



SUNDHEDSSTYRELSEN

Analyse af ventetider til praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere

Analyse af ventetider til praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere
Analyseresultater

© Sundhedsstyrelsen, 2025.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-639-5

Foto: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Januar 2024

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
1. Introduktion	4
2. Resume	7
2.1. Formål med analysen.....	7
2.2. Årsager til ventetider.....	7
2.3. Konklusion og forslag til reduktion af ventetider	8
3. Metode og datagrundlag.....	10
3.1. Metodetilgang - styrker og svagheder	10
3.2. Udførelse og dataafgrænsning	11
4. Årsager til ventetider	14
4.1. Aktivitet og ventetider	14
4.2. Kapacitet	24
4.3. Forløb	30
5. Fund fra den kvalitative undersøgelse	41
5.1. Fund, der påvirker ventetider til praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere	41
6. Konklusion og forslag til reduktion af ventetider	45
6.1. Analysens hovedpointer	45
6.2. Forslag	48
Referenceliste	52

1. Introduktion

Psykiatrien i Danmark står over for længerevarende udfordringer, som blandt andet kan tilskrives udviklingen i befolkningens sygelighed og behandlingsmuligheder samt strukturelle forhold, herunder kapaciteterne i praksissektor, kommuner og sygehuse hver for sig og samlet set (Sundhedsstyrelsen, 2022a).

Det skønnes at omkring 40-50 % af befolkningen på et tidspunkt i livet vil få en psykisk lidelse, og blandt børn og unge forventes 15 % at blive diagnosticeret med en psykisk lidelse, inden de fylder 18 år (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Psykiske lidelser dækker over et bredt spektrum af tilstande med forskellig alvorlighed og varighed. Nogen har en psykisk lidelse i en kortere periode, mens andre lever med en psykisk lidelse det meste af livet. Uanset kan det være en betydelig belastning for den enkelte og for pårørende, og for nogen kan det være livstruende.

Fra 2009-2018 er antallet af patienter med psykiske lidelser, der behandles på sygehuse steget med 30 %. Antallet af patienter, der behandles for somatiske sygdomme på sygehuse, er til sammenligning kun steget med 13 % i samme periode. I børne- og ungdomspsykiatrien er antallet af patienter steget med omkring 50 % fra 2008-2018 (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Omkring 73.200 børn og unge under 18 år lever med én eller flere psykiatriske diagnoser og 15 % bliver diagnosticeret med en psykisk lidelse inden de fylder 18 år (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023). Udviklingen er medvirkende til, at der forekommer stigende ventetider til udredning og behandling hos praktiserende psykiater eller børne- og ungdomspsykiater, som har overenskomst med det offentlige sundhedsvæsen, såvel som i hospitalspsykiatrien.

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen udarbejdede i 2022 et fagligt oplæg til en 10-årsplan for bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Regeringen og alle Folketingets partier indgik den 24. november 2023 aftalen om En bedre psykiatri - hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne, hvor aftalepartierne blev enige om, at der er behov for at kortlægge årsagerne til ventetiderne til praktiserende psykiatere på både børne, unge og voksenområdet, samt beskrive mulige løsningsforslag.

Det følger heraf, at Sundhedsstyrelsen skal udarbejde nærværende analyse, som skal:

- a. beskrive årsager til ventetiderne til praktiserende psykiater eller børne- og ungdomspsykiater med ydernummer
- b. beskrive forslag til, hvordan ventetiderne kan reduceres igennem bedre og mere effektiv udnyttelse af eksisterende ydernummerkapacitet

Forslagene skal sigte på at nedbringe ventetiden indenfor de eksisterende økonomiske rammer.

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Danske Regioner defineret analysens nærmere afgrænsning.

Sundhedsdatastyrelsen har trukket data om forløb hos praktiserende psykiatere samt arbejdsmarkedsdata til brug for den kvantitative del af analysen. Disse data er suppleret med data fra andre kilder, herunder

Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Danske Regioner, samt data fra esundhed.dk. Desuden har Implement Consulting Group gennemført en kvalitativ undersøgelse som et bidrag til analysens spørgsmål a og b.

Vurderingen af efterspørgsel baserer sig dels på opgørelsen af ventetider og på den kvalitative analyse. Derudover indgår data om aktivitet og udbud.

Analysen og afledte forslag afgrænser sig til kapacitetsudnyttelse hos praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere, som har overenskomst med det offentlige sundhedsvæsen, med henblik på at nedbringe ventetiderne til disse. Selve analysen kommer ind på strukturelle barrierer og samarbejdet mellem praktiserende psykiater og børne- og ungdomspsykiater og andre aktører i de tilfælde, hvor det er relevant for at beskrive årsager til ventetider. Nogle af forslagene tager udgangspunkt i, at en del af de patienter som ses af en psykiater eller børne- og ungdomspsykiater i dag, måske skal behandles i et andet regi i fremtiden. Dermed peger de også på, hvad der skal foregå i andre sektorer, herunder almen praksis og kommuner. Dette dog med udgangspunkt i, at aktiviteten i den samlede psykiatri ikke forskydes og under forudsætning af, at aktiviteten i den del af sektoren, som i dag finansieres uden offentlige midler, forbliver dækket ved egenbetaling.

Ansvar og organisering af opgaver relateret til psykiatrien

De praktiserende psykiatere i børne- og ungdomspsykiatri varetager primært udredning og behandling af patienter med psykiske sygdomme af moderat grad svarende til hovedfunktionsniveau på sygehuse, såsom angst- og depressionslidelser, stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser og udviklingsforstyrrelser. Psykiateren udarbejder en epikrise med en beskrivelse af forløbet og behandlingsplan til egen læge, og for børn og unge eventuelt en tilsvarende skrivelse til familien og samarbejdspartnere, inden patienten afsluttes til egen læge (RLTN og FAPS, 2023a og b).

Organiseringen af udredning og behandling i speciallægepraksis er for nyligt beskrevet i de seneste moderniseringsrapporter for børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri i speciallægepraksis, begge fra 2023 (RLTN og FAPS, 2023a og b). For børne- og ungdomspsykiatri fremhæves muligheden for øget brug af gruppesamtaler, herunder også digitalt. For voksenpsykiatri fremhæves muligheden for i øget grad at bruge andre faggrupper til eksempelvis at gennemføre psykometriske test, i forsøget på at nedbringe ventetiden. For begge specialer gør det sig gældende, at der har været og er fokus på at øge antallet af patienter og antallet af udrednings- og behandlingsforløb, som respons på den øgede efterspørgsel.

Almen praksis varetager udredning og behandling af voksne patienter med lettere psykiske lidelser eller problemstillinger, blandt andet let til moderat angst og depression, kriser, demens og alkoholmisbrug. Herudover har egen læge mulighed for at henvise til kommunale behandlingstilbud. Der er dog store geografiske forskelle på adgangen til disse både på voksen og børne- og ungeområdet. Egen læge kan også henvise til psykolog, hvis patienten hører ind under én af de 11 grupper, der er omfattet af adgang til psykologhjælp med offentligt tilskud. For 18-24-årige er det muligt at få vederlagsfri psykologhjælp til behandling af let til moderat angst og depression (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023). Ordningen er i øjeblikket under revision. Kommunerne skal fra 2024 etablere et lettilgængeligt kommunalt behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel og med symptomer på psykisk lidelse. Behandlingstilbuddet skal være fuldt implementeret inden udgangen af 2025 (Sundhedsstyrelsen 2023c).

Regionerne har ansvaret for den samlede planlægning af psykiatrien, både den hospitalsbaserede og i praksissektoren. Om behandlingen finder sted på hospital eller i praksissektoren afhænger af symptomernes sværhedsgrad og kompleksitet (Sundhedsstyrelsen, 2022b).

2. Resume

2.1. Formål med analysen

Formålet med nærværende analyse er at:

- a. beskrive årsager til ventetiderne til praktiserende psykiater eller børne- og ungdomspsykiater med ydernummer
- b. beskrive forslag til, hvordan ventetiderne kan reduceres igennem bedre og mere effektiv udnyttelse af eksisterende ydernummerkapacitet

Med disse formål for øje har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en analyse på baggrund af data leveret af Sundhedsdatastyrelsen og fra andre kilder. Implement Consulting Group har leveret en kvalitativ undersøgelse som bidrag til de overordnede analysespørgsmål. Analysen har været begrænset af, at det ikke har været muligt at tilvejebringe gode data om efterspørgsel, da henvisning til psykiater fra almen praksis ikke bliver registreret særskilt (der er ikke ydelseskode eller særskilt system for registrering af henvisninger). En henvist patient vil derfor først blive registreret i det øjeblik de har deres første konsultation ved psykiateren, et tal der i sagens natur vil være afhængig af kapaciteten hos psykiaterne og ikke kun af antallet af henviste patienter (efterspørgslen). Den kvalitative undersøgelse og data om ventetider og aktivitet har bidraget til at tegne et billede af efterspørgslen og udviklingen af den.

2.2. Årsager til ventetider

Analysen giver mulige forklaringer på årsager til ventetiderne til psykiatrisk udredning og behandling hos praktiserende psykiater i børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri (se kapitel 4).

Varighed af gennemsnitlig ventetid

I perioden 2022-2023 var den gennemsnitlige ventetid for børn og unge 26,5 uger, mens voksne havde en gennemsnitlig ventetid på 19,4 uger. Der er flere årsager til de forholdsvis lange ventetider, hvilket beskrives i kapitel 4. Den gennemsnitlige ventetid i de enkelte regioner varierer med ca. 10 uger, men det er ikke konsistent mellem specialerne, hvilke regioner der har længst ventetid, og hvilke der har kortest. 10 % venter længere end 53 uger i børne- og ungdomspsykiatrien og 46 uger i voksenpsykiatrien.

Kapacitet og antal kontakter

For praktiserende børne- og ungdomspsykiatere er antallet af psykiatere steget de seneste år, mens antallet af kontakter, forstået som konsultationer pr. psykiater er faldet. Samlet set er kapaciteten i specialet steget, hvilket afspejles i en stigning i antallet af patienter. For voksenpsykiatri er antal af psykiatere stagneret, mens antallet af kontakter pr. psykiater er faldet. Antallet af patienter er dog steget lidt. I vurderingen af antal kontakter pr. psykiater skal der tages højde for variationen af kontakter og at nogle konsultationer er mere tidskrævende end andre. Et fald i antal kontakter kan derfor ikke nødvendigvis tolkes som et effektivitetstab.

Øget efterspørgsel

Med en stigning i kapaciteten målt i antal behandlede patienter, vurderes det at en betydelig stigning i efterspørgsel efter psykiatrisk behandling kan være en af de primære årsager til de forholdsvis lange ventetider. Denne vurdering understøttes af den kvalitative undersøgelse, hvor der er bred enighed om, at den øgede efterspørgsel er den væsentligste årsag. Symptomer på ADHD og autismespektrumlidelse er særligt udbredte blandt børn og unge, mens det hos de voksne patienter særligt er ADHD, angst og depression, og belastnings- og tilpasningsreaktioner, der ses hyppigst hos de patienter, der søger behandling. Der er flere mulige forklaringer på at flere søger og bliver henvist til psykiatrisk behandling. En del af udviklingen skyldes formentlig mere viden om og mindre stigmatisering af psykiske lidelser. Samtidig er den samlede kapacitet af psykiatere på hospitaler og praktiserende psykiatere steget gennem de sidste 10 år i begge specialer.

Samarbejde med almen praksis

Henvisninger fra almen praksis varierer i kvalitet. Mangelfulde henvisninger kan blive afvist ved praktiserende psykiater, hvilket kan føre til forsinkelser i behandlingsprocessen, da processen med henvisning fra almen praksis startes forfra.

Udfordringer med at afslutte stabile patienter til almen praksis betyder, at det ikke er muligt for de praktiserende psykiatere at tage nye patienter ind. Ventetiden for nye patienter forlænges således når praktiserende psykiatere har patienter med lange forløb, hvor der er mange kontakter per patient.

Sygdomsbillede

På voksenområdet, er der en stigende tilgang af patienter, som blandt andet ønsker at blive udredt og behandlet for udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser som ADHD og autismespektrumlidelse, hvilket bidrager til den øgede aktivitet hos de praktiserende psykiatere. Den stigende tilgang ses på baggrund af antallet med diagnoserne og en markant stigning i nye brugere af ADHD-medicin. Ligesom det underbygges af de praktiserende psykiatere i den kvalitative undersøgelse. Praktiserende psykiatere prioriterer i de patienter, der kommer ind. Patienter med mere akutte symptomer, som fx symptomer på angst og depression, får hurtigere tilbudt en tid, mens patienter med symptomer på ADHD og autismespektrumlidelse ofte må vente længere.

Dobbelt ventetid for unge

Unge mellem 16 og 18 år, som står overfor et skift fra børne- og ungdomspsykiatriens målgruppe til voksenpsykiatriens målgruppe, risikerer dobbelt ventetid, fordi de ikke kan nå at få tid, før de fylder 18 år, og først kan komme på venteliste til voksenpsykiater, når der er 6 måneder til deres 18-års fødselsdag. Ventetiden kan have negative konsekvenser for deres udvikling, uddannelsesforløb og generelle trivsel.

2.3. Konklusion og forslag til reduktion af ventetider

Under fire overskrifter gives forslag til, hvordan ventetiderne kan reduceres og de underliggende årsager afhjælpes (se kapitel 5 for nærmere).

Fokus på psykiaterens kernekompetence

Øget bevidsthed om, at formålet med en psykiatrisk diagnose er behandling, og hvad dette indebærer, skal styrkes blandt alle aktører og i befolkningen. Dette inkluderer alment praktiserende læger, praktiserende psykiatere og kommune. Der skal være mere fokus på, at patienterne bliver behandlet på rette specialiseringsniveau. Der mangler viden om hele primærsektoren og der er behov for at vurdere, om en andel af de nuværende patienter hos praktiserende børne- og ungdomspsykiatere og voksenpsykiatere kan få mere hensigtsmæssig behandling eller hjælp i andet regi, fx i almen praksis, gennem kommunale tilbud, eller blandt familie, venner og i civilsamfund.

Styrkede rammer om samarbejdet mellem almen praksis og psykiater

Samarbejdet mellem praktiserende psykiatere, almen praksis og andre aktører skal styrkes, ved at give regionerne mere ansvar for planlægning og samarbejde. Det skal bidrage til at løse problemer med uklare henvisninger, dårligt overblik over ventetider og til tider uklar arbejdsdeling. Forslaget opfordrer til, at der igangsættes et arbejde med parterne, hvor ansvaret for den samlede målgruppe drøftes med henblik på en klar ansvarsfordeling og effektiv brug af ressourcer.

Frigør ressourcer hos den praktiserende psykiater

Øget brug af klinikpersonale til opgaver som diagnostiske tests, opfølgning på farmakologisk behandling og psykoterapi kan frigive ressourcer hos de praktiserende psykiatere. Erfaringsdeling og undervisning kan understøtte, at de praktiserende psykiatere påtager sig den ledelsesopgave det er at have klinikpersonale, som kan bidrage til opgaveløsningen.

Styrk overgangen fra barn til voksen

For at undgå dobbelt ventetid ved overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri skal det sikres, at de unges anciennitet på ventelisten overføres ved transition.

Den samlede effekt af tiltagene beror på, at efterspørgslen afstemmes med udbuddet. I den sammenhæng er første og andet forslag afgørende. Sekundært til dette er muligheden for at øge udbuddet indenfor den eksisterende kapacitet, men det forudsætter, at kapaciteten anvendes til de rette patienter. Ellers risikerer man at flytte ressourcer fra en gruppe, som har et stort behov, fx patienter i hospitalspsykiatrien, til patienter, der, som en gennemsnitbetragtning, har et mindre behov. Det fjerde forslag kan indføres uafhængigt af de andre, fordi det sigter mod at genoprette adgangen til behandling for en gruppe, som af vilkårlige årsager har fået adgangen forringet. Forslaget understreger behovet for, at der er én ansvarlig myndighed, som sikrer sammenhæng og fuldstændighed i tilbuddene.

3. Metode og datagrundlag

3.1. Metodetilgang - styrker og svagheder

For at belyse mulige årsager til ventetider og stille forslag til, hvordan ventetiderne kan nedbringes har Sundhedsstyrelsen indhentet data fra Sundhedsdatastyrelsen og andre kilder, herunder Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Danske Regioner. Dette er samlet til et overblik over aktivitet og forløb i speciallægepraksis, samt udbuddet af arbejdskraft til sektoren. Det kvantitative element er suppleret med en kvalitativ undersøgelse udført af Implement Consulting Group. Den kvalitative undersøgelse belyser årsagerne til udviklingen i ventetiderne og bidrager med viden, som ikke kan tilvejebringes gennem de kvantitative data. Ved at sammenholde de kvalitative fund med tilgængeligt data bidrager det til en dybere forståelse af ventetiderne og til at pege på mulige løsninger for at nedbringe dem. Den kvalitative undersøgelse supplerer således de kvantitative data, hvilket er særligt aktuelt for de områder, hvor det ikke er muligt at tilvejebringe kvantitative data.

Der er flere aspekter vedrørende ventetider, der er relevante at belyse, men som ikke har været mulige pga. datagrundlaget enten har været utilstrækkeligt eller ikke eksisterende. Analysen er blandt andet begrænset af, at der ikke er adgang til data om efterspørgsel. Fx er det ikke muligt at få data på antal henvisninger til praktiserende psykiatere. En henvisning er en sundhedsfaglig kommunikation, som ikke registreres i Sygesikringsregisteret. Henvisningen registres først når den bliver til en kontakt (aftale) ved psykiateren. Det vil sige, at der ikke er data på, hvor mange almen praksis i alt henviser til praktiserende psykiatere og derfor har vi heller ikke viden om, hvor mange der bliver afvist.

Ligeledes er det heller ikke muligt at få data på årsag til henvisning eller at koble data om aktivitet hos de praktiserende psykiatere eller praktiserende børne- og ungdomspsykiater med diagnoser eller koble data om diagnoser stillet ved de praktiserende psykiatere til de enkelte forløb. Det vil sige, at det ikke er muligt at følge patienten fra den ene sektor til den anden, altså fra almen praksis til praktiserende psykiater eller praktiserende børne- og ungdomspsykiater til hospital mv. Det betyder, at det på den måde ikke er muligt at få viden fra de kvantitative data om, hvor der kunne være potentiale for at reducere ventetiderne ved at optimere arbejdsgangene og samarbejde mellem sektorer. Den kvalitative undersøgelse bidrager imidlertid til at afdække potentialerne for at styrke rammerne for samarbejde og arbejdsgange på tværs af sektorerne.

Den reelle efterspørgsel i befolkningen kan ikke til fulde kvantificeres på baggrund af aktivitet i almen praksis og ved praktiserende psykiatere inden for begge specialer, da aktiviteten her er begrænset af kapaciteten.

Data for private tilbud som fx psykiatere uden for sygesikring eller diverse tilbud udbudt gennem private sundhedsordninger og forsikringer har ikke umiddelbart været mulige at fremskaffe, udover en samlet opgørelse fra brancheorganisationen Forsikring & Pension. Denne opgørelse er opgjort som de samlede årlige udgifter til kategorien "psykolog, psykiater mv." og angiver dermed ikke antallet af personer eller det præcise tilbud der er anvendt.

Grundlaget for at vurdere efterspørgsel findes derfor i den kvalitative undersøgelse samt ventetiderne, som indirekte giver en indikation af, at efterspørgslen overstiger udbuddet.

Den kvalitative undersøgelse, foretaget af Implement, belyser primært de praktiserende psykiaters perspektiver. Perspektiver fra kommuner, den regionale psykiatri og Danske Regioner er ikke medtaget i undersøgelsen, hvilket kunne have givet undersøgelsen flere nuancer. Ved udarbejdelse af mere konkrete løsningsforslag, vil det derfor være nyttigt at involvere alle relevant parter.

3.2. Udførelse og dataafgrænsning

3.2.1. Kvalitativ analyse

Implement Consulting Group har bidraget med en kvalitativ undersøgelse med relevante informanter, med det formål at belyse årsagerne til de forholdsvis lange og fortsat stigende ventetider til praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere. Respondenterne er enten praktiserende psykiatere eller børne- og ungdomspsykiatere eller har en særlig indsigt i patientforløb hos praktiserende psykiatere. Implement har foretaget 32 semistrukturerede interviews med i alt 38 respondenter, som hver især er blevet interviewet i 50 minutter. Respondenterne repræsenterer begge specialer samt alle fem regioner.

3.2.2. Aktivitet i psykiatrisk praksis

Tal for antallet af patienter for hhv. praktiserende psykiatere indenfor begge specialer og hospitalspsykiatrien blev indhentet fra eSundhed via opgørelsen 'Nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet'. For praksissektoren er patienter opgjort på baggrund af sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, og er defineret som unikke cpr-numre, der har haft mindst én ydelse i det pågældende år. For sygehussektoren er patienter opgjort på baggrund af Landspatientregisteret samt CPR-registeret, og er defineret som unikke cpr-numre, der har haft mindst et sygehusophold i det pågældende år.

3.2.3. Diagnoser udredt ved praktiserende psykiater og på hospital

Antallet af individuelle diagnoser er for praksissektoren opgjort på baggrund af tal indhentet fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger for perioden 30. april 2023 til 30. april 2024. For hospitalssektoren er diagnoser opgjort på baggrund af tal for 2023 indhentet fra LPR via eSundhed. En patient er talt med for en given diagnose, hvis denne er angivet som den vigtigste diagnose (aktionsdiagnosen) ifm. et sygehusophold. Patienter kan optræde flere gange på tværs af diagnoser, samt i både børne- og ungdomspsykiatri opgørelsen og voksenpsykiatriopgørelsen, hvis en patient i det samme år har haft to separate indskrivinger på sygehus, da de var hhv. 18 og 19 år.

3.2.4. Brugere af ADHD-medicin

Antal brugere af ADHD-medicin er opgjort på baggrund af tal fra medstat.dk. samt befolkningstal fra Danmarks Statistik. ADHD-medicin er defineret som ATC-koderne C02AC02, N06BA02, N06BA04, N06BA09 og N06BA12. For alle angivne år er 99% eller mere af salget i primærsektor personhenførbart.

3.2.5. Nye tilfælde af autismspektrumlidelse

Antal nye tilfælde af autismspektrumlidelse er opgjort af Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af tal fra LPR samt Danmarks Statistik. Autismspektrumdiagnoser er defineret som diagnosekoderne F840, F841, F8410, F8411 og F8412.

3.2.6. Ventetider

Ventetider i praksissektoren er opgjort på baggrund af tal fra Danske Regioner. Individuelle ventetider er her defineret som tidsintervallet mellem dato for henvisning og dato for registrering af ydelse, målt i hele dage. Hvis ventetiden overskrider 200 uger, er forløbet ekskluderet fra opgørelsen. Opgørelsen baserer sig alene på årene 2022 og 2023, pga. ringe datakvalitet i årene 2020 og 2021.

Ventetider i sygehussektoren er opgjort på baggrund af tal fra eSundhed via opgørelsen 'Ventetider til behandling på sygehus'. Ventetiden måles fra patienten er endeligt udredt på sygehus til behandling påbegyndes. Såfremt patientens udredning ikke er foregået på sygehus, løber ventetiden fra, at patientens henvisning til behandling er modtaget på sygehus, til behandling påbegyndes.

3.2.7. Forløb og kontakter hos praktiserende psykiater

Forløb er opgjort på baggrund af tal fra Sundhedsdatastyrelsen trukket fra sygesikringsregisteret, yderregisteret og CPR-registeret. Her indgår alle borgere med kontakt til praktiserende psykiater i hhv. børn- og ungepsykiatri eller voksenpsykiatri med ydernummer, hvis forløb er afsluttet indenfor perioden.

Det gennemsnitlige antal kontakter per forløb er opgjort på region og år, defineret som det totale antal kontakter divideret med det totale antal forløb. Fordelingen af antallet af udredningskonsultationer per forløb er opgjort med en værdi fra 1 til 8+, og andelen for de forskellige antal konsultationer er opgjort i procent. Opgørelsen dækker perioden 2020 til 2023.

Udredningskonsultationer er defineret ud fra ydelseskoderne 0141, 0142 og 0143. Behandlingskonsultationer er defineret ud fra ydelseskoderne 0145, 0150 og 0151. For alle de inkluderede borgere er det opgjort, hvor mange der har haft mindst én udredningskonsultation, mindst én behandlingskonsultation, mindst én udredningskonsultation, men ingen behandlingskonsultation, både udredningskonsultation og behandlingskonsultation, samt det totale antal forløb og borgere.

Opgørelserne af forløb og kontakter dækker perioden 2020-2023.

3.2.8. Recepter på antidepressive og centralstimulerende lægemidler

Opgørelse over fordeling af receptudstedertype af hhv. antidepressive og centralstimulerende lægemidler er baseret på tal fra studiet af Pottegård m.fl. 2021. Tallene er baseret på en stikprøve af 20% af alle levende danskere i perioden og deres indløste recepter på apoteker. Tallene er angivet med 2014 som index 100. For antidepressive lægemidler er der benyttet ATC koden N06A, og for centralstimulerende lægemidler er der benyttet ATC koden N06BA.

3.2.9. Udbetalt erstatning fra private sundhedsforsikringer

Den samlede bruttoerstatning fra sundhedsforsikringer per år til psykolog, psykiater mv., er opgjort på baggrund af oversigt fra Forsikring og Pension (F&P, 2024).

3.2.10. Prognose for antallet af praktiserende psykiatere

Prognose for antal praktiserende psykiatere i børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri er opgjort på baggrund af 'Lægeprognose 2021-2045 - Udbuddet af læger og praktiserende psykiater' (Sundhedsstyrelsen, 2021a) baseret på hovedscenariet (A).

3.2.11. Opgørelse af antal praktiserende psykiatere

Antallet af praktiserende psykiatere i børne- og ungdomspsykiatri samt voksenpsykiatri i praksis er opgjort på baggrund af tal fra eSundhed. Antallet er opgjort i kapaciteter defineret som en fuldtidsansat psykiater, der ikke må have andre fuldtidsstillinger. En deltidspkaksis tæller typisk som 0,33 kapacitet. For 2023 er benyttet opdaterede tal fra 'Modernisering af specialet Børne- og ungdomspsykiatri i speciallægepraksis 2023' (RLTN & FAPS, 2024). Praktiserende psykiatere per 10.000 borgere er beregnet på baggrund af tal fra Danmarks Statistik. For praktiserende børne- og ungdomspsykiatere er benyttet befolkningstallet for 4-17-årige per 1. januar det efterfølgende år, og for praktiserende psykiatere i voksenpsykiatri er benyttet befolkningstallet for 18+ årige

3.2.12. Opgørelse af antal psykiatere på hospitaler

Antallet af psykiatere i børne- og ungdomspsykiatri samt voksenpsykiatri er opgjort på baggrund af tal fra Sundhedsdatastyrelsen trukket fra bevægelsesregisteret. Her er alle psykiatere ansat i regioner/amter medregnet. Psykiatere per 10.000 borgere er beregnet på baggrund af tal fra Danmarks Statistik. For psykiatere i børne- og ungdomspsykiatri er benyttet befolkningstallet for 4-17-årige, og for psykiatere i voksenpsykiatri er benyttet befolkningstallet for 18+ årige. Da tallene i bevægelsesregisteret er opgjort pr 31. december i et givent år, er der benyttet befolkningstallene pr. 1. januar det efterfølgende år.

3.2.13. Kontakter pr. praktiserende psykiater

Antal af kontakter per psykiater er baseret på egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen trukket fra Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret.

3.2.14. Opslåede og ubesatte stillinger

Antallet af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb for praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i børne- og ungdomspsykiatri og almen psykiatri er baseret på Sundhedsstyrelsens årlige opgørelser baseret på tal indberettet af de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2024b).

3.2.15. Andre faggrupper

Antal beskæftigede fra andre faggrupper ved praktiserende børne- og ungdomspsykiatere eller voksenpsykiatere er opgjort på baggrund af tal fra Sundhedsdatastyrelsen trukket fra bevægelsesregisteret. Praktiserende psykiatere er defineret ud fra branchekoden 862200: 'Praktiserende psykiatere' og arbejdsmarkedsstatus Beskæftigede. En praktiserende psykiater praksis' speciale er defineret ud fra om der er ansat mindst én speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller voksenpsykiatri. Det er kun beskæftigede med primærbeskæftigelse i den pågældende praksis, der er talt med.

4. Årsager til ventetider

Det følgende kapitel beskriver ventetiderne til behandling hos praktiserende børne- og ungdomspsykiater og voksenpsykiater. Ventetider i 2022 - 2023 var i gennemsnit 26,5 uger for børn og unge og 19,4 uger for voksne.

Årsagerne til de forholdsvis lange ventetider er forskelligartede. I det følgende afsøges blandt andet efterspørgsel, sygdomsbilledet blandt patienter, samarbejdet med almen praksis og kommuner, og kapaciteten i sygehussektoren relativt til praktiserende psykiatere, herunder regionale variationer. Desuden indgår en undersøgelse af, om de praktiserende psykiateres behandling af deres patienter har ændret sig og om længden af forløb er forskellig fra region til region. Afslutningsvist undersøges det, hvorvidt der er et potentiale for at udvide kapaciteten ved de praktiserende psykiatere ved at involvere andre faggrupper i højere grad.

ADHD og autismspektrumlidelse

Både ADHD og autismspektrumlidelse er medfødte udviklingsforstyrrelser, som ofte viser sig i den tidlige barndom, selv om en del personer først får stillet diagnosen som voksne.

Autismspektrumlidelse kaldes også gennemgribende udviklingsforstyrrelser og er blandt andet kendetegnet ved vanskeligheder med socialt samspil og kommunikation samt snævre interesser og en præference for faste rutiner. ADHD er en opmærksomhedsforstyrrelse, som er kendetegnet ved koncentrationssværligheder, hyperaktivitet og impulsivitet. Studier indikerer, at prævalensen af autisme i befolkning er omkring 1-2 %, mens ca. 5 % menes at have ADHD.

For både ADHD og autismspektrumlidelse ses en betydelig forekomst af andre samtidige udviklingsforstyrrelser eller psykiske lidelser såsom depression, angst, OCD og spiseforstyrrelser samt selvskadende adfærd.

4.1. Aktivitet og ventetider

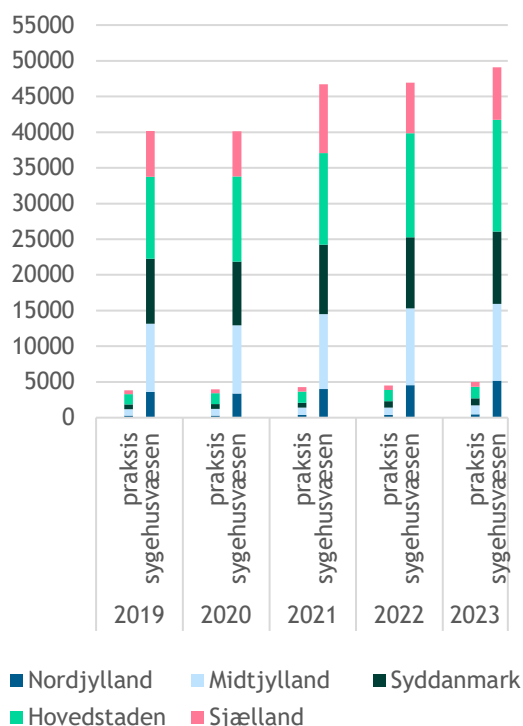
4.1.1. Øget aktivitet ved praktiserende psykiatere

I figur 2 vises antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien, som har forløb ved hhv. praktiserende psykiatere og i hospitalspsykiatri i børne- og ungdomspsykiatrien. Det fremgår, at der er omkring ca. 10 gange så mange patienter i hospitalspsykiatrien, som der er ved de praktiserende psykiatere. For begge

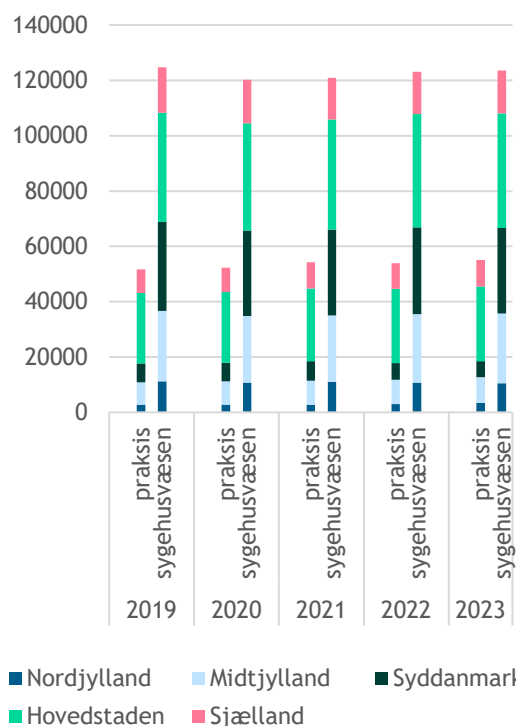
sektorer ses en relativt stor stigning fra 2019 til 2023 på hhv. 30 % for praktiserende psykiatere og 22 % for regional børne- og ungdomspsykiatri. Således var der i 2023 ca. 5.000 patienter ved praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i børne- og ungdomspsykiatri med ydernummer, mens der var ca. 48.700 i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri.

I voksenpsykiatrien, hvor patienter over 18 år behandles, var der i udgangspunktet et større antal patienter end i børne- og ungdomspsykiatrien. Det samlede antal patienter er øget beskedent fra ca. 51.400 i 2019 til ca. 54.500 i 2023, svarende til 6 %, jf. figur 3. For patienter der afsluttede et behandlingsforløb er antallet steget med ca. 26% fra ca. 16.900 til 21.300. Antallet af patienter uden for forløb eller i et uafsluttet forløb er steget med ca. 4% fra ca. 38.900 til ca. 40.400. På trods af stigning i både antallet af patienter der afsluttede et forløb, samt patienter uden for forløb eller i et uafsluttet forløb er det samlede antal kontakter for de to patientgrupper faldet med ca. 5% fra ca. 369.700 til 352.300. For patienter der har afsluttet et forløb er antallet af kontakter steget med ca. 26% svarende til stigningen i antallet af patienter, og det gennemsnitlige antal kontakter per patient er dermed relativt uændret over perioden. For patienter uden for forløb eller i et uafsluttet forløb er antallet af kontakter derimod faldet med ca. 36% fra ca. 181.500 til ca. 115.900, hvilket betyder at det gennemsnitlige antal kontakter per patient er faldet med ca. 38%. I hospitalspsykiatrien faldt det samlede antal patienter beskedent i samme periode fra ca. 122.600 til ca. 122.200, svarende til et fald på 1 %

Figur 2: Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien, i praksis og på hospital, 2019-2023



Figur 3: Antal patienter i voksenpsykiatrien, i praksis og på hospital, 2019-2023

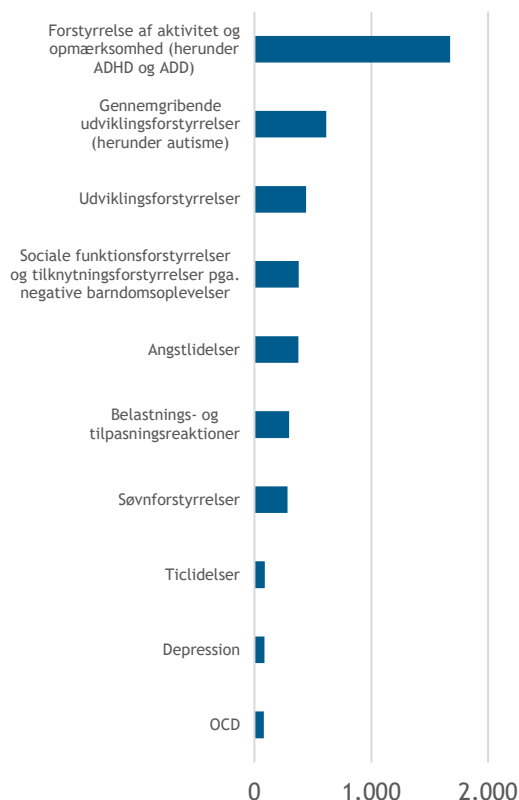


Kilde: Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret, esundhed.dk

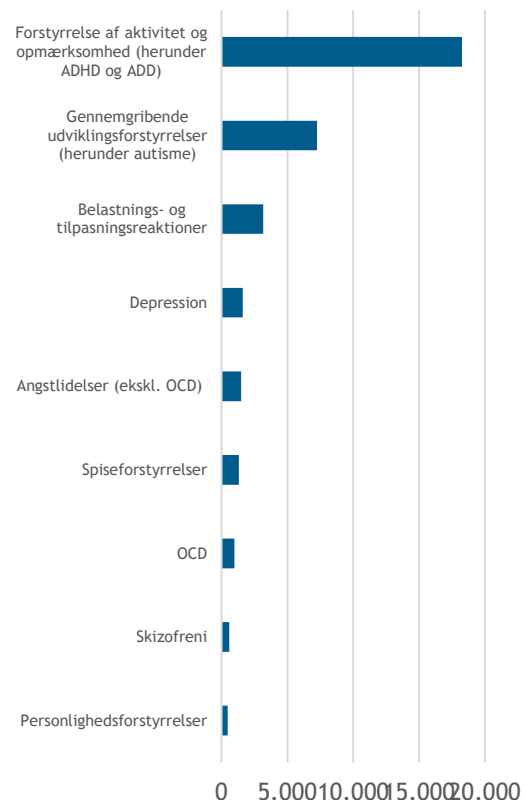
4.1.2. Sygdomsbillede

Det er særligt udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, som definerer aktivitet ved de praktiserende psykiatere. Det fremgår af figur 4, at 'aktivitets- og opmærksomhedsforstyrrelser', herunder ADHD og gennemgribende udviklingsforstyrrelser, herunder autismespektrumlidelse, er de to største diagnosegrupper blandt patienterne hos de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere, såvel som i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, med en bred margen.

Figur 4: Diagnoser blandt patienter ved de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere



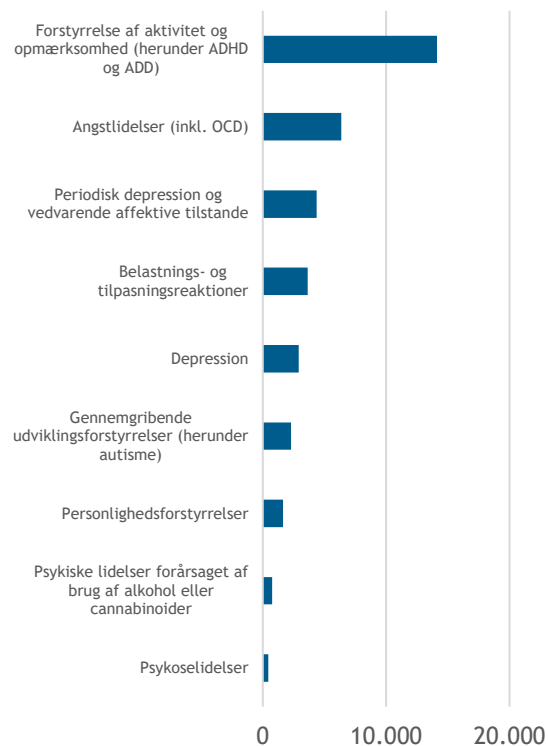
Figur 5: Diagnoser i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri



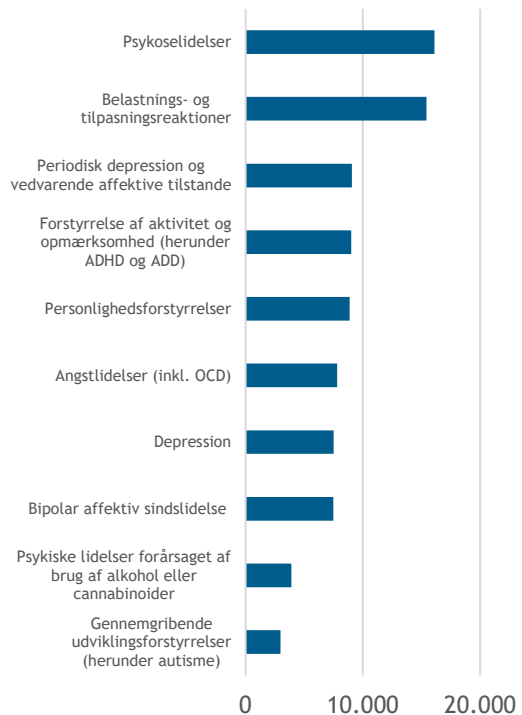
Kilde: Foreningen af Praktiserende Psykiatere og Landspatientregisteret (esundhed.dk) (per 17. maj 2024).

For voksenpsykiatri ses ligeledes, at den største diagnosegruppe hos de praktiserende psykiatere var 'aktivitets- og udviklingsforstyrrelser', mens gennemgribende udviklingsforstyrrelser var længere nede på listen, jf. figur 6. I stedet var angsttilstande, depression og belastningsreaktioner nummer to, tre og fire på listen. For hospitalspsykiatrien ses i figur 7, at sammensætningen af diagnoser blandt voksne var væsentligt anderledes end hos praktiserende psykiatere, hvor psykoselidelser og belastningsreaktioner var de største grupper i hospitalspsykiatrien.

Figur 6: Diagnoser blandt patienter ved voksenpsykiatere



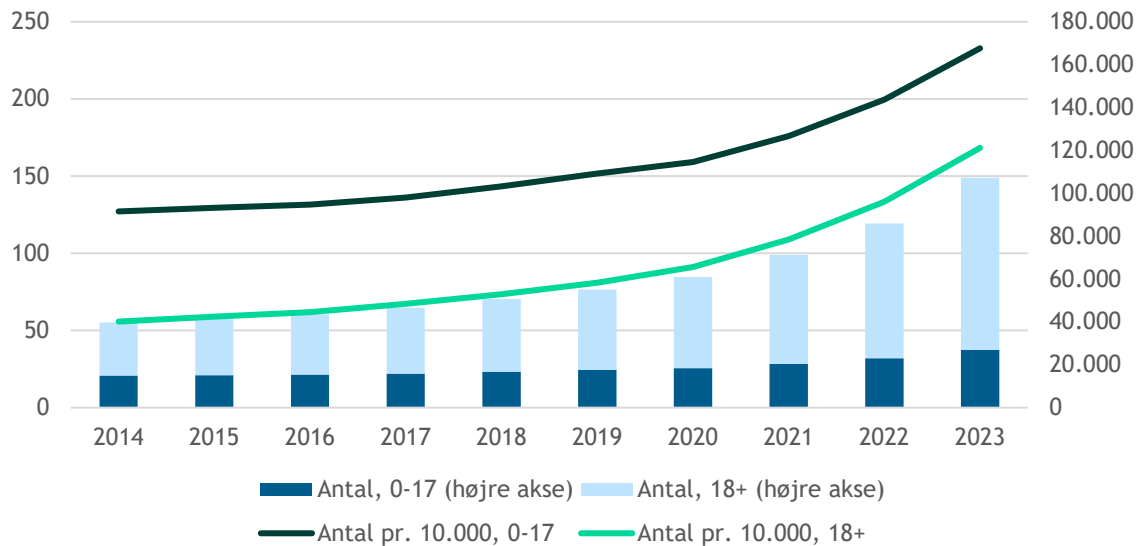
Figur 7: Diagnoser i hospitalspsykiatrien (over 18 år)



Kilde: Foreningen af Praktiserende Psykiatere og Landspatientregisteret (esundhed.dk) (per 17. maj 2024).

