

En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser

RAPPORT FRA REGERINGENS UDVALG OM PSYKIATRI

OKTOBER 2013

En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser

RAPPORT FRA REGERINGENS UDVALG OM PSYKIATRI

OKTOBER 2013

Indhold

Indhold	4
1 Resumé	9
2 Baggrund	38
2.1 Psykiatriudvalgets nedsættelse	38
2.2 Psykiatriudvalgets opgave	38
2.3 Udvalgets medlemmer	41
2.4 Udvalgets arbejde	42
2.5 Rapportens struktur	45
3 Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser	47
3.1 Om psykiske lidelser	47
3.1.1 Forekomst af og udviklingen i psykiske lidelser	48
3.2 Opgavefordeling og sammenhæng i indsatsen	53
3.2.1 Tværgående samarbejde i indsatsen	54
3.2.2 Tiltag med det formål at skabe sammenhæng	55
3.3 Opgaver og kapacitet i indsatsen	56
3.3.1 Fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser	56
3.3.2 Børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet	57
3.3.3 Beskæftigelsesområdet	61
3.3.4 Det sociale område	63
3.3.5 Den regionale psykiatri og praksissektoren	69
3.3.6 Sammenfattende bemærkninger	73
4 Udfordringer i indsatsen	76
5 Ramme og retning for indsatsen	92
5.1 Det hidtidige grundlag	93
5.2 Den fremtidige retning og ramme	94
5.2.1 Rettigheder, selvbestemmelse og respekt	94
5.2.2 Åbenhed – inddragelse, dialog og samarbejde	95

5.2.3	Recovery, rehabilitering og fleksibilitet	96
5.2.4	Inklusion og deltagelse	97
5.3	Forudsætninger for at det lykkes	97
6	Forebyggelse og tidlig indsats	99
6.1	Forebyggelse og tidlige indsatser for børn og unge	104
6.1.1	Forebyggelse og tidlig indsats for spæd- og småbørn	105
6.1.2	Forebyggelse og tidlig indsats i dagtilbuddene	107
6.1.3	Forebyggelse og tidlig indsats for skolebørn	108
6.1.4	Forebyggelse og tidlig indsats for unge	111
6.2	Forebyggelse og tidlig indsats for voksne og ældre	114
6.2.1	Sundhedsfremme og fastholdelse på arbejdsmarkedet	115
6.2.2	Forebyggelse af psykiske lidelser hos borgere med begyndende psykiske vanskeligheder	117
6.2.3	Nedbringelse af overdødelighed og ulighed i sundhed: Forebyggelse og behandling af somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser	118
6.2.4	Forebyggelse af mistrivsel og ensomhed blandt ældre	121
7	Styrket sammenhæng i indsatsen	124
7.1	Rammerne for en sammenhængende indsats	126
7.1.1	Sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorer for mindre komplekse forløb – shared care	129
7.1.2	Sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorer for komplekse forløb – en generisk model for samordnet indsats	130
7.1.3	Nye samarbejds- og organisationsformer: Integrated Care	133
7.2	Samarbejde i et helhedsorienteret forløb	134
7.2.1	Sammenhæng i indsatsen internt i kommuner	135
7.2.2	Samarbejde internt i den regionale psykiatri	136
7.2.3	Sammenhæng i forløbet på tværs af sektorer	137
7.2.4	Tværfaglige teams og koordinerende funktion	138
7.2.5	Mentorer og brug af frivillige i indsatsen	140
7.2.6	Samtidige og koordinerede indsatser	141
7.3	Samarbejdet i forhold til børn og unge	145
7.3.1	Sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer	145
7.3.2	Sammenhæng i indsatsen på børne- og ungeområdet i kommunerne	146
7.3.3	Overgang fra barn til voksen	148
7.3.4	Rådgivning, støtte mv. til implementering af inklusionsmetoder	149
7.4	Samarbejde om indsatsen for personer med psykisk lidelse og samtidigt misbrug	149
7.4.1	Opgavefordeling	150
7.4.2	Sammenhæng i indsatsen	151
8	Høj kvalitet i den faglige indsats	154
8.1	Kvalitet i indsatsen på børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet	157
8.1.1	Kvalitetsarbejdet på børne- og undervisningsområdet	157
8.2	Kvalitet i beskæftigelsesindsatsen	163
8.2.1	Kvalitetsarbejdet på beskæftigelsesområdet	164
8.3	Kvalitet i den socialfaglige indsats	169

8.3.1	Kvalitetsarbejdet på det sociale område	170
8.4	Kvalitet i den sundhedsfaglige indsats	178
8.4.1	Kvalitetsarbejdet på sundhedsområdet	179
8.5	Dokumentation og monitorering på tværs af områder	187
8.6	Forskning på tværs af områder	189
8.7	Kompetenceudvikling på tværs af områder	191
9	Retspsykiatri	195
9.1	Udviklingen	196
9.2	Samarbejde om retspsykiatriske patienter	198
9.3	Vurdering og forslag	200
10	Inddragelse af borgere, pårørende og civilsamfund	202
10.1	Borgerinddragelse	203
10.1.1	Rammer for borgerinddragelse	205
10.1.2	Muligheder for øget inddragelse af borgeren	207
10.1.3	Fokus på borgerens egne ressourcer	211
10.2	Pårørendeinddragelse	214
10.2.1	Rammer for pårørendeinddragelse	214
10.2.2	Muligheder for øget pårørendeinddragelse	215
10.3	Civilsamfundet	219
10.3.1	Frivillige foreninger og organisationer	220
10.3.2	Netværk, inklusion og deltagelse	221
11	Anvendelse af tvang og magt – indsats og lovregulering	227
11.1	Udviklingen i anvendelsen af tvang i den regionale psykiatri fra 2001-2012	231
11.2	Overordnede områder med betydning for tvangsansendelse	233
11.3	Forebyggelse af tvang	235
11.3.1	Særlige områder med betydning for forebyggelse af tvang	236
11.3.2	Nationale og internationale erfaringer	239
11.3.3	Opsamling vedrørende tvangsforebyggende tiltag	243
11.4	Lovgivning	243
11.5	Behov for afprøvning af nye metoder med henblik på at nedbringe tvang	249
11.6	Forebyggelse af vold og magtanvendelse på botilbud for mennesker med psykiske lidelser	251
11.7	Afslutning	252
12	Digitalisering på psykiatriområdet	253
12.1	Status på området i Danmark	254
12.2	Potentialer i anvendelse af digitale løsninger	257
13	Bedre styring og ressourceanvendelse	261
13.2	Regional indsats for mennesker med psykiske lidelser	265
13.2.1	Styringsmæssige rammer	265
13.2.2	Muligheder og barrierer for bedre ressourceanvendelse	268
13.2.3	Forslag og vurderinger	271
13.3	Kommunal indsats for mennesker med psykiske lidelser	273
13.3.1	Styringsmæssige rammer	273
13.3.2	Muligheder og barrierer for bedre ressourceanvendelse	274
13.3.3	Forslag og vurderinger	276
13.4	Ressourceanvendelse på tværs af regioner og kommuner	277

13.4.1	Styringsmæssige rammer	277
13.4.2	Barrierer for bedre ressourceanvendelse på tværs af sektorer	278
13.4.3	Forslag og vurderinger	280
13.5	En tæt opfølgning på indsatsen	281
13.5.1	Psykiatrien frem mod 2020	281
13.5.2	Forslag og vurdering	282

Appendix 1 Medlemmer af nedsatte arbejdsgrupper **284**

Figurer

Figur 1	Forskellige typer af data til vurdering af forekomsten af psykiske lidelser	49
Figur 2	Ansvar for indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder eller lidelser	54
Figur 3	Parter i det sammenhængende forløb	126
Figur 4	Borgerinddragelse i udvikling, i organisation og i mødet	205

Tabeller

Tabel 1	Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som modtager ydelser efter serviceloven.	65
Tabel 2	Udvikling i aktivitet i psykiatrien blandt voksne	71
Tabel 3	Udvikling i aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien	71
Tabel 4	Oversigt over planer	138
Tabel 5	Eksempler på forskellige kontaktpersoner i borgerens forløb	139
Tabel 6	Evidensbaserede familieprogrammer.	173
Tabel 7	Eksempler på henholdsvis faglige, organisatoriske og økonomiske styringselementer	264
Tabel 8	Takster for behandlingen af psykiatriske patienter, der behandles på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau i 2012 og 2013	267

Bokse

Boks 1	Væsentlige udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser	12
Boks 2	Støttemuligheder på børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet til børn og unge med psykiske vanskeligheder	58
Boks 3	Tilbudstyper i den kommunale sociale indsats for voksne med psykiske vanskeligheder	64
Boks 4	Tilbudstyper i den kommunale sociale indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder	67
Boks 5	De væsentligste udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.	77
Boks 6	Leksand-modellen	106
Boks 7	Brobygning til uddannelse for unge kontanthjælps- og dagpengemodtagere	112
Boks 8	Redskaber til samarbejde og koordination	127
Boks 9	Collaborative care	130
Boks 10	Eksempler på redskaber til beskrivelse af det sammenhængende forløb	132
Boks 11	Personligt Ombud	141
Boks 12	Metoder for tværfagligt samarbejde	147

Boks 13	Begrebet pårørende	203
Boks 14	Begrebet borgerinddragelse	204
Boks 15	Brugerstyrede senge	208
Boks 16	Erfaringer fra "Projekt Pårørende i Psykiatrien"	216
Boks 17	Netværksfamilier skaber socialt netværk og reducerer behandlingsbehov	222
Boks 18	Partnerskaber om udvikling af indsatsen for sårbare unge	222
Boks 19	Etablering af socialøkonomiske virksomheder	223
Boks 20	Projekt udskrivningsguide	224
Boks 21	Projekt Head Space	225
Boks 22	Inddragelse af borgere i udviklingen af fremtidens psykiatri	255
Boks 23	Ipads til unge med skizofreni	258
Boks 24	Inddragelse af borgere i udvikling af teknologi	259
Boks 25	LEAN-projekt i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Sjælland	269

1

Resumé

Regeringen nedsatte i april 2012 et udvalg, der ”skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt”.

Med dette resumé præsenteres den moderne, åbne og inddragende ramme og retning, udvalget finder, der skal være for indsatsen på psykiatriområdet. På baggrund af sin kortlægning og analyse af udviklingen på området har udvalget fundet 10 væsentlige udfordringer for indsatsen og har identificeret 6 fokusområder, hvor en styrket indsats er nødvendig. Udvalgets forslag imødegår udfordringerne, er indenfor de nødvendige fokusområder og bidrager til en samlet og langsigtet plan for den fremtidige udvikling og udbygning på området. Det er udvalgets vurdering, at den nye ramme og retning for psykiatrien ikke kan gives indhold uden, at de forslag, som skal bidrage hertil, tilføres ressourcer. Som led i en langsigtet plan finder udvalget, at der frem mod 2020 skal prioriteres midler til at understøtte en udvikling af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, som tager afsæt i den nye ramme og retning og i udvalgets forslag.

En forudsætning for en styrket indsats er en ny holdning og tilgang til mennesker med psykiske lidelser. Mennesker med psykiske lidelser må ikke opfattes som ”værende sin lidelse”, men skal først og fremmest mødes som mennesker, der – som alle andre – har forskellige ressourcer, muligheder og problemer og en psykisk lidelse. Det er væsentligt, at mennesker med psykiske lidelser ikke som udgangspunkt ses som kronisk syge. Derfor skal indsatsen i højere grad have fokus på mulighederne for at komme sig og have en almindelig hverdag med uddannelse eller arbejde. De mange nye behandlingsmuligheder, og udviklingen i de kommunale indsatser, gør det i stigende grad muligt for mennesker med selv sværere psykiske lidelser at komme sig, og have et aktivt og deltagende liv.¹ Dette stiller samtidig krav om højere faglig kvalitet, i såvel den regionale psykiatri, i praksissektoren, som i den kommunale indsats på sundheds-, social-, beskæftigelses-, og uddannelsesområdet.

1 Jørgensen P, Bredkjær S, Nordentoft M. 2012. *Psykiatriens udfordringer*.

Det er vigtigt, at værdier som selvbestemmelse, inddragelse, recovery og inklusion udgør en væsentlig del af grundlaget for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Derfor er det udvalgets anbefaling, at den nye ramme og retning, baseret på disse værdier, udgør fundamentet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, og således indgår både i det daglige arbejde for og med mennesker med psykiske lidelser og deres netværk, og i planlægning, tilrettelæggelse og samarbejdet om indsatser og forløb.

Den nye ramme og retning skal understøtte den gradvise ændring af holdningen til mennesker med psykiske lidelser i samfundet, i medierne, på arbejdspladser mv., så mennesker med psykiske lidelser ikke stigmatiseres og der kommer fokus på den enkeltes muligheder fremfor begrænsninger. En holdningsændring i samfundet er afhængig af tilslutning fra beslutningstagere, interesseorganisationer, fagpersoner og enkeltpersoner, der deltager i den offentlige debat m.fl.

Udvalget anerkender den store indsats, som ledere og personale på jobcentre, i folkeskolen, på bosteder, på sygehuse, i den ambulante psykiatri, hos praktiserende læger mv., hver dag udfører for og sammen med mennesker med psykiske vanskeligheder eller lidelser. Både regioner og kommuner har i stigende grad fokus på forebyggelse, recovery og inklusion, hvilket er en udvikling, der i høj grad er båret af det professionelle personale. Men der er fortsat store forskelle på værdier, kulturer og tilgange til mennesker med psykiske lidelser, og der er i udvalget et ønske om, at dette skal være anderledes. Den nye ramme og retning skal gælde, uanset om behovet er en sundhedsfaglig, socialfaglig, beskæftigelsesmæssig, uddannelsesmæssig eller pædagogisk indsats.

Psykiske lidelser berører mange danskere hver eneste dag; enten fordi man har en psykisk lidelse eller fordi man er pårørende. Psykiske lidelser udgør i dag årsagen til en betydelig del af det samlede sygefravær. Herudover er der en stigende andel unge mennesker, der aldrig får fodfæste på arbejdsmarkedet som følge af mentale helbredsproblemer eller psykiske lidelser. Der er dermed ikke nogen tvivl om, at mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser er forbundet med store menneskelige og samfundsøkonomiske konsekvenser.

En tidlig og helhedsorienteret indsats kan gøre en forskel, så psykiske vanskeligheder ikke udvikler sig til en svær behandlingskrævende lidelse eller medfører unødvendigt komplicerede sociale problemer.

Der er i litteraturen fundet evidens for, at en forbedring af behandlingsindsats effektivt kan forebygge visse arbejdsmæssige konsekvenser af mentale helbredsproblemer. Behandlingsindsatsen skal både være koordineret, for at sikre effektiv behandling, og følge evidensbaserede retningslinjer, dvs. give adgang til både medicinsk og psykoterapeutisk behandling².

Psykiske lidelser udgør en bred gruppe af tilstande, og der er en glidende overgang fra naturlige reaktioner på livets mange udfordringer til egentlig psykisk sygdom. Afgrænsningen af, hvad der er henholdsvis "normalt" og "afvigende", er således både tids- og kulturbestemt.³ Der er stor forskel på behovet for behandling, støtte og omsorg hos de mange mennesker, der på et tidspunkt i livet oplever psykiske problemer eller en egentlig psykisk lidelse. For nogle er der behov for både medicinsk behandling, terapi, støtte og omsorg fra speciallæge, psykolog, egen læge, sygeplejerske, socialrådgiver,

2 Det Nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø. 2010. *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde.*

3 Sundhedsstyrelsen. 2009. *National Strategi for Psykiatri.*

pædagog osv. Andre vil med mere begrænset støtte selv kunne håndtere alle eller de fleste problemer, evt. sammen med pårørende og netværk.

Der har i de seneste år været en stor vækst i antallet af mennesker med psykiske lidelser, som kommer i behandling. Kortlægningen af psykiatrien har samtidig vist, at der er store regionale og kommunale forskelle i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

De professionelle i praksissektoren, på sygehuset og i kommunen yder en god og meget betydningsfuld indsats. På såvel det kommunale, regionale som statslige niveau har forebyggelse og behandling af psykiske lidelser gennem de senere år fået stigende politisk opmærksomhed. Dermed er der et godt afsæt for at tænke nyt, udvikle og få opbakning til en endnu bedre indsats.

Udviklingen i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er generelt gået fra mere indgribende til mindre indgribende indsatser.

I den regionale psykiatri er udviklingen gået fra stationær behandling (indlæggelser) til mere ambulante behandling, og fra længerevarende indlæggelser til korte intensive forløb med opfølgning i ambulante regi. I den kommunale, sociale indsats er der også fokus på, at borgeren får mindre indgribende og mere forebyggende indsatser i nærmiljøet og typisk i egen bolig. Fælles for udviklingen i både den kommunale og regionale indsats er, at den afspejler et øget fokus på forebyggelse, rehabilitering og recovery. Og på borgeren mere end på patienten.

Samtidig diagnosticeres flere med en psykisk lidelse. Det gælder særligt for børn og unge og for ikke-psykotiske lidelser. Der ses endvidere en stigning i antallet af retspsykiatriske patienter, som behandles i psykiatrien. Psykiske lidelser tegner sig for i alt 25 pct. af den totale sygdomsbyrde efterfulgt af kræft og kredsløbssygdomme, som hver står for henholdsvis 17 pct. og 15,2 pct. Psykiske lidelser som depression, angst og adfærdsforstyrrelser er årsag til 50 pct. af alle langtidssygemeldinger og 48 pct. af alle førtidspensioner. Når unge under 30 år tildeles en førtidspension, skyldes det i 4 ud af 5 tilfælde psykiske lidelser⁴.

Der opleves således i flere sammenhænge en stigende efterspørgsel efter udredning, behandling, støtte og rådgivning. Og der er i stigende grad en erkendelse af, at sammenhæng og samtidighed er nødvendig, hvis den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser skal have kvalitet og effekt. Det gælder først og fremmest for de borgere, hvor sygdom og andre problemstillinger skal tackles af flere i samarbejde med borgeren, f.eks. retspsykiatriske patienter og mennesker med en psykisk lidelse og samtidigt misbrug. For patienter i retspsykiatrien understreges behovet for en sammenhængende og koordineret behandlings- og rehabiliteringsindsats. Målet for indsatsen for disse borgere er støtte til at kunne begå sig i samfundet, samt at forebygge ny kriminalitet.

En forudsætning for, at der sker en væsentlig forbedring i kvaliteten og omkostnings-effektiviteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er, at forskning og udvikling prioriteres. Det er således væsentligt, at der sker en løbende evaluering og opfølgning i forhold til de projekter og metoder, som afprøves i kommuner, praksis-sektor, regioner og civilsamfund, så de metoder og indsatser, der virker, fortsættes og udbredes, mens indsatser med lille eller uden effekt stoppes. Internationale erfaringer viser, at synlighed om resultater er en central drivkraft for forbedringer af indsatsen,

4 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Forebyggelsespakke om mental sundhed*.

fordi det giver mulighed for diskussion og refleksion om forbedringspotentialer og sikrer, at ledelse og fagpersonale kan blive opmærksomme på og prioritere kvalitetsfremmende indsatser. Synligheden giver med andre ord institutioner og personale mulighed for at fokusere på kvaliteten af deres indsats.

Udover synlighed er forandringsvilje i regioner og kommuner samtidig en forudsætning for reel udvikling af kvaliteten, ligesom det er vigtigt, at det der måles på giver mening i en faglig og klinisk sammenhæng. Det er i den sammenhæng vigtigt, at målene tilpasses behovene på de forskellige ledelsesniveauer i regioner og kommuner. Og endelig er løbende fokus på personalets kompetencer en væsentlig forudsætning for at øge kvaliteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Udvalget ser på baggrund af sine kortlægninger 10 udfordringer som væsentlige jf. boks 1.

BOKS 1

Væsentlige udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

- Utilstrækkeligt fokus på tidlig indsats og rehabilitering.
- Behov for et ligeværdigt, åbent og inkluderende arbejdsmarked og uddannelsessystem.
- Ulighed i sundhed og levetid.
- Begrænset inddragelse af borger og pårørende som ressource i borgerens forløb.
- Utilstrækkelig sammenhæng mellem sektorer og fagområder.
- Begrænset (tvær-)faglig konsensus og tendens til fokus på den medicinske behandling.
- Behov for fokus på kompetencer og efteruddannelse.
- Manglende brug af evidensbaserede metoder og utilstrækkelig forskning, dokumentation og effektmåling af indsatser.
- Manglende reduktion i tvangsanvendelse.
- Mangelfuld planlægning og styring og grundlag for bedre ressourceanvendelse i regioner og kommuner.

I lyset af disse udfordringer, men også i lyset af nye krav til psykiatrien – f.eks. indførelse af nye udrednings- og behandlingsrettigheder, øget inklusion i folkeskolen, fastholdelsesreformer på beskæftigelsesområdet og mangel på speciallæger i psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien – er der behov for fortsat at udvikle og forbedre indsatsen.

En forudsætning for en forbedret indsats er faglig udvikling i regioner, praksissektor og kommuner, større ligeværdighed og bedre inklusion af mennesker med psykiske lidelser i uddannelser, på arbejdsmarkedet og i samfundet i det hele taget. Mennesker med psykiske lidelser har som alle andre en forventning og et ønske om at leve et så almindeligt hverdagsliv som muligt. Samtidig har tilknytning til uddannelse og arbejde

stor betydning for muligheden for at komme sig og dermed for at kunne forsørge sig selv.

Mødet med fordomme og følelsen af at være udenfor kan føre til mindreværd, usikkerhed og forværring af symptomer oven i de konkrete symptomer, som følger af en psykisk lidelse. Stigmatisering kan betyde, at psykiske lidelser opdages for sent, og at den rette indsats i forhold til beskæftigelse, støtte og evt. behandling derfor ikke sættes i værk i tide. Stigmatisering kan således ses som "en ekstra sygdom"⁵, der fører til eksklusion og til selvstigmatisering, hvor symptomer og vanskeligheder fornægtes, og tidlig diagnostik og effektiv behandling forhindres.⁶

Tvivl, uvidenhed, fornægtelse og fordomme hos de pårørende kan ligeledes medvirke til stigmatiseringen. Ligesom de pårørende selv stigmatiseres og også kan opleve det skamfuldt at have et menneske med en psykisk lidelse i familien.

At bekæmpe stigmatisering er derfor et centralt mål i relation til at ligestille mennesker med psykiske lidelser med andre og skabe mulighed for, at de kan mestre egen sygdom og livssituation. Det er i den forbindelse helt centralt, at borgeren inddrages og medvirker i indsatsen, i forhold til at sikre respekt for selvbestemmelsen og i forhold til at understøtte borgerens recoveryproces. Derudover vil de pårørende i langt de fleste tilfælde være værdifulde samarbejdspartnere i borgerens forløb. De pårørende og netværket kan være en væsentlig faktor i forhold til den enkeltes muligheder for at komme sig helt eller delvist fra en psykisk sygdom og for at fungere i et meningsfyldt hverdagsliv.

Overordnet set bør indsatsen bygge på åbenhed, herunder inddragelse, dialog og samarbejde, både med den enkelte og med dennes familie og øvrige netværk. Inddragelsen af familie og det øvrige netværk bør i alle dele af indsatsen ske med afsæt i den enkeltes ønsker, behov og ressourcer.

Herudover kan inddragelse af frivillige, foreninger og organisationer udgøre en vigtig og væsentlig ressource i recoveryprocessen, for mennesker med psykiske vanskeligheder, og for deres pårørendes vilkår og muligheder. Civilsamfundet og de frivillige indsætter udmærker sig ved at kunne noget andet end de offentlige forvaltninger, ikke mindst i forhold til at skabe ligeværdige, sociale relationer mellem borgere, rummelighed i forhold til sårbare grupper, netværk og fællesskaber på tværs af baggrund osv. Derfor er også civilsamfundet en væsentlig samarbejdspartner i indsatsen både i forhold til konkret støtte, men også i forhold til afstigmatisering, hvilket f.eks. ses at være et resultat af "En af os" kampagnen, hvor myndigheder, organisationer og frivillige arbejder sammen om at afstigmatisere psykisk sygdom i Danmark.

Udvalget har identificeret 6 områder, hvor et styrket fokus vil imødegå de 10 væsentlige udfordringer, jf. boks 1, og bidrage til at sikre, at indsatsen tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Fokusområderne, der tager afsæt i den fremtidige, fælles ramme og retning for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, er:

5 *En af os* – væk med tavshed, tvivl og tabu om psykisk sygdom. <http://www.en-af-os.dk/>

6 Sundhedsstyrelsen. 2009. *National Strategi for Psykiatri*.

- Forebyggelse og tidlig indsats.
- Styrket sammenhæng i indsatsen.
- Høj kvalitet i den faglige indsats.
- Inddragelse af borgere, pårørende og civilsamfund.
- Nedbringelse af tvang.
- Bedre styring og ressourceanvendelse.

Udvalgets forslag til en styrket indsats inden for disse fokusområder vil møde de beskrevne udfordringer.

Herudover har udvalget valgt at give indsatsen på det retspsykiatriske område et selvstændigt fokus, og digitalisering af psykiatrien som en afgørende mulighed for at understøtte sammenhæng, kvalitet, patientinddragelse og recovery.

Udvalgets forslag

Det fremgår af kommissoriet for udvalgets arbejde, at udvalget skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Forslagene skal falde i to dele.

Del I skal indeholde konkrete forslag, der indebærer en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område. Det omfatter bl.a. forslag, der indebærer en bedre organisering og tilrettelæggelse af psykiatrien, og forslag til en mere fokuseret indsats og prioritering baseret på nyeste viden. Hertil kommer tiltag til bedre styring og omkostningseffektivitet. Disse forslag vil kunne indgå i den løbende prioritering i kommuner og regioner.

Udvalget noterer, at eventuelle effektiviseringsgevinster i regionerne skal ses i sammenhæng med, at den regionale psykiatri i de kommende år skal realisere nye patientrettigheder til hurtig udredning og behandling, som indgår i aftalen om regionernes økonomi for 2014.

Del II skal indeholde nye forslag på området, der efter udvalgets opfattelse kan prioriteres, baseret på den nyeste viden/evidens for tiltaget og et generelt krav om omkostningseffektivitet.

Det fremgår af kommissoriet for udvalgets arbejde, at regeringen med afsæt i udvalgets overvejelser og forslag vil udarbejde en samlet, langsigtet plan for den fremtidige udvikling og udbygning på området.

Udvalgsarbejdet og forslagene i rapporten skal ses i lyset af den økonomiske situation⁷. En række forslag fra udvalget bidrager derfor til omprioriteringer, bedre ressourceanvendelse og nye organiseringer af indsatsen. Det er samtidig udvalgets vurdering, at den nye ramme og retning for psykiatrien ikke kan skabes uden, at de forslag, som skal bidrage hertil, tilføres ressourcer. I kapitel 13 foreslås det, at der sker en tæt opfølgning i psykiatrien, der har fokus på klare mål for indsatsen, samt monitorering, som skal sikre synlighed om resultaterne. Som bidrag til regeringens samlede og langsigtede plan for den fremtidige udvikling og udbygning på området finder udvalget, at der frem mod

⁷ Kommissoriet for regerings udvalg om psykiatri.

2020 skal prioriteres midler til at understøtte en udvikling af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, som tager afsæt i den nye ramme og retning og i udvalgets forslag:

Del I

Forslag der indebærer en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område

Forslagene i del I bygger på en anerkendelse af, at der er mange gode og effektive indsætter i gang i kommuner og regioner. Disse forslag vil med fordel kunne gennemføres som en del af kvalitetsudviklingen og den løbende prioritering og planlægning af en effektiv indsats for mennesker med psykiske lidelser. Forslagene handler overordnet dels om initiativer, der skal understøtte en tidlig og forebyggende indsats i de sammenhænge, hvor der i forvejen er kontakt med borgerne, f.eks. via sundhedspleje, jobcenter og ældrepleje. Men også på arbejdspladser, uddannelsessteder, hos egen læge og i det regionale sundhedsvæsen i øvrigt. Dels om initiativer, der skal understøtte kvalitet, sammenhæng og koordination i indsatsen, f.eks. ved hjælp af sundhedsaftaler og tværfaglig organisering, kompetenceudvikling og inddragelse af borgere og pårørende i indsatsen. Hertil kommer en række konkrete forslag til styringstiltag, som kan understøtte en bedre ressourceanvendelse på området.

Der er således i høj grad tale om forslag, der forstærker fokus på udvikling, udbredelse og styrkelse af indsætter, der er hensigtsmæssige ud fra en faglig og økonomisk vinkel, og forslag som ligger inden for den værdimæssige ramme om forebyggelse, inklusion og recovery.

Del II

Forslag, der efter udvalgets opfattelse kunne prioriteres, baseret på den nyeste viden/evidens for tiltaget og et generelt krav om omkostningseffektivitet

Det er særligt disse forslag, udvalget vurderer, bør prioriteres på kortere sigt i forhold til tilførsel af nye ressourcer.

Forslagene i del II handler overordnet dels om initiativer, der skal understøtte en sammenhængende indsats af høj kvalitet ved hjælp af faglige retningslinjer, integrerede indsætter, tværsektorielle forløbsbeskrivelser, bedre styringsredskaber og dokumentation. Dels om initiativer til nedbringelse af tvang, såvel gennem lovgivning og faglige vejledninger, som gennem kompetenceudvikling med fokus på forebyggelse af tvang. Herudover er der i del II forslag, som handler om at afprøve metoder, opsamle og udbrede viden og erfaringer fra såvel nye, som allerede igangsatte forsøgsprojekter med henblik på at øge viden og evidens på området. Evidens- og vidensgrundlaget for disse forslag er således ikke tilstrækkeligt til, at udvalget umiddelbart kan anbefale udbredelse, men forslagene vurderes at indeholde potentiale for en eventuel videreudvikling og udbredelse. Forslagene handler overordnet dels om initiativer, der forudsætter, at digitale løsninger bliver etableret, dels om initiativer, som bygger på metoder og modeller, som mangler at blive afprøvet og/eller evalueret i dansk kontekst, f.eks. en model for ansættelse af brugere i psykiatrien (peer-to-peer), "Borgerens plan" og mentorordning med inddragelse af civilsamfundet.

Der er i forslagene fokus på bæredygtighed, effektivitet og høj kvalitet i den indsats, der leveres på psykiatriområdet. For at sikre en bæredygtig og effektiv indsats af høj kvalitet er det væsentligt, at der er fokus på såvel den tidlige og forebyggende indsats, som

på sammenhængende og samtidige indsatser for mennesker med psykiske vanskeligheder og begyndende psykisk sygdom. Det vil sige, at der er fokus på den recovery-orienterede og rehabiliterende indsats, som har fokus på muligheden for at komme sig og vende tilbage til en hverdag med uddannelse eller arbejde og socialt netværk.

Udvalgets forslag er i dette resumé gengivet under hvert fokusområde. Forslag, der tilhører del I (bedre udnyttelse af eksisterende kapacitet) fremgår af de blå bokse, mens de forslag, der tilhører del II (forslag der kan prioriteres) fremgår af de grønne bokse. Nedenfor gennemgås de 6 fokusområder og udvalgets anbefalinger.

1 Forebyggelse og tidlig indsats

Mistrivsel i barndommen er forbundet med øget risiko for udvikling af psykiske og fysiske lidelser, sociale problemer samt indlæringsproblemer, som kan fortsætte og have konsekvenser for ungdomsårene og voksenalderen. Mistrivsel kan medføre, at det er svært for den enkelte at gennemføre skole og uddannelsesforløb og i sidste ende opnå og fastholde en plads på arbejdsmarkedet.

Der er specielt dokumentation for sammenhængen mellem dårlig mental sundhed, bl.a. forårsaget af stressende belastninger, og udvikling af ikke-psykotiske lidelser som depression og angst⁸. Herudover har dårlig mental sundhed vist sig at have betydning for udvikling af misbrug samt somatiske sygdomme, herunder åreforkalkning og blodpropper mv.⁹.

I mange tilfælde opdages psykiske vanskeligheder og lidelser for sent, dvs. først, når vanskelighederne/lidelsen har udviklet sig til en sværere behandlingskrævende lidelse og måske har medført flere, komplekse sociale problemer.

Fremme af mental sundhed, forebyggelse og tidlig indsats er derfor et væsentligt fokusområde for en bæredygtig og effektiv indsats for mennesker med psykiske problemer.

Kommunerne har særlig mulighed for at fremme mental sundhed og forebygge udviklingen af psykiske lidelser blandt kommunens borgere i de sammenhænge, hvor kommunen møder borgeren f.eks. via sundhedsplejen, daginstitutioner, skoler, jobcentre, sundhedscentre, hjemme(syge-)plejen. Fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser har i de senere år da også fået mere fokus i kommunerne særligt i forhold til børne- og ungeområdet¹⁰, bl.a. i den kommunale sundhedspleje i forhold til fødselsdepressioner og på skoler i forhold til forebyggelse af mobning. Kommunernes indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse er dog i mange kommuner fortsat i en udviklingsfase. Øget opmærksomhed i jobcentrene i forhold til borgere med psykiske vanskeligheder og viden om handlemuligheder, f.eks. henvisning til egen læge eller visitation til kommunale trivselsfremmende tilbud som "lær at leve med programmer¹¹", kan understøtte en tidlig indsats. Derudover er der potentiale i, at arbejdspladserne spiller en større rolle i forhold til sundhedsfremme og den forebyggende indsats. Hver femte dansker i den arbejdsdygtige alder har psykiske vanskeligheder, og hvert

8 Borg V., Nexø M.A., Kolte I.V., Andersen M.F. 2010. *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø Dalgard O.S., Mathisen K.S., Nord E., Ose S., Rognerud M., Aarø L.E. 2011. *Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Norske folkehelseinstituttet Madsen H.M., Hvenegaard A., Fredslund E.K. 2011. Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Dansk Sundhedsinstitut.

9 Sundhedsstyrelsen. 2008. *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter*.

10 Cowi. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom*.

11 60 kommuner tilbyder "lær at tackle angst og depression".

år sygemeldes mange danskere af skadelig stress, mentale vanskeligheder og belastninger på arbejdspladsen.¹²

Brug af kommunale arenaer, af nye teknologier og kommunikationsmuligheder, og inddragelse af frivillige og civilsamfund, herunder ikke mindst arbejdspladser, vil bl.a. medvirke til at udbygge den borgernære, forebyggende indsats på det psykiatriske område.

Herudover har almen praksis, som behandler den største andel af mennesker med psykiske lidelser¹³, en central forebyggelsesopgave, som består i at forebygge og opspore psykiske vanskeligheder hos borgere, f.eks. i forbindelse med sygemeldinger, graviditets- og børneundersøgelse mv. Det vurderes, at omkring 500.000 mennesker hvert år henvender sig til sin praktiserende læge pga. af symptomer på f.eks. angst og depression. Derfor har almen praksis en nøglerolle i forhold til den forebyggende og tidlige indsats. Samtidig har almen praksis mulighed for at være opmærksom på tidlige indsatser – også over for familiemedlemmer til den syge, som ofte er tilknyttet samme praktiserende læge.

Med den seneste ændring af sundhedsloven¹⁴, som trådte i kraft den 1. september 2013, har regionerne fået flere muligheder for planlægning og styring af almen praksis, samarbejdet mellem kommuner, borgere, regioner og almen praksis er styrket, og lægerne er blevet tættere knyttet sammen med den overordnede sundhedsplanlægning, herunder i forhold til sundhedsaftaler og forløbsprogrammer. Denne lovændring understøtter udviklingen i retning af forpligtende samarbejder.

Udover forebyggelse af psykisk sygdom er der en vigtig opgave i at reducere ulighed i sundhed og levetid for mennesker med psykiske lidelser. Undersøgelser viser, at mennesker med alvorlige former for psykiske lidelser, som f.eks. skizofreni, affektiv lidelse eller psykisk lidelse, og samtidigt misbrug, lever mellem 15 og 20 år kortere end befolkningen som helhed. Den øgede dødelighed skyldes en kombination af flere faktorer som højere forekomst af selvmord og ulykker, livsstilsfaktorer, som kan forværres af komplikationer og bivirkninger ved nogle psykofarmakologiske lægemidler, men også højere forekomst af kroniske sygdomme, f.eks. diabetes og nogle former for kræft.

Reduktion af ulighed og overdødelighed kræver derfor en flerstrengt og bred indsats, bl.a. sikring af somatisk kompetence i psykiatrien, selvmordsforebyggende indsatser, flerstrengt behandling og forebyggelse af livstilsbetingende sygdomme.

Undersøgelser viser, at mennesker med psykiske lidelser er motiverede for at ændre sundhedsvaner. Der er således både behov og grundlag for forebyggelse af livsstils sygdomme. Kommuner og regioner har derfor en vigtig opgave i at forebygge udvikling og forværring af somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser, bl.a. gennem livsstilsinterventioner, udredning og behandling for somatiske sygdomme som f.eks. diabetes og hjertekarsygdomme, tidlig opsporing af kræft, f.eks. via de eksisterende screeningsprogrammer mv. I de regionale pakkeforløb indgår bl.a. somatiske undersøgelser og systematisk screening for KRAM-faktorer.

12 OECD. 2012. *Mental Health and Work – Denmark*.

13 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder*.

14 Lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

For beboere på botilbud har kommunerne en oplagt mulighed for at skabe sunde rammer, fremme at beboeren benytter relevante sundheds- og behandlingstilbud og støtte borgerens sunde valg, f.eks. med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.

Almen praksis spiller ligeledes en vigtig rolle i forhold til forebyggelse, opsporing, diagnostik og behandling af somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser, fordi den praktiserende læge typisk følger patienten igennem længere tid og på den måde kan være opmærksom på udvikling af f.eks. livsstilssygdomme, vægtøgning mv. For nogle mennesker med psykiske lidelser er det imidlertid vanskeligt selv at være opsøgende, og det kan derfor kræve et tæt samspil med den øvrige regionale behandling og kommunale medarbejdere.

En forudsætning for at reducere overdødeligheden er endvidere, at der opbygges mere viden om årsagerne hertil og viden om effektfulde indsatser. Der er derfor behov for mere viden gennem forskning og kortlægning af overdødelighed.

Udvalgets forslag om forebyggelse og tidlig indsats

Børn og unge

- Den kommunale sundhedspleje har i sit arbejde med nybagte forældre øget fokus på psykiske problemstillinger og mistrivsel, samtidig med at det tværsektorielle samarbejde om børns mentale sundhed mellem sundhedsplejen, dagtilbud og almen praksis styrkes og beskrives i regi af sundhedsaftalerne. (side 114)
- Den løbende kompetenceudvikling hos sundhedsplejersker, dagplejere, pædagoger og lærere bør have fokus på udbredelse af metoder til koordineret, tværfaglig opmærksomhed på børn med psykiske vanskeligheder. (side 114)
- Kommuner og ungdomsuddannelser samarbejder om at understøtte udsatte unges mentale sundhed og inklusion samt forebygge frafald, mistrivsel, misbrugsproblemer og risiko for at udvikle psykiske lidelser, f.eks. i form af adgang til psykologisk rådgivning og støtte. (side 114)

Sundhedsfremme på arbejdspladser og jobcentre

- Arbejdspladserne sætter øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse af psykiske lidelser og stress og får øget adgang til information og rådgivning f.eks. lettilgængeligt og kortfattet evidensbaseret oplysningsmateriale om redskaber til fremme af mental sundhed og fastholdelse på arbejdsmarkedet. (side 122)
- Særlig opmærksomhed på mistrivsel og dårlig mental sundhed i jobcentrene. (side 122)

Voksne og ældre

- Der samles op på forsøg med fleksibel, udgående sagsbehandling og fremskudte indsatser i forhold til bl.a. unge på ungdomsuddannelser, udsatte borgere i boligområder og hjemløse med henblik på udbredelse af erfaringerne. (side 122)
- Øget opmærksomhed i regioner og kommuner på at forebygge udvikling og undgå underbehandling og underdiagnosticering af somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser med henblik på reduktion af ulighed i sundhed og levetid. (side 123)
- Kommunerne har særlig fokus på opsporing af psykisk mistrivsel i de forebyggende hjemmebesøg hos ældre, der skal finde sted efter serviceloven. (side 123)

Udvalgets forslag om forebyggelse og tidlig indsats

Overdødelighed

- Der fastsættes nationale mål for nedbringelse af overdødeligheden for mennesker med psykiske lidelser. Målene skal understøtte fokus på, og prioritering af, at overdødeligheden reduceres. (side 123)

2 Styrket sammenhæng i indsatsen

For mennesker, som rammes af en psykisk lidelse, foregår den sundhedsfaglige behandling i praksissektoren eller i den stationære eller ambulante, regionale psykiatri. Særligt sårbare mennesker med psykiske lidelser vil ofte have brug for en social rehabiliteringsindsats i form af ophold på et botilbud i kortere eller længere perioder eller støtte til at blive boende i egen bolig i form af bostøtte. Ofte har særligt sårbare mennesker også en række andre sociale udfordringer, som f.eks. et begrænset netværk, dårlig økonomi, hjemløshed mv. og har derfor behov for andre sociale indsatser og tilbud. Disse indsatser varetages typisk af kommunens socialforvaltning. En stor gruppe borgere har udover deres psykiske problemstillinger problemer med ledighed eller er sygemeldt. I de tilfælde vil indsatser og støtte i forhold til at komme i beskæftigelse eller tilbage i arbejde typisk foregå i kommunens jobcenter. Hvis borgeren er i ambulant behandling og samtidigt har et misbrug, varetages behandlingen for misbruget af kommunen, typisk forankret i sundhedsforvaltningen. Det er således indlysende, at der for nogle mennesker med psykiske lidelser er et væsentligt behov for sammenhæng og koordination mellem den indsats, der sker i sygehusregi og praksissektor, og i kommunernes forvaltninger.

Med kommunalreformen i 2007 blev regioner og kommuner efter sundhedsloven forpligtet til at samarbejde om indsatser på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er et obligatorisk aftaleområde.

Organiseringen i de respektive sektorer understøtter imidlertid ikke altid en samtidig og integreret indsats for borgere med komplekse problemstillinger. Hvor samarbejdet og aftalerne mellem kommuner og regioner hidtil primært har fulgt en "stafetmodel", der tager udgangspunkt i et lineært forløb, og indsatsen foregår i én sektor ad gangen, vil der for borgeren med komplekse problemstillinger ofte være behov for flere samtidige indsatser.

En samtidig og sammenhængende indsats for borgere med psykiske lidelser udfordres af, at ansvaret ligger hos to myndigheder, og at indsatsen og tilbuddene leveres af mange aktører i kommunerne, på sygehusene og i praksissektoren, der agerer efter forskellige incitament, hensyn og mål. Begrænset indsigt i hinandens faglige kompetencer og tilbud, manglende inddragelse af borgeren og pårørende, uklarhed om placering af ansvar for indsatsen, og forskellige regelsæt og kulturer kan virke som barrierer for sammenhængende forløb. Incitamenterne i de forskellige sektorer understøtter heller ikke nødvendigvis et sammenhængende forløb.

Hertil kommer, at borgere med komplekse problemstillinger og tværgående forløb kan opleve mange forskellige kontakter, der vanskeliggør en helhedsorienteret indsats med borgerens ønsker og behov som omdrejningspunkt. Borgere med komplekse problemstillinger, f.eks. psykisk lidelse og samtidigt misbrug, kan opleve at der mangler en fælles plan, hvor den medicinske behandling hos egen læge eller i ambulatoriet understøtter og er koordineret med misbrugsbehandlingen, støttetilbuddene og den beskæftigelsesrettede indsats i kommunen. Også for retspsykiatriske patienter er der et særligt behov for sammenhæng og samarbejde, ikke mindst om den indsats, der skal ske efter indlæggelse for at forebygge ny kriminalitet, og som kræver en koordineret

indsats fra flere samarbejdsparter, herunder i nogle tilfælde, f.eks. Kriminalforsorgen. Når region og kommuner indgår sundhedsaftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser skal alle relevante aktører i både region og kommune derfor inddrages, hvis det skal lykkes at aftale og implementere en koordineret og samtidig indsats for og med borgeren.

Udvalget har i sin kortlægning af området identificeret mere end 80 igangværende samarbejdsprojekter mellem kommuner og regioner, der har til formål at skabe bedre sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Hertil kommer, at der bl.a. i lovgivningen er indført forskellige planer for indsatser i den enkelte borgers forløb. I den regionale psykiatri arbejdes med behandlingsplaner, kommunernes socialforvaltning arbejder med sociale handleplaner, og jobcentre har jobplaner mv. Der er endvidere etableret forskellige kontaktpersonordninger, bl.a. som følge af lovgivning f.eks. støttekontaktpersonordning (socialområdet), mentor (beskæftigelsesområdet) og kontaktperson på sygehuset (sundhedsområdet), samtidig med, at der er etableret mange lokale tiltag som f.eks. case-managere, forløbskoordinatorer mm. Med indførelse af rehabiliteringsteams og ressourceforløb, som led i reformen om førtidspension og fleksjob, er der fra 1. januar 2013 skabt mulighed for en tværfaglig, koordineret indsats med henblik på at fremme, at borgeren fastholdes på arbejdsmarkedet. Og fra 1. januar 2014 vil det efter beskæftigelseslovgivningen være muligt for borgeren at få en udskrivningskoordinator, når borgeren udskrives fra sygehus. Kommuner og regioner har med andre ord fået og udviklet en række redskaber, samt har indgået aftaler om forskellige metoder og modeller, i forsøget på at sikre borgere en sammenhængende og koordineret indsats.

Alligevel er det i udvalgsarbejdet konstateret, at borgere, og pårørende ofte oplever en usammenhængende indsats. Det opleves f.eks., at man skal forholde sig til mange forskellige kontaktpersoner, og at ansvaret for indsatserne ikke er entydigt placeret. Der er således behov for at fokusere brugen af redskaber til koordination og sammenhæng, så der ikke opstår parallelle og overlappende redskaber, og så alene de redskaber, man ved virker, anvendes.

Det er i høj grad en ledelsesmæssig opgave at sikre samarbejde og sammenhæng mellem sektorer og internt i sektorerne – og at sikre, at aftaler og initiativer rent faktisk implementeres i den konkrete indsats og hos alle relevante aktører.

Udvalgets forslag om styrket sammenhæng

Børn og unge

- Kommuner og regioner styrker samarbejdet mellem socialforvaltningen, PPR og børne- og ungdomspsykiatri. (side 148)
- Socialforvaltningen og PPR får efter aftale med regionen, mulighed for at trække på de faglige kompetencer i regioner med henblik på at styrke inklusion. (side 149)
- Kommuner og regioner prioriterer samarbejdet om en fleksibel overgang fra børne- til voksenområdet for at understøtte, at sårbare unge i risiko for at falde ud af uddannelse eller arbejdsmarked fastholdes eller kommer i job eller uddannelse. (side 149)

Voksne

- Styrket samarbejde mellem den regionale psykiatri (herunder almen praksis) og kommunen om patienter/borgere med ikke-psykotiske lidelser bl.a. angst og depression f.eks. i en shared care organisering. (side 134)
- Det undersøges om og i hvilken form et stratificeringsredskab kan bidrage til en mere klar afgrænsning af, hvilke borgere/patienter, der skal have et tilbud på hvilket specialiseringsniveau for at sikre, at de rette patienter/borgere får den rette behandling på det rette tidspunkt. (side 145)
- Kommuner og regioner understøtter tæt tværsektorielt samarbejde for borgere med komplekse og tværgående problemstillinger f.eks. gennem udbredelse og brug af teamorganisering, netværksmøder mv. (side 144)
- Kommuner opfordres til at sikre match mellem borger og mentor og sikre længerevarende forløb med samme mentor til borgeren på tværs af sektorer og lovgivning. (side 144)
- Der sker en mere integreret indsats mellem regioner og kommuner, f.eks. i de opsøgende og udgående teams.¹⁵ (side 144)

Patient/borger, pårørende og civilsamfund

- Det tværsektorielle samarbejde om og med borgeren og evt. dennes pårørende styrkes og beskrives i sundhedsaftalerne. (side 134)

¹⁵ Forslaget skal ses i sammenhæng med forslaget i kapitel 8 om, at der udbredes opsøgende og udgående teams, hvor kommunen inddrages.

Udvalgets forslag om sammenhæng og kontinuitet

Mennesker med sværere psykiske lidelser og/eller komplekse problemstillinger

- Der udarbejdes en generisk model for samordnede og tværsektorielle forløb for mennesker med psykiske lidelser, som regioner og kommuner kan tage udgangspunkt i til lokalt tilpassede forløbsbeskrivelser. (side 134)
- Der etableres en model for "Borgerens plan" for borgere med psykiske lidelser og komplekse problemstillinger. (side 144)
- Kommuner afprøver i samarbejde med regioner metoder med koordinerende kontaktperson f.eks. case-managers metoder med dokumenteret effekt for socialt udsatte borgere. (side 144)

Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug

- Region og kommune udarbejder en koordineret indsatsplan for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. (side 153)
- Ved komplicerede forløb udpeges en tværgående koordinerende kontaktperson. (side 153)
- Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen udarbejder i fællesskab en vejledning om indholdet i den koordinerende indsatsplan. (side 153)
- Der udarbejdes faglige anbefalinger på det sociale område for behandling og rehabilitering af personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. (side 153)
- Der gennemføres en planlægning af den specialiserede indsats for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug i regi af den nye nationale koordinationsstruktur på socialområdet. (side 153)

3 Kvalitet i indsatsen

Kvalitet handler grundlæggende om at opnå det ønskede resultat af behandling, pleje, støtte og rehabilitering. Målet med indsatsen fastlægges i et samarbejde mellem borgeren og de fagprofessionelle – og resultatet kan ikke vurderes uden måling. Kvalitetsarbejdet sker med forskellige mål, metoder og niveauer på henholdsvis børne- og undervisningsområdet, uddannelsesområdet, beskæftigelsesområdet, socialområdet og sundhedsområdet.

For barnet eller den unge med psykiske vanskeligheder er målet at få den støtte eller indsats, der sikrer trivsel og en god uddannelse med størst mulig personlig og social udvikling. Målet for den ledige er at få et arbejde. Målet for beboeren på botilbuddet er at styrke sin egenmestring og samfundsdeltagelse. Målet for patienten i praksissektoren eller den regionale psykiatri er at få god behandling i rette tid for at blive rask eller mindske symptomerne mest muligt.

Høj kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser handler med andre ord om, at indsatsen er effektiv og fagligt god, og om at der tages hensyn til borgerens behov og ønsker. Kvalitet handler således om at forene borgerens individuelle behov og forventninger med de professionelle faglighed og den organisatoriske og samfundsøkonomiske ramme. Og selvom målet er forskelligt afhængigt af område, har indsatsen alligevel samme overordnede sigte, nemlig at borgeren får den rette støtte, omsorg

og behandling, så borgeren oplever udvikling, øget mestringsevne, selvhjulpethed og aktiv deltagelse i samfundslivet. Målet med indsatsen bør altså – uanset, hvor den foregår – være rehabilitering med fokus på recovery. Dette fordrer, at der i indsatsen arbejdes ud fra en helhedsorienteret tilgang, og der f.eks. i behandlingen arbejdes ud fra en flerstrengt behandlingsstrategi, hvor der sikres samspil med sociale og beskæftigelsesrettede indsats.

For at sikre borgerne den bedst mulige indsats, er det vigtigt, at indsatsen så vidt muligt tager udgangspunkt i metoder med dokumenteret effekt, og i det omfang sådanne metoder ikke findes, at der er fokus på at skabe den nødvendige dokumentation.

En udfordring i den kommunale, sociale indsats er, at der især på voksenområdet findes få evidensbaserede og omkostningseffektive metoder afprøvet i en dansk kontekst, samt at udbredelsen af effektfulde metoder på borgerniveau er varierende¹⁶. Selvom behandling i den regionale psykiatri, ligesom det øvrige sundhedsvæsen, bygger på patientforløb struktureret efter nationale kliniske retningslinjer (hvor de findes) og faglige vejledninger, har den regionale psykiatri samtidig været præget af manglende faglig konsensus. Konsekvensen er, at der i dag er stor utilsigtet variation i behandlingspraksis i den regionale psykiatri i forhold til diagnosticerings- og behandlingsmetoder, mulighed for somatisk undersøgelse mv.¹⁷ Den igangværende udrulning af ambulante pakkeforløb skaber en højere grad af ensartet behandlingspraksis for samme diagnoser på tværs af landet. Og faglige og kliniske retningslinjer kan understøtte, at der i den daglige praksis arbejdes ud fra samme dokumenterede metoder.

At udvikle og sikre kvaliteten kræver – også på det psykiatriske område – et systematisk arbejde med metode- og kompetenceudvikling, monitorering, dokumentation og forskning, og en mere fælles tilgang til dette arbejde på tværs af de fagligheder og sektorområder, som bidrager til den samlede indsats for og med den enkelte borger med psykisk lidelse. Personalet på sundheds-, social-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet er en afgørende og væsentlig ressource i løsningen af opgaverne på et højt kvalitetsniveau. Mulighed for opgaveglidning og sikring af kvalitet i indsatsen hænger derfor tæt sammen med personalets kompetencer og ledelsens fokus herpå.

Endvidere er det nødvendigt, for at kunne vurdere kvaliteten, at indsatsen dokumenteres, gøres synlig og målbar. Der er fortsat stort behov for dokumentation af den indsats, som mennesker med psykiske lidelser modtager. Der mangler særligt viden fra praksissektoren, den kommunale, sociale indsats, samt indsatsen på beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

Endelig er generering af ny viden nødvendig. Forskning i behandlingers effekt, i sociale tiltags effekt, i sygdommes forekomst og fremtrædelsesform mv. er en forudsætning for viden og dokumentation, og dermed for kvalitetsudvikling og -sikring af indsatsen. Forskningen på psykiatriområdet bør være på niveau med forskningen på det somatiske område, og bør kunne måle sig med det internationale niveau. Forskning på psykiatriområdet skal således have høj prioritet bl.a. ved prioritering af forskningsbevillinger.

16 Rambøll. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*” Social- og Integrationsministeriet.

17 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

Udvalgets forslag om kvalitet

Børn og unge

- Kommunerne anvender effektfulde pædagogiske metoder til at inkludere børn og unge i folkeskolen. (side 163)
- Der er, som en del af den almindelige (efter-)uddannelse løbende fokus på lærernes kompetencer til inklusion af børn og unge med psykiske vanskeligheder. (side 163)

Beskæftigelse og arbejdsmarked

- Løbende fokus på medarbejdernes viden i jobcentre i forhold til hjælp og støtte til arbejdsfastholdelse af personer med psykiske lidelser. (side 168)
- Kendskabet til og mulighederne for rimelig tilpasning af arbejdspladsen for mennesker med psykiske lidelser formidles på offentlige og private arbejdspladser". (side 168)
- Regioner og kommuner opfordres til at arbejde med en strategi for rehabiliteringsindsatser for mennesker med ikke-psykotiske lidelser som f.eks. angst og depression med henblik på bl.a. at nedbringe sygefraværet, fastholdelse og tilbagevenden til arbejdet. Løbende fokus på medarbejdernes viden i jobcentre i forhold til hjælp og støtte til arbejdsfastholdelse af personer med psykiske lidelser. (side 168)
- Der tages initiativ til et nationalt partnerskab med arbejdsmarkedets parter og frivillige foreninger m.fl. med henblik på øget inklusion af mennesker med psykiske lidelser på arbejdsmarkedet evt. knyttet til trepartsdrøftelserne. Løbende fokus på medarbejdernes viden i jobcentre i forhold til hjælp og støtte til arbejdsfastholdelse af personer med psykiske lidelser. (side 169)

Den sundhedsfaglige indsats

- Den regionale psykiatri opfordres til at prioritere differentierede behandlingsmuligheder og en flerstrengt behandling, hvor der anvendes eksisterende evidensbaserede psykoterapeutiske tilbud og psykosociale tilbud, der tager udgangspunkt i en recovery-orienteret tilgang. Løbende fokus på medarbejdernes viden i jobcentre i forhold til hjælp og støtte til arbejdsfastholdelse af personer med psykiske lidelser. (side 185)
- Ordningen med tilskud til psykologhjælp i praksissektoren gennemgås med henblik på en faglig vurdering af relevante målgrupper, kriterier for henvisning og tidsbegrænsning. (side 185)
- Data fra den nationale monitorering på psykiatrimrådet skal anvendes bedre bl.a. i forhold til at sikre kvalitet i anvendelsen af medicin, behandling i retspsykiatrien og behandling af somatiske sygdomme. (side 189)

Kompetenceudvikling

- Kompetenceskemaer, der understøtter kvalitet i kommunernes sundhedsfaglige opgaver, f.eks. medicinadministration, udbredes bl.a. som led i kommunale sygeplejerskers opgave med at instruere øvrige personalegrupper i sundhedsfaglige opgaver, som medicin håndtering. (side 187)
- Der arbejdes systematisk med kompetenceudvikling af alle faggrupper på psykiatriområdet f.eks. gennem efteruddannelse, kompetencekrav og kompetenceskemaer. (side 194)
- Kommuner og regioner opfordres til at sætte fokus på tværfaglig kompetenceudvikling med fokus på større forståelse for forskellige faggruppers viden og funktion på tværs af forvaltninger og sektorer f.eks. via "fælles skolebænk". (side 194)
- National platform for recovery og brugerinddragelse med henblik på indhentning og formidling af viden om recovery, udvikling af metoder, formidling af best practice, kompetenceudvikling mv. (side 194)

Retspsykiatri

- Kommuner og regioner opfordres til at have fokus på en tidlig og tilstrækkelig indsats med henblik på forebyggelse af kriminalitet f.eks. ved hjælp af en sund arbejdskultur og udvikling af kompetencer med henblik på at forebygge voldsepisoder og håndtere konflikter. (side 201)
- Relevant personale informeres om reglerne vedrørende arbejdsskade- og volds-offerstatning. (side 201)

Udvalgets forslag om kvalitet

Dokumentation, evidensbaserede metoder, ny viden og forskning

- Dokumentation af og viden om beskæftigelsesindsatsen for mennesker med psykiske lidelser øges. (side 168)
- Effekterne af eksisterende modeller for Supported Employment i en dansk kontekst undersøges og afprøves. Det danske forskningsprojekt Inklusion følges og resultaterne formidles til kommunerne, når de foreligger. (side 168)
- Der udvikles og udbredes evidensbaserede metoder målrettet familier med børn og unge med psykiske vanskeligheder f.eks. metoder målrettet familier med børn med angst eller ADHD. (side 174)
- Udvikling af evidensbaserede metoder med et rehabiliterende sigte i den sociale indsats på botilbud og bostøtte (side 177)
- Der foretages evaluering og opsamling af erfaringer fra igangsatte udviklingsprojekter på socialområdet, som samler erfaringer med effekt og omkostningseffektive løsninger til brug for kommunernes prioritering. (side 178)
- Der fastsættes nationale rehabiliteringsmål/målsætninger for den socialfaglige indsats for mennesker med en psykisk lidelse. (side 177)

- Mere systematisk brug af kliniske databaser samt udvikling af nye inden for børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og praksissektoren. (side 189)
- Udviklingen på det retspsykiatriske område skal løbende monitoreres til brug for tilrettelæggelse af den forebyggende, behandlende og opfølgende indsats. (side 201)
- En bredt sammensat ekspertgruppe udarbejder en national strategi for forskning på psykiatriområdet i regioner og kommuner, og kan fungere som et rådgivende forum i forhold til fremadrettet prioritering af forskning på området i forhold til recovery, pædagogiske metoder, sygdomsårsager, sygdomsmekanismer, behandlingsmetoder og i forhold til effekt af tilrettelæggelse af forskellige psykiatriske indsatser mv. (side 191)
- Der igangsættes en strategisk planlægning med fokus på uddannelse og kompetenceudvikling i forhold til rekruttering af personale til psykiatrien. Relevante parter inddrages i arbejdet. (side 194)

Retningslinjer, faglige anbefalinger og rådgivning

- Der udarbejdes nationale og landsdækkende kliniske retningslinjer for udvalgte sygdomme på psykiatriområdet. (side 183)
- Der udarbejdes en fælles national beskrivelse af den regionale psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri, hvor betegnelser, enhedstyper og tilbud beskrives ensartet. (side 183)
- Regionerne sikrer en tværfaglig rådgivning om medicinering herunder i forhold til dosernes størrelser, polyfarmaci, interaktion mellem lægemidler, medicingennemgang samt en forstærket indsats i forhold til at tilbyde ned- og udtrapning af medicin under professionel vejledning. (side 187)
- Der udarbejdes faglige anbefalinger for den sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser. (side 177)
- Der sker et øget sundhedsfagligt tilsyn på botilbud (side 187)

Akut og opsøgende indsats

- Kommuner udbreder sociale akuttilbud til mennesker med psykiske vanskeligheder, som koordineres med den regionale indsats. (side 177)
- Fortsat udbredelse af opsøgende og udgående teams i den regionale psykiatri med inddragelse af den kommunale sociale indsats i teamet med henblik på at inddrage relevant socialfaglig, beskæftigelses- og uddannelsesrettet indsats og dermed understøtte en mere integreret indsats mellem regioner og kommuner.¹⁸ (side 183)
- Afprøvning og udbredelse af AAT-teams i den akutte indsats i psykiatrien for mennesker med psykiske lidelser i akut behov for behandling og/eller udredning i samspil med de sociale akuttilbud. (side 183)

¹⁸ Forslaget skal ses i sammenhæng med forslaget i kapitel 7 om, at der sker en mere integreret indsats mellem regioner og kommuner, f.eks. i de opsøgende og udgående teams.

4 Inddragelse af borgere, pårørende og civilsamfund

Inddragelse af borgeren i indsatsen er afgørende i forhold til at sikre, at borgerens selvbestemmelse respekteres, men også i forhold til at understøtte, at den samlede indsats planlægges med udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer, og dermed understøtter den enkeltes recoveryproces. Hvis recovery og aktiv borgerinddragelse for alvor skal blive implementeret, er der behov for at rette fokus på hverdagens møder og interaktioner. Det er i det konkrete møde med borgeren, at personalet skal sikre inddragelse, dialog og fokus på borgerens egne ressourcer. Det kan også betyde, at behandlings- og støttetilbud tilrettelægges mere fleksibelt efter borgerens behov og understøtter øget selvbestemmelse. Indførelse af brugerstyrede senge¹⁹ er et godt eksempel på dette.

Det er i høj grad en ledelsesmæssig opgave at sikre en kultur, hvor borgere ses som en samarbejdspartner og fra start inddrages som en ligeværdig partner i forløbet. En sådan kultur vil derfor kræve lederskab fra direktionsniveau, såvel som fra mellem-lederniveau og fra praktikerne, der dagligt behandler og støtter patienterne. I erkendelsen af, at det kan være svært for systemer at omstille sig, er man i flere lande begyndt at inddrage tidligere brugere af psykiatrien mere systematisk i tilbuddene. "Peer-worker's" eller "medarbejdere med brugererfaring" kan være agenter for øget fokus på borgerens ressourcer, ønsker og behov.

Endvidere rummer brug af digitale løsninger store muligheder for øget inklusion og et mere selvstændigt liv, bl.a. gennem hjælp til at få struktur på hverdag, selvmonitorering og adgang til sociale netværk via nettet. Derudover rummer teknologien en række potentialer for mere fleksibel behandling og støtte, f.eks. ved muligheden for at få behandling i hjemmet, og i forhold til samarbejdet mellem borger og professionelle, f.eks. ved Shared Decisionmaking. Anvendelse af digitale løsninger rummer således en række potentialer for empowerment og understøtter borgerens recovery.

Derudover rummer øget pårørendeinddragelse en række potentialer for en styrket indsats. Pårørende er vigtige samarbejdspartnere, der kan give uvurderlig hjælp, idet de på grund af deres særlige tilknytning har et særligt engagement i forhold til borgeren. Pårørende kan spille en væsentlig rolle i forhold til borgerens opnåelse af recovery. En befolkningsundersøgelse viser, at 37 pct. af danskerne anser sig som pårørende til et menneske med psykisk lidelse, svarende til ca. 1,5 mio. danskere²⁰. Forskning dokumenterer, at de pårørende er værdifulde samarbejdspartnere, og at information og støtte til familien kan forbedre forløbet af den psykiatriske lidelse²¹. Pårørendeinddragelse og undervisning bidrager endvidere til reduktion af den belastning, det i perioder kan være at være pårørende. Og endelig viser undersøgelser, at målrettet pårørendeinddragelse kan gøre sygdomsbehandlingen mere omkostningseffektiv.

Det fordrer personalets aktive og opsøgende interesse for pårørendes livsbetingelser og vilkår, hvis pårørende skal have mulighed for at udfylde rollen som en ressource og samarbejdspartner i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Der skal øget opmærksomhed på at imødekomme pårørendes behov for hjælp, støtte, kontakt, information og vejledning. Det fordrer ikke blot interesse, men også kompetence til at inddrage pårørende i en ressourceorienteret netværkstilgang, som f.eks. Åben Dialog.

19 Med satspuljeaftalen for 2012-2015 blev der afsat ca. 64,4 mio. kr. til, at regionerne kan afprøve projekter med brugerstyrede senge i psykiatrien.

20 Epinion. 2008. Befolkningsundersøgelse. Udarbejdet for Bedre Psykiatri.

21 Pharoah et al. 2010. *Family intervention for schizophrenia*, Petersen L et al. 2005. *A randomized multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness*. *BMJ* 331:602.

Derudover kan inddragelse af frivillige foreninger og frivillige organisationer udgøre en vigtig og væsentlig ressource i recoveryprocessen for mennesker med psykiske lidelser/problemstillinger og for deres pårørendes vilkår og muligheder. Det gælder frivillige foreninger, som f.eks. bruger- og pårørendeforeninger, men også foreninger, som samles om en fælles interesse for sport, kultur, politik mm. Civilsamfundet og frivillige indsatsere udmærker sig ved at kunne noget andet end det offentlige, herunder i forhold til at skabe 'myndighedsfri' sociale relationer mellem borgere, rummelighed i forhold til sårbare grupper, netværksskabelse og etablering af fællesskaber på tværs af baggrund, område og tema. Derfor er også civilsamfundet en væsentlig samarbejdspartner i indsatsen både i forhold til konkret støtte, men også i forhold til afstigmatisering og inklusion generelt i samfundet.

Udvalgets forslag om inddragelse af borgere, pårørende og civilsamfund

Patient/borgerinddragelse

- Borgeren inddrages aktivt i tilrettelæggelse af behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvor der sættes særlig fokus på borgerens ressourcer. (side 225)
- Regionerne opfordres til systematisk at arbejde med kvalitetssikring af journal-skrivningen og øge den enkelte patients indsigt i og mulighed for kommentering på journalens indhold. (side 225)
- Løbende opmærksomhed på, at incitamenter understøtter brug af digitale løsninger på psykiatrimrådet. (side 260)

Børn som pårørende

- Øget fokus på indsatsen for børn som pårørende til forælder med psykisk lidelse i regioner og kommuner. (side 226)
- Øget fokus på indsatsen for søskende til børn med psykiske lidelser i regioner og kommuner. (side 226)

Pårørendeinddragelse

- Regioner og kommuner opfordres til at udarbejde en plan for udvikling af systematisk inddragelse af pårørende, der tager udgangspunkt i best practice, såsom Projekt Pårørende i Psykiatrien. (side 226)
- Personalet skal sikres tilstrækkelig viden om tavshedspligten, således at tavshedspligten ikke per automatik opleves som en forhindring for samarbejdet med de pårørende. (side 226)

Civilsamfund

- Regioner og kommuner opfordres til at styrke samarbejdet med civilsamfundet f.eks. i form af samarbejdsaftaler og partnerskaber i forhold til indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. (side 226)

Udvalgets forslag om inddragelse af borgere, pårørende og civilsamfund

Partnerskaber

- Metoder til aktiv borgerinddragelse videreudvikles i samarbejde med borgere og/eller i partnerskab med civilsamfundet. (side 225)
- Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, KL og Danske Regioner og andre relevante parter udvikler i partnerskab med brugerorganisationer en model for peer-to-peer i dansk kontekst på baggrund af eksisterende nationale og internationale erfaringer. (side 225)
- Aktivitets- og ydelsesregistreringen i psykiatrien skal understøtte og synliggøre pårørendeinddragelse. (side 226)

Digitalisering

- Afprøvning og udbredelse af digitale løsninger til at forbedre indsatsen for mennesker med psykiske lidelser med særligt fokus på at understøtte patient-empowerment og recovery. (side 260)

5 Nedbringelse af tvang i psykiatrien

Det følger af sundhedsloven, at ingen sygdomsbehandling må ske uden patientens informerede samtykke. Denne grundregel gælder alle patienter og kan kun fraviges undtagelsesvist og efter reglerne i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Tvang i den psykiatriske behandling er et særligt vigtigt område for udvalget. Det er afgørende, at der kontinuerligt er fokus på området, herunder at der sker en målrettet indsats, i forhold til at få anvendelsen af tvang bragt ned på et absolut minimum.

På trods af flere nationale projekter om nedbringelse af tvang er der i de seneste 10 år ikke set et nævneværdigt fald i andelen af indlagte patienter på de psykiatriske afdelinger, som udsættes for tvang. Projekterne har imidlertid vist, at anvendelsen af tvang kan nedbringes, når der er fokus på tvangsanvendelse, men de gode resultater er ikke blevet fastholdt efter projekternes ophør. Erfaringerne fra projekterne, hvor der er dokumenteret en nedgang i anvendelsen af tvang og en større tilfredshed med kvaliteten af den anvendte tvang, viser, at det er en forudsætning for et godt resultat, at der arbejdes målrettet med 4 centrale områder på samme tid. Disse er:

1. Øget patientinddragelse.
2. Varierede og målrettede aktivitetstilbud.
3. Optimering af personalets faglige kompetencer i forhold til at foretage faglig vurdering, forebygge behovet for tvang, observation og dokumentation.
4. Etablering af organisatoriske forhold, der understøtter disse indsatser og kontinuerlig ledelsesmæssig opmærksomhed.

Der vil imidlertid være nogle helt særlige tilfælde, hvor det kan være nødvendigt at anvende tvang af hensyn til patienten selv og/eller af hensyn til andres sikkerhed. Sundhedsloven, psykiatriloven og de menneskeretlige konventioner, herunder FN's handicapkonvention, lægger op til, at den enkelte skal have en høj grad af selvbestemmelse, og at tvang derfor kun undtagelsesvist må anvendes i særligt afgrænsede tilfælde. Således er "det mindste middels princip" lovfæstet i psykiatriloven. Det fremgår

her, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid. Derudover skal anvendelse af tvang stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået med tvangsanvendelsen. Hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe.

Ved anvendelse af tvang over for mennesker, der har en psykisk lidelse, er der flere hensyn, der skal afvejes. Det kan derfor være en svær balancegang. På den ene side skal den enkeltes selvbestemmelsesret respekteres i videst mulige omfang. På den anden side er det også et grundlæggende princip i vores samfund, at der bliver draget omsorg for de mennesker, der er ude af stand til at varetage deres egne interesser. Balancegangen er her dels at undgå, at respekten for selvbestemmelsesretten fører til, at en borger omsorgssvigtet, dels at undgå, at adgangen til at anvende tvang fører til, at der ikke forud for en eventuel tvangsanvendelse sker de nødvendige overvejelser om tvangens berettigelse set i forhold til borgerens selvbestemmelsesret.

Det kan ud fra udviklingen i anvendelsen af tvang konstateres, at det der er gjort på området indtil nu ikke har virket i det ønskede omfang. For at understøtte et kontinuerligt fokus på nedbringelse af tvang er der behov for, at der sættes et ambitiøst mål for nedbringelse af tvang på de psykiatriske afdelinger, herunder aftales hvordan regionerne vil nå målet.

Udvalgets forslag om tvang

Ledelsesfokus og personalets kompetencer

- Regionerne har i det løbende arbejde med kompetenceudvikling fokus på nedbringelse af tvang. (side 235)
- Regionerne sikrer et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus på nedbringelse af tvang. (side 235)
- I den kommunale sociale indsats er der øget fokus på at reducere magtanvendelse og forebygge vold på botilbud for mennesker med psykiske lidelser. (side 252)

Udvalgets forslag om tvang

Mål for reduktion af tvang

- Der fastsættes ambitiøse nationale mål for markant og varig nedbringelse af tvang. (side 235)
- Psykiatriloven gennemgås med henblik på en modernisering, herunder i forhold til formålsbestemmelser og overensstemmelse med den nye ramme og retning. (side 248)
- På udvalgte lukkede/intensive afsnit i regionerne afprøves forskellige tiltag, herunder fikseringsfrie afsnit og tvangsfrie afsnit. (side 250)

6 Bedre ressourceanvendelse og styring

En fortsat udvikling af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser forudsætter en mere effektiv ressourceanvendelse og prioritering i både regioner og kommuner – samt på tværs af sektorer. Forslag til en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område, bl.a. gennem bedre organisering og tilrettelæggelse af indsatsen, øget fokusering og prioritering samt bedre styring og omkostningseffektivitet, har derfor indgået i udvalgets arbejde.

Begrebet "ressourcer" eller "kapacitet" anvendes som udtryk for penge, personale, pladser, senge, konsultationer mv. Begrebet "styring" anvendes om den indsats, der i stat, region og kommune skal gøres for at sikre, at ressourcerne på området anvendes hensigtsmæssigt. Formålet med styringen er således at få mest mulig faglig kvalitet og effekt af indsatsen for de penge, personaleressourcer, tid mv., der er til rådighed. Styring foregår på alle niveauer – centralt i stat/Folketing og lokalt i regioner og kommuner.

Der kan overordnet skelnes mellem tre former for styring; faglig styring, organisatorisk styring og økonomisk styring. Faglig styring handler om tiltag, der sigter mod at påvirke indholdet i og resultaterne af de aktiviteter, ressourcerne på området anvendes til. Organisatorisk styring handler om tiltag, der sigter mod effektiv koordinering af, hvem der udfører hvilke aktiviteter for hvem og hvornår. Mens økonomisk styring handler om tiltag, der sigter mod at fordele og prioritere ressourceforbruget. Den økonomiske styring vil altid skulle ses i sammenhæng med den faglige og organisatoriske styring.

Der vil ofte i forbindelse med vurderingen af de forskellige styringstiltag være et behov for at balancere forskellige hensyn mellem henholdsvis kvalitet og fokus på at nedbringe ressourceforbruget. De hensyn, der ønskes understøttet, kan være modsatrettede og kan variere over tid og på tværs af områder. Borgeroplevet kvalitet vedrørende tilgængelighed og nærhed kan være i modstrid med hensynet til omkostningseffektivitet og faglig effekt, hvis tilgængeligheden betyder, at det tilbud, der efterlever ønsket om nærhed og tilgængelighed i en region eller kommune, til gengæld har relativt få borgere tilknyttet, og dermed hverken fagligt eller økonomisk er bæredygtigt.

Det skal understreges, at personalet i den regionale psykiatri og i den kommunale sektor naturligvis er motiveret af faglige normer, som handler om, at den indsats, de udfører og bliver målt på, er meningsfuld og i overensstemmelse med den enkelte medarbejders faglige kodeks. Derfor skal ressourceanvendelse og -styring også ses i sammenhæng med den generelle ledelsesopgave i kommuner og regioner, samt faglige og etiske normer, værdier og standarder hos personalet.

Der er i forbindelse med udvalgets arbejde foretaget analyser af kapaciteten i den regionale psykiatri og i den kommunale sociale indsats. Analyserne viser overordnet et potentiale for bedre ressourceanvendelse og styring i den regionale psykiatri og kommunale sociale indsats, men også en række barrierer herfor.

I forhold til den regionale psykiatri er der en række barrierer i forhold til at realisere en bedre styring og dermed en bedre ressourceanvendelse, herunder på tværs af regional psykiatri og praksissektor. Barriererne er bl.a. manglende faglig konsensus, mangelfuldt datagrundlag, manglende samtænkning og koordination mellem sygehusbaseret psykiatri og praksissektor, og stor efterspørgsel på udredning og behandling, særligt for børn og unge.

Barriererne i forhold til at sikre en bedre styring, og dermed bedre ressourceanvendelse i den kommunale sociale indsats er bl.a. utilstrækkelig national dokumentation, manglende viden om effekt af indsatsen, manglende gennemsigtighed af indhold i tilbud og svage incitamenters til en effektiv drift af tilbud.

Det kan i forhold til de identificerede udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser overordnet fremhæves, at fokus på sammenhængende forløb, forebyggende indsatser, og effektiv ressourceanvendelse på tværs af sektorer, er væsentligt, ligesom det er vigtigt at sikre incitamenters til et hensigtsmæssigt forløb for den enkelte borger, hvor indsatsen sker på det mest effektive niveau. Af konkrete udfordringer, som vanskeliggør en sammenhængende og omkostningseffektiv indsats af høj kvalitet på tværs af den regionale psykiatri, den kommunale sociale indsats og praksissektoren, kan der bl.a. peges på stor variation i henvisningsmønstre til børne- og ungdomspsykiatrien, og begrænset samarbejde om kapacitetsplanlægningen på tværs af sektorer, samt manglende gennemsigtighed og synlighed i forhold til den indsats, der leveres.

For at sikre en samlet og langsigtet plan for den fremtidige udvikling og udbygning på området finder udvalget, at der frem mod 2020 skal prioriteres midler til at understøtte en udvikling af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, som tager afsæt i de identificerede udfordringer og i udvalgets forslag. Samtidig kan en realisering af flere af udvalgets forslag indebære en bedre ressourceanvendelse og styring, der kan bruges til en løbende videreudvikling af indsatsen i kommuner og regioner

Ved en prioritering af psykiatrien, i en kommende handlingsplan, vil der være behov for en opfølgning, hvor de af stat, regioner og kommuner økonomisk prioriterede indsatser kobles med mål for resultater af og synlighed om indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Udvalgets forslag om styring og ressourceanvendelse

Styring i regionerne

- Regionerne opfordres til at styrke den lokale ledelsesinformation med fokus på sammenkoblinger af aktivitet, økonomi og kvalitet. (side 272)
- Incitamentter til kvalitetsudvikling gennem synlighed opprioriteres. (side 272)
- Regionerne opfordres til at øge fokus på planlægning af den samlede behandlingskapacitet i forbindelse med tilrettelæggelse af psykiatri- og praksisplaner. (side 272)
- Regionerne øger det ledelsesmæssige fokus på rekruttering og fleksibel opgavevaretagelse mellem faggrupperne i den regionale psykiatri. (side 272)
- Der udarbejdes et inspirationskatalog med forslag til redskaber, som kan understøtte bedre styring, kvalitetsudvikling og ressourceanvendelse på psykiatriområdet. (side 272)

Styring i kommunerne

- Der arbejdes videre med at forbedre datagrundlaget på det sociale område. (side 277)
- Der udarbejdes en analyse af mellemkommunal refusion på sundhedsområdet. (side 277)

Styring på tværs af regioner og kommuner

- Der udarbejdes visitationsretningslinjer på det psykiatriske område for børn, unge og voksne. (side 281)
- Regioner og kommuner opfordres til at afprøve nye styringsmodeller for sammenhængende forløb f.eks. i form af integrerede indsatser med fælles budgetter og ledelse. (side 281)
- Regioner og kommuner drøfter løbende en sammenhængende kapacitetsplanlægning i regi af Sundhedskoordinationsudvalget (side 281).
- Der sker en løbende og tæt opfølgning på de politisk og økonomisk prioriterede indsatser i en kommende handlingsplan for psykiatrien. (side 282)

Langsigtet planlægning af psykiatrien frem mod 2020

Kortlægningen²² af psykiatrien har vist, at der over en ti-årig periode er sket en omlægning af den regionale psykiatri med en kraftig udbygning af den ambulante kapacitet og samtidig reduktion i sengetallet. I den kommunale indsats ses en tilsvarende udvikling fra mere indgribende til mindre indgribende indsatser. Kortlægningen har desuden vist, at der er sket en markant vækst i antallet af børn og unge, der modtager støtte og/eller behandling for psykiske lidelser, særligt i børne- og ungdomspsykiatrien samt i antallet af retspsykiatriske patienter. Samtidigt er der sket en stigning i antallet af børn og unge med psykiske vanskeligheder, der modtager specialundervisning eller får foretaget en pædagogisk psykologisk vurdering.

Udvalget har i udvalgsarbejdet udpeget en række væsentlige udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, hvor bl.a. overdødelighed, tvang, inklusion og ligeværdighed, manglende systematisk anvendelse af metoder med dokumenteret effekt, sammenhæng og inddragelse af borgere/pårørende samt forskning og mangel på planlægning og styring indgår jf. ovenfor.

Det er udvalgets vurdering, at en imødegåelse af disse udfordringer forudsætter prioritering af ressourcer til området. Udvalget har opstillet 88 forslag til en imødegåelse af disse udfordringer. Udvalget anerkender udfordringerne ved den økonomiske situation og har med del II af forslagene peget på, hvilke af udvalgets forslag, som bør prioriteres på den korte bane. Udvalget vurderer herudover, at der frem mod 2020 vil være behov for at prioritere midler til at understøtte øvrige forslag og temaer i rapporten samt den nye ramme og retning.

På den baggrund, og som bidrag til regeringens samlede og langsigtede plan for den fremtidige udvikling og udbygning på området, finder udvalget således, at midler til psykiatrien frem mod 2020 herudover bør prioriteres med fokus på:

- Et borgernært recovery-baseret kvalitetsløft i en sammenhængende indsats – til gavn for alle, såvel borgere som pårørende. Et sådant løft skal bygge på øget udvikling og anvendelse af metoder med dokumenteret effekt i den regionale og kommunale indsats, et tæt og forpligtigende samarbejde mellem kommuner og regioner, en stærkere inddragelse af arbejdsmarkedet og civilsamfundet
- Løft af viden og kompetencer på tværs af det kommunale og regionale område, via en prioriteret og fokuseret efteruddannelses- og forskningsindsats, samt et forstærket fokus på forebyggelse, behandling, psykosociale og rehabiliterende indsatser over for alle med psykiske vanskeligheder og lidelser, herunder også angst og depressionsramte

Udvalget gør samtidigt opmærksom på, at en del af anbefalingerne i rapporten er finansieret gennem bedre ressourceanvendelse og bedre organisering af den samlede indsats. Udvalget bemærker herudover, at der også kan være offentlige, økonomiske gevinster ved styrket behandlings- og rehabiliteringsindsats for mennesker med psykiske lidelser bl.a. i form af sparede udgifter til førtidspension, sygedagpenge, kontanthjælp mv.

²² Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – *Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder*.
Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

Endelig vurderer udvalget, at der er behov for sikring af en tæt, systematisk og formaliseret opfølgning på de politisk og økonomisk prioriterede indsætter i en kommende langsigtet handlingsplan for psykiatrien, som det er nærmere beskrevet i udvalgets kapitel 13. Udvalget forudsætter, at de prioriterede indsætter drøftes og følges op på politisk niveau, f.eks. i de årlige økonomiforhandlinger mellem staten, regioner og kommuner.

Rapportens terminologi

Regeringens udvalg om psykiatri gør brug af følgende terminologi i rapporten.

Det er centralt i udvalgets arbejde, at et menneske med en psykisk lidelse ikke opfattes som værende sin lidelse eller sin funktionsnedsættelse. Derfor anvender udvalget ikke terminologien "psykisk syge" og omtaler ikke mennesker med en bestemt psykisk lidelse med afsæt i deres diagnose f.eks. "skizofrene".

I stedet anvendes:

- **Mennesker med psykiske lidelser** og/eller **psykiske vanskeligheder** (psykiske vanskeligheder anvendes især i den kommunale indsats, hvor diagnosticering ikke er afgørende for indsatsen).
- **Patient** og **borger** anvendes alt efter hvilken sammenhæng mennesket med den psykiske lidelse indgår i.

Ofte anvendes begreberne "behandlingspsykiatri" og "socialpsykiatri", når indsatsen for mennesker med psykiske lidelser skal beskrives. Udvalget vurderer, at denne terminologi ikke er hensigtsmæssig.

For det første består indsatsen i varierende grad af både sundhedsfaglige og socialfaglige elementer – uanset om den foregår i den regionale psykiatri, praksissektoren eller i kommunerne. For det andet adskiller terminologien sig fra indsatsen for andre patienter/borgere med fysisk sygdom, hvor man aldrig ville tale om 'behandlingsonkologi' og 'socialonkologi'. Udvalget finder det afgørende med en ligestilling af psykiatrien med de øvrige sundhedsfaglige specialer og områder, ikke mindst for at fremme ligestilling af patientgrupper og afhjælpe stigmatisering. For det tredje har terminologien udelukkende været anvendt i en dansk kontekst og kendes ikke i international sammenhæng.

Udvalget har valgt at anvende følgende begreber:

- **Regional psykiatri**, der dækker over sygehusbaseret psykiatri, både i indlagt og ambulante regi, lokalpsykiatri, distrikpsykiatri mv.
- **Praksissektor**, der dækker over alment praktiserende læge, speciallæge i psykiatri/ børne- og ungdomspsykiatri, praktiserende psykolog.
- **Den kommunale sociale indsats**, der dækker over tilbud til voksne med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, herunder tilbud i form af bostøtte, støtte- og kontaktpersonordning, botilbud mv.

- **Indsatsen på undervisningsområdet**, der dækker over tilbud til børn og unge med formål at skabe de nødvendige forudsætninger for trivsel, udvikling og læring, herunder tilbud om støttepersoner, pædagogisk-psykologisk rådgivning, specialundervisning mv.
- **Beskæftigelsesindsatsen**, der dækker over indsatser med formål at unge og voksne skal ud på arbejdsmarkedet, herunder beskæftigelsesrettede indsatser udbudt af jobcentre.
- Yderligere anvendes begrebet **civilsamfundet** som dækkende over den brede gruppe af ikke-offentlige og ikke-profit-drevne organisationer, herunder patient- og pårørendeorganisationer, frivillige indsatser, idrætsklubber mv.

2

Baggrund

2.1

Psykiatriudvalgets nedsættelse

Det fremgår af regeringsgrundlaget "Et Danmark, der står sammen" fra oktober 2011, at regeringen vil:

"(...) nedsætte et udvalg, som får til opgave at komme med anbefalinger til, hvordan behandlingen af mennesker med sindslidelse tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Regeringen vil med afsæt i udvalgets anbefalinger udarbejde en samlet langsigtet plan for den fremtidige udvikling og udbygning af indsatsen over for mennesker med psykiske sygdomme, herunder om samarbejdet mellem kommuner og regioner, og forskellige forvaltninger i kommunerne kan gøres mere smidigt for at undgå brud i behandling og tilbud."

Psykiatriudvalget blev nedsat april 2012 og påbegyndte sit arbejde i maj 2012.

2.2

Psykiatriudvalgets opgave

Der blev for psykiatriudvalgets arbejde fastlagt følgende kommissorium:

Baggrund

Mange danskere rammes af en psykisk sygdom, hvilket kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte og dennes familie. Ligesom med somatiske sygdomme er det for mange muligt at komme sig helt eller delvist efter en psykisk sygdom – også en alvorlig, psykisk sygdom.

Ansvar for indsatsen for mennesker med psykiske sygdomme er delt mellem regioner og kommuner. Den regionale indsats omfatter bl.a. diagnostik og behandling på sygehusafdelinger, i distriktspsykiatri og i praksissektoren. Den kommunale indsats

omfatter sociale støtteordninger og botilbud samt sygepleje, fremme af mental sundhed og indsatser i regi af folkeskole mv.

En kvalificeret indsats, som resulterer i helbredelse eller et acceptabelt, stabilt funktionsniveau kræver derfor – udover en veludbygget og differentieret indsats i de involverede sektorer – koordination og samarbejde på tværs af sektorer og fag bl.a. med henblik på at sikre sammenhæng i forløbene og bedst mulig udnyttelse af de samlede kompetencer.

For at skabe et solidt grundlag for, at regeringens fremtidige indsats for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt, nedsættes et udvalg.

Rammerne for udvalgsarbejdet skal ses i lyset af den økonomiske situation. Det begrænser det økonomiske råderum for den offentlige forbrugsvækst, hvorfor forbedringer i den offentlige service primært skal sikres gennem omprioriteringer og effektiviseringer.

Det stiller krav til, at kapaciteten i sundhedsvæsenet, herunder psykiatriområdet, anvendes så effektivt som muligt, og at der skabes mest mulig sundhed for de samlede ressourcer. I den forbindelse gælder, at kapaciteten på det psykiatriske område er øget gennem særskilt prioritering af over 8 mia. kr. fra satspuljen i perioden 2003-2015 til området, hvoraf langt hovedparten er permanente midler. Midlerne er bl.a. gået til øget kapacitet i børne-, voksen- samt retspsykiatrien, udvidede patientrettigheder og sikring af bedre og sammenhængende behandling.

Organisering

Udvalget består af repræsentanter fra:

- Det Sociale Netværk
- SIND
- LAP (Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere)
- Bedre Psykiatri
- De Lægevidenskabelige Selskaber
- Danske Regioner
- KL

Herudover indgår Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Social- og Integrationsministeriet²³, Ministeriet for Børn og Undervisning²⁴, Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen.

Ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger op til 5 medlemmer med henblik på relevant faglig repræsentation, f.eks. psykiatri-, psykolog-, sygepleje- og socialfaglig. Formandskabet for udvalget varetages af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Udvalget nedsætter underarbejdsgrupper med henblik på at løse afgrænsede, konkrete opgaver (delanalyser), og skal i den forbindelse i relevant omfang inddrage eksterne, herunder udenlandske eksperter samt evt. andre interessenter med særlig viden om det psykiatriske område.

²³ Det nuværende Social-, Børne- og Integrationsministerium

²⁴ Det nuværende Undervisningsministerium

Sekretariatsfunktionen for udvalget varetages af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde med Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Social- og Integrationsministeriet, Ministeriet for Børn og Undervisning og Beskæftigelsesministeriet. Sekretariatet inddrager andre fagministerier, når dette er relevant.

Opgavebeskrivelse

Udvalget skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt.

Udvalgets forslag skal falde i to dele.

Del I skal indeholde konkrete forslag, der indebærer en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område. Det omfatter bl.a. forslag, der indebærer en bedre organisering og tilrettelæggelse af psykiatrien, og forslag til mere fokuseret indsats/prioritering baseret på den nyeste viden. Hertil kommer tiltag til bedre styring og omkostningseffektivitet.

Del II skal indeholde nye forslag på området, der efter udvalgets opfattelse kunne prioriteres, baseret på den nyeste viden/evidens for tiltaget og et generelt krav om omkostningseffektivitet.

Regeringen vil med afsæt i udvalgets overvejelser og forslag udarbejde en samlet, langsigtet plan for den fremtidige udvikling og udbygning på området. Planen vil bygge på en prioritering af de i del II fremkomne forslag.

For alle udvalgsforslag skal de økonomiske konsekvenser vurderes.

Udvalgets arbejde skal ses i sammenhæng med andre relevante analyser igangsat af regeringen, herunder evalueringen af kommunalreformen.

Udvalgets arbejde falder i 3 hovedfaser.

Fase 1 er en indledende fase, hvor problemstillingen afdækkes og indsnævres. Udvalget skal i denne fase:

- Kortlægge og vurdere den nuværende struktur, kapacitet og gennemførte aktivitet i behandlingspsykiatrien og i den kommunale sektor, herunder forebyggelsesaktiviteter.
- Kortlægge og vurdere indsatser for sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af myndigheder, sektorer og forskellige forvaltninger.
- Beskrive og vurdere udviklingen i psykiatriske diagnoser med særlig fokus på:
 - Børn og unge.
 - Diagnoser, der har oplevet den største stigning de seneste 10 år.
 - Udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter.
- Beskrive og vurdere udviklingen i behandlingsmuligheder bl.a. anvendelsen af medicin.

Fase 2 er analysefasen, hvor udvalget skal:

- Vurdere mulighederne for at forebygge udvikling og forværring af psykiske sygdomme og for at fremme recovery gennem f.eks. rådgivning, tidlig indsats, rehabilitering mv.
- Vurdere mulighederne for at fremme kvalitet i behandlingen og indsatsen, herunder nedbringe behovet for tvangsforanstaltninger.

- Vurdere mulighederne for aktiv patient/borger- og pårørendeinddragelse i indsatsen for personer med psykiske sygdomme.
- Vurdere mulighederne for at optimere og tilpasse den samlede kapacitet i forhold til personer med psykiske sygdomme, herunder bl.a. se på forholdet mellem stationær og ambulans kapacitet i behandlingspsykiatrien og i sammenhæng hermed forholdet mellem døgntilbud og andre tilbud i den kommunale sektor.
- Vurdere mulighederne for at sikre yderligere sammenhæng og kontinuitet i indsatsen for personer med psykiske sygdomme.
- Vurdere behovet for tiltag, som kan bidrage til at sikre en god styring og effektiv ressourceanvendelse på området.

Fase 3 er afrapporteringsfasen, hvor udvalget sammenskriver den samlede afrapportering og fremlægger forslag til, hvordan behandlingen af mennesker med sindslidelse tilrettelægges og gennemføres bedst og mest effektivt. Udvalgets forslag skal falde i to dele, jf. ovenfor.

Udvalget skal med halvårige intervaller holde debatmøder med inddragelse af interesserter med henblik på at sikre en bred afdækning af synspunkter i udvalgsarbejdet.

Udvalget kan nedsætte arbejdsgrupper i både den indledende fase (fase 1) og i analysefasen (fase 2).

Fori der er tale om et bredt dækkende analysearbejde, som samtidig forventes at behandle spørgsmålene grundigt med inddragelse af ekspertise og ny viden, vil der være behov for deltagelse af personer med forskellige baggrunde og faglige profiler i de forskellige arbejdsgrupper.

Tidsplan

Udvalgets samlede afrapportering skal foreligge medio 2013. Udvalget kan undervejs afgive delafreporteringer.”

2.3

Udvalgets medlemmer

Regeringens udvalg om psykiatri har været sammensat af følgende 21 personer:

- Anders Møller Jakobsen²⁵, kontorchef i Social-, Børne- og Integrationsministeriet
- Ebbe Henningsen, landsformand i Bedre Psykiatri
- Helle Rasmussen, vicedirektør i Arbejdsmarkedsstyrelsen
- Helle Schmedler, kontorchef i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Jeanett Bauer, formand for Dansk Psykiatrisk Selskab²⁶
- Karl Bach Jensen, udviklingskonsulent i Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP)

²⁵ Anders Møller Jakobsen blev udpeget som nyt medlem af udvalget som følge af Mikkel Boje Niensens udtrædelse i januar 2013.

²⁶ Siden marts 2013 har ledende overlæge, ph.d. Thomas Middelboe været formand for Dansk Psykiatrisk Selskab. Jeanett Bauer fortsatte med at repræsentere Dansk Psykiatrisk Selskab i udvalget.

- Klaus Müller-Nielsen²⁷, ledende overlæge (uafhængig psykiatrafaglig repræsentant)
- Knud Kristensen, landsformand i SIND
- Lone Christiansen, social- og sundhedspolitisk direktør i Danske Regioner
- Lotte Groth-Andersen²⁸, kontorchef i Undervisningsministeriet
- Margit Asser, vicecenterchef, sygeplejerske (uafhængig sygeplejefaglig repræsentant)
- Marie Munk, afdelingschef i Økonomi- og Indenrigsministeriet
- Nicole K. Rosenberg, chefpsykolog (uafhængig psykologfaglig repræsentant)
- Niels Damsbo, lektor, Cand. Med. (uafhængig repræsentant for almen medicin)
- Niels Würgler Hansen, kontorchef i Finansministeriet
- Per Holm, direktør i Socialt Udviklingscenter SUS (uafhængig socialfaglig repræsentant)
- Poul Nyrup Rasmussen, formand for Det Sociale Netværk
- Steffen Bohni²⁹, kontorchef i Socialstyrelsen
- Søren Brostrøm, enhedschef i Sundhedsstyrelsen
- Tina Wahl³⁰, kontorchef i KL
- Vagn Nielsen, direktør i Sundhedsstyrelsen (formand for udvalget)

Der har været nedsat et tværministerielt sekretariat, som har arbejdet under formanden for udvalget. I overensstemmelse med kommissoriet var sekretariatsbetjeningen forankret i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. I det tværministerielle sekretariat har deltaget repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Social-, Børne- og Integrationsministeriet, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Undervisningsministeriet, Arbejdsmarkedsstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen.

2.4

Udvalgets arbejde

Udvalget har i perioden fra 1. maj 2012 til 16. september 2013 afholdt i alt 12 møder. På udvalgets møder har der været eksterne oplæg af:

- Uffe Juul Jensen, Aarhus Universitet
- Michael Bech-Hansen og Lone Johansen, Distrikt Køge
- Elinor Kyhnau, Gladsaxe kommune
- Kristen Kistrup, Psykiatrisk Center Frederiksberg
- Steen Daugaard og Allan Kirk, Deloitte Consulting

27 Ledende overlæge Klaus Müller-Nielsen blev udpeget som nyt medlem af udvalget som følge af vicedirektør Peter Treufeldts udtrædelse den 31. oktober 2012.

28 Lotte Groth-Andersen blev udpeget som nyt medlem af udvalget som følge af Jacob Hess' udtrædelse i marts 2013.

29 Steffen Bohni blev udpeget som nyt medlem af udvalget som følge af Kirsten Brøndums udtrædelse i juni 2013.

30 Kontorchef Tina Wahl blev udpeget som nyt medlem af udvalget som følge af vicekontorchef Kurt Hjortso Kristensens udtrædelse den 1. maj 2013.

Derudover har i alt 14 mindre arbejdsgrupper, nedsat under udvalget, været inviteret til at præsentere deres arbejdsrapporter og deltage i drøftelsen af de respektive emner, jf. beskrivelsen senere i dette afsnit.

Endelig har udvalget med henblik på en bred afdækning af synspunkter afholdt to debatmøder. Ved debatmøderne har en række centrale aktører, foreninger og faglige organisationer med viden om og interesse i psykiatrimrådet været inviteret og haft mulighed for at komme med synspunkter og input til udvalgsarbejdet. Ved begge debatmøder medvirkede omkring 100 deltagere.

Det første debatmøde blev afholdt den 27. november 2012, hvor udvalgets arbejde overgik fra fase 1 (kortlægning) til fase 2 (analyse). Debatmødet havde fokus på bl.a. forebyggelse, recovery, kvalitet, inddragelse af patient/borger og pårørende, sammenhængende indsatser og internationale erfaringer. Der var på det første debatmøde oplæg af:

- Camilla Krogh, psykiatribruget
- Lene Falgaard Epløv, Region Hovedstadens Psykiatri
- Lotte Hvas, Det Ethiske Råd
- Peter Emmerich, Implement

Det andet debatmøde blev afholdt den 22. maj 2013, hvor udvalgets arbejde overgik fra fase 2 (analyse) til fase 3 (afrapportering). Debatmødet havde fokus på civilsamfundet og inklusion af mennesker med psykiske lidelser på arbejdsmarkedet. Til sammen har de to debatmøder involveret et bredt udsnit af interessenter på psykiatrimrådet.

Der var på det andet debatmøde oplæg af:

- Vibe Klarup Voetmann, Psykiatrifonden
- Bettina Post, Headspace
- Andreas Kilden³¹, SIND
- Lone Petersen, Region Hovedstadens Psykiatri
- Lene Falgaard Epløv, Region Hovedstadens Psykiatri
- Mette Nicolaisen Jundiye, Odense Kommune
- Thomas Q. Christensen, Dansk Industri
- Christian Sølyst, LO

I den første fase af udvalgets arbejde (kortlægningsfasen) har der været nedsat to store arbejdsgrupper.

- **Arbejdsgruppe 1** har kortlagt og vurderet struktur, kapacitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Kontorchef i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Helle Schnedler, var formand for arbejdsgruppe 1. Arbejdsgruppen blev sekretariatsbetjent af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

- **Arbejdsgruppe 2** har beskrevet og vurderet udviklingen i psykiatriske diagnoser og behandlingsmuligheder.

³¹ Andreas Kilden var dog nødsaget til at melde afbud til debatmødet.

Enhedschef i Sundhedsstyrelsen, Søren Brostrøm, var formand for arbejdsgruppe 2. Arbejdsgruppen blev sekretariatsbetjent af Sundhedsstyrelsen.

De to arbejdsgrupper var sammensat af repræsentanter fra Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Distriktpsychiatri, Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, Danske Regioner, KL, Dansk Psykolog Forening, FOA, Lægeforeningen, Sundhedskartellet, faglige repræsentanter fra regionerne, faglige repræsentanter fra kommunerne, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Social-, Børne- og Integrationsministeriet, Undervisningsministeriet, Finansministeriet, Statens Serum Institut/Sundhedsdata, Socialstyrelsen, Dansk Sundhedsinstitut (DSI), Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI), Dansk Selskab for Almen Medicin, Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker, SIND, LAP samt Psykiatri Fonden.

I udvalgets anden fase (analysefasen) har der været nedsat 14 mindre og hurtigt arbejdende arbejdsgrupper med 5-7 medlemmer i hver. Hensigten med arbejdsgrupperne har været at opnå korte og operationelle arbejdsrapporter om udvalgte områder indenfor de overskrifter, der følger af kommissoriet. Hvert medlem har selv bidraget til arbejdsrapporterne, som reflekterer relevante synsvinkler på problemstillingerne, og arbejdsrapporterne har dannet grundlag for udvalgets diskussion af de konkrete emner.

Arbejdsgrupperne blev sammensat af formanden ud fra det kriterium, at forskellige fagligheder skulle repræsenteres. En liste over arbejdsgruppernes medlemmer fremgår af rapportens appendiks. Bidragsyderne har som udgangspunkt repræsenteret sig selv og egne fagligheder, men enkelte (herunder deltagerne fra patientforeningerne) har været udpeget af organisationer. Nogle udvalgsmedlemmer har deltaget i en eller flere arbejdsgrupper. Der har været tilknyttet 1-2 tovholdere fra sekretariatet til hver arbejdsgruppe.

De 14 nedsatte arbejdsgrupper i analysefasen havde følgende emneområder:

- Overdødelighed
- Brugen af medicin
- Retspsykiatri
- Tvang i den regionale psykiatri
- Inklusion og civilsamfund
- Rehabilitering og recovery
- Telepsykiatri og velfærdsteknologi
- Patient/borger- og pårørendeinddragelse
- Forebyggende og tidlig indsats for børn og unge
- Forebyggende og tidlig indsats for voksne
- Sammenhæng og kontinuitet på tværs af sektorer
- Kvalitet og sammenhæng i den kommunale indsats
- Kvalitet og sammenhæng i den regionale indsats
- Ressourceanvendelse og styring

Udvalget har haft sin egen elektroniske postkasse, hvortil alle, der måtte have interesse

herfor, har kunnet sende rapporter, overvejelser, kommentarer mv. med relevans for udvalgets arbejde. Udvalget har modtaget en lang række henvendelser fra borgere, fagpersoner, organisationer og virksomheder.

Endelig har udvalget gjort brug af eksterne konsulenter til kortlægning af indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser, samt til at facilitere udvalgets debattmøder.

2.5

Rapportens struktur

Rapporten består af i alt 13 kapitler og 2 bilagsrapporter, hvoraf bilagsrapporterne afspejler det arbejde, der har fundet sted i henholdsvis arbejdsgruppe 1 og arbejdsgruppe 2 under udvalget.

Kapitel 1 indeholder rapportens resumé. Af kapitlet fremgår rapportens overordnede indhold, det vil sige de af udvalget udpegede væsentlige udfordringer og forslag til løsninger indenfor de områder, hvor udvalget finder, et forstærket fokus vil bidrage til, at indsatsen for mennesker med psykiske lidelser tilrettelægges og gennemføres bedst muligt.

I kapitel 3 beskrives indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Dette belyses bl.a. ved forekomsten af og udviklingen i psykiske lidelser og på opgavefordelingen, sammenhængen og kapaciteten i indsatsen i og mellem regioner og kommuner.

I kapitel 4 præsenteres de af udvalget udpegede udfordringer for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Udfordringerne er bl.a. utilstrækkeligt fokus på tidlig indsats og rehabilitering, utilstrækkelig inklusion på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemet, ulighed i sundhed og levetid og manglende reduktion i anvendelsen af tvang.

I kapitel 5 peger udvalget på en ny ramme og retning for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, der skal være fundamentet for den fremadrettede udvikling og udbygning af indsatsen. Den nye ramme og retning skal understøtte en gradvis ændring af holdninger til mennesker med psykiske lidelser i samfundet, medierne, på arbejdspladser mv.

I kapitel 6 beskrives den forebyggende og tidlige indsats for børn, unge, voksne og ældre i kommunen, praksissektoren og den regionale psykiatri. anbefalingerne i kapitlet har fokus på, at fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom sker tæt på borgerens netværk, arbejdsplads og daglige liv, samt på forebyggelse af somatisk sygdom og overdødelighed hos mennesker med psykiske lidelser.

I kapitel 7 belyses barrierer og muligheder for en mere sammenhængende indsats i og mellem sektorer. Der er undervejs i psykiatriudvalgets arbejde afdækket over 80 samarbejdsprojekter i regioner og kommuner. Udvalgets anbefalinger tager derfor afsæt i de mange erfaringer, der er på området – herunder brug af eksisterende redskaber som f.eks. sundhedsaftaler og afprøvning af nye samarbejdsmodeller med fokus på at sikre, at indsatsen i højere grad sker samtidigt og koordineret med udgangspunkt i borgerens behov.

Kapitel 8 handler om kvaliteten i den indsats, mennesker med psykiske lidelser tilbydes på undervisnings-, beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet. Der er i udvalgets anbefalinger fokus på, at en indsats af høj kvalitet skal understøtte et rehabiliterende sigte med fokus på den enkeltes recovery og bygge på metoder med dokumenteret effekt.

I kapitel 9 beskrives udviklingen i og indsatsen for mennesker med psykiske lidelser i retspsykiatrien. I udvalgets anbefalinger er der lagt vægt på at sikre tilstrækkelig forebyggelse, behandling og opfølgning i retspsykiatrien og på at få afdækket årsagerne til udviklingen.

Kapitel 10 beskriver, hvordan inddragelse af borgeren, de pårørende og civilsamfundet har afgørende betydning for den enkeltes recovery-proces. Udvalgets anbefalinger til tilrettelæggelse af en mere aktiv borger- og pårørendeinddragende indsats skal sikre, at der er fokus på den enkeltes og netværkets ressourcer hos såvel personale som ledelse og på mulighederne for inddragelse af civilsamfundet.

Kapitel 11 handler om anvendelse af tvang i psykiatrien og magtanvendelse i den sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser. Udvalget har i kapitlet fokus på, at anvendelse af tvang og magt skal ske i mindst muligt omfang og med størst mulig respekt for og hensyn til den enkelte og personalet. Udvalgets anbefalinger i kapitlet har en væsentlig reduktion i anvendelse af tvang og magtanvendelse som mål.

Kapitel 12 belyser digitalisering på psykiatriområdet og potentialerne herfor i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Digitale løsninger er i hastig udvikling på sundheds- og socialområdet. Udvalget anbefaler, at digitale løsninger aktivt understøtter fleksibilitet i indsatsen og øger mulighederne for den enkeltes selvbestemmelse og recovery-proces.

Kapitel 13 beskriver mulighederne for bedre styring og ressourceanvendelse, der understøtter høj faglig kvalitet, effektivitet og sammenhæng i indsatsen. Udvalget lægger i anbefalingerne vægt på, at incitament, der understøtter sammenhæng og kvalitet og synlighed om effekt, bidrager til en bedre anvendelse og prioritering af ressourcerne i regioner og kommuner. I kapitlet peger udvalget desuden på, at der ved en langsigtet, økonomisk prioritering af psykiatrien også vil være behov for en tæt opfølgning på mål for, resultater af og synlighed om indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Bilagsrapport 1 er sammensat af tre dele, herunder 1) en kortlægning af kapaciteten i indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser, 2) en kortlægning af sammenhængen i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og 3) en afrapportering om evaluering af kommunalreformen på psykiatriområdet.

Bilagsrapport 2 består af en kortlægning af indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser med afsæt i udviklingen i diagnoser og behandling.

Appendix 1 udgør en oversigt over de medlemmer, der indgik i de nedsatte arbejdsgrupper under udvalget, herunder medlemmer af arbejdsgrupper nedsat i henholdsvis udvalgets kortlægningsfase og analysefase.

3

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Dette kapitel har til formål at give en introducerende beskrivelse af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Kapitlet beskriver kort sygdomsbilledet, ansvarsfordelingen, organiseringen og kapaciteten på området. Kapitlet bygger primært på to kortlægningsrapporter fra udvalgets arbejde, herunder en kortlægning af udvikling i diagnoser og behandling, og en kortlægning af kapaciteten i indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser. Begge rapporter indgår i de to bilag til denne rapport. Hertil kommer øvrige bilag brugt under arbejdet i form af konsulentrapporter, hvilke er at finde på hjemmesiden for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Beskrivelsen i dette kapitel er ikke udtømmende og kan suppleres ved læsning af de nævnte kortlæggende rapporter.

3.1

Om psykiske lidelser

Mange danskere rammes på et tidspunkt i livet af psykiske vanskeligheder eller lidelser. Det vil i nogle tilfælde kræve professionel behandling eller støtte fra den regionale psykiatri, praksissektoren og/eller kommunen. I andre tilfælde vil det menneske, som oplever psykiske vanskeligheder, selv kunne håndtere dette, evt. sammen med pårørende eller netværk.

Der er en glidende overgang fra naturlige reaktioner på livets mange udfordringer til egentlige psykiske lidelser. Og der er stor forskel på, hvor udbredte de forskellige lidelser er. Mens lidelser som f.eks. depression og angst er relativt udbredte, får kun en mindre del af befolkningen stillet psykiske diagnoser som f.eks. skizofreni. Derudover er det væsentligt at fremhæve, at en psykisk lidelse kan optræde i mange forskellige sværhedsgrader, hvilket, sammen med eventuelle andre problemstillinger i borgerens liv og situation, har betydning for, hvilken indsats der er behov for.

Det er vanskeligt at komme med et præcist tal for, hvor mange danskere der har en psykisk lidelse. Følgende giver et omtrentligt billede på et overordnet niveau³²:

³² Sundhedsstyrelsen. 2009. *National strategi for psykiatri*.

- 10-20 pct. af den danske befolkning skønnes på et givet tidspunkt at have en psykisk lidelse af varierende sværhedsgrad.
- 10 pct. af befolkningen er i større eller mindre grad præget af psykisk sårbarhed/mistrivsel.
- Godt 2 pct. af befolkningen oplever at have haft en langvarig psykisk lidelse.
- Ca. 30 pct. af denne gruppe opfatter sygdommen som meget hæmmende.

Historisk set har der været en opfattelse af, at mennesker med psykiske lidelser ikke kunne helbredes. Denne opfattelse har bl.a. betydet, at mennesker med psykiske lidelser blev opfattet som kronisk syge og/eller handicappede, der ikke var i stand til at tage kontrol over eget liv og komme sig³³. Denne opfattelse er imidlertid ikke korrekt eller tidssvarende. Undersøgelser viser, at selv mennesker med svære psykiatriske diagnoser kan komme sig (recovery). Der er dog forskelle i forskningsresultaterne i forhold til graden af recovery. En Ph.d.-afhandling fra Stockholm Universitet viser, at 60 pct. af de, som får de sværeste psykiatriske diagnoser, kommer sig. Ca. 25 pct. kommer sig helt, og ca. 35 pct. kommer sig i en grad, så de med den relevante støtte får mulighed for at komme i arbejde, uddanne sig og leve et familieliv³⁴. En nylig metaanalyse af recovery hos mennesker med skizofreni peger på, at 15 pct. af patienter med skizofreni opnår fuld recovery³⁵. I en dansk kontekst pågår der pt. en større registerbaseret undersøgelse af recovery hos alle, der har debuteret med en psykose. Her ses bl.a. på uddannelse og beskæftigelsesgrad. Undersøgelsen forventes offentliggjort i 2013.

Der ses en betydelig overdødelighed hos mennesker med psykiske lidelser. Overdødeligheden er størst blandt mennesker med mere alvorlige former for psykiske lidelser som bl.a. skizofreni, men gør sig også gældende blandt patienter med affektive lidelser og mennesker med psykisk lidelse, der samtidigt har et misbrug. I perioden 2002-2006 var den forventede levetid blandt kvinder og mænd, der har været indlagt for en psykisk lidelse, henholdsvis 17,1 år og 21,9 år kortere end for den øvrige befolkning. Herudover er forskellen i forventet levetid mellem mennesker med psykiske lidelser og mennesker uden psykiske lidelser større i Danmark end i eksempelvis Finland og Sverige³⁶.

3.1.1

Forekomst af og udviklingen i psykiske lidelser

Forekomsten af psykiske lidelser kan beskrives på de forskellige dataniveauer, som illustreret i figur 1.

33 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.

34 Topor, A., et al. 2011. *Not just an individual journey – social aspects of recovery*. International journal of Social Psychiatry, 57:90 Topor, A.2011. *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*. Ph.D afhandling, Stockholm Universitet.

35 Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J.J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., Miettunen, J. 2012 Nov 20. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. Source Department of Psychiatry, University of Oulu and Oulu University Hospital, Oulu, Finland.

36 Wahlbeck et al. 2011- Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. The British Journal of Psychiatry 2011;199(6): 453-458.

FIGUR 1

Forskellige typer af data til vurdering af forekomsten af psykiske lidelser



Kilde: Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling.

Øverst i pyramiden findes de oplysninger, der bliver registreret i sygehusregi – stationært eller ambulært – det vil sige det, der i udvalgets rapport benævnes ”den regionale psykiatri”. Hvis udviklingen i diagnoser udelukkende analyseres ud fra data på dette niveau, vil det give en snæver fortolkning af forekomsten af psykiske lidelser, idet kun personer, der modtager sygehusbehandling, vil tælle med. Dermed vil personer, som får behandling i praksissektoren og/eller støtte i kommunen, ikke tælle med. Tallene vil således ikke nødvendigvis være et udtryk for forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen som helhed – især ikke ikke-psykotiske lidelser, som ofte behandles i praksissektoren. Til gengæld er oplysningerne på dette niveau relativt valide.

I midten af pyramiden findes de oplysninger, der bliver registreret i praksissektoren, dvs. hos alment praktiserende læger, praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger. Data fra almen praksis stammer fra sygesikringsregistret, dvs. afregningsdata vedrørende konkrete ydelser som konsultation og samtalerapi, og fra de praksis, som selv har valgt at kode henvendelsesårsagerne. Ingen af disse datakilder beskriver specifikke diagnoser. Fra 2013 er det blevet obligatorisk for almen praksis at kode bl.a. ikke-psykotiske lidelser. Disse kommende oplysninger om diagnoser fra almen praksis vil formentlig give et mere retvisende billede af forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen generelt. Data fra praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger stammer udelukkende fra sygesikringsregistret og kan derfor ikke bruges til at beskrive udviklingen i diagnoser. Herudover kan udviklingen i forbruget af lægemidler også anvendes som et indirekte estimat på forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen.

Nederst i pyramiden findes de oplysninger, som frembringes via epidemiologiske undersøgelser og befolkningsundersøgelser. Dette kan ske i form af interviews og spørgeskemaer, hvor deltagerne selv rapporterer om sygdomme og symptomer, eller i form af indkaldelse til undersøgelser ved professionelle. Estimer fra disse studier varierer ofte, bl.a. fordi de beskriver forskellige grader af psykiske lidelser, og fordi

grænsen mellem mentale sundhedsproblemer og psykiske lidelser i nogle tilfælde kan være vanskelig at definere.

Der findes ligeledes data om mennesker med psykiske lidelser fra kommunerne, ligesom der foretages målinger af trivsel, mental sundhed mv. I det opgaven ifølge udvalgets kommissorium er at kortlægge udviklingen i diagnoser, er disse tal ikke inddraget her.

Nedenfor er udviklingen i forskellige diagnoser søgt beskrevet for perioden 2001-2011. Med mindre andet er angivet i særskilt reference, bygger beskrivelsen på *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling*, som er udarbejdet som en del af udvalgsarbejdet, og som er vedlagt denne rapport som bilag. For en mere uddybende beskrivelse henvises til denne rapport.

Forekomsten af **depression** i befolkningen vurderes på baggrund af tilgængelige data at være ca. 5-7 pct. over et år, svarende til mellem 280.000-392.000 personer³⁷. Forekomsten af depressive lidelser er i perioden 2001 til 2011 formentlig ikke steget. Der er dog fra 2001 til 2011 sket en fordobling i forbruget af antidepressiv medicin. Stigningen kan forklares med, at lægemidlerne bruges i længere tid af den enkelte person, at SSRI-præparaterne også bruges til patienter med andre psykiske lidelser som angst, OCD mv., og at præparaterne muligvis i stigende grad bruges til mennesker med lettere depressioner. Andelen af den danske befolkning, som har fået recept på et antidepressiva i 2011, er 8 pct. i Danmark og Sverige, hvor det ligger på 6 pct. i Norge, som dog har et højere forbrug af benzodiazepiner (beroligende medicin). Hovedparten af mennesker med depression behandles i almen praksis, men der findes ingen præcise tal herfor. Kun en mindre del af mennesker med depression behandles i den regionale psykiatri, men data tyder på, at antallet er stigende. Det samlede antal voksne med depression i den regionale psykiatri har været stigende fra 13.600 i 2001 til knap 17.000 patienter i 2011. Antallet af børn og unge, der får behandling for affektive lidelser³⁸ i den regionale psykiatri, er steget fra knap 450 i 2001 til 1.250 i 2011.

Forekomsten af **angstlidelser** vurderes på baggrund af tilgængelige data at være ca. 6-15 pct. svarende til mellem 336.000-840.000 personer³⁹ over en et års periode. Forekomsten af angst og stressrelaterede tilstande er meget vanskelig præcist at opgøre, idet kun et mindretal vil have behov for behandling i den regionale psykiatri. En større gruppe vil have behov for behandling i praksissektoren, men en del vil ikke gøre brug af sundhedsfaglige behandlingstilbud og vil derfor ikke blive registreret. Der har fra 2001 til 2011 været en stigning i antallet af voksne med angsttilstande i den regionale psykiatri fra ca. 2.900 til ca. 4.700 i 2011, hvor den største vækst er at finde blandt de ambulante patienter. Udviklingen i angsttilstande blandt børn og unge har været tilsvarende stigende over perioden fra ca. 200 til ca. 450 personer i 2011.

ADHD er den hyppigst registrerede, psykiatriske diagnose blandt børn og unge. Studier af forekomsten viser en stor spredning, men der er konsensus om, at diagnosen kan stilles hos 3-5 pct. af en børneårgang. En mindre del af børn og unge vil have ADHD i svær grad, ca. 1-2 pct. Det er formentlig denne patientgruppe, der vil have størst behov for medicinsk behandling. Der er en markant stigning i antallet af børn og voksne med ADHD, som får behandling i den regionale psykiatri. ADHD blev tidligere opfattet som primært en børne- og ungdomspsykiatrisk diagnose, men er nu også en diagnose,

37 Ved en befolkning på 5,6 mio. indbyggere.

38 Affektive lidelser omfatter psykiske lidelser og tilstande, hvor den fundamentale forstyrrelse er en forandring i stemningslejet, enten i retning af depression eller opstemthed. Det drejer sig bl.a. om depressioner og manier.

39 Ved en befolkning på 5,6 mio. indbyggere.

der stilles hos voksne. For børn og unge er der fra 2001 til 2011 sket en stigning i antallet af personer, der får diagnosen ADHD i den regionale psykiatri, fra ca. 1.000 til ca. 8.000 personer. Hos voksne var der stort set ingen med diagnosen ADHD i 2001, mens der i 2011 var næsten 3.000. Stigningen i antallet af personer med ADHD afspejles ligeledes i forbruget af ADHD-medicin, som er steget i Danmark over de sidste 5 år. Den kraftige stigning i medicinforbrug svarer til den stigning, der har fundet sted i Sverige og Norge, og andelen af brugere per 1.000 indbyggere var i 2011 den samme i de øvrige skandinaviske lande.

Forekomsten af **spiseforstyrrelser** vurderes på baggrund af tilgængelige data fra befolkningsundersøgelser at være henholdsvis 0,3 pct. for anoreksi, 2 pct. for bulimi og 3 pct. for overspisning i *højrisikogruppen* "unge kvinder", og altså væsentlig lavere i befolkningen som helhed. Antallet af voksne med en spiseforstyrrelse, der får ambulante behandling i den regionale psykiatri, er i perioden 2001 til 2011 stigende fra ca. 1.200 til ca. 1.800 personer. Antallet af børn og unge med spiseforstyrrelser, der får behandling i den regionale psykiatri, er ligeledes stigende i perioden fra ca. 500 i 2001 til knap 1.000 personer i 2011. Antallet af indlagte patienter er forholdsvist stabilt, mens antallet af ambulante kontakter var stigende stort set hele perioden.

Forekomsten af **skizofreni** vurderes at være 0,5 pct. i befolkningen, svarende til ca. 28.000 personer⁴⁰. Størstedelen af behandlingen foregår i den regionale psykiatri, hvorfor data herfra fortæller noget om forekomst af sygdommen. I 2001 var antallet af voksne med skizofreni i den regionale psykiatri 11.600, mens det i 2011 var steget til 14.500. For børn og unge var 113 med skizofreni i kontakt med den regionale psykiatri i 2001. I 2011 var antallet 269 børn og unge. Forekomsten af skizofreni i befolkningen vurderes forholdsvist stabilt i perioden.

Forekomsten af **bipolar affektiv lidelse** (mani-depressiv lidelse) vurderes på baggrund af befolkningsdata at være mellem 20.000-40.000 personer i Danmark, og der skønnes ingen stigning i antallet. En stor del af mennesker med bipolar, affektiv sindslidelse vil på et tidspunkt i løbet af sygdomsforløbet modtage behandling i den regionale psykiatri.

Forekomsten af mennesker med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug af rusmidler, er på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse skønnet til at udgøre omkring 22.000 personer i Danmark⁴¹, men tallet vurderes usikkert. Tallet vedrører endvidere kun mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug kendt i kommunerne. Ifølge LPR⁴² er antallet af mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug steget fra knap 3.000 i 2001 til ca. 5.500 personer i 2011. Stigningen behøver dog ikke at være udtryk for en reel stigning i antal sygdomstilfælde, men kan være udtryk for, at der er stigende opmærksomhed på at få diagnosticeret en eventuel underliggende psykisk lidelse hos mennesker med misbrug eller at få registreret misbruget hos mennesker, der får behandling for psykiske lidelser.

For så vidt angår udviklingen inden for **retspsykiatrien**, så ses der en ikke ubetydelig stigning i antallet af patienter og indlæggelser fra 2007 til 2011. Denne udvikling udfoldes i kapitel 9.

Ses der på udviklingen i diagnoser på tværs af landets regioner, bemærkes regionale forskelle i antallet af diagnosticerede inden for forskellige diagnosegrupper. Blandt voksne er der eksempelvis i Region Midtjylland flere per 1.000 indbyggere, der får

40 Ved en befolkning på 5,6 mio. indbyggere.

41 Socialt Udviklingscenter (SUS). 2011. *Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug.*

42 Landspatientregistret, 10. oktober 2012

diagnoser inden for adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse opstået i barndom/tidlig ungdom sammenlignet med andre regioner. Ligeledes er der i Region Syddanmark flere, der får diagnosen mental retardering, organiske psykiske lidelser og forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd, mens der i Region Hovedstaden er flere, der får diagnosen skizofreni og adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, herunder spiseforstyrrelser.

Tilsvarende er der på børne- og ungeområdet i Region Nordjylland færre per 1.000 indbyggere, der får diagnoser inden for adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse, sammenlignet med andre regioner. Ligeledes er der i Region Syddanmark flere, der får diagnoser inden for nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede, legemlige symptomer, mens der i Region Sjælland er flere, der får diagnoser, der omfatter forandringer af personlighedsstruktur og adfærd.

Sammenfattende bemærkninger

Sammenfattende er der sket en stigning i antallet af børn og unge, som får behandling i den regionale psykiatri, eksempelvis for diagnoser som angst, spiseforstyrrelser og især ADHD. Det er ikke muligt på det foreliggende grundlag at pege på en enkeltstående forklaring på stigningen i diagnoser hos børn og unge, idet der formentlig er flere forhold, som bidrager til udviklingen.

Et forhold kan være, at der i perioden er sket en ændring i sygdomsopfattelsen, således at indikationskriteriet har flyttet sig, og flere børn og unge dermed vurderes at afvige fra "det normale" og som havende et behandlingsbehov. Et andet forhold, der formentlig har betydning, er, at kapaciteten i den regionale børne- og ungdomspsykiatri i perioden er udvidet betydeligt. Dermed har man kunnet udrede og behandle flere børn og unge med behov herfor. Et tredje forhold kan være øget opmærksomhed på opsporing og diagnostik. På socialområdet er der eksempelvis sket en omlægning af kapaciteten til forebyggende og tidlige indsatser, hvilket kan være med til at sætte øget fokus på opsporing af psykiske lidelser. Et øget fokus på forebyggelse og tidlig indsats kan således på den ene side indebære en risiko for skred i indikationerne for henvisning og et yderligere pres på udredning og behandling i regionalt regi, fordi indsatsen i kommunerne "afventer" en diagnose. På den anden side kan dette fokus på forebyggelse og sundhedsfremme, som del af en tidlig indsats, betyde, at børn og unge ikke udvikler psykiske problemer, der kræver yderligere udredning og behandling, herunder behandling i den regionale psykiatri. Endvidere kan samfundsudviklingen, f.eks. i form af øgede krav og øgede forventninger til egne og andres præstationer, også til børn og unge i en tidlig alder, have betydning for stigningen.

Endeligt bemærkes det, at der på nogle områder ses væsentlige, regionale variationer inden for diagnosticering af psykiske lidelser. Variationen kan være udtryk for varierende sygelighed i regionerne, eksempelvis er det almindeligt kendt, at skizofreni er oftere forekommende i storbyer. Variationen vurderes dog også at være udtryk for forskellig brug af diagnoser på tværs af regioner. Der er betydelige forskelle mellem regionerne, hvad angår indholdet i udredningen, herunder hvor stor en andel af patienter, der udredes ved speciallæge, brugen af diagnostisk interview, forskelle i brug af spørgeskemaer og mulighed for somatiske undersøgelser. Idet analysen er foretaget på baggrund af data fra den regionale psykiatri, kan variationen imidlertid også være udtryk for forskelle i organiseringen af indsatsen i den enkelte region. Eksempelvis kan opgavefordelingen mellem den kommunale sektor, praksissektoren og den regionale psykiatri have betydning og medføre forskel på, hvor stor en andel af befolkningen, som bliver udredt og dermed får en diagnose i den regionale psykiatri.

Opgavefordeling og sammenhæng i indsatsen

Med kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne det samlede myndigheds- og finansieringsansvar for sociale indsatser til mennesker med psykiske lidelser. Derudover overtog kommunerne ansvaret for specialundervisning, beskæftigelsesindsatsen⁴³, genoptræning og misbrugsbehandling. Yderligere fik kommunerne ansvaret for borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme, mens ansvaret for den patientrettede forebyggelse er delt mellem kommuner og regioner.

Regionerne har ansvaret for sygehusvæsenet, herunder psykiatrien, praktiserende speciallæger, almen praksis, praktiserede psykologer m.fl. De enkelte regioner har således til opgave at tilrettelægge kapaciteten og varetage behandlingsforløb og -praksis. Heri ligger ansvaret for at sikre, at der er de nødvendige og relevante behandlingstilbud til mennesker, der lider af en psykisk sygdom. Regionerne har endvidere en lovhjemlet forsyningsforpligtigelse på social- og specialundervisningsområdet. Regionerne leverer således sociale indsatser til mennesker med psykiske lidelser.

I forbindelse med kommunalreformen blev sundhedsaftaler lovpligtige. Aftalerne er et væsentligt koordinationsredskab mellem regioner og kommuner i forhold til at afklare arbejdsdelingen og samarbejdet om indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Bl.a. skal det aftales, hvordan det sikres, at relevant information formidles mellem parterne, og at der ved udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af borgerens samlede behov. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er et obligatorisk indsatsområde i sundhedsaftalerne.

På socialområdet indgår kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet årligt en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af de kommunale og regionale tilbud, som er beliggende i regionen.

Det er dog fortsat en central udfordring at få sundhedsaftalerne implementeret på det udførende niveau, og der er en række udviklingspunkter i forhold til at understøtte en sammenhængende indsats på tværs af sektorer. Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne⁴⁴ viser:

- At sundhedsaftalerne i mindre grad understøtter samtidige indsatser. Aftalerne har primært fokus på overgange.
- Praksissektoren (dvs. i denne sammenhæng almen praksis, praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger) er sjældent beskrevet og forpligtet i sundhedsaftalerne.
- Samarbejdet omkring borgerens samlede rehabiliteringsforløb, dvs. også de sociale og beskæftigelsesrettede indsatser, er sjældent beskrevet i sundhedsaftalerne.
- Der er fortsat udfordringer i forhold til at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos medarbejderne i de udførende led. Manglende ledelsesmæssigt fokus kan være en årsag.

43 Kommunerne overtog dog først det fulde ansvar for beskæftigelsesindsatsen pr. august 2009, som følge af "Aftale om strenget kommunalt beskæftigelsesystem" indgået mellem V, K, DF og LA af 10. november 2008.

44 Sundhedsstyrelsen. 2011. Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering.

3.2.1

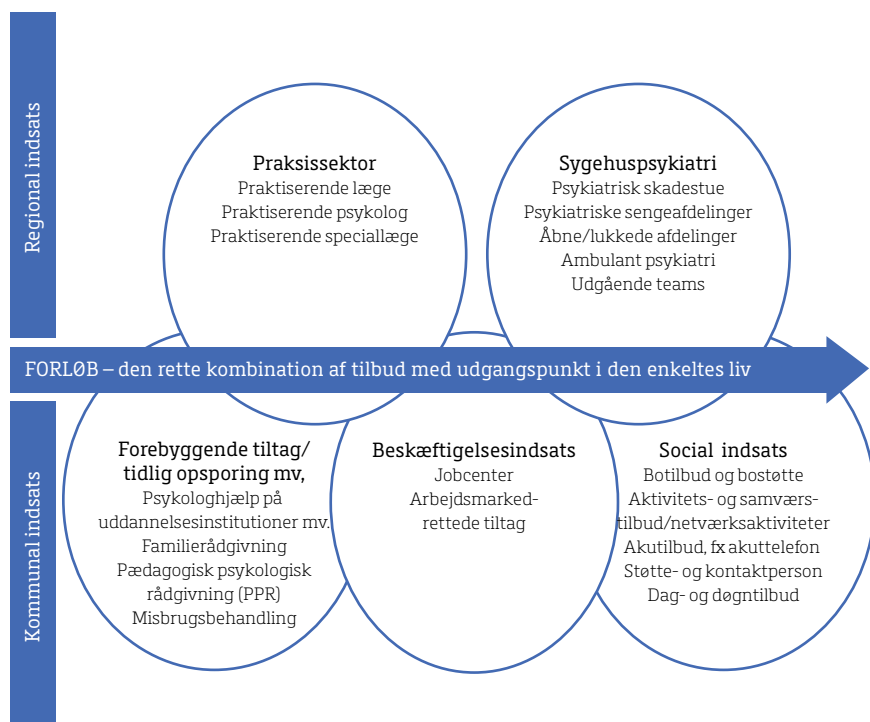
Tværgående samarbejde i indsatsen

Det er væsentligt at understrege, at selvom to mennesker har den samme diagnose, har de ikke nødvendigvis det samme behov for en tværgående indsats. Behovet, sværhedsgraden og kompleksiteten i lidelsen afhænger altså ikke alene af diagnosen, men også af f.eks. funktions- og arbejdsevne, netværk og tilstede- eller fravær af sociale problemer. Forskellige borgere har altså forskellige behov, for så vidt angår samtidige og tværgående indsatser. Det stiller store krav til koordination og samarbejde mellem forskellige indsatser, således at den enkelte borger modtager et hensigtsmæssigt, koordineret tilbud og oplever forløbet som sammenhængende og relevant, jf. også kapitel 7 om styrket sammenhæng i indsatsen.

Figuren nedenfor illustrerer, at der i forløbet for en borger med psykisk lidelse i forskellig grad vil være behov for en eller flere indsatser. De fleste borgere med psykisk lidelse vil have behov for et udsnit af indsatserne, mens andre vil have behov for en koordineret og samtidig indsats i flere regi.

FIGUR 2

Ansvar for indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder eller lidelser



På et organisatorisk niveau er der behov for samarbejde både mellem sektorer, dvs. mellem kommunen, praksissektor og regional psykiatri, og internt i sektorerne, dvs. internt i regionen mellem psykiatriske sengeafsnit og ambulant psykiatri, herunder

lokalpsykiatri, mellem psykiatri og somatik, og internt i kommunen mellem forvaltninger, f.eks. den sociale indsats, jobcentrene, børne- og ungeområdet, misbrugsområdet mv.

Hertil kommer borgerens personlige netværk og aktører i civilsamfundet, som frivillige organisationer, patient- og pårørendeforeninger og den private sektor.

På det udførende niveau foregår samarbejdet mellem fagområder og indsatser, dvs. den behandlingsmæssige del, den socialfaglige del, den uddannelsesmæssige del og den beskæftigelsesrettede del. Fagområderne varetages af forskelligt personale med forskellig tilgang, brug af metoder, uddannelse og træning.

Indsatsen for borgeren bør være fleksibelt tilrettelagt i forhold til borgerens individuelle situation og i forhold til målet med indsatsen, både internt i den enkelte sektor og på tværs af sektorer. Det er væsentligt, at de enkelte enheder og sektorer formår at se udover egne indsatser og fokusere på det hele menneske og på den samlede indsats. Kompetenceudvikling i forhold til tværfaglig indsats og fælles skolebænk mellem forskellige faggrupper kan understøtte dette. Der henvises til kapitel 8 om kvalitet.

3.2.2

Tiltag med det formål at skabe sammenhæng

Der er gjort en række forskellige tiltag både i praksis og på lovgivnings- og forvaltningsplan i forhold til at sikre koordinering og samarbejde mellem sektorerne og internt i sektorerne.

Ud over sundhedsaftaler kan bl.a. nævnes følgende redskaber til at sikre arbejdsdeling og samarbejde på tværs af sektorer og i sektorer:

- Tværsektorielle forløbsprogrammer.
- Faste tværsektorielle udvalg (sundhedskoordinationsudvalg og andre samarbejdsudvalg).
- Tværfaglige og tværsektorielle teams (f.eks. rehabiliteringsteams, PSP).
- Lovpligtige rammeaftaler på social- og specialundervisningsområdet.

Hertil kommer andre planer for indsatsen i den enkelte borgers forløb, f.eks. udskrivnings- og koordinationsplaner, behandlingsplaner, sociale handleplaner og jobplaner mv. Endelig er der etableret forskellige kontaktpersonordninger som følge af lovgivning, f.eks. støtte- og kontaktpersonordning (social indsats) og kontaktperson på sygehuset, samtidig med, at der er etableret mange lokale tiltag som f.eks. case-managere, forløbskoordinatorer, udskrivningskoordinatorer m.m.

Endelig er der som led i satspuljeprojekter igangsat forsøg med forskellige samarbejdsmodeller, ligesom regioner og kommuner selv har igangsat talrige, forskellige lokale projekter og tiltag med henblik på at styrke samarbejdet. Udvalget har kortlagt mere end 80 igangværende samarbejdsprojekter mellem kommuner og regioner, der har til formål at skabe bedre sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Projekterne foregår ofte mellem et mindre antal kommuner i samarbejde med en region.

En kortlægning af eksisterede tiltag for at skabe sammenhæng i borgerens forløb fremgår af rapporten *Rapport om sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*, som er bilag til denne rapport.

Opgaver og kapacitet i indsatsen

Nedenfor gennemgås udviklingen i opgaver og kapacitet i indsatsen på forebyggelsesområdet, børne- og undervisningsområdet, beskæftigelsesområdet, det sociale område og i den regionale behandlingspsykiatri. De generelle tendenser trækkes frem, men samtlige udviklinger gennemgås ikke. For en mere uddybende beskrivelse af udviklingen i opgaver og kapacitet henvises til rapporten *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*, som er udarbejdet under udvalget og er bilag til denne rapport, samt til et antal konsulentrapporter, som ligeledes har indgået i arbejdet. Disse fremgår af hjemmesiden for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

3.3.1

Fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser

Den lovgivningsmæssige ramme for forebyggelsesindsatsen er sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2, der omhandler den borger- og patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme generelt og dermed også mental sundhedsfremme og forebyggelse af psykisk sygdom. Dertil kommer opgaver og tilbud efter en række øvrige lovgivninger, der har relevans for mental sundhed. Dette omfatter arbejdsmiljø-lovgivning, loven om undervisningsmiljø, loven om en aktiv beskæftigelsesindsats, naturbeskyttelseslovgivning, dagtilbudslovgivning, folkeskoleloven, lov om social service, lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre etc. Disse tilbud varetages af forskellige kommunale forvaltninger.

Kommunen har kontakt med et bredt udsnit af borgerne, f.eks. via sundhedspleje, dagtilbud, skoler, jobcentre, ydelsesafdeling, misbrugsbehandlingscenter, kommunale arbejdspladser, plejecentre og hjemmepleje. Herudover har kommunen også kontakt til borgerne via boligselskaber, kultur- og foreningslivet, Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU) m.fl. Disse kontakter giver en særlig mulighed og platform for at fremme borgernes mentale sundhed – borgernes trivsel.

I udvalgets arbejde er det forsøgt at afdække indsats, udgifter og kapacitet i den forebyggende indsats. Kommunerne har imidlertid vanskeligt ved at estimere det årlige antal ydelser, udgifter, personaleforbrug og i flere tilfælde antallet af borgere, der modtager tilbuddene. De færreste kommuner registrerer disse oplysninger på indsatsniveau, og i de få tilfælde, hvor det er angivet, er det ikke meningsfuldt at sammenligne indsatserne, da de eksempelvis varierer i varighed, personalesammensætning, målgruppe og indhold. Årsagen hertil er bl.a., at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats sker som en integreret del af løsningen af andre kommunale opgaver.

Den afdækning, der er foretaget af de kommunale tilbud⁴⁵ viser overordnet, at fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser over de senere år har fået mere fokus. Dette fremgår bl.a. af de nye, kommunale sundhedspolitikker, som i højere grad inddrager mental sundhed som selvstændigt indsatsområde. Øget dokumentation på området, såsom sundhedsøkonomiske beregninger og sundhedsprofiler, bidrager endvidere til en prioritering af mental sundhed.

45 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom*.

Kortlægningen af udvalgte, kommunale indsatser for sundhedsfremme viser, at fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser i kommunerne særligt koncentrerer sig om børne- og ungeområdet. Eksempelvis sker systematisk opsporing af fødselsdepressioner i den kommunale sundhedspleje i næsten 80 pct. af kommunerne, ligesom næsten 80 pct. af kommunerne har iværksat evidensbaserede programmer, der omhandler trivsel og forebyggelse af mobning, på en eller flere af kommunens skoler. Omkring halvdelen af kommunerne angiver, at alle kommunens skoler har iværksat programmerne. Endelig viser kortlægningen, at kommunernes indsats er i en udviklingsfase – særligt i jobcentre og i hjemmeplejen – hvor ca. en fjerdedel har mere eller mindre systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer.

Regionernes patientrettede forebyggelsesindsatser i form af psykoedukation, tilbud i regi af PsykInfo⁴⁶ og tilbud i regi af de regionale centre for selvmordsforebyggelse er forsøgt kortlagt. Kortlægningen viser, at alle regioner har sygdomsspecifik psykoedukation til mennesker med skizofreni, affektive lidelser og spiseforstyrrelser. For de øvrige sygdomsområder varierer udbuddet af sygdomsspecifik psykoedukation. Undervisningen varierer i form (dog primært gruppeundervisning), længde og indhold. Det samme gør sig gældende for antallet af patienter, der modtager undervisning. Alle regioner leverer endvidere foredrag/temaaftener i PsykInfo-regi. Alle regioner tilbyder gruppebaseret undervisning (Region Nordjylland leverer dog undervisningen i andet regi) og telefonrådgivning, og alle regioner på nær Region Midtjylland tilbyder personlig rådgivning. I regi af de regionale centre for selvmordsforebyggelse tilbyder alle regioner information og undervisning. De regionale centres ressourcer og antallet af behandlede patienter varierer.

3.3.2

Børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet

På børne- og undervisningsområdet er udgangspunktet, at alle børn og unge skal tilbydes den nødvendige støtte for at kunne trives, udvikles og lære samt gennemføre videre uddannelse. Børn og unge med psykiske vanskeligheder er en del af målgruppen for den støtte, der skal gives, men der er ikke i lovgivningen på børne- og undervisningsområdet særskilte indsatser målrettet børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Det gælder generelt, at lovgivningen giver frie rammer for, hvordan støtten kan tilrettelægges og gives, medmindre der er tale om økonomisk støtte. Det betyder, at de enkelte kommuner og institutioner kan anvende og anvender en lang række metoder, undervisningsformer, organiseringsformer og ressourcepersoner for at understøtte børn og unge med psykiske vanskeligheder.

De lovgivningsmæssige rammer omfatter dagtilbudsloven, folkeskoleloven, love om de enkelte ungdomsuddannelser, lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser og lov om statens uddannelsesstøtte, jf. boksen nedenfor.

⁴⁶ PsykInfo er navnet på regionernes Psykiatriske Informationscentre. Centrenes formål er at tilbyde information og rådgivning om psykiske lidelser og psykiatrien.

BOKS 2

Støttemuligheder på børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet til børn og unge med psykiske vanskeligheder

Dag-, fritids- og klubtilbud

- Støtte i form af støttepædagoger, særlige ressourcepersoner, særligt efteruddannede personale i institutionen eller kommunalt korps
- Pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR)

Folkeskolen

- Styrket almenundervisning (inklusion)
- Specialundervisning
- Pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR)

De frie grundskoler

- Individuelle lærertimer
- Holdundervisning
- Pædagogisk medhjælp, praktisk medhjælp, hjælpemidler
- Befordring

Ungdomsuddannelser

- Specialpædagogisk støtte
- Social, personlig eller psykologisk rådgivning
- Særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU)
- Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU)
- Træningsskolens Arbejdsmarkedsuddannelser (TAMU)

Videregående uddannelser

- Specialpædagogisk støtte
- Handicaptillæg
- Studenterrådgivningen

Støttemulighederne omfatter i dagtilbud bl.a. støttepædagoger og særlige ressourcepersoner. I folkeskolen gives støtten gennem en styrket almenundervisning (inklusion), inddragelse af pædagogisk-psykologisk rådgivning og andre ressourcepersoner samt specialundervisning. Specialundervisning omfatter også specialundervisning på interne skoler i dagbehandlingstilbud og på anbringelsessteder, hvor børn og unge er anbragt af sociale årsager som følge af psykiske lidelser⁴⁷. På ungdomsuddannelserne og de videregående uddannelser omfatter støttemulighederne bl.a. specialpædagogisk støtte

47 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.*

og personlig og psykologisk rådgivning i forskelligt regi⁴⁸. På området for erhvervsuddannelser tilbydes endvidere en række uddannelser, der bl.a. kan opfylde behov hos de unge for at blive mere afklaret f.eks. om mere praktik frem for teori. Der tilbydes endvidere ungdomsuddannelser for unge med særlige behov.

På **dagtilbudsområdet** foreligger der ikke centrale tal for, hvor mange ressourcer kommunerne anvender til pædagogisk støtte for børn i dagtilbud eller PPR. Imidlertid indikerer en analyse, at antallet af børn, som har modtaget pædagogisk støtte i dagtilbud ligger på ca. 7.000 børn i 2011, hvilket er en stigning på godt 10 pct. siden 2007. Støtten gives dog ikke kun til børn med psykiske vanskeligheder. Antallet af pædagogiske-psykologiske vurderinger af børn i dagtilbud var i 2011 på ca. 12.000, hvoraf 36 pct. vurderes at vedrøre børn med psykiske vanskeligheder. Det er en stigning på 5 pct.point siden 2007, hvor ca. 31 pct. vurderedes at vedrøre børn med psykiske vanskeligheder⁴⁹.

I **folkeskolen** modtog ca. 84.000 elever eller 14,3 pct. af alle elever specialundervisning i skoleåret 2008/2009. Der anvendes ca. 13 mia. kr. årligt på specialundervisning, hvilket svarer til knap 30 pct. af de samlede udgifter til folkeskolen. Sammenlignet med Sverige og Finland udskilles der forholdsvis mange elever i Danmark til specialklasser og specialskoler. Dog arbejdes der i Danmark i stigende omfang med inklusion. En undersøgelse påpeger, at andelen af elever med udviklingsforstyrrelser og psykiske problemer udgør hen ved 15 pct. af de elever, der får specialundervisning, mens andelen af "andet" og "uoplyst" er næsten lige så stor⁵⁰. Der er dog usikkerhed forbundet med tallene. En analyse foretaget for psykiatriudvalget indikerer, at andelen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, som modtager specialundervisning i 2011 udgjorde ca. 34 pct., hvilket er en stigning på 4 pct.point siden 2007⁵¹.

Udgifterne til PPR udgjorde i 2011 1,2 mia. kr., hvoraf 0,4 mia. kr. vurderes at vedrøre børn og unge med psykiske vanskeligheder. Der var i kommunerne ansat 2.468 årsværk i pædagogisk psykologisk rådgivning i 2011, hvilket er en stigning på 5 pct. i perioden siden 2007. Antallet af psykologer er dog steget med 23 pct. i perioden. Det skønnes, at knap halvdelen af psykologernes årsværk er allokeret til indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Det skønnes endvidere, at omkring 35 pct. af alle henvendelser til PPR i 2011 vedrørte børn og unge med psykiske vanskeligheder⁵².

På **ungdomsuddannelserne** var antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte, begrundet i psykiske problemer eller udviklingsforstyrrelser, godt 960 personer i 2011, hvilket svarer til en betydelig stigning i antallet af modtagere over en årrække. Udgifterne til specialpædagogisk støtte udgjorde i 2011 ca. 11,6 mio. kr., sammenholdt med ca. 1,3 mio. kr. i 2007⁵³. At der de seneste år har været en målsætning om, at 95 pct. af en ungdomsårgang skal gennemføre en ungdomsuddannelse, har øget fokus på at få flere i gang med en uddannelse og på at mindske frafaldet på uddannelserne. Dette udgør en del af forklaringen på stigningen i antallet af elever med behov for støtte.

48 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

49 Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder*.

50 KL, Undervisningsministeriet og Finansministeriet. 2010. *Specialundervisning i folkeskolen – veje til en bedre organisering og styring*.

51 Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder*.

52 Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder*.

53 Kvalitets- og Tilsynsstyrelsen. 2012. *Årsrapport 2012*.

Gruppen af elever, der påbegyndte en Særlig Tilrettelagt Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU), udgjorde 5.086 elever i 2011, sammenholdt med ca. 700 elever i 2007. I de seneste tre år blev omkring to tredjedele af de unge med en igangværende STU henvist på grund af indlæringsvanskeligheder, mens den resterende del blev henvist grundet udviklingsforstyrrelser. Siden uddannelsens start i 2007 har ca. 800 elever afbrudt uddannelsen.

Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU) har til opgave at give vejledning om valg af ungdomsuddannelse og erhverv til alle unge i folkeskolens 7. – 10. klasse samt til alle unge under 25 år i kommunen, der ikke er i gang med eller har fuldført en ungdomsuddannelse eller en videregående uddannelse. Der er ikke fastsat nærmere retningslinjer for, hvem der tilhører målgruppen af udsatte unge, der er i risiko for ikke at påbegynde eller færdiggøre en ungdomsuddannelse, men det skønnes, at ca. hver fjerde af de unge, der afbryder uddannelsen, gør det på grund af personlige problemer, herunder problemer af psykisk karakter⁵⁴.

Elevbelægningen på Træningsskolens Arbejdsmarkedsuddannelser (TAMU), der har til formål at opruste uddannelsessvage unge i alderen 18-30 år med erhvervsrettede kompetencer, udgjorde i 2011 knap 500 årselever. Antallet af elever på Træningsskolens Arbejdsmarkedsuddannelser var stort set konstant i perioden fra 2007 til 2011.

På de **videregående uddannelser** er der forskellige støttemuligheder for studerende, hvor den mest anvendte støtteform er en faglig støtteperson og/eller mentor. Gruppen af modtagere af socialpædagogisk støtte, begrundet i psykiske problemer og udviklingsforstyrrelser, udgjorde 535 personer i 2011 på de videregående uddannelser, hvilket svarer til en stigning på ca. 300 pct. siden 2007, hvor samme opgørelse viste 129 personer. Udgifterne til socialpædagogisk støtte udgjorde knap 9 mio. kr. i 2011, hvilket svarer til en firdobling i udgifterne siden 2007.

Studerende med psykisk funktionsnedsættelse kan desuden få handicapstillæg som et supplement til deres uddannelsesstøtte, hvis deres funktionsnedsættelse betyder, at de ikke har mulighed for at passe et job ved siden af deres studier. Antallet af modtagere af handicapstillæg med psykisk funktionsnedsættelse steg fra ca. 640 i 2007 til ca. 2.000 i 2011. De administrative udgifter til SU-handicaptillæg udgjorde i 2011 ca. 5,4 mio. kr., hvilket omfatter alle typer af funktionsnedsættelser. Stigningen i antallet af modtagere af SU-handicaptillæg må bl.a. ses i lyset af, at støtten i de videregående uddannelser endnu var under indfasning, og at der i perioden gradvist kom større kendskab til ordningen.

For så vidt angår studenterrådgivningen, der har til formål at hjælpe studerende med psykiske og sociale vanskeligheder, så de bliver bedre i stand til at gennemføre deres uddannelse og undgå unødigt forlængelse eller frafald fra uddannelsen, så har denne rådgivning oplevet et stigende antal årlige henvendelser over de sidste 10 år. Antallet af nye henvendelser skønnes at have udgjort ca. 5.000 i 2012. Studenterrådgivningens hjælp til de studerende består af individuelle samtaler eller samtaleforløb, gruppebehandlingstilbud og telefonrådgivning. De individuelle samtaler udgør langt størstedelen af Studenterrådgivningens ydelser svarende til ca. 75 pct. I de tilfælde, hvor Studenterrådgivningen finder det relevant, henvises der f.eks. til egen læge.

Overordnet set viser kortlægningen af indsatsen på uddannelsesområdet, at der har været en kraftig stigning i specialpædagogisk støtte på såvel ungdomsuddannelserne

54 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

og de videregående uddannelser⁵⁵ samt i ydelsen af handicaptillæg og Studenterrådgivningens ydelser. Årsagerne til disse stigninger vurderes bl.a. at udspringe af en større opmærksomhed på skolerne og uddannelsesinstitutionerne på mulighederne for at ansøge om specialpædagogisk støtte. Der peges endvidere på, at stigningen kan skyldes, at der er kommet flere elever og studerende på de forskellige uddannelsesniveauer, hvilket vurderes at være afspejlet i antallet af støttemodtagere.

3.3.3

Beskæftigelsesområdet

På beskæftigelsesområdet er der ikke i lovgivningen defineret særlige indsatser, der specifikt retter sig mod personer med psykiske lidelser. Den aktive indsats på beskæftigelsesområdet omfatter det individuelle kontaktførelse, løntilskud, virksomhedspraktik, vejledning og opkvalificering og andre indsatser, herunder f.eks. mentorstøtte, personlig assistance mv.

Målet med mentorstøtte er at hjælpe den enkelte tættere på job og uddannelse. Mentorer kan, efter lov om aktiv beskæftigelsespolitik, varetage mange forskelligartede opgaver, afhængigt af behovet hos den person, som modtager mentorstøtte. Jobcentrene vurderer, på baggrund af en konkret vurdering, hvilke personer, der har behov for en mentor. Unge under 30 år, der er omfattet af en indsats efter loven, kan få støtte til mentor, hvis de påbegynder et ordinært uddannelsesforløb.

En mentor kan f.eks. hjælpe i gang med en virksomhedspraktik eller et ordinært arbejde. For unge, som skal i gang med en uddannelse, kan mentor endvidere drøfte uddannelsesønsker, gå med til studievejledningen, hjælpe med at søge ind på uddannelsen og hjælpe med at finde relevant hjælp og støtte. For mennesker med sammensatte problemer – f.eks. misbrugsproblemer, psykiske problemer og økonomiske problemer – vil flere forvaltninger og institutioner typisk være involveret i indsatsen. Mentors opgave kan i disse tilfælde være at sikre, at forskellige besluttede aktiviteter bliver realiseret. For mennesker med meget få ressourcer kan en mentors opgave være at hjælpe med at få struktur på hverdagen og overkomme dagligdags udfordringer. Det kan f.eks. være støtte til at komme op om morgenen, møde til aftalte aktiviteter, kontakt til offentlige instanser og hjælp til at forstå breve o.l.

Målet med *fleksjob* er at fastholde personer med nedsat arbejdsevne på arbejdsmarkedet, og at undgå, at personer med lille arbejdsevne, overgår til førtidspension. For den enkelte borger med nedsat arbejdsevne giver fleksjob mulighed for at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. Personer, hvis arbejdsevne er varigt og væsentligt nedsat, og hvor det vurderes, at personen aktuelt har en meget lille arbejdsevne, kan blive visiteret til et fleksjob, såfremt det vurderes, at den pågældendes arbejdsevne kan udvikles, således at personen kan øge sin arbejdsindsats indenfor en rimelig periode.

Det er som udgangspunkt ikke muligt at opgøre hvor stor en del af udgifterne til den samlede beskæftigelsesindsats, der går til indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Her ses derfor på de samlede udgifter til beskæftigelsesindsatsen – altså uanset om borgeren har en psykisk lidelse eller ej.

Til aktiveringsindsatsen, dvs. vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik og løntilskud, er der på finansloven for 2013 budgetteret med en merudgift på ca. 5,6 mia. kr.

55 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.*

Udgifterne omfatter først og fremmest jobcentrenes udgifter til køb af uddannelsesstilbud (herunder seks ugers selvvalgt uddannelse til forsikrede ledige) og gennemførelse af vejlednings- og opkvalificeringsforløb for ledige. Udgifterne omfatter også aktive tilbud til sygedagpengemodtagere m.v. I den forbindelse er det væsentligt at være opmærksom på, at f.eks. drift af jobcentrene og puljebevillinger ikke er en del af denne opgørelse.

Til forsørgelse til ledige, dvs. f.eks. a-dagpenge, kontanthjælp og sygedagpenge, er der på finansloven for 2013 budgetteret med en udgift på 68,2 mia. kr., hvilket giver forsørgelse til omkring 450.000 helårspersoner. Omfanget er angivet i helårspersoner, men dækker over et væsentligt større antal berørte personer, da varigheden af de forskellige forløb varierer meget. Af de 68,2 mia. kr. forventes ca. 21,4 mia. kr. i udgifter til dagpenge, ca. 17,5 mia. kr. til kontanthjælp, ca. 11,7 mia. kr. til sygedagpenge og ca. 9,4 mia. kr. til fleksjob og skånejob.

For at få et billede af beskæftigelsesindsatsen for mennesker med psykiske lidelser, er der i regi af udvalgets arbejde foretaget en registeranalyse, som viser de beskæftigelsesrettede ydelser og tilbud til mennesker med psykiske lidelser⁵⁶. Kriteriet for at tælle med i opgørelsen er, at personen i 2011 har haft mindst to kontakter til den regionale psykiatri⁵⁷, speciallæge i psykiatri eller almen praksis (kun ydelsen samtalerterapi) eller har besøgt psykiatrisk skadestue efterfulgt af mindst en ambulanskontakt. I analysen indgår dermed mennesker med psykiske lidelser, der modtager behandling, men ikke personer, der alene er i medicinsk behandling hos alment praktiserende læge. Som det også vil kunne udledes af afsnit 3.1.1 om udviklingen i diagnoser, er afgrænsningen relativt snæver, hvorfor tallene formentlig vil ligge i underkanten af de reelle tal.

Analysen viser, at der blandt de ca. 682.000 personer, som per 1. januar 2012 modtog en offentlig forsørgelsesydelse (dvs. dagpenge, kontanthjælp, sygedagpenge, fleksjob og ledighedsydelse samt førtidspension), var der knap 94.000, der havde en psykisk lidelse, svarende til 13,8 pct. Endvidere var der godt 69.000 mennesker med en psykisk lidelse, som ikke modtog offentlig forsørgelse, som dermed må antages at være selvforsørgende. Det vil alt i alt sige, at 58 pct.⁵⁸ af de mennesker, som i henhold til den ovennævnte afgrænsning har en psykisk lidelse, er at finde på en offentlig forsørgelsesydelse.

Ses der på, hvilke ydelser mennesker med psykiske lidelser modtager, så er størstedelen (ca. 35.000) på førtidspension. Det svarer til 37 pct. af alle ydelsesmodtagere med psykiske lidelser. Herefter følger kontanthjælp med ca. 28.500 personer og sygedagpenge med godt 16.000 personer.

Ses der på, hvor stor en andel mennesker med psykiske lidelser udgør i forhold til de forskellige ydelser, er vægten størst blandt kontanthjælpsmodtagerne og sygedagpengemodtagerne, hvor godt 20 pct. af alle ydelsesmodtagere har en psykisk lidelse. Hos førtidspensionisterne er andelen 14,3 pct.

Analysen har vist, at den aktive indsats i beskæftigelsessystemet over for mennesker med psykiske lidelser ikke på det overordnede niveau synes at adskille sig markant fra den aktive indsats, der gives til andre ydelsesmodtagere. Mennesker med psykiske lidelser får dog en smule mere opfølgning og mentorstøtte, men samtidig i mindre grad

56 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

57 Enten ambulanskontakt eller minimum to indlæggelsesdage.

58 Dvs. andelen af borgere med en psykisk lidelse i offentlig forsørgelse, ud af den samlede gruppe af borgere med en psykisk lidelse, herunder både borgere i offentlig forsørgelse og selvforsørgede. Udregningen er som følger: $(94.000) \cdot 100 \text{ pct.} / (94.000 + 69.000) = 58 \text{ pct.}$

en virksomhedsrettet indsats. Aktiveringsgraden for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser er dog kun marginalt lavere end for alle ydelsesmodtagere set under ét. Dette kan bl.a. skyldes, at borgere med psykiske lidelser i højere grad fritages for aktivering, da de i mindre grad end øvrige ydelsesmodtagere erklæres for jobklare.

Der er en vis variation mellem kommunerne i andelen af ydelsesmodtagere, som har psykiske lidelser. Endvidere er kommunernes brug af aktive tilbud til ydelsesmodtagere forskellig både over for ydelsesmodtagere med psykiske lidelser og generelt for alle ydelsesmodtagere.

3.3.4

Det sociale område

Den kommunale, sociale indsats er primært reguleret efter serviceloven. Målgruppen for den socialfaglige indsats er bred og omfatter både borgere med meget komplekse og svære problemstillinger, og borgere med mere entydige og enkle problemstillinger. Derfor er der behov for, at kommunerne har en bred vifte af forebyggende, lette og mere intensive indsatser. De lettere indsatser tilbydes oftest som støtte i det ordinære system (dagtilbud, skole, uddannelse og jobcenter), mens de mere intensive indsatser er støtte udover det ordinære system.

Den socialfaglige indsats tager udgangspunkt i menneskets funktionsniveau samt individuelle færdigheder, kompetencer og ressourcer. Det betyder, at den socialfaglige indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder og psykiske lidelser tager udgangspunkt i menneskets muligheder og potentialer, og hvordan disse kan realiseres. En diagnose er således *ikke* afgørende for den socialfaglige indsats, men kan bidrage til at kvalificere indsatsen. Den socialfaglige rehabilitering kan f.eks. inddrage metoder og modeller som social færdighedstræning (ADL), miljøterapi, National Acupuncture Detoxication Association (NADA), musikterapi, livshistoriefortælling, den motiverende samtale, mv. Hertil kommer, at der i indsatsen er fokus på netværksarbejde, personlige mestringskompetencer, medicinpædagogik og medicin håndtering. Enkelte steder er der de senere år påbegyndt et arbejde med metoder som Individual Placement Support (IPS), Illness Management and Recovery (IMR), Åben Dialog mv. I tilknytning til det socialpædagogiske og kommunale, sociale arbejde ydes sundhedsfaglige indsatser såsom sundhedsfremme, hjemmesygepleje samt misbrugsbehandling. Den samlede rehabiliteringsindsats omfatter således såvel social- som sundhedsfaglige indsatser.

Voksenområdet

Overordnet er det målet med den sociale indsats på voksenområdet, at:

- Understøtte en recovery-orienteret rehabiliteringsproces, herunder den enkeltes mulighed for at komme sig og leve et liv på egne præmisser og i overensstemmelse med egne valg.
- Sikre inklusion i samfundet og støtte den enkeltes mulighed for et liv med størst mulig grad af mestring f.eks. i egen bolig, uddannelse og et aktivt familie-, fritids- og arbejdsliv.
- Hjælpen sker på borgerens præmisser og efter princippet om mindste indgriben samt i respekt for den enkeltes integritet.
- Kommunerne skal, ifølge servicelovens § 81, tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. I den kommunale,

sociale indsats over for voksne med psykiske vanskeligheder er der fire overordnede tilbudstyper. Hver tilbudstype rummer en række handlemuligheder, som kommunerne kan anvende, jf. boksen nedenfor.

BOKS 3

Tilbudstyper i den kommunale sociale indsats for voksne med psykiske vanskeligheder⁵⁹

Forebyggende tilbud angående mental sundhed

- Psykoedukation
- Rådgivning og oplysning
- Netværksaktiviteter

Opsøgende indsats

- Støtte- og kontaktpersoner

Tilbud til borgere i eget hjem

- Personlig pleje og praktisk hjælp (hjemmepleje)
- Individuel bostøtte
- Gruppebaseret bostøtte
- Efterværn efter udflytning fra § 110- boform
- Social vicevært el. lign. i "skæve boliger" eller opgangsfællesskaber
- Beskyttet beskæftigelse
- Aktivitets- og samværstilbud

Døgndækkede botilbud

- Midlertidige ophold på botilbud
- Længerevarende ophold på botilbud
- Ophold på botilbudslignende boform.

Alle kommuner skal i henhold til serviceloven tilbyde opsøgende arbejde, socialpædagogisk bistand (bostøtte), rådgivning, dagtilbud og botilbud, men den enkelte kommune fastlægger et kommunalt serviceniveau for tilbuddenes omfang og karakter. De større kommuner vil typisk selv have etableret flere, mere varierede og mere specialiserede tilbud sammenlignet med de mindre kommuner. Kommunerne har mulighed for at samarbejde om tilbuddene, således at en kommune f.eks. kan købe en plads i et botilbud i en anden kommune eller etablere tilbud sammen med andre kommuner. Endvidere samarbejder kommuner med regioner og private udbydere om tilbud.

59 På nær de tilbud, der er oplistet under "Forebyggende tilbud angående mental sundhed", så har alle tilbudstyper, nævnt i boksen, lovgrundlag i serviceloven. Dertil kommer bl.a. tilbud, der er beskrevet i anden lovgivning herunder omsorgs- og specialtandpleje til borgere med "vidtgående psykisk handicap", sygepleje og genoptræning (sundhedsloven) og særlige støttetilbud til personer med "hedsat psykisk funktionsevne" (i kapitel 14 af Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats).

Den kommunale indsats i forbindelse med boliger til mennesker med psykiske vanskeligheder spænder vidt og omfatter såvel selve boligen som den støtte, der skal til, for at mennesker med psykiske vanskeligheder kan bo i egen bolig. Indsatsen på boligområdet omfatter således:

- Indsatser med henblik på at fremme, at hjemløse flytter i bolig.
- Døgnbemandede, længerevarende (SL § 108) eller midlertidige (SL § 107) botilbud.
- Socialpædagogisk støtte/bostøtte (SL § 85) i egen bolig eller i opgangsfællesskaber, bofællesskaber (§ 105, alm. boligloven) mm.
- Personlig og praktisk hjælp (SL § 83).
- Akuttilbud bl.a. med henblik på at undgå brud med hverdagslivet jf. nedenfor.

I kommunerne er der sket en mindre stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser i midlertidige og længerevarende botilbud (§§ 107 og 108 i Lov om social service), trods et fald fra 2010 til 2011. Antallet af mennesker med psykiske vanskeligheder med en støtte- og kontaktpersonordning (§ 99 i Lov om social service) eller som er i aktivitets- og samværstilbud (§ 104 i Lov om social service) er steget over perioden fra 2007 til 2011, selvom stigningen dækker over et fald i antallet fra 2010 til 2011. Endelig er antallet af mennesker med psykiske vanskeligheder i beskyttet beskæftigelse (§ 103 i Lov om social service) steget over perioden, trods et fald fra 2009 til 2010, mens tildelingen af socialpædagogisk støtte (§ 85 i Lov om social service) viser sig at være steget markant i perioden fra 2007 til 2011⁶⁰. Der henvises til tabellen nedenfor.

Hertil kommer boliger, der er etableret efter almenboligloven, samt borgere, der modtager opsøgende støtte ved støtte- og kontaktpersoner, borgere der er visiteret til aktivitetstilbud og beskæftigelsestilbud m.fl.

TABEL 1

Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som modtager ydelser efter serviceloven.

Ydelse	2007	2008	2009	2010	2011
Bostøtte (SEL § 85)	7.614	9.719	11.934	13.501	14.732
Midlertidige og længerevarende botilbud (SEL §§ 107 og 108)	–	–	4.886	5.512	4.960
Antal personer med en støtte- og kontaktpersonordning (SEL § 99)	4.213*	4.798	5.221	5.638	5.043
Antal sindslidende i aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	7.048	7.065	7.672	9.375	8.077
Antal sindslidende i beskyttet beskæftigelse (§ 103)	1.557	1.208	1.727	1.649	2.180

*Fra 2007 omfatter ordningen også hjemløse, stof- og alkoholmisbrugere.

Kilde: Danmarks Statistik

⁶⁰ Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder.*

Der har dog vist sig at være betydelig forskel på udviklingen på tværs af landet. Desuden er aldersfordelingen uens i de forskellige tilbudstyper. Hvor botilbud benyttes af den ældste gruppe, har brugen af socialpædagogisk bistand ifølge SFI ændret karakter over en fireårig periode fra at have været benyttet af den ældste gruppe af befolkningen i 2007 til i højere grad at blive benyttet af den yngre gruppe i 2011⁶¹. SFI vurderer dog, på baggrund af en undersøgelse baseret på registerdata og kommunale registreringer af aktiviteten, at opgørelserne fra Danmarks Statistik over antallet af personer med psykiske vanskeligheder, der modtager ydelser efter serviceloven, at antallet underestimeres. Hertil kommer, at opgørelserne formentlig ikke konsekvent inddrager borgere med ADHD eller ADHD-lignende problemstillinger, som i mange kommuner kan forventes registreret under en anden målgruppe. Kapacitetsanalysen på socialområdet viser, at ADHD placeres som enten et handicap (en kognitiv udviklingsforstyrrelse) eller en sindslidelse⁶².

En undersøgelse foretaget af KL tegner ligeledes et billede af, at der er en omstillingsproces i gang. 46 pct. af respondentkommunerne svarede, at døgntilbud til mennesker med sindslidelse var blevet erstattet med selvstændige boenheder i alment boligbyggeri, og 37 pct. svarede, at døgntilbud var erstattet med socialpædagogisk støtte i eget hjem⁶³.

Derudover har flere kommuner etableret andre tilbud som f.eks. døgnåbne akuttilbud, der har til formål at yde en hurtig social indsats og afhjælpe en konkret opstået situation enten i tilknytning til eksisterende tilbud, som botilbud eller støtte- og kontaktpersonordninger, eller som selvstændige tilbud. Tilbuddene kan bl.a. bestå af akutte telefon/mail, rådgivning i akuttilbuddet, udgående rådgivning og overnatningsmulighed. Samtidig er akutte sociale tilbud forebyggende for, at tilstanden forværres, så der bliver behov for en mere omfattende og indgribende indsats, typisk i form af indlæggelse.

Børne- og ungeområdet

Den sociale indsats på børne- og ungeområdet skal være tidlig og helhedsorienteret, så problemer så vidt muligt kan forebygges og afhjælpes i hjemmet eller i det nære miljø. Indsatsen tager udgangspunkt i almenområdet med det sigte at sikre optimale udviklings- og læringsmiljøer således, at flest mulige børn og unge trives i det almindelige institutions- og skolemiljø. Målet er bl.a., at flest mulige børn og unge blive så selvhjulpne og selvstændige som muligt, når de bliver voksