

24-11-2015

Sagsnr. 4-1012-44/33
Reference DGO
T 7222 7563
E syb@sst.dk

Revideret specialevejledning for psykiatri (version til ansøgning)

Specialevejledningen er udarbejdet som led i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, jf. sundhedslovens § 208, som omhandler organiseringen og varetagelsen af specialfunktioner på regionale og private sygehuse.

Ud fra denne reviderede specialevejledning kan der ansøges om varetagelse af specialfunktioner. Efter vurdering af ansøgninger vil Sundhedsstyrelsen udsende en ny specialevejledning, hvoraf de godkendte matrikler fremgår.

Specialebeskrivelse

Psykiatri omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser samt psykiske lidelser kombineret med misbrug hos voksne.

Specialet varetager desuden forskning, udvikling og uddannelse inden for speciallets områder.

Kerneopgaver

Opgaverne omfatter akut og elektiv diagnostik og behandling. Behandlingen kan være af både biologisk, psykoterapeutisk og psykosocial karakter, ligesom det kan være rådgivning, undervisning, psykoedukation, netværksarbejde samt konsultativt/kontekst baseret indsats i forhold til familie og professionelt netværk.

Specialet har særlige opgaver i forhold til retspsykiatri og selvmordsforebyggelse, som går på tværs af nedenstående kerneopgaver.

I psykiatri er der følgende kerneopgaver:

- Organiske psykiske sygdomme
- Misbrugsrelaterede psykiatriske sygdomme
- Skizofreni og andre psykoser
- Affektive sindslidelser
- Angst- og tvangslidelser
- Somatoforme lidelser
- Belastnings- og tilpasningsreaktioner, herunder kriser

- Spiseforstyrrelser
- Personlighedsforstyrrelser
- Seksuelle afvigelser
- Psykiske sygdomme hos oligofrene
- Psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser opstået i barndom eller adolescens

Forhold af betydning for specialeplanlægning

Et grundlæggende princip i psykiatrien er at tilbyde den behandling, der er effektiv, tilstrækkelig og mindst indgribende i patientens tilværelse og integritet.

Der har over en årrække været tiltagende fokus på patientens muligheder for selvbestemmelse og inddragelse i behandlingen samt på indsatser, der er målrettet mod, at den enkelte kan leve et meningsfuldt hverdagsliv. Herudover har der været tiltagende fokus på samarbejdet med pårørende. Begge områder forventes styrket og udvidet over de kommende år.

Der foregår en øget specialisering inden for psykiatrien – såvel i forhold til behandlingen af hyppigt forekommende psykiatriske sygdomme med komplicerede forløb som i forhold til mere sjældne psykiske sygdomme. Samtidig lægges der i øget omfang vægt på fagligt bæredygtige enheder med god mulighed for at etablere stærke faglige miljøer og opbygning af erfaring. Der bliver i stigende grad etableret enheder med særlige opgaver vedrørende forskning, udvikling og videns opsamling.

De psykiatriske specialer har særlige opgaver i relation til lovgivningen, herunder i relation til bekendtgørelse om straffeloven ved retspsykiatri og bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien ved anvendelse af tvang. Tvang kan kun foregå på psykiatriske afdelinger på offentlige sygehuse.

Det psykiatriske speciale har desuden en særlig opgave i forbindelse med katastrofeberedskab, herunder krisestøtte i relation hertil.

Psykiatrisk behandling varetages i et tværfagligt samarbejde mellem blandt andet læger, sygeplejersker, psykologer, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Der forudses øget anvendelse af specialuddannet personale, herunder specialpsykologer og sygeplejersker med specialuddannelse indenfor psykiatri.

Specialets samarbejde med det somatiske sygehusvæsen om patienter med både somatiske og psykiske problemstillinger forventes styrket i de kommende år med henblik på at sikre sammenhængende, koordinerede patientforløb. Det samme gælder for samarbejdet med almen praksis (shared care).

Ligeledes forventes samarbejdet mellem regioner og kommuner styrket, herunder samarbejdet vedrørende misbrugsbehandling, psykosocial indsats og hjemmepleje. Sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer skal sikres blandt andet via sundhedsaftalerne. Der samarbejdes desuden med Kriminalforsorgen i forbindelse med retspsykiatriske patienter.

Demografiske forhold forventes at få betydning for specialet i de kommende år. Blandt andet forudses der en stigning i antallet af ældre, hvilket vil betyde flere ældre med psykisk sygdom. Desuden forventes antallet af psykisk syge patienter med anden etnisk baggrund at stige, og at antallet af psykisk syge patienter dømt til behandling eller anbringelse fortsat vil være højt.

Den neurovidenskabelige og psykologiske viden er voksende og inddrages i stadigt større omfang ved diagnostik og behandling af patienter med psykiske lidelser. Denne viden forventes fortsat at komme til at præge forståelsen af psykisk sygdom og behandlingen heraf og medføre nye behandlingsmuligheder.

Der er behov for yderligere viden på det psykopatologiske, psykofarmakologiske, psykoterapeutiske og psykosociale område. Dette gælder de fleste sygdomsområder, men der er et særligt behov indenfor områder som eksempelvis ADHD.

Der stilles øgede krav til psykiatriens værdimæssige og etiske aspekter, idet etiske dilemmaer til stadighed er i fokus, fx i forbindelse med balancen mellem selvbestemmelse og tvang/omsorg og behandlingsalliancen mellem patient og behandler.

Der er fortsat behov for styrkelse af personalets kompetence til vurdering af risiko for patienten selv eller andre, herunder øget viden om selvskadende adfærd, selvmordsforebyggelse, håndtering af konflikter og forebyggelse af tvang.

Der forudses øget brug af IT, herunder telepsykiatri, i de kommende år. Telepsykiatri kan anvendes som supplement til anden psykiatrisk opfølgende behandling, men bør ikke anvendes som led i den indledende diagnostiske afklaring af en patient. I tilfælde hvor telepsykiatri anvendes, bør brugen heraf beskrives.

For at sikre ensartet behandling af høj kvalitet er der behov for, at der udarbejdes kliniske retningslinjer inden for området. Udover de nationale kliniske retningslinjer, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen, udarbejder de faglige og videnskabelige selskaber landsdækkende kliniske retningslinjer.

Praksisområdet

Almen praksis varetager initial undersøgelse og i mange tilfælde behandling i forbindelse med psykiske sygdomme. Ca. 25 % af alle henvendelser til almen praksis indeholder psykiske problemstillinger. Almen praksis varetager patienter med et bredt spektrum af psykiske lidelser, fx let til moderat angst og depression, kriser, demens og alkoholmisbrug samt opfølgning af stabile patienter med sværere psykiske lidelser indenfor såvel det affektive som det psykotiske spektrum. Desuden varetager almen praksis opfølgning og kontrol af visse psykiatriske patienter efter udredning og behandling på sygehus. Patienter med behov for en tværfaglig indsats og eventuelt længerevarende forløb varetages i den ambulante psykiatri.

Der bør for de hyppigste sygdomme inden for psykiatri foreligge retningslinjer for samarbejdet og opgavevaretagelse mellem almen praksis og sygehusvæsenet.

Der er mange steder indgået en samarbejdsaftale mellem almen praksis, kommunerne og psykiatrien vedrørende diagnostik og opfølgning af patienter med demens. Ligeledes er praksiskonsulenter tilknyttet de psykiatriske afdelinger. Nogle afdelinger har udviklet et velfungerende samarbejde om patientbehandling efter shared-care-modeller blandt andet vedrørende depression og angst.

Der er ca. 150 praktiserende speciallæger i psykiatri fordelt på ca. 100 speciallægepraksis. Der er betydelig geografisk variation. De praktiserende speciallæger varetager primært behandling af patienter med psykiske sygdomme af moderat grad, hvor der ikke er behov for bred tværfaglig indsats involverende flere faggrupper. Det drejer sig især om angst- og depressionslidelser, stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser og voksne med ADHD. Der behandles kun få patienter med psykoser. Speciallægepraksis behandler årligt ca. 50-60.000 patienter, heraf er ca. 25.000 nye patienter.

Der gives offentligt tilskud til behandlingsudgiften af behandling hos praktiserende psykolog for 11 grupper af patienter efter henvisning fra praktiserende læge. Det drejer sig dels om patienter, der har været udsat for en række specifikke hændelser, dels om voksne patienter med let til moderat depression og patienter mellem 18-38 år med let til moderat angst.

Det kommunale sundhedsvæsen

Kommuner og regioner skal i medfør af Sundhedsloven indgå sundhedsaftaler med henblik på at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner.

Det forventes, at der i de kommende år vil være behov for et endnu tættere samarbejde mellem regioner og kommuner, og at der vil være yderligere fokus på arbejdsdelingen.

Der arbejdes tæt sammen med kommuner vedrørende støtte og omsorg til især patienter med bipolar affektiv sygdom, skizofreni og sværere personlighedsforstyrrelser. Endvidere er der et tæt samarbejde med kommunernes hjemmepleje for så vidt angår de ældre patienter med psykisk sygdom.

Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen (såvel alkohol- som stofmisbrug). Der er en stigning i antallet af mennesker med samtidig psykisk lidelse og misbrug, og der er derfor stort behov for koordination og samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling og psykosociale indsats.

Herudover har kommunerne i henhold til Sundhedsloven hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne, blandt andet med henblik på livsstilsændringer vedrørende kost, alkohol, tobak, fysisk aktivitet og mental sundhed.

Psykiatriloven giver med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner mulighed for, at regioner, kommuner og almen praksis samarbejder om patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred. Som et grundlag for samarbejdet mellem den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling udarbejdes 'retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner for patienter med samtidig psykisk lidelse og misbrug'.

Sygehusvæsenet

Nedenfor beskrives anbefalinger til hovedfunktionsniveauet og krav til varetagelse af regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. De sygdomsgrupper/diagnoser samt diagnostiske og behandlingsmæssige metoder, der er regionsfunktioner eller højt specialiserede funktioner i specialet, oplistes.

Anbefalinger til hovedfunktionsniveau

Hovedfunktioner i psykiatri omfatter udredning og behandling af sygdomme og tilstande, som ikke kræver varetagelse på specialfunktionsniveau (regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau). Hvis en påbegyndt udredning på hovedfunktionsniveauet giver begrundet mistanke om, at patientens sygdom skal varetages på regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau, henvises patienten til et sygehus, der er godkendt hertil.

Patienter med somatoforme og dissociative lidelser samt sexologisk lidelse varetages ikke på hovedfunktionsniveau i psykiatrien, men henvises fra andre specialer, når de opfylder kriterierne for regionsfunktionen i psykiatrien, se regionsfunktionsniveauet.

Retspsykiatriske patienter kan varetages på hovedfunktionsniveau i et formaliseret samarbejde med regionsfunktionsniveau.

Der bør være særlig opmærksomhed omkring risikovurdering, herunder vurdering af patienters selvmordsrisiko og eventuelle farlighed. Patienter, som har forsøgt selvmord, har haft overvejelser herom eller på anden måde udvist selvmordsadfærd bør henvises til ambulant behandling. Patienter med akut selvmordsfare skal henvises til akut behandling på psykiatrisk afdeling.

Det er endvidere væsentligt at være opmærksom på eventuel psykisk og somatisk komorbiditet.

Det er væsentligt, at øvrigt personale, herunder sygeplejersker, har relevante kompetencer og erfaring i varetagelse af specialets patienter.

Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i psykiatri inden for kort tid.

Ved varetagelse af hovedfunktioner i psykiatri bør der være samarbejde med følgende specialer:

- Anæstesiologi med intensiv niveau 2
- Neurologi

- Intern medicin (bredt)
- Børne- og ungdomspsykiatri

Der bør desuden være adgang til flerstrengt behandling i form af, psykoterapi, psykofarmakologi, ECT og miljøterapi.

Krav til varetagelse af specialfunktioner

I Sundhedsstyrelsens udgivelse 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav' beskrives en række generelle forudsætninger og krav til bl.a. kapacitet og forskning, som skal opfyldes for at varetage specialfunktioner. Disse krav udgør grundlaget for varetagelse af specialfunktioner, men derudover oplystes der nedenfor specifikke krav, som gælder for psykiatri.

Krav til varetagelse af regionsfunktioner

De anbefalinger, som er anført for hovedfunktionsniveauet, gælder som krav på regionsfunktionsniveauet. Derudover stilles der følgende krav til varetagelse af regionsfunktioner:

Det er karakteristisk for psykiske sygdomme, at den enkelte sygdom varierer i sværhedsgrad – også hos den enkelte patient. Det kan derfor være vanskeligt at vurdere, hvornår en psykisk sygdom er af en sådan sværhedsgrad, at patienten skal henvises fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau. Nedenstående kriterier anvendes for udvalgte regionsfunktioner til at skelne mellem, hvornår patienter kan behandles på hovedfunktion, og hvornår de skal henvises til regionsfunktionsniveau. I tilfælde, hvor disse kriterier anvendes, fremgår det af beskrivelsen af regionsfunktionen.

Kriterier for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau:

1. Samlet vurdering af patientens sygdomsgrad tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau

og/eller
2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med anvendelse af en eller flere semistrukturerede interview som fx SCAN/PSE. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

og/eller
3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforløb efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt

og/eller
4. Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau

Når patienten er udredt og den fortsatte behandling kan varetages på hovedfunktionsniveau, kan regionsfunktionsniveauet tilbagehenvise patienten til hovedfunktionsniveauet.

På regionsfunktionsniveau skal der være særlig viden om psykopatologi, særlige kompetence indenfor behandling, herunder psykoterapi, psykofarmakologi samt særlig viden om behandling af patienter med samtidig somatisk og psykiatrisk sygdom, fx viden om anvendelse af ECT til patienter med somatisk sygdom.

På regionsfunktionsniveau skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i psykiatri i løbet af kort tid.

Ved varetagelse af regionsfunktioner i psykiatri skal der være samarbejde med andre relevante specialer på relevant specialiseringsniveau. Hvis der er tale om gravide patienter, skal behandlingen varetages i tæt samarbejde med gynækologi/obstetrik, mens behandlingen af forældre med spædbørn skal varetages i tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatri/pædiatri.

Regionsfunktioner

1. Demens med svær adfærdsforstyrrelse (300-500 pt.), skizofreni og skizofrenilignende tilstande hos ældre, affektive lidelser hos ældre samt angst- og tvangslidelser hos ældre, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt. Udredningen af demens varetages i tæt samarbejde med neurologi og intern medicin: geriatri
2. Skizofreni og skizofrenilignende tilstande, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt (1.000-1.500 pt.)
3. Affektive lidelser, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt samt manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse, som ikke er sekundær til anden lidelse (1.000-1.500 pt.) (monitoreres)
4. Angst- og tvangslidelser, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt (600-900 pt.)
5. Somatoforme lidelser og dissociative lidelser (liaisonpsykiatri) med en varighed i mere end seks måneder og med en sværhedsgrad af sygdommen svarende til GAF (Global Assessment of Functioning Scale) < 50, hvor relevant behandling har været iværksat i almen praksis og/eller på somatisk afdeling uden tilstrækkelig effekt. Funktionen varetages i tæt samarbejde med relevante somatiske specialer (1.000-1.200 pt.)
6. Spiseforstyrrelser, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt, eller hvor BMI<16 (200-400 pt.) Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: endokrinologi, helst på samme matrikel.

7. Personlighedsforstyrrelser med en sværhedsgrad af sygdommen svarende til GAF (Global Assessment of Functioning Scale) < 40 eller patienter med svær selvskadende adfærd eller svær udadreagerende adfærd (600-800 pt.)
8. Sexologisk lidelse, hvor patienten har behov for behandling i sygehusvæsenet (750-1.000 pt.), bortset fra kønsidentitetsproblematik, som varetages på højt specialiseret niveau. Varetages i tæt samarbejde med gynækologi-obstetrik
9. Retspsykiatri. Diagnostik og behandling af patienter, der har en retslig foranstaltning. Patienter med lavere sygdomsgrad, lav farlighed og uden komplicerende misbrug kan eventuelt varetages på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med regionsfunktionsniveau (4.000 pt.)
10. Oligofreni med samtidig psykisk lidelse, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt (100-200 pt.)
11. ADHD, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt (200-300 pt.) Varetages i tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatri
12. Diagnosticering af psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser, der ikke er blevet diagnosticeret i barndommen, herunder autisme og Aspergers Syndrom, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt. Varetages i tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatri
13. PTSD, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt (400-600). PTSD på baggrund af tjenesterelaterede belastninger i relation til militærtjeneste varetages på højt specialiseret niveau.
14. Traumatiserede flygtninge, herunder flygtninge med PTSD
15. Telefonisk og skriftlig rådgivning til hovedfunktionsniveauet vedrørende behandling af patienter med graviditetsønske, gravide og ammende. Patienten skal konfereres med regionsfunktion. Såfremt regionsfunktionen vurderer, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau, skal patienten henvises til den relevante regionsfunktion.

Krav til varetagelse af højt specialiserede funktioner

De krav, som er anført for regionsfunktionsniveauet, gælder også for det højt specialiserede niveau.

På højt specialiseret funktionsniveau skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i psykiatri i løbet af kort tid.

Ved varetagelse af højt specialiseret niveau i psykiatri skal der være samarbejde med andre relevante specialer på relevant specialiseringsniveau.