At gruppen af borgere med udviklingsforstyrrelser, herunder ADHD og autismspektrumlidelse, har været voksende over en årrække, underbygges af, at antallet af personer, som brugte ADHD-medicin voksede fra ca. 39.800 i 2014 til ca. 107.300 i 2023, en stigning på 170 % jf. figur 8. Stigningen i antallet af voksne, som brugte ADHD-medicin var 224 % fra 2014 til 2023, og 80 % for børn og unge i samme periode. For børn og unge var der i 2014 127 pr. 10.000 personer, som brugte ADHD-medicin mod 232 i 2023. For voksne var der i 2014 56 brugere af ADHD-medicin pr. 10.000 personer mod 168 i 2023. Stigningen for både børn, unge og voksne er særlig udpræget de seneste 3 år, hvor antallet af brugere pr 10.000 personer er steget med 46% for børn og unge og 85% for voksne (2020 til 2023). Det er svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på hhv. 13,5% og 22,7%, sammenlignet med en gennemsnitlig årlig stigning på hhv. 3,8% og 8,5% i den forudgående periode (2014 til 2020). Stigningen i antallet af brugere af ADHD-medicin per 10.000 personer er dermed accelereret betydeligt i løbet af de seneste tre år.

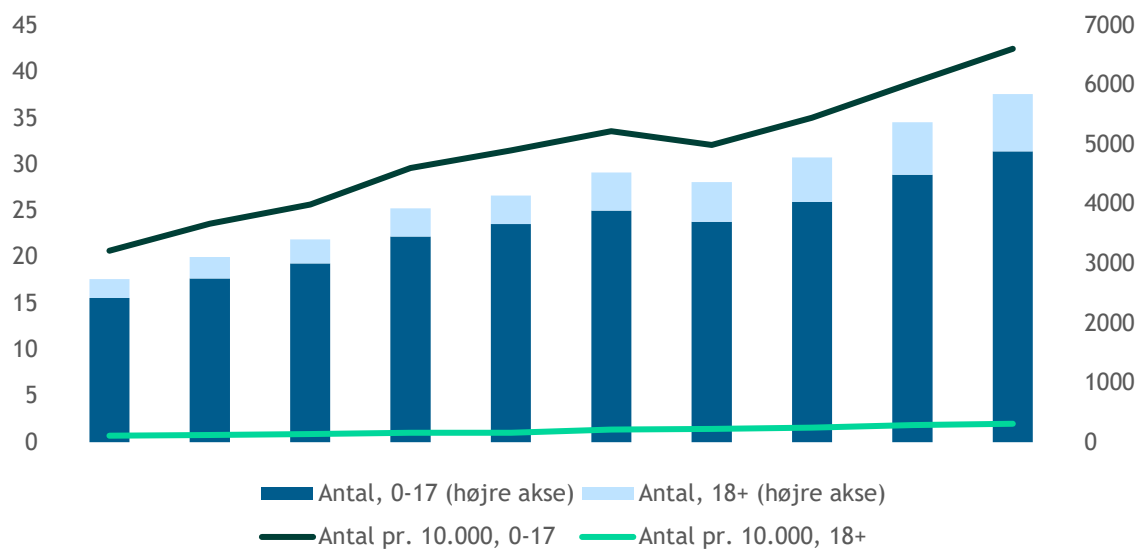
Figur 8: Antal brugere af ADHD-medicin fordelt på alder, 2014-2023



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra medstat.dk og Danmarks Statistik

Antallet af børn og unge, som diagnosticeres med autismspektrumlidelse, var også stigende i perioden, fra ca. 2.400 i 2014 til ca. 4.900 i 2023. Det samme gjorde sig gældende for voksne, hvor antallet steg fra ca. 300 i 2014 til ca. 1.000 i 2023, jf. figur 9.

Figur 9: Nye tilfælde af autismspektrumlidelse fordelt på alder, 2014 til 2023



Kilde: Landspatientregisteret (pr. 26. september 2024) og CPR-registeret (pr. 26. september 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Det voksende antal personer i medicinsk behandling for ADHD skyldes ikke nødvendigvis, at der er et stigende antal af befolkningen med denne lidelse, men kan ses som et udslag af, at flere søger udredning for ADHD. Fund fra den kvalitative undersøgelse peger på en tendens, hvor forældre og bedsteforældre til børn, som bliver diagnosticeret med udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, giver anledning til, at de ældre generationer også søger udredning for dem selv. Til at illustrere denne tendens har Implement brugt følgende to citater, som er kendetegnende for de praktiserende psykiatere, der er indgået i den kvalitative analyse:

"Der er to populationer, der fylder meget i min praksis; ADHD og autisme. Det er især forældre til børn med diagnoserne, der også vil udredes. Det breder sig som ringe i vandet."

Praktiserende psykiater med ydernummer

"Der har været en meget stor stigning af ADHD blandt børn. Det får de voksne omkring børnene til at tænke, at de måske også selv har diagnosen - selvom de fungerer fint i hverdagen."

Foreningen Af Praktiserende Psykiatere

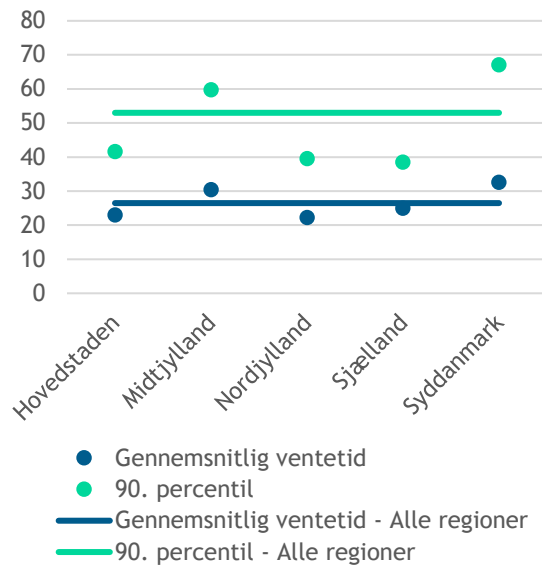
Citaterne illustrerer det forhold som i høj grad går igen i de kvalitative interviews, hvor de praktiserende psykiatere oplever, at flere umiddelbart velfungerende og stabile forældre eller bedsteforældre opsøger udredning for opmærksomheds- og udviklingsforstyrrelser efter diagnosticeringen af ADHD i familien. De har et overordnet højt funktionsniveau og en stabil hverdag. Ønsket om udredning kan desuden være relateret til øget opmærksomhed på, at visse udviklings- og adfærdsforstyrrelser kan være arveligt betinget. Voksne, der har levet et liv uden at blive diagnosticeret med ADHD, men som oplever et funktionsfald og stigning i symptomer, pga. større livsbegivenheder eller ændringer i livsforhold, fx påbegyndt uddannelse, forældreskab eller lignende, søger behandling. Samfundsudviklingen nævnes i denne sammenhæng i forbindelse med fx patienternes oplevelse af store krav og sammenligning på sociale medier. Sundhedsstyrelsens sagkyndige tilføjede hertil, at der findes komorbiditeter hos en del af denne gruppe og for en dels vedkommende forværres symptomerne generelt i ventetiden.

Antallet af patienter, der har modtaget en egentlig udredningskonsultation, er i perioden 2020-2023 steget fra 16.940 til 21.314, jf. figur 18. Dette repræsenterer en markant stigning på 26% i antallet af patienter, der modtager udredning. Dog kan det ud fra de tilgængelige data ikke udledes, om der er tale om forældre eller bedsteforældre, eller om udredningen vedrører opmærksomheds- og udviklingsforstyrrelser. Analysen understreger også, at praktiserende psykiatere ofte ser sig nødsaget til at prioritere mellem deres patienter, og resultatet heraf er, at udviklingsforstyrrelser, da det ikke er akut, generelt bliver sat bagerst på ventelisten i forhold til patienter med akut opstået sygdom eller forværringer. Dette på trods af, at udviklingsforstyrrelser også er behandlingskrævende og påvirker barnet eller den unges liv og udvikling i høj og negativ grad.

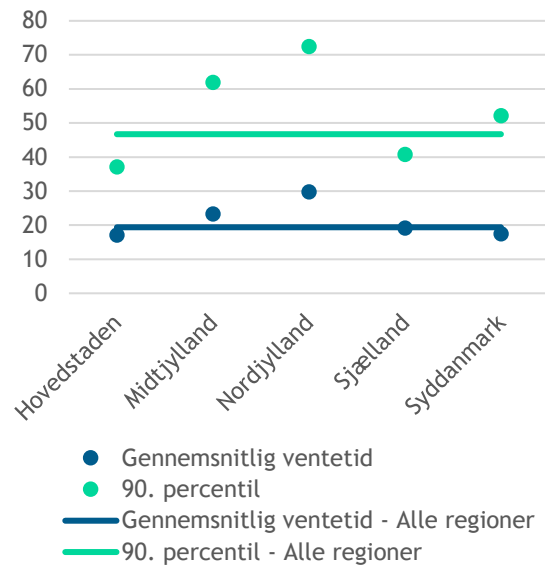
4.1.3. Ventetider

Ventetiden til første konsultation hos praktiserende psykiater i hhv. børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri var i gennemsnit 26,5 uger og 19,4 uger i 2022 og 2023, jf. figur 10 og figur 11. De 10 % af patienter, som ventede i længst tid, ventede i 53 uger eller længere på at komme til hos en praktiserende psykiater i børne- og ungdomspsykiatri og 46 uger hos en praktiserende psykiater i voksenpsykiatri. I modsætning til, hvad de praktiserende psykiatere fortalte i interviews fortaget af Implement, var det altså de færreste patienter, der ventede mere end ét år på at påbegynde deres forløb.

Figur 10: Ventetid til praktiserende børne- og ungdomspsykiater i uger, 2022-2023

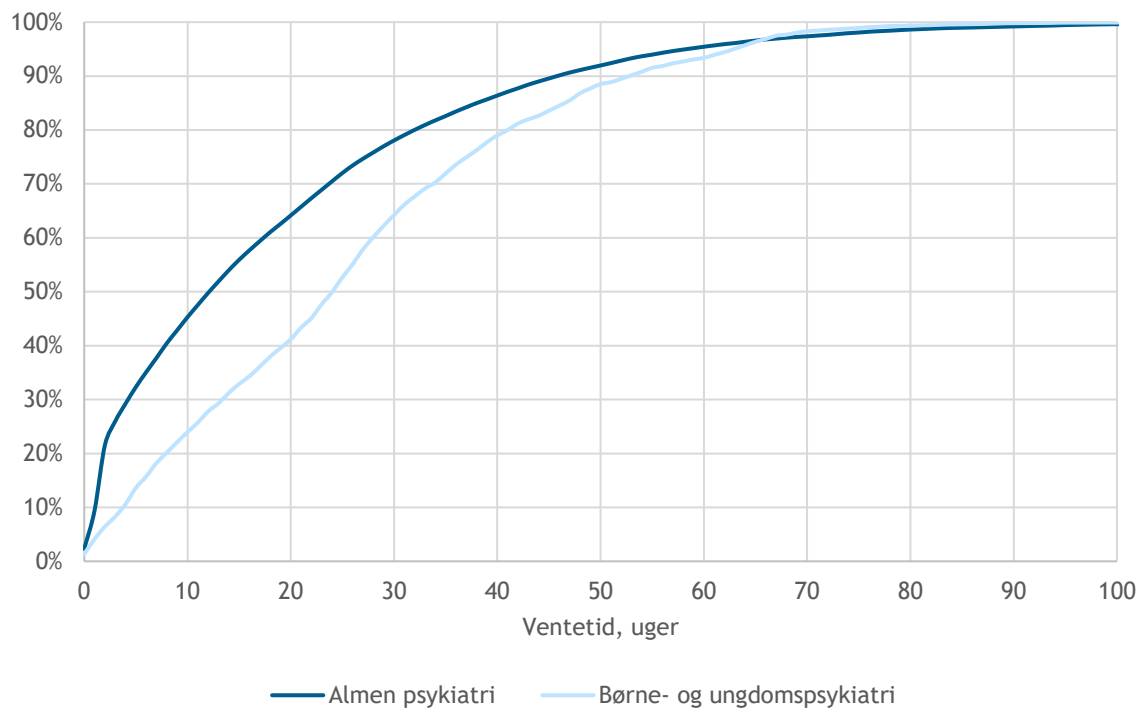


Figur 11: Ventetid til praktiserende voksenpsykiater i uger, 2022-2023



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner

Figur 12: Fordeling af ventetider til praktiserende psykiatere i uger, 2022-2023



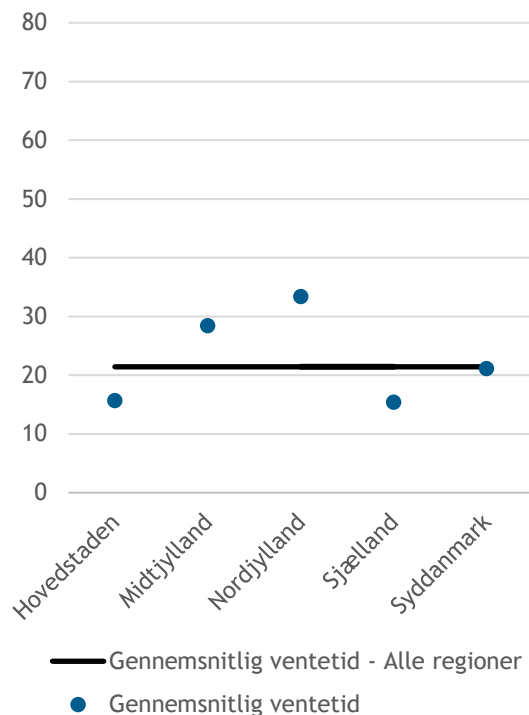
Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner.

På Sundhed.dk er det muligt at se den forventede ventetid til behandling hos en praktiserende psykiater. Disse ventetider er indberettet af de praktiserende psykiatere selv, og er ikke baseret på en måling af, hvor lang ventetiden reelt har været for patienter, som er i behandling, men er et forsøg på at forudsige, hvad ventetiden bliver for nye patienter. Estimatet er meget højere end de erfarede ventetider, som ses i figur 10 og 11. Således var gennemsnittet i 2023 80 uger for praktiserende psykiatere i voksenpsykiatri og 60 uger for børne- og ungdomspsykiatri, hhv. 33 uger og 7 uger højere end 90. percentil af de erfarede ventetider, som er vist i figur 10 og 11 (Data fra Foreningen af Praktiserende Psykiatere, ikke vist i en figur). De lange forventede ventetider kan være udtryk for det store antal henvendelser de praktiserende psykiatere hver især får, hvilket interviewene også belyser. Den kvalitative undersøgelse peger på, at overestimatet af ventetiden kan være et forsøg på at afholde flere patienter fra at tage kontakt til praktiserende psykiatere, der allerede har lange ventetider.

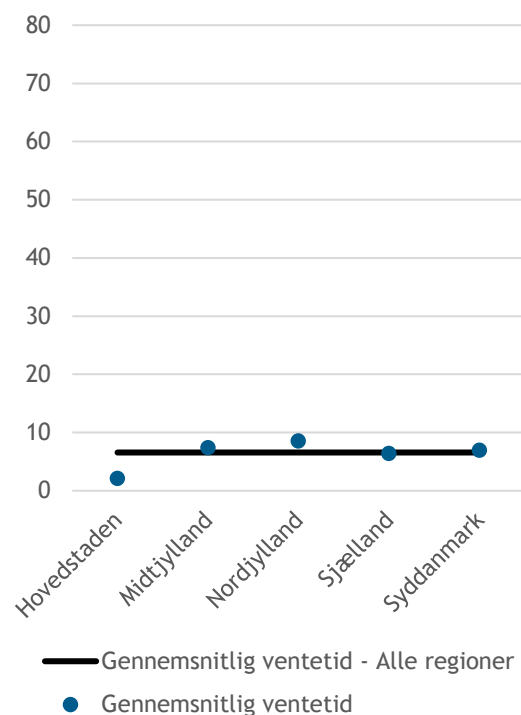
Der er ikke en entydig opgørelsesmetode for ventetiden fra henvisning til første konsultation i hospitalspsykiatrien, da den enten er defineret som ventetid fra henvisning til endelig udredning (udredning kan potentielt foregå over mere end en kontakt) eller ventetid fra endelig udredning til behandlingsstart. Da registreringspraksis derudover ikke har været ensrettet mellem de forskellige regioner i perioden, og det forventes at alle regioner først har sikret ens registreringspraksis fra 3. kvartal 2024, kan de gennemsnitlige ventetider fra henvisning til endelig udredning i hospitalspsykiatrien ikke opgøres for den samme periode. Af denne grund er det kun ventetiderne for 3. kvartal 2024, som er inkluderet her, og dermed kun for et enkelt kvartal sammenlignet med 8 fulde kvartaler for speciallægepraksisser. For 3. kvartal 2024 er ventetiderne fra henvisning til endelig udredning i hospitalspsykiatrien for børne- og ungdomspsykiatrien på niveau med speciallægepraksis med gennemsnitlig 21,4 uger, mens de for voksne i hospitalspsykiatrien var betydeligt kortere end speciallægepraksis, med 6,6 uger, jf. figur 13 og 14.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at den regionale psykiatri varetager behandlingen af andre patientgrupper end de praktiserende psykiatere, herunder patienter med akut og/eller svær sygdom, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens specialevejledninger (Sundhedsstyrelsen, 2021a; Sundhedsstyrelsen 2022b). En væsentlig del af de henviste patienter tilbagevises til almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2024). Desuden er der en række patientrettigheder forbundet med psykiatrisk behandling på hospital, bl.a. ret til hurtig udredning. Desuden er der forskelle i klinisk praksis, som skyldes administrative hensyn, blandt andet at der i børne- og ungdomspsykiatrien tidligt i forløbet har været afholdt orienterende samtaler, som efterfølges af et længere mellemrum til den næste udredningssamtale (Rigsrevisionen, 2024). Alt taler dog for, at ventetiderne i hospitalspsykiatrien er væsentligt kortere end hos praktiserende psykiatere for voksne, mens der for børne- og ungdomspsykiatrien med de tilgængelige data ikke umiddelbart kan ses lavere ventetider ved hospitalspsykiatrien.

Figur 13: Ventetider til færdig udredning i hospitalspsykiatrien, børne- og ungdomspsykiatri, i uger, 3. kvartal 2024



Figur 14: Ventetider til behandling i hospitalspsykiatrien, voksenpsykiatri, i uger, 3. kvartal



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra esundhed.dk

På Sundhed.dk vises oversigten "Find Behandler", hvor det er muligt at se den forventede ventetid til behandling hos en praktiserende psykiater sammen med en række øvrige oplysninger. Disse ventetider er indberettet til Danske Regioner af de praktiserende psykiatere selv, og er ikke baseret på en måling af, hvor lang ventetiden har været for patienter, som er i behandling, men er et forsøg på at forudsige, hvad ventetiden bliver for nye patienter.

I interviewene gennemført af Implement blev det afdækket, at de fleste praktiserende psykiatere med ydernumre, indenfor begge specialer, havde en arbejdsgang, hvor de differentierede ventetider ud fra en faglig vurdering af patientens behov. I denne vurdering lagde den praktiserende psykiater vægt på potentiel diagnose og almen tilstand, ud fra hvad der var beskrevet i henvisningen. Patienter, som blev henvist med lidelser såsom angst og depression fik således, i de fleste tilfælde, tid hurtigere end dem, som blev henvist med symptomer på ADHD eller autismespektrumlidelse.

I interviewene bliver det også fremhævet, at én af årsagerne til denne prioritering er, at de praktiserende psykiatere generelt modtager flere henvisninger, end hvad de har tid til at behandle, hvorfor de må prioritere ud fra hvem der har et mere akut behandlingsbehov end andre, herunder patienter med symptomer på angst eller depression. De praktiserende psykiatere ser sig således nødsaget til at sætte patienter med fx symptomer på ADHD eller autismespektrumlidelse bagerst på ventelisten, selvom det også kan være behandlingskrævende og have stor negativ indvirkning på den enkeltes livsudfoldelse, især for børn og unges udvikling.

En anden årsag til, at de praktiserende psykiatere arbejder med differentierede ventelister er af hensyn til bredden i deres egne faglige kompetencer. Under interviewene kom det frem, at de praktiserende psykiatere ser med bekymring på den stigende efterspørgsel på udredning og behandling af udviklingsforstyrrelser som ADHD eller autismspektrumlidelse i forhold til, om de på sigt bliver for snævre i deres faglige profil og mister kompetencer inden for andre psykiatriske lidelser.

4.1.4. Stigende efterspørgsel

Omkring halvdelen af befolkningen vil få en psykisk lidelse i løbet af livet, og behovet for udredning og behandling af psykiske lidelser eller indsatser mod mistrivsel er derfor noget der berører stort set alle familier (Sundhedsstyrelsen, 2022a). En psykiatrisk diagnose kan både være en tiltrængt afklaring, som giver adgang til nødvendig behandling, farmakologisk såvel som non-farmakologisk. Samtidig kan diagnosticeringen af en psykisk lidelse resultere i oplevelser af stigmatisering fra dele af samfundet (Sundhedsstyrelsen, 2022a). En analyse af danske mediers dækning af psykiske lidelser viser, at medierne har fået større fokus på mental sundhed og psykiske lidelser, og at dækningen generelt er blevet mere nuanceret og konkret, omend mediernes brug af stigmatiserende sprog ved omtale af personer med psykiske lidelser ikke er forbedret (Infomedia, 2022).

Mediernes overskrifter og historier har stor betydning for det øgede fokus, som psykiske lidelser har fået de sidste år. Ofte bliver sociale medier sat i sammenhæng med den faldende mentale sundhed i Danmark, stress og ensomhed, men sociale medier spiller også en betydelig positiv rolle i afstigmatisering af psykiske lidelser (VIVE, 2022; Infomedia, 2022). Det er særligt personlige fortællinger, som kan være med til at nedbryde de tabuer som psykiske lidelser er forbundet med. Fra 2019 til 2021 var der en stigning på over 50 % af kendte og ikke-kendte danskere, som stod frem i danske medier med deres personlige fortælling om selv at have en psykisk lidelse eller være pårørende (Infomedia, 2022). Denne sammenhæng findes også i de interviews som implement gennemførte, hvor især patient- og pårørendeforeninger samt psykiatere ansat på privathospital fremhæver, at personer i tiltagende grad opsøger udredning efter at være blevet opmærksomme på deres egne symptomer på grund af en afstigmatisering og øget omtale af psykiske lidelser, se også afsnit 4.1.3.

Diagnosekriterierne blev ændret med ICD-10, og der har ikke været en ændring siden, da ICD-11 endnu ikke er implementeret i Danmark. I 1995 blev registreringen i LPR ændret til også at medtage patientens psykiatriske diagnoser på afslutningstidspunktet. Disse ændringer i registreringspraksis betragtes som en del af forklaringen på det stigende antal børn og unge, der blev diagnosticeret med autismspektrumlidelse (ASF) efter 1995, men kan ikke stå alene, da der også er andre årsager (Hansen m.fl., 2014). Der har i samme periode været en kvalitativ udvikling i metoder og god standard for udredning, som i dag består af den autismspecifikke observation ADOS, der blev udviklet i 1999, der anbefales suppleret med et diagnostisk interview ADI-R med forældrene (Sundhedsstyrelsen, 2021b).

Hvor det tidligere særligt var børn med manglende sprog, der blev udredt, bliver børn med aldersvarende sprog det også i dag. I udredningen anbefales det at lægge særligt vægt på kernesymptomet rigid og repetitiv adfærd, som forekommer uanset kognitive og sproglige funktionsevne (Avlund m.fl., 2021). Når flere børn og unge i dag diagnosticeres med autismspektrumlidelse er det således ikke fordi registreringspraksis blev ændret for 30 år siden. Der er snarere tale om en række forskellige forklaringer, hvor en væsentlig er at børn med mildere komorbiditet i form af normale kognitive og sproglige funktioner også udredes i dag, ligesom der er bedre diagnostiske redskaber. Samtidig udredes og diagnosticeres et stigende antal piger, da der er kommet en øget viden om, hvordan kernesymptomer på autismspektrumlidelse kan komme forskelligt til udtryk hos piger og drenge.

Der har været en tilsvarende udvikling i kvaliteten af redskaber til udredning for ADHD med brug af vurderingsskalaer i det diagnostiske redskab ADHD-RS suppleret med observation (Sundhedsstyrelsen, 2021c). Samtidig er der kommet en bedre forståelse af, at ADHD også kan forekomme hos børn og unge, hvor hyperaktiviteten ikke kommer til udtryk som synlig adfærd. Ved ADHD diagnosticeres der ligeledes et stigende antal piger/kvinder.

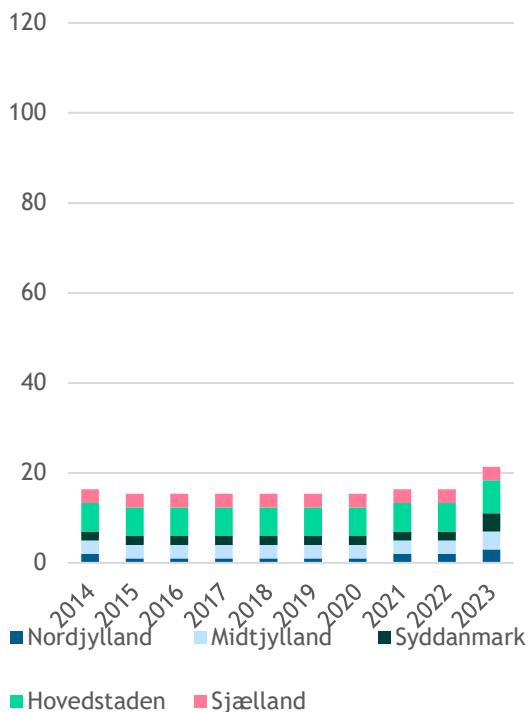
4.2. Kapacitet

4.2.1. Praktiserende psykiatere i praksis og hospitalspsykiatrien

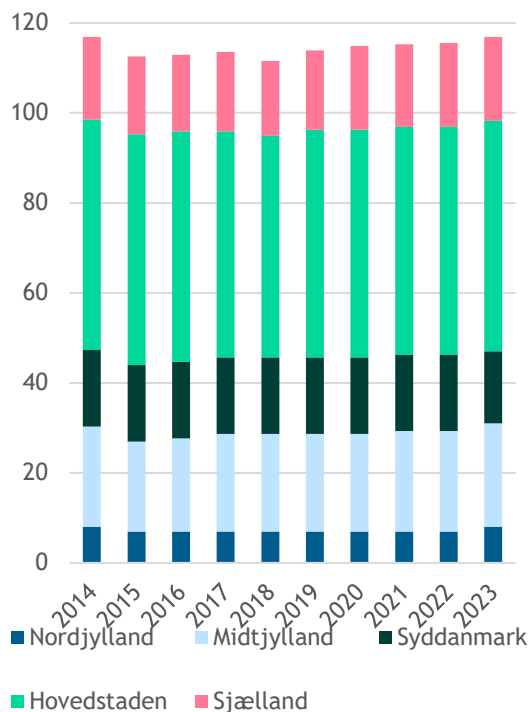
Figur 24 viser, at antallet af psykiatere i børne- og ungdomspsykiatri steg fra 2020 og frem, fra 15,33 til 21,33, svarende til en stigning på 39 %. Dog er praktiserende børne- og ungdomspsykiatere kun en mindre del af den samlede kapacitet indenfor specialet. Således var der i 2021 199,5 børne- og ungdomspsykiatere ansat på hospitaler, som det fremgår af figur 24. Derfor udgjorde praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i børne- og ungdomspsykiatri kun 7,6 % af den samlede kapacitet af børne- og ungdomspsykiatere, som stod til rådighed for den offentlige sygesikring i 2021.

Antallet af praktiserende psykiatere i voksenpsykiatri med ydernummer har i de forgangne 10 år været relativt stabilt. I både 2014 og 2023 var antallet af kapaciteter således 116,9. Med 647 praktiserende psykiatere ansat på hospitaler i 2021, udgjorde praktiserende psykiatere i psykiatri 15,1 % af den samlede offentlige kapacitet.

Figur 15: Praktiserende børne- og ungdomspsykiatere



Figur 16: Praktiserende voksenpsykiatere

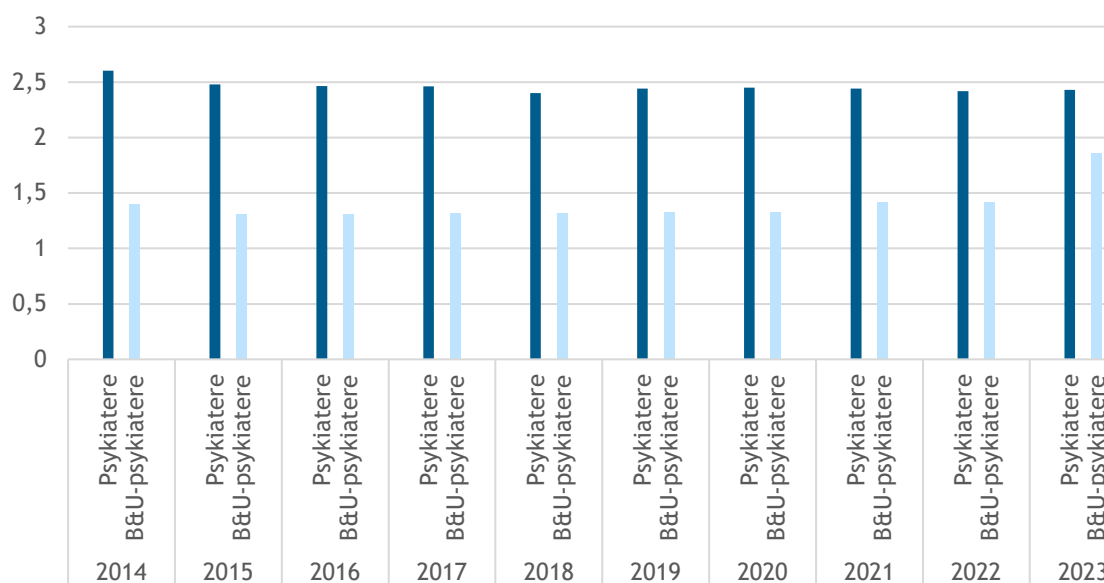


Kilde: esundhed.dk og 'Modernisering af specialet Børne- og ungdomspsykiatri i speciallægepraksis 2023'

Kilde: esundhed.dk og 'Modernisering af specialet psykiatri i speciallægepraksis 2023'

Antallet af praktiserende psykiatere pr. 100.000 borgere i målgruppen er vist i figur 26. Her ses det, at kapaciteten i praktiserende børne- og ungdomspsykiatere fra 2014 til og med 2022 lå på ca. det halve af kapaciteten i praktiserende voksenpsykiatere. Med stigningen i 2023 nærmer kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien sig kapaciteten i voksenpsykiatrien.

Figur 17: Praktiserende børne og - ungdomspsykiatere og voksenpsykiatere per 100.000 borgere

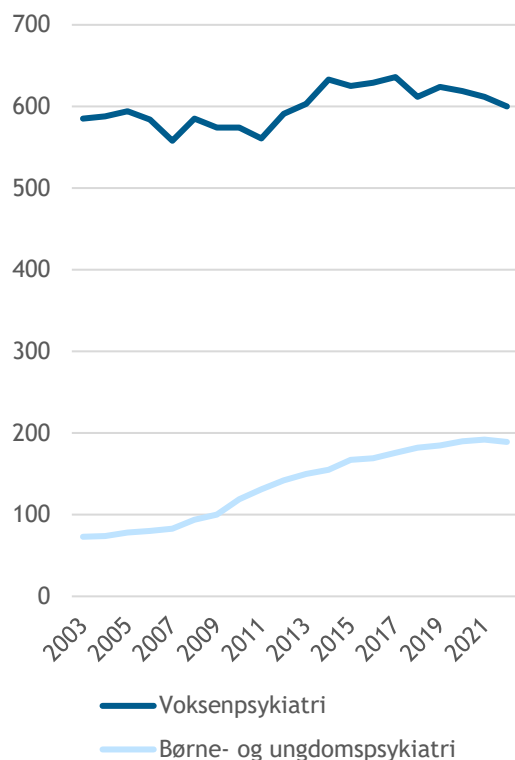


Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra esundhed.dk, Danmarks statistik, 'Modernisering af specialet Børne- og ungdomspsykiatri i speciallægepraksis 2023' og 'Modernisering af specialet psykiatri i speciallægepraksis 2023'

Antallet af psykiatere på hospital har været stigende i børne- og ungdomspsykiatrien, fra 73 i 2003 til 189 i 2022, svarende til en stigning på 159 %, jf. figur 18. I samme periode er antallet af psykiatere i voksenpsykiatri vokset marginalt fra 585 til 600, svarende til en stigning på 3 %. Opgjort i antal kapaciteter pr. 100.000 borgere i målgruppen har børne- og ungdomspsykiatrien på hospitaler dermed ligget højere end voksenpsykiatrien siden 2011, og lå i 2022, 66 % højere, med hhv. 20,8 børne og ungdomspsykiatere per 100.000 sammenlignet med 12,6 voksenpsykiatere per 100.000 på hospitaler, jf. figur 19.

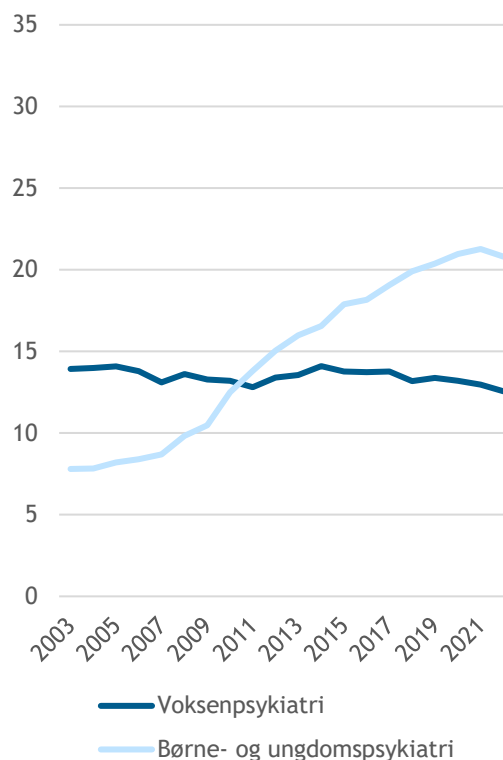
Samtidig var der, som nævnt ovenfor, stor forskel på forholdet mellem praktiserende psykiatere og hospitalssektoren. I 2022 var der for hver praktiserende psykiater i børne- og ungdomspsykiatrien således næsten 12 børne- og ungdomspsykiatere ansat på hospital, mens der for hver praktiserende psykiatere i voksenpsykiatrien var lidt under 6 hospitalsansatte psykiatere i voksenpsykiatrien.

Figur 18: Antal børne- og ungdomspsykiatere hhv. voksenpsykiatere, hospital.



Kilde: Bevægelsesregisteret (2024), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 19: Antal børne- og ungdomspsykiatere hhv. voksenpsykiatere pr. 100.000 borgere, hospital.

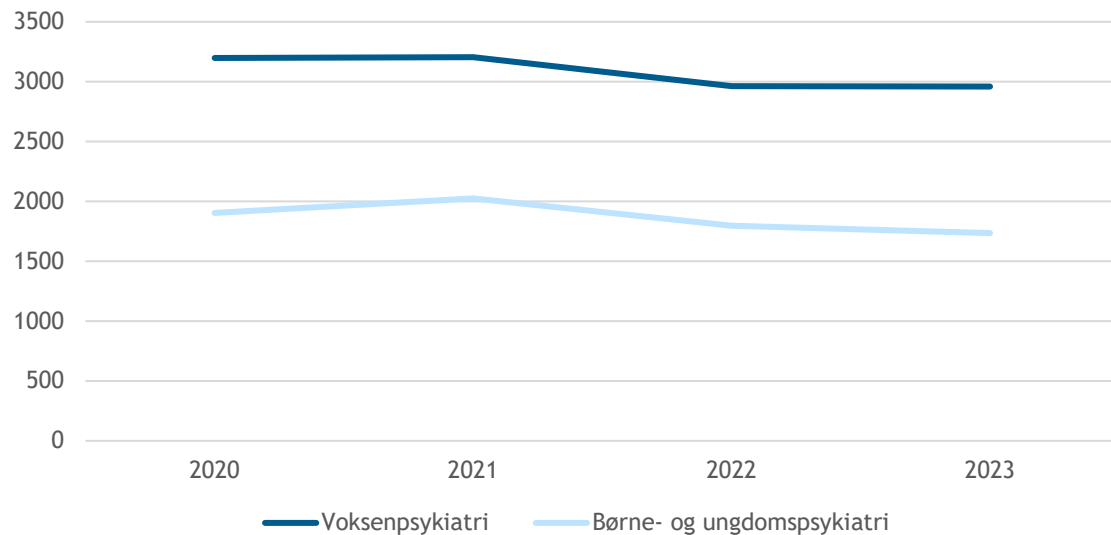


Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Bevægelsesregisteret (2024), Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik

Antallet af kontakter pr. praktiserende psykiater er faldet fra 2020 til 2023, for børne- og ungdomspsykiatere fra ca. 1900 til ca. 1700 og for voksenpsykiatere fra ca. 3200 til ca. 3000. Faldet kan til dels forklares med, at der i perioden er kommet flere praktiserende psykiatere til, fsva. børne- og ungdomspsykiatere, hvor antallet af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere fra 2020 til 2023 er steget med 31 %, hvorimod det samlede antal ydelser kun er steget med 20 %. For voksenpsykiatrien har antallet af praktiserende psykiatere dog været relativt stabilt (4 % flere praktiserende psykiatere i 2023 sammenlignet med 2020), og faldet skyldes her i lige så høj grad også et fald i det samlede antal ydelser på 4 % fra 2020 til 2023. Tilbage står et fald på 9 % for børne- og ungdomspsykiatere og 7 % for voksenpsykiatere over en 4-årig periode.

Den kvalitative undersøgelse peger på flere mulige årsager til, at der er sket et fald i antallet af kontakter pr. praktiserende psykiater. Herunder at patienterne er mere behandlingskrævende. Samt at patienterne har længere behandlingsforløb ved praktiserende psykiater før de afsluttes til egen læge.

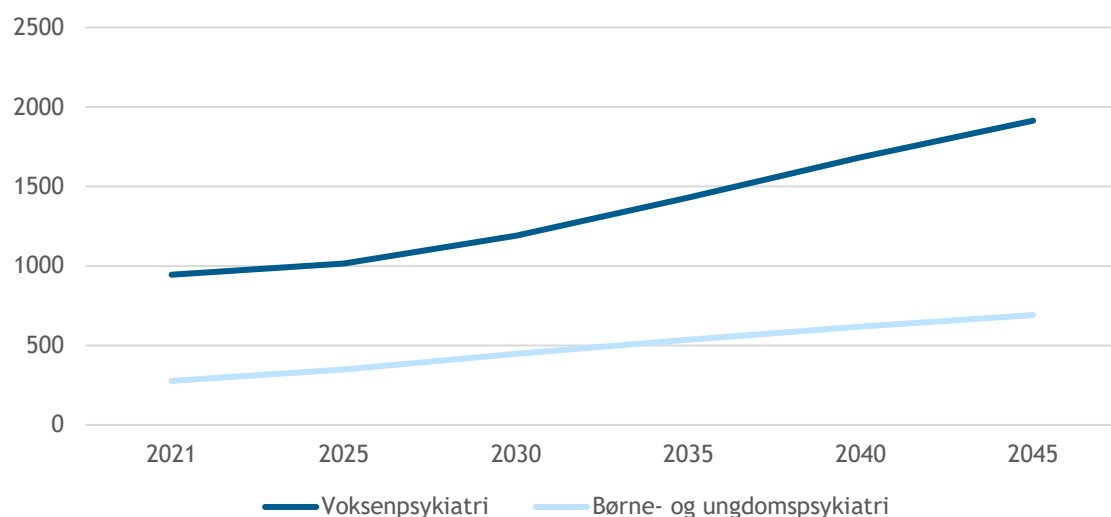
Figur 20: Kontakter pr. yder, undtaget deltidspraksis, 2020-2023



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret (SSR), Yderregisteret (YDR) og CPR-registeret (CPR) fra Sundhedsdatastyrelsen.

Antallet af psykiatere i både børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri forudsiges at stige frem mod 2045, med hhv. 149 % og 103 % siden 2021 (Sundhedsstyrelsen, 2022d). Den samlede kapacitet af psykiatere forventes således at vokse, men antallet af praktiserende psykiatere med ydernummer afgøres selvsagt af, hvor mange ydernumre regionerne vælger at udbyde.

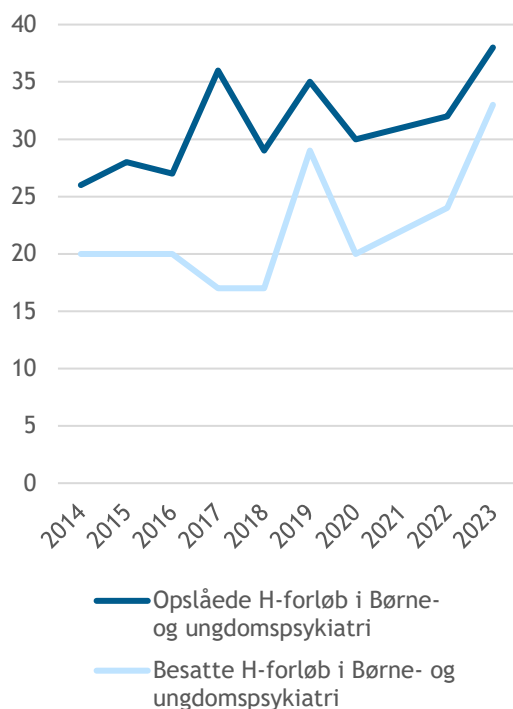
Figur 21: Prognose for antallet af praktiserende psykiatere i børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri, 2021-2045



Kilde: Lægeprognose 2021-2045: Udbuddet af læger og praktiserende psykiatere, Sundhedsstyrelsen.

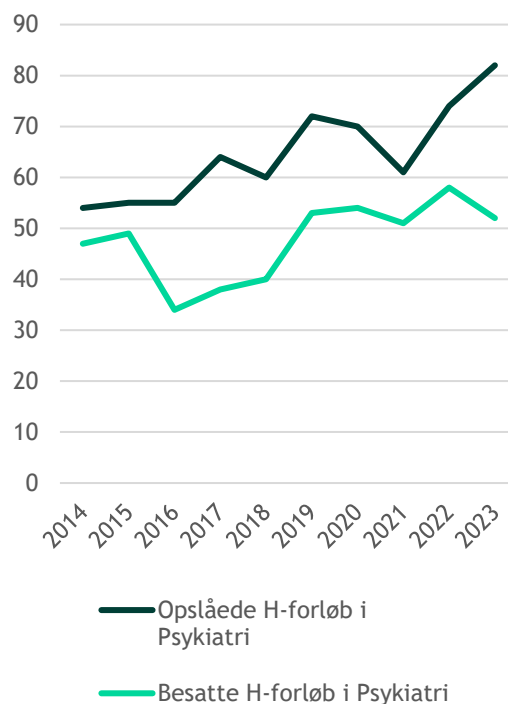
Figur 22 og 23 viser udviklingen i antallet af besatte og ubesatte forløb (stillinger) i hoveduddannelsen i de psykiatriske specialer. For begge specialer var der en stigning i antallet af vakante stillinger i hoveduddannelsen i perioden 2015-2018, hvorefter besættelsesgraden af de opslåede stillinger steg frem mod 2023.

Figur 22. Antal besatte og ubesatte hoveduddannelsesforløb for Børne- og ungdomspsykiatri, 2014-2023



Kilde: Videreuddannelsesregionerne

Figur 23. Antal besatte og ubesatte hoveduddannelsesforløb i Psykiatri, 2014-2023



Kilde: Videreuddannelsesregionerne

4.2.2. Andre faggrupper

I et psykiatrisk forløb bestående af fx visitation, udredning, behandling og opfølgning, vil der kunne være sygeplejersker, psykologer, læger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere eller socialpædagoger involveret (Sundhedsstyrelsen, 2022a). For psykiatrien, såvel som andre specialer, hvor behovet for ydelser overgår kapaciteten, er det afgørende at relevante faggrupper involveres på rette tidspunkt og med en klar beskrivelse af opgaven, så de forskellige faggruppers kompetencer bruges bedst muligt og for at frigive tid til kerneopgaven for fx psykiateren. Hos praktiserende psykiater i begge specialer, er det dog ofte kun psykiateren selv, der deltager i behandlingen.

Både i Sundhedsstyrelsens oplæg til en 10-årsplan på psykiatiområdet og de to moderniseringsrapporter for specialerne i hhv. psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri er der fokus på, i større omfang at gøre det muligt for andre faggrupper at varetage funktioner hos praktiserende psykiater (Sundhedsstyrelsen, 2022a; RLTN og FAPS, 2023a og b). Det kan eksempelvis være i et behandlingsforløb, hvor andre faggrupper inddrages i udførelsen af test, farmakologisk behandling, psykoterapi, miljøterapi, ergoterapi, fysioterapi mv.

(Sundhedsstyrelsen, 2022a). Moderniseringsrapporterne beskriver, hvordan mulighederne for mere delegering til andre faggrupper kan understøttes gennem ydelsesbeskrivelserne, hvor det fremgår om anden klinikpersonale kan varetage hele eller dele af ydelsen og hvilken uddannelse det forudsætter.

I tabel 1 vises de forskellige faggrupper, som var ansat hos praktiserende psykiatere. Opgørelsen medtager alle klinikker, hvor en psykiater i børne- og ungdomspsykiatri eller voksenpsykiatri arbejder, hvilket vil sige, at også klinikker uden ydernummer, er medtaget. Der ses en stigning blandt lægesekretærer, psykologer, SOSU-assistenten og sygeplejersker.

Tabel 1: Sundhedsprofessionelle faggrupper ansat på samme arbejdssted som praktiserende psykiater i børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri.

Faggruppe	Voksenpsykiatri					Børne- og ungdomspsykiatri				
	2018	2019	2020	2021	Ændring i %	2018	2019	2020	2021	Ændring i %
Ergoterapeuter	1-2	3	1-2	1-2	-	0	0	0	1-2	-
Jordemødre	0	0	1-2	1-2	-	0	0	0	0	-
Læger*	1-2	1-2	1-2	1-2	-	0	1-2	1-2	0	-
Lægesekretærer	17	19	13	20	18	4	5	4	6	50
Psykologer**	15	17	15	23	53	3	15	11	12	300
SOSU-assistenten	3	3	5	5	67	0	0	1-2	1-2	-
Sundhedsservice-sekretærer**	1-2	1-2	1-2	1-2	-	0	0	0	0	-
Sygeplejersker	34	45	33	39	15	3	3	1-2	21	600
*Læger uden speciallægeanerkendelse **Ikke opgjort pba. autorisation Kilde: Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen										

Selvom der er sket en stigning er det sandsynligt, at der stadig er et potentiale for at involvere flere sundhedsprofessionelle udover de praktiserende psykiatere selv. Den kvalitative undersøgelse peger på en række

organisatoriske og kulturelle barrierer for, at praktiserende psykiatere bruger mulighederne for at inddrage andre faggrupper. Analysen fremhæver, at de praktiserende psykiatere i undersøgelsen blandt andet har valgt den regionale psykiatri fra for netop at have færre ledelsesopgaver og mindre personaleansvar. Dertil udtrykker de praktiserende psykiatere under interviewene, bekymringer vedrørende økonomiske risici ved højere husleje og uforudset fravær, samt rekrutterings- og samarbejdsvanskeligheder.

"Delegation er en rigtig god ide, men der er store barrierer. Vi bliver nødt til at uddelegere, men lokalerne i vores praksis kan ikke bære det. Det er svært at finde kvalificerede medarbejdere, lønningsniveauet skal være lagt højere, og der skal meget mere økonomi ind i klinikken."

Praktiserende psykiater med ydernummer

Kendetegnende for besvarelsene i Implements kvalitative undersøgelse er, at bekymringerne ved ansættelse af klinikpersonale udtrykkes af de praktiserende psykiatere, som ikke har klinikpersonale. De praktiserende psykiatere som allerede har klinikpersonale ansat nævner flere fordele, som udover muligheden for delegering af opgaver også omfatter faglig sparring og socialt kollegaskab. Fælles er dog et ønske om, at der bliver lavet tydelige beskrivelser af de kompetencer og det erfaringsgrundlag, der kvalificerer andre faggrupper til ansættelse hos praktiserende psykiatere.

4.3. Forløb

4.3.1. Henvisning til behandling hos praktiserende psykiatere

Forløbet hos praktiserende psykiater begynder hos egen læge. For børn og unge kan familiens henvendelse til egen læge være på opfordring fra skole, PPR eller andre tilbud i kommunalt regi. Egen læge foretager en indledende vurdering af patientens tilstand og beslutter, om der er behov for henvisning til praktiserende psykiater eller børne- og ungdomspsykiater.

Langt størstedelen af kontakter til sundhedsvæsenet varetages i almen praksis, hvor ca. 87 % af alle kontakter varetages uden viderehenvisning, mens 5,9 % af alle kontakter viderehenvises til hospital (Praktiserende Lægers Organisation, 2023). Det ligger uden for denne analyses ramme at beskrive den aktivitet, som går forud for henvisninger fra almen praksis til praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere, men der kan være mange forskellige aktører involveret, som møder borgeren i forskellige sammenhænge og til tider uafhængigt af hinanden. Det er derfor vigtigt, at samarbejdet mellem de forskellige aktører beror på en høj grad af kvalitet, koordination og kommunikation.

Henvisningen fra almen praksis er det første led i samarbejdet mellem almen praksis og den praktiserende voksenpsykiater og børne- og ungdomspsykiater. Hvis henvisningen er mangelfuld, kan der være behov for yderligere oplysninger, hvilket kan forsinke processen. Er henvisningen meget kortfattet eller er patienten uden for målgruppen, vil henvisningen blive afvist. Det har ikke været muligt at få tal på omfanget af tilbagehenvisninger til almen praksis fra praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere. Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med regionerne undersøgt tilbagehenvisninger fra børne- og ungdomspsykiatrien i en periode på fire uger i februar 2024. I den periode blev omkring 30 % af henvisningerne afvist, hvilket regionerne fandt repræsentativt (Sundhedsstyrelsen, 2024). Fundene fra den kvalitative undersøgelse peger på, at almen praksis generelt udarbejder kvalificerede henvisninger, men psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere oplevede en tendens til, at henvisningerne ofte er mangelfulde. Henvisninger, som ikke indeholder en fyldestgørende

beskrivelse af patientens historik og symptomer medfører flere udfordringer, da henvisningen er det eneste psykiateren eller børne- og ungdomspsykiateren har at gå ud fra, når der skal laves en indledende vurdering af patienten. Det betyder enten et øget tidsforbrug med afklaring hos den praktiserende psykiater, hvis henvisningen er meget kortfattet eller uklar, eller det kan føre til, at henvisningen vil blive afvist pga. manglende oplysninger. I andre tilfælde kan det føre til, at patienten bliver indplaceret på venteliste og det senere viser sig, at patienten ikke var i målgruppe for behandling hos praktiserende psykiater og derfor ender med at have ventet forgæves. Det gør sig især gældende for henvisninger for udredning af voksne med ADHD eller autismespektrumlidelse - her er det særligt vigtigt, at henvisningerne er fyldestgørende, da udredning herfor kræver indsigt i den enkeltes historik og symptomer retrospektivt. Afvisning af henvisninger medfører også øget tidsforbrug hos almen praksis, som må revurdere patienten.

I voksenpsykiatri fandt den kvalitative undersøgelse, at samarbejdet mellem almen praksis og praktiserende psykiatere blevet styrket efter implementeringen af aftale om Hurtig Psykiatrisk Vurdering (§66) fra 2014 og frem. For de tre vestlige regioner, hvor aftalen er implementeret, har det bidraget til en mere effektiv visitation, hvor patienten hurtigt behandles på rette specialiseringsniveau, samt understøtter en tættere dialog mellem almen praksis og praktiserende psykiater, både i forhold til de konkrete patienter, der visiteres til §66, men også andre patienter, som ikke er omfattet af aftalen. Dette fund understøttes af evalueringen af aftalen i Region Syddanmark, som konkluderede, at aftalen gav almen praksis hurtig adgang til relevant viden og vejledningen, samt havde en positiv effekt på samarbejdet mellem almen praksis og praktiserende psykiatere, til gavn for patienternes behandlingsforløb (VIVE, 2020). I praksis betyder aftalerne, at en vis andel af psykiaternes tid reserveres til bookinger fra almen praksis - hvor meget varierer mellem regioner. Der findes også i overenskomsten en mulighed for, at almen praksis henviser til en såkaldt 'vurdering af patient ved enkeltstående konsultation', hvor psykiateren skal se patienten efter maksimalt 30 dage. Denne ydelse dækker patienter, som allerede er færdigbehandlet ved den pågældende psykiater.

For børn og unge vil der ofte have været en række kontakter i kommunalt regi inden egen læge henviser til en børne- og ungdomspsykiater. På skoleområdet kan skolen eller PPR igangsætte indsatser, ligesom familieafdelingen/socialforvaltningen også kan visitere til tilbud. Der er ikke digital understøttelse af deling af information om indsatser i PPR eller andet kommunalt regi til praktiserende børne- og ungdomspsykiatere eller almen praksis. Det betyder, at observationer og beskrivelser af barnet i læringsmiljøet eller dagligdagen og tests som fx kognitive tests, ikke automatisk sendes til egen læge. Almen praksis vil ofte kun kunne beskrive barnets tilstand og situation ud fra sin egen kontakt med barnet og familien. Det indebærer, at henvisningerne ofte er mangelfulde. Samtidig er det en udfordring, at både dokumentation og indhold fra det indledende arbejde i kommunerne kan svinge i kvalitet og omfang, da informationen er særlig værdifuld i forhold til udredning, bl.a. fordi praktiserende børne- og ungdomspsykiatere ikke kan udføre de kognitive test, som psykologer i PPR udfører. I de tilfælde, hvor PPR har foretaget indledende test og igangsat relevante indsatser forud for henvisning, og hvor dette er velbeskrevet i henvisningen, bliver behandlingsforløbene ofte også kortere og patienten kan dermed hurtigere afsluttes til fx almen praksis. Den kvalitative undersøgelse fandt, at der blandt børne- og ungdomspsykiatere var en opfattelse af, at den regionale psykiatri hverken kan eller vil modtage børn og unge, som henvises uden supplerende dokumentation fra PPR, og derfor viderehenvises de i stedet til praktiserende børne- og ungdomspsykiater, til trods for at de er uden for målgruppen for behandling ved praktiserende psykiater. At manglende dokumentation for indsatsen i primærsektoren og/eller beskrivelse af barnet på baggrund af tests eller observationer er en væsentlig årsag til tilbagehenvisning understøttes af Sundhedsstyrelsens opgørelse af tilbageviste henvisninger til den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri. Tilbagehenvisninger til almen praksis eller kommune kan således skyldes flere ting. Enten at patienten er uden for

målgruppe for behandling i den regionale psykiatri. Eller at dokumentationen er for mangelfuld til sygehusene kan foretage visitationen. Hvorvidt viderehenvisning til praktiserende psykiater er hensigtsmæssig afhænger således af, hvad der var årsagen til tilbagehenvisningen fra den regionale psykiatri.

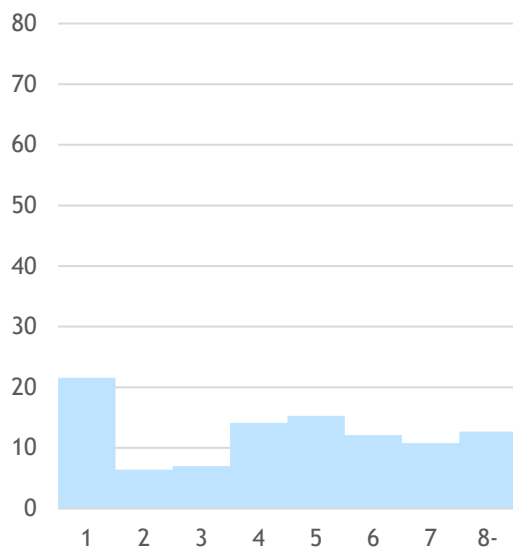
Kommunerne kan efter aftale henvise til den regionale psykiatri og sender omkring 40 % af henvisningerne, mens almen praksis sender 52 %. Kun 12 % af henvisningerne fra kommunerne afvises mod 46 % af henvisningerne fra almen praksis. De kommunale henvisninger kommer særligt fra PPR og i mindre omfang fra socialforvaltningen/familieafdelingen. Regionernes visitationer vurderer, at henvisninger fra PPR oftest indeholder den nødvendige dokumentation, ligesom PPR har en god forståelse for børne- og ungdomspsykiatriens målgruppe (Sundhedsstyrelsen, 2024). Også på voksenområdet angav praktiserende psykiatere i Implement's kvalitative undersøgelse at modtage patienter fra sygehuse, som var uden for målgruppen, efter at de enten var blevet afvist af visitationen på sygehusene i den regionale psykiatri eller viderehenvist direkte herfra til praktiserende psykiatere.

Det er tydeligt, at der allerede i starten af patientforløbet opstår udfordringer i samarbejdet mellem involverede aktører, hvor bl.a. uklar rollefordeling og målgruppebeskrivelser, samt utilstrækkelig koordination mellem aktørerne, er med til, at patienter enten oplever at vente forgæves eller vente meget længe på behandling.

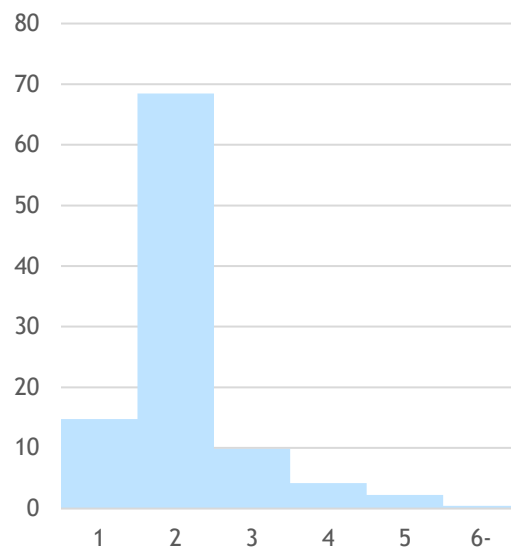
4.3.2. Udredning og behandling hos praktiserende psykiater

Når psykiateren eller børne- og ungdomspsykiateren modtager en henvisning af en patient fra almen praksis, er den første opgave at vurdere patientens behov for behandling. Hvis henvisningen er fyldestgørende, planlægges en tid til første konsultation, hvorefter et forløb typisk vil bestå af et antal kontakter med det formål at udrede patienten, og dernæst et antal kontakter med behandlingssigte, uanset om behandlingen er primært medicinsk eller primært ikke-medicinsk. Antallet af udredningskontakter er for ca. 83 % af de voksne patienter 1 eller 2, mens det for børn og unge er meget mere varierende, jf. figur 24 og figur 25.

Figur 24: Andel forløb (%) hos praktiserende børne- og ungdomspsykiater fordelt på antal udrednings-kontakter.



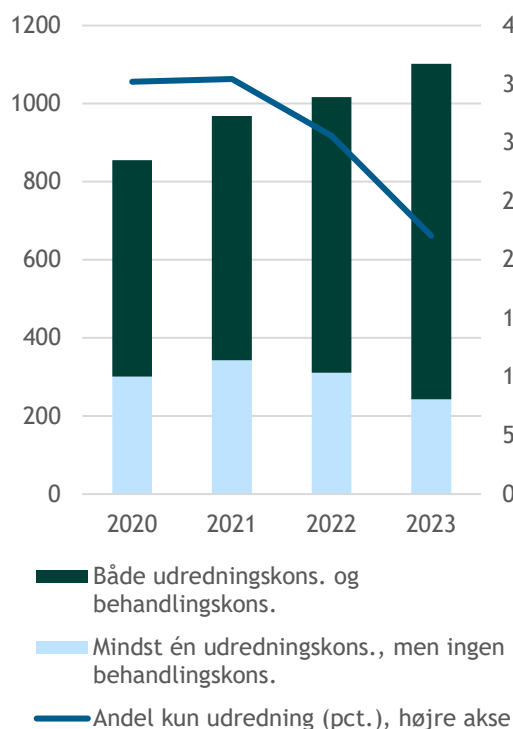
Figur 25: Andel forløb (%) hos praktiserende psykiater fordelt på antal udredningskontakter.



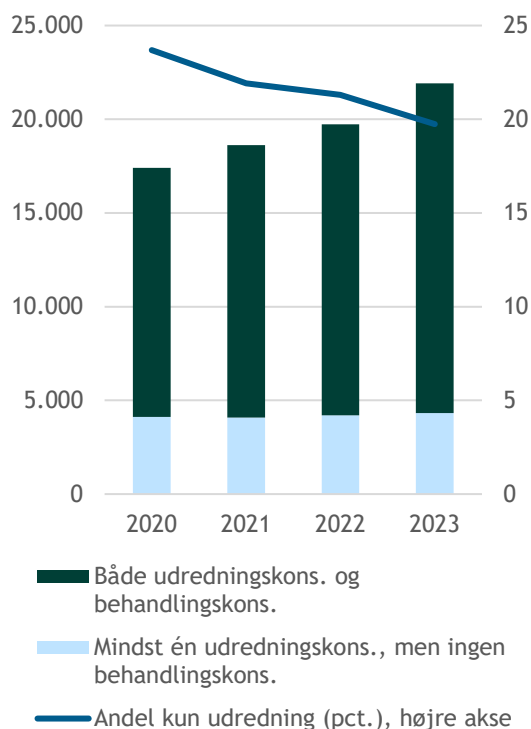
Kilde: Sygesikringsregisteret (SSR) 6. april 2024, Yderregisteret (YDR) 26. april 2024 og CPR-registeret (CPR) 26. april 2024 fra Sundhedsdatastyrelsen.

Langt de fleste forløb vil bestå af både udredning og behandling hos praktiserende psykiater, og andelen heraf er steget for begge specialer i løbet af de seneste år. Andelen af patienter, som afsluttes efter de er udredt, og uden behandlingskontakter, er faldende i begge specialer, og faldende i absolutte tal indenfor børne- og ungdomspsykiatri, jf. figur 26. Der kan være forskellige grunde til, at et forløb afsluttes efter udredningen - enten kan patienten være blevet henvist til anden behandling, psykiateren kan have vurderet, at patienten ikke har en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse, patienten kan selv have valgt at afslutte forløbet, med videre.

Figur 26: Forløb hos praktiserende børne- og ungdomspsykiater med udrednings- og behandlings-kontakter.



Figur 27: Forløb hos praktiserende psykiater med udrednings- og behandlingskontakter.

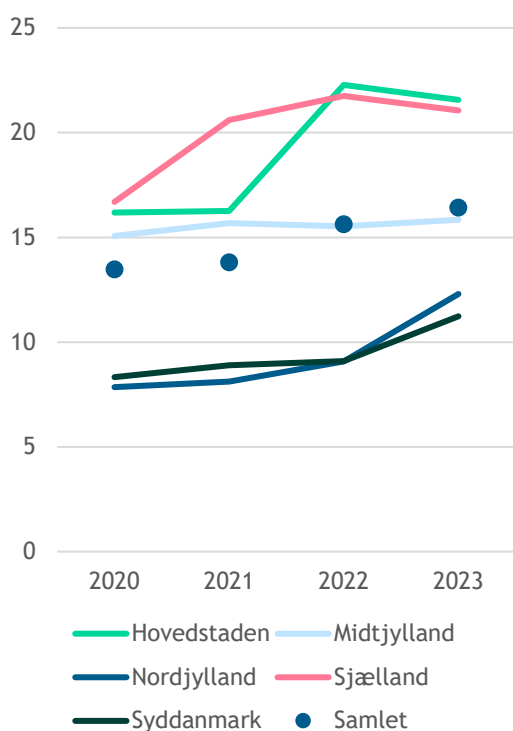


Kilde: Sygesikringsregisteret (SSR) 6. april 2024, Yderregisteret (YDR) 26. april 2024 og CPR-registeret (CPR) 26. april 2024 fra Sundhedsdatastyrelsen.

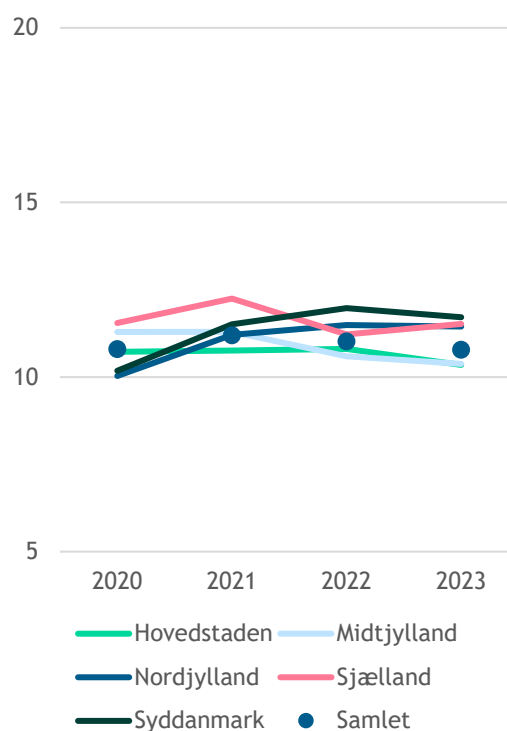
På landsplan var det samlede antal konsultationer pr. forløb ved praktiserende psykiatere i psykiatri i perioden 2020 til 2023 stabilt omkring 10,8 kontakter, uden stor regional variation, jf. figur 20. Ved praktiserende psykiatere i børne- og ungdomspsykiatri var tendensen i perioden dog opadgående, fra 13,5 til 16,4 kontakter pr. forløb. Her var der stor variation mellem regionerne, hvor Region Sjælland og Region Hovedstaden i gennemsnit havde ca. 21 kontakter pr. forløb i 2023, mens Region Syddanmark og Region Nordjylland i gennemsnit havde hhv. ca. 12 og 11 kontakter pr. forløb. Denne variation kan skyldes, at der er regionale forskelle på muligheden for at afslutte stabile patienter til almen praksis. Desuden er Region Syddanmark og Nordjylland de to regioner i landet, hvor der er færrest praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i børne- og ungdomspsykiatri pr. borger i målgruppen (se afsnit 4.3.1. Praktiserende børne- og ungdomspsykiater i praksis og hospitalspsykiatri), hvilket kan være en del af forklaringen på, at netop de to regioner i gennemsnit har markant færre kontakter pr. forløb end landsgennemsnittet. Det er uvist, hvilken betydning lavere antal kontakter pr. forløb har. Det er muligt, at det er for at imødekomme den lavere andel praktiserende børne- og ungepsykiatere. Samtidig har både Region Syddanmark og Nordjylland flere patientforløb i hospitalspsykiatrien (opgjort som andelen af patienter i hospitalspsykiatrien ifht. det totale antal patienter). jf. figur 2 og 3, hvilket kan indikere, at de udnytter den samlede kapacitet af psykiatere anderledes. Dog skal det bemærkes, at det primært gør sig gældende for voksenpsykiatrien, mens det for børne- og ungdomspsykiatrien ikke er helt så udpræget.

På trods af, at der kan observeres markant variation i kombinationen af kontakter i forløb på tværs af regionerne, så kunne der ikke umiddelbart observeres korrelation mellem denne varians og variansen i ventetider.

Figur 28: Kontakter pr. forløb ved praktiserende børne- og ungdomspsykiater



Figur 29: Kontakter pr. forløb ved praktiserende psykiater

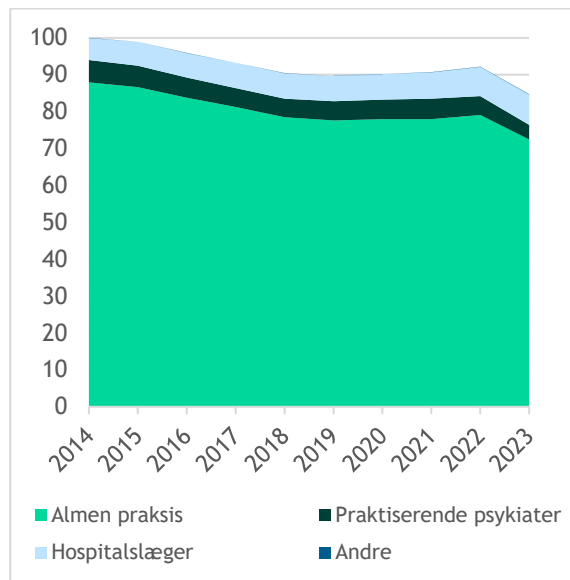


Kilde: Sygesikringsregisteret (SSR) 6. april 2024, Yderregisteret (YDR) 26. april 2024 og CPR-registeret (CPR) 26. april 2024 fra Sundhedsdatastyrelsen.

4.3.3. Afslutning til almen praksis

Patienter afsluttes fra praktiserende psykiater i begge specialer og hospitalspsykiatri, hvis de er i stabil behandling. Således var det også i perioden fra 2014 til 2023 almen praksis, som stod for den altovervejende del af recepter på både antidepressive og centralstimulerende lægemidler, jf. figur 30 og 31. Antallet af recepter på centralstimulerende midler, som anvendes til at behandle ADHD, er over hele perioden fordoblet, og især i perioden fra 2020 til 2023 ses en kraftig stigning på 40 %. Stigningen fra 2020 til 2023 ses for alle typer af receptudstedere, og især for hospitalsansatte læger ses en stor stigning (61 %), men også hos almen praksis (27 %) og praktiserende psykiatere (39 %) ses markante stigninger. Det er fortsat primært i hospitalsregi, at der udskrives psykofarmaka til børn. I 2023 var det således 76 % af alle recepter på centralstimulerende lægemidler til 0- til 17-årige, som var udskrevet af en hospitalslæge, og 77 % af alle antidepressive lægemidler til 0- til 17-årige (Pottsgård m.fl., 2021).

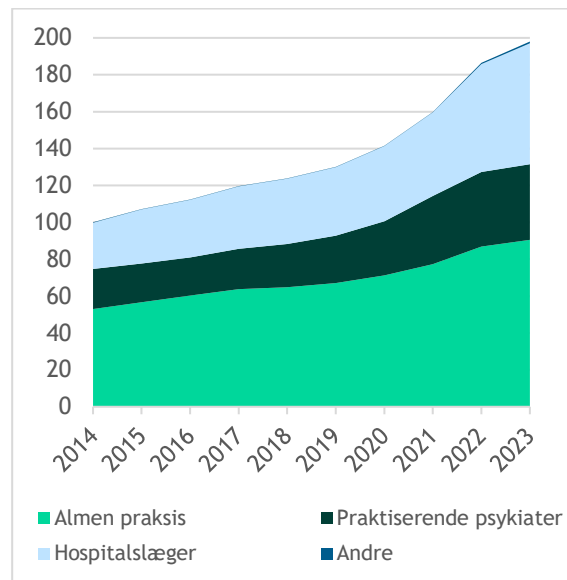
Figur 30: Indløste recepter på antidepressive lægemidler for alle aldersgrupper som andel af indeksåret 2014, fordelt på receptudsteder, 2014-2023



Kilde: [Danish register-based study: Who prescribes drugs to patients \(sdu.dk\)](#) og egne beregninger.

Note: Antidepressive lægemidler er defineret som ATC-kode N06A

Figur 31: Indløste recepter på centralstimulerende lægemidler for alle aldersgrupper som andel af indeksåret 2014, fordelt på receptudsteder, 2014-2023



Kilde: [Danish register-based study: Who prescribes drugs to patients \(sdu.dk\)](#) og egne beregninger.

Note: Centralstimulerende lægemidler (ADHD-medicin) er defineret som ATC-kode N06BA

Den kvalitative undersøgelse fra Implement afdækker en række forhold, som til tider gør sig gældende, når patienten skal afsluttes til almen praksis, og hvor de praktiserende psykiatere bl.a. efterspørger tydeligere rolle- og ansvarsfordeling mellem de forskellige aktører. På voksenområdet kan der være udfordringer med at afslutte multisyge, men ellers stabile patienter til almen praksis, som kan være tilbageholdende med at modtage mere behandlingskrævende patienter. I den kvalitative undersøgelse bliver det belyst, at praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i Region Hovedstaden ikke har mulighed for at afslutte stabile patienter til almen praksis. Uanset patientens diagnose, er det gængs praksis i regionen, at stabile børn og unges forløb først afsluttes hos praktiserende børne- og ungdomspsykiater når de er færdigbehandlet, hvilket adskiller sig fra de andre regioner, hvor børn og unge i stabil behandling afsluttes til almen praksis i vedligeholdelsesbehandling. Denne praksisforskel skyldes, at regionerne fortolker og anvender den nationale vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser forskelligt. Praktiserende psykiater efterspørger også et bedre overblik over udbud af relevante indsatser på kommunalt regi eller i civilsamfundet, som den praktiserende psykiater kan anbefale patienten efter afsluttet behandling. En bedre koordination af indsatser på kommunalt- og civilsamfunds niveau, vil ifølge de praktiserende psykiatere betyde, at patienterne ikke bliver uhenigtsmæssigt længe ved de praktiserende psykiatere, da andre aktører vil kunne overtage på det rette tidspunkt.

4.3.4. Overgangen fra barn til voksen

I den kvalitative undersøgelse fra Implement kom det frem, at en andel unge mellem 16 og 17 år med behov for at opstarte nyt forløb ikke kan nå at få tid til konsultation hos praktiserende børne- og ungdomspsykiater før de fylder 18 år. Samtidig kan den unge først henvises til psykiater seks måneder før de fylder 18 år. Det indebærer, at en gruppe unge er i risiko for at vente to gange på at blive tilbudt første konsultation hos psykiater. Det må antages særligt at gælde unge, der skal udredes for ADHD og autismespektrumlidelse uden komorbiditet. Det er tidligere belyst, at patienter med angst og depression har kortere ventetid og ville komme hurtigt til hos praktiserende psykiater. Børn og unge med komorbiditet og eventuelle symptomer på ADHD og/eller autismespektrumlidelse er i den regionale børne- og ungdomspsykiatris målgruppe.

Det er samtidig den alder, hvor de unge påbegynder ungdomsuddannelser, hvor der vil være øgede krav i forhold til folkeskolen. Dette skifte kan give særlige vanskeligheder hos unge med udviklingsforstyrrelser, også selvom de ikke tidligere har haft behov for psykiatrisk behandling. Elever, der har afsluttet folkeskolen, har i udgangspunktet ikke adgang til PPR, og der er ikke en tilsvarende pædagogisk rådgivning på ungdomsuddannelserne.

Unge med psykiske funktionsnedsættelser har mulighed for at få specialpædagogisk bistand for at kunne gennemføre ordinær ungdomsuddannelse (Børne- og Undervisningsministeriet, 2020). Dette forudsætter dokumentation af den psykiske lidelse og/eller udviklingsforstyrrelse. Ventetiden kan således have særligt store konsekvenser for de unges uddannelsesforløb.

4.3.5. Andre veje til behandling

Psykologbehandling i praksissektoren

En afgrænset personkreds kan få tilskud til psykolog i praksissektoren efter henvisning fra egen læge (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023). 9 af de 11 henvisningsårsager består i dag af en række vanskelige livsbegivenheder og traumer, og de sidste 2 af de 11 henvisningsårsager omfatter let til moderat depression og angst, herunder let til moderat OCD. Det offentlige tilskud udgør som udgangspunkt 60 procent af psykologens honorar, mens personer, der er henvist for let til moderat depression, angst eller OCD, og som på henvisningstidspunktet var 18-24 år gamle, kan modtage psykologbehandlingen vederlagsfrit, dog med væsentligt længere ventetid. Det er overenskomstaftalt, at et behandlingsforløb højst kan bestå af 12 konsultationer, dog med mulighed for yderligere 12 konsultationer ved depression og angst (RLTN og DP, 2023). Nogle af patienterne har et samtidigt behandlingsbehov hos praktiserende psykiater eller i den regionale psykiatri (Implement, 2024). Der er gennemsnitligt seks behandlingskontakter pr. forløb med store geografiske forskelle. Der har været en stigning i antallet af henviste patienter til psykologordningen (Sundhedsstyrelsen, 2022c). Alle rammemidler til vederlagsfri psykologhjælp bruges, mens andelen af ubrugte midler til forløb med egenbetaling er steget siden 2011. I 2011-2013 var der 5 % ubrugte midler, mens der i 2021 var 24 % ubrugte midler. I 2022 var det samlede udgiftsloft for begge psykologordninger 349,9 mio. kr. (oktober 2021-niveau) fordelt med et udgiftsloft for tilskudsordning på 274,2 mio. kr., og et udgiftsloft på 75,7 mio. kr. for den vederlagsfri ordning (VIVE, 2023; Implement, 2024b).

Behandling i hospitalsregi

For voksne varetager hospitaler behandlingen af patienter med svære psykiske lidelser, og for børn og unge varetager sygehuse behandling af moderat til svære psykiske lidelser, jf. figur 12 i afsnit 4.1.3. Sygehusvæsenet varetager specialiserede opgaver, hvor patienterne har behov for en tværfaglig indsats i et samarbejde mellem flere faggrupper. Langt størstedelen af aktiviteten udgøres af ambulante forløb med fokus på udredning og afslutning til videre behandling og indsatser i primærsektoren. Hvis regionen ikke har kapacitet til at udrede patienten inden for 30 dage, har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg, hvilket kan være i privat regi på et aftalesygehus. Patienten har ligeledes ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis regionerne af kapacitetsmæssige årsager ikke har mulighed for at påbegynde behandling senest 30 dage efter udredningen er afsluttet.

Kommunale tilbud

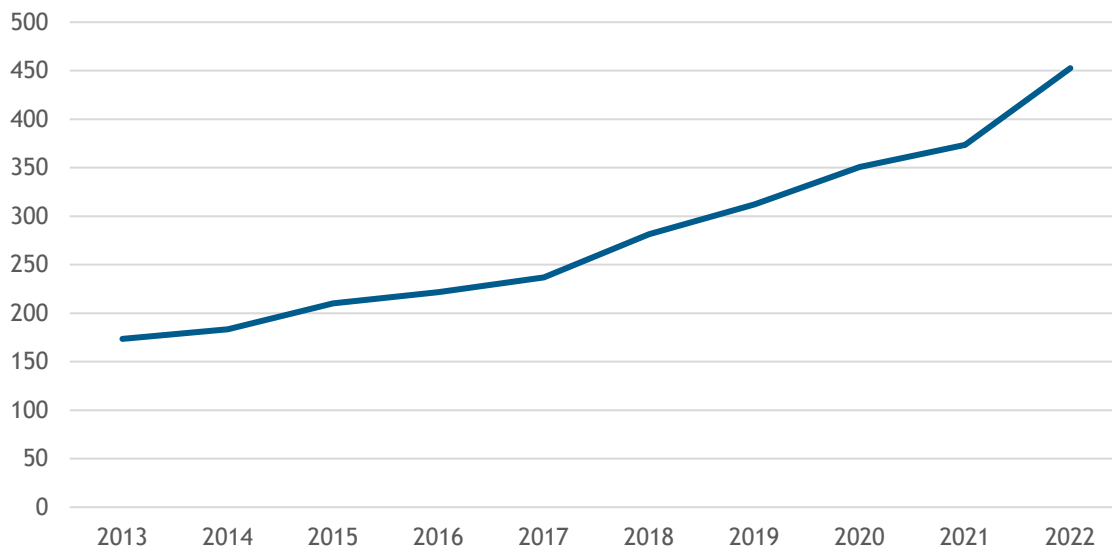
Kommunerne er forpligtet til at tilbyde patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser og at sikre, at voksne med nedsat psykisk funktionsevne får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der modsvarer den enkeltes behov (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024; Social- og Ældreministeriet, 2022). Til voksne med psykiske lidelser kan kommunale tilbud bestå af gruppeforløb og individuelle samtaler. Der er dog stor variation i udbuddet af kommunale tilbud. Nogle kommuner tilbyder psykologbehandling af stress, angst og depression i grupper efter henvisning fra almen praksis, mens andre yder rådgivningssamtaler ved eksempelvis en socialrådgiver.

Kommunerne har i dag både tilbud efter Barnets Lov og Folkeskoleloven, som kan være relevante for børn og unge med psykiske lidelser. Kommunerne er bl.a. jf. Barnets Lov forpligtet til at tilbyde hjælp og støtte til børn og unge med nedsat psykisk funktionsevne, hvilket blandt andet kan være individuelle behandlingstilbud, gruppetilbud mv. (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024). Samtidig kan børn og unge tilbydes specialpædagogisk bistand, enten som støtte i daginstitution og skole eller gennem Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). Der kan dog være store variationer i forankring og indhold i de kommunale tilbud. I juli 2024 trådte en ændring i sundhedsloven i kraft, der forpligter alle landets kommuner til at etablere et nyt lettilgængeligt kommunalt behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel og med symptomer på psykisk lidelse. Behandlingstilbuddet skal sikre, at der er en ensartet adgang til lettere behandling af høj kvalitet på tværs af landets kommuner. Behandlingstilbuddet skal være fuldt implementeret inden udgangen af 2025. I det nye tilbud får børn og unge mellem 5 og 17 år adgang til en screening af, om der er et behandlingsbehov for symptomer på psykisk mistrivsel. Efterfølgende skal barnet/den unge tilbydes relevant behandling. Regioner og kommuner skal indgå i et gensidigt forpligtende samarbejde om det nye tilbud (Sundhedsstyrelsen, 2023c). Behandlingstilbuddet skal understøtte det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde, herunder at kommunerne sikrer et hensigtsmæssigt samarbejde og koordination i forhold til kommunernes øvrige indsatser og forpligtelser på andre fagområder, i forhold til den regionale børne- og ungdomspsykiatri og i forhold til civilsamfundet.

Alle kommuner er forpligtet til at tilbyde misbrugsbehandling. Fra september 2024 overtog regionerne gradvist ansvaret for at tilbyde integreret behandling af mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug (Sundhedsstyrelsen, 2023d).

Private forsikringsordninger

Figur 32: Bruttoerstatning til psykolog, psykiater, mm. udbetalt af Forsikring og Pensions medlemmer 2013-2022 (mio. kr.)



Kilde: [Forsikring og Pension, 2023](#), og egne beregninger

Private sundhedsforsikringer spiller en stadig større rolle inden for psykiatrisk behandling, både i Danmark og i andre lande. En voksende andel af befolkningen har en (eller flere) sundhedsforsikringer. I alt 2,7 mio. danskere har en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring, mens et tilsvarende antal er medlem af 'danmark', og mindst 1 ud af 5 er dobbeltforsikrede (Pedersen, 2024).

Private sundhedsforsikringer giver ofte medlemmerne hurtig adgang til psykiatriske ydelser og større fleksibilitet ift. valg af behandler, og kan bl.a. dække ydelser hos psykiater og børne- og ungdomspsykiater samt psykolog. Den samlede erstatning til medlemmer af private sundhedsforsikringer er steget støt de seneste år (Figur 32). For børn- og unge udgør udgifter til psykiater og psykolog halvdelen af den samlede udgift til sundhedsforsikrede under 18 år, mens det for voksne udgør knap en femtedel. Knap 60 % af udgifterne for børn og unge på det mentale område går til børne- og ungdomspsykiater, mens det for voksne kun er ca. 18 %, som i stedet i langt højere grad får dækket udgifter til psykolog ([Sundhedsstrukturkommissionen, 2023](#)). Nogle sundhedsforsikringer giver også tilskud til medicin.

Forsikringsordningerne vil dog ofte kun dække et begrænset antal konsultationer, hvorefter opfølgning og vedligeholdelse af eventuel igangsat farmakologisk behandling skal varetages i offentligt regi.

Egenbetaling

Der er et stigende udbud af tilbud med ren egenbetaling. Det kan både være forløb, der svarer til forsikringsordningerne og forløb i andet regi. Det kan fx være individuelle forløb eller gruppeforløb med behandling af lettere psykiske lidelser som angst i form af kognitiv adfærdsterapi eller metakognitiv terapi. Fælles for disse tilbud er, at det i høj grad er overladt til patienten eller de pårørende at finde det rette tilbud.

Civilsamfundet

I det faglige oplæg til 10-årsplan peges på et uudnyttet potentiale i forhold til civilsamfundsindsatser. Civilsamfundet tilbyder en lang række indsatser, der primært er forebyggende i forhold til udvikling og forværring af psykisk mistrivsel og psykisk lidelse. Det er fx fællesskaber, netværk og støttegrupper, som i udgangspunktet er aktiviteter, der ikke er forankret i sundhedsloven. På enkelte områder tilbydes indsatser til patientgrupper, der ikke er i målgruppen for behandling i offentligt regi. Nogle kommuner vælger at medfinansiere civilsamfundsorganisationer, så indsatserne kan indgå i kommunens tilbudsvifte på socialområdet. Der er ikke et samlet overblik over civilsamfundets indsatser, hverken i forhold til indsatser, målgrupper og geografisk tilgængelighed.

For borgere der har behov for indsatser i flere sektorer oplever kommunerne, at det kan være vanskeligt at samarbejde med civilsamfundet, blandt andet fordi de har begrænset kendskab til de samlede relevante tilbud på tværs af sektorer i offentligt regi (Socialstyrelsen, 2021).

5. Fund fra den kvalitative undersøgelse

5.1. Fund, der påvirker ventetider til praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere

Igennem den kvalitative undersøgelse er der identificeret en række faktorer, som påvirker ventetiderne. Den kvalitative undersøgelse har hovedsageligt inddraget praktiserende psykiatere indenfor de to specialer, og sekundært repræsentanter for andre relevante organisationer, herunder patientforeninger, Praktiserende Lægers Organisation, m.fl.

5.1.1. Stigende efterspørgsel

Blandt respondenter er der enighed om, at antallet af børn, unge og voksne, der henvises til udredning hos en praktiserende psykiater i børne- og ungdomspsykiatri eller voksenpsykiatri, er stigende. Særligt bemærkes en markant stigning i antallet af henvisninger til udredning af medfødte udviklings- og adfærdsforstyrrelser, herunder især autismespektrumlidelse og ADHD.

5.1.2. Ændring i sammensætningen af patienter, som efterspørger udredning

Blandt de praktiserende psykiatere er der en generel opfattelse af, at efterspørgslen efter udredning af udviklings- og adfærdsforstyrrelser, især ADHD, er en væsentlig faktor bag stigning i ventetiderne, der især er drevet af en tilstrømning af patienter, der kan beskrives som:

- Velfungerende forældre og bedsteforældre, som søger udredning efter at have genkendt symptomer hos sig selv, ofte med et overordnet højt funktionsniveau og en stabil hverdag. Ønsket om udredning kan være relateret til, at visse forstyrrelser kan være arvelige.
- Voksne med tidligere udiagnosticerede symptomer, primært yngre kvinder, som oplever funktionsfald og symptomstigning udløst af større livsbegivenheder. Der ses ofte komorbiditet, og symptomerne forværres generelt i ventetiden.

Disse patienter har, ud fra psykiaternes vurdering, ikke et så presserende behandlingsbehov, som andre patienter. Det er de praktiserende psykiaters vurdering, at en del af disse patienter med fordel kan behandles på et lavere specialiseringsniveau og potentielt kan have større gavn af alternative behandlingstilbud, som kan leveres med kortere ventetid. Flere andre faggrupper som eksempelvis psykologer, kan tilbyde kvalificeret behandling af disse patienter, herunder forskellige gruppeforløb. Ligesom der kan være tilbud om dialog med ligesindede i regi af eksempelvis kommune, patientforeninger eller fra andre steder i civilsamfundet.

At der er patienter, som kan hjælpes bedre gennem andre tilbud end behandling ved en praktiserende psykiater peger på et behov for mere viden om hele primærsektoren og muligheden for at søge hjælp i andet regi, fx i almen praksis, i kommunale tilbud, eller blandt familie, venner og i civilsamfund.

5.1.3. Faglig prioritering og forskelle i ventetiderne

Respondenterne i den kvalitative undersøgelse giver i interviewene udtryk for, at de i praksis opererer med to ventelister - én forbeholdt akutte eller subakutte patienter oftest med en nyopstået, behandlingskrævende angst og/eller depression (som tilbydes en tid med op til nogle måneders ventetid). Samt en længere venteliste forbeholdt patienter, der kræver udredning og behandling af udviklings- og adfærdsforstyrrelser, herunder primært ADHD eller autismespektrumlidelse (som tilbydes tid med op til flere års ventetid). Denne praksis og faglige prioritering gør sig gældende på tværs af de to specialer. De praktiserende psykiatere foretager således en faglig vurdering og prioriterer deres tider afhængigt af deres vurdering af den enkelte patients potentielle diagnose, tilstand og behov. Denne faglige prioritering er nødvendig på grund af den betydelige overvægt af henvisninger i forhold til antallet af nye patienter, der kan ses ugentligt. Det er derfor afgørende, at henvisningerne er grundigt beskrevet, da dette påvirker den faglige prioritering og placeringen på ventelisten.

Med de forholdsvis lange ventetider til praktiserende psykiatere i begge specialer, udtrykker flere af de praktiserende psykiatere samt patient- og pårørendeforeningerne, at patienternes psykiske tilstand ofte forværres i ventetiden, hvilket i nogle tilfælde fører til et længerevarende behandlingsforløb, sammenlignet med udgangspunktet, da patienten henvendte sig til almen praksis.

5.1.4. Samarbejde med almen praksis og andre aktører

Den kvalitative undersøgelse finder, at der er bred enighed om, at det vil have betydning for ventetiden til praktiserende psykiatere, hvis der opnås en ensartet forståelse af, hvilke patienter, der er i målgruppe til behandling ved praktiserende psykiater, og hvilke opgaver, der skal varetages på hvilket niveau. Det indebærer, at færre patienter henvises til praktiserende psykiatere, fordi de resterende kan behandles på lavere specialiseringsniveau, og at patienter afsluttes hurtigere til almen praksis, når de er i stabil behandling.

Manglende videndeling på tværs

I børne- og ungdomspsykiatrien har de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere ikke altid adgang til information om, hvilke forebyggende indsatser, der har fundet sted i kommunalt regi, samt hvorvidt der er foretaget indledende tests og undersøgelser. De adspurgte børne- og ungdomspsykiatere rapporterer om varierende kvalitet og tilgængelighed af dokumentation fra det indledende arbejde udført i kommunerne. Dette omfatter både oplysninger om gennemførte og dokumenterede indsatser, kognitive tests, samtaler samt beskrivelser af patientens tilstand og situation. De praktiserende børne- og ungdomspsykiatere vurderer, at disse informationer er afgørende for, at de kan stille en nøjagtig diagnose og igangsætte et veltilrettelagt behandlingsforløb.

Uklare henvisninger

Selvom mange praktiserende psykiatere inden for begge specialer generelt oplever, at almen praksis udarbejder kvalificerede henvisninger, varierer kvaliteten af henvisningerne afhængigt af det enkelte lægehus.

De praktiserende psykiatere inden for voksenpsykiatri oplever, at deres indledende visitation af henvisningerne samt den efterfølgende udredning bliver mere kompleks og tidskrævende, hvis patientens tilstand og historik ikke er velbeskrevet i henvisningen fra almen praksis. Dette er særligt relevant for patienter, der henvises med udviklings- og adfærdsforstyrrelser som autismespektrumlidelse og ADHD, idet disse lidelser er medfødte og derfor kræver et dybdegående indblik i patientens tidligere og nuværende tilstand samt historik, der rækker tilbage til barndommen. Ifølge respondenterne er der derfor fortsat potentiale for at styrke

ensretning, dokumentation og detaljegrad i henvisningerne. Desuden påpeger flere af de praktiserende psykiatere, at uklare eller meget kortfattede henvisninger og begrænset medfølgende dokumentation fra almen praksis kan medføre, at patienter enten afvises eller placeres på ventelisten på et mangelfuldt grundlag. Dette kan resultere i, at det ved opstart af forløbet viser sig, at patienten ikke tilhører målgruppen for en praktiserende psykiater. For at undgå utilfredse patienter og potentielle klagesager, hvis en patient afvises efter flere måneders ventetid, rapporterer enkelte praktiserende psykiatere, at de vælger at tage disse fejlviserede patienter ind til et par samtaler, på trods af patienten ikke tilhører målgruppen.

Udfordringer med at afslutte patienter

Nogle af de praktiserende psykiatere oplever også, at de har vanskeligheder med at afslutte patienter med komorbiditet til andre aktører, i de tilfælde, hvor det er psykiaterens vurdering, at patienten er stabiliseret i en sådan grad, at der ikke længere er behov for at modtage behandling af en psykiater. Her er vurderingen fra de praktiserende psykiatere, at almen praksis ikke ønsker at tage imod disse patientgrupper grundet faglig usikkerhed. Det betyder ofte, at de praktiserende psykiatere enten beholder patienterne i egen praksis med risiko for, at limiteringerne, dvs. det maksimale antal konsultationer for udredning og behandling, som de må afholde med patienten, overskrides. Alternativet er, at patienterne afsluttes, uden henvisning til videre støtte fra andre instanser.

Manglende overblik over eksisterende tilbud

Flere af de praktiserende psykiatere giver udtryk for, at de ikke har overblik over eksisterende tilbud og derfor er nogle patienter i forløb hos psykiater i længere tid end nødvendigt, på grund af manglende viden om relevante indsatser at afslutte patienten til.

De adspurgte patient- og pårørendeforeninger bemærker ligeledes, at deres medlemmer ikke oplever at få den rette støtte, når de afsluttes hos praktiserende psykiatere pga. manglende kendskab til og koordination af indsatser, herunder også både kommunale- og civilsamfundsindsatser, som patienten kunne have gavn af. De efterspørger, ligesom de praktiserende psykiatere på tværs af specialer, dels et bedre overblik over eksisterende indsatser og tilbud til patienterne, og dels et overblik over, hvordan man bliver visiteret til ydelser eller indsatser i civilsamfundstilbud.

Transitionen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri

Under interviewene kom det frem, at unge mellem 16 og 18 år, kan komme i klemme i transitionen mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Formelt set skal målgruppen modtage ydelser hos praktiserende børne- og ungdomspsykiatere, indtil de fylder 18 år. Grundet længden af ventelisten og på baggrund af en forventning om, at de unge ikke kan nå at komme i behandling, før de er fyldt 18 år, afvises nogen allerede som 16-årige. Her er der, ifølge de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere, særligt tale om unge, som mistænkes for at have en udviklings- og adfærdsforstyrrelse. Derved kan de unge komme til at vente endnu længere, da de først som 18-årige kan henvises til voksenpsykiatrien. Denne strukturelle udfordring, som betyder, at en gruppe har fået forringet adgang til psykiatrien peger på potentialet ved at have én ansvarlig myndighed, som sikrer sammenhæng i tilbuddene. Ligesom det kalder på behovet for en løsning, hvor anciennitet og plads på ventelisten kan overføres fra en kontekst til en anden.

5.1.5. Mulighed for delegering til klinikpersonale og barrierer herfor

Mulighederne for delegering til klinikpersonale er blevet forbedret med henblik på at øge aktiviteten hos de praktiserende psykiatere. Respondenterne peger dog på organisatoriske, økonomiske og kulturelle barrierer, der vanskeliggør ansættelsen af klinikpersonale.

Mange praktiserende psykiatere, der kommer fra stillinger i den regionale psykiatri, søger at minimere administrative og ledelsesmæssige opgaver i privat praksis. Derudover nævnes økonomiske risici, finansiering af barsel og sygemeldinger, samt rekruttering af de rette kompetencer som barrierer. Respondenterne udtrykker tilbageholdenhed med rekruttering af klinikpersonale også på grund af tvivl om, hvorvidt de kan identificere de rette kompetencer hos potentielt klinikpersonale. De beskriver, at en lille praksis med fx 2-4 medarbejdere er sårbar, og det er deres vurdering, at det derfor er kritisk, at det faglige og personlige match er rigtigt.

De praktiserende psykiatere, der allerede har ansat klinikpersonale, udtrykker stor tilfredshed med dette og fremhæver fordele som faglig og social sparring samt mulighed for delegering af opgaver.

6. Konklusion og forslag til reduktion af ventetider

6.1. Analysens hovedpointer

Ventetiden til behandling hos praktiserende psykiater eller børne- og ungdomspsykiater er lang, fordi der er flere patienter, som søger behandling og bliver henvist, end der er kapacitet til. Når ventetiderne ændrer sig, og hvis man vil ændre på ventetiderne i fremtiden, kan man derfor notere sig, at øget efterspørgsel fører til længere ventetider, og øget kapacitet fører til kortere ventetider, alt andet lige. De forventede ventetider, som lægerne selv indberetter til Danske Regioner, har længe været stigende. Disse er dog meget længere end både de gennemsnitlige ventetider og den tid, 90 % af patienterne ender med at have ventet, når de kommer til første konsultation.

6.1.1. Efterspørgsel

Over de forgange fire år er der sket en stigning i antallet af patienter, som bliver behandlet hos praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere. Indenfor medfødte udviklingsforstyrrelser har der været vækst i antallet af patienter med diagnoser, som bl.a. ses ved at flere børn og unge får stillet diagnosen autismespektrumlidelse (jf. figur 9) og flere børn, unge og voksne tager ADHD-medicin (jf. figur 8). Også hos praktiserende psykiatere er det ADHD som fylder mest, både blandt børn og voksne. I den kvalitative undersøgelse fremhæver flere praktiserende psykiatere, at det er udviklingsforstyrrelser, som er i størst vækst. I samme undersøgelse angiver de praktiserende psykiatere, at de triagerer mellem subakutte patienter, med symptomer på fx angst eller depression, og andre patienter, med symptomer på fx udviklingsforstyrrelser, som kommer til at vente længere på behandling.

Den øgede efterspørgsel kan skyldes, at der har været et øget fokus på og en delvis afstigmatisering af psykiske lidelser. Det er også muligt, at kriterierne for at blive behandlet i hospitalspsykiatrien er blevet mere snævre, både for børn og voksne. Den øgede efterspørgsel kan også skyldes en stadig større viden om hvordan kernesymptomer kan komme til udtryk på forskellig vis samt bedre diagnostiske redskaber for udredning af både autismespektrumlidelse og ADHD. Samlet set mangler der dog viden om, hvad der driver efterspørgslen efter psykiatrisk behandling (Sundhedsstyrelsen, 2022a).

6.1.2. Udbud

Udbuddet af ydelser hos praktiserende psykiatere dækker over antallet af praktiserende psykiatere samt udnyttelsen af deres kapacitet. Antallet af psykiatere i børne og ungdomspsykiatri er forøget sammenlignet med for 10 år siden, mens antallet indenfor voksenpsykiatri er uændret. En større andel af forløb i begge specialer indeholder både udrednings- og behandlingskontakter, hvilket indikerer, at de henviste patienter er behandlingskrævende. Patienter som udelukkende udredes ved praktiserende psykiater, men ikke modtager behandling kunne i stedet have været henvist til behandling i andet regi. At patienter, som henvises til psykiater både udredes og behandles indikerer, at det er patienter, som med rette er blevet henvist til en psykiater. En større andel forløb for patienter, som er behandlingskrævende peger derfor på en hensigtsmæssig udnyttelse af de praktiserende psykiatere.

Antallet af kontakter pr. forløb er stigende indenfor begge specialer, hvilket betyder at den enkelte psykiater kan have et lavere antal patienter i forløb. Ligeledes er antallet af kontakter pr. psykiater faldet indenfor

begge specialer over de sidste fire år. Det kan skyldes en udvikling i, hvilke former for kontakter psykiaterne har, hvor nogle kontakter er mere ressourcekrævende end andre. Samlet set er antallet af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere stigende til stagnerende, mens antallet af praktiserende voksenpsykiatere er stagnerende til faldende. Praktiserende psykiatere indenfor begge specialer ansætter i stigende grad andre faggrupper i klinikken, men der er stadig mange praktiserende psykiatere, som arbejder alene.

6.1.3. Struktur

Praktiserende psykiatere i begge specialer udfordres ifølge den kvalitative undersøgelse af, at henvisninger ofte er mangelfulde. Det vides ikke, hvor mange henvisninger, som tilbagevises af de praktiserende psykiatere eller af hvilke grunde, men mangelfulde henvisninger udgør et problem for ventetiden, fordi det betyder, at de praktiserende psykiatere skal bruge unødigt lang tid på at afklare om patienten er i målgruppe for behandling. Patienter ender også med at stå på venteliste, selvom de ikke er i målgruppe for psykiatrisk udredning eller behandling.

Samtidig oplever flere praktiserende psykiatere indenfor begge specialer udfordringer med at afslutte patienter i stabil behandling til almen praksis. Resultatet er, at forløb ved praktiserende psykiater forlænges og at praktiserende psykiaters kapacitet bruges på opgaver, som kunne varetages af egen læge, alt imens andre patienter venter på en aftale ved en psykiater.

Der findes allerede tiltag til at afhjælpe disse problemer, fx §66-henvisninger og muligheden for at få patienter vurderet ved enkeltstående konsultation, som er afsluttet fra praktiserende psykiater. Desuden har alment praktiserende læger også mulighed for at konferere om konkrete patienter med praktiserende psykiatere telefonisk eller via konferencebrev. Samarbejdet mellem almen praksis og praktiserende psykiatere indenfor hhv. psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri opleves dog stadig udfordrende, hvilket kan forlænge ventetiden til behandling hos praktiserende psykiater.

6.1.4. Perspektivering

Analysens opdrag er dels at beskrive årsager til ventetiderne til praktiserende voksenpsykiater og børne- og ungdomspsykiater og dernæst at beskrive forslag til, hvordan ventetiderne kan reduceres igennem bedre og mere effektiv udnyttelse af eksisterende ydernummerkapacitet. Analysen danner et sparsomt grundlag for at udarbejde løsningsforslag, der kan reducere ventetiderne gennem bedre udnyttelse af de praktiserende psykiateres kapacitet, da det har vist sig, at det primært er efterspørgslen, der driver ventetiderne. Antallet af praktiserende børne- og ungdomspsykiater og voksenpsykiater kan ikke øges for nuværende, uden at trække resurserne ud af hospitalspsykiatrien. Dette giver anledning til at rette blikket mod dem, der søger behandling hos og henvises til praktiserende psykiater og overveje om der er grupper af patienter, som med fordel kunne henvises til behandling i andet regi, som eksempelvis psykolog, kommunale tilbud eller tilbud i civilsamfundet.

Det er den enkelte borger og deres pårørende, som beslutter at søge behandling ud fra en vurdering, som omfatter symptomer, funktionsniveau, samt en forventning om, hvad det vil sige at være normal og rask. Symptomer på psykisk sygdom er ikke altid lig med behov for lægelig behandling, og ikke al mistrivsel eller ubehag er symptomer på psykisk sygdom. Respondenterne i den kvalitative analyse udtrykker, at der er en del borgere, der søger læge med forhold, som ikke bunder i behandlingskrævende psykisk sygdom. Denne type patienter kan komme på venteliste ved de praktiserende psykiatere, men i sidste ende blive afvist, da det ikke er lidelser, som kræver udredning og behandling.

Når en praktiserende læge møder en patient med psykiske symptomer, skal denne vurdere, om patienten skal henvises til psykiater, behandles i almen praksis, henvises til en tredje behandlingsmulighed eller slet ikke behandles. Denne visitationsopgave er en central del af almen praktiserende lægers virksomhed, men fund fra den kvalitative undersøgelse peger på, at der er behov for mere ensartethed i processen.

Hvis mange patienter bliver henvist til psykiater, men alligevel ikke er i målgruppe, vil det betyde to ting. 1) at denne gruppe højst sandsynligt ville kunne have fået hurtigere hjælp i et andet regi og 2) de patienter der har behov for udredning eller behandling hos en psykiater, ender med at vente længere.

Når patienten er henvist til en praktiserende psykiater vurderer psykiateren, om patienten er i målgruppe for behandling på baggrund af henvisningen. Hvis henvisningen ikke fører til en tilbagehenvisning, fortsætter forløbet hos psykiateren med udredning og evt. relevant behandling af patienten. Dette kan varetages af psykiateren selv, eller af andre sundhedsfaglige, som psykiateren delegerer opgaver til. Når patienten er i stabil behandling, skal de afsluttes, til almen praksis.

Behandling hos praktiserende psykiatere bør ses i sammenhæng med de demografiske ændringer, der præger sundhedsvæsenet, hvor en stigende andel af ældre borgere forventes at øge efterspørgslen på psykiatrisk behandling. Et dansk studie fremhæver, at jo ældre man bliver, desto større er sandsynligheden for at få stillet en psykiatrisk diagnose eller modtage en recept på psykofarmaka (Kessing et al., 2023). Denne sammenhæng mellem stigende alder og risikoen for psykiske lidelser betyder, at den voksende ældrebefolkning vil øge behovet for psykiatrisk behandling. Ifølge Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning vil cirka hver tredje dansker være fyldt 60 år i 2035, hvilket yderligere understreger nødvendigheden af at forberede sundhedsvæsenet på en større efterspørgsel efter psykiatrisk behandling. Samtidig er andelen af personer over 15 år, der rapporterer at have mindst én psykisk lidelse, steget fra 9,0 % i 2013 til 12,9 % i 2021 (Sundhedsstyrelsen, 2022e). Derfor er en omstilling fra det specialiserede til det primære sundhedsvæsen nødvendig, også inden for psykiatrien (Sundhedsstyrelsen, 2023b).

Organiseringen af de praktiserende psykiatere som selvstændige enheder kan i visse tilfælde udgøre en barriere for en fleksibel udnyttelse af den samlede kapacitet af psykiatere. Dette gælder også for de praktiserende psykiatere, hvor strukturelle barrierer gør det vanskeligt for alment praktiserende læger at sikre henvisning til den rette behandling på det rette sted. Sundhedsstrukturkommissionen fremhæver netop disse barrierer for praktiserende psykiatere generelt, hvilket bidrager til en øget kompleksitet i sundhedsvæsenets henvisningssystemer og kan forsinke eller komplicere patienters adgang til nødvendig behandling. Sundhedsstrukturkommissionen skriver følgende om udfordringerne for praktiserende speciallæger generelt:

"Indenfor specialer, hvor der kan opstå betydelig ventetid samlet og i den enkelte klinik, og hvor der er delvist overlappende opgaveløsning mellem sygehus og praktiserende speciallæger, kan organiseringen være en barriere for at opnå en samlet prioritering af de patienter med størst og mest akut behov samt en effektiv opgaveplacering. For de alment praktiserende læger betyder det, at der ved beslutning om at henvise patienten til enten praktiserende speciallæge eller sygehus skal være en tydeligt defineret arbejdsdeling mellem sygehus og praktiserende speciallæge og kendskab til forventet ventetid. Fra et patientperspektiv er fraværet af en fælles indgang til speciallægehjælp særligt en barriere for borgere med lav sundhedskompetence, da borgerne selv må forventes at fremsøge relevante klinikker på sundhed.dk og vurdere den angivne ventetid."

(Sundhedsstrukturkommissionens rapport, 2024, kapitel 13)

I lyset af nærværende analyses fund må dette anses for at være relevant for de psykiatriske specialer. På børne- og ungeområdet er det et faktum, at de diagnoser, som behandles i hospitalspsykiatrien og dem, som behandles ved praktiserende psykiatere i høj grad overlapper, jf. figur 4 og 5, og derfor er det komplekst at

vurdere, hvilket tilbud, der er det rette for patienten. For begge specialer gælder det, at ventetiderne ikke er gennemskuelige, idet de offentligt tilgængelige forventede ventetider langt overestimerer, hvad der er realiteten for de fleste patienter. Som det også bemærkes i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, er det op til den enkelte patient at navigere i dette komplekse system og det kan have konsekvenser, særligt for borgere med lav sundhedskompetence.

6.2. Forslag

Forslag til at nedbringe ventetiden til praktiserende psykiatere i voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri:

- Fokus på psykiaterens kernekompetence
- Styrkede rammer om samarbejdet mellem almen praksis og praktiserende psykiater og børn og ungdomspsykiater
- Frigør ressourcer hos den praktiserende psykiater
- Styrk overgangen fra barn til voksen

6.2.1. Fokus på psykiaterens kernekompetence

I sundhedsvæsenet stilles diagnoser med det formål at afklare muligheder for behandling, eller for at udelukke anden sygdom. Vi kan som mennesker komme i mistvivl eller opleve stort ubehag, uden at vi af den grund vil have gavn af psykiatrisk behandling.

Det første forslag er derfor, at behandling hos praktiserende psykiatere i begge specialer målrettes mod de grupper, der har gavn af den. Som analysen illustrer, kan der være lang ventetid til psykiatrisk behandling og det er derfor nødvendigt at have fokus på at borgerne får den rette hjælp, på det rette specialiseringsniveau. Flere skal behandles tidligere på deres vej gennem sundhedsvæsenet, fx i almen praksis, psykologpraksis eller i kommunalt regi. Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser fra 2024, giver mulighed for, at læger med særlige kompetencer, dvs. læger med kompetencer og viden på niveau med psykiatriske speciallæger inden for et specifikt område, fx ADHD, kan opstarte patienter i behandling med psykofarmaka (Sundhedsstyrelsen, 2024). Det betyder, at alment praktiserende læger med de rette kompetencer kan opstarte behandlingsforløb på specifikke områder, som eksempelvis behandling af ADHD, fremfor at henvise disse patienter til praktiserende psykiatere. Derved kan alment praktiserende læger bidrage til at løfte en del af opgaven med behandling af voksne patienter med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. Det lettilgængelige tilbud for børn og unge er også et eksempel på et tilbud, der kan indfri dette behov og skabe kapacitet i primærsektoren.

Nærværende analyse har primært fokus på ventetiden ved de praktiserende voksenpsykiatere og børne- og ungdomspsykiatere. Der er behov for at vurdere om en andel af de patienter, der står på de praktiserende

psykiateres venteliste kan få mere hensigtsmæssig behandling eller hjælp andre steder i primærsektoren, og om det kan bidrage til at reducere efterspørgslen på ydelser fra praktiserende psykiatere.

Der er ikke foretaget en egentlig analyse af, om en andel af de nuværende patienter hos praktiserende børne- og ungdomspsykiatere/psykiatere kan få mere hensigtsmæssig behandling eller hjælp i andet regi, og om det i givet fald kan bidrage til at reducere efterspørgslen på ydelser fra praktiserende børne- og ungdomspsykiatere/psykiatere. Det er dog muligt, at etableringen af det nye kommunale behandlingstilbud til børn og unge med symptomer på psykisk lidelse kan få en afledt effekt på efterspørgslen på ydelser fra praktiserende børne- og ungdomspsykiatere. Denne forventning skal ses i sammenhæng med, at de kommunale tilbud skal etablere gensidige forpligtende samarbejder med den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri.

Der er findes mange forskellige tilbud og indsatser inden for psykiatrien, hvoraf nogle er behandlingstilbud under sundhedsloven, hvor der føres tilsyn, mens andre er terapi eller rådgivning under anden lovgivning. Den kvalitative analyse peger på, at ét samlet overblik vil forbedre muligheden for, at alment praktiserende læger og praktiserende psykiatere kan anbefale relevante tilbud til patienter, der har symptomer i mild grad eller som er i mistriksel uden at have en psykisk lidelse, som kræver behandling.

6.2.2. Styrkede rammer om samarbejdet mellem almen praksis og praktiserende psykiatere

Praktiserendes psykiateres arbejde er afhængigt af et godt samarbejde med almen praksis. Det andet forslag er derfor, at der ændres i strukturen for praktiserende psykiatere, så en ansvarlige myndighed får mere ansvar for planlægning, samarbejde mellem praktiserende psykiatere og andre aktører, og prioritering af patienter. Denne anbefaling er på linje med Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om praktiserende speciallæger, herunder psykiatere.

De konkrete problemer, som dette tiltag skal løse, er problemer med mangelfulde eller uklare henvisninger, som gør det svært for praktiserende psykiatere at vurdere patientens konkrete behov. Dette har både betydning for den faglige vurdering ift. hvor akut patientens behov er, men også ift. at styrke udredningsprocessen. Samtidigt er det uklart, hvad en henvisning skal indeholde, og der findes muligvis oplysninger i andre sektorer, fx PPR, som ikke tilvejebringes for de praktiserende psykiateres arbejde. Efter behandling ved praktiserende psykiater er der vanskeligheder med at afslutte patienter til almen praksis, når de er i stabil behandling. Det er ikke klart, hvilke opgaver almen praksis skal påtage sig, efter en patient er udredt hos praktiserende psykiater, og til en vis udstrækning er det op til den alment praktiserende læge selv at afgøre.

Desuden er det vanskeligt at gennemskue og få et overblik over ventetider til praktiserende psykiatere, som både giver almen praksis og patienten dårlige forudsætninger for at finde vej videre.

Endeligt bliver eksisterende muligheder for sparring og faglig støtte fra praktiserende psykiatere til almen praksis brugt i meget varierende grad. En ansvarlig myndighed skal sikre, at der stilles krav til både almen praksis og praktiserende psykiater om faglig sparring og kvalitetsudvikling imellem specialer. Samarbejdet mellem almen praksis og praktiserende psykiatere har dog vist forbedringer efter implementeringen af aftalen om Hurtig Psykiatrisk Vurdering (§66).

Forslaget indeholder ikke et konkret forslag om, hvordan organiseringen skal være, men en opfordring til, at der udarbejdes en ordning.

6.2.3. Frigør ressourcer hos den praktiserende psykiater

Der er allerede i dag ansat forskelligt sundhedsfagligt personale i praksis hos de praktiserende psykiatere. Alligevel er der et væsentligt potentiale i at ansætte mere klinikpersonale ved de praktiserende psykiatere (RLTN og FAPS, 2023a; RLTN og FAPS, 2023b). Det drejer sig både om, at praksis skal udvide sin kapacitet ved at ansætte mere klinikpersonale med relevante kompetencer, men det drejer sig også om, at flere opgaver, som i dag bliver varetaget af psykiateren, bliver delegeret til andre faggrupper.

Rapporten om Modernisering af specialt Psykiatri i speciallægepraksis fra 2023, fokuserer særligt på, i hvilket omfang klinikpersonale vil kunne varetage flere funktioner i speciallægepraksis med henblik på at frigøre speciallægeressourcer til det øgede behov, der opleves i psykiatrisk speciallægepraksis. Herunder at klinikpersonale kan gennemføre test mellem 1. og 2. konsultation (FAPS, 2023b). Dette kan ske efter delegation fra speciallægen og fremgår af ydelsesbeskrivelserne. De barrierer for at ansætte klinikpersonale, som de praktiserende psykiatere beskriver, er forbundet med økonomisk usikkerhed, samt de bekymringer og det ansvar som følger med rollen som personaleleder. Tiltaget kan fremmes ved, at der tilbydes forløb for praktiserende psykiatere, hvor de undervises i at fungere som personaleledere, samt at der organiseres erfaringsudveksling med praktiserende psykiatere fra andre specialer, som i højere grad anvender klinikpersonale. Desuden kan faglige organisationer på området være med til at afklare, hvilke kompetencer klinikpersonale bør besidde, for at kunne indgå i arbejdet i klinikken ved den praktiserende psykiater, og varetage de opgaver, som er relevante.

Potentialet i øget anvendelse af klinikpersonale er naturligt begrænset af, at den arbejdsstyrke, der er tilgængelig for sundhedsvæsenet samlet set er knap. Noget af det klinikpersonale, som arbejder i praksis vil derfor komme til at mangle andre steder, særligt hvis der fx er tale om sygeplejersker med erfaring og særlige kompetencer indenfor børne- og ungdomspsykiatri, hhv. psykiatri. For at undgå at trække på en faggruppe, der allerede er mangel på i hospitalspsykiatrien, kan psykologer, ergo- og fysioterapeuter eller lignende faggrupper være relevante at rekruttere ekstra klinikpersonale fra.

Det bemærkes, at det er op til parterne i overenskomsten for speciallægehjælp at sikre, at det økonomisk er attraktivt at ansætte klinikpersonale i praksis.

Muligheden for, at uddannelseslæger i psykiatri kan være ansat i praksis under en del af deres hoveduddannelsesforløb, kan også undersøges. Dette vil alt andet lige fjerne kapacitet fra hospitalspsykiatrien, men vil muligvis også være hensigtsmæssigt ift. læringsmålene for uddannelseslæger, herunder krav om gennemførelse af psykoterapeutisk forløb.

6.2.4. Styrk overgangen fra barn til voksen

Som nævnt i afsnit 4.2.4, oplever en andel unge mellem 16 og 17 år lange ventetider grundet udfordringer omkring overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri. Selvom de formelt set skal modtage ydelser hos praktiserende psykiatere i børne- og ungdomspsykiatri indtil de fylder 18 år, afvises de ofte allerede som 16-årige på grund af lange ventelister. De praktiserende psykiatere i voksenpsykiatri optager kun unge på ventelisterne fra de er 17,5 år. På det tidspunkt har de unge afsluttet folkeskolen og har derfor vanskeligere adgang til PPR, herunder muligheden for at få foretaget tests. Dette resulterer i, at denne gruppe kan opleve ikke at kunne komme på venteliste før de fylder 17,5 år eller selv om de er på venteliste hos en praktiserende børne- og ungdomspsykiater at skulle starte forfra på venteliste, da de risikerer ikke at komme i behandling før de fylder 18 år. Denne udfordring kan fx imødegås ved at patienten får overført sin ventetid, fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien når de fylder 18 år.

Analysen indikerer også en mangel på digital understøttelse for deling af information om indsatser i Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) eller andre kommunale instanser til praktiserende børne- og ungdomspsykiatere samt almen praksis. På nuværende tidspunkt medfører dette, at observationer og beskrivelser af barnets adfærd i læringsmiljøet eller hverdagen samt resultater fra tests, såsom kognitive evalueringer, ikke automatisk viderefremmes til barnets egen læge. Adgang til disse data vil styrke praktiserende lægers mulighed for at udarbejde mere præcise og fyldestgørende henvisninger, og samtidig sandsynligvis forbedre psykiateres vurderings- og diagnosticeringsproces.

6.2.5. Sammenhæng mellem forslagene

Effekten af tiltagene på ventetiderne er afhængig af, at de tilsammen bringer udbud og efterspørgsel i balance. Det første forslags målsætning om at sikre, at patienter behandles på rette sted og niveau, er i den sammenhæng afgørende. Sker det ikke, er der en risiko for, at ventetiderne vedbliver med at være lange. Ligesom det kan betyde, at psykiaterne anvender ressourcer på patienter med mindre behandlingsbehov, som kan varetages på et andet specialiseringsniveau. Det er derfor målsætningen, at psykiatere primært udreder og behandler patienter, som ikke kan modtage behandling i andet regi, men som har behov for psykiatrisk behandling. Det andet forslag, som indebærer en styrkelse af strukturen om samarbejdet mellem almen praksis, praktiserende psykiater og hospitalspsykiatrien, styrker muligheden for at visitere patienter til rette sted og sikre kvalitet i henvisninger og i overgangen fra praktiserende psykiater til almen praksis.

Effekten af det tredje forslag om at styrke forudsætningerne for at anvende klinikpersonale trues af, at de praktiserende psykiatere ifølge den kvalitative undersøgelse oplever en række barrierer ift. at inddrage klinikpersonale, og at nogle praktiserende psykiatere tilkendegiver at have forladt hospitalspsykiatrien, fordi de oplevede at bruge for meget tid på administrative og ledelsesmæssige opgaver, som også er en del af at ansætte klinikpersonale. Samtidig ønsker de praktiserende psykiatere, at klinikpersonalet allerede skal have psykiatriske kompetencer af forskellig art, og derfor må det antages, at klinikpersonalet i hvert fald til dels vil blive rekrutteret fra det nuværende personale i hospitalspsykiatrien. Dermed flyttes de personalemæssige ressourcer, og hvis der ikke samtidigt sker en forandring i, hvilke patienter der behandles hos de praktiserende psykiatere, er risikoen, at disse ressourcer vil gå til at behandle patienter med et mindre behandlingsbehov, end de ellers ville, som en gennemsnitsbetragtning. Det vil derfor være mere bæredygtigt at benytte andre faggrupper, såsom psykologer, ergo- og fysioterapeuter som klinikpersonale. Dog vil dette sætte større krav til uddannelse/oplæring af kommende klinikpersonale.

Det fjerde forslag vil formentlig have en lille effekt på ventetider, men det sikrer at en gruppe får adgang til behandling, som hidtil har fået deres adgang begrænset af vilkårlige årsager. Forslaget understreger også behovet for, at én samlet myndighed har ansvar for koordinering mellem alle parter.

Referenceliste

Børne- og Undervisningsministeriet, 2020
BEK nr 1952 af 11/12/2020

Sundhedsstyrelsen, 2022a
Sundhedsstyrelsen, Fagligt oplæg til en 10-årsplan:
Bedre mental sundhed og en styrket indsats til menne-
sker med psykiske lidelser, 2022

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024
VEJ nr 9008 af 11/01/2024

Sundhedsstyrelsen, 2022b
Sundhedsstyrelsen, Specialevejledning for Psykiatri,
2022

Sundhedsstyrelsen, 2021a
Sundhedsstyrelsen, Specialevejledning for børne- og
ungdomspsykiatri, 2021

Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2023
BEK nr 311 af 20/03/2023

RLTN og FAPS, 2023a
Regionernes Lønnings- og Taktsnævn og Foreningen af
Praktiserende Speciallæger, Modernisering af specia-
let
Børne- og ungdomspsykiatri i
speciallægepraksis 2023

RLTN og FAPS, 2023b
Regionernes Lønnings- og Taktsnævn og Foreningen af
Praktiserende Speciallæger, Modernisering af specia-
let
Psykiatri i
speciallægepraksis 2023

Infomedica, 2022
Infomedica, Stigmatisering i
Medierne, 2022

Vive 2022
Vive, Fynbo m.fl., Digitalt mediebrugs betydning for
sociale relationer, fællesskaber og
stress blandt unge, 2022

Hansen m.fl., 2014

Hansen, Schendel, Parner, Explaining the Increase in
the Prevalence of Autism Spectrum Disorders. Jama
Pediatrics, 2014.

Sundhedsstyrelsen, 2021b
Sundhedsstyrelsen, National klinisk retningslinje for
behandling af autismespektrumforstyrrelser hos børn
og unge, 2021

Avlund m.fl., 2021
Avlund, Hove Thomsen, Schendel, Jørgensen,
Clausen: Time Trends in Diagnostics and Clinical Fea-
tures of Young Children Referred on Suspicion of Au-
tism: A Population-Based Clinical Cohort Study, 2000-
2010. Journal of Autism and Developmental Disorders,
2021

Sundhedsstyrelsen, 2021c
Sundhedsstyrelsen, National klinisk retningslinje for
udredning og behandling af ADHD hos børn og unge,
2021

Sundhedsstyrelsen, 2024
Sundhedsstyrelsen, Opgørelse over tilbagehenviste
henvisninger fra psykiatrien samt børne- og ungdoms-
psykiatrien, 2024

Rigsrevisionen, 2023
Rigsrevisionen, Beretning om overholdelse af udred-
ningsretten for børn og unge i psykiatrien, 2023

PLO 2023
Praktiserende Lægers Organisation, Almen praksis'
rolle og samarbejde i sundhedsvæsenet, 2023

Vive 2020
Vive, Buch, m.fl., Hurtig psykiatrisk udredning - Eva-
luering af forsøg med hurtig psykiatrisk udredning i
Odense
Kommune, 2020

- Pottegård, m.fl., 2021
Pottegård, m.fl., Who prescribes drugs to patients: A Danish register-based study
Br J Clin Pharmacol. 2021
- Børne- og undervisningsministeriet, 2020
BEK nr 1947 af 10/12/2020
- RLTN og DP
Regionernes Lønnings og Takstnævn
Dansk Psykolog Forening, Overenskomst om psykologbehandling, 2023
- Implement, 2024
Implement, Notat om modernisering af psykologordningen, 2024
- Social-, Bolig-, og Ældreministeriet 2024
LBK nr 83 af 25/01/2024
- Sundhedsstyrelsen, 2023b, Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen, 2023
- Sundhedsstyrelsen, 2023c
Sundhedsstyrelsen, Social- og Boligsstyrelsen og Styrelsen for Undervisning og Kvalitet, Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel, 2023
- Sundhedsstyrelsen, 2023d
Sundhedsstyrelsen, Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, 2023
- Sundhedsstyrelsen, 2024
Sundhedsstyrelsen, Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser, 2024
Pedersen, 2024
- Kjeld Møller Pedersen, Hvad vi ved om økonomien i sundhedsforsikringer i Danmark. I Ugeskrift for læger, 2024
- Socialstyrelsen, 2021
Socialstyrelsen, Udfordringer i forhold til voksne på det specialiserede socialområde - kommunale perspektiver. 2021
- Sundhedsstyrelsen, 2022d
Sundhedsstyrelsen, Lægeprognose 2021-2045, 2022
- Sundhed.dk, 2024a
[Hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD - Lægehåndbogen på sundhed.dk](#)
- Sundhed.dk, 2024b
[Autisme hos voksne - Lægehåndbogen på sundhed.dk](#)
- [Danmarks Statistik, 2024](#)
[Befolkningsfremskrivning 2024 for hele landet \(FRDK124\), 2024](#)
- Sundhedsstyrelsen, 2022e
Sundhedsstyrelsen, Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024
Sundhedsstrukturkommissionens rapport, 2024
- Sundhedsstyrelsen, 2024b, Opslåede og Besatte Hoveduddannelsesforløb, 2024
- F&P, 2024, Sundhedsforsikringer - hovedtal 2003-2022, 2024
- Kessing et al, 2023
Lars Vedel Kessing, Simon Christoffer Ziersen, Avshalom Caspi, et al. Lifetime Incidence of Treated Mental Health Disorders and Psychotropic Drug Prescriptions and Associated Socioeconomic Functioning, Jama Psychiatry, 2023
- Vive 2023
Vive, Jacobsen, m.fl., Aktivitet og ventetider i psykologordningen, 2023

