



SUNDHEDSSTYRELSEN

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

Bilagsrapport



Bilagsrapport
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: 978-87-7014-410-0

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

Modelfoto: Lars Wittrock for Sundhedsstyrelsen

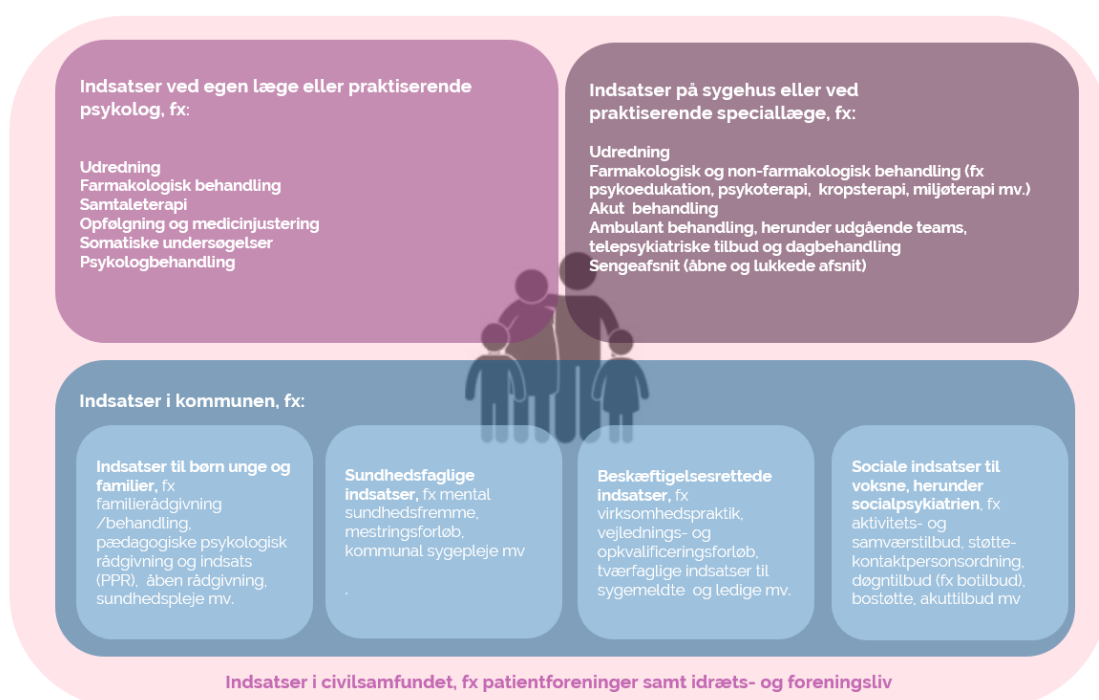
Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Januar 2022

Bilag 1: Organisering af området	4
Indsatsen i kommunerne	4
Socialpsykiatri	5
Børne- og ungeområdet.....	7
Beskæftigelsesområdet	8
Indsatsen i praksissektor	8
Indsatsen på sygehusene.....	10
Civilsamfundets rolle	12
Bilag 2 – Status på området	13
Status på mental sundhed og forekomst af psykiske lidelser	13
Aktivitet og kapacitet	28
Kvalitet	59
Bilag 3: Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende indsatsen i den regionale voksenpsykiatri	73
Bilag 4: Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende indsatsen for børn og unge	77
Bilag 5: Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende mental sundhed og sundhedsfremme	82
Bilag 6: Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende det primære sundhedsvæsen og den psykosociale indsats i kommunerne til udarbejdelse af 10-års planen for mental sundhed og psykiatri	87
Bilag 7: Kommissorium for følgegruppe til udarbejdelse af statusrapport for mental sundhed og psykiske lidelser til 10-årsplanen for psykiatri	91
Referenceliste.....	96

Bilag 1: Organisering af området

Mental sundhedsfremme og indsatser til mennesker med psykiske lidelser varetages på tværs af en række forskellige aktører, myndhedsområder og lovgivninger. Centrale tilbud er illustreret i nedenstående figur.

Figur 1. Tilbud til mennesker med psykiske lidelser på tværs af centrale aktører



I dette bilag beskrives den nuværende organisering af indsatsen.

Udfordringerne i forhold til indsatserne i både praksissektoren, kommune og på sygehus, herunder udfordringer ift. det reelle udbud af tilbud og kvaliteten af disse, samt udfordringer i relation til organisering på tværs af aktører samt forskellige lovgivnings- og myndhedsområder er beskrevet i temakapitlerne kapitel 8-16.

Indsatsen i kommunerne

Kommunerne har ansvaret for den kommunale sundhedsindsats samt for indsatsen på socialområdet og beskæftigelsesområdet. De kommunale indsatser er primært forankret i serviceloven (1), men også sundhedsloven (2), dagtilbudsloven (3), folkeskoleloven (4) (fx

pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR)), erhvervsuddannelsesloven (5) samt lovgivning relateret til gymnasier, forberedende grunduddannelse (FGU), ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU) og specialundervisning for voksne. Jobbrettede indsatser gives primært efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats.

Den sundhedsfaglige kommunale indsats til mennesker med psykiske lidelser er reguleret af sundhedsloven og fordeler sig på flere områder og på forskellige målgrupper, opgaver der bl.a. er reguleret i sundhedslovens § 119, §120, § 141, § 142 og § 138. Det vil typisk være forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, fx mestringsforløb som LÆR AT TACKLE, tilbud i hjemmesygepleje, eller alkohol og stofmisbrugsbehandling. Mentale sundhedsfremmende indsatser er således også primært forankret i landets kommuner. Eksempler på mental sundhedsfremmende indsatser kan være sundhedsplejerskens tilsyn med børns trivsel og sundhed i første leveår ved hjemmebesøg, pædagogiske og didaktiske indsatser der fremmer trivsel, positive fællesskaber og robusthed i dagtilbud, skole, ungdomsuddannelser og på videregående uddannelse samt den brede befolknings deltagelse i trivselsfremmende fritidsaktiviteter.

Socialpsykiatri

Socialpsykiatrien betegner det sektorområde i kommunerne, som varetager indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, jævnfør kapitel 4 for definition. Socialpsykiatrien reguleres primært af serviceloven (1), som er en rammelov. Formålet med hjælpen efter serviceloven er at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten (SEL §1, stk. 2). Hjælpen efter serviceloven bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie og på den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt for den enkelte. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte (SEL §1, stk. 3).

Socialpsykiatrien omfatter myndighedsområdet, hvor opgaven er at udrede og visitere den enkelte til det rette tilbud og den rette indsats, samt løbende at følge op på, om indsatsen fortsat er den rette. Desuden omfatter indsatser i socialpsykiatrien en bred vifte af tilbud fra rådgivning og vejledning, tidlige forebyggende indsatser, støtte i eget hjem, aktivitets- og beskyttet beskæftigelsestilbud, misbrugstilbud samt midlertidige og længerevarende bo- og botilbudslignende tilbud. Hertil kommer en lang række åbne, uvisiterede sociale tilbud såsom den opsøgende støtte- og kontaktpersonordning, forsorgshjem, varmestuer og nat-caféer og krisecentre. Socialpsykiatriens opgave er også at samarbejde med civilsamfundet i form af recovery-skoler, peer-to-peer, boligsociale indsatser, frivilligcentre mm, samt at understøtte den enkeltes deltagelse i almindelige fællesskaber i civilsamfundet generelt.

Indsatsen i socialpsykiatrien har fokus på det enkelte menneskes samlede livssituation og fokuserer på den enkeltes hverdag, familie og netværk, sundhed, uddannelse og beskæftigelse, boligforhold mv. Opgaven er at fremme den enkeltes mulighed for at komme sig i

bred forstand, det vil sige helt eller delvist blive fri for symptomer på den psykiske lidelse (jævnfør begrebsliste i kapitel 5) og leve et godt liv, og kernen i den socialpædagogiske faglighed er således at støtte den enkelte til at udvikle sit potentiale. De forskellige socialpædagogiske metoder hertil kan være personinvolverende og guidende metoder, men også mere miljøterapeutiske og psykologiske behandlingsmetoder, der involverer hele netværket omkring den enkelte, ligesom indsatsen også omfatter generel omsorg.

Socialpsykiatrien har dermed en vigtig opgave i at støtte den enkeltes recovery-proces og rehabiliteringen af den enkelte til et godt hverdagsliv. Indsatsen i socialpsykiatrien skal således bidrage til, at:

- forebygge, at nogle begyndende psykiske vanskeligheder udvikler sig til egentlige psykiske lidelser, der kræver en mere intensiv indsats og behandling.
- yde støtte, hjælp og omsorg til mennesker med psykiske lidelser, med henblik på at hjælpe borgerne til at komme sig helt eller delvist og leve et meningsfuldt og så selvstændigt et liv som muligt med familie og venner, uddannelse og beskæftigelse samt aktiv deltagelse i samfundet.
- yde støtte, hjælp og omsorg til mennesker med langvarigt behov for hjælp som følge af svære psykiske lidelser med fokus på at understøtte den enkelte i at trives og få et aktivt og meningsfuldt liv med den psykiske lidelse, også uden for botilbuddet, hvis der tale om mennesker, der bor på botilbud.

Målgruppen i socialpsykiatrien er meget bred og spænder fra psykisk mistrivsel eller begyndende tegn på psykiske lidelser til mennesker med moderate eller svære psykiske lidelser, der behandles i den regionale psykiatri. Dertil har en del af målgruppen også komplekse sociale problemer, såsom fx et misbrug eller hjemløshed, ligesom flere har svære sammensatte udfordringer sammen med den psykiske lidelse som fx selvskade, oligofreni eller aldersbetingede mentale udfordringer (6). En væsentlig del af målgruppen har derfor behov for en højt specialiseret og koordineret indsats, der både kan håndtere den enkeltes mange forskellige udfordringer på samme tid, og sikre at den samlede indsats er samtidig, sammenhængende og understøtter hinanden.

Indsatsen på det socialpsykiatriske område involverer ofte en lang række forskellige aktører både samtidigt og i de forskellige faser af indsatsen jf. kapitel 16 om sammenhæng. Det er et samarbejde med borgerne og deres pårørende eller øvrige netværk, myndighedssagsbehandlere samt de forskellige sociale tilbud og indsatser, som den enkelte modtager. Der skal desuden ofte samarbejdes med behandlings- og retspsykiatrien, øvrige kommunale indsatser og tilbud på tværs af beskæftigelsesområdet, børne- og familieområdet, skole- og dagtilbudsområdet, sundhedsområdet, ældreområdet, misbrugsområdet samt relevante aktører i civilsamfundet.

Socialpsykiatriområdet omfatter meget forskellige typer af tilbud. Tilbuddene spænder fra tilbud til en enkelt borger og til store botilbud, ligesom tilbuddene omfatter såvel kommunale, regionale som private og selvejende tilbud. Der er pr. 31. marts 2021 647 tilbud med pladser til døgnophold godkendt til målgrupper med psykiske vanskeligheder (7), hvoraf

langt den største del er små tilbud, hvor medarbejdersammensætning og kompetencer varierer meget. Ofte modtager mennesker med psykiske lidelser flere indsatser og tilbud i socialpsykiatrien samtidig.

Børne- og ungeområdet

I kommunerne er der ikke praksis for at beskrive den sociale indsats over for børn og unge med psykisk mistrivsel eller med psykiske lidelser som socialpsykiatri. I stedet tales om sociale indsatser, eller specialiserede sociale indsatser målrettet mere omfattende og/eller komplekse problemstillinger.

På myndighedsområdet kan der efter serviceloven (1) gives støtte til børn og unge med psykisk mistrivsel eller psykiske lidelser som tidlige, forebyggende indsatser i form af fx familierettede indsatser eller deltagelse i netværks- og samtalegrupper (indsatsen kan gives uvisiteret og anonymt med hjemmel i § 11). Hvis kommunen vurderer, at der er behov for mere omfattende støtte, skal der udarbejdes en børnefaglig undersøgelse, og på baggrund heraf kan der gives mere omfattende forebyggende ambulante foranstaltninger som fx kontaktperson, familiebehandling, praktisk pædagogisk støtte eller aflastning eller indgribende foranstaltninger i form af anbringelser uden for hjemmet. Formålet med de sociale indsatser er at sikre, at børn og unge med et særligt behov opnår samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.

Indsatsen tilrettelægges på både voksenområdet og på børne- og ungeområdet på baggrund af en systematisk udredning af den enkeltes samlede situation og der udarbejdes en handleplan, der tydeliggør formålet og målene med indsatsen, og som er udgangspunktet i den løbende opfølgning på, om indsatsen er den rette¹.

Børn med mistrivsel eller psykiske lidelser har desuden mulighed for at få støtte fra PPR, som er forankret i folkeskoleloven. PPRs lovfæstede forpligtelser er særligt knyttet til udarbejdelse af pædagogisk-psykologiske vurderinger mhp. på vurdering af et barns behov for specialundervisning eller anden specialpædagogisk bistand samt rådgivning herom for skoler, forældre og børn. Folkeskoleloven muliggør således iværksættelse af specialpædagogiske indsatser til børn i skolen samt indsatser til børn, som endnu ikke er startet i skole. De primære opgaver for PPR udgøres i dag af individuel udredning (primært udarbejdelse af pædagogisk-psykologiske vurderinger) og konsultativ bistand/rådgivning til skoler og daginstitutioner (8).

Børn i folkeskolen, hvis udvikling kræver særlig hensyntagen eller støtte, skal tilbydes specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand i den almindelige undervisning, i specialklasser eller på specialskoler. Det besluttet på baggrund af en pædagogisk psyko-

¹ Handleplaner Jf. hhv. § 140 og § 141 i serviceloven, og børnefaglige undersøgelser for børn og unge jf. § 50 (1)

logisk vurdering af barnets undervisningsmæssige behov. Unge på frie grundskoler, ungdomsuddannelser og videregående uddannelser kan modtage specialpædagogisk støtte (SPS), som kan kombineres med andre typer af støtteordninger eller indsatser, som barnet/den unge modtager (9). Endelig kan også nævnes den kommunale ungeindsats (KUI) som forpligter kommunerne i forhold til at unge mellem 15-25 år er i uddannelse og beskæftigelse. Indgangen til støtte kan dermed også være via KUI, idet en del af de unge, kommunerne kender her i gennem har psykiske udfordringer.

Beskæftigelsesområdet

Indsatserne på beskæftigelsesområdet tilrettelægges af landets jobcentre og evt. A-kasser og indsatsen på området gives primært med udgangspunkt i Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Jobcentrene skal tilrettelægge indsatserne under hensyn til borgernes forudsætninger og behov. Af indsatser kan jobcentrene bl.a. iværksætte virksomhedspraktik, vejledning- og opkvalificeringsforløb mv. Indsatsen skal desuden være sammenhængende med eventuelle sociale og sundhedsmæssige indsatser, så indsatserne tilrettelægges under hensyn til de særlige forhold, herunder helbredsmæssige, personlige eller sociale udfordringer, som personen kan have. Tilbuddene i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats er ikke i sig selv målrettet mennesker med bestemte psykiatriske diagnoser, men i mange kommuner er der fokus på at etablere tilbud og forløb, der i højere grad imødekommer målgruppens behov.

Personer i målgruppen for ressourceforløb, fleksjob og førtidspension samt personer på sygedagpenge med komplekse problemer og personer, der overgår til jobafklaringsforløb skal have deres sag behandlet i det kommunale rehabiliteringsteam. I rehabiliteringsteam sidder repræsentanter fra social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet i kommunen. Herudover deltager sundhedskoordinator fra regionens kliniske funktion. Sundhedskoordinatoren er i langt de fleste tilfælde uddannet læge. Rehabiliteringsteamet giver bl.a. indstilling til indsats i den enkeltes videre forløb.

Indsatsen i praksissektor

Regionerne har efter sundhedsloven (2) ansvaret for praksissektoren, herunder almen praksis, praktiserende speciallæger med ydernummer og praktiserede psykologer med ydernummer samt sygehusvæsenet.

Almen praksis er ofte første indgang til sundhedsvæsenet og gatekeeper til videre behandling i øvrige dele af sundhedsvæsenet, fx på sygehus, ved praktiserende psykolog mv. For børn og unge sker indgangen særligt via kommuner, PPR, sundhedsplejersker m.fl.

De fleste mennesker med psykiske lidelser udredes og behandles i almen praksis. Hovedparten af patienterne er voksne med ikke-psykotiske lidelser, særligt angst og depression.

Indsatsen i almen praksis til mennesker med psykiske lidelser består overordnet af udredning, medicinsk behandling, støttende samtaler eller egentlig samtalerapi. I almen praksis kan der tilbydes en samtalerække (maks. syv samtaler). Den alment praktiserende læge har desuden mulighed for at bruge validerede psykometriske tests, hvor det giver fagligt mening, typisk som støtteværktøj til indledende diagnosticering af angst, depression, stress, ADHD mv.

I forhold til børn og unge vil den alment praktiserende læges rolle være at opspore og afdække symptomer og vurdere, om der er behov for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien. Farmakologisk behandling af psykiske lidelser hos børn og unge varetages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

Som indgang til de forskellige indsatser spiller den alment praktiserende læge en væsentlig rolle ift. at koordinere det samlede forløb på tværs af de forskellige aktører og fungere som tovholder for det samlede forløb, herunder også hvis patienten har andre samtidige sygdomme. Den alment praktiserende læge er central i shared care-modellen, hvor der er tale om et aftalt og struktureret samarbejde mellem den praktiserende læge, psykolog og/eller speciallæge i psykiatri. Shared care er en evidens-baseret model for behandlingen af mennesker med ikke-psykotiske lidelser. Behandlingen, der er forankret i almen praksis, bygger på et tæt samarbejde mellem psykiatrien og almen praksis. Uddybes i kapitel 12.

Almen praksis forebygger og behandler også de somatiske komplikationer til psykisk lidelse og denne indsats intensiveres fra 1/1-2022 med aftaler om regelmæssig somatisk undersøgelse på bosteder, samt regelmæssig somatisk undersøgelse af psykisk syge, der behandles med lithium og antipsykotisk medicin.

Fra 1/1- 2022 tilbyder almen praksis også en forebyggende konsulterende samtale til børn der udebliver fra børneundersøgelser.

Praktiserende psykologer yder psykologbehandling til mennesker med psykiske lidelser enten med eller uden offentligt tilskud. Indsatsen hos praktiserende psykologer består af psykologsamtaler/psykoterapi, herunder psykoedukation, rådgivning og vejledning. Hvis patienten opfylder en række henvisningskriterier² under psykologordningen, kan man modtage offentligt tilskud til behandlingen hos en praktiserende psykolog med ydernummer (10). Man kan som udgangspunkt højst få tilskud til 12 konsultationer. Tildeling af ydernummer forudsætter at psykologen er autoriseret, hvilket størstedelen af det samlede antal privatpraktiserende psykologer er. I 2020 var der ca. 2400 privatpraktiserende psykologer, heraf havde 853 praktiserende psykologer i løbet af 2020 et ydernummer³.

Praktiserende speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri varetager udredning og behandling, herunder medicinsk behandling og psykoterapeutisk behandling. Praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri behandler børn og unge i aldersgruppen 4 til 18 år (i Region Syd inkl. 18 og 19-årige). De største grupper er børn med

² Kriterierne 1-9 vedrører alvorlige livsbegivenheder (kaldet hændelseskriterier) og henvisningskriterierne 10 og 11 vedrører let til moderat angst og depression.

³ Data modtaget fra Dansk Psykologforening

ADHD og autisme samt angst, OCD og depression. Der er et stort sammenfald mellem de diagnosegrupper, som behandles på sygehusene og i speciallægepraksis. Behandlingsforløb for børn og unge kan maksimalt indeholde 12 konsultationer per henvisning, ellers kræves ny henvisning til fortsat behandling (11). Det er oftest almen praksis, som via PPR henviser børn og unge til udredning hos speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Praktiserende speciallæger i psykiatri behandler voksne over 18 år. Der er ca. 150 praktiserende speciallæger i psykiatri fordelt på ca. 100 speciallægepraksis, særligt centreret omkring større byer. Dermed er der betydelig geografisk variation. De praktiserende speciallæger varetager primært behandling af patienter med moderate psykiske lidelser, hvor der ikke er behov for bred tværfaglig indsats varetaget af flere forskellige faggrupper. Det drejer sig især om angst- og depressionslidelser, stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser og voksne med ADHD. Der behandles kun få patienter med psykoser. Speciallægepraksis behandler årligt ca. 50-60.000 patienter, heraf er ca. 25.000 nye patienter (12).

Man har i Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Midtjylland lavet §66-aftaler om hurtig psykiatrisk udredning via praktiserende psykiatere. Formålet er at alment praktiserende læger kan henvise til praktiserende psykiater med henblik på en hurtig vurdering af en patient.

Indsatsen på sygehusene

Mennesker med psykiske lidelser og med et behov for psykiatrisk udredning og en specialiseret tværfaglig behandlingsindsats henvises til en psykiatrisk sygehusafdeling (indlæggelse eller ambulant) eller kan henvende sig akut ved en akutmodtagelse. Sygehusindsatsen er en del af det samlede sundhedsvæsen og er underlagt sundhedslovens og psykiatrilovens regelsæt om patientrettigheder, behandlingsansvar, krav om kvalitet, dokumentation, forskning, uddannelse mv (2,13).

Efter Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning kan sygehusbehandlingen varetages på hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Langt de fleste patienter udredes og behandles på hovedfunktionsniveau, mens særligt mennesker med svære eller behandlingsresistente lidelser eller specifikt afgrænsede målgrupper henvises til en afdeling med regionsfunktion eller højt specialiseret niveau.

Sygehusindsatsen til mennesker med psykiske lidelser består overordnet af udredning, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering. Hos børn og unge tilstræbes det, at det meste af indsatsen foregår så tæt på barnet og forældrene som muligt. Behandlingen varetages af flere forskellige fagpersoner og kan bestå af medicinsk behandling, fx med antipsykotika, antidepressiva mv. og øvrig behandling, herunder psykoterapi, psykoedukation, psykosociale indsatser, pårørendeinddragelse, flerfamiliegrupper, socialrådgivning, støtte, omsorg, miljøterapi og andre terapeutiske indsatser som kropsterapi, sansestimulering, meningsfulde aktiviteter mv. Indsatsen er tværfaglig og flere forskellige faggrupper indgår i arbejdet, herunder sygeplejersker, læger, psykologer, sosu-assistenten, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere, recovery-mentorer m.fl.

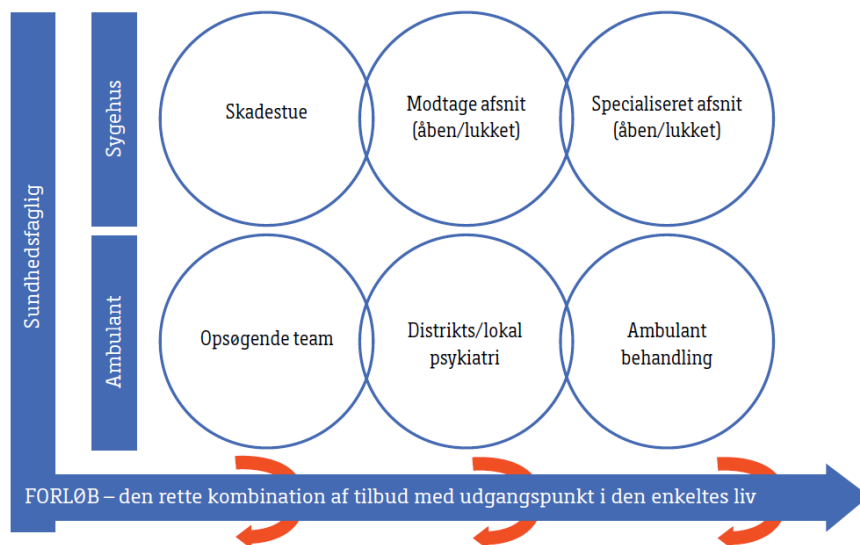
Ved nyopståede psykiatriske tilstande eller forværring af eksisterende psykisk lidelse, vil man typisk kunne blive vurderet hos almen praksis eller anden tilknyttet behandler (fx psykolog eller psykiatrisk speciallægepraksis) eller henvende sig i en psykiatrisk akutmodtagelse uden forudgående aftale. Den praktiserende læge eller anden tilknyttet behandler vurderer, hvorvidt en patient har behov for et mere intensivt psykiatrisk behandlingstilbud eller bør akut indlægges. Akut indlæggelse sker ofte ved nyopståede psykoser, behandlingskrævende abstinenser, svære selvmordstanker, akut krisetilstand samt ved akut forværring af eksisterende psykisk lidelse såsom fx depression, psykoselidelse, mani eller svære angsttilstande.

De psykiatriske afdelinger består typisk af flere forskellige afsnit. En afdeling kan fx bestå af åbne døgnafsnit, intensive døgnafsnit (døren til afdeling er aflåst) og mere specialiserede afsnit såsom affektive og ældrepsykiatriske afsnit eller døgnafsnit for spiseforstyrrelser. Samarbejde med somatiske afdelinger foregår i varierende grad og sideløbende med en psykiatrisk indlæggelse. Nogle psykiatriske afdelinger deler matrikel med de somatiske afdelinger og har dermed adgang til fysisk tilstedeværelse fra andre specialer via tilsyn, mens nogle psykiatriske afdelinger ligger på sin egen matrikel og derfor har et anderledes set-up i forhold til samarbejdet med somatikken.

Når patienter ikke længere har behov for behandling under indlæggelse afsluttes de typisk til videre opfølgning i almen praksis, praktiserende speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri, et ambulante psykiatrisk forløb fx i distrikts- eller regionspsykiatrien eller et specialiseret ambulante tilbud. Eksempler på udgående, tværfaglige teams er fx tværgående og udgående teams (TUT), F-ACT teams (under afprøvning), OP-teams eller OPUS.

Figur 2. Eksempel på organisering af den regionale psykiatri (14).

Den regionale psykiatri



I nogle tilfælde kan det blive nødvendigt at indlægge mennesker mod deres vilje, en såkaldt tvangsindlæggelse. Indlæggelsen kan bl.a. ske ved, at den praktiserende læge tilkaldes til et hjemmebesøg og her vurderer, at der er behov for indlæggelse, da denne vurderes psykotiske eller en tilstand som kan sidestilles hermed, samt enten 1) er til nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (fareindikation, Psykiatrilovens § 5 (13)) eller at udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet (helbredsindikation, psykiatrilovens § 5 (13)). Dette gælder både for børn, unge og voksne. I nogle regioner er der etableret en akut udrykningstjeneste, hvor det er muligt at tilkalde en speciallæge i psykiatri, som kan foretage en vurdering, der hvor den enkelte opholder sig.

Retspsykiatriske patienter med en psykiatrisk foranstaltningsdom er mennesker med psykiske lidelser, der på baggrund af den kriminalitet, de har begået, er dømt til behandling eller anbringelse på psykiatrisk afdeling. Behandlingen af disse patienter kan både finde sted i et almenpsykiatrisk tilbud (ambulant eller under indlæggelse) eller i specialiserede tilbud (retspsykiatrisk ambulatorium eller retspsykiatrisk afdeling). Retspsykiatrien uddybes i kap 14.

Civilsamfundets rolle

Indsatser i civilsamfundet spiller en stigende rolle for mennesker med psykiske lidelser. Civilsamfundet tilbyder fx en række målrettede indsatser til mennesker med psykiske lidelser, herunder rådgivningsindsatser, fx telefonrådgivning eller lokale rådgivningsafdelinger, bisidderordninger, netværks- og gruppeaktiviteter, oplysningsindsatser og psykoedukation, undervisning af medarbejdere på sygehus, i kommune mv., støtte til pårørende, beskæftigelsesrettede tilbud mv. Indsatserne i civilsamfundet har ofte fokus på at understøtte et eventuelt forløb i enten kommune, på sygehus eller i almen praksis og understøtte og hjælpe den enkelte og dennes pårørende gennem forløbet.

Men ud over de mere målrettede indsatser til mennesker med psykiske lidelser spiller også de almene tilbud i civilsamfundet en stigende rolle. Det drejer sig om at understøtte den enkeltes aktive deltagelse i lokalsamfundet i mere bred forstand, fx i sportsforeninger, ved frivilligt arbejde, ved sociale arrangementer i det nære boligområde mv. Formålet hermed er at skabe en meningsfuld tilværelse for den enkelte og at styrke netværk og inklusion i samfundet. Det gælder både i forhold til sociale relationer, lokalsamfundet, arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. Derved er civilsamfundet et vigtigt element i brobygningen til det almindelige liv, som mennesker med psykiske lidelser skal hjælpes tilbage til.

Der findes ikke noget samlet overblik over udbuddet af indsatserne i civilsamfundet, og det er derfor ikke muligt at opgøre, hvor stor en del af indsatsen, der varetages i civilsamfundet eller i samarbejde med civilsamfundet. Indsatserne i civilsamfundet er ofte et udtryk for et behov for yderligere indsats til mennesker med psykiske lidelser og skal ses som et supplement til de allerede etablerede tilbud.

Bilag 2 – Status på området

Nedenfor beskrives hvordan den mentale sundhed i befolkningen har udviklet sig og forekomsten af psykiske lidelser beskrives, og der gøres status på aktiviteten, kapaciteten og kvaliteten af indsatserne 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 mere detaljerede analyser (14-21).

Status på mental sundhed og forekomst af psykiske lidelser

Befolkningens mentale sundhed og forekomsten af psykiske lidelser kan belyses ud fra forskellige datakilder og metoder (Figur 3), fx via selvrapporterede symptomer ved spørgeskemaundersøgelser i befolkningen og via registerdata. Uanset hvilke data der benyttes, er der usikkerheder forbundet med resultaterne, da selvrapporterede symptomer ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med de diagnostiske kriterier for en psykisk lidelse og mange mennesker med psykiske lidelser er ikke nødvendigvis i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen.

Figur 3: Kilder til data om forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen



Bemærkninger: I Landspatientregisteret (LPR) registreres personer som har været i kontakt med det regionale psykiatriske sygehusvæsen, og i sygesikringsregisteret registreres personer, der har været i kontakt med speciallægepraksis i psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri, som har modtaget samtaleterapi i almen praksis eller psykologbehandling med henvisning fra den alment praktiserende læge. I nogle tilfælde er det desuden muligt at identificere antallet af mennesker med psykiske lidelser som modtager visse indsatser efter serviceloven. Uanset hvilket register der benyttes, er det kun en andel af det totale antal mennesker med psykiske lidelser som registreres. Forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen kan også belyses ved hjælp af befolkningsundersøgelser, fx data fra den Nationale Sundhedsprofil eller andre spørgeskemaundersøgelser, hvor selvrapporteret psykisk lidelse og/eller symptomer på dårlig mental sundhed eller psykisk lidelse rapporteres af borgerne.

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 (22).

Tabel 1: Udvalgte faktorer der kan påvirke den mentale sundhed

	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv selvopfattelse • Gode evner til at håndtere stress og udfordringer • Self-efficacy (tro på egen formåen) • Følelse af mening og sammenhæng i hverdagslivet • Følelse af socialt tilhørsforhold og evne til at etablere relationer • God fysisk sundhed 	<ul style="list-style-type: none"> • Dårligt selv vurderet helbred • Lav grad af læring i dagtilbud/skoler • Føringet fysisk helbred, langvarige smerter eller langvarig sygdom • Risikoadfærd, fx rusmidler og fysisk inaktivitet
Socialt niveau	<ul style="list-style-type: none"> • Omsorgsfulde forældre/gode familieband • Støttende sociale relationer • Deltagelse i positive fællesskaber • Positive erfaringer med uddannelse og arbejdsliv 	<ul style="list-style-type: none"> • Fysisk og psykisk vold, især i barndommen • Usikker tilknytning og omsorg • Forældre med psykisk lidelse eller misbrug • Ensomhed • Mobning og diskrimination
Strukturelt niveau	<ul style="list-style-type: none"> • Trygge omgivelser • Adgang til uddannelse og beskæftigelse • Et støttende og trygt uddannelses- og arbejdsmiljø • Adgang til sociale støttefunktioner 	<ul style="list-style-type: none"> • Lav socioøkonomisk status som uafsluttet grundskole og ungdomsuddannelse • Fattigdom • Sygefravær og arbejdsløshed

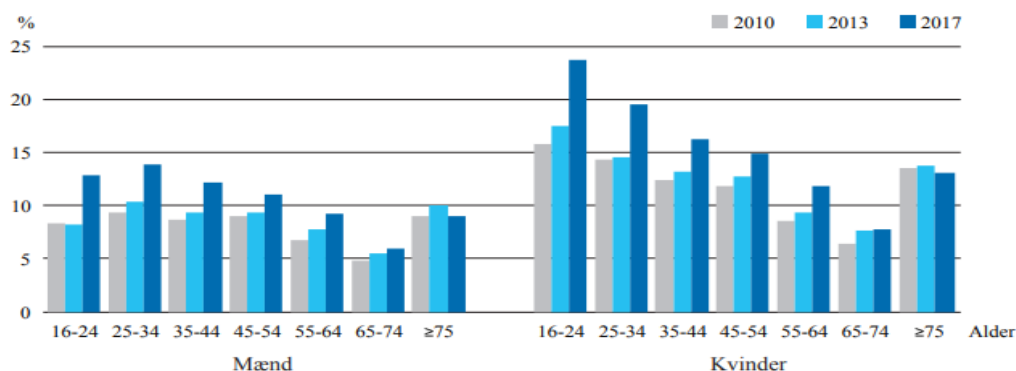
Kilde: Sundhedsstyrelsen, Forebyggelsespakke Mental sundhed, 2018 (22).

Nationale spørgeskemaundersøgelser er en metode til at undersøge hvor stor en andel af befolkningen, som lider af selv vurderet dårlig mental sundhed, selvom de ikke nødvendigvis modtager behandling for en psykisk lidelse. Der anvendes flere forskellige typer af spørgeskemaer, hvor nogle koncentrerer sig om positive aspekter af mental sundhed (såsom livstilfredshed, self-efficacy, selvværd og selv vurderet helbred), mens andre koncentrerer sig om negative aspekter (såsom ensomhed og psykosomatiske og psykiske symptomer). Nogle af de mest anvendte spørgeskemaer til brug i nationale undersøgelser i Danmark er SF-12, WHO-5, WEMWBS, SDQ og selv vurderet helbred.

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 dårlig mental sundhed er steget fra ca. 11 % til 13 % fra 2010 til 2017 (23). I alle befolkningsgrupper ses en stigning, med undtagelse af dem over 75 år, men den største stigning ses blandt de 16-34 årige, og især i den yngste aldersgruppe (16-24 år). I alt 24 % af kvinderne og 13 % af mændene i alderen 16-24 år havde dårlig mental sundhed. I

samme aldersgruppe havde 41 % af kvinderne og 23 % af mændene også et højt stressniveau. Der er generelt en kønsforskel, idet i alt 16 % af alle kvinder og 11 % af alle mænd havde dårlig mental sundhed (Figur 4).

Figur 4: Andel med dårligt mentalt helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper



Kilde: Danskernes Sundhed, Den nationale sundhedsprofil 2017

Resultaterne viser også, at andelen med dårlig mental sundhed er markant større blandt arbejdsløse (29 %), førtidspensionister (33 %) og andre i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet (37 %). Til sammenligning angiver 10 % af personer med beskæftigelse, at de har dårlig mental sundhed.

Statens Institut for Folkesundhed gennemførte en registerbaseret undersøgelse på baggrund af Sundhedsprofilen fra 2010, hvor dårlig mental sundhed blev undersøgt i aldersgruppen 16-64 år i forhold til forskellige parametre (24). Undersøgelsen viste, en tydelig sammenhæng mellem mental sundhed og en række helbredsmæssige og sociale udfald. Generelt var der blandt mænd og kvinder med dårlig mental sundhed en større risiko for at opleve negative helbredsmæssige hændelser, som fx somatiske indlæggelser og død, og en lavere chance for at opleve positive sociale hændelser som fx progression i uddannelse, komme i beskæftigelse, blive gift og blive forældre.

Tilsvarende er der gennem en årrække lavet undersøgelser af det mentale helbred blandt 11-15 årige skolebørn. Flere forskellige facetter undersøges svarende til WHO's definition af mental sundhed (25). Skolebørnundersøgelsen giver ikke helt entydige resultater, men i forhold til de psykiske symptomer (ked af det, irriteret og nervøs) har der været en stigning, som er særligt markant for nervøsitet. Her er forekomsten i alle alders- og kønsgrupper steget 10-20 % inden for de seneste 12 år. I 2018 oplyser flere end 40 % af de 13- og 15-årige piger, at de er nervøse mindst én gang ugentligt. Skolebørnundersøgelsen har ikke påvist væsentlige bedringer i børnenes mentale sundhed over tid. Tværtimod er der i 2018 sket alvorlige forværringer på flere punkter: Færre er rigtig glade for deres liv, mens flere angiver nervøsitet og problemer med at falde i søvn. Undersøgelsen viser også, at en del børn mellem 11-15 år oplever tegn på mistroivsel fx i form af lav livstilfredshed (11%), at føle sig for tyk (31%) eller føle sig ensom (6%). Også her oplever pigerne oftere tegn på

mistrivsel. Der er fx mere end dobbelt så mange piger som drenge, som ofte eller meget ofte føler sig ensomme.

På landets folkeskoler gennemføres der desuden årlige trivselsmålinger. Den overordnede trivsel i skoleåret 2020/21 har holdt sig på niveau med de foregående år. Det viser resultaterne fra den nationale trivselsmåling blandt elever i 4.-9. klasse. Den gennemsnitlige trivsel er på 3,7 på en skala fra 1 til 5, hvor 5 angiver bedst mulig trivsel. Elever oplever den højeste trivsel inden for kategorien 'sociale trivsel', men kategorien 'støtte og inspiration' får den laveste score ligesom tidligere år (26).

En national spørgeskemaundersøgelse blandt unge på gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser viser, at de fleste har en høj eller meget høj livstilfredshed og vurderer, at de ofte kan klare det, de sætter sig for. Men på tværs af de gymnasiale uddannelser føler 8% af de unge mænd og 15% af de unge kvinder sig dagligt stressede og et tilsvarende billede ses på erhvervsskolerne (8% for mænd og 13% for kvinder). 6% af de unge mænd og 14% af de unge kvinder på gymnasiale uddannelser oplever mindst ét psykisk symptom næsten dagligt, fx at være irriteret/dårligt humør eller ked af det. Tallene er lidt højere på erhvervsskolerne (hhv. 9% for mænd og 16% for kvinder) (27).

Børn og unge der vokser op i familier med misbrugsproblemer, eller hvor mor, far eller en søskende har en alvorlig sygdom (psykisk såvel som somatisk) er i øget risiko for at udvikle dårlig mental sundhed. I 2015 blev det vurderet at ca. 122.000 børn voksede op i familier med alkoholproblemer (28) og at over 1.700 personer, der var indskrevet til stofmisbrugsbehandling i 2014, havde hjemmeboende børn under 18 år (29). Det vurderes desuden at over 300.000 børn og unge er pårørende til mennesker med psykisk lidelse (30). Alt sammen situationer som kan være en belastning for den mentale sundhed i børnene og de unges opvækst.

Socialt udsatte lever under en række belastninger, der påvirker både deres fysiske og mentale helbred. SUSY UDSAT er sundhedsprofilundersøgelser, der foretages blandt socialt udsatte i Danmark og som senest er gennemført i 2017. Svarpersonerne i SUSY UDSAT har markant dårligere helbredsrelateret livskvalitet og ringere generel trivsel end den øvrige befolkning (23,31). Ser man isoleret på besvarelser blandt personer med psykiske lidelser, er dette generelt en gruppe, der oplever dårligere mental sundhed end øvrige udsatte grupper, ofte kun overgået af gruppen der lever i fattigdom. Det betyder bl.a., at 36% af personer med psykisk lidelse har følt sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig indenfor de seneste 14 dage, 43% har følt sig ængstelige, nervøse eller angst, mens 31% har følt sig ensomme (31).

Samlet set indikerer de tilgængelige data, at antallet af børn og voksne med dårlig mental sundhed er stigende, og at dette især gælder for børn og yngre voksne, og mest markant for piger og kvinder, men dårlig mental sundhed er også især associeret med en række sociale faktorer. Årsagen til at en stigende andel af børn og unge har dårlig mental sundhed kendes ikke.

Psykiske lidelser

En stor del af befolkningen har, har haft eller vil på et tidspunkt i livet få en psykisk lidelse. Estimer over forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen kan variere betydeligt, da der findes forskellige måder at undersøge det på. På baggrund af en række danske og udenlandske studier er det estimeret, at ca. 10 % af hele befolkningen til hver en tid vil opfylde de diagnostiske kriterier for at have en psykisk lidelse (15,32). På baggrund af det aktuelle befolkningstal, svarer det til at ca. 587.000 mennesker på nuværende tidspunkt har en psykisk lidelse. OECD vurderer, at 20 % af befolkningen i den arbejdsdygtige alder til hver en tid vil opfylde kriterier for at have en psykisk lidelse (21). Tallet kan dog være højere, da der menes at være et relativt stort mørketal, både fordi de nationale registre kun dækker den del af befolkningen som har fået stillet en diagnose i den regionale psykiatri, og fordi en del mennesker med psykiske lidelser ikke opsøger hjælp og heller ikke indgår i spørgeskemaundersøgelser.

Mange mennesker har en psykisk lidelse i en kortere periode af livet, mens andre lever med 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 (21), og et registerbaseret studie viser at ca. en tredjedel af befolkningen på et tidspunkt i livet vil få brug for psykiatrisk behandling (38% af kvinderne og 32% af mændene) (33).

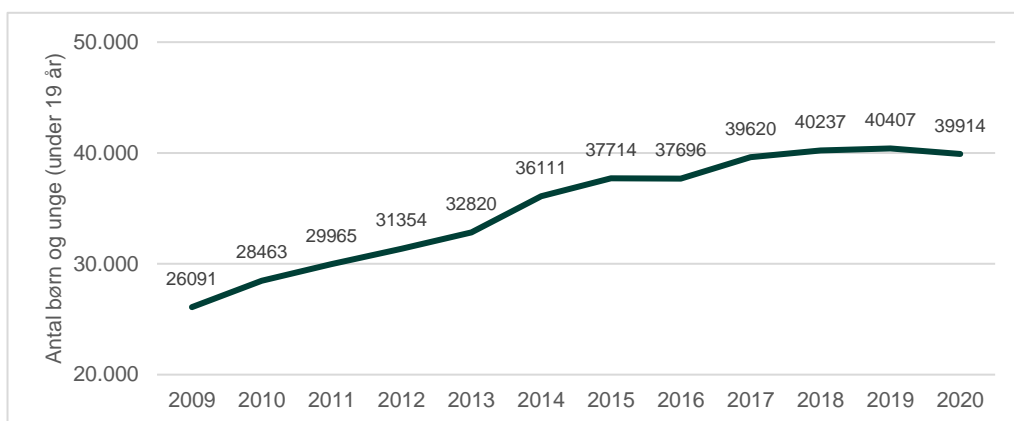
Et landsdækkende kohorte-studie har desuden vist, at ca. 15 % af alle børn og unge diagnosticeres med en psykisk lidelse inden de fylder 18 år (34). Studiet viser også, at angst er den hyppigste diagnose blandt piger, mens ADHD er den hyppigste diagnose blandt drenge. ADHD, mental retardering og andre udviklingsforstyrrelser diagnosticeres gennemsnitligt markant senere hos piger end hos drenge. En undersøgelse af forekomsten af mentale helbreds- og sundhedsproblemer baseret på sundhedsplejens journaldata i Region Hovedstaden viste desuden, at ca. 6 % af børnene diagnosticeres med en udviklingsforstyrrelse, 2 % diagnosticeres med en adfærds-, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse, og at i alt ca. 7 % af børnene er diagnosticeret med mindst én psykisk lidelse inden de fylder 8 år. Forekomsten er signifikant højere i familier med risikofaktorer i graviditeten og ved fødslen samt med få socioøkonomiske ressourcer (35).

Antallet af mennesker i Danmark som diagnosticeres med psykiske lidelser er også steget betydeligt i de senere år, og mange kommer i kontakt med psykiatrien på et tidligt tidspunkt i livet. Over 50 % af alle, der debuterede i psykiatrien i 2018, var endnu ikke fyldt 30 år, og tendensen er, at personer under 30 år fylder en større og større andel af alle førstegangskontakter i psykiatrien (19).

En stor del af stigningen i antallet af mennesker med psykiske lidelser skyldes formentlig en øget forekomst af psykiske lidelser i befolkningen, men noget af stigningen kan også skyldes et øget fokus på psykiske lidelser og at flere end tidligere får stillet en diagnose og kommer i behandling. I det følgende omtales forekomsten af psykiske lidelser i Danmark baseret på data fra Landspatientregisteret. Det betyder at psykiske lidelser som kun behandles i primærsektoren ikke er inkluderet.

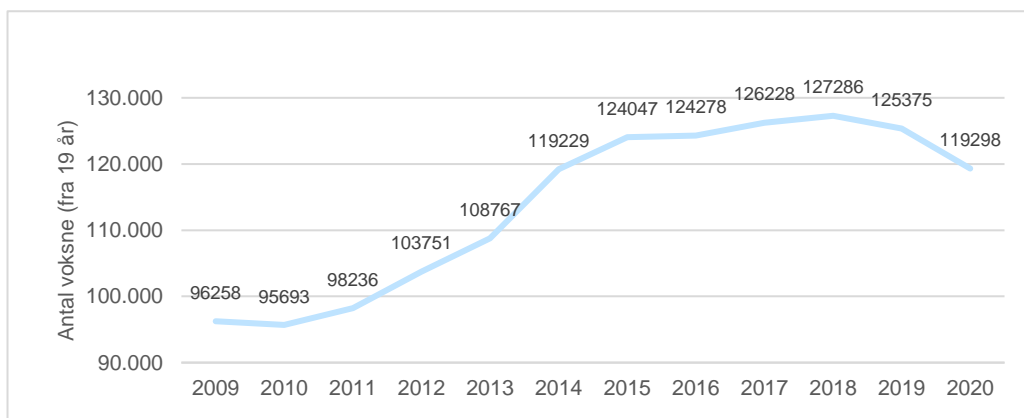
I Figur 5 og 6 ses udviklingen i antallet af børn, unge og voksne, som årligt havde kontakt til den regionale psykiatri i perioden fra 2009 til 2020.

Figur 5: Børn og unge med kontakt til den regionale psykiatri i perioden 2009 til 2020.



Anmærkninger: Antallet er 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. Kilde: Landspatientregisteret version 30.marts 2021 for LPR2 of 10.maj for LPR3 og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 6: Voksne med kontakt til den regionale psykiatri i perioden 2009-2020.

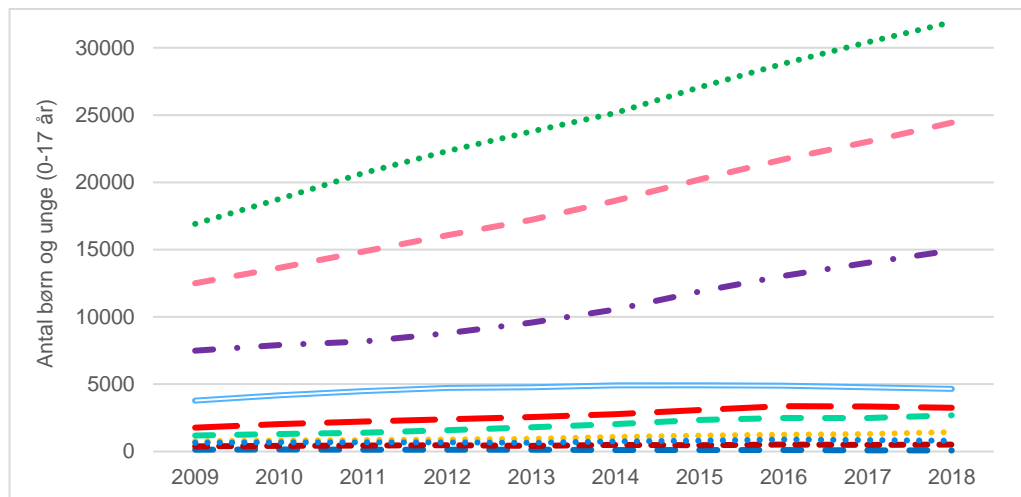


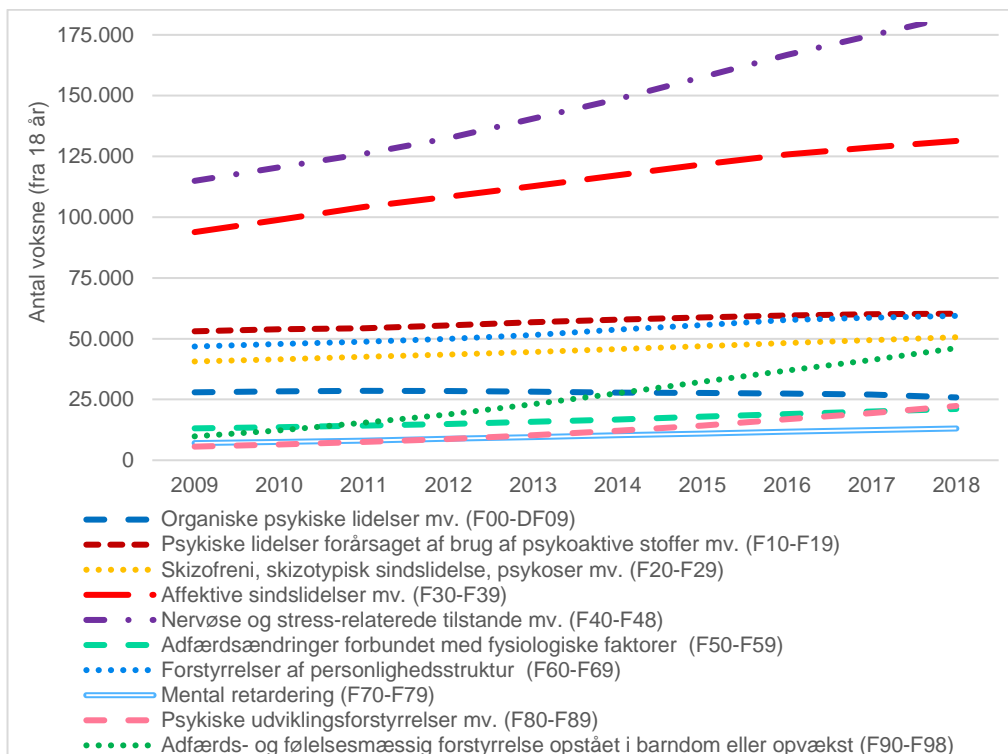
Anmærkninger: Antal unikke personer over 19 år som har haft kontakt til den regionale psykiatri. I 2019 og 2020 kan data være påvirket af databrud i forbindelse med overgangen til LPR3 og effekten af COVID-19 epidemien. Kilde: Landspatientregisteret version 30.marts 2021 for LPR2 of 10.maj for LPR3 og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

Der er på tværs af diagnoser stor forskel på udviklingen i hvor mange der årligt diagnosticeres med specifikke psykiske lidelser og hvor mange der lever med de pågældende lidelser. Hos børn og unge er der især sket en stigning i 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 børn og unge med 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. Udviklingen i antallet af børn, unge og voksne med specifikke psykiske lidelser ses i figurerne nedenfor, og er baseret på data fra Landspatientregisteret. De de hyppigste psykiske lidelser som angst og depression oftest behandles i praksissektoren eller i den private sektor giver nedenstående ikke et fuldstændigt billede af udviklingen.

Figur 7: Udvikling i antallet af børn og unge med specifikke psykiske lidelser



Figur 8: Udvikling i antallet af voksne med specifikke psykiske lidelser

Anmærkninger: Figurene 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 opgjøret pr. 1. januar i opgørelsesåret. Kilde: Landspatientregisteret (LPR2) pr. 10. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Udvalgte psykiske lidelser og andre samtidige sygdomme

Nogle mennesker med psykiske lidelser kan have en øget kompleksitet i sygdomsbilledet på grund af flere samtidige helbreds- 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.

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)⁴. Antallet af

⁴ Landspatientregisteret (LPR2) pr. 10. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen (36). 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),

både børn, unge og voksne som diagnosticeres med nervøse og stress-relaterede tilstande, har været stigende over en 10-årig periode.

I sygdomsbyrden-rapporten fra 2015 ses det, at sygdomsbyrden af angst hos kvinder er meget høj i sammenligning med andre sygdomme, og kun overgås af diabetes og iskæmisk hjertesygdom målt ved antal nye tilfælde per år. Hos mænd kommer angst på en 4.plads (37). Det fremgår desuden, at indlæggelser for angst udgør 12 % af alle psykiatriske indlæggelser, 13 % af alle psykiatriske ambulante besøg, og 20 % af alle besøg i akutmodtagelser.

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 (37).

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)⁵.

I sygdomsbyrderapporten vurderes det, at 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 (37). 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 komplekse problemer såsom fysisk sygdom og misbrug. Antallet af nye tilfælde er stabilt for voksne med ca. 3200 nye tilfælde årligt, men der ses en stigning blandt børn og unge. Ca. 52.000 børn, unge og

og unikke personer som har haft kontakt med den regionale psykiatri én eller flere gange inden for de seneste 10 år pr. 1. januar 2018 (prævalensen).

⁵ Landspatientregisteret (LPR2) pr. 10. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen (36). Tallet angiver 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 unikke personer som har haft kontakt med den regionale psykiatri én eller flere gange inden for de seneste 10 år pr. 1. januar 2018 (prævalensen).

voksne lever med skizofreni eller relaterede psykotiske lidelser (herunder 28.000 mænd og 24.000 kvinder)⁶.

. 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.

Psykiske lidelser blandt børn og unge

Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser er den mest hyppige sygdomsgruppe blandt børn og unge. Her er det særligt ADHD, som er den hyppigste diagnose, med en estimeret forekomst på 3,4 % (38). Den reelle forekomst i Danmark er dog usikker, da der ikke er en central registrering af diagnoser stillet hos praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. ADHD forekommer tre gange så hyppigt blandt drenge i forhold til piger (39). Gennemsnitsalderen for, at diagnosen stilles, er 8 år for drenge og 17 år for piger.

Udviklingsforstyrrelser, herunder autisme, er den anden mest udbredte sygdomsgruppe, og der er sket en markant stigning i antallet af børn og unge som diagnosticeres med udviklingsforstyrrelser i den regionale psykiatri. I 2009 blev ca. 2.500 børn og unge diagnosticeret med en udviklingsforstyrrelse, mens det i 2018 var 4.100. I alt er der i den regionale psykiatri registreret ca. 24.400 børn og unge med en udviklingsforstyrrelse (36).

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 (40). 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.

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 multisyge (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 (41). Flere studier har dokumenteret at mennesker med psykiske lidelser har en markant øget forekomst af somatisk sygdom end resten af befolkningen (42). 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% af kohorten fået konstateret en psykisk lidelse. I forhold til personer uden psykisk

⁶ Landspatientregisteret (LPR2) pr. 10. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen (36). 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).

lidelse havde de knap 40% højere risiko (hazard ratio: 1,37) for at have en somatisk sygdom (43).

Misbrug

Mange psykiske lidelser kompliceres af misbrug af alkohol eller stoffer. Der kan være forskellige årsager til at misbruget startes, herunder fx forsøg på selvbehandling, men hyppigt vil den psykiske lidelse udløses af længerevarende misbrug. Dette gælder fx både for depression og skizofreni. 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 en rusmiddel diagnose 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 (44). Ud af 13.000, var 108 personer under 15 år og 473 var i alderen 16-18 år⁷.

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). Estimerer 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 (45), mens et forskningsstudie fra 2015 estimerer, at omkring hver tredje psykiatriske patient har et misbrug (44).

I tabellen nedenfor ses fordelingen i forhold til specifikke diagnoser, og det ses at et diagnosticeret misbrug er hyppigst hos personer med skizofreni.

Tabel 2: Antal med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, fordelt på diagnoser

	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

⁷ Kilde: Det centrale personregister (CPR), Landspatientregisteret (LPR), Sundhedsdatastyrelsen 2021.

Anmærkninger: Personer 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 den første psykiatriske kontakt i året. Kilde: Det centrale personregister (CPR), Landspatientregisteret (LPR), Sundhedsdatastyrelsen 2021.

Flere samtidige komplekse problemstillinger

Mennesker med psykiske lidelser kan i nogle tilfælde have flere samtidige komplekse problemstillinger som fx misbrug og hjemløshed. Nedenstående tabel viser antallet af mennesker med henholdsvis moderate og svære psykiske lidelser og samtidige komplekse problemstillinger. Svære psykiske lidelser omfatter bl.a. skizofreni, bipolar lidelse samt personlighedsforstyrrelser af borderline-typen, mens moderate psykiske lidelser omfatter depression, angstlidelser, OCD og svære belastnings- og tilpasningsreaktioner, spiseforstyrrelser, ADHD og adfærdsforstyrrelser. Komplekse problemstillinger defineres ved, at den enkelte, ud over moderat eller svær psykisk lidelse også har været fængslet, på herberg eller forsorgshjem, modtaget stofmisbrugsbehandling eller har en stofmisbrugs- eller alkoholisbrugsrelateret diagnose eller har kroniske fysiske lidelser (45).

Tabel 3: Antal mennesker med psykiske lidelser og komplekse problemstillinger

	2014	2015	2016	2017	2018
Moderate psykiske lidelser og komplekse problemstillinger (antal og % af befolkningen)	36.482 (1,04 %)	36.761 (1,04 %)	36.913 (1,04 %)	36.773 (1,03 %)	36.587 (1,02 %)
Svære psykiske lidelser og komplekse problemstillinger (antal og % af befolkningen)	16.436 (0,47 %)	16.984 (0,48 %)	17.282 (0,49 %)	17.479 (0,49 %)	17.526 (0,49 %)

Anmærkninger.: Antallet med psykisk lidelse er opgjort på baggrund af data fra Landspatientregistret (2018 er det seneste år med tilgængelige data). Opgørelsen af moderate eller svære psykiske lidelser og komplekse problemstillinger er baseret på definitionen som anvendes i "Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet" (45). Kilde: Socialstyrelsens egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Landspatientregistret.

I perioden 2014 til 2018 udgør andelen af mennesker med moderate eller svære psykiske lidelser og komplekse problemstillinger ca. 1,5 % af befolkningen. Antallet af mennesker med moderate psykiske lidelser og komplekse problemstillinger har været stabilt, men der er sket en stigning i antallet af mennesker med svære psykiske lidelser og komplekse problemstillinger på ca. 7 %.

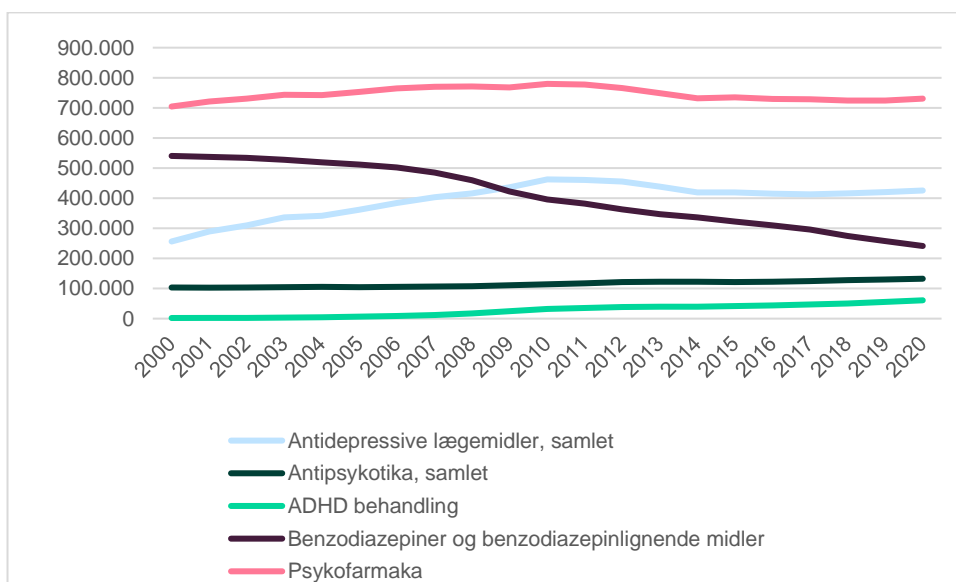
Befolkningens brug af psykofarmaka

Opgørelser over danskernes brug af psykofarmaka understøtter, at en stor andel af befolkningen lever med en psykisk lidelse. Mere end 700.000 personer, svarende til ca. 13% af den danske befolkning, er i behandling med psykofarmaka (46). Dette er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med psykisk lidelse, da psykofarmaka også i nogle tilfælde udskrives mod andre lidelser såsom søvnløshed eller smertetilstande. Udviklingen i brugen af specifikke typer psykofarmaka kan i et vist omfang være udtryk for en udvikling i sygdomsbilledet, men kan også afspejle en ændret ordinationspraksis eller øget fokus på visse diagnosegrupper. Et eksempel er, at antallet af brugere af ADHD-medicin er steget støt over de sidste 10 år, fra ca. 36.000 brugere i 2011 til ca. 61.000 brugere i 2020. Stigningen er størst blandt de 25- til 44-årige, hvor antallet af brugere er mere end fordoblet over de sidste 10 år (47).

Forbruget af antidepressiva har udvist et fald omkring 2010 og har derefter stabiliseret sig. I 2020 blev ca. 426.000 personer behandlet med antidepressiv medicin, og forbruget har været stabilt under covid-19 epidemien (48).

Gennem de seneste ti år er der desuden sket et fald på ca. 8 % i forbruget af lægemidler mod søvnløshed og angsttilstande. Det samlede antal brugere var således 653.000 i 2020. Der ses især et fald i forbruget af lægemidler til angsttilstande, mens der ses en svag stigning i brugen af lægemidler mod søvnløshed (49). I figur 6 ses hvordan brugen af psykofarmaka og udvalgte grupper af psykofarmaka har udviklet sig over de sidste 20 år.

Figur 9: Personhenførbart salg af psykofarmaka i perioden 2000-2020



Anmærkninger: Data er opgjort som personhenførbart salg (antallet af personer) per år per lægemiddelgruppe. Antidepressive lægemidler (ATC gruppe N06A, bortset fra duloxetin (N06AX21) i styrken 20 mg og 40 mg og bupropion (N06AX12)). Antipsykotika (ATC gruppe N05A, bortset fra lithium (N05AN01)), ADHD behandling (ATC koderne C02AC02, N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12). Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler (ATC koderne N05BA, N05CD, N03AE, N05CF). Kilde: medstat.dk (50).

Sygdomsbyrde af psykiske lidelser i Danmark og globalt

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. 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.

WHO overvåger sygdomsbyrde ved hjælp af de standardiserede sygdomsbyrdemål Disability Adjusted Life Year (DALY) og Years Lost to Disability (YLD). DALY udtrykker sygdomsbyrde som en kombination af sygdom og livskvalitet, hvor én DALY svarer til ét tabt år med sundt liv, mens YLD udtrykker antallet af år levet med sygdom. Global Burden of Disease (GBD) studiet viser, at den globale sygdomsbyrde forårsaget af psykiske lidelser stiger, og de seneste data fra 2019 viser at sygdomsbyrden nu udgør ca. 5 % (4–6%) af den totale sygdomsbyrde målt i DALY's og ca. 15 % (12-17%) af de totale YLD⁸.

Globalt ligger sygdomsbyrden af psykiske lidelser højt sammenlignet med andre sygdomme (nr. 7. målt i DALY og nr. 2. målt i YLD), hvor depressive lidelser forholdsmæssigt udgør den største sygdomsbyrde blandt de psykiske lidelser (37%), efterfulgt af angst (23%) og skizofreni (12%) (51). Et nyligt studie viser desuden, at covid-19 pandemien på kort tid har øget sygdomsbyrden af psykiske lidelser, særligt er der sket en stigning i forekomsten af depressive lidelser og angstlidelser, især blandt yngre kvinder, og det er således estimeret at depressive lidelser i 2020 globalt udgjorde den 2.hyppigste og angstlidelser den 3.hyppigste sygdomsbyrde målt i YLD's. Sygdomsbyrden af depressive lidelser og angstlidelser estimeres globalt set at være øget med hhv. ca. 28% (25-30%) og ca. 26% (23-28%) målt i DALYs per 100.000 personer, og dette er stort set uændret hvis der kun ses på højindkomst- eller vesteuropæiske lande (52). Det er ikke muligt at vurdere hvilken effekt covid-19 epidemien har haft på sygdomsbyrden i Danmark.

I Tabel 4 ses en oversigt over sygdomsbyrdemålene for psykiatriske diagnosegrupper i Danmark sammenlignet med højindkomstlande generelt. Sammenlignet med gennemsnittet af de øvrige højindkomstlande, estimeres sygdomsbyrden ved depressive lidelser, alkoholmisbrug og spiseforstyrrelser at være højere i Danmark, mens sygdomsbyrden associeret med de øvrige lidelser er mindre.

⁸ (uden misbrug inddraget)

Tabel 4: Sygdomsbyrdemål for de psykiatriske diagnoser som repræsenterer den største sygdomsbyrde i Danmark (DK) sammenlignet med gennemsnittet for højindkomstlande (HI) målt i YLD og DALY per 100.000 personer.

	YLD-DK per 100.000	YLD-HI per 100.000	DALY-DK per 100.000	DALY-HI per 100.000
Depressive lidelser	703	693	703	693
Angstlidelser	481	484	481	484
Alkoholmisbrug	314	203	716	320
Bipolare lidelser	225	165	225	165
Stofmisbrug	182	412	337	790
Skizofreni	180	251	180	251
Spiseforstyrrelser	84	75	85	76
Autismespektrum forstyrrelser	61	81	61	81
Opmærksomhedsforstyrrelser	8	15	8	15
Alle psykiske lidelser (undtaget misbrug)	1.941	1.974	1.942	1.975

Anmærkninger: I udregningen af DALY indgår faktorerne alder ved sygdommens begyndelse, forløb og varighed, sværhedsgrad, invaliditet/handicap, behandlingsrater og dødelighed, hvorfor der især ses en forskel mellem YLD og DALY ved misbrugslidelse, da de er associeret med en højere dødelighed. Kilde: Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020 (53). Available from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Statens Institut for Folkesundhed udgav i 2015 rapporten "Sygdomsbyrden i Danmark", som beskriver sygdomsbyrden for angst, depression, misbrug og skizofreni (37), og hvor sygdomsbyrden for 21 udvalgte sygdomme sammenlignes (37)⁹. Rapporten viser, at psykiske lidelser udgør en betydelig sygdomsbyrde i Danmark sammenlignet med de mest almindelige somatiske sygdomme, fx er angst den 3. hyppigste sygdom i befolkningen målt i antal nye tilfælde per år kun overgået af diabetes og iskæmisk hjertesygdom. Misbrug er årsag til flest besøg i akutmodtagelsen, og angst tegner sig for flest nye tilkendelser af førtidspension og de største omkostninger til tabt produktion. Skizofreni er årsag til de største omkostninger til behandling og pleje.

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,

⁹ Rapporten "sygdomsbyrden i Danmark" anvender følgende sygdomsbyrdemål: forekomst, dødsfald, tabte leveår, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, besøg i primærsektoren, førtidspensioner, sygedage, sundhedsøkonomi, produktionsstab og social ulighed.

forebyggelse og sociale ydelser. Samlet set er det vurderet at psykiske lidelser medfører udgifter på ca. 110 mia. kr. om året (54).

Der er generelt en sammenhæng mellem psykisk lidelse og en række sociale og økonomiske konsekvenser, og det fører til social ulighed. Omkring hvert fjerde barn eller unge med psykisk lidelse 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 (17).

For voksne med psykiske lidelser gælder det, at kun 18% får en videregående uddannelse (mod 30% i baggrundsbefolkningen). Det er desuden tidligere blevet vist, at personer som debuterer i psykiatrien har en løsere tilknytning til arbejdsmarkedet sammenlignet med hele befolkningen, og at dette gør sig gældende længe inden de diagnosticeres. Det ses især i det sidste år frem til diagnosen stilles. Når diagnosen stilles, er 39 % tilknyttet arbejdsmarkedet, hvor andelen gradvist stiger til 43% i op til 2 år efter diagnosen er stillet (17). Dette afspejler sig også i en markant økonomisk ulighed. Fx er hver fjerde voksen med en psykisk lidelse blandt de 10% af befolkningen som har de færreste økonomiske ressourcer.

Demografiske faktorer har også betydning for sygdomsbyrden. Ifølge Danmarks Statistik vil befolkningen voksne med 3,5% frem mod 2030, og udgøre i alt 6.044.224 personer, hvor den største vækst forventes at finde sted blandt de ældste aldersgrupper. Antallet af ældre med en psykisk lidelse må derfor forventes at stige betydeligt i de kommende år og da kroniske somatiske sygdomme også forekommer i langt højere grad i den ældre del af befolkningen, kan man forvente at flere ældre mennesker med multisygdom, dvs. samtidige somatiske sygdomme og psykiske lidelser, skal behandles i sundhedsvæsenet.

Aktivitet og kapacitet

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.

Praksissektor

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

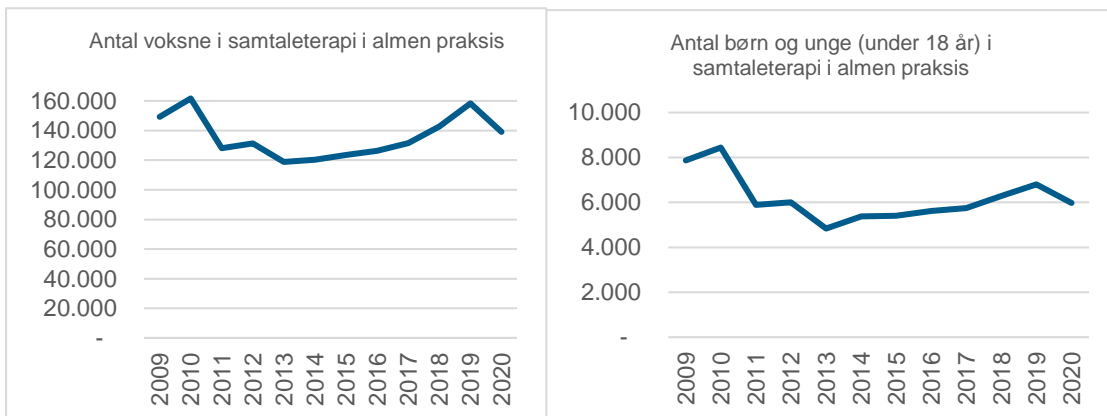
Almen praksis

Der findes ikke et registerbaseret overblik over hvor mange patienter med psykiske lidelser der behandles i almen praksis, men i en tidligere dansk auditundersøgelse fandt man, at

mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig hos almen praksis med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter (55). 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.

Den praktiserende læge kan i henhold til overenskomsten tilbyde op til syv samtaleterapi-konsultationer per patient per år, men det er ikke en ydelse som alle praktiserende læger tilbyder. Figur 15 illustrerer udviklingen i antallet af voksne og børn/unge som har modtaget samtaleydelser i almen praksis i perioden 2009-2020. Det ses, at antallet af personer som har modtaget samtaleydelser var langt højere for godt ti år siden. Frem til 2010 var der en stigning i antallet af samtaleydelser, men herefter ses et fald. Dette skyldes formentligt, at der i 2011 i overenskomsten blev lavet en aftale om, at kun læger (og ikke fx sygeplejersker ansat i almen praksis) kan udføre samtaleterapi samt muligheden for at henvise patienter med depression til en psykolog. Antallet af patienter som modtager samtaleydelser er dog i vækst de senere år, om end der har været en nedgang i aktiviteten i relation til Covid-19. I 2020 var der således cirka 139.000 voksne som modtog samtaleterapi i almen praksis og 5970 børn og unge (0-17 årige), hvilket samlet set svarer til ca. 2,5% af befolkningen. Det gennemsnitlige antal kontakter per patient har været stabilt gennem hele perioden og var for voksne 2,2 og for børn og unge 1,7 i 2020.

Figur 10: Samtaleterapi i almen praksis, 2009-2020



Anmærkninger: Det bemærkes, at faldet i 2020 muligvis afspejler den generelle nedlukning i samfundet, som følge af Covid-19. Kilde: antal unikke patienter der modtager samtaleterapi, baseret på tal fra Sygesikringsregistret pr. 28. januar 2021, Sundhedsdatastyrelsen.

Udskrivningen af psykofarmaka fra almen praksis kan ikke direkte beskrive behandlingsaktiviteten, men kan relativt sige noget om almen praksis' rolle i forhold til at varetage den medicinske behandling hos mennesker med psykiske lidelser. I et studie hvor alle danskeres lægemiddelrecepter i perioden 2000-2020 er blevet gennemgået og registreret i en database, ses det at 85-87% af alle antidepressive lægemidler og 86-93% af alle angstdæmpende midler ordineres i almen praksis, og at receptudskrivningerne ligger på et stabilt niveau (56). Tallene understreger at størstedelen af den vedligeholdende medicinske

behandling til patienter med angst og depression varetages i almen praksis. I forhold til at indlede en behandling med hhv. antidepressiv medicin og angstdæmpende medicin ses en udvikling med en faldende tendens i perioden 2000-2020 fra 79% til 70% for al antidepressiv medicin og 90% til 69% for al angstdæmpende medicin, mens en relativt større andel af den medicinske behandling initieres på sygehus eller i speciallægepraksis.

Speciallægepraksis i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri

Indsatsen i speciallægepraksis består af udredning og medicinsk behandling, samtaleterapi og/eller psykoterapi. Undersøgelser viser, at cirka 40% af patienterne har en affektiv lidelse, 30-35% har angst- eller stressrelaterede lidelser og 10% har personlighedsforstyrrelser, 15% har ADHD og andre adfærdsmæssige forstyrrelser, mens få % har psykoser, fx i form af skizofreni (15,57). Der foreligger ingen systematisk registrering af diagnoser for patienter behandlet i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis, men de praktiserende speciallæger beskriver, at der er tale om hele det diagnostiske spektrum og et stigende antal patienter med ADHD.

Ifølge tal fra Danske Regioner havde speciallægepraksis i psykiatri i 2020 ca. 373.000 kontakter med ca. 52.000 patienter¹⁰, og speciallægepraksis i børne- og ungdomspsykiatri havde i alt ca. 38.000 kontakter med 4900 børn og unge (Tabel 3). Dette er fordelt på 115 praktiserende psykiatere og 16 praktiserende børne- og ungdomspsykiatere. I psykiatrisk speciallægepraksis var aktiviteten faldende fra 2010 til 2017 og har derefter været stigende igen, men over en 10-årig periode er der sket et fald i aktiviteten. Aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis har været stigende over en 10-årig periode. Det skal dog anføres at ikke alle ydelser er registeret i antallet af kontakter, og der kan derfor være opgaver som ikke er inkluderet i tabellen nedenfor.

Tabel 5: Patienter og kontakter i speciallægepraksis, 2010-2020

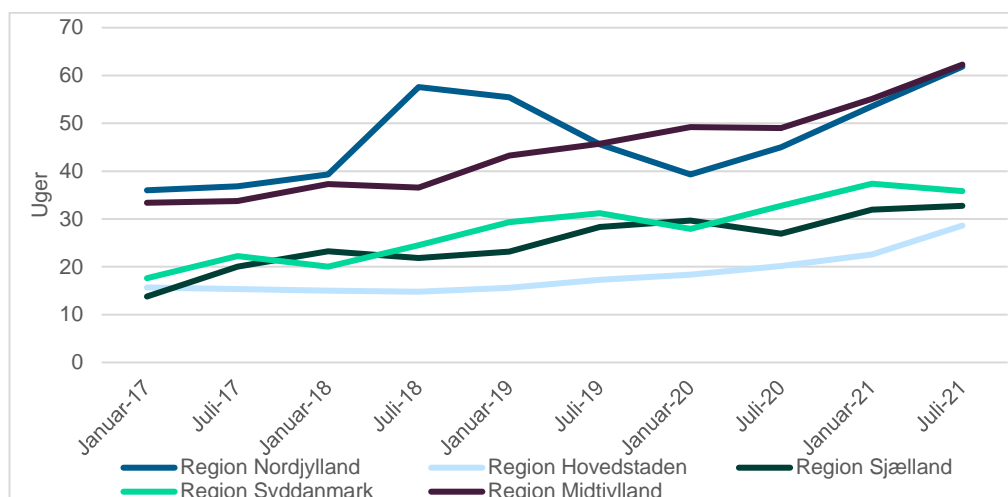
Psykiatri	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antal kontakter (tusinde)	462	455	451	428	406	366	338	332	347	356	373
Antal patienter (tusinde)	57	57	57	54	51	50	50	49	51	52	52
Børne- og ungdomspsykiatri	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antal kontakter (tusinde)	33	31	31	29	28	27	34	35	34	35	38
Antal patienter (tusinde)	4.0	4.0	4.0	3.9	3.9	4.1	4.4	4.4	4.7	4.7	4.9

I nedenstående figurer illustreres ventetiden til speciallægepraksis i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri i alle regioner i de sidste 5 år. Ventetiden har været stigende, og det er uvist hvilken betydning covid-19 epidemien har i forhold til den øgede ventetid i 2020 og

¹⁰ Opgørelse fra Danske Regioner: Antal kontakter og antal patienter er baseret på ydelser som dækker alle typer af konsultationer (inkl. telefon og email), terapiforløb, psykoekation og gruppeforløb, og øvrige opgaver som relaterer sig direkte til patienten eller de pårørende, mens andre opgaver ikke er inkluderet i opgørelsen.

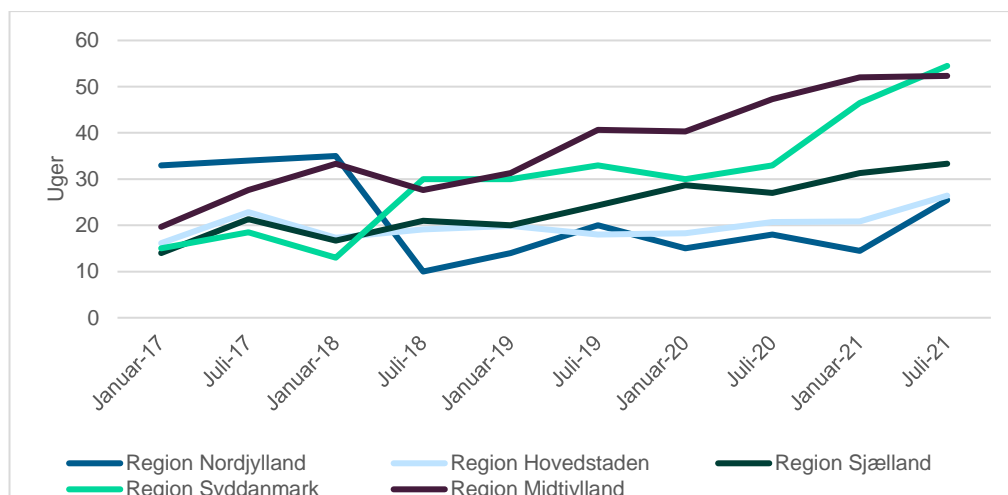
2021, men uanset årsagen peger tallene på et stigende kapacitetsproblem i speciallægepraksis.

Figur 11: Ventetid for speciallægepraksis i psykiatri i perioden 2017-2021.



Kilde: Danske Regioner 2021

Figur 12: Ventetider for privatpraktiserende speciallæger i børne- og ungepsykiatri



Psykologer med ydernummer

Der gives offentligt tilskud på 60% af behandlingsudgiften for specifikke grupper af patienter efter henvisning fra praktiserende læge hos autoriserede psykologer med ydernummer. Det drejer sig dels om patienter, der har været udsat for en række specifikke hændelser, dels om voksne patienter med let til moderat depression og angst, herunder OCD. Unge mellem 18-24 år tilbydes gratis psykologbehandling for let til moderat angst og depression.

Den komplette oversigt over personer som er omfattet af tilskudsordningen kan ses i bekendtgørelsen om tilskud til psykologbehandling (10). Som udgangspunkt gives der tilskud til op til 12 samtaler. Derudover kan personer som ikke falder inden for ovenstående grupper, fx mennesker med stressrelaterede tilstande, henvende sig til praktiserende psykologer og modtage behandling mod fuld egenbetaling.

Der er desuden en række psykologer, som er specialister i børnepsykologi eller børnepsykologi, og varetager behandlingsopgaver i forhold til de børn og unge, som er dækket af praksisoverenskomsten og behandlingsopgaver i forhold til sårbare og behandlingskrævende børn og unge. Det er som udgangspunkt kommunerne, der skal sørge for adgang til psykologbehandling for patienter under 18 år ved lettere psykiske lidelser som depression, angst, OCD og spiseforstyrrelser i let-moderat grad (15).

De autoriserede psykologer med ydernummer, ca. 850 psykologer, behandlede i 2020 i alt 77.500 patienter under psykologordningen, hvoraf 31.900 var unge og voksne med let til moderat depression (henvisningskriterium 10), mens 20.100 var unge og voksne med let til moderat angst (henvisningskriterium 11). I alt 1.539 børn og unge under 17 år blev henvist i 2019, og fik psykologbehandling i forbindelse med de ni hændelseskriterier i psykologordningen. Børn og unge udgør 2 % af det samlede antal behandlede i psykologordningen¹¹.

Udviklingen i aktiviteten hos praktiserende psykologer med ydernummer i forhold til henvisningsårsagen angst eller depression har været stigende for voksne, ses i Tabel 4.

Tabel 6: Psykologhjælp med henvisningsårsag angst eller depression i perioden 2012-2020

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Psykologhjælp med henvisningsårsag angst eller depression, 0-17 årige									
Patienter i alt	21	26	14	16	8	12	12	10	7
Kontakter i alt	72	126	43	84	43	46	52	23	23
Gns. kontakter per patient	3,43	4,85	3,07	5,25	5,38	3,83	4,33	2,3	3,29
Psykologhjælp med henvisningsårsag angst eller depression, 18+ årige									
Patienter i alt	39.809	44.897	46.599	47.466	46.323	44.562	44.546	45.724	49.871
Kontakter i alt	235.039	264.157	264.773	271.513	265.631	251.331	250.436	261.035	299.638
Gns. kontakter per patient	5,9	5,88	5,68	5,72	5,73	5,64	5,62	5,71	6,01

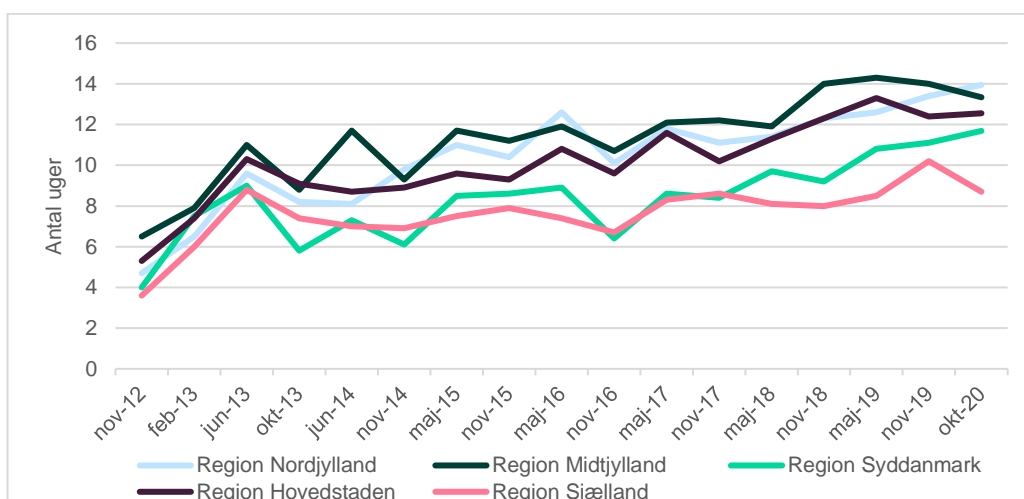
Anmærkninger: Opgørelse over antal unikke patienter, der modtager psykologhjælp med henvisningsårsag angst eller depression opgjort ud fra Sygesikringsregisteret. I årene 2009-2011 blev patienter og ydelser hos praktiserende psykologer ikke delt op på henvisningsårsag og opgørelsen kan derfor ikke laves for de tre år. Kilde: Sygesikringsregisteret pr. 5. februar 2021, Sundhedsdatastyrelsen.

¹¹ Data modtaget fra Dansk Psykolog Forening

Der findes ikke opgørelser som viser om der tilsvarende har været en øget aktivitet hos de øvrige psykologer som ikke praktiserer på et ydernummer.

Ventetiden til behandling hos psykolog med ydernummer er stigende. En ventetidsundersøgelse fra Dansk Psykolog Forening fra 2021 viser således en ventetid på op til knap fire måneder på psykologbehandling. Udviklingen har været stigende over tid på tværs af hele landet. Den gennemsnitlige ventetid på behandling for angst og depression ved psykolog med lægehenvielse var på 5 uger i 2012, og på lidt over 16 uger i maj 2021 (58). Udviklingen i ventetiden i de enkelte regioner kan ses i nedenstående figur.

Figur 13: Regionale ventetider blandt psykologer med ydernummer



Kilde: ventetidsundersøgelser fra Dansk Psykolog Forening (58).

Sygehuse

Aktiviteten og kapaciteten på sygehusene kan bl.a. beskrives på baggrund af data om antallet af patienter og kontakter på sygehusene, antallet af sengepladser, antallet af medarbejdere og udviklingen i driftsudgifter. I det følgende beskrives udviklingen hovedsageligt indtil 2018 på grund af usikre data i forbindelse med overgangen til LPR3 og effekten af covid-19 epidemien på aktiviteten. I nogle tabeller og grafer er data fra 2019 og 2020 dog medtaget, men skal tolkes med forbehold.

I perioden 2009-2018 er der sket en markant stigning i antallet af patienter i kontakt med den regionale psykiatri, særligt blandt børn og unge, hvor stigningen ca. er 50 %. Blandt voksne er stigningen ca. 26 %. Til sammenligning er stigningen i antallet af somatiske patienter kun 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 ca. 3 % af befolkningen. Heraf var lidt over 41.000 børn og unge under 19 år (59).

I tabellerne nedenfor ses det, at der især har været en stigning i antallet af ambulante kontakter for både børn og voksne i løbet af de seneste 10 år, men der ses også en stigning i antallet af indlæggelser.

Tabel 7: Voksne patienter (19 år og derover) og kontakt til den regionale psykiatri

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Indlæggelser (sygehusophold ≥ 12 timer)										
Antal patienter (tusinde)	23	24	23	24	24	24	24	24	24	24
Antal indlæggelser (tusinde)	35	37	37	38	39	40	40	41	41	43
Gns. indlæggelser pr. patient	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8
Indlæggelser pr. 1.000 voksne	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Ambulante besøg (sygehusophold < 12 timer)										
Antal patienter (tusinde)	101	102	104	108	114	124	129	130	131	132
Antal besøg (tusinde)	1.051	1.076	1.125	1.220	1.273	1.396	1.448	1.460	1.408	1.362
Gns. besøg pr. patient	10,4	10,6	10,8	11,3	11,2	11,3	11,3	11,3	10,7	10,3
Besøg pr. 1.000 voksne	250	254	264	284	294	320	328	327	312	300

Anmærkninger: En unik patient er en patient, som har været i kontakt med sundhedsvæsenet en eller flere gange i løbet af året. Gennemsnitligt antal kontakter pr. patient i kontakt med sundhedsvæsenet er antallet af kontakter divideret med antal unikke patienter, der har haft den relevante type kontakt med sundhedsvæsenet. Kilde: Landspatientregisteret version 10. marts 2019 og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Tabel 8: Børn og unge patienter (under 19 år) og kontakt til den regionale psykiatri

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Indlæggelser (sygehusophold ≥ 12 timer)										
Antal patienter (tusinde)	1,8	1,9	1,9	2,1	2,0	2,2	2,1	2,0	2,1	2,1
Antal indlæggelser (tusinde)	2,2	2,5	2,3	2,6	2,7	3,0	2,9	2,9	2,9	2,9
Gns. indlæggelser pr. patient	1,2	1,3	1,3	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Indlæggelser pr. 1.000 børn	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ambulante besøg (sygehusophold < 12 timer)										
Antal patienter (tusinde)	27	29	31	32	34	37	39	39	41	41
Antal besøg (tusinde)	205	221	231	244	252	281	298	300	308	318
Gns. besøg pr. patient	7,5	7,5	7,4	7,5	7,4	7,6	7,7	7,7	7,6	7,8
Besøg pr. 1.000 børn	160	172	181	192	200	225	241	242	249	258

Anmærkninger: En unik patient er en patient, som har været i kontakt med sundhedsvæsenet en eller flere gange i løbet af året. Gennemsnitligt antal kontakter pr. patient i kontakt med sundhedsvæsenet er antallet af kontakter divideret med antal unikke patienter, der har haft den relevante type kontakt med sundhedsvæsenet. Kilde: Landspatientregisteret version 10. marts 2019 og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Patienterne i psykiatrien er unge i sammenligning med andre patientgrupper. I 2018 var 87 % af patienterne fx under 65 år¹². Patienter tilknyttet de ambulante tilbud er gennemsnitligt yngre end de indlagte patienter. 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. Dette illustreres i nedenstående tabel.

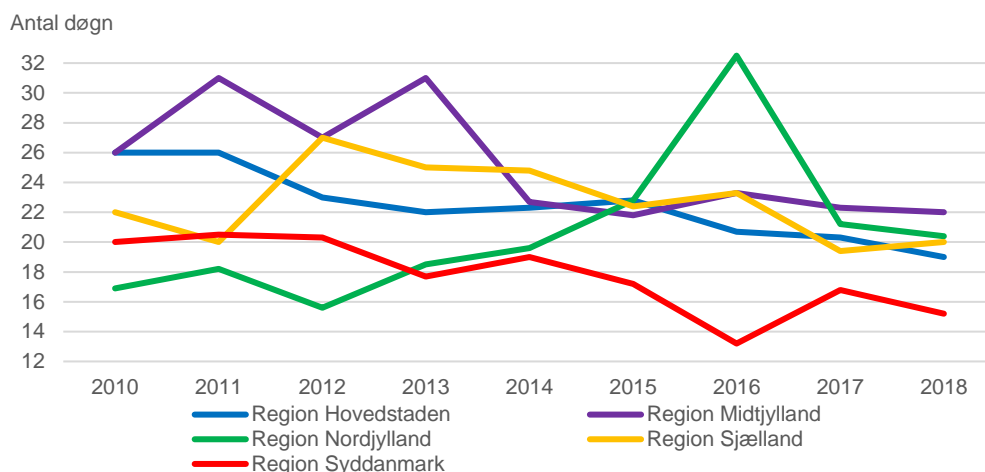
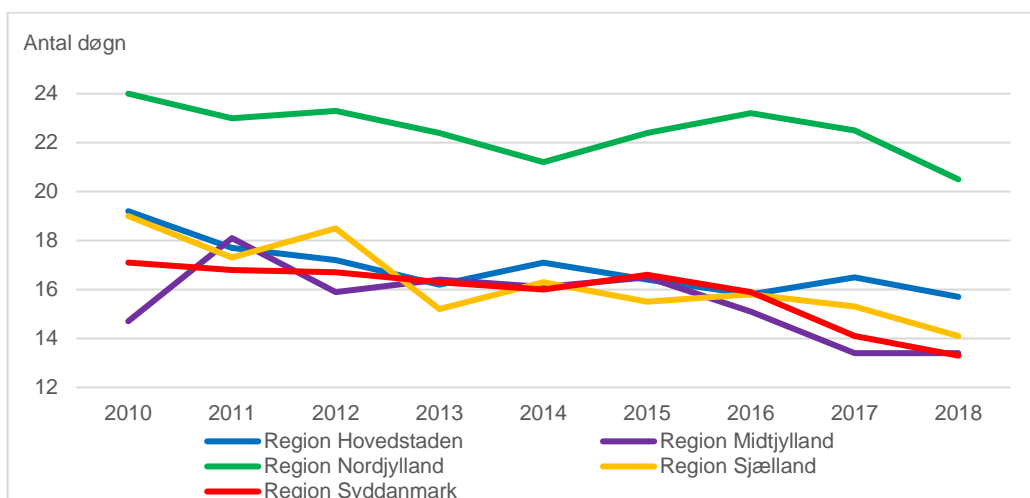
Tabel 9: Patienter og kontakt til den regionale psykiatri i 2018, fordelt på aldersgrupper

Aldersgruppe	Indlæggelser (sygehusophold ≥ 12 timer)		Ambulante ophold (sygehusophold < 12 timer)		Patienter i alt
	Indlagte patienter	Antal indlæggelser	Ambulante patienter	Antal ambulante ophold	
0-18 år	2.056	2.890	41.012	318.243	41.263
19-39 år	9.836	17.800	64.023	745.065	65.607
40-64 år	10.506	19.277	44.956	467.617	47.846
65-74 år	2.202	3.237	9.598	68.335	10.385
75-84 år	1.247	1.641	10.063	56.014	10.495
85+ år	538	638	5.281	24.927	5.528

Anmærkninger: Når der tælles antal patienter, er der tale om unikke patienter inden for de kategorier, der er opstillet i denne tabel. Kilde: Landspatientregisteret version 10. marts 2019, Sundhedsdatastyrelsen.

Figurene nedenfor viser det gennemsnitlige antal døgn per indlæggelse for børn, unge samt voksne patienter i den regionale psykiatri i de fem regioner. Det ses, at der er regionale forskelle i varigheden af indlæggelserne og udviklingen i antallet af indlæggelsesdøgn.

¹² Sundhedsstyrelsens egne beregninger på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientregisteret 2018.

Figur 14: Gennemsnitligt antal døgn pr. indlæggelse for børn og unge, opdelt på bopælsregion**Figur 15: Gennemsnitligt antal døgn pr. indlæggelse for voksne, opdelt på bopælsregion**

Der er betydelige forskelle på aktiviteten på tværs af diagnoser. Dette illustreres i figurerne nedenfor. Det ses, at voksne patienter som har diagnoserne skizofreni og psykoser mv. har flest indlæggelser, udgør den største gruppe blandt de indlagte patienter, og har flest ambulante besøg i psykiatrien. Patienter med misbrugsrelaterede psykiske lidelser udgør også en stor gruppe blandt de indlagte patienter. Når der ses på det totale antal patienter i psykiatrien er det dog voksne patienter med nervøse og stress-relaterede tilstande (som fx angst-lidelser) som udgør den største gruppe af patienter, fordi de er 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 mv., mens børn og unge med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (som fx

ADHD) antalmæssigt udgør den største gruppe af patienter, fordi de udgør en stor andel af de børn og unge som bliver set i de ambulante tilbud.

Der er også store forskelle i de gennemsnitlige indlæggelsestider på tværs af diagnoser, hvor børn og voksne med spiseforstyrrelser har de længste indlæggelsestider (ca. 70 dage i gennemsnit) (16,17).

Tabel 10: Børn og unge i den regionale psykiatri, fordelt på 12 hoveddiagnosegrupper

Diagnosegruppe	Indlagte patienter	Indlæggelser	Ambulante patienter	Ambulante besøg	Patienter ialt
Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser mv.	-	-	34	131	35
Psykiske lidelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer	125	135	760	1.182	846
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse og psykoser	295	450	1.086	15.653	1.158
Affektive sindslidelser	246	324	1.845	17.151	1.932
Nervøse og stress-relaterede tilstande	835	988	6.922	42.801	7.312
Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser mv.	213	291	1.733	25.707	1.766
Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd	83	146	632	6.492	653
Mental retardering	35	49	890	3.903	898
Psykiske udviklingsforstyrrelser	221	251	8.120	60.257	8.179
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser	244	301	17.744	124.156	17.811
Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser	22	23	147	505	163
Øvrige diagnoser	414	494	6.064	20.797	6.311
I alt	2.060	2.890	41.012	318.243	41.263

Anmærkninger: Når der tælles antal patienter, er der tale om unikke patienter inden for de kategorier, der er opstillet i denne tabel. Indlæggelser svarer til sygehusophold ≥ 12 timer mens ambulante besøg svarer til sygehusophold < 12 timer. Lys blå farve markerer lav aktivitet og mørk blå farve indikerer høj aktivitet. Kilde: Landspatientregisteret version 10. marts 2019, Sundhedsdatastyrelsen.

Tabel 11: Voksne i den regionale psykiatri, fordelt på 12 hoveddiagnosegrupper

Diagnosegruppe	Inlagte patienter	Indlæggelser	Ambulante patienter	Ambulante besøg	Patienter ialt
Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser mv.	1.373	1.714	14.085	69.676	14.793
Psykiske lidelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer	5.975	10.415	7.830	24.652	11.765
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse og psykoser	6.703	12.911	22.243	390.960	23.478
Affektive sindslidelser	5.127	7.149	25.703	265.740	27.079
Nervøse og stress-relaterede tilstande mv.	5.149	6.217	31.904	245.829	34.742
Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser mv.	425	614	4.461	46.827	4.624
Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd	1.195	2.469	10.983	170.858	11.335
Mental retardering	235	426	2.596	11.872	2.682
Psykiske udviklingsforstyrrelser	267	407	2.246	14.917	2.362
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser	291	347	6.125	43.446	6.271
Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser	274	291	1.206	4.731	1.434
Øvrige diagnoser	5.025	6.425	20.931	74.301	24.377
I alt	24.235	42.593	131.872	1.361.958	137.735

Anmærkninger: Når der tælles antal patienter, er der tale om unikke patienter inden for de kategorier, der er opstillet i denne tabel. Indlæggelser svarer til sygehusophold ≥ 12 timer mens ambulante besøg svarer til sygehusophold < 12 timer. Lys blå farve markerer lav aktivitet og mørk blå farve indikerer høj aktivitet. Kilde: Landspatientregisteret version 10. marts 2019, Sundhedsdatastyrelsen.

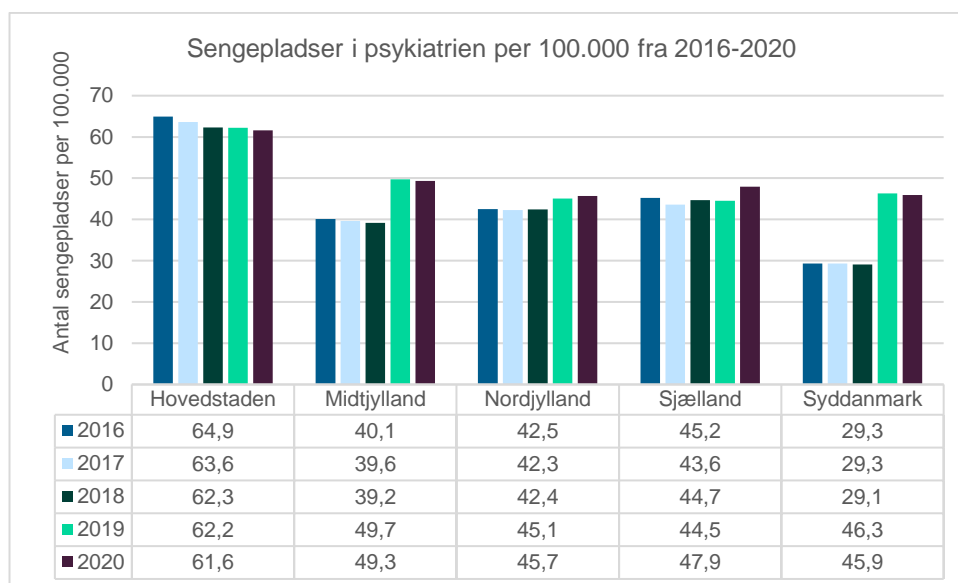
Antallet af de normerede sengepladser i den regionale psykiatri på voksenområdet har historisk udviklet sig således at der gennem de sidste 25 år, dvs. i perioden fra 1996 til 2021, har været et fald i antallet af sengepladser fra 4090 til 3002 normerede sengepladser, samtidig med at den ambulante aktivitet er blevet udvidet¹³. Antallet af normerede sengepladser har ligget nogenlunde stabilt siden strukturreformen i 2007 på omkring 3000 sengepladser. Faldet skal dog også sættes i forhold til befolkningstilvæksten og en generel

¹³ Data fra Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner.

aktivitetsøgning i psykiatrien. I børne- og ungdomspsykiatrien er kapaciteten i form af sengepladser øget.

Der er regionale forskelle i antallet af disponible sengepladser sat i relation til befolkningstallet i den pågældende region, hvilket illustreres i nedenstående figur.

Figur 16. Antal sengepladser pr.100.000 personer per region, 2016-2020.



Anmærkninger: Beregninger er foretaget på baggrund af data om antal disponible sengepladser, som er hentet fra Sundhedsdatastyrelsen, samt data om befolkningstal, som er hentet fra Danmarks Statistik. Til beregning af antal sengepladser pr. 100.000 indbyggere opdelt på regioner benyttes befolkningstal for 1. kvartal pr. region for år 2016-2020 og det gennemsnitlige antal sengepladser for 1. kvartal 2016-2020 pr. region.

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 (19).

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 fald i driftsudgifterne pr. patient i psykiatrien svarende til 13 %, mens driftsudgifterne pr. patient i somatikken tilsvarende er faldet med 5 % (60). Dette er bl.a. et udtryk for den tidligere beskrevne udvikling, hvor en langt større andel af patienterne udredes og behandles ambulant. For yderligere information om udviklingen i driftsudgifter på psykiatriområdet henvises til tidligere analyser og rapporter¹⁴.

¹⁴ Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Regeringens Udvalg om Psykiatri, 2013: [Bilagsrapport 1](#) & [Bilagsrapport 2](#) (14,15) ; Styringsgennemgang af psykiatrien. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018: [delafrapportering I](#) & [delafrapportering II](#) (16,17)

Det generelle billede for den regionale psykiatri er, 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 af individfordelte udgifter på psykiatriske sygehuse har således vist, at 5 % af patienterne står for næsten 50 % af de samlede udgifter til de psykiatriske sygehuse, hvor det på diagnoseniveau ses at behandlingsudgifterne til patienter med skizofreni er størst, svarende til 38% af de samlede udgifter til voksne, efterfulgt af patienter med depression med 22% af de samlede udgifter (18). For børne- og ungdomspsykiatrien er det ikke nær så udpræget at få patienter står for en stor andel af de samlede udgifter, men på diagnoseniveau ses det, at behandlingen af børn og unge med ADHD repræsenterer den største udgift med 29% af de samlede udgifter, efterfulgt af andre udviklingsforstyrrelser såsom autisme og Aspergers syndrom (19%) og angst-lidelser (12%) (18).

Retspsykiatrien

Retspsykiatrien behandler mennesker med psykisk lidelse, der på baggrund af begået kriminalitet pålægges dom til behandling eller anbringelse i psykiatrien. Formålet med en psykiatrisk foranstaltningsdom er gennem behandling at forebygge, at personen på grund af sin psykiske lidelse begår ny kriminalitet. Hovedparten af retspsykiatriske patienter behandles på hovedfunktionsniveau i psykiatrien, mens en mindre gruppe af retspsykiatriske patienter behandles på specialiseret niveau (regionsfunktionsniveau). Specialevejledningen for psykiatri præciserer, at alle retspsykiatriske patienter falder i regionsfunktion, men at behandling kan foregå i hovedfunktion i et formaliseret samarbejde. I boksen nedenfor ses det lovgivningsgrundlag og tilknyttede bekendtgørelser, som gør sig gældende i retspsykiatrien og for retspsykiatriske patienter.

Boks 15: Resumé af lovgivning og bekendtgørelser af betydning for retspsykiatrien

Straffelovens § 16: Personer som var utilregnelige i gerningsøjeblikket på grund af sindssygdom, er straffri. Personen skal både have været sindssyg og utilregnelig i gerningsøjeblikket. Hvorvidt en person var utilregnelig i gerningsøjeblikket vurderes ved domstolene, og hvorvidt personen var sindssyg skal vurderes af en psykiater.

Straffelovens § 68: Hvis en person er blevet fritaget for straf jf. § 16, fremgår af straffelovens § 68, at retten kan anvende andre foranstaltninger med henblik på at forebygge yderligere lovovertrædelser.

Straffelovens § 69: Personer, som ikke opfylder betingelserne i straffelovens § 16, men alligevel lider af en psykisk forstyrrelse, kan idømmes en psykiatrisk særforanstaltning (dom til anbringelse, dom til behandling og dom til ambulat behandling).

Lov nr. 1396 af 21. december 2005 om retspsykiatrisk behandling m.v.¹⁵. hvor det bl.a. fremgår, at regionerne har pligt til på deres psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage personer, der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse. Samt

¹⁵ Med senere ændringer, i lov nr. 504 af 1. maj 2019 (61)

personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes på psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling.

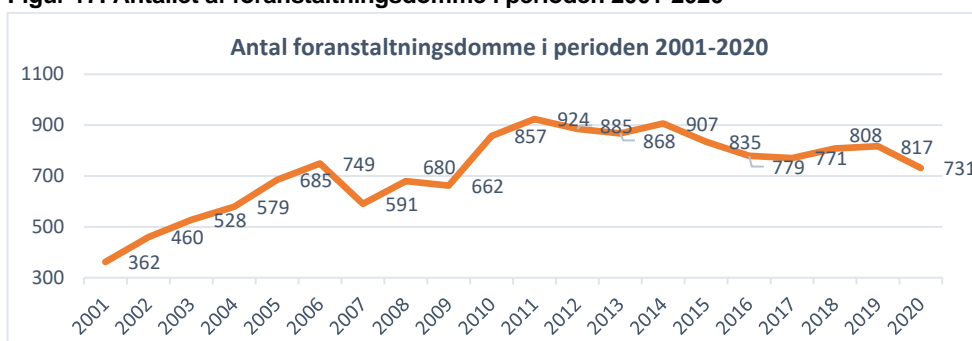
Bekendtgørelse nr. 1414 af 10. december 2010 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse¹⁶, hvor det fremgår hvilke bestemmelser i psykiatriloven, der finder anvendelse for personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse.

Vejledning nr. 9614 af 8. november 2010 om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulat psykiatrisk behandling, hvori overlægernes ansvar præciseres ved iværksættelse og gennemførelse af behandlingsforløb samt ansvaret i forbindelse med samarbejdet med andet personale og andre instanser. Vejledningen præciserer også den behandlingsansvarlige overlæges ansvar i forbindelse med samarbejdet med kriminalforsorgen om patienten. Af denne vejledning fremgår en række krav, herunder til iværksættelse af behandling, udarbejdelse af behandlingsplaner, behandlingen m.v.

Der blev i 2020 afsagt 731 foranstaltningsdomme, som angår 725 personer, idet seks personer blev idømt en foranstaltningsdom to gange i løbet af året. Antallet af domme i 2020 er på det laveste niveau siden 2009 (63). Af de 731 domme i 2020 var 70 % psykisk syge, 17 % mentalt retarderede og 13 % mangelfuldt udviklede. Foranstaltningsdommene vedrører hyppigst vold og trusler mod offentligt ansatte efterfulgt af simpel vold. Af de domme, der medfører eller kan medføre indlæggelse/anbringelse, er der i henholdsvis 51 % (psykisk syge), 52 % (mentalt retarderede) og 41 % (mangelfuldt udviklede mv.) af tilfældene ikke fastsat en længste tid for foranstaltningen (63).

I figuren nedenfor ses det, at der var en stigning i antallet af foranstaltningsdomme fra 2001 til 2012, og herefter gennemsnitligt faldende, men med relativt store udsving fra år til år.

Figur 17: Antallet af foranstaltningsdomme i perioden 2001-2020



¹⁶ Med senere ændringer i bekendtgørelse nr. 1402 af 22. juni 2021 (62)

Kilde: Justitsministeriets forskningskontor, Nye foranstaltningsdomme i 2020 (63)

Med det nuværende antal af årlige foranstaltningsdomme er antallet dog fortsat ca. 50 % højere end i 2001, og antallet af retspsykiatriske patienter har været stigende gennem en årrække. Gennem perioden fra 2001 til 2018 har der således været en tredobling i antallet af patienter. Tabellen nedenfor viser, at antallet af indlæggelser er øget med 18 % fra 2009-2018, og den ambulante aktivitet er i samme periode øget med 24 %. Hovedparten af patienterne indlægges i de almene afdelinger (19).

Tabel 12: Antal unikke retspsykiatriske patienter totalt og fordelt efter ambulant behandling og påbegyndt indlæggelse, 2009-2018

	Unikke patienter i alt	Ambulant behandling	Påbegyndt indlæggelse
2009	3.657	3.254	1.425
2010	3.936	3.573	1.467
2011	4.394	3.942	1.736
2012	4.504	4.087	1.658
2013	4.554	4.175	1.649
2014	4.618	4.308	1.617
2015	4.654	4.336	1.673
2016	4.463	4.204	1.637
2017	4.536	4.139	1.759
2018	4.375	4.030	1.684

Anmærkninger: den samme unikke patient godt kan have fået både ambulant behandling og have været indlagt i løbet af et år, og derfor summerer antal unikke patienter med ambulant behandling og påbegyndt indlæggelse ikke nødvendigvis til antal unikke patienter i alt. Kilde: Landspatientregisteret (LPR2) pr. 10. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen (36).

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 (64). 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 (65).

Når antallet af retspsykiatriske patienter øges, mindskes antallet af almene sengepladser til ikke-retsmedicinske patienter, og det stigende antal patienter i retspsykiatrien vil derfor påvirke kapaciteten i den regionale psykiatri. I tabellen nedenfor ses det, at hovedparten af de retsmedicinske patienter i 2018 blev indlagt i den almene psykiatri.

Tablet 13: Påbegyndte indlæggelser og sengedage for retspsykiatriske patienter fordelt på retspsykiatriske specialafdelinger og almen psykiatriske afdelinger, 2018

Region	Påbegyndte indlæggelser			Sengedage		
	Antal i alt	Specialafdeling	Almen afdeling	Antal i alt	Specialafdeling	Almen afdeling
Nordjylland	432	16 %	84 %	10.250	38 %	62 %
Midtjylland	1.237	16 %	84 %	32.850	44 %	56 %
Syddanmark	1.079	26 %	74 %	22.984	57 %	43 %
Hovedstaden	1.069	3 %	97 %	34.950	14 %	86 %
Sjælland	778	18 %	82 %	16.371	51 %	49 %
I alt	4.595	16 %	84 %	117.405	38 %	62 %

Anmærkninger: Tabellen viser antal påbegyndte indlæggelser og sengedage opdelt på almene- og specialafdelinger. Kilde: Landspatientregisteret (LPR2) pr. 10. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen (36).

Kommunerne

Udviklingen i aktiviteten i kommunerne belyses bl.a. ud fra antallet af voksne med psykiske lidelser som modtager ydelser efter serviceloven, som har ophold på herberg/forsorgshjem eller er i stofmisbrugsbehandling. For børn og unge kan aktiviteten belyses i forhold til børn og unge som modtager en ydelse efter serviceloven, som er anbragt uden for hjemmet, eller som defineres som socialt udsat og samtidig er diagnosticeret med en psykisk lidelse.

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. Tabellen nedenfor viser udviklingen i antallet af modtagere af sociale indsatser efter serviceloven, hvor kommunen har angivet, at borgeren er i målgruppen af voksne med psykiske lidelser i årene 2015 til 2020.

Tablet 14: Voksne med psykiske lidelser, som modtager ydelser efter serviceloven, fordelt på ydelser, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antal voksne med psykiske lidelser som modtager ydelse efter serviceloven	31.271	32.664	33.701	33.926	33.690	34.762
Længerevarende botilbud (§108)	1.731	1.655	1.588	1.546	1.539	1.489
Midlertidigt botilbud (§107)	2.906	3.138	3.211	3.226	3.347	3.265

Socialpædagogisk støtte på botilbudslignende tilbud (ABL §105/SEL §85)	2.744	2.836	2.923	2.933	2.934	2.849
Socialpædagogisk støtte i eget hjem (§85)	22.295	23.544	24.468	24.724	24.311	23.470
Gruppebaseret socialpædagogisk hjælp og støtte (§82a)	-	-	-	-	-	266
Individuel tidsbegrænset socialpædagogisk støtte og hjælp (§82b)	-	-	-	-	-	2.310
Beskyttet beskæftigelse (§103)	1.650	1.695	1.606	1.609	1.627	1.508
Aktivitets- og samværstilbud (§104)	4.457	4.440	4.342	4.042	4.076	3.751
Øvrige ydelser	436	444	460	455	445	436

Anmærkninger: Ved visitering af ydelser, angiver kommunerne en målgruppe, som ydelsen er visiteret på baggrund af. Denne opgørelse indeholder kun personer som er visiteret med målgruppen "Sindslidelse". Ydelser givet efter §82a og §82b er først indberetningspligtigt i 2020, hvorfor disse ydelser ikke er vist før 2020. Modtagere af ydelser efter §82a og §82b forventes at være underestimeret. Den enkelte borger kan modtage flere ydelser samtidig, hvorfor summen af ydelser ikke summer til det totale antal modtagere af serviceydelser det enkelte opgørelsesår. Øvrige ydelser indeholder ydelser efter §§ 95-98 og 102. Voksne med sindslidelse er baseret på de 63 kommuner, som har godkendt data til HANDIC 2020. Antallet er opregnet til landsplan pba. indbyggertal. Kilde: Socialstyrelsens egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Tabellen viser, at der er sket en stigning i antallet af voksne med psykiske lidelser, der modtager ydelser som botilbud, socialpædagogisk støtte med videre, registreret som handicapydelse efter serviceloven (1). 31.271 personer modtog disse ydelser i 2015 frem mod en stigning til 34.762 personer i 2020. Tabellen viser, at der er sket et fald i antallet af mennesker der bor på længerevarende botilbud, men en stigning i antallet der bor på midlertidige botilbud samt botilbudslignende tilbud. Der ses således en generel bevægelse fra anvendelse af de længerevarende tilbud hen imod højere grad af anvendelse af midlertidige og mindre indgribende tilbud i kommunerne.

Det er ikke muligt at tegne et fyldestgørende billede af udviklingen i aktivitetsniveauet i socialpsykiatrien, da der er indsats, der ikke registreres data på. Det drejer sig fx om de uvisiterede væresteder og åbne rådgivningstilbud, hvor den enkelte kan henvende sig uden visitation, ligesom det drejer sig om de forebyggende indsats, der endnu ikke er indberetningspligtige. Endvidere omfatter ovenstående oversigt heller ikke mennesker med psykiske lidelser, der modtager misbrugsbehandling eller har haft ophold på en boform for hjemløse.

Mange mennesker med psykiske lidelser har også andre problemer ud over den psykiske lidelse. Undersøgelser viser, at ca. 30.000 mennesker med psykiske lidelser også har et misbrug, og at ca. 9.000 lever med psykiske lidelser og samtidigt misbrug og andre komplekse problemer (66). Vurderingen af målgruppens størrelse varierer dog på tværs af undersøgelserne, afhængig af, hvilke opgørelsesmetoder, der anvendes. 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.

Hvis antallet af hjemløse ses over et helt år, vurderes tallet at være ca. 17.000 mennesker. Tallene er beregnet på baggrund af forholdet mellem antallet af hjemløse i hjemløsetællingen og i statistikken om Servicelovens § 110-boformerne i 2015. Derfor er disse tal forsigtige skøn og forbundet med usikkerhed (45,66).

En stor del mennesker med psykiske lidelser, som modtager ydelser efter Serviceloven, har også kontakt til den regionale psykiatri, enten i form af indlæggelser eller ambulante kontakter, herunder akutte henvendelser. I tabellen nedenfor ses udviklingen i antallet af mennesker med psykiske lidelser, der modtager ydelser, registreret som handicapydelse, efter serviceloven, med kontakt til psykiatrien i årene fra 2015 til 2020.

Tabel 15: Voksne med psykiske lidelser, som modtager ydelser efter serviceloven, med kontakt til regionspsykiatrien i opgørelsesåret, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Voksne med psykiske lidelser som modtager handicapydelse efter serviceloven	31.271	32.664	33.701	33.926	33.690	34.762
Antal og % med kontakt til psykiatrien	6.708 (21 %)	7.017 (21 %)	7.175 (21 %)	7.159 (21 %)	-	-
Gennemsnitlig antal kontakter	3,0	3,1	3,1	3,2	-	-
Antal og % med psykiatrisk indlæggelse	5.700 (18 %)	6.013 (18 %)	6.117 (18 %)	6.051 (18 %)	-	-
Gennemsnitlig antal indlæggelser	2,5	2,6	2,6	2,7	-	-
Gennemsnitligt antal dage pr. indlæggelse	32,8	34,6	33,0	32,3	-	-
Antal og % med akut ambulante forløb i psykiatrien	2.645 (8 %)	2.746 (8 %)	2.842 (8 %)	2.942 (9 %)	-	-
Gennemsnitlig antal akutte ambulante forløb	2,1	2,2	2,0	2,1	-	-

Anm: Kontakt til den regionale psykiatri kan ikke opgøres for 2019 og 2020, da data fra Landspatientregistret ikke er tilgængeligt efter 2018 på nuværende tidspunkt. Voksne med sindslidelse er baseret på de 63 kommuner, som har godkendt data til HANDIC 2020. Antallet er opregnet til landsplan pba. indbyggertal. Ved visitering af ydelser, angiver kommunerne en målgruppe, som ydelsen er visiteret på baggrund af. Denne opgørelse indeholde kun personer som er visiteret med målgruppen "Sindslidelse".

Kilde: Socialstyrelsens egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Tabellen tydeliggør, at der ikke er sket den store forskel i udviklingen gennem årene i andelen af voksne med psykiske lidelser, der er i kontakt med begge sektorer, da andelen i alle årene fra 2015 til 2018 er 21 %. Samtidig ses dog en mindre stigning i antallet, der både modtager indsatser i regionspsykiatrien og socialpsykiatrien, hvilket belyser en overordnet stigning i omfanget af ressourcer, der anvendes i både regionspsykiatrien og socialpsykiatrien.

En anden gruppe, som kan være i kontakt med regionspsykiatrien, er personer med ophold på herberger eller forsorgshjem. Tabellen nedenfor viser udviklingen i antallet af mennesker med ophold på herberg/forsorgshjem med kontakt til regionspsykiatrien i årene 2015 til 2020.

Tabel 16: Voksne med ophold på herberg/forsorgshjem med kontakt til regionspsykiatrien i opgørelsesåret, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antal voksne med ophold på herberg/forsorgshjem	6.013	6.221	6.205	6.370	6.481	6.425
Antal og % med kontakt til psykiatrien	1.837 (31 %)	1.945 (31 %)	1.928 (31 %)	2.047 (32 %)	-	-
Gennemsnitlig antal kontakter	3,1	3,4	3,5	3,5	-	-
Antal og pct. med psykiatrisk indlæggelse	1.494 (25 %)	1.592 (26 %)	1.581 (25 %)	1.689 (27 %)	-	-
Gennemsnitlig antal indlæggelser	2,5	2,6	2,8	2,7	-	-
Gennemsnitligt antal dage pr. indlæggelse	13,6	14,4	14,1	15,7	-	-
Antal og pct. med akut ambulante forløb i psykiatrien	961 (16 %)	1.014 (16 %)	1.001 (16 %)	1.061 (17 %)	-	-
Gennemsnitlig antal akutte ambulante forløb	2,0	2,4	2,3	2,4	-	-

Anm.: Kontakt til regionspsykiatrien kan ikke opgøres for 2019 og 2020, da data fra Landspatientregistret ikke er tilgængeligt for Socialstyrelsen efter 2018 på nuværende tidspunkt.
Kilde: Socialstyrelsens egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Tabellen viser, at et stigende antal borgerne der bor på herberger og forsorgshjem, også er indlagt eller har ambulante forløb i regionspsykiatrien. Der ses også en stigning i antallet af denne gruppes kontakter til psykiatrien samt i det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage. Der er sket en stigning fra 1.837 personer i 2015 til 2.047 i 2018, der bor på herberger og forsorgshjem, som også enten er indlagt eller har akutte ambulante forløb i regionspsykiatrien. Det gennemsnitlige antal indlæggelser i perioden er steget fra 2,5 til 2,7 dage. Der er ligeledes sket en stigning fra 961 – 1061 personer med ophold på herberg eller forsorgshjem med et ambulante forløb i psykiatrien. Det skal bemærkes, at tallene alene siger noget om de mennesker, der har modtaget indsatser i begge sektorer, men ikke noget om rækkefølgen. Der kan derfor både være tale om mennesker, der først modtager et tilbud i regionspsykiatrien, og efterfølgende modtager en kommunal indsats, og omvendt mennesker, der allerede er omfattet af tilbud i socialpsykiatrien, som får behov for indsatser i

regionspsykiatrien. Det er også værd at bemærke, at denne målgruppe i gennemsnit er indlagt 2 dage mere pr. indlæggelse i 2018 i forhold til 2015.

Nogle voksne i social stofmisbrugsbehandling har også kontakt med regionspsykiatrien. Tabellen nedenfor viser udviklingen af antallet af voksne i social stofmisbrugsbehandling med kontakt til regionspsykiatrien i årene 2016 til 2020.

Tabel 17: Voksne i social stofmisbrugsbehandling med kontakt til regionspsykiatrien i opgørelsesåret, 2016-2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Antal voksne i social stofmisbrugsbehandling	16.255	17.226	18.563	19.369	19.237
Antal og pct. med kontakt til psykiatrien	2.432 (15 %)	2.643 (15 %)	3.071 (17 %)	-	-
Gennemsnitlig antal kontakter	2,3	2,1	2,3	-	-
Antal og pct. med psykiatrisk indlæggelse	1.810 (11 %)	1.892 (11 %)	2.181 (12 %)	-	-
Gennemsnitlig antal indlæggelser	1,9	2,0	2,1	-	-
Gennemsnitligt antal dage pr. indlæggelse	21,9	20,1	17,9	-	-
Antal og pct. med akut ambulante forløb i psykiatrien	1.196 (7 %)	1.312 (8 %)	1.592 (9 %)	-	-
Gennemsnitlig antal akutte ambulante forløb	1,7	1,5	1,5	-	-

Anm.: Opgørelserne er baseret på 82 kommuner, som har godkendt dataindberetninger for hele perioden 2016-2020. Opgørelserne er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal. Kontakt til regionspsykiatrien kan ikke opgøres for 2019 og 2020, da data fra Landspatientregistret ikke er tilgængeligt for Socialstyrelsen efter 2018 på nuværende tidspunkt.

Kilde: Socialstyrelsens egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Der er sket en stigning i antallet af voksne i social misbrugsbehandling fra 16.255 personer i 2016 til 19.237 personer i 2020. I denne stigning ses også en stigning i antallet af personer der har kontakt til psykiatrien, både for så vidt angår indlæggelser og i ambulante forløb. I perioden ses en stigning fra 2.432 til 3.071 personer der har kontakt til psykiatrien. Heraf en stigning i antallet af indlæggelser fra 1810 til 2181 og en stigning i antallet af ambulante forløb fra 1.196 til 2.181. I samme periode ses det, at antallet af indlæggelsesdage er faldet fra 21,9 til 17,9 dag i gennemsnit.

Også i forhold til børn og unge ses en udvikling. Tabellen nedenfor viser udviklingen i børn og unge, som har haft mindst én psykiatrisk diagnose i løbet af livet i årene fra 2014 til 2018.

Tabel 18: Ikke udsatte og udsatte børn og unge (0-22 år) med mindst én psykiatrisk diagnose i løbet af livet, 2014 og 2018, antal og andel

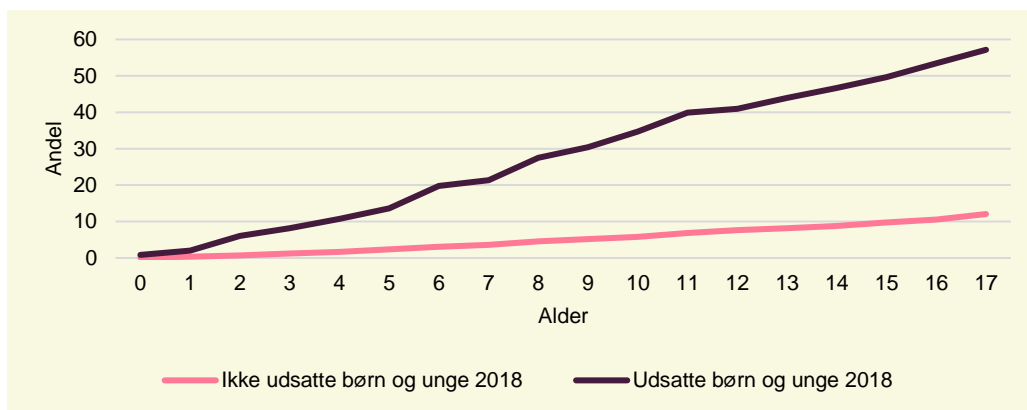
	2014	2018	Ændring
Ikke udsatte børn og unge	102.562 (7 %)	112.491 (8 %)	9,7 %
Udsatte børn og unge	20.517 (38 %)	23.471 (41 %)	14,4 %

Anm.: Udsatte børn og unge er defineret som børn og unge som er anbragt uden for hjemmet og/eller modtager en forebyggende indsats i løbet af opgørelsesåret.

Kilde: Socialstyrelsens egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Tabellen viser, at der i 2018 var 23.471 børn og unge i alderen 0-22 år, som var udsatte med mindst én psykiatrisk diagnose. Dette svarer til en stigning på 41 %. Der er en generel tendens over årene til, at flere børn og unge er udsatte med mindst én psykiatrisk diagnose. Der er sket en overordnet stigning i ikke-udsatte børn og unge med mindst én psykiatrisk diagnose fra 2014 til 2018 med 9,7 % sammenlignet med en stigning på 14,4 % ved udsatte børn og unge med mindst én psykiatrisk diagnose i samme årsinterval. Andelen af udsatte børn og unge med en eller flere diagnoser er derved højere end andelen af ikke udsatte børn og unge^{17,18}.

Nedenstående figur viser desuden forskellen mellem børn og unge som er henholdsvis udsatte og ikke udsatte i forhold til alder i 2018.

Figur 18: Andel af ikke udsatte og udsatte børn og unge med psykiatrisk diagnose, 2018 (%)

Anm.: Udsatte børn og unge er defineret som børn og unge som er anbragt uden for hjemmet og/eller modtager en forebyggende indsats i løbet af 2018. **Kilde:** Socialstyrelsens egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Jo højere alder, des mere sandsynlighed for den unge eller barnet har en psykiatrisk diagnose. Kurven stiger mest for udsatte børn og unge sammenlignet med ikke udsatte børn

¹⁷ 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.

¹⁸ 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.

og unge. Generelt ses en stigning i både udsatte og ikke udsatte børn og unge, i forhold til stigende alder.

Børn med mistrivsel eller psykiske lidelser har desuden mulighed for at få støtte fra PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning), som er forankret i folkeskoleloven. Tilbuddet i PPR er evalueret i en nylig rapport, men det har ikke i arbejdet med rapporten været muligt at finde præcise og valide aktivitetsdata, eller opgøre hvor mange børn/unge PPR er i kontakt med (8). Det er tidligere skønnet, at ca. 37 % af udgifterne i PPR vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder (14).

Antallet af personer med psykiatriske lidelser, som modtager arbejdsmarkedsydelse har ligget nogenlunde stabilt fra 2009 til 2018. Der er sket forskydninger mellem ydelserne, hvor flere fx er i flexjob frem for på førtidspension i de senere år.

Tabel 19: Antal personer med psykiatriske lidelser fordelt på ydelse, 16-66 år

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ydelser i alt	83.443	87.576	91.172	89.753	92.285	90.334	93.409	90.075	78.065	79.573
Dagpenge	6.254	7.382	8.391	8.185	7.265	6.311	5.752	5.566	5.197	5.170
Kontanthjælp mv.	22.539	25.222	27.920	29.822	33.122	31.859	31.000	28.211	23.617	23.127
Sygedagpenge	11.675	11.336	11.078	10.052	10.185	9.861	9.254	8.388	7.157	7.220
Flexjob og ledighedsydelse mm.	6.041	6.192	6.761	6.373	7.693	11.208	17.563	20.474	19.350	20.929
Førtidspension	36.934	37.444	37.022	35.321	34.020	31.095	29.840	27.436	22.744	23.127
Ingen ydelse	50.672	49.301	52.374	49.080	53.858	53.345	56.934	57.814	52.061	55.193

Kilde: Landpatientregisteret, CPR og DREAM, Sundhedsdatastyrelsen

Tabel 20: Andel af personer på ydelse med psykiatriske lidelser, 16-66 år, %

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Ydelser i alt	12,4	12,7	13,2	13,0	13,9	13,8	14,2	13,8	12,0	12,5
Dagpenge	4,7	5,3	6,1	5,9	6,7	6,3	6,2	6,2	5,6	5,8
Kontanthjælp mv.	17,4	18,3	19,5	19,5	20,6	20,3	19,3	18,1	16,7	18,3
Sygedagpenge	10,5	10,7	10,8	10,4	10,7	10,5	10,2	9,4	8,0	8,0
Fleksjob og ledighedsydelse mm.	10,6	10,5	11,2	10,6	11,9	14,5	18,1	18,9	16,3	16,5
Førtidspension	15,1	15,3	15,1	14,6	14,5	13,8	13,7	13,0	11,0	11,3

Kilde: Landpatientregisteret, CPR og DREAM, Sundhedsdatastyrelsen

Udviklingen i kapaciteten, som bl.a. belyses ud fra antal tilbud til voksne med psykiske vanskeligheder. I nedenstående tabel ses udviklingen i antallet af pladser på tilbud for mennesker med psykiske vanskeligheder, efter tilbudstype og virksomhedsform i årene 2015 og 2020.

Tabel 21: Udviklingen i antal pladser på tilbud til voksne med psykiske vanskeligheder, efter tilbudstype og virksomhedsform, 2015 og 2020

		2015	2020
Botilbud til midlertidigt ophold, §107 (inkl. rehabiliteringstilbud)	Fonde, selvejende, mv.	1.779	2.264
	Kommunale	1.466	1.543
	Private	668	1.111
	Regionale	336	247
	I alt	4.249	5.165
Botilbud til længerevarende ophold, § 108 (inkl. sikret botilbud og § 108a)	Fonde, selvejende, mv.	291	620
	Kommunale	2.133	1.447
	Private	98	369
	Regionale	834	591
	I alt	3.356	3.027
Botilbudslignende tilbud	Fonde, selvejende, mv.	187	401
	Kommunale	3.562	5.356
	Private	1	104
	Regionale	233	130
	I alt	3.983	5.991

Bemærkninger: Antallet af pladser i botilbud eller botilbudslignende tilbud i perioden 2015-2020 er afgrænset til pladser, der på Tilbudsportalen var godkendt som en af følgende tilbudstyper: Midlertidige botilbud, serviceloven

§ 107; rehabiliteringstilbud, serviceloven § 107; længerevarende botilbud, serviceloven § 108; sikret botilbud, serviceloven § 108; botilbud målrettet unge mellem 18 og 35 år, serviceloven §108a, jf. §108, samt botilbudslignende tilbud. I opgørelsen indgår kun pladser til ovenstående tilbudstyper, hvis tilbuddet er godkendt til en eller flere målgrupper i kategorien "Psykiske vanskeligheder". Antallet af pladser er opgjort pr. 31. december i året. Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Målgruppen "Psykiske vanskeligheder" omfatter målgrupperne angst, depression, forandre virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelse, stressbelastning, tilknytningsforstyrrelse, anden psykisk vanskelighed. Pladserne registreres ikke til de enkelte målgrupper, men til tilbudstyperne. Det fremgår således ikke på Tilbudsportalen, hvorvidt pladserne på tilbuddet kan anvendes til alle de målgrupper, tilbuddet henvender sig til, eller om nogle pladser er forbeholdt enkelte målgrupper. Der er lanceret en ny Tilbudsportal den 11. juni 2019 (67). Der er udfordringer med datakvaliteten for visse tilbud i den tidligere Tilbudsportal, bl.a. i forhold til at reelt ophørte tilbud fortsat fremgik som aktive på Tilbudsportalen. Derfor er antal pladser i perioden 2015-2018 ikke fuldt sammenligneligt med antal pladser i 2019 og fremefter. Datakvaliteten forbedres løbende, og ændringer over tid er ikke nødvendigvis et udtryk for ændringer i det samlede antal pladser, men kan også skyldes forbedret datakvalitet.

Der ses en samlet 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 lidelser på midlertidige botilbud og botilbudslignende tilbud 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. Længerevarende botilbud (serviceloven § 108) og botilbudslignende tilbud (serviceloven §105) er dog i realiteten de samme typer af botilbud med ensartet målgruppe, hvorfor der ikke reelt er sket et fald, men derimod samlet en stigning i antal botilbudpladser. Der ses en stigning i pladser på private tilbud¹⁹. Samlet set er der en bevægelse med færre længerevarende bortilbud, mod botilbud med en mere midlertidig status.

Også for børn og unge ses en udvikling i antallet af børn og unge på forskellige typer af anbringelsessteder. I tabellen nedenfor ses udviklingen i antallet af børn og unge på forskellige typer af anbringelsessteder i årene 2015 og 2020.

Tabel 22: Udvikling i antallet af børn og unge på forskellige typer af anbringelsessteder, 2015 og 2020.

Tilbudstype	Virksomhedsform	2015	2020
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	Fonde, selvejende, mv.	520	427
	Kommunale	1.057	1.161
	Regionale	314	262
	I alt	1.891	1.850
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	Fonde, selvejende, mv.	2.165	2.086
	Kommunale	-	17
	Private	530	873
	I alt	2.695	2.976
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	Kommunale	6	3
	Regionale	10	2
	I alt	16	5
	Regionale	45	40

¹⁹ Social- og Ældreministeriet beregninger på baggrund af data fra Tilbudsportalen.

Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	I alt	45	40
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	Fonde, selvejende, mv.	117	3
	I alt	117	3
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	Fonde, selvejende, mv.	177	252
	Private	13	-
	I alt	190	252
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	Fonde, selvejende, mv.	-	4
	Private	2	-
	I alt	2	4

Bemærkninger: Antallet af pladser i perioden 2015-2020 er afgrænset til pladser, der på Tilbudsportalen var godkendt som tilbud jf. Servicelovens §66, stk. 1 nr. 6, 7 eller 8 (1). I opgørelsen indgår kun pladser til ovenstående tilbudstyper, hvis tilbuddet er godkendt til en eller flere målgrupper i kategorien "Psykiske vanskeligheder". Antallet af pladser er opgjort pr. 31. december i året.

Der er forskel på udviklingen i antallet af børn og unge på forskellige anbringelsessteder. Af tabellen ses en stigning i antallet af pladser på socialpædagogiske kostskoletilbud til børn og unge med psykiske lidelser fra 190 børn og unge i 2015 til 252 børn og unge i 2020, hvorimod der ses et fald i pladser på åbne døgninstitutioner fra 520 børn og unge i 2015 til 427 børn og unge i 2020. Der ses ikke en generel tendens, men derimod afhænger udviklingen af type anbringelsessted.

Personale i regioner og kommuner

En forudsætning for at øge kvaliteten i psykiatrien er, at der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere tilstede med de rette kompetencer. I hele landet oplever man udfordringer med ubesatte stillinger i psykiatrien, og rekruttering og fastholdelse er centrale problemstillinger. Nedenfor redegøres for data om medarbejdere med henblik på at belyse hvordan de faglige kompetencer fordeler sig i regioner og kommuner.

Praksissektoren

Der er ca. 105 praktiserende psykiatere i Danmark med fuldtidsydernummer, og 10 med deltidsydernummer. Derudover er der også et ukendt antal psykiatere, som praktiserer privat uden ydernummer. Der er 15 praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i fuldtidspraksis og én deltidspraksis. Som det illustreres nedenfor er kapaciteten i psykiatrisk speciallægepraksis faldet over en 10-årig periode, mens den er stabil for børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis. Kapaciteten skal sættes i forhold til aktiviteten, som

Tabel 23: Antallet af praktiserende speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri

Antal kapaciteter (gennemsnit over året)											
Årstal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020

Psykiatri	Total	124	119	119	118	116	113	114	113	112	114	114
		Fuldtidspraksis	111	107	107	106	105	102	103	102	102	104
	Deltidspraksis	13	13	12	12	11	11	11	11	10	11	10
Børne- og ungdomspsykiatri	Total	15	16	16	16	16	15	15	15	15	15	16
	Fuldtidspraksis	15	16	16	16	16	15	15	15	15	15	15
	Deltidspraksis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Anmærkninger: antallet af kapaciteter er et gennemsnit over året, og afrundet til nærmeste hele tal. Kilde: data leveret fra Danske Regioner dec. 2021

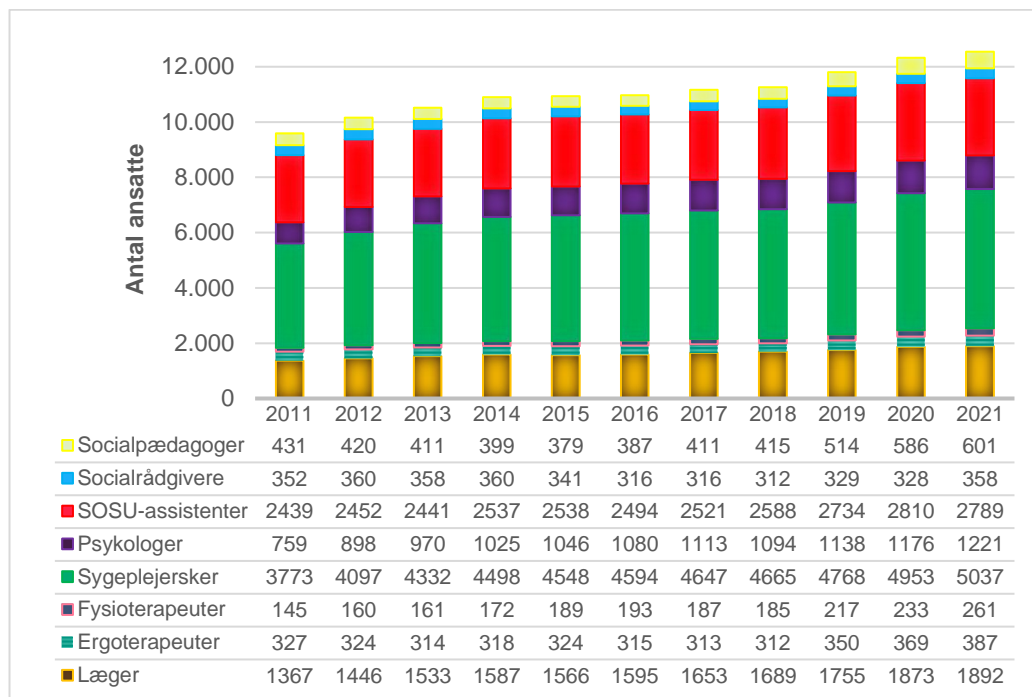
I 2020 var der ca. 2400 privatpraktiserende psykologer, heraf havde 853 praktiserende psykologer i løbet af 2020 et ydernummer. Tildeling af ydernummer forudsætter, at psykologen er autoriseret, hvilket langt de fleste privatpraktiserende psykologer er.

Den regionale psykiatri

De store personalegrupper i den regionale psykiatri består af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, psykologer og læger, men også af andre grupper som fx fysioterapeuter, ergoterapeuter og socialrådgivere. Tidligere analyser har vist, at personalet i psykiatrien udgør knap 14 % af det sundhedsfaglige personale i hele den offentlige sygesektor (16,17). Speciallægemangel i den regionale psykiatri vurderes at udgøre en barriere for udbygning og opkvalificering af tilbuddene til mennesker med psykiske lidelser (68), men udover udfordringer med både rekruttering og fastholdelse af speciallæger (69), er der også problemer med rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (70). Der er betydelige regionale forskelle på hvor store udfordringerne er (68). Billedet er lidt anderledes for psykologerne, som er den hurtigst voksende faggruppe i psykiatrien.

Nedenstående figur viser udviklingen i fordelingen af faggrupper ansat i den regionale psykiatri i perioden 2011-2021. Figuren viser antallet af personer inden for hver faggruppe som er ansat på psykiatriske sygehuse og afdelinger (undtaget administrativt personale). Det skal bemærkes at der i figuren ikke tages højde for om der er tale om fuldtids- eller deltidsstillinger. Figuren viser at det sundhedsfaglige personale ansat på psykiatriske sygehuse i marts 2021 udgjorde cirka 12.550 personer. Der har fra 2011-2021 været en gennemsnitlig årlig vækst på ca. 1,5 % svarende til en total stigning i perioden på omkring 15 %. Til sammenligning var stigningen i antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2009-2018 næsten 50 %, og antallet af patienter i psykiatrien på voksenområdet ca. 26 % som beskrevet i et tidligere afsnit.

Figur 19: Udviklingen i personalegrupper i den regionale psykiatri i perioden 2011-2021



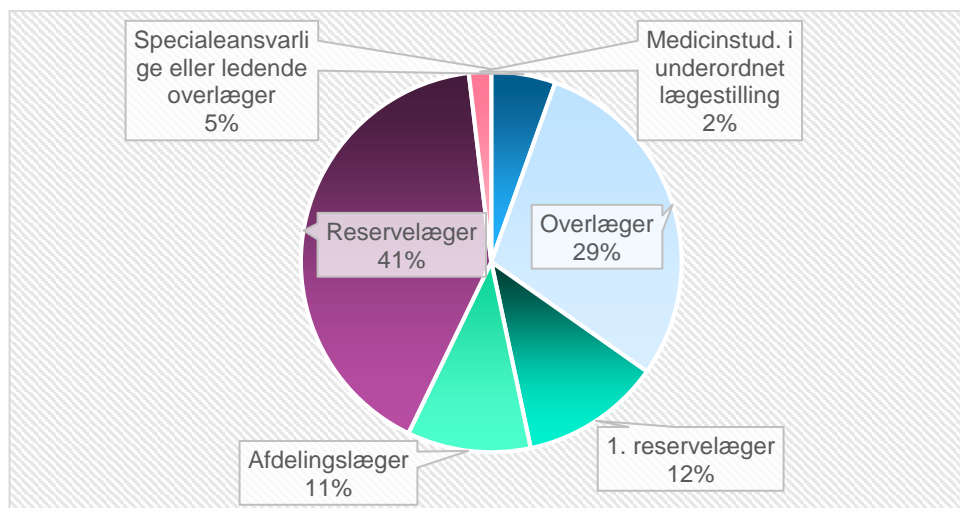
Anmærkninger: Ansatte på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Ansatte kodet under psykiatri administration er ikke medtaget. I gruppen af læger indgår 1.reservelæger, ledende overlæger, medicinstuderende i underordnet lægestilling, overlæger, reservelæger, specialeansvarlige overlæger og professorer. I gruppen af ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker indgår også ledende personale og personale med udvidede arbejdsområder. I gruppen af psykologer indgår også specialpsykologer. Kilde: Kommunerne og regionernes løndatakontor, trukket fra SIRKA.

Sygeplejersker, læger, psykologer og social- og sundhedsassistenter udgjorde i 2021 ca. 87 % af det samlede sundhedsfaglige personale i psykiatrien. Den største personalegruppe i psykiatrien er sygeplejersker (ca. 40 %) efterfulgt af social- og sundhedsassistenter (22 %) og læger (15 %). Blandt de største personalegrupper er psykologerne er den faggruppe, der er steget mest i perioden (ca. 60 %). Antallet af sygeplejersker er steget med omkring 34 %, og antallet af læger med 38 %, mens antallet af social- og sundhedsassistenter er faldet med 14 %. Blandt de faggrupper som udgør en mindre andel, er antallet af fysioterapeuter steget med 80 %, socialpædagogerne med 39 %, ergoterapeuterne med 18 % og socialrådgiverne med 2 %.

I gruppen af læger indgår flere forskellige stillingsbetegnelser herunder også medicinstuderende i underordnet lægestilling og reservelæger som ikke er speciallæger, samt læger der kun forsker eller har administrative stillinger. Figuren nedenfor viser andelen af læger i forskellige stillinger i 2021 (kommunernes og regionernes løndatakontor). Det fremgår her, at ca. 57% er uddannede speciallæger, men antallet af læger i uddannelsesstilling fremgår

ikke. I en analyse fra Danske Regioner var andelen af læger i hoveduddannelsesstillinger på ca. 36 %²⁰ (19).

Figur 20: Fordelingen af fuldtidslæger i den regionale psykiatri i marts 2021



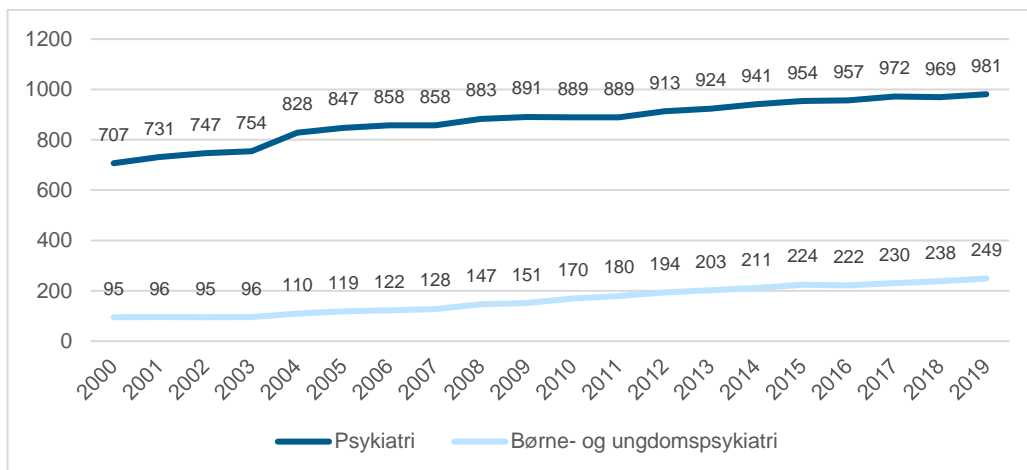
Kilde: Kommunernes og regionernes løndatakontor, marts 2021.

Alderen på personalet kan have betydning for fremtidens personalesituation. En analyse af antallet af speciallæger i psykiatrien (på voksenområdet) viser at speciallægerne er den personalegruppe hvor flest er over 60 år. Blandt speciallægerne var 31 % over 60 år i 2018, hvilket indikerer at en del stor del af speciallægerne vil nå pensionsalderen inden for en kort årrække, hvilket øger risikoen for en forværret situation i forhold til manglen på speciallæger²¹.

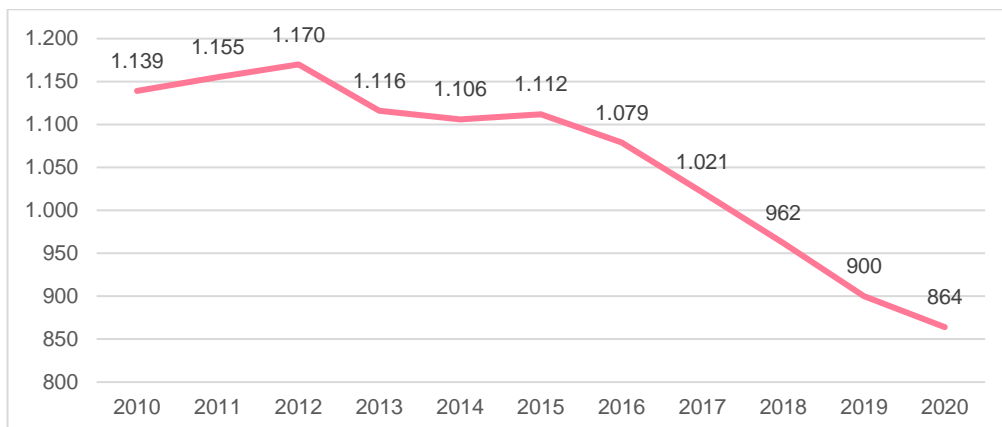
Figur 14 viser at antallet af speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri i perioden 2000-2019 er øget, men kun en andel af dem er ansat i den regionale psykiatri. Det øgede antal speciallæger afspejler sig ikke i at flere ansættes i de psykiatriske specialer på sygehusene. Tværtimod illustrerer Figur 15 at antallet af speciallæger er faldende.

²⁰ Sundhedsstyrelsens egne beregninger på baggrund af data fra Danske Regioner

²¹ [Analyse af psykiatriområdet](#), Danske Regioner, 2020

Figur 21: Speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri (2000-2019)

Kilde: Bevægelsesregisteret 2019 (Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik). Udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen d. 31. august 2021

Figur 22: Læger i de psykiatriske specialer beskæftiget på offentlige hospitaler

Anmærkninger: Datagrundlaget for opgørelserne er en sammenkørsel af Det Statistiske Autorisationsregister (opdateret 15. december 2021) og Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings forløbsdatabase, DREAM (opdateret august 2021). Opgørelsen indeholder personer med en lægefaglig autorisation med den lægefaglige specialisering: "Psykiatri" eller "Børne- og ungdomspsykiatri". Autorisation og beskæftigelsesoplysning bliver opgjort i november måned i det givne år. Kilde: Det Statistiske Autorisationsregister (15. december 2021) og Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings forløbsdatabase, DREAM (august 2021), Sundhedsdatastyrelsen.

Ser man på antallet af speciallæger fordelt på en række specialegrupper i relation til befolkningstallet i regionerne, er de psykiatriske specialer dem med det laveste antal speciallæger per 100.000 indbyggere. I Region Hovedstaden er der dog en højere andel af speciallæger end i de øvrige regioner (71). I Sundhedsstyrelsens prognose for antallet af speciallæger frem mod 2020 forventes en stigning i antallet af speciallæger i psykiatri på 38% (1298 speciallæger) og i børne- og ungdomspsykiatri på 122% (570 speciallæger). En forudsætning for at antallet af speciallæger i psykiatrien kan øges er dog, at uddannelsesstillinger kan besættes og at speciallæger i psykiatrien kan rekrutteres og fastholdes. En undersøgelse viser, at en tredjedel af uddannelseslægerne i den regionale psykiatri overvejer at afbryde deres forløb, hvor bl.a. problemer med arbejdsmiljøet og manglende supervision er angivet som væsentlige årsager til dette (72). Ligeledes rapporterer læger om et presset arbejdsmiljø i den regionale psykiatri med for lidt kapacitet og manglende personale (73). I Sundhedsstyrelsens seneste Dimensioneringsplan øges antallet af hoveduddannelsesstillinger i psykiatri for at imødekomme behovet for flere speciallæger (74).

Specialpsykologer og specialuddannede sygeplejersker har en vigtig rolle i den regionale psykiatri. Specialpsykologuddannelsen er en nyere fireårig uddannelse for autoriserede psykologer. En analyse fra Danske Regioner viser, at der i perioden 2014-2018 har været en stigning i antallet af specialpsykologer²². Omkring 13 % af psykologerne i psykiatrien på voksenområdet var specialuddannede, og tilsvarende 16 % i børne- og ungdomspsykiatrien. Pr. december 2021 var der i alt 223 godkendte specialpsykologer i psykiatrien på voksenområdet og 149 godkendte specialpsykologer i børne- og ungdomspsykiatrien²³. For sygeplejersker var tilsvarende 14 % specialuddannede i psykiatrisk sygepleje på voksenområdet og ca. 8 % i børne- og ungdomspsykiatrien. Gruppen af specialsygeplejersker ansat i de psykiatriske specialer er øget fra 461 til 771 personer i perioden 2010-2020²⁴.

Den kommunale socialpsykiatri

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.

Social- og Ældreministeriet har i forbindelse med evalueringen af det specialiserede socialområde udarbejdet en analyse af uddannelser blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder (75). I analysen ses der bl.a. på medarbejdere på døgntilbud til voksne målrettede mennesker med psykiske vanskeligheder. Analysen er baseret på data fra Tilbudsportalen og Danmarks Statistik registerdata, og omfatter både det borgerrettede og ikke borgerrettede personale. I tabellen nedenfor ses medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet opdelt på uddannelsesniveau i 2021.

²² Danske Regioner, Analyse af psykiatriområdet, 2020. [psyk_analyse_dobbelttsiddet.pdf \(regioner.dk\)](#)

²³ Danske Regioner, Register for godkendte specialpsykologer. [Godkendte Specialpsykologer - Specialpsykologuddannelsen](#)

²⁴ Det Statistiske Autorisationsregister (15. december 2021) og Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings forløbsdatabase, DREAM (august 2021), Sundhedsdatastyrelsen.

Tabel 24. Medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet opdelt på uddannelsesniveau, efter målgruppekategori

	Grundskole, gymnasial mv.	Erhvervsfaglig	Videregående uddannelse	I alt (antal)
Psykiske vanskeligheder i alt	19,4 %	30,5 %	50,1 %	18.702
Angst	16,2 %	33,2 %	50,6 %	9.157
Depression	14,8 %	34,7 %	50,5 %	6.909
Forandret virkelighedsopfattelse	15,3 %	34,5 %	50,2 %	9.297
Personlighedsforstyrrelse	15,8 %	34,2 %	50,0 %	9.823
Spiseforstyrrelse	17,2 %	29,6 %	53,2 %	2.704
Stressbelastning	17,5 %	29,2 %	53,4 %	3.600
Tilknytningsforstyrrelse	19,2 %	28,4 %	52,4 %	6.277
Anden psykisk vanskelighed	19,8 %	30,9 %	49,3 %	9.932

Anmærkninger.: Se analysen *Kort Fortalt – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til forskellige målgrupper* for beskrivelse af metode og forbehold. Kilde: Social- og Ældreministeriet: Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til forskellige målgrupper (75).

Tabellen viser, at ud af i alt 18.702 medarbejdere på området har 50 % af medarbejdere på døgntilbud for voksne til mennesker med psykiske lidelser i 2019 en videregående uddannelse, 31 % har en erhvervsfaglig uddannelse, mens 19 % alene har grundskole, gymnasial mv. Der er 55 % af medarbejderne, der har en uddannelse inden for social- eller sundhedsområdet, 5 % inden for undervisning og samfundsvidenskab samt 40 % der har andre typer uddannelse eller alene grundskole, gymnasial mv. som højest gennemført uddannelse. Generelt er det lidt over halvdelen af medarbejderne på døgntilbud på voksenområdet, som har en uddannelse inden for fagfeltet, hvor de resterende har forskellige uddannelsesstyper.

Der er ikke et tilsvarende overblik over uddannelsesbaggrund for medarbejderne i bo- støtte-tilbud og andre sociale tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

I tabellen nedenfor ses medarbejdere på anbringelsessteder til børn og unge opdelt på uddannelsesniveau i 2021.

Tabel 25. Medarbejdere på anbringelsessteder til børn og unge opdelt på uddannelsesniveau, efter målgruppekategori

	Grundskole, gymnasial mv.	Erhvervsfaglig	Videregående uddannelse	I alt	I alt
Psykiske vanskeligheder i alt	20,7	22,7	56,6	100,0	8.303
<u>Angst</u>	18,2	22,1	59,7	100,0	3.567
<u>Depression</u>	16,6	21,0	62,4	100,0	2.146

<u>Forandret virkelighedsopfattelse</u>	15,7	22,2	62,1	100,0	2.029
<u>Personlighedsforstyrrelse</u>	17,9	22,3	59,8	100,0	3.428
<u>Spiseforstyrrelse</u>	17,9	23,5	58,6	100,0	1.514
<u>Stressbelastning</u>	20,2	23,0	56,8	100,0	1.714
<u>Tilknytningsforstyrrelse</u>	20,3	22,0	57,7	100,0	5.881
<u>Anden psykisk vanskelighed</u>	20,5	24,5	54,9	100,0	3.329

Anmærkninger.: Se analysen *Kort Fortalt – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til forskellige målgrupper* for beskrivelse af metode og forbehold. Kilde: Social- og Ældreministeriet: Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til forskellige målgrupper (75).

Tabellen viser, at ud af i alt 8.303 medarbejdere på området har 57 % af medarbejdere på anbringelsessteder til børn og unge med psykiske lidelser i 2019 en videregående uddannelse, 23 % har en erhvervsfaglig uddannelse, mens 21 % alene har grundskole, gymnasial mv. Der er 48 % af medarbejderne, der har en uddannelse inden for social- eller sundhedsområdet, 9 % inden for undervisning og samfundsvidenskab samt 43 % der har andre typer uddannelse eller alene grundskole, gymnasial mv. som højest gennemført uddannelse.

Kvalitet

OECD har udarbejdet et benchmarking system hvor kvaliteten af OECD-landenes sundhedssystemer (med specifikt fokus på mental sundhed) vurderes ved hjælp af en række indikatorer, som på forskellig vis måler hvordan de forskellige lande præsterer i forhold til at forebygge og behandle psykisk lidelse (76). I Danmark har vi 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 sundhedsvæsenet og mindske geografisk ulighed. Til hvert mål er tilknyttet en række indikatorer, herunder også indikatorer som er knyttet til kvaliteten for mennesker med psykiske lidelser (77). I figuren nedenfor ses en oversigt over 5 af de nationale mål og tilknyttede indikatorer som har særlig betydning for forløbet for mennesker med psykiske lidelser, og hvor vi beskriver udvalgte kvalitetsdata relateret til disse mål og indikatorer. Derudover beskrives også enkelte andre aspekter af kvaliteten, som ikke indgår som indikatorer under de nationale mål, men som alligevel vurderes at være vigtige kvalitetsparametre i forhold til det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser.

Tablet 26: Fem nationale mål og tilknyttede indikatorer som måler kvaliteten i sundhedsvæsenet for mennesker med psykiske lidelse

Nationale mål	Indikatorer
Bedre sammenhængende patientforløb	<ul style="list-style-type: none"> - Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage - Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus - Tilknytning til arbejdsmarkedet

	- Fuldført ungdomsuddannelse blandt unge med psykiske lidelser
Forbedret overlevelse og patientsikkerhed	- Overdødelighed ved psykisk sygdom
Behandling af høj kvalitet	- Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser - Indlagte patienter der bæltefikseres
Hurtig udredning og behandling	- Ventetid til psykiatrien - Psykiatriske patienter udredt indenfor 30 dage
Øget patientinddragelse	- Patienttilfredshed - Patientoplevelset inddragelse

Overlevelse, dødelighed og sygelighed

Der er en øget sygelighed og overdødelighed blandt personer med psykiske lidelser. Dette gælder særligt 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 (78-81). Mennesker med psykisk lidelse har øget forekomst af risikofaktorer for udvikling af somatisk sygdom samt underdiagnosticering og mindre effektiv behandling af både psykisk lidelse og somatisk sygdom (82,83). Overdødeligheden kan i nogen grad forklares af unaturlige dødsårsager (selvmord, mord og ulykker), men størstedelen af de tabte leveår skyldes overdødelighed pga. fysisk sygdom (42,84). Mennesker med psykiske lidelser har gennemsnitligt en markant øget forekomst af sygdomme som fx hjertekarsygdomme, diabetes, astma og allergi sammenlignet med resten af befolkningen (43,85).

Tabel 27: Antal tabte leveår sammenlignet med baggrundsbefolkningen fordelt på diagnose og køn (86).

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

Hos patienter med skizofreni skyldes ca. 60 % af overdødeligheden somatisk sygdom. For mennesker med bipolar sygdom eller skizofreni er dødeligheden af hjertekarsygdom 2-3 gange højere end baggrundsbeholdningen (87). I perioden 1995 til 2015 er der hos mennesker med psykiske lidelser sket en forbedring i forhold til antal tabte leveår pga. selvmord og ulykker, men samtidig er der sket en stigning i antal tabte leveår tilskrevet fysiske sygdomme såsom hjertesygdom og lungesygdom (88).

Nogle af årsagerne til oversygelighed og overdødelighed hos mennesker med psykiske lidelser kan skyldes underbehandling af somatisk sygdom og fælles genetiske risikofaktorer for psykisk og somatisk sygdom (42). Endvidere estimeres det at livstilsforhold som ryge-, kost- og motionsvaner må spille en betydelig rolle for overdødelighed og den større forekomst af risikofaktorer for type-2-diabetes og hjertekarsygdomme, som ses hos mennesker med psykiske lidelser (42). Den Nationale Sundhedsprofil 2010 viste, at personer, der angiver, at de har vedvarende psykisk sygdom, dobbelt så ofte har et usundt kostmønster (20,9 % vs. 12,9 %), en stillesiddende adfærd (34,7 % vs. 14,5 %) og er daglige rygere (38,8 % vs. 19,8 %) i forhold til den generelle befolkning (89).

Selv mord og selvmordforsøg

I 2019 blev der registreret 600 selvmord i Danmark, mens der foreløbigt er registreret 552 selvmord i Danmark i 2020²⁵. Til sammenligning er 163 mennesker døde i trafikken i 2020²⁶. Siden 2007 har antallet af selvmord således ligget nogenlunde konstant på ca. 600 årligt. Til sammenligning er antallet af selvmord i verden faldet med 30 % i løbet af de sidste 10 år (92). Ifølge FN ligger Danmark i 2016 (seneste tilgængelige år) med en selvmordsrate på 12,6 selvmord pr. 100.000 indbyggere pr. år, og ca. i midten af skalaen, ift. andre medlemslande af FN. Til sammenligning havde Norge en rate på 12,2 selvmord pr. 100.000 indbyggere pr. år, mens Finland havde en selvmordsrate på 15,9. Der er her ikke lande som England og Sverige med (93).

Selv mord er hyppigst blandt mænd, og i 2020 var selvmordsraten for mænd 17 pr. 100.000 indbyggere og 7 for kvinder²⁷. Ca. en tredjedel af alle selvmord sker blandt mænd i alderen 40-64 år²⁸.

Samtidig estimeres det, at der er omkring 11.000 selvmordforsøg i Danmark om året, men det præcise antal selvmordforsøg kendes ikke, dels fordi der sker en underregistrering i Landspatientregistret og dels en manglende registrering i almen praksis (94). Dertil søger

²⁵ Dødsårsdagsregisteret (90): 2019 og 2020. 2020 tal er foreløbige.

²⁶ Dødsårsdagsregisteret (90); Danmarks Statistik, færdselsuheld (91)

²⁷ Kilde: Dødsårsdagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og Befolkningsdata, Danmarks Statistik. Beregning: Annette Erlangsen PhD, Danish Research Institute for Suicide Prevention.

²⁸ Kilde: Dødsårsdagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og Befolkningsdata, Danmarks Statistik.

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 år²⁹.

Psykiske lidelser er en betydningsfuld risikofaktor for selvmord og selvmordsforsøg. Mennesker der har været indlagt på grund af en psykisk lidelse har en ca. 20 gange højere selvmordsrate end baggrundsbefolkningen (95). Særligt er affektive lidelser, skizofreni eller angstlidelser er forbundet med en høj selvmordsrisiko (84). Mennesker med psykiske lidelser af en sværhedsgrad, der har medført behandling ambulantly eller under indlæggelse, har generelt en 11-12 gange højere selvmordsdødelighed end andre personer. I perioden 1995-2016 døde i alt 15.075 personer af selvmord i Danmark. I blandt disse døde 791 (5,2 %) personer af selvmord mens de var indlagte (96).

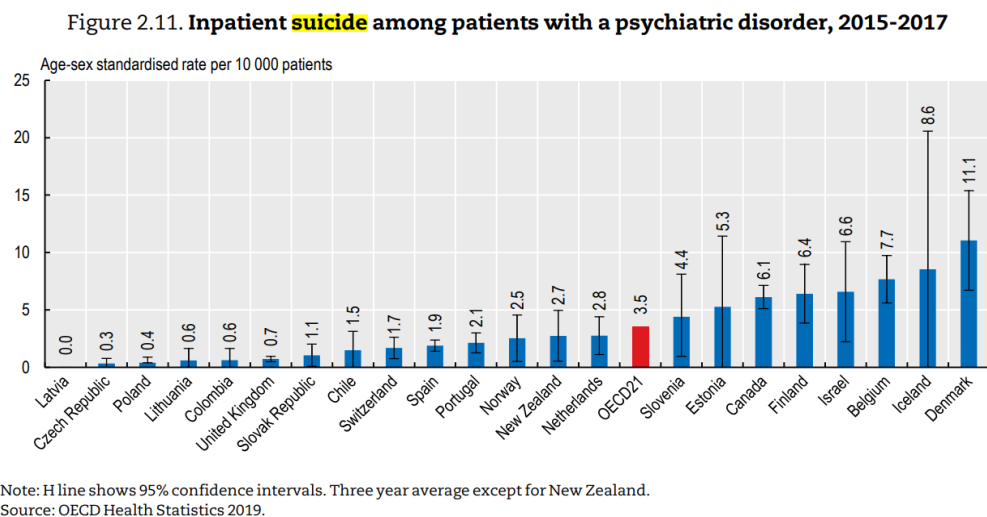
Specielt i forbindelse med indlæggelse og udskrivning er personer med psykiske lidelser særligt sårbare. Et nyt studie viser, at den første uge efter indlæggelse på et sygehus var forekomsten af selvmord 237 gange højere for mænd end baggrundsbefolkningen og 322 for kvinder. I ugen efter udskrivning fra sygehus var forekomsten af selvmord 225 gange højere for mænd og 425 for kvinder (96).

Data fra OECD viser, at Danmark ligger dårligst placeret i OECD ift. selvmord hos patienter med psykiatrisk sygdom under indlæggelse. I figuren nedenfor, ses det at der i Danmark fra 2015-2017 er ca. 11 patienter per 10.000 patienter med en psykisk lidelse som har begået selvmord under indlæggelse³⁰. Udover at flere dør af selvmord under indlæggelse kan der også være andre årsager til Danmarks placering, herunder der er bedre data på selvmord i Danmark, og at flere (og mere udsatte og sårbare borgere) har adgang til indlæggelse og psykiatrisk behandling sammenlignet med andre OECD lande.

²⁹ Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og Befolkningsdata, Danmarks Statistik.

³⁰ Health at a glance, 2019

Figur 23: Selvmordshyppighed blandt indlagte patienter i OECD-lande



Selvskade

I tillæg til ovenstående er der sket en bekymrende stigning i selvskadende adfærd blandt særligt 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 (40). I en undersøgelse fra 2021 svarer 21 % af elever i 9. klasse, at de har skadet sig med vilje, uden hensigt om at tage deres eget liv. Selvskade var mere udbredt blandt pigerne i 9. klasse (28 %), mens det for drengene gjaldt 14 % (97). Hos gymnasieelever findes lignende forekomster, hvor 21,5 % af de danske gymnasieelever i 2012 svarede, at de på et tidspunkt havde skadet sig selv, mens 15 % havde gjort dette inden for det seneste år (98). Fordelt på ungdomsuddannelser findes følgende: Andelen af elever, der nogensinde har gjort skade på sig selv, er 42 % blandt pigerne og % blandt drengene på HF, mens det tilsvarende var hhv. 31 % og 13 % blandt HTX-elever, 22 % og 9 % blandt STX-elever og 21 % og 8 % blandt HHX-elever (27).

Ventetid på 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 (19).

Ventetider

Der er sket et forventeligt fald i ventetiden til den første kontakt i psykiatrien siden 2014, og ventetiden var i 2018 gennemsnitligt 24 dage for børn og unge og 21 dage for voksne.

Der er mange steder lang ventetid på behandling hos privatpraktiserende psykiater (ikke akutte henvisninger) og psykolog med ydernummer. Det skal anføres, at der ikke er udrednings- og behandlingsret i speciallægepraksis ligesom der heller ikke er regler om maksimale ventetider til behandling hos psykolog.

Der udarbejdes ikke tilsvarende landsdækkende opgørelser af ventetider til indsatser i kommunerne. De sociale tilbud tildeles efter Serviceloven (1), med afsæt i borgernes behov, og uden lovpligtige standarder for maksimale ventetider, jævnfør tidligere beskrivelse af de lovmæssige rammer for indsatser i kommunerne.

Kvalitet i behandlingen

Kvalitetsdatabaser

Der findes i Danmark ca. 85 kliniske kvalitetsdatabaser under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), herunder 5 etablerede kliniske kvalitetsdatabaser som er relateret til psykiatrien (99-103), 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 (104-106). 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).

ADHD-databasen blev etableret i 2003 med henblik på at registrere henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, men blev nedlagt i 2011 på grund af udfordringer med datakompleksitet og manglende klinisk gennemslagskraft. I stedet oprettedes en sygdomsspecifik database kaldet ADHD-databasen, der fokuserer på udredningsforløb af børn og unge. Seneste årsrapport 2019/2020, hvor 3993 udredningsforløb indgik, viser samlet en landsdækkende tilbagegang i indikatoropfyldelse, hvor der på landsplan er manglende målopfyldelse på samtlige indikatorer undtagen en enkelt deskriptiv indikator. Der ses desuden at være regionale forskelle i målopfyldelsen (104). Databasen suppleres i 2021 med en ADHD-patientpopulation, der skal være beregningsgrundlag for nye behandlingsindikatorer, der omhandler netværksmøde, psykoedukation og farmakologisk behandling. Der er derudover et arbejde i gang med at udvide indikatorsættet (104).

Den nationale skizofrenidatabase blev etableret i 2003. Der indberettes ca. 15.000 patientforløb årligt. Databasen opsamler data i 8 indikatorgrupper med i alt 19 indikatorer for hhv. indlagte og ambulante patienter med skizofreni. Indikatorerne fokuserer på udredning og opfølgning, samt på behandling og bivirkninger til den medicinske behandling. I årsrapporten 2019/2020 beskrives en meget varierende indsats ift. registrering til databasen. En stor del af variationen tilskrives variation i registreringspraksis, som 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 (106).

Dansk Depressionsdatabase blev etableret i 2011. Siden databasens start er der inkluderet 78.800 patienter. Databasen opsamler data på patienter, der enten er indlagt eller i ambulant kontakt med hospitalspsykiatrien. Data indberettes via de patientadministrative systemer til Landspatientregisteret og samkøres med data fra CPR-registeret (100). Årsrapporten 2018 beskriver en generel stigning i antallet af opfyldte standarder og registreringer i 4 ud af de 5 Regioner. Der er blevet set tilbagegang i Region Hovedstadens dataindberetninger gennem flere år med store huller i årsrapporten 2018 og følgende år med manglende opfyldelse/registreringer, hvilket trækker betydeligt ned i det samlede billede. Der angives flere årsager til dette, men problemer med automatisk indrapportering til Landspatientregistret (LPR) fra Sundhedsplatformen fremhæves som den væsentligste (105). Databasen er benyttet til flere videnskabelige publikationer.

Dansk Retspsykiatrisk Database forventes at udkomme med første årsrapport ultimo 2021. Formålet er systematisk og ensartet at monitorere behandlingen af psykiatriske patienter med en psykiatrisk særforanstaltning. Via monitoreringen vil behandlingen kunne sammenlignes intra- og interregionalt samt følges over tid med henblik på at sikre kvalitet og ensartethed i tilbuddet. Oprettelsen af databasen begrundes bl.a. med en manglende viden om retspsykiatri og sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet i en dansk kontekst samt effekt af de psykiatriske særforanstaltninger i Danmark.

Udvikling i brugen af tvang

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. Anvendelse af tvang er reguleret i "Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien" (13). Der findes forskellige former for tvang. Frihedsberøvelse omfatter både tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse på psykiatrisk hospital, og tvangsbehandling omfatter behandling med medicin, ECT (elektrokonvulsiv behandling), behandling af somatisk lidelse og tvangsernæring. Derudover kan anvendes fiksering og fysisk magtanvendelse omfatter bæltefiksering, fiksering med remme, fiksering med handsker, fastholden, aflåsning af afdelingens yderdør, beroligende medicin med tvang og personlig skærmning over 24 timers varighed. 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 (107). 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 (108).

Det ses i tabellen nedenfor, at der endnu 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.

Tabel 28: Udvikling i den samlede brug af alle former for tvang for børn og unge og voksne³¹

Indikator	2011-2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antal af børn og unge under 18 berørt af en eller flere Tvangsforanstaltninger*	243	294	299	351	340	317	264	275
Antal af voksne berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger ³²	5.633	5.801	5.637	5.649	5.834	5.975	5.815	5.923

I tabellen nedenfor ses udviklingen i anvendelsen af bæltefikseringer, akut beroligende medicin samt fastholdelser. Fra baseline (2011-2013) til 2020 ses det, at antal bæltefikseringer er faldet, mens antal akut beroligende medicin og fastholdelser er steget i perioden.

Tabel 29: Udvikling i bæltefikseringer, akut beroligende medicin og fastholdelser³³

Indikator	2011-2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antal personer der bæltefikseres	2.036	1.908	1.592	1.657	1.436	1.375	1.259	1.277
Antal bæltefikseringer over 48 timer	778	808	552	522	451	452	387	432
Akut beroligende medicin (antal personer)	2.043	2.131	2.054	2.078	2.160	2.239	2.237	2.326
Fastholdelser (antal personer)	927	1.047	1.092	1.088	1.161	1.125	1.101	1.078

³¹ Register over anvendelse af tvang i psykiatrien 17. marts 2021, Sundhedsdatastyrelsen
Opgørelsen for den samlede anvendelse af tvang omfatter følgende tvangsforanstaltninger: Frihedsberøvelse (omfatter tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse), tvangsbehandling (omfatter tvangsmedicinering, tvangsbehandling med ECT, tvangsnæring, tvangsbehandling for legemlig lidelse), fysisk magtanvendelse (omfatter tvangsfikseringer med bælte, fikseringer med remme, anvendelse af handsker, fastholdelser, dørafløsning - ikke patientstuer men yderdøre, akut beroligende medicin, skærmning over 24 timer) og beskyttelsesforanstaltninger (omfatter beskyttelsesfikseringer med stofbælte og lignende, personlige alarmsystemer, særlige dørlåse, andet)

³³ Register over anvendelse af tvang i psykiatrien 17. marts 2021, Sundhedsdatastyrelsen

I tabellen nedenfor ses udviklingen i tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser og tvangsmedicinering i perioden fra baseline (2011-2013) til 2020. I tabellen ses det, at anvendelsen af tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelse og tvangsmedicinering er steget i perioden, både blandt børn og unge under 18 år og voksne.

Tabel 30: Udvikling i tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser og tvangsmedicinering³⁴

Indikator	2011-2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tvangsindlæggelse (antal børn og unge)	103	134	116	159	163	148	135	147
Tvangsindlæggelse (antal voksne)	2.872	3.060	3.022	3.122	3.173	3.220	3.140	3.296
Tvangstilbageholdelse (antal børn og unge)	83	91	105	111	94	93	93	93
Tvangstilbageholdelse (antal voksne)	2.345	2.470	2.365	2.369	2.412	2.458	2.373	2.412
Tvangsmedicinering (antal personer)	667	757	741	764	842	905	824	781

Magtanvendelse

Magtanvendelse på botilbud opleves nogle steder som en stigende udfordring. Der eksisterer dog ikke et samlet overblik over hvorvidt dette gør sig gældende for alle tilbud. I 2018 blev der imidlertid gennemført et serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne, som resulterede i en revidering af magtanvendelsesreglerne i 2019. Formålet med revideringen var, at sikre bedre og tydeligere regler om magtanvendelse. Dette skal både give personalet på botilbud, plejecentre mv. bedre muligheder for at drage omsorg for voksne med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne samt øge borgernes retssikkerhed. Magtanvendelse eller andre indgreb i selvbestemmelsesretten skal registreres og indberettes til den anbringende kommune og det socialtilsyn, der fører det driftsorienterede tilsyn med anbringelsesstedet. Der er iværksat flere nationale initiativer, der skal understøtte forebyggelse af magtanvendelse, via anvendelse af metoder og tilgange, som øger borgernes trivsel, og reducerer behovet for at anvende magt.

Vold på botilbud

Udviklingen i antallet af registrerede voldsepisoder på botilbud og antallet af politianmeldte voldsforbrydelser mod ansatte viser, at der stadig er en stor udfordring med vold mod både ansatte og beboere på botilbud. Ombudsmandens besøg på botilbud i 2017 viste, at der i et vist omfang blev arbejdet med at forebygge vold og trusler. Samtidig var Ombudsmandens overordnede vurdering, at der kan og bør gøres mere for at højne sikkerhed og tryghed på botilbuddene. Socialstyrelsens udgivelse og understøttelse af implementering af De nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud og boformer for hjemløse er et af en lang række tiltag, der er iværksat over de seneste år (109).

³⁴ Register over anvendelse af tvang i psykiatrien 17. marts 2021, Sundhedsdatastyrelsen

Der eksisterer dog ikke et samlet overblik over, hvor mange botilbud der oplever disse udfordringer.

Særligt ansatte inden for psykiatrien er udsat for arbejdsrelateret vold. En undersøgelse viser, at 43 % af de arbejdsrelaterede voldsskader sker i Social- og sundhedssektoren³⁵. Vold og trusler om vold kan have store konsekvenser for medarbejderens trivsel og helbred. Ved at forebygge vold på botilbud får man derfor både bedre vilkår for mennesker med psykiske lidelser som opholder sig på botilbud og et bedre og mere sikkert arbejdsmiljø for medarbejderne.

Sammenhæng i patientforløbet

Genindlæggelser

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 en prioritering i systemet, hvor overbelægning og problemer med at udskrive patienter som er færdigbehandlede på grund af ventetid på et kommunalt tilbud kan medføre at andre patienter bliver udskrevet for tidligt. Kvaliteten kan også i nogen grad afspejle sig i forholdet mellem akutte og planlagte indlæggelser.

I rapporten "Genindlæggelser i den psykiatrisk 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 (110). Der er desuden betydelig regional variation mht. genindlæggelsesprocenten. Genindlæggelse defineres her som akut psykiatrisk indlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivning.

Genindlæggelsesfrekvensen er generelt højere blandt yngre patienter, patienter der bor alene i eget hjem, patienter med bopæl i en bykommune, førtidspensionister samt patienter, der tidligere har haft kontakt til det somatiske eller det psykiatriske sygehusvæsen. Generelle kendetegn ved indlæggelser, som fører til genindlæggelse, er at der er tale om korte indlæggelser, udskrivningen finder sted uden for dagtid eller i weekenden, og patienter som indlægges under diagnosen "Skizofreni og beslægtede lidelser" genindlægges oftere. Det fremgår desuden af rapporten, at frekvensen af genindlæggelser er relativt ensartet på tværs af regionerne.

De seneste data over de nationale mål for sundhedsvæsenet viser, at udviklingen i antallet af akutte psykiatriske genindlæggelser indenfor 30 dage på landsplan går den forkerte vej (antallet af genindlæggelser er øget med 22 %), men at der er regionale forskelle (111).

³⁵ Det kriminalpræventive råd. <https://dkr.dk/vold-og-voldtaegt/fakta-om-vold-paa-arbejdspladsen>

Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus

Færre psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus er en kvalitetsindikator under det nationale mål om at sikre bedre sammenhængende patientforløb. 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 (112). 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). Der er desuden betydelige regionale forskelle i antallet af færdigbehandlingsdage.

De seneste data over de nationale mål for sundhedsvæsenet indikerer at der på landsplan er en negativ udvikling i antallet af psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehusene (111). Igen er der væsentlige regionale forskelle i udviklingen.

Fuldført ungdomsuddannelse blandt unge med psykiske lidelser

Flere unge med psykiske lidelser har problemer med at gennemføre en ungdomsuddannelse, og det skaber grundlag for senere social og økonomisk ulighed. Fuldført ungdomsuddannelse er derfor også en national kvalitetsindikator for målet om et bedre sammenhængende patientforløb.

Andelen af 25-årige, der har haft en psykiatrisk relateret sundhedskontakt inden for de seneste 10 år, som også har fuldført en ungdomsuddannelse pr. 1. oktober samme år, udgjorde 57 % i 2017. Til sammenligning havde 80 % af den samlede årgang af 25-årige gennemført en ungdomsuddannelse i 2017. Det generelle uddannelsesniveau er steget for begge grupper fra 2014 til 2017, hvorfor forskellen mellem de to grupper er forblevet nogenlunde konstant; omkring 23 procentpoint (113). Frem til og med 9. klasse har 40 % af unge med psykiatriske diagnoser gennemført en ungdomsuddannelse seks år efter. Til sammenligning har 79 % af unge uden diagnoser gennemført en ungdomsuddannelse seks år efter 9. klasse (114).

Tilknytning til arbejdsmarkedet

Voksne med psykiske lidelser i den arbejdsdygtige alder har markant lavere tilknytning til arbejdsmarkedet end voksne i hele befolkningen. Omkring 26 % af voksne med psykiske lidelser i alderen 19-64 år er i beskæftigelse, ca. 71 % står uden for arbejdsstyrken. I befolkningen generelt er det omvendte gældende, hvor ca. 75 % af voksne er i beskæftigelse og 23 % står uden for arbejdsmarkedet. Omkring 3 % af voksne er ledige – både i befolkningen generelt og blandt voksne med psykiske lidelser. Der ses ingen nævneværdig forskel mellem 2010 og 2016. Den markant lavere arbejdsmarkedstilknytning blandt voksne

med psykiske lidelser sammenlignet med befolkningen er tilnærmelsesvis uændret fra 2010 til 2016 (115).

Patientinddragelse og pårørende

Patient- og borgertilfredshed

Patienttilfredshed LUP-psykiatri undersøger årligt patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien (116). I 2020 viser undersøgelsen, at på tværs af alle patientgrupper er 81 % tilfredse med deres besøg/indlæggelse i psykiatrien (svarer "i høj grad" eller "i meget høj grad"). 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 (117).

Blandt voksne patienter i psykiatriske ambulatorier er 84 % tilfredse med besøget (118). 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 (119).

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 % (118). I LUP somatik findes der ikke en særskilt opgørelse for børn- og unge.

I 2022 vil LUP undersøgelserne overgå til et nyt koncept, hvor undersøgelserne for voksne psykiatriske patienter gennemføres med løbende digital dataindsamling. Formålet er at LUP i stigende grad skal gennemføres med løbende dataindsamling, så data om den patientoplevede kvalitet er tidstro og understøtter arbejdet med kvalitetsudvikling. Der vil derfor forventeligt være en overgangsfase hvor det bliver vanskeligt at sammenligne data på tværs af de overgangen, og der kan være særlige udfordringer med patientgrupper som har vanskeligheder i forhold til det digitale format.

Der er ikke tilsvarende landsdækkende data for mennesker med psykiske lidelser og pårørendes tilfredshed med indsatserne i kommunalt regi.

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 personer med størst vanskeligheder, og dermed størst behov for støtte, føler sig mindst støttet. I jo højere grad den enkelte oplever vanskeligheder, des højere er sandsynligheden for, at de oplever 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 (120).

Patientoplevelt inddragelse

PRO-Psykiatri blev i 2016 etableret med henblik på at supplere de nuværende tiltag inden for kvalitetsområdet med patientrapporterede outcome (PRO). PRO er oplysninger om patientens helbredstilstand – herunder fysiske og mentale helbred, symptomer, helbredsorienteret livskvalitet og funktionsniveau. PRO-data er rapporteret direkte af patienten uden indblanding eller fortolkning af andre. PRO-psykiatri er dels forankret i de kliniske databaser for depression og skizofreni, dels i Psykiatrien i Region Nordjylland, som leder initiativets forskningsmæssige del. PRO-Psykiatri har et dobbelt formål, primært at bruge PRO i klinikken på individniveau til at understøtte dialogen mellem patient og behandler, patientcentreret behandling samt fælles beslutningstagen. På aggregeret niveau skal PRO-baserede indikatorer bruges til at synliggøre den patientoplevede behandlingskvalitet for patienter diagnosticeret med skizofreni og depression. Disse forventes at kunne bruges som indikatormonitorering og drivende for kliniske kvalitetsforbedringer (106,121). Psykiatrien i Region Nordjylland påbegyndte implementeringen af PRO-psykiatri i 2018 i to enheder. Siden da har patienterne kunne udfylde et PRO-spørgeskema hjemmefra eller via tablets på hospitalet. Umiddelbart efter udfyldelse kan de patientrapporterede data ses i den elektroniske patientjournal og anvendes i den kliniske dialog (121). Efter evaluering (122) har man bl.a. konkluderet at PRO-Psykiatri ses som et vigtigt redskab for inddragelse af patienterne i behandlingen og Region Nordjylland her igangsat udbredelsen af målekoncepter til andre enheder. Primo marts 2020 var i alt otte enheder i gang med implementering eller drift af PRO-Psykiatri. Der var i alt 809 PRO-Psykiatri besvarelser fra 443 patienter.

Pårørende

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 %) (123). Omkring 10 % angiver at være forældre (124). Det vurderes desuden, at mindst 333.000 er børn (0-17 årige) af forældre med psykisk sygdom (30), og mindst 52.300 børn og unge er søskende til 0-17 årige børn og unge i kontakt med psykiatrien (125,126). Derudover har hver tiende dansker oplevet, at en person, som de har en tæt relation til, forsøger selvmord (127).

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 (128). 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 (129). Tilsvarende ses det, af forældre som pårørende viser, 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.

Relationer er afgørende for den mentale sundhed, og fra forskningen ved vi, at mennesker med svære psykiske lidelser har en markant reduceret risiko for tilbagefald og for genindlæggelse, når de pårørende inddrages (130-132). Dansk forskning baseret på LUP viser, at der er en positiv sammenhæng mellem at inddrage de pårørende i psykiatrien og patienternes egen oplevelse af bedring og tilfredshed med behandlingen. Resultaterne viser at der er op mod 4 gange højere sandsynlighed for, at patienter oplever høj grad af bedring og tilfredshed med behandlingen, når deres pårørende i høj grad har været inddraget i behandlingen (133).

Dog viser undersøgelser, at pårørende ofte ikke oplever sig tilstrækkeligt inddraget (134). Kun 63 % af pårørende til ambulante voksne og 52 % af pårørende til indlagte voksne patienter er i 2019 tilfredse med det samlede forløb. Desuden svarer 31 % af forældre til indlagte børn og unge at de slet ikke eller i ringe grad har talt med personalet om, hvad forældrene kan gøre for at barnet får det bedre. Tilsvarende 30 % at de slet ikke får eller i ringe grad får hjælp til at håndtere barnets psykiske vanskeligheder. Pårørende til børn og unge med psykiske lidelser er mere tilfredse med behandlingen i 2020 i forhold til 2019, men mindre tilfredse med behandlingen i forhold til 2012. Det gælder både for indlagte og ambulante. For pårørende til voksne er der i 2018 et fald i tilfredsheden i forhold til 2015. Ydermere er pårørende til voksne i mindre grad tilfredse en pårørende til børn og unge (134). Den seneste LUP undersøgelse viser også, at en del patienter savner pårørendeinddragelse. Fx mener 1 ud af 4 indlagte patienter ikke at deres pårørende er nok inddraget. Tilsvarende mener 1 ud af 3 specialiserede retspsykiatriske patienter ikke at deres pårørende er nok inddraget (118).

I forhold til indsatsen i kommunerne i forhold til pårørendeinddragelse, viser en analyse af et kommune-survey, at over halvdelen af de kommuner som indgik i et survey, oplevede at de i mindre grad eller slet ikke havde tilstrækkelige metoder og indsatser til at understøtte pårørendes involvering i den enkelte borgers liv³⁶. Dette kan understøttes af, at 75 % af de pårørende oplever, at deres tilstedeværelse er af meget stor betydning eller stor betydning for at den psykisk syge får tilfredsstillende hjælp og støtte fra kommunen (135).

³⁶ Socialstyrelsens egne beregninger på baggrund af survey til kommunerne

Bilag 3: Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende indsatsen i den regionale voksenpsykiatri

Baggrund

Det seneste årti har der været en stigning i antallet af mennesker, der udredes og behandles for en psykisk lidelse og som modtager støtte og tilbud i kommunalt og regionalt regi. Psykisk lidelse tegner sig for 25 pct. af den samlede sygdomsbyrde målt ved funktionsbegrænsning, hvilket er større end andre store sygdomsområder som fx kræft og hjertesygdomme, der hver tegner sig for 15-17 pct. af den totale sygdomsbyrde.

Sygdomsbyrden for psykiske lidelser hos danske børn i alderen 5-14 år tegner sig for over 20 pct. af den samlede sygdomsbyrde, og er således den hyppigste gruppe af sygdomme blandt børn og unge i dag. Der ses i forlængelse af dette en stigende efterspørgsel på hjælp til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser. Ligeledes har der i denne periode været stigning i antallet af børn og unge med mentale helbredsproblemer, og en øget opmærksomhed på betydningen af mistrivsel i børne- og ungdomsårene, hvor vi også ved, at de fleste psykiske lidelser debuterer. Samlet set er antallet af borgere, der modtager kommunale psykosociale indsatser³⁷, steget med 17 pct. fra 2014 til 2017.

Der har løbende været både politisk og fagligt fokus på området, men trods en række initiativer er der fortsat betydelige udfordringer.

Derfor har regeringen igangsat arbejdet med udarbejdelse af en 10-års plan for mennesker med mistrivsel og/eller psykiske lidelser. 10-års planen skal sikre en samlet langsigtet retning for udviklingen af indsatsen, således at færre vil opleve alvorlige konsekvenser af mistrivsel og psykisk lidelse.

³⁷ Psykosociale kommunale indsatser indbefatter blandt andet botilbud og bostøtte, aktivitets og samværstilbud/netværksaktiviteter, akuttilbud, herunder akuttelefon, støtte og kontaktpersonsordninger, arbejdsmarkedsrettede tiltag, tidlig rehabiliterende indsatser, indsatser til pårørende og frivillige indsatser.

Det fremgår desuden af Aftale om finansloven for 2020, at 10-års planen skal have særligt fokus på forebyggelse og bedre sammenhæng i indsatsen mellem almen praksis, regionalpsykiatri og psykosociale indsatser, samt indsatsen for børn og unge samt dobbeltbelastede.

Formål

På baggrund af ovenstående skal Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen i 2020 og primo 2021 udarbejde *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet*, hvor de væsentligste udfordringer i indsatserne til mennesker med mistrivsel og/eller psykiske lidelser identificeres.

Formålet med udarbejdelsen af et samlet status- og udfordringsbillede er:

- at gennemføre en kort analyse af tidligere nationale handlingsplaner og hidtidige store indsatser på området
- at beskrive udviklingen i forekomst af mistrivsel og psykiske lidelser
- at beskrive status på indsatser og aktiviteter i regioner, praksissektor og kommuner samt kvaliteten heraf
- at afdække, hvor udfordringerne er størst samt i hvilken rækkefølge udfordringer bør løses

I forbindelse med arbejdet nedsætter Sundhedsstyrelsen fire arbejdsgrupper³⁸, der skal kvalificere *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet* og rådgive inden for følgende områder:

- Indsatsen i det primære sundhedsvæsen herunder den psykosociale indsats i kommunerne
- Indsatsen i den regionale voksenpsykiatri
- Indsatsen i forhold til børn og unge
- Indsatsen i forhold til mental sundhed og sundhedsfremme

³⁸ Beskrivelsen af fokus i arbejdsgrupperne er ikke udtømmende, og Sundhedsstyrelsen vil ligeledes, alt efter behov, indhente yderlige rådgivning eller inddrage øvrig faglig ekspertise.

Der nedsættes ligeledes en følgegruppe med relevante parter, der skal følge arbejdet undervejs i processen. Følgegruppen skal understøtte sammenhæng på tværs af de fire arbejdsgrupper og yde rådgivning i arbejdet med *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet*. Følgegruppen skal bistå med at drøfte og prioritere i de bidrag, som de fire arbejdsgrupper kvalificerer, således at der sikres en bred inddragelse på flere niveauer.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal rådgive ved at drøfte og kvalificere oplæg til status på indsatserne til voksne i den regionale psykiatri herunder samarbejdet mellem sektorer. Særligt skal arbejdsgruppen:

- Bidrage med inputs til status på udviklingen i forekomsten af voksne med psykisk lidelse eller tegn herpå
- Bidrage med input til status vedrørende indsatser til målgruppen i den regionale psykiatri, herunder akut og planlagt udredning og behandling, ambulante behandling, udgående funktioner og indlæggelser samt kvaliteten heraf, inklusiv status på anvendelse af tvang
- Bidrage med input til status vedrørende indsatser til målgruppen i retspsykiatrien samt kvaliteten heraf
- Med afsæt i den udarbejdede status identificere de væsentligste udfordringer på området med fokus på overgang fra barn/ung til voksen, sammenhæng på tværs af sektorer samt samarbejde med brugere og pårørende samt kvaliteten heraf

Arbejdsgruppen kan bistå Sundhedsstyrelsen med skriftlige bidrag.

Arbejdet forventes afsluttet primo 2021.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen består af følgende repræsentanter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Socialstyrelsen: 1 repræsentant
- Dansk Psykiatrisk Selskab: 2 repræsentanter
- Dansk Psykolog Forening: 2 repræsentanter
- Dansk Sygepleje Selskab: 1 repræsentant*

- Dansk Selskab for Fysioterapi: 1 repræsentant
- Ergoterapeutforeningen: 1 repræsentant**
- Dansk Selskab for Almen Medicin: 1 repræsentant
- Dansk Socialrådgiverforening: 1 repræsentant
- Danske Regioner: 3 repræsentanter***
- KL: 3 repræsentanter****
- Peer-netværket Danmark: 1 repræsentant □ Danske Patienter: 2 repræsentanter*****

* Dansk Sygepleje Selskab bedes udpege en repræsentant fra Fagligt selskab for psykiatriske sygeplejesker **Ergoterapeutforeningen bedes udpege en repræsentant fra Ergoterapifagligt selskab for Psykiatri og Psykosocial rehabilitering

***Danske Regioner bedes heraf udpege 2 repræsentanter fra regionerne.

****KL bedes heraf udpege 2 repræsentanter fra kommunerne.

***** Danske Patienter bedes udpege 2 repræsentanter fra relevante medlemsorganisationer på psykiatriområdet.

Sundhedsstyrelsen vil alt efter behov indhente yderlige rådgivning eller skriftlige inputs eller øvrig faglig ekspertise efter behov, eksempelvis vil Justitsministeriets forskningskontor og Sundhedsdatastyrelsen blive inddraget efter behov.

Bilag 4: Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende indsatsen for børn og unge

Baggrund

Det seneste årti har der været en stigning i antallet af mennesker, der udredes og behandles for en psykisk lidelse og som modtager støtte og tilbud i kommunalt og regionalt regi. Psykisk lidelse tegner sig for 25 pct. af den samlede sygdomsbyrde målt ved funktionsbegrænsning, hvilket er større end andre store sygdomsområder som fx kræft og hjertesygdomme, der hver tegner sig for 15-17 pct. af den totale sygdomsbyrde.

Sygdomsbyrden for psykiske lidelser hos danske børn i alderen 5-14 år tegner sig for over 20 pct. af den samlede sygdomsbyrde, og er således den hyppigste gruppe af sygdomme blandt børn og unge i dag. Der ses i forlængelse af dette en stigende efterspørgsel på hjælp til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser. Ligeledes har der i denne periode været stigning i antallet af børn og unge med mentale helbredsproblemer, og en øget opmærksomhed på betydningen af mistrivsel i børne- og ungdomsårene, hvor vi også ved, at de fleste psykiske lidelser debuterer. Samlet set er antallet af borgere, der modtager kommunale psykosociale indsatser³⁹, steget med 17 pct. fra 2014 til 2017.

Der har løbende været både politisk og fagligt fokus på området, men trods en række initiativer er der fortsat betydelige udfordringer.

Derfor har regeringen igangsat arbejdet med udarbejdelse af en 10-års plan for mennesker med mistrivsel og/eller psykiske lidelser. 10-års planen skal sikre en samlet langsigtet retning for udviklingen af indsatsen, således at færre vil opleve alvorlige konsekvenser af mistrivsel og psykisk lidelse.

³⁹ Psykosociale kommunale indsatser indbefatter blandt andet botilbud og bostøtte, aktivitets og samværstilbud/netværksaktiviteter, akuttilbud, herunder akuttelefon, støtte og kontaktpersonsordninger, arbejdsmarkedsrettede tiltag, tidlig rehabiliterende indsatser, indsatser til pårørende og frivillige indsatser.

Det fremgår desuden af Aftale om finansloven for 2020, at 10-års planen skal have særligt fokus på forebyggelse og bedre sammenhæng i indsatsen mellem almen praksis, regionalpsykiatri og psykosociale indsatser, samt indsatsen for børn og unge samt dobbeltbelastede.

Formål

På baggrund af ovenstående skal Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen i 2020 og primo 2021 udarbejde *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet*, hvor de væsentligste udfordringer i indsatserne til mennesker med mistrivsel og/eller psykiske lidelser identificeres.

Formålet med udarbejdelsen af et samlet status- og udfordringsbillede er:

- at gennemføre en kort analyse af tidligere nationale handlingsplaner og hidtidige store indsatser på området
- at beskrive udviklingen i forekomst af mistrivsel og psykiske lidelser
- at beskrive status på indsatser og aktiviteter i regioner, praksissektor og kommuner samt kvaliteten heraf
- at afdække, hvor udfordringerne er størst samt i hvilken rækkefølge udfordringer bør løses

I forbindelse med arbejdet nedsætter Sundhedsstyrelsen fire arbejdsgrupper⁴⁰, der skal kvalificere *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet* og rådgive inden for følgende områder:

- Indsatsen i det primære sundhedsvæsen herunder den psykosociale indsats i kommunerne
- Indsatsen i den regionale voksenpsykiatri
- Indsatsen i forhold til børn og unge
- Indsatsen i forhold til mental sundhed og sundhedsfremme

⁴⁰ Beskrivelsen af fokus i arbejdsgrupperne er ikke udtømmende, og Sundhedsstyrelsen vil ligeledes, alt efter behov, indhente yderlige rådgivning eller inddrage øvrig faglig ekspertise.

Der nedsættes ligeledes en følgegruppe med relevante parter, der skal følge arbejdet undervejs i processen. Følgegruppen skal understøtte sammenhæng på tværs af de fire arbejdsgrupper og yde rådgivning i arbejdet med *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet*. Følgegruppen skal bistå med at drøfte og prioritere i de bidrag, som de fire arbejdsgrupper kvalificerer, således at der sikres en bred inddragelse på flere niveauer.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal have fokus på børn og unge i aldersgruppen 0-18 år⁴¹ og belyse status og indsats for børn og unge i forhold til:

- børn og unge med psykiske lidelser eller tegn herpå, som har kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien
- børn og unge med mistro/tidlige tegn på psykiske lidelser, som ikke har kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien, men som har behov for en individuel indsats i almen praksis og/eller kommunalt regi.

I forhold til den tidlige indsats for målgruppen, skal denne arbejdsgruppe have fokus på både den tidlige opsporing (selektiv forebyggelse) og den tidlige indsats ift. at undgå forværring af mistro og/eller tegn på psykisk lidelse (indikeret forebyggelse). Tidlige forebyggende indsatser for både børn og unge samt voksne i et bredere perspektiv (universel forebyggelse) vil blive belyst i arbejdsgruppen vedrørende mental sundhed og sundhedsfremme. Der vil dog være et naturligt overlap i de to arbejdsgrupper i forhold til drøftelser af målgruppen af børn og unge.

Arbejdsgruppen skal rådgive ved at drøfte og kvalificere oplæg til status på indsatserne til børn og unge i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, i praksissektoren samt i kommunalt regi herunder samarbejdet mellem sektorer. Særligt skal arbejdsgruppen:

- Bidrage med input til status på udviklingen i forekomsten af børn og unge med psykisk lidelse eller tidlige tegn herpå
- Bidrage med input til status vedrørende indsatser til målgruppen på det kommunale område, herunder eksempelvis indsatser i regi af PPR, diverse støtteordninger og psykosociale indsatser samt kvaliteten heraf
- Bidrage med input til status vedrørende indsatser til målgruppen i praksissektoren, herunder eksempelvis forebyggelse og opsporing af psykisk lidelse i almen

⁴¹ Da der kan være variation i aldersafgrænsningen i forhold til definitionerne af unge i både regionalt og kommunalt regi vil der være mulighed for at tilpasse drøftelsen i arbejdsgruppen.

praksis, behandling hos praktiserende psykologer og/eller praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri samt kvaliteten heraf

- Bidrage med input til status vedrørende indsatsen til målgruppen i den regionale psykiatri, herunder akut og planlagt udredning og behandling, ambulante behandling, udgående funktioner og indlæggelser samt kvaliteten heraf
- Med afsæt i den udarbejdede status identificere de væsentligste udfordringer på området med fokus på overgang fra barn/ung til voksen, sammenhæng på tværs af sektorer samt samarbejde med brugere og pårørende samt kvaliteten heraf

Arbejdsgruppen kan bistå Sundhedsstyrelsen med skriftlige bidrag.

Arbejdet forventes afsluttet primo 2021.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen består af følgende repræsentanter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Socialstyrelsen: 1 repræsentant
- Dansk Psykolog Forening: 2 repræsentanter
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk selskab: 2 repræsentanter
- Styrelsen for undervisning og kvalitet: 1 repræsentant
- KL: 3 repræsentanter*
- Dansk Selskab for Almen Medicin: 1 repræsentant
- Dansk Socialrådgiverforening: 1 repræsentant
- Fagligt selskab for Sundhedsplejersker: 1 repræsentant
- Dansk Sygepleje Selskab: 1 repræsentant**
- Danske Patienter: 2 repræsentanter***
- Danske Regioner: 3 repræsentanter****

*KL bedes udpege 2 repræsentanter fra kommunerne

** Dansk Sygepleje Selskab bedes udpege en repræsentant fra Fagligt selskab for psykiatriske sygeplejesker

*** Danske Patienter bedes udpege 2 repræsentanter fra relevante medlemsorganisationer på psykiatriområdet

**** Danske Regioner bedes heraf udpege 2 repræsentanter fra regionerne

Sundhedsstyrelsen vil alt efter behov indhente yderlige rådgivning eller skriftlige inputs samt inddrage øvrig faglig ekspertise efter behov, eksempelvis vil Sundhedsdatastyrelsen blive inddraget efter behov i forhold til data.

Bilag 5: Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende mental sundhed og sundhedsfremme

Baggrund

Det seneste årti har der været en stigning i antallet af mennesker, der udredes og behandles for en psykisk lidelse og som modtager støtte og tilbud i kommunalt og regionalt regi. Psykisk lidelse tegner sig for 25 pct. af den samlede sygdomsbyrde målt ved funktionsbegrænsning, hvilket er større end andre store sygdomsområder som fx kræft og hjertesygdomme, der hver tegner sig for 15-17 pct. af den totale sygdomsbyrde.

Sygdomsbyrden for psykiske lidelser hos danske børn i alderen 5-14 år tegner sig for over 20 pct. af den samlede sygdomsbyrde, og er således den hyppigste gruppe af sygdomme blandt børn og unge i dag. Der ses i forlængelse af dette en stigende efterspørgsel på hjælp til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser. Ligeledes har der i denne periode været stigning i antallet af børn og unge med mentale helbredsproblemer, og en øget opmærksomhed på betydningen af mistrivsel i børne- og ungdomsårene, hvor vi også ved, at de fleste psykiske lidelser debuterer. Samlet set er antallet af borgere, der modtager kommunale psykosociale indsatser⁴², steget med 17 pct. fra 2014 til 2017.

Der har løbende været både politisk og fagligt fokus på området, men trods en række initiativer er der fortsat betydelige udfordringer.

Derfor har regeringen igangsat arbejdet med udarbejdelse af en 10-års plan for mennesker med mistrivsel og/eller psykiske lidelser. 10-års planen skal sikre en samlet langsigtet retning for udviklingen af indsatsen, således at færre vil opleve alvorlige konsekvenser af mistrivsel og psykisk lidelse.

⁴² Psykosociale kommunale indsatser indbefatter blandt andet botilbud og bostøtte, aktivitets og samværstilbud/netværksaktiviteter, akuttilbud, herunder akuttelefon, støtte og kontaktpersonsordninger, arbejdsmarkedsrettede tiltag, tidlig rehabiliterende indsatser, indsatser til pårørende og frivillige indsatser.

Det fremgår desuden af Aftale om finansloven for 2020, at 10-års planen skal have særligt fokus på forebyggelse og bedre sammenhæng i indsatsen mellem almen praksis, regionalpsykiatri og psykosociale indsatser, samt indsatsen for børn og unge samt dobbeltbelastede.

Formål

På baggrund af ovenstående skal Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen i 2020 og primo 2021 udarbejde *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet*, hvor de væsentligste udfordringer i indsatserne til mennesker med mistrivsel og/eller psykiske lidelser identificeres.

Formålet med udarbejdelsen af et samlet status- og udfordringsbillede er:

- at gennemføre en kort analyse af tidligere nationale handlingsplaner og hidtidige store indsatser på området
- at beskrive udviklingen i forekomst af mistrivsel og psykiske lidelser
- at beskrive status på indsatser og aktiviteter i regioner, praksissektor og kommuner samt kvaliteten heraf
- at afdække, hvor udfordringerne er størst samt i hvilken rækkefølge udfordringer bør løses

I forbindelse med arbejdet nedsætter Sundhedsstyrelsen fire arbejdsgrupper⁴³, der skal kvalificere *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet* og rådgive inden for følgende områder:

- Indsatsen i det primære sundhedsvæsen herunder den psykosociale indsats i kommunerne
- Indsatsen i den regionale voksenpsykiatri
- Indsatsen i forhold til børn og unge
- Indsatsen i forhold til mental sundhed og sundhedsfremme

⁴³ Beskrivelsen af fokus i arbejdsgrupperne er ikke udtømmende, og Sundhedsstyrelsen vil ligeledes, alt efter behov, indhente yderlige rådgivning eller inddrage øvrig faglig ekspertise.

Der nedsættes ligeledes en følgegruppe med relevante parter, der skal følge arbejdet undervejs i processen. Følgegruppen skal understøtte sammenhæng på tværs af de fire arbejdsgrupper og yde rådgivning i arbejdet med *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet*. Følgegruppen skal bistå med at drøfte og prioritere i de bidrag, som de fire arbejdsgrupper kvalificerer, således at der sikres en bred inddragelse på flere niveauer.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal bidrage til at belyse indsatser af strukturel karakter, der fremmer mental sundhed bredt i befolkningen samt forebyggelsestiltag rettet mod udsatte grupper på gruppeniveau. Arbejdsgruppen skal således se på hele befolkningen, hvilket betyder:

- den danske befolkning bredt (børn, unge, voksne og ældre uden symptomer på mistrovisel eller psykiske lidelser)
- børn, unge, voksne og ældre med tidlige tegn på mistrovisel, der ikke påvirker funktionsniveauet i en grad, der kræver et målrettet forløb
- børn, unge, voksne og ældre som modtager behandling eller indsatser i den regionale psykiatri, det primære sundhedsvæsen og/eller psykosociale indsatser i kommunen, sideløbende med en mental sundhedsfremmende indsats

Arbejdsgruppen skal foruden den brede sundhedsfremmende indsats også have fokus på forebyggelsestiltag, hvor der endnu ikke er tale om en psykisk lidelse eller svære symptomer. Det kan omhandle tiltag til individer med udgangspunkt i de miljøer, de befinder sig i, eller tiltag der styrker omgivelsernes evne til at understøtte den enkeltes mentale sundhed. Det drejer sig eksempelvis om tiltag i sundhedsplejen (0-16 år) og på dagtilbuds- og skoleområdet som en forstærket sundhedspædagogisk indsats. Her vil der være tale om et overlappende fokus med Arbejdsgruppen vedrørende indsatsen til børn og unge, hvis primære fokus er at beskæftige sig med indsatser, der omhandler børn og unge med psykiske lidelser eller tidlige tegn herpå. Endelig skal arbejdsgruppen for mental sundhed og sundhedsfremme også beskæftige sig med mental sundhedsfremme i psykiatrien.

Arbejdsgruppen skal rådgive ved at drøfte og kvalificere materiale vedrørende forebyggelse og mental sundhedsfremme. Særligt skal arbejdsgruppen:

- Bidrage med input til status på udviklingen i forekomsten af mistrovisel og/eller mentale helbredsproblemer
- Bidrage med input til status vedrørende brede indsatser der retter sig mod at fremme mental sundhed og (universel) forebyggelse af mistrovisel hos børn og unge i kommunerne og almen praksis, samt kvaliteten heraf

- Bidrage med input til status vedrørende brede indsatser der retter sig mod at fremme mental sundhed blandt voksne og ældre samt (universel) forebyggelse af mistrivsel hos voksne og ældre i kommunerne samt kvaliteten heraf
- Bidrage med input til status vedrørende (selektiv) forebyggelse og indsatser til børn og unge med mentale helbredsproblemer i kommunerne, herunder understøttende sundhedsindsatser i regi af sundhedsplejen og/eller som led i trivsels- og inklusionsarbejdet på dagtilbuds- og skoleområdet samt kvaliteten heraf
- Bidrage med input til status vedrørende (selektiv) forebyggelsesindsatser til voksne og ældre med mentale helbredsproblemer i kommunerne, herunder også en opmærksomhed på perinatal mental sundhed (mental sundhed under graviditet) samt kvaliteten heraf
- Bidrage med input til status vedrørende tiltag rettet mod at fremme mental sundhed/ universel forebyggelse i psykiatrien, eksempelvis med henblik på øget trivsel, større afsæt i borgerens recovery, bedre tro på egne evner, styrke fællesskaber og øge handlekompetencer, samt kvaliteten heraf

Arbejdsgruppen kan bistå Sundhedsstyrelsen med skriftlige bidrag.

Arbejdet forventes afsluttet primo 2021.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen består af følgende repræsentanter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Socialstyrelsen: 1 repræsentant
- Anna Paldam Folker, Forskningschef Statens Institut for Folkesundhed (SDU)
- Vibeke Koushede, Instituttleder Institut for psykologi (KU)
- Karen Wistoft, professor Danmarks institut for Pædagogik og uddannelse (Århus Universitet)
- Sund By Netværket: 1 repræsentant*
- Komiteen for Sundhedsoplysning: 1 repræsentant**
- Susanne Rank Lücke, formand for Fagligt selskab for Sundhedsplejersker
- Anne-Marie Nybo Andersen, professor i socialmedicin (KU)

- Else Kirk, tidligere leder af Center for mental sundhed, Odense, nu rådgiver for mental sundhed
- Jim Toft ekstern lektor (KU) (Syddansk Universitet)
- Jannie Niclasen (repræsentant for Dansk Psykolog Forening)
- Danske Patienter: 1 repræsentant
- KL: 1 repræsentant***
- Danske Regioner: 1 repræsentant
- Styrelsen for undervisning og kvalitet: 1 repræsentant

* Sund By Netværket bedes udpege en repræsentant, der kan repræsentere temagruppen for Mental sundhed

** Komiteen for Sundhedsoplysning bedes udpege en repræsentant, der kan repræsentere Enheden for Mestring og empowerment

*** KL bedes udpege 1 repræsentant fra en kommune

Sundhedsstyrelsen kan løbende inddrage øvrig faglig ekspertise efter behov, eksempelvis vil Sundhedsdatastyrelsen blive inddraget efter behov i forhold til data.

Bilag 6: Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende det primære sundhedsvæsen og den psykosociale indsats i kommunerne til udarbejdelse af 10-års planen for mental sundhed og psykiatri

Baggrund

Det seneste årti har der været en stigning i antallet af mennesker, der udredes og behandles for en psykisk lidelse og som modtager støtte og tilbud i kommunalt og regionalt regi. Psykisk lidelse tegner sig for 25 pct. af den samlede sygdomsbyrde målt ved funktionsbegrænsning, hvilket er større end andre store sygdomsområder som fx kræft og hjertesygdomme, der hver tegner sig for 15-17 pct. af den totale sygdomsbyrde.

Sygdomsbyrden for psykiske lidelser hos danske børn i alderen 5-14 år tegner sig for over 20 pct. af den samlede sygdomsbyrde, og er således den hyppigste gruppe af sygdomme blandt børn og unge i dag. Der ses i forlængelse af dette en stigende efterspørgsel på hjælp til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser. Ligeledes har der i denne periode været stigning i antallet af børn og unge med mentale helbredsproblemer, og en øget opmærksomhed på betydningen af mistrivsel i børne- og ungdomsårene, hvor vi også ved, at de fleste psykiske lidelser debuterer. Samlet set er antallet af borgere, der modtager kommunale psykosociale indsatser⁴⁴, steget med 17 pct. fra 2014 til 2017.

⁴⁴ Psykosociale kommunale indsatser indbefatter blandt andet botilbud og bostøtte, aktivitets og samværstilbud/netværksaktiviteter, akuttilbud, herunder akuttelefon, støtte og kontaktpersonsordninger, arbejdsmarkedsrettede tiltag, tidlig rehabiliterende indsatser, indsatser til pårørende og frivillige indsatser.

Der har løbende været både politisk og fagligt fokus på området, men trods en række initiativer er der fortsat betydelige udfordringer.

Derfor har regeringen igangsat arbejdet med udarbejdelse af en 10-års plan for mennesker med mistroivsel og/eller psykiske lidelser. 10-års planen skal sikre en samlet langsigtet retning for udviklingen af indsatsen, således at færre vil opleve alvorlige konsekvenser af mistroivsel og psykisk lidelse.

Formål

På baggrund af ovenstående skal Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen i 2020 og primo 2021 udarbejde *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet*, hvor de væsentligste udfordringer i indsatserne til mennesker med mistroivsel og/eller psykiske lidelser identificeres.

Formålet med udarbejdelsen af et samlet status- og udfordringsbillede er:

- at gennemføre en kort analyse af tidligere nationale handlingsplaner og hidtidige store indsatser på området
- at beskrive udviklingen i forekomst af mistroivsel og psykiske lidelser
- at beskrive status på indsatser og aktiviteter i regioner, praksissektor og kommuner samt kvaliteten heraf
- at afdække, hvor udfordringerne er størst samt i hvilken rækkefølge udfordringer bør løses

I forbindelse med arbejdet nedsætter Sundhedsstyrelsen fire arbejdsgrupper⁴⁵, der skal kvalificere *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet* og rådgive inden for følgende områder:

- Indsatsen i det primære sundhedsvæsen herunder den psykosociale indsats i kommunerne
- Indsatsen i den regionale voksenpsykiatri
- Indsatsen i forhold til børn og unge

⁴⁵ Beskrivelsen af fokus i arbejdsgrupperne er ikke udtømmende, og Sundhedsstyrelsen vil ligeledes, alt efter behov, indhente yderlige rådgivning eller inddrage øvrig faglig ekspertise.

- Indsatsen i forhold til mental sundhed og sundhedsfremme

Der nedsættes ligeledes en følgegruppe med relevante parter, der skal følge arbejdet undervejs i processen. Følgegruppen skal understøtte sammenhæng på tværs af de fire arbejdsgrupper og yde rådgivning i arbejdet med *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet*. Følgegruppen skal bistå med at drøfte og prioritere i de bidrag, som de fire arbejdsgrupper kvalificerer, således at der sikres en bred inddragelse på flere niveauer.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal rådgive ved at drøfte og kvalificere oplæg til status på psykosociale indsatser til voksne i kommunalt regi og indsatser til voksne i det primære sundhedsvæsen, herunder samarbejdet mellem sektorer. Særligt skal arbejdsgruppen:

- Bidrage med inputs til status på udviklingen i forekomsten af voksne med psykisk lidelse eller tidlige tegn herpå i forhold til voksne, der ikke har kontakt til den regionale psykiatri, og voksne, der samtidig med forløb i den kommunale og/eller i praksissektoren har kontakt med den regionale psykiatri
- Bidrage med input til status på indsatser til målgruppen (herunder også på kvalitet) på det kommunale område, herunder indsatser til voksne på uddannelses-, beskæftigelses-, sundheds- og socialområdet, som fx særlige uddannelses- og beskæftigelsestilbud, diverse aktivitets-, støtte- og samtaletilbud, inklusiv åbne uvisiterede tilbud, herunder opsporing af psykisk lidelse eller tidlige tegn herpå i jobcentre og i hjemmeplejen samt indsatser på de store tilbudsområder botilbud og boligstøtte
- Bidrage med input til status på indsatser til målgruppen (herunder også på kvalitet) i praksissektoren, herunder eksempelvis forebyggelse, opsporing og behandling af psykisk lidelse i almen praksis samt behandling hos praktiserende psykologer og/eller praktiserende speciallæger
- Med afsæt i den udarbejdede status identificere de væsentligste udfordringer på området med fokus på overgang fra barn/ung til voksen, sammenhæng på tværs af sektorer samt samarbejde medbrugere og pårørende samt kvaliteten heraf

Arbejdsgruppen kan bistå Sundhedsstyrelsen med skriftlige bidrag.

Arbejdet forventes afsluttet primo 2021.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen består af følgende repræsentanter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Socialstyrelsen: 1 repræsentant
- KL: 1 repræsentant*
- Kommunerne: 2 repræsentanter
- Dansk Sygepleje Selskab: 1 repræsentant*
- Dansk selskab for psykosocial rehabilitering: 1 repræsentant
- Dansk Selskab for Almen Medicin: 1 repræsentant
- Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: 1 repræsentant
- Styrelsen for Forskning og Uddannelse: 1 repræsentant
- Socialpædagogernes Landsforbund: 1 repræsentant
- Dansk Psykolog Forening: 1 repræsentant
- Dansk Psykiatrisk Selskab: 1 repræsentant
- Dansk Socialrådgiverforening: 1 repræsentant
- Danske Patienter: 2 repræsentanter***

* KL bedes udpege 2 kommunale repræsentanter

** Dansk Sygepleje Selskab bedes udpege en repræsentant fra Fagligt selskab for psykiatriske sygeplejesker

*** Danske Patienter bedes udpege 2 repræsentanter fra relevante medlemsorganisationer på psykiatriområdet

Sundhedsstyrelsen vil alt efter behov indhente yderlige rådgivning eller skriftlige inputs samt inddrage øvrig faglig ekspertise efter behov, eksempelvis vil Sundhedsdatastyrelsen blive inddraget efter behov i forhold til data.

Bilag 7: Kommissorium for følgegruppe til udarbejdelse af statusrapport for mental sundhed og psykiske lidelser til 10-årsplanen for psykiatri

Baggrund

Det seneste årti har der været en stigning i antallet af mennesker, der udredes og behandles for en psykisk lidelse og som modtager støtte og tilbud i kommunalt og regionalt regi. Psykisk lidelse tegner sig for 25 pct. af den samlede sygdomsbyrde målt ved funktionsbegrænsning, hvilket er større end andre store sygdomsområder som fx kræft og hjertesygdomme, der hver tegner sig for 15-17 pct. af den totale sygdomsbyrde.

Sygdomsbyrden for psykiske lidelser hos danske børn i alderen 5-14 år tegner sig for over 20 pct. af den samlede sygdomsbyrde, og er således den hyppigste gruppe af sygdomme blandt børn og unge i dag. Der ses i forlængelse af dette en stigende efterspørgsel på hjælp til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser. Ligeledes har der i denne periode været stigning i antallet af børn og unge med mentale helbredsproblemer, og en øget opmærksomhed på betydningen af mistrivsel i børne- og ungdomsårene, hvor vi også ved, at de fleste psykiske lidelser debuterer. Samlet set er antallet af borgere, der modtager kommunale psykosociale indsatser⁴⁶, steget med 17 pct. fra 2014 til 2017.

Der har løbende været både politisk og fagligt fokus på området, men trods en række initiativer er der fortsat betydelige udfordringer.

Derfor har regeringen igangsat arbejdet med udarbejdelse af en 10-års plan for mennesker med mistrivsel og/eller psykiske lidelser. 10-års planen skal sikre en samlet langsigtet retning for udviklingen af indsatsen, således at færre vil opleve alvorlige konsekvenser af mistrivsel og psykisk lidelse.

⁴⁶ Psykosociale kommunale indsatser indbefatter blandt andet botilbud og bostøtte, aktivitets og samværstilbud/netværksaktiviteter, akuttilbud, herunder akutte telefon, støtte og kontaktpersonsordninger, arbejdsmarkedsrettede tiltag, tidlig rehabiliterende indsatser, indsatser til pårørende og frivillige indsatser.

Det fremgår desuden af Aftale om finansloven for 2020, at 10-års planen skal have særligt fokus på forebyggelse og bedre sammenhæng i indsatsen mellem almen praksis, regionalpsykiatri og psykosociale indsatser, samt indsatsen for børn og unge samt dobbeltbelastede.

Formål

På baggrund af ovenstående skal Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen i 2020 og primo 2021 udarbejde *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet*, hvor de væsentligste udfordringer i indsatserne til mennesker med mistriivsel og/eller psykiske lidelser identificeres.

Formålet med udarbejdelsen af et samlet status- og udfordringsbillede er:

- at gennemføre en kort analyse af tidligere nationale handlingsplaner og hidtidige store indsatser på området
- at beskrive udviklingen i forekomst af mistriivsel og psykiske lidelser
- at beskrive status på indsatser og aktiviteter i regioner, praksissektor og kommuner samt kvaliteten heraf
- at afdække, hvor udfordringerne er størst samt i hvilken rækkefølge udfordringer bør løses

I forbindelse med arbejdet nedsætter Sundhedsstyrelsen en følgegruppe med relevante parter, der skal følge arbejdet undervejs i processen, understøtte sammenhæng på tværs af fire arbejdsgrupper og yde rådgivning i arbejdet med *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet*. Følgegruppen skal bistå med at drøfte og prioritere i de bidrag, som de fire arbejdsgrupper kvalificerer, således at der sikres en bred inddragelse på flere niveauer.

De fire arbejdsgrupper⁴⁷ skal kvalificere *Status og udfordringsbillede på tværs af social- og sundhedsområdet* og rådgive inden for følgende områder:

- Indsatsen i det primære sundhedsvæsen herunder den psykosociale indsats i kommunerne
- Indsatsen i den regionale voksenpsykiatri

⁴⁷ Beskrivelsen af fokus i arbejdsgrupperne er ikke udtømmende, og Sundhedsstyrelsen vil ligeledes, alt efter behov, indhente yderlige rådgivning eller inddrage øvrig faglig ekspertise.

- Indsatsen i forhold til børn og unge
- Indsatsen i forhold til mental sundhed og sundhedsfremme

Følgegruppens opgaver

Følgegruppen skal bistå med at kvalificere arbejdet med udfordringsbilledet og rådgive i forhold til beskrivelsen af følgende:

- Udviklingen i forekomst af mistrivsel og psykiske lidelser
- Status på organisering og indsatser i regioner og kommuner samt kvaliteten heraf
- På baggrund af status pege på væsentlige udfordringer med indikationer af, hvilke udfordringer der er størst, samt i hvilken rækkefølge udfordringer bør løses

Arbejdet forventes afsluttet primo 2021.

I den efterfølgende fase udarbejdes en rapport til Sundheds- og Ældreministeriet med forslag til konkrete indsatser, der skal være med til at sikre en samlet langsigtet retning for udviklingen af indsatsen, således at færre vil opleve alvorlige konsekvenser af mistrivsel og psykisk lidelse. Dette med et særligt fokus på forebyggelse og bedre sammenhæng i indsatsen mellem almen praksis, regionalpsykiatri og socialpsykiatri, samt indsatsen for børn og unge samt dobbeltbelastede.

Følgegruppens sammensætning

Arbejdsgruppen består af følgende repræsentanter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Socialstyrelsen: 2 repræsentanter
- Sundheds- og Ældreministeriet: 1 repræsentant
- Sundhedsdatastyrelsen: 1 repræsentant
- Danske Regioner: 1 repræsentant*
- Regionerne: 3 repræsentanter
- Kommunernes Landsforening: 1 repræsentant**

- Kommunerne: 3 repræsentanter
- Dansk Selskab for Almen Medicin: 1 repræsentant
- Dansk Psykiatrisk Selskab: 2 repræsentanter
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab: 2 repræsentanter
- Dansk Sygepleje Selskab: 1 repræsentant***
- Dansk Psykolog Forening: 2 repræsentanter
- Landsforeningen SIND: 1 repræsentant
- Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere: 1 repræsentant
- Bedre Psykiatri: 1 repræsentant
- Psykiatrifonden: 1 repræsentant
- FOA: 1 repræsentant
- Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: 1 repræsentant
- Styrelsen for undervisning og kvalitet: 1 repræsentant
- Styrelsen for Forskning og Uddannelse: 1 repræsentant
- Dansk Selskab for Fysioterapi: 1 repræsentant
- Dansk Socialrådgiverforening: 1 repræsentant
- Socialpædagogernes Landsforening: 1 repræsentant
- Ergoterapeutforeningen: 1 repræsentant

* Danske Regioner udpeger repræsentanterne fra regionerne

** KL udpeger repræsentanterne fra kommunerne

*** Dansk Sygepleje Selskab bedes udpege en repræsentant fra Fagligt selskab for psykiatriske sygeplejesker

Sundhedsstyrelsen kan løbende inddrage øvrig faglig ekspertise efter behov, eksempelvis vil Sundhedsdatastyrelsen blive inddraget efter behov i forhold til data.

Referenceliste

- (1) 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>.
- (2) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven : LBK nr 903 af 26. august 2019 (Sundhedsloven). Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>.
- (3) 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>.
- (4) 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>.
- (5) Børne- og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om erhvervsuddannelser : LBK nr 1868 af 28. september 2021 (Erhvervsuddannelsesloven). Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1868>.
- (6) Benjaminsen L, Grønfeldt ST, Jensen MCF. Komplexitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien : en kvalitativ undersøgelse i fire kommuner VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.
- (7) Anonymous . Folketingets Sundhedsudvalg spørgsmål nr. 1365 stillet den 2. juni 2021 til social- og ældreministeren : svar 29. juni 2021. Tilgået: 16.12.2021. Link: <https://www.ft.dk/samling/20201/almdel/suu/spm/1365/svar/1797561/2423720.pdf>.
- (8) Deloitte. Undersøgelse af kommunernes pædagogisk-psykologiske rådgivning (PPR). Deloitte; Professionshøjskolen Absalon; UCN Professionshøjskolen, 2020.
- (9) Danmarks Evalueringsinstitut (EVA). Evaluering af specialpædagogisk støtte på ungdomsuddannelserne : En registeranalyse. Opdragsgiver: Center for Udgående Kvalitetsarbejde og Specialpædagogisk Støtte under Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK). Danmarks Evalueringsinstitut (EVA), 2019.
- (10) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper : BEK nr 1213 af 1. juni 2021. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1213>.

- (11) Foreningen af Speciallæger, Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Overenskomst om speciallægehjælp : Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger (FAS) og Regionernes Lønningsog Takstnævn (RLTN). Foreningen af Speciallæger (FAS), 2018.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Psykiatri. Sundhedsstyrelsen, 2021.
- (13) 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>.
- (14) 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.
- (15) 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.
- (16) Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien. Styringsgennemgang af psykiatrien: Delaf-rapportering I. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.
- (17) Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien. Styringsgennemgang af psykiatrien: Delaf-rapportering II. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.
- (18) Sundheds- og Ældreministeriet. Indblik i psykiatrien og sociale indsatser : analyse. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.
- (19) Danske Regioner. Analyse af psykiatriområdet. Danske Regioner, 2020.
- (20) Sundhedsdatastyrelsen. Psykiatri. Tilgået: 16.12.2021. Link: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/psykiatri>.
- (21) OECD. Mental Health and Work: Denmark. OECD, 2013.
- (22) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Mental sundhed. 2. udgave. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- (23) Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Sundhedsstyrelsen, 2018.

- (24) 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.
- (25) Rasmussen Mmf. Skolebørnsundersøgelsen 2018 : helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.
- (26) Børne- og Undervisningsministeriet. Uændret trivsel blandt elever i folkeskolen. Tilgået: 16.12.2021. Link: <https://www.uvm.dk/aktuelt/nyheder/uvm/2021/okt/211007-ua-endret-trivsel-blandt-elever-i-folkeskolen>.
- (27) Pisinger Vmf. Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. Kbh. : Statens Institut for Folkesundhed, 2019.
- (28) Sundhedsstyrelsen. Alkoholstatistik 2015 : Nationale data. Sundhedsstyrelsen, 2015.
- (29) Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2016 : Nationale data. Sundhedsstyrelsen, 2016.
- (30) Bedre Psykiatri. Børn af forældre med psykisk sygdom i Danmark : undersøgelse Bedre Psykiatri, 2020.
- (31) Pedersen PV, Christensen AI, Hesse U, Curtis T. SUSY UDSAT : Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. Rådet for Socialt Udsatte, 2008.
- (32) Bedre Psykiatri. Estimat: Antallet af psykisk syge i Danmark. Bedre Psykiatri, 2019.
- (33) 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.
- (34) 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.
- (35) Pant SWmf. Børns mentale helbred og sundhed : en undersøgelse af nul- til otte-årige i Region Hovedstaden i 2002-2017. Kbh. : Statens Institut for Folkesundhed, 2019.
- (36) Sundhedsdatastyrelsen. Landspatientregisteret (LPR). Tilgået: 10.07.2020. Link: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygedomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret>.

(37) Flachs EM, et al. Sygdomsbyrden i Danmark : sygdomme. Version: 2.0. Kbh. : Sundhedsstyrelsen, 2015.

(38) Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A., Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. . Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines 2015;56(3):345-365.

(39) Socialstyrelsen. Køn og ADHD. Tilgået: 16.12.2021. Link: <https://socialstyrelsen.dk/handicap/adhd/om-adhd/kon-og-adhd>.

(40) 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.

(41) Møller SP, Laursen B, Johannesen CK, Schramm S. Multisygdom i Danmark Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.

(42) Nordentoft M, Krogh J, Lange P, Moltke A. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil: en rapport. 2. udgave. Vidensråd for Forebyggelse, 2015.

(43) Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børghlum AD, Christensen MK, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. N Engl J Med 2020;382(18):1721-1731.

(44) 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.

(45) 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.

(46) Sundhedsdatastyrelsen. Medstat.dk : Lægemiddelgrupper: Psykofarmaka; Søgevariabel: Antal personer; Aldersgrupper: Alle; Køn: Køn, samlet; Region: Hele landet Opdateret: 22.07.2021. Tilgået: 06.12.2021. Link: [https://medstat.dk/da/viewDataTables/medicalTreatments/%7B%22year%22:\[%222020%22\],%22region%22:\[%220%22\],%22gender%22:\[%22A%22\],%22ageGroup%22:\[%22A%22\],%22searchVariable%22:\[%22people_count%22\],%22errorMessagees%22:\[\],%22treatmentGroup%22:\[%22psykofarma%22\]%7D](https://medstat.dk/da/viewDataTables/medicalTreatments/%7B%22year%22:[%222020%22],%22region%22:[%220%22],%22gender%22:[%22A%22],%22ageGroup%22:[%22A%22],%22searchVariable%22:[%22people_count%22],%22errorMessagees%22:[],%22treatmentGroup%22:[%22psykofarma%22]%7D).

(47) Sundhedsdatastyrelsen. Flere brugere af ADHD-medicin siden 2011. Sundhedsdatastyrelsen, 2021.

- (48) Sundhedsdatastyrelsen. Forbruget af antidepressiva har været stabilt under COVID-19. Sundhedsdatastyrelsen, 2021 (Sundhedsdata - Indblik).
- (49) Sundhedsdatastyrelsen. Skift i behandlingen af søvnløshed og angsttilstande over de seneste 10 år. Sundhedsdatastyrelsen, 2021 (Sundhedsdata - Indblik).
- (50) Sundhedsdatastyrelsen. Medstat.dk. Tilgået: 06.12.2021. Link: <https://medstat.dk>.
- (51) GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry (In Press) .
- (52) 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.
- (53) Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) : Results tool Opdateret: 2021. Tilgået: 30.12.2021. Link: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- (54) OECD. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris : OECD Publishing, 2018.
- (55) 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.
- (56) 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.
- (57) Munk-Jørgensen P, Andersen BB. Diagnoses and dropout among patients of danish psychiatrists in private practice. Psychiatr Serv 2009;60(12):1680-1682.
- (58) Dansk Psykolog Forening. Ventetidsundersøgelse, maj 2019 : afrapportering af spørgeskemaundersøgelse blandt ydernummerpsykolger. Dansk Psykolog Forening, [u.å].
- (59) Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet 2009-2018. Sundhedsdatastyrelsen, 2019.
- (60) 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/alm-del/suu/spm/69/svar/1591345/2079917.pdf>.

(61) Anonymous . Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., lov om retspsykiatrisk behandling m.v. og sundhedsloven : LOV nr 504 af 1. maj 2019. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/504>.

(62) Justitsministeriet. Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse : BEK nr 1402 af 22. juni 2021. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1402>.

(63) Justitsministeriets Forskningskontor. Nye foranstaltningsdomme i 2020. Justitsministeriet, 2021.

(64) 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.

(65) Rigsrevisionen. Beretning om retspsykiatriske patienters forløb : Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. Rigsrevisionen, 2021.

(66) Benjaminsen L. Hjemløshed i Danmark 2019 : National kortlægning. Kbh : VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019.

(67) Social- og Ældreministeriet. Om Tilbudsportalen. Tilgået: 09.12.2021. Link: <https://tilbudsportalen.dk/tilbudssoegning/artikel/om-tilbudsportalen>.

(68) Sundhedsstyrelsen. Rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale i psykiatrien: Anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, 2020.

(69) Regeringens lægedækningsudvalg. Lægedækning i hele Danmark : rapport. Sundheds- og Ældreministeriet, 2017.

(70) Danske Regioner. Stærke kompetencer og attraktive arbejdspladser i fremtidens psykiatri. Danske Regioner, 2019 (Mental Sundhed - Psykiatri).

(71) Sundhedsstyrelsen. Lægeprognose 2018-2040 : Udbuddet af læger og speciallæger. Sundhedsstyrelsen, 2019.

(72) Yngre Læger. Fremtidens psykiatere? : Arbejds miljø, uddannelses miljø og faglige udfoldelses muligheder for yngre læger i psykiatrien : Nationale resultater. Yngre Læger, 2018.

(73) Lægeforeningen. Lægeforeningens psykiatrisurvey - svar fra speciallæger i psykiatri i sygehuspsykiatrien. Lægeforeningen, 2020.

- (74) Sundhedsstyrelsen. Dimensioneringsplan 2022-2023 : Speciallægeuddannelsen. Sundhedsstyrelsen, 2021.
- (75) Social- og Ældreministeriet. Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder. Social- og Ældreministeriet, 2021 (Velfærdspolitisk Analyse nr. 34).
- (76) OECD. A New Benchmark for Mental Health Systems : Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health. OECD, 2021 (OECD Health Policy Studies).
- (77) Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner. Nationale mål for sundhedsvæsenet. Sundheds- og Ældreministeriet; KL; Danske Regioner, 2019.
- (78) 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.
- (79) Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. Tidsskr Nor Laegeforen 2015;135(3):246-248.
- (80) Olsen RF, Lausten M. Anbragte unges udsathed: Analyser fra Forløbsundersøgelsen af anbragte født i 1995. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2017.
- (81) 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).
- (82) 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.
- (83) 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.
- (84) 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.
- (85) Statens Institut for Folkesundhed. Overdødelighed blandt mennesker med psykiske lidelser: Oversigt over danske interventionsprojekter Statens Institut for Folkesundhed, 2016.

- (86) 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.
- (87) Laursen TM, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One* 2013;8(6):e67133.
- (88) Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry* 2017;4(12):937-945.
- (89) Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den nationale sundhedsprofil 2010 : Hvordan har du det? Sundhedsstyrelsen, 2011.
- (90) Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret (DAR). Tilgået: 20.12.2021. Link: <https://www.esundhed.dk/Registre/Doedsaarsagsregisteret>.
- (91) Danmarks Statistik. Dødsfald. Tilgået: 30.12.2021. Link: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/doedsfald>.
- (92) Naghavi M, Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 2019;364:I94.
- (93) United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). Suicide mortality rate, %. Tilgået: 20.12.2021. Link: <https://w3.unece.org/SDG/en/Indicator?id=100>.
- (94) 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.
- (95) 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.
- (96) 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.
- (97) Stribæk K, Svendsen AMB, Pedersen MH. Selvskade - et fysisk udtryk for psykisk mistrivsel blandt børn og unge : omfang, årsager og anbefalinger til at forebygge, at børn og unge skader sig selv Børns Vilkår; TrykFonden, 2021.
- (98) Møhl B, Skandsen A. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health* 2012;6(2):147-155.

- (99) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). ADHD Databasen. Tilgået: 10.12.2021. Link: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/adhd-databaser/>.
- (100) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Depressionsdatabase. Tilgået: 10.12.2021. Link: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk_depressionsdatabase/.
- (101) 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/>.
- (102) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Retspsykiatrisk Database. Tilgået: 10.12.2021. Link: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/Dansk-Retspsykiatrisk-Database/>.
- (103) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Den Nationale Skizofrenidatabase. Tilgået: 10.12.2021. Link: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/Den-Nationale-Skizofrenidatabase/>.
- (104) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). ADHD databasen : National årsrapport 2019 1. april 2019 – 31. marts 2020. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), 2020.
- (105) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Depressionsdatabase : Årsrapport 2018 1. januar 2018 - 31.december 2018. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), 2019.
- (106) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Den Nationale Skizofrenidatabase: National årsrapport 2019/2020 1. juli 2019 – 30. juni 2020 Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2021.
- (107) Region Syddanmark, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Partnerskabsaftale mellem Region Syddanmark og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.
- (108) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af tvang i psykiatrien : Opgørelse for perioden 1. januar-31. december 2020. Sundhedsstyrelsen, 2021.
- (109) Folketingets Ombudsmand. Socialpsykiatrien : sikkerhed for beboere på botilbud og sektorovergange. Folketingets Ombudsmand, 2017 (Temarapport - Dok.nr. 17/05296-2).
- (110) Sundhedsdatastyrelsen. Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen. Sundhedsdatastyrelsen, 2017.

- (111) Danske Regioner. Nøgletal for de nationale mål for sundhedsvæsenet : opdaterede nøgletal pr. juli 2021. Danske Regioner, 2021.
- (112) Sundhedsdatastyrelsen. Psykiatriske sengedage efter endt behandling er faldende. Sundhedsdatastyrelsen, 2019.
- (113) Sundhedsdatastyrelsen. Uddannelse blandt unge med psykiske lidelser. Sundhedsdatastyrelsen, 2019 (Sundhedsdata - Indblik).
- (114) Røder KL, Kleist BH, Bjørn NH, Andersen NCH. Ungdomsuddannelse blandt unge med psykiatriske diagnoser : Analysenotat. Kommunernes Landsforening (KL), 2021.
- (115) Sundheds- og Ældreministeriet. Demografiske og socioøkonomiske forskelle i kontaktmønstret til psykiatrien : Analyse. Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.
- (116) DEFACTUM. LUP Psykiatri 2020 : Patienter : Resultaterne kort - på tværs af de fem patientundersøgelser i LUP Psykiatri*. Tilgået: 30.12.2021. Link: https://www.defactum.dk/siteassets/defactum/3-projektsite/lup-psykiatri/2020/rapporter/lup-psykiatri-2020-national-one_pager.pdf.
- (117) 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-undersogelse/Documents/Onepager_LUP%20Somatik_2020.pdf.
- (118) DEFACTUM. LUP Psykiatri : Oversigter med resultater. DEFACTUM, 2021.
- (119) Center for Patientinddragelse (CPI). LUP 2020 resultater. Tilgået: 30.12.2021. Link: https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/aktuel-undersogelse/Sider/LUP-2020-resultater_uge-11.aspx.
- (120) 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.
- (121) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). RKKP's hjemmeside. Tilgået: 20.12.2021. Link: <https://www.rkkp.dk/>.
- (122) Kristensen S. Evaluering af PRO-Psykiatri : Baseret på erfaringer fra Psykiatrien i Region Nordjylland. Psykiatrien i Region Nordjylland, 2020.
- (123) Epinions Danmarkspanel. Befolkningsmåling : Pårørende til psykisk syge i Danmark 2018. Bedre Psykiatri, 2018.

- (124) Epinion. PR-analyse om psykisk sygdom - SUF Københavns Kommune. Epinion, 2016.
- (125) Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser. Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2020.
- (126) Bedre Psykiatri. Antal søskende til psykisk syge børn og unge. Bedre Psykiatri, 2020 (Undersøgelse fra Bedre Psykiatri).
- (127) 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.
- (128) 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.
- (129) 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.
- (130) Ashcroft K, Kim E, Elefant E, Benson C, Carter JA. Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Community Ment Health J* 2018;54(7):983-991.
- (131) Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(12):CD000088. doi(12):CD000088.
- (132) Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2021;8(11):969-980.
- (133) Svendsen ML, Ellegaard T, Jeppesen KA, Riiskjær E, Nielsen BK. Family involvement and patient-experienced improvement and satisfaction with care: a nationwide cross-sectional study in Danish psychiatric hospitals. *BMC Psychiatry* 2021;21(1):190-021-03179-1.
- (134) 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/>.
- (135) Bedre Psykiatri. Sammenhæng i psykiatrien : survey. Bedre Psykiatri, 2013.

Sundhed for alle ♥ + ●