævende og voksende opgave i almen praksis, der stiller krav til kapaciteten og dermed også til behovet for at uddanne flere speciallæger i almen medicin.

Antallet af sygeplejersker i psykiatrien er heller ikke tilstrækkeligt til at følge med patienttilførslen. Der er behov for at uddanne og ansætte flere specialsygeplejersker uddannet i psykiatrisk sygepleje og styrke deres viden om bl.a. lægemidler, psykopatologi, risikofaktorer for somatisk sygdom mv.



## Forslag 3

### Regionerne skal styrke indsatsen for at rekruttere og fastholde speciallæger i hele landet

Der bør etableres et nationalt partnerskab, der har til formål at gøre psykiatrien til en endnu mere attraktiv arbejdsplads både for læger under uddannelse inden for de to psykiatriske specialer og for færdiguddannede speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri<sup>28</sup>. Regionerne bør særligt prioritere at styrke kvaliteten af den lægelige videreuddannelse i begge specialer, så man kan få besat alle uddannelsesforløb i hele landet.

For at forbedre rekrutteringen til specialerne foreslår Lægeforeningen, at man inddrager speciallægepraksis i speciallægeuddannelsen. Et ophold i speciallægepraksis kan vise den uddannelsessøgende læge, at der er flere muligheder for et meningsfuldt arbejdsliv som speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri. Sundhedsstyrelsen bør også understøtte uddannelseskvaliteten med en styrket inspektorindsats.

Regionerne bør samtidig tage nødvendige tiltag til at fastholde erfarne speciallæger i psykiatrien længere på arbejdsmarkedet. Det skal mindske manglen på de erfarne læger, der både skal følge egne patienter, være patientansvarlig læge for forløb med tværfaglig indsats og supervisere unge læger. Regionerne bør arbejde mere målrettet med fastholdelse, bl.a. via tilbud om nedsat arbejdstid til læger, der nærmer sig pensionsalderen.

## Forslag 4

### Regeringen, regionerne og kommunerne skal øge kapaciteten ved at involvere flere faggruppers kompetencer

Kapaciteten i sygehuspsykiatrien, speciallægepraksis og socialpsykiatrien kan styrkes ved at ansætte og bruge de tværfaglige kompetencer bedst muligt, så de er målrettet patienternes sygdomsgrad, funktionsevne mv. Det er eksempelvis relevant at bruge sygeplejersker, SOSU'er, fysioterapeuter, ergoterapeuter og socialrådgivere

i højere grad end i dag, herunder til at skabe meningsfyldte og netværksskabende aktiviteter.

Lægeforeningen foreslår også at udvide kapaciteten i speciallægepraksis ved at kommende overenskomster understøtter, at der ansættes relevant sundhedsfagligt personale såsom specialpsykologer og psykiatriske sygeplejersker.

Endelig vil det være omkostningseffektivt og til gevinst for patienterne at frigøre speciallægetid ved at regionerne ansætter flere lægesekretærer, som i højere grad kan varetage de administrative opgaver. 63 pct. af lægerne i psykiatrien erklærer sig enige eller meget enige i, at de bruger en betydelig andel af arbejdstiden på administrative arbejdsopgaver, som administrativt personale helt eller delvist kunne varetage<sup>29</sup>.

## Forslag 5

### Regeringen skal sammen med regioner og kommuner udarbejde en langsigtet plan for psykiatriens samlede kapacitet

I den aktuelle situation er der, særligt i voksenpsykiatrien, mangel på sengepladser. Men på sigt – hvis det nære sundhedsvæsen bliver udviklet, og der eksempelvis kommer flere ydernumre i speciallægepraksis – kan kapacitetsbehovet i de enkelte sektorer være et andet end i dag. Behovet for kapacitet i psykiatrien bør ses i sammenhæng og på tværs af sygehuse, almen praksis, speciallægepraksis og kommuner, fordi mange patientforløb går på tværs af flere sektorer.

Derfor foreslår Lægeforeningen, at Sundhedsministeriet og Social- og Ældreministeriet sammen med Danske Regioner og KL udarbejder en langsigtet plan for hvilke behandlingstilbud og indsatser, der skal tilbydes og hvor, og hvilke faggrupper, der skal varetage behandlingstilbuddet/indsatsen og hvilke kompetencer, det forudsætter. Som led heri skal det afklares, hvordan adgang til speciallægekompetencer mv. bliver stillet til rådighed for almen praksis, kommuner mv.



Planen skal sikre, at alle indsatser ses i sammenhæng, og at kapaciteten tilpasses på tværs, så den imødekommer behovene hos det antal patienter med psykiske lidelser, der forventes fremover.

## Forslag 6

**Regeringen skal etablere et robust, retvisende og gennemsigtigt datagrundlag for psykiatrien**

Et retvisende datagrundlag for psykiatrien er afgørende for reelt at kunne følge tiltagene i regeringens 10-årsplan for psykiatrien.

P.t. er datagrundlaget sporadisk, og der er forskellige opgørelser af fx økonomi. Derfor er der behov for, at Sundhedsministeriet i samarbejde med relevante parter får etableret retvisende, robust og gennemsigtigt datagrundlag, der blandt andet kan danne grundlag for at følge udviklingen i økonomien, kapaciteten og aktiviteten i psykiatrien både i kommuner, i privat regi og i regioner. Herunder skal det prioriteres at etablere en "baseline" for aktivitet, kapacitet og økonomi både i regioner og kommuner.



## Manglende koordinering og samarbejde:

For mange patienter oplever forløb, der ikke hænger godt nok sammen

**MANGE PATIENTER** med psykiske lidelser har langvarig sygdom, herunder med tilbagefald, og de kan have samtidige somatiske sygdomme. Derfor har patienterne typisk behov for længerevarende forløb og ikke enkeltstående behandlingsindsatser. Gode forløb kræver, at sektorerne samarbejder med afsæt i patientens behov, og at kapaciteten i almen praksis og speciallægepraksis, sygehuse og kommuner ses i sammenhæng. Når et barn fx er udredt af kommunen, kan der være behov for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, og egen læge bør orienteres om indsatsen, så lægen kan følge op, bl.a. for at kunne forebygge tilbagefald.

### Det tværsektorielle opsporingssamarbejde om børn og unge halter

En tidlig og velkoordineret indsats over for børn og unge med psykiske sygdomme eller udviklingsforstyrrelser, fx ADHD eller autisme, er helt afgørende – både for at fastholde barnets tilknytning til hverdagslivet og skolen og for at forbedre barnets trivsel og prognose<sup>30</sup>. Men i dag går der i for mange tilfælde alt for lang tid, før børn og unge med symptomer på psykisk lidelse får rette indsats. 63 pct. af

de praktiserende læger angiver eksempelvis, at de møder børn og unge, som burde være opsporet tidligere i kommunalt regi<sup>31</sup>.

Hvis en familie henvender sig til sin praktiserende læge med et barn, der har symptomer på psykiske vanskeligheder, kan lægen i mange tilfælde ikke henvise til børne- og ungdomspsykiatrien eller praktiserende børne- og ungepsykiater, før barnet/den unge er udredt i pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR). Og i mange kommuner er der månedlange ventetider til PPR<sup>32</sup>, ligesom barnet skal have udfordringer i skolen for, at en indsats fra PPR er relevant<sup>33</sup>. Desuden yder de fleste kommuners PPR kun i begrænset omfang egentlige individuelle behandlingsindsatser<sup>34</sup>.

Dertil kommer, at knap 20 pct. af henvisningerne fra almen praksis til børne- og ungepsykiatrien afvises<sup>35</sup>. 49 pct. af de praktiserende læger oplyser, at de hver måned eller hyppigere undlader at henvise patienter til psykiatrisk behandling pga. kapacitetsmangel i psykiatrien<sup>36</sup>.

Konsekvenserne er alvorlige. Et forskningsprojekt fra Region Nordjylland viser, at for over halv-

Udvalgte kommentarer fra praktiserende læger vedr. henvisninger af børn og unge til børne- og ungdomspsykiatrien

“

Jeg har vænnet mig til at fortælle mine patienter, at jeg henviser dem til psykiatrien og booker en ny tid hos mig selv, for at vi kan lægge en ny plan efter henvisningen er afvist.

“

Det er en skændsel, at børn og unge bliver kastebolde i systemet. PPR beder blot forældrene [om at] kontakte egen læge pga. lang ventetid, og regionspsykiatrien afviser henvisningen med besked om, at de skal behandles af PPR.

Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020)



delen af de børn, der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, har forældrene set tegn på psykiske vanskeligheder i mere end fem år. Danmark har også en høj henvisningsalder for diagnosen autisme sammenlignet med andre lande<sup>37</sup>.

Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge fungerer ikke optimalt. Eksempelvis er 86 pct. af de praktiserende læger uenige i, at kommunikationen med PPR fungerer godt<sup>38</sup>. Tilsvarende svarer 34 pct. af PPR-ledere, at samarbejdet med de praktiserende læger er dårligt<sup>39</sup>.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet forløbsprogrammer for børn og unge med udvalgte psykiske lidelser, men de er aldrig blevet systematisk implementeret i alle kommuner og regioner<sup>40</sup>. Der mangler klare aftaler og veldefinerede kontaktflader mellem almen praksis, PPR og de forskellige forvaltninger i kommunerne og børne- og ungespsykiatrien, som kan understøtte koordineringen af arbejdet med børn og unge og almen praksis' tovholderfunktion<sup>41</sup>.

Dermed går der dyrebar tid tabt, hvor barnets mistrivsel eller sygdom kan blive forværret, og hvor risikoen for følgesygdomme stiger. Vejene til den rette indsats er brolagt med lovgivningsmæssige barrierer, hvor sundhedsloven, serviceloven og folkeskoleloven støder sammen og står i vejen for, at børn og unge opspores så tidligt som muligt.

### For lidt støtte til børn af forældre med psykisk lidelse

Der findes et stort antal børn – anslået cirka 300.000 børn under 18 år – som vokser op med en forælder med en psykisk lidelse<sup>42</sup>. Børnene udgør en særlig risikogruppe, føler sig ofte utrygge og ensomme, og har en stærkt forøget risiko for selv at udvikle en psykisk lidelse.

Alligevel får for få børn og familier den fornødne støtte fra kommune eller region, der kan styrke deres modstandskraft og trivsel, samt afhjælpe social stress og stigma<sup>43</sup>. En undersøgelse fra Bedre Psykiatri viser, at 60 pct. af børn med en far eller mor med psykisk lidelse ikke har fået nogen tilbud om hjælp og støtte. Det til trods for, at der er et stort forebyggende potentiale i at yde særlig omsorg for netop denne gruppe.

### For dårlig koordinering om de sværest syge voksne og problemer med kvaliteten på bosteder

De sværest syge voksne patienter har typisk et højt medicinforbrug, mange (akutte) indlæggelser og behov for behandling af både psykisk og somatisk sygdom samt social støtte fra kommunen til at få hverdagen til at hænge sammen.

Et af de sårbare tidspunkter i forløbet, hvor patienterne har særligt behov for at få koordineret hjælp og støtte, er i overgangen fra indlæggelse til at blive udskrevet til egen bolig/botilbud<sup>44</sup>. Er der ikke et velfungerende samarbejde mellem sygehuset, borgerens hjemkommune og eventuelle bosted, er der risiko for, at patientens tilstand forværres.

### Udvalgte kommentarer fra læger i psykiatrien

“

De kroniske patienter med alvorlig psykisk lidelse falder mellem to stole. De afsluttes i regionspsykiatri, men er ikke målgruppe i speciallægepraksis.

“

Massiv mangel på samarbejde mellem regionspsykiatrien og kommunen. MEGET vanskeligt at få patienter i behandling i Region [X] psykiatri. Derfor går alvorligt syge borgere ubehandlede rundt i kommunens regi i årevis.

Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) - svar fra læger i psykiatrien



Mange af de sværest syge og udsatte borgere bor på socialpsykiatriske bosteder, fordi de har komplekse støttebehov, som kræver omfattende koordinering med andre kommunale indsatser samt den regionale behandlingspsykiatri<sup>45</sup>. Men på mange socialpsykiatriske bosteder er beboerne omgivet af utilstrækkelige rammer og kompetencer, og beboerne er i for ringe grad velbehandlede for psykisk lidelse og/eller misbrug. Siden 2012 er seks medarbejdere på bosteder blevet dræbt af beboere<sup>46</sup>.

På mange bosteder er patientsikkerheden utilstrækkelig, og der er alvorlige problemer med medicin-håndtering og instrukser. Styrelsen for Patientsikkerhed fandt eksempelvis større eller kritiske problemer på 50 pct. af de kommunale botilbud og 48 pct. af de private botilbud, som styrelsen besøgte på såkaldt reaktive tilsynsbesøg<sup>47</sup> i perioden 2017-2019<sup>48</sup>. Sundhedsstyrelsen har tidligere påpeget ”et stort behov” for at styrke de sundhedsfaglige kompetencer i socialpsykiatrien<sup>49</sup>.

### Utilstrækkelig og ukoordineret behandling af somatiske sygdomme

Patienter med svære psykiske lidelser lever i dag 15-20 år kortere end baggrundsbefolkningen. Det skyldes bl.a. forekomsten af selvmord, misbrug, livsstil og bivirkninger ved psykofarmaka, men særligt at mennesker med psykiske lidelser underdiagnosticeres og underbehandles for somatisk sygdom<sup>50</sup>.

Det til trods for, at mennesker

med svære psykiske lidelser har et større behov for netop somatiske sundhedsyndelser, bl.a. fordi risikofaktorerne for at udvikle fysiske sygdomme såsom diabetes er flere og større<sup>51</sup>. Men mange psykiatriske patienter oplever, at det kan være svært at få behandlet deres somatiske sygdomme. Det skyldes blandt andet, at deres fysiske symptomer bliver mistolket som psykiske, at deres psykiske tilstand er så ustabil eller dårlig, at de ikke kan håndtere deres somatiske lidelse(r), eller at der ikke tages højde for deres psykiske lidelse, hvis de er i et somatisk behandlingsforløb<sup>52</sup>.

Det skyldes også, at der ikke eksisterer et formaliseret samarbejde om behandlingen af de somatiske lidelser mellem almen praksis, psykiatriske og somatiske sygehusafdelinger om, hvem der gør hvad hvornår.

### Organiseringen af misbrugsbehandlingen lader syge mennesker i stikken

Mennesker med dobbeltdiagnose, som både har en psykisk lidelse og et behandlingskrævende misbrug, har særligt behov for en specialiseret, velkoordineret og tværfaglig indsats. Men kun 9 pct. af lægerne i psykiatrien erklærer sig enige eller meget enige i, at ambulante patienter med psykisk lidelse og misbrug får en god og velkoordineret behandling<sup>53</sup>.

Undersøgelser har anslået, at op mod 75 pct. af stofmisbrugere og op mod 50 pct. af alkoholmisbrugere har psykiske lidelser<sup>54</sup>. Men den nuværende opsplitning af hhv. psykiatrisk behandling og kommunal misbrugsbehandling understøtter

## 64 %

af læger, der arbejder i psykiatrien, er enige eller meget enige i, at der mangler viden om, hvordan overdødeligheden kan nedbringes blandt gruppen af patienter med de sværeste psykiske lidelser.

Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020): Svar fra læger, der arbejder i psykiatrien



ikke den sammenhængende multi-disciplinære sundhedsfaglige indsats, som en stor andel af målgruppen har behov for.

Der findes ingen nationale retningslinjer eller integrerede behandlingstilbud til børn og unge med misbrug og samtidige psykiske lidelser. Det på trods af, at det anslås, at cirka 60 pct. af unge mellem 15-25 år med misbrug har mindst én psykisk lidelse, og at der er en underdiagnosticering og underbehandling af disse unge<sup>55</sup>.

### **Akut psykisk syge er stillet forskelligt**

Langt de fleste psykiatriske indlæggelser sker akut<sup>56</sup>. Mennesker, der er akut psykisk syge, fx hvis deres lidelse forværres, eller de har konkrete selvmordstanker, har særligt behov for let tilgængelige tilbud. Men tilbud og indsatser er forskellige, alt afhængigt af, hvilken kommune og region man bor i. Mens forskellige former for kommunale sociale akuttilbud til mennesker i akut psykisk krise vinder udbredelse, er det fortsat kun i Region Hovedstaden, at et psykiatrisk akutberedskab med en speciallæge i psykiatri og en erfaren redder

kører ud i ydertimerne, når patienter har behov for akut psykiatrisk hjælp.

I selve akutmodtagelsen konstaterer Sundhedsstyrelsen, at akut syge patienter er stillet ringere end akut somatisk syge i forhold til bemanding, kompetencer, adgang til somatisk udredning og udstyr<sup>57</sup>. Derudover mangler der klare procedurer for samarbejde og evt. overdragelse til somatisk akutmodtagelse, som fx kan være relevant, hvis patienten har forgiftning eller svær selvskade. I dag er kun ni psykiatriske akutmodtagelser placeret tæt på den somatiske modtagelse<sup>58</sup>.





# FORSLAG

## Skab bedre koordinering og **samarbejde** om patienterne

### Forslag 7

#### Regioner og kommuner skal forbedre samarbejdet om opsporing af børn og unge

Samarbejdet om børn og unge med symptomer på psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse bør forbedres. Der er stort potentiale for at bruge speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri i fremskudt funktion eller på konsulentbasis i højere grad, så de kan yde faglig sparring til almen praksis og kommuner/PPR og medvirke til at sikre, at børn og unge får rette indsats fra start. Det vil også bidrage til, at man tidligere får opsporet og henvist de børn og unge, som har brug for en mere specialiseret indsats i børne- og ungdomspsykiatrien.

Lægeforeningen anbefaler, at alle kommuner og regioner laver klare aftaler om og rammer for samarbejdet om børn og unge<sup>59</sup>:

- Alle almen praksis bør have aftaler om adgang til relevant faglig sparring og specialistrådgivning hos speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.
- Almen praksis bør have flere muligheder for at henvise børn og unge med særlige, akutte behov direkte til børne- og ungdomspsykiatrien uden om PPR.
- Almen praksis skal have mulighed for at henvise børn i mistrivsel direkte til PPR<sup>60</sup>. PPR skal sørge for, at den praktiserende læge modtager et elektronisk statusbrev ved behov og et afslutningsnotat, når barnet afsluttes i PPR.
- Alle kommuner, også i regi af PPR, bør have aftaler om og mulighed for direkte kommunikation med

børne- og ungdomspsykiatrien/praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri ved behov for sparring om den rette indsats til barnet.

### Forslag 8

#### Regioner og kommuner skal tilbyde flere familieorienterede indsatser

Alle forældre til nydiagnosticerede børn og unge skal tilbydes en evidensbaseret familieorienteret indsats, fx forældretræning eller familierapeutisk forløb i regi af børne- og ungdomspsykiatrien, hvor forældrene lærer at aflæse, regulere og støtte deres børn i hverdagen. Den modtager de i for ringe grad i dag, men den er en afgørende del af behandlingsindsatsen og særligt vigtig, jo yngre barnet er.

### Forslag 9

#### Regioner og kommuner skal give bedre støtte til børn af forældre med psykisk lidelse

Regioner og kommuner bør sikre, at alle børn med psykisk syge forældre får et relevant, alderssvarende støttetilbud, fx i form af børnesamtalegrupper. Til børn, hvis forældre har en svær psykisk sygdom, vil der være behov for en mere omfattende og helhedsorienteret støttemodel<sup>61</sup>.



## Forslag 10

### Folketinget, regioner og kommuner skal løfte de socialpsykiatriske botilbud

Kvaliteten af de socialpsykiatriske botilbud skal løftes. Der er brug for både sundhedsfaglig og socialfaglig specialisering, og nationale krav til kvaliteten, så beboerne, der har komplekse støttebehov og kan have samtidigt misbrug, er omgivet af rette kompetencer og rammer.

Der er behov for langt tættere samarbejde med behandlingspsykiatrien. Det vil højne patientsikkerheden vedr. observation og medicinering og sikre, at beboerne er velbehandlede og stabile samt at forværring af sygdom tages i opløbet.

Et eksempel til udbredelse er Region Hovedstadens botilbudsteam, der er et udgående team med behandlingsansvar for beboerne på otte socialpsykiatriske botilbud i Københavns Kommune. Det har skabt en markant reduktion i antallet af tvangsindlæggelser og senge-dage<sup>62</sup> og forbedret samarbejdet mellem den regionale psykiatri, almen praksis og de ansatte på botilbuddene markant.

Lægeforeningen foreslår, at regionale udgående teams, som har tilknyttet en fast speciallæge i psykiatri og erfarne sygeplejersker, udbredes til hele landet til udvalgte botilbud, fx til borgere med svære psykoselidelser. Nogle borgere i eget hjem kan også være i målgruppen for et udgående behandlingsteam.

## Forslag 11

### Regeringen skal samle ansvaret for misbrugsbehandlingen i regionerne

Der er behov for at hæve og ensarte kvaliteten af misbrugsbehandlingen og skabe et samlet behandlingsforløb ikke mindst for de patienter, der både har misbrug, psykisk lidelse og eventuelle somatiske følgesygdomme. Det anslås, at cirka 40.000 danskere både har en psykisk lidelse og et misbrug<sup>63</sup>.

Lægeforeningen mener, at ansvaret for misbrugsbehandlingen af både børn, unge og voksne skal samles i

regionerne. Det vil hæve kvaliteten og sikre en entydig placering af det faglige ansvar<sup>64</sup>.

Dermed kan man sikre, at alle stof- og alkoholmisbrugere bliver screenet for og modtager samtidig behandling for evt. psykisk lidelse. Det nye regionale behandlingstilbud kan fx etableres i tilknytning til den ambulante psykiatri og i tæt kontakt til almen praksis, så misbrugsbehandlingen fortsat er tæt på patienternes hverdag.

Screening for psykiatrisk komorbiditet er særlig vigtig i forhold til børn og unge med misbrug. Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen bør udarbejde nationale retningslinjer for udredning og behandling af børn og unge under 18 år, herunder beskrive rammerne for et forpligtende samarbejde med børne- og ungespsykiatrien, almen praksis og hjemkommunen.

## Forslag 12

### Regionerne skal reducere overdødelighed via faste statusamtaler og somatisk stuegang

Patienter med psykoselidelser bør følges tæt for at opspore eventuel somatisk sygdom. I almen praksis bør patienter med svær og langvarig psykisk sygdom tilbydes to årlige statusamtaler, som har til formål at opspore somatisk sygdom og evt. ændringer i den psykiske tilstand. Ved behov kan patienter tilknyttes multidisciplinære teams i sygehusregi. Med inspiration fra Region Nordjylland bør liason-somatik og somatisk stuegang udbredes til alle psykiatriske sengeafdelinger.

## Forslag 13

### Regionerne skal styrke den lægefaglige ledelse af psykiatriske patientforløb

Psykiatriske patientforløb er ofte lange, tværsektorielle og involverer mange forskellige sundhedsprofessionelle og pårørende, hvilket øger kompleksiteten og behovet for samarbejde og tværgående ledelse. Regionerne bør styrke sammenhængen i patientforløbene ved at skabe bedre rammer for lægefaglig ledelse, herunder ved at prioritere tid og ressourcer til god ledelse på de psykia-



triske afdelinger i hele landet, samt ved en øget indsats for at udvikle flere gode ledere i psykiatrien via den lægelige videreuddannelse og efteruddannelse.

## Forslag 14

### Styrk indsatsen for patienter med moderat psykisk sygdom i det nære sundhedsvæsen

Patienter med angst, depression, belastningsreaktion og andre moderate lidelser kunne behandles hurtigere, lige så effektivt og få større mulighed for at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet, hvis man i regi af det nære sundhedsvæsen styrker almen praksis og speciallægepraksis.

Lægeforeningen foreslår følgende tiltag i almen praksis for patienter med moderat psykisk sygdom:

- Almen praksis skal kunne yde krisesamtaler for at tilbyde hurtig afklaring af det fremtidige behandlingsforløb, øge antallet af samtaler ved samtalerterapi og forbedre mulighederne for at henvise til psykolog baseret på sygdommens alvor og funktionspåvirkning<sup>65</sup>.
- Ved henvisning fra almen praksis til psykologbehandling skal egen læge/speciallægepraksis sammen med patienten evaluere forløbet hos psykolog, så man sikrer, at patientens funktionsniveau forbedres, og en løbende vurdering af, at der ikke er brug for mere intensiv/specialiseret behandling.
- At regionerne sikrer, at patienter under 25 år får hurtig adgang til vurdering hos en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri, da almen praksis ikke må behandle unge under 25 år med depression med antidepressiva<sup>66</sup>. En hurtig vurdering vil sikre, at behandlingen ikke forsinkes. Egen læge vil oftest kunne overtage behandlingen, når den er initieret.

Lægeforeningen foreslår følgende tiltag i speciallægepraksis for patienter med moderat psykisk sygdom:

- At alle regioner giver mulighed for hurtig udredning hos praktiserende speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, som er dokumenteret som en relevant og virkningsfuld ordning<sup>67</sup>.

- At regionerne opretter flere ydernumre i begge specialer fordelt i hele landet, så patienter ikke oplever unødigt ventetid.
- At regionerne sikrer, at kapaciteten i speciallægepraksis øges ved at gøre deltidsydere til fuldtidsydere og tilbyde ydernumre til de praktiserende speciallæger, som har praksis uden ydernummer. Det vil samtidig styrke den psykiatriske patientbehandling i almen praksis, fordi der gives bedre muligheder for sparring mellem almen praksis og speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.
- At regionerne laver og implementerer aftaler om specialistrådgivning, så praktiserende læger kan konferere med speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri ved tvivlsspørgsmål.

Endelig bør alle kommuner have rehabiliterende og evidensbaserede tilbud til voksne borgere i mistrivsel og med let angst, depression og belastningsreaktion, så der skabes langt større ensartethed i tilbuddene på tværs af landet.

## Forslag 15

### Regionerne bør styrke indsatsen for patienter med behov for akut psykiatrisk hjælp

Tilbuddene til akut psykisk syge patienter bør forbedres og ensartes. Alle regioner bør have udkørende akutfunktion til akut psykisk syge, der er bemandet med speciallæge i psykiatri og erfaren redder. Akuttillbuddet skal kunne konsultere en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Derudover foreslår Lægeforeningen, at somatiske og psykiatriske akutmodtagelser skal samles på samme matrikel inden for en overskuelig årrække. Det vil sikre bedre og mere helhedsorienteret behandling til patienter, der både er akut psykisk syge og har en kronisk somatisk sygdom samt patienter, der har en akut opstået somatisk sygdom, og som samtidig har en psykisk lidelse.



## Manglende kvalitet

### Kvalitet i behandlingen af patienterne er under pres

**DEN FAGLIGE KVALITET** i regionspsykiatrien er ikke høj nok. Man kan lære af fx kræft- eller hjerteområdet, hvor klinisk engagement på alle niveauer har løftet den faglige kvalitet i hele landet. Det er sket via en vedholdende indsats for at udarbejde kliniske retningslinjer, vidensdeling, udvikling af kvalitetsdatabaser og internationalt samarbejde. 10-årsplanen bør målrettet hæve den faglige kvalitet i regionerne. I de kommunale indsatser er der særligt behov for at hæve og ensarte kvaliteten af de mange spredte indsatser, som tilbydes børn og unge.

#### Kvalitetsarbejdet prioriteres ikke tilstrækkeligt

I dag oplever for få psykiatriske patienter, at behandlingen hjælper dem<sup>68</sup>. Kun 40 pct. af læger, der arbejder i psykiatrien, er enige eller meget enige i, at behandlingen af patienter med psykiske lidelser generelt er af god kvalitet<sup>69</sup>. Der er samtidig for lidt viden om den faglige kvalitet, der ydes i psykiatrien – særligt i den kommunale socialpsykiatri, som i for lav grad benytter evidensbaserede metoder<sup>70</sup>. Der er desuden begrænset videndeling mellem sektorerne, herunder mellem regionerne og almen praksis.

Samtidig er det problematisk, at der i dag ikke er et solidt grundlag for at udvikle kvaliteten i regionerne, og der afsættes alt for få dedikerede ressourcer til kvalitetsarbejde på klinikniveau. Der foregår ikke en tilstrækkelig koordineret kvalitetsindsats, hvor viden opsamles og deles. De eksisterende psykiatriske kvalitetsdatabaser er karakteriseret ved mange registreringer, få mål for behandlingseffekt og meget varierende målopfyldelse<sup>71</sup>. De skaber ikke værdi for patienter og læger i den kliniske dagligdag<sup>72</sup>.

Den manglende prioritering og de manglende rammer for kvalitetsudvikling gør, at ledelser og faglige miljøer ikke i tilstrækkelig grad følger de eksisterende retningslinjer. En undersøgelse viser, at 25 pct. af overlægerne i voksenpsykiatrien ikke bruger de nationale, kliniske retningslinjer. Tidspres er en væsentlig forklaringsfaktor, da næsten halvdelen af de adspurgte angiver, at det skyldes travlhed<sup>73</sup>.

#### Vi mangler evidensbaseret viden

Vidensgrundlaget for behandlingen af mange psykiatriske sygdomme er i dag utilstrækkeligt. Eksempelvis

svarer 83 pct. af læger i psykiatrien, at der mangler tilstrækkelig forskning om virksomme behandlingsmetoder for nogle psykiske lidelser<sup>74</sup>. Der findes nogle stærke psykiatriske forskningsmiljøer rundt i landet, men generelt mangler der både kritisk masse i forskningen, løbende fokus på forskning i lægernes videreuddannelse og et bedre samarbejde mellem forskningsmiljøerne<sup>75</sup>.

Vi mangler fortsat store epidemiologiske undersøgelser og ved for lidt om, hvordan man skal behandle sygdomme som fx skizofreni og bipolar lidelse<sup>76</sup>. Den nationale forskningsstrategi for psykiske lidelser<sup>77</sup> udpegede i 2015 en lang række områder med behov for ny viden, som fortsat er højaktuelle, men som mangler finansiering<sup>78</sup>. Især den kliniske forskning inden for psykiatrien, der baserer sig på omkostningsfulde, kliniske forsøg, er nødlidende. Og der mangler forskning, som man ikke kan forvente, at private virksomheder har interesser i at investere i – såsom relationsbehandling og terapi.



### Ny viden implementeres ikke effektivt og kommer ikke alle patienter til gavn

Behandlingsmodellen OPUS<sup>79</sup> er et godt eksempel på, hvordan psykiatrisk forskning kan føre til ny viden, der implementeres i nye behandlinger, til gavn for patienterne. OPUS er desværre også et eksempel på, at en model, der har dokumenteret effekt, ikke implementeres fuldt ud, og at patientforløb afsluttes efter et afmålt tidsforløb eller alder, og ikke på baggrund af patienternes behov. Der er ikke tilstrækkelige ressourcer til og fokus på at implementere nye forskningsresultater i behandlingen og løbende gennemførelse, hvad der er evidens for via implementeringsforskning m.m.

Det er et problem, at psykiatrisk forskning og kvalitetsarbejde ikke indgår som en systematisk og strategisk del af driften, der kan udvikle morgendagens patientbehandlinger. Mulighederne er ganske enkelt ikke gode nok i den kliniske dagligdag – der mangler tid og penge. Psykiatrisk forskning udføres i dag i alt for høj grad i lægernes fritid. 84 pct. af læger, der arbejder i psykiatrien, er enige eller meget enige i, at de skal bruge deres fritid, hvis de skal finde tid til at være forskningsaktive<sup>80</sup>.

En manglende brik i at bruge ny viden til at udvikle behandlingerne er desuden, at kvaliteten af de udførte behandlinger i psykiatrien ikke dokumenteres godt nok. Det skyldes bl.a., at der ikke er en tilstrækkelig sammenhæng mellem kliniske

retningslinjer, pakkeforløb og de kliniske kvalitetsdatabaser<sup>81</sup>. Dertil kommer, at der er store kommunale og regionale kvalitetsforskelle i de indsatser, der ydes. Det er en særskilt udfordring, at der ikke er tilstrækkelig evidens for de metoder, der anvendes i de kommunale tilbud<sup>82</sup>.

### Alt for store kvalitetsudsving i de kommunale indsatser for børn og unge

Der er i dag store kvalitetsforskelle i de kommunale (behandlings) indsatser, kommunerne tilbyder børn og unge. Det betyder, at børn og unge er vidt forskelligt stillet alt afhængigt af, hvilken kommune de bor i – og at nogen familier slet ikke får noget tilbud<sup>83</sup>.

Der er i dag ingen krav til, hvordan PPR eller andre kommunale tilbud, fx familieindsatser i regi af socialforvaltningen, skal organiseres eller hvilke kompetencer, der skal være til stede. Der er heller ikke krav til dokumentation, evidens eller effekt af de indsatser, som børn og unge mødes af<sup>84</sup>. Kommunerne gennemfører fortsat ukoordinerede og spredte projekter, som ikke er ordentligt evaluerede i dansk kontekst. Dertil kommer, at der i de kommunale tilbud ikke eksisterer en systematisk evaluering af, om indsatsen virker og barnet/den unge får det bedre – eller om der er behov for en mere specialiseret indsats<sup>85</sup>. Kommunerne efterspørger selv mere viden om hvilke indsatser, der er evidens for at tilbyde<sup>86</sup>.

## 56 %

af lægerne i psykiatrien erklærer sig enige eller meget enige i, at der går for lang tid fra forskningsresultater foreligger, til de omsættes til kliniske retningslinjer.

Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i psykiatrien



# FORSLAG

## Skab **kvalitet** i behandlingen for alle danskere med psykisk sygdom

### Forslag 16

#### **Regeringen og regionerne skal udpege indsatsområder til målrettede forskningsmidler**

Regeringen bør i dialog med de faglige miljøer udpege sygdomsområder i psykiatrien med særligt stort behov for ny viden (fx behandlingsresistent depression), som man kan målrette ressourcer til mhp. at udvikle og implementere en styrket, evidensbaseret behandling.

Som led i den politiske prioritering bør der afsættes 100 mio. kr. årligt frem mod 2030 i en national forskningspulje til klinisk, psykiatrisk forskning, kvalitetsarbejde og udvikling af patientbehandlingen inden for udvalgte sygdomsområder. Midlerne kan fx uddeles af Den Frie Forskningsfond.

### Forslag 17

#### **Regionerne skal prioritere bedre rammer for kvalitetsarbejde og forskning**

Regionerne bør opprioritere kvalitetsudvikling og den forskning, som udføres som led i den daglige drift. Derfor bør der oprettes egentlige forskningsbudgetter og udpeges forskningsansvarlige overlæger på alle psykiatriske afdelinger i landet. Dette vil gøre det muligt at have fasttilknyttede forskningssygeplejersker m.fl. til at håndtere forskningsprojekter, kliniske forsøg og kvalitetsudviklingsprojekter.

Regionerne bør følge op på deres egne anbefalinger om at styrke forskningen, herunder at skabe bedre mulig-

heder for forskningssamarbejder på tværs af faggrupper, dataadgang, kvalitetsudvikling m.m. og igangsætte nødvendige initiativer for at implementere eksisterende forskning i kvalitetsarbejde, retningslinjer og behandlinger.

### Forslag 18

#### **Sundhedsministeriet og regionerne skal evaluere og videreudvikle forløbspakkerne**

Danske Regioner og Sundhedsministeriet bør gennemføre en evaluering af den kliniske brug af forløbspakkerne og deres anvendelse i regionerne. Samtidig bør pakkerne videreudvikles, så der sker en bredere og mere præcis udredning. Det skal give plads til mere individualiserede behandlingsforløb med bedre muligheder for at behandle komorbiditet. Derudover bør regionerne prioritere midler til forskning i effekten af pakkerne, bl.a. for at få mere viden om sammenhængen mellem den behandling, der tilbydes i regi af pakkerne, de kliniske retningslinjer og databaser.

### Forslag 19

#### **Regionerne skal arbejde bedre sammen om systematisk kvalitetsarbejde**

Der er brug for et handlekraftigt samarbejde på tværs af landet, der kan understøtte implementeringen af ny forskningsviden i behandlingerne samt understøtte systematisk og koordineret kvalitetsarbejde.



Det konkrete kvalitetsarbejde og fastsættelse af mål skal så vidt muligt forankres på klinikniveau, så der arbejdes med dét, der gør en forskel lokalt for patienterne, og så kvalitetsarbejdet bliver en naturlig del af den lægefaglighed, der er knyttet til det daglige arbejde med patienterne.

Arbejdets målopfyldelse bør følges af en arbejdsgruppe med deltagelse af Sundhedsministeriet, de fem regioner og relevante universitetsmiljøer. Arbejdsgruppen skal løbende følge med i, at man i hele landet blive bedre til at fastlægge, måle, opgøre og dermed arbejde med kvaliteten i behandlingerne, herunder ved at gennemføre nødvendige justeringer i brugen af kvalitetsdatabaserne.

## Forslag 20

### **Regionerne skal skabe et bedre overblik over den igangværende forskning**

Regionerne ved for lidt om den forsknings- og udviklingsindsats, der burde være en central, strategisk prioritering. De fem regioner bør skabe et fælles overblik over, hvor der forskes i hvad på tværs af landet. Bedre opgørelser på tværs af landet gør det samtidig muligt at arbejde bedre med rekruttering til lægedækningstruede områder ved at oprette de forskerdelestillinger, der giver plads til forskning i tæt kontakt med patientbehandlingen.

## Forslag 21

### **Folketinget skal indføre kvalitetsstandarder for kommunale tilbud til børn og unge**

Der er behov for at opgradere, udvide og ensarte de kommunale tilbud og indsatser til børn og unge, herunder i regi af PPR, så alle kommuner kan udrede barnets faglige og trivselsmæssige forhold og tilbyde individuel støtte og pædagogisk-psykologisk indsats baseret på evidens.

Indfør kvalitetsstandarder for de kommunale indsatser over for børn og unge, der oplever psykisk mistrivsel eller lettere psykiske problemstillinger. Kvalitetsstandarderne bør også indebære en tidsfrist for, hvornår familien får et tilbud – fx en måned – så risikoen for forværring i ventetiden reduceres. Det vil give børn, unge og deres familier sikkerhed for, hvornår de modtager hjælp fra kommunen.

Derudover er der behov for, at alle kommuner indfører systematisk monitorering og evaluering af effekten af indsatsen for barnet/den unge, så der opnås viden om, om den valgte indsats/behandlingsform virker.





## Mål efter 10 år – hvordan ved vi, om 10-årsplanen har virket?

**DET ER HELT** afgørende, at implementeringen af 10-årsplanen bliver fulgt tæt, så der kan justeres og tages opfølgende, politiske beslutninger efter behov.

Der bør nedsættes en rådgivende koordinationsgruppe med eksper-

ter, der løbende monitorerer fremdriften på valgte indikatorer og årligt drøfter behov for justeringer i planen. Der bør udføres en større midtvejsevaluering efter fem år.

Som grundlag for monitoreringen er det vigtigt, at der kommer et fælles datagrundlag for blandt andet akti-

vitet, antal patienter, antal medarbejdere og udgifter til psykiatrien, som kan fungere som grundlag for monitoreringen<sup>87</sup>.

Lægeforeningen foreslår, at 10-årsplanen holdes op på følgende mål for fremdriften:

### Mål for udvikling i **kapacitet** i psykiatrien<sup>88</sup>

- Realvækst i den regionale psykiatri og socialpsykiatrien svarer til den målsætning, der bliver aftalt i 10-årsplanen
- En øget og tilstrækkelig kapacitet i videreuddannelsen af speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri samt almen praksis, herunder mål på antal besatte HU-forløb inden for psykiatri og børne- ungdomspsykiatri samt almen praksis
- Fald i antallet af tvangsindlæggelser
- Fald i andel akutte genindlæggelser inden for hhv. 1 og 2 uger<sup>89</sup>
- Ratio mellem andel akutte indlæggelser og planlagte indlæggelser observeres og vurderes løbende

### Mål for forbedret koordinering og **samarbejde** om børn, unge og voksne patienter<sup>90</sup>

- Fald i overdødeligheden blandt mennesker med svære psykiske lidelser
- En stigning i antallet af konkrete samarbejdsaftaler mellem de relevante aktører om koordinering og kontakt på tværs af sektorer, fx for almen praksis' mulighed for at konsultere speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri
- En stigning i andel patienter og pårørende, som angiver at have oplevet kontinuitet og sammenhæng i deres patientforløb



- Fald i antallet af både børn, unge og voksne patienter med misbrug
- En stigning i antal borgere, der har tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse seks og 12 måneder efter at have modtaget diagnose
- Et fald i skolefravær blandt børn og unge, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose/og eller har fået en kommunal indsats og/eller haft kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien
- En stigning i andel unge med diagnosticeret psykisk lidelse, som gennemfører folkeskolens afgangsprøve og/eller ungdomsuddannelse

## Mål for forbedret **kvalitet**

- En stigning i andel patienter – både børn, unge og voksne – som oplever at have fået det bedre/fået stigende funktionsniveau/oplevet en behandlingseffekt (PRO-data)
- At der er sket en styrkelse af patientbehandlingen i de udvalgte sygdomsområder i form af højere kvalitet, der kan måles og følges i kvalitetsdatabaser
- En stigning i antallet af udpegede forskningsansvarlige overlæger og etablerede forskningsbudgetter på alle psykiatriske afdelinger
- At forsknings- og kvalitetsarbejde i psykiatrien i højere grad integreres i den kliniske hverdag, og at det foregår i arbejdstiden frem for i lægernes fritid
- At der er igangsat tiltag til at fremme hurtigere implementering af ny viden i psykiatrien
- At der er indført kommunale kvalitetsstandarder og en stigning i antal kommuner, der udbyder tilbud, der er funderet i evidens/lovende praksis



## Noter

1. Det medfører, at der er en række speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, der arbejder uden ydernummer, og som kun er tilgængelige for de bedst stillede
2. Der er endnu ikke opgørelser af antallet af patienter i 2019 og 2020. Bemærk, at udviklingen i personale og sengepladser bygger på to forskellige kilder hhv. før og efter 2018
3. [www.kl.dk/kommunale-opgaver/socialomraadet/udsatte-voksne/psykiatri/](http://www.kl.dk/kommunale-opgaver/socialomraadet/udsatte-voksne/psykiatri/)
4. Eksempelvis bygger udvikling i personale og sengepladser i figur 1 og 2 på to forskellige kilder hhv. før og efter 2018, og der mangler opgørelser af aktiviteten i sundhedsvæsenet inkl. psykiatri i 2019 og 2020
5. Opgjort i faste 2018-priser og beregnet på baggrund af data fra Danske Regioner
6. <https://sum.dk/Media/F/2/Faktaark-Udmoentning-af-600-mio-kr-aarligt-til-styrkelse-af-psykiatrien.pdf>
7. Opdateret Lægeprognose 2018-2040, Sundhedsstyrelsen, 2020
8. Sundhedsstyrelsen (2020): *Anbefalinger til rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale i psykiatrien*
9. Yngre Læger (2018): *Fremtidens psykiatere? Arbejdsmiljø, uddannelsesmiljø og faglige udfoldelsesmuligheder for yngre læger i psykiatrien*
10. Kim-Cohen, J. et al: *Prior Juvenile Diagnosis in Adults with Mental Disorder. Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. Arch Gen Psychiatry/Vol 60, July 2013: 709-717* samt Kessler R. C. et al: *Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 593-602*
11. Social- og Indenrigsministeriets Benchmarking-enhed (2020): *Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser.*
12. 49 pct. af læger i børne- og ungdomspsykiatrien oplever, at der er sket en forskydning i ressourcer henimod udredning. Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i psykiatrien
13. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i psykiatrien
14. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra speciallæger i psykiatri i sygehuspsykiatrien
15. Sundhedsstyrelsen (2018): *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser*, Dansk Psykiatrisk Selskab (2020): *Gør psykiatrien rask. Politisk behandlingsplan for psykiatrien*
16. Sundhedsstyrelsen (2020): *Monitorering af tvang i psykiatrien 1. juli 2019 – 30. juni 2020*
17. Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik m.fl. (2019): *Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? En analyse mhp. forebyggende tiltag*
18. Momentum, KL (2018): *Psykiatriske patienter er indlagt i færre dage men indlægges oftere*
19. Danske Regioner (2016): *Opsamling fra konferencen "kvalitet i psykiatrien og pakkeforløb"*
20. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i psykiatrien
21. Jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri. Andel voksne patienter med nervøse og stressrelaterede lidelser udgjorde i 2018 cirka 30.000 patienter, mens andel børn og unge udgjorde cirka 14.000. Kilde: Benchmarking af psykiatrien 2014 (2010 og 2011) & 2016. Danske Regioner 2013 til 2018: Notat: Opdaterede psykiatrital for 2018 dato: 22-05-2019 og Sundhedsdatastyrelsen, Udvalgte nøgletal 2009 til 2018
22. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra almen praksis
23. Lægeforeningen (2018): *Investering i sundhed*
24. Statistisk Centralburå, Norge, Egne beregninger ud fra tabel 10811, 10813, 10814
25. Kræftplan I-III, pakkeforløb og maksimale ventetider for behandling
26. Regionernes udgifter til psykiatri 2019 var 8.9 mia. kr. jf Danmarks Statistik REGR31
27. Kommunerne registrerer ikke udgifter på en sådan måde, at det er muligt at opgøre de nuværende udgifter til socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen
28. Læs mere om forslaget om at etablere et nationalt partnerskab her: [www.laeger.dk/sites/default/files/nationalt\\_partnerskab\\_for\\_laegedaekning\\_i\\_psykiatrien.pdf](http://www.laeger.dk/sites/default/files/nationalt_partnerskab_for_laegedaekning_i_psykiatrien.pdf)
29. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i psykiatrien
30. Vidensråd for Forebyggelse (2020): *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år.*



- Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder*
31. Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i almen praksis
  32. Knap 60 pct. af PPR-lederne angiver at have mindst to måneders ventetid mens godt en tredjedel angiver, at der er mellem 3-6 måneders ventetid Kilde: Bilag 4. Analysenotat vedr. PPR-undersøgelse. Danmarks Lægeforening (2019): [www.dlf.org/media/12183130/ppr-undersoegelse.pdf](http://www.dlf.org/media/12183130/ppr-undersoegelse.pdf)
  33. Hertil kommer et specifikt problem vedr. kognitive vurderinger, som iflg. Sundhedsstyrelsens vejledning skal foretages ved udredning for ADD/ADHD. En kognitiv vurdering kan kun foretages af psykolog, men i mange kommuner vil PPR ikke gennemføre kognitiv vurdering eller anden udredning, hvis barnet er fyldt 13-14 år, og den unge sendes således tilbage til praktiserende speciallæge, som ikke kan foretage undersøgelsen
  34. Deloitte (2020): *Undersøgelse af kommunernes Pædagogiske-Psykologiske Rådgivning*
  35. Danske Regioner, Dansk Psykologforening, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab og Bedre Psykiatri (2018): *Mental sundhed - Et nyt behandlingstilbud til børn og unge i det nære sundhedsvæsen*
  36. Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i almen praksis
  37. Kjærgaard Hansen, A. S og Briciet Lauritsen, M.: *For lang vej til hjælp, når børn har psykiske vanskeligheder*. Kommunen 12. november 2020
  38. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i almen praksis. Blandt læger, der arbejder i børne-ungdomspsykiatrien, svarer 25 pct., at samarbejdet med PPR fungerer godt. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i psykiatrien
  39. Deloitte (2020): *Undersøgelse af kommunernes Pædagogiske-Psykologiske Rådgivning*
  40. Deloitte (2020): *Undersøgelse af kommunernes Pædagogiske-Psykologiske Rådgivning samt Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra almen praksis og læger i psykiatrien*
  41. Børne- og Undervisningsministeriet (2020): *Faglige anbefalinger vedr. udvikling og implementering af lettere behandlingstilbud i PPR*
  42. Undersøgelse fra Psykiatrifonden (2019)
  43. Vidensråd for Forebyggelse (2020): *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år – forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder*
  44. Statens Institut for Folkesundhed (2017): *Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*
  45. VIVE (2018): *Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien. En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner*
  46. Ritzau (31. december 2020): Fakta: Seks ansatte dræbt på bosteder siden 2012
  47. Reaktive tilsyn beror på konkret mistanke om brist i patientsikkerheden
  48. <https://stps.dk/da/tilsyn/om-tilsyn/erfaringsopsamlinger/~media/A10D09C938444E03B02A7852748F1AD9.ashx>
  49. Sundhedsstyrelsen (2018): *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser*
  50. Vidensråd for Forebyggelse (2015): *Psykisk Sygdom og ændringer i livsstil*
  51. Sundhedsstyrelsen (2018): *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser*
  52. Statens Institut for Folkesundhed (2017): *Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*
  53. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i psykiatrien
  54. Guldager, Steen, Inger H. Linneberg & Morten Hesse (2011): *Order of age at onset for substance use, substance use disorder, conduct disorder and psychiatric illness, Mental Health and Substance Use*
  55. Hove Thomsen, Rask og Bilenberg (red.) (2019): *Børne- og ungdomspsykiatri*
  56. I 2015 udgjorde akut indlagte patienter i psykiatrien 92 pct. af alle indlagte patienter i psykiatrien i 2015. Kilde: DSR Analyse (2017): *Patienter med akutte indlæggelser i psykiatri og somatik* [https://dsr.dk/sites/default/files/50/patienter\\_med\\_akutte\\_indlaeggelser\\_i\\_psykiatri\\_og\\_somatik.pdf](https://dsr.dk/sites/default/files/50/patienter_med_akutte_indlaeggelser_i_psykiatri_og_somatik.pdf)
  57. Sundhedsstyrelsen (2020): *Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats. Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år*
  58. Sundhedsstyrelsen (2019): *Anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade (høringsudkast)*
  59. Jf. Lægeforeningens forslag om koordinerende forum med deltagelse af driftsansvarlige fagpersoner fra kommuner og sygehuse samt repræsentanter fra almen praksis
  60. Der er gode erfaringer med direkte henvisning fra praktiserende læge til PPR i Halsnæs Kommune



61. Jf. fx forskningsprojektet VIA Family  
www.psykiatri-regionh.dk/Forskningsenheden-boerne-og-ungdomspsykiatri/forskningsprojekter/Interventionsforskning/Tidlig%20intervention/VIA%20Family/Sider/default.aspx
62. Erfaringer stammer fra botilbudsteam på Psykiatrisk Center Amager, Region Hovedstadens Psykiatri
63. VIVE (2018): *Når udsatte borgere møder velfærdssystemet. Omfang, udgifter og dilemmaer.*
64. Danske Regioner, Lægeforeningen, Dansk Psykiatrisk Selskab og Bedre Psykiatri (2018): *Et samlet behandlingstilbud til mennesker med psykisk sygdom og misbrug*
65. PLO's Idekatalog (2020): *Sådan kan almen praksis bidrage til en styrket indsats for borgernes mentale sundhed.* Samtidig efterspørger 92 pct. af de praktiserende læger muligheden for hurtig udredning hos en praktiserende speciallæge i psykiatri/børne- og ungdomspsykiatri ved mistanke om psykisk lidelse. Kilde: Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i almen praksis
66. Jf. Sundhedsstyrelsens Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler (2014)
67. Vive (2020): *Hurtig psykiatrisk udredning* Evaluering af forsøg med hurtig psykiatrisk udredning i Odense Kommune
68. Defactum, Region Midtjylland (2020): *LUP Psykiatri – national rapport.* Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser 2019
69. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i psykiatrien
70. Sundhedsstyrelsen (2018): *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser*
71. Det er kun sygehusene, der har adgang til kvalitetsdatabaserne – speciallægepraksis kan ikke indrapportere til dem
72. Danske Regioner (2020): *Anbefalinger fra Dansk Multidisciplinært Forum for Kvalitet i Psykiatrien*
73. Kilde: Overlægeforeningens survey blandt overlæger i psykiatrien om brug af retningslinjer
74. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i psykiatrien
75. Sundhedsstyrelsen (2018): *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser*
76. Danske Regioner (2020): *Forskning – Vejen til god og effektiv diagnostik og behandling af psykisk sygdom*
77. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2015): *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser – en national strategi*
78. Sundhedsstyrelsen (2018): *En styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser.* Her efterlyses ”en bæredygtig offentlig investeringsramme”
79. www.opus-kbh.dk/
80. Lægeforeningens psykiatrisurvey (2020) – svar fra læger i psykiatrien
81. Anbefalinger fra Dansk Multidisciplinært Forum for Kvalitet i Psykiatrien
82. Vidensråd for Forebyggelse (2020): *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år. Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder*
83. Sundhedsstyrelsen (2018): *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser*
84. Vidensråd for Forebyggelse (2020): *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år. Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder*
85. Vidensråd for Forebyggelse (2020): *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år. Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder*
86. Vive (2019): *Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på børne- og ungeområdet*
87. For nuværende mangler der fx information om aktivitet og økonomien på misbrugsområdet og i socialpsykiatrien, og ny kontoplan for regionerne og overgangen til LPR3 udfordrer datagrundlaget for behandlingspsykiatrien
88. Udgangspunktet bør være, at alle patienter med lægeligt vurderet behov for indlæggelse kan blive indlagt og under indlæggelsen tilset af en speciallæge. Alle patienter med lægeligt vurderet behov for ambulante forløb kan få det indtil behandlingsmål er opnået. Ingen henvisninger afvises pga. kapacitetsmangel
89. Genindlæggelser i sig selv er ikke nødvendigvis problematiske og kan være nødvendige. Imidlertid kan akutte genindlæggelser umiddelbart efter udskrivelse tyde på, at patienten ikke har været færdigbehandlet og/eller at den ambulante opfølgning og/eller psyko-social støtte har været utilstrækkelig
90. Disse mål er ikke kun afhængig af udviklingen i psykiatrien, men også udviklingen i den førte skole- social- og arbejdsmarkedspolitik