Højt specialiserede funktioner

16. Katastrofepsykiatri

17. Særligt farlige psykotiske patienter, jf. lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (30 pt.)
18. Behandling af personer med tanker om at udøve sædelighedskriminelle handlinger og dømte sædelighedskriminelle, jf. lovgivning (150-200 pt.)
19. Kønsidentitetsproblematik hos voksne, udredning, observationsforløb mv., herunder transseksuelle med henblik på vurdering af indikation for køns-skifteoperation. Varetages i tæt samarbejde med gynækologi og plastikkirurgi. Udføres i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning (180-200 pt.)
20. Diagnostik og behandling af særligt komplicerede somatiske og psykiatriske tilstande med seksuelle forstyrrelser, specielle handikap, intersex tilstande og seksuelle problemer i forbindelse med vold, incest og lignende (50-100 pt.)
21. Diagnostik og behandling af døve psykiatriske patienter (25 pt.)
22. Spiseforstyrrelser (100-150 pt.), hvor patienten har været igennem et relevant behandlingsforløb på regionsfunktionsniveau uden tilstrækkelig effekt. Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: endokrinologi, helst på samme matrikel.
23. Vurdering med henblik på psykokirurgi, jf. lovgivning om anvendelse af tvang i psykiatrien
24. Traumatiserede flygtninge med svær samtidig psykisk og/eller somatisk komorbiditet. Varetages i tæt samarbejde med relevante specialer
25. Psykiatriske lidelser, primært svær PTSD med eller uden komorbiditet på baggrund af tjenesterelaterede belastninger i relation til militærtjeneste, primært udsendelse.

Monitorering af specialfunktioner i psykiatri

Sundhedsstyrelsen følger løbende op på, om den gældende specialeplan er tidssvarende, relevant og dækkende. Det sker gennem årlige statusrapporter om opfyldelse af krav til specialfunktionerne. Dertil kommer, at Sundhedsstyrelsen årligt vil monitorere nogle enkelte specialfunktioner i specialet psykiatri, som beskrevet nedenfor. Monitoreringen baseres på data fra Landspatientregisteret, og omfatter kontakter til offentlige og private sygehuse (offentligt finansierede kontakter), som både afsluttede og uafsluttede indlæggelser henholdsvis ambulante kontakter. Monitoreringsindikatorerne opgøres per år.

Regionsfunktioner

- Affektive lidelser, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt samt manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse, som ikke er sekundær til anden lidelse (1.000-1.500 pt.)

Ud over de ovenfor nævnte generelle kriterier, afgrænses monitoreringen af denne funktion med en af følgende diagnosekoder:
DF30* eller DF31* inkl. alle underkoder (aktionsdiagnose)

Der opgøres volumenindikatorer på antal unikke incidente patienter og antal sygehuskontakter med pågældende aktionsdiagnose på henholdsvis sygehusafdeling og geografisk lokalisation. Incidens betyder her, at det er første gang patienten er registreret med den pågældende aktionsdiagnose (LPR tilbage til 1999).

Højt specialiserede funktioner

Ingen højt specialiserede funktioner monitoreres.

Baggrund for udarbejdelse af specialevejledningen

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet denne specialevejledning på baggrund af en revision af specialevejledningen fra Specialeplan 2010 og har i arbejdet indhentet rådgivning fra faglige repræsentanter fra regionerne samt fra de relevante videnskabelige selskaber m.v. Sundhedsstyrelsens udgivelse 'Specialeplanlægning - begreber, principper og krav' (tilgængelig fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside) beskriver rammerne for specialeplanlægningen..

Følgende udgivelser er inddraget i specialeplanlægningen i relevant omfang:

- Sundhedsstyrelsens referenceprogram for skizofreni fra 2004
- Sundhedsstyrelsens rapport 'Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling' fra 2005
- Sundhedsstyrelsens MTV-rapport 'Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani)' fra 2006
- Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angst fra 2007
- Sundhedsstyrelsens referenceprogram for unipolar depression hos voksne fra 2007
- Sundhedsstyrelsens MTV-rapport 'Udredning og behandling af demens' fra 2008
- Sundhedsstyrelsens rapport 'Den akutte indsats i psykiatrien' fra 2009
- Sundhedsstyrelsens rapport 'Behandling af PTSD hos veteraner - anbefalinger for fremtidig planlægning i sundhedsvæsenet' fra 2010
- Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur, bilagsrapport 1. Udarbejdet i forbindelse med Regeringens udvalg for psykiatri, 2013
- Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling, bilagsrapport 2. Udarbejdet i forbindelse med Regeringens udvalg for psykiatri, 2013
- Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af demens fra 2013
- Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser fra 2014
- Sundhedsstyrelsens vejledning om udredning og behandling af transkønnede fra 2014
- Sundhedsstyrelsens 'Styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser, 2014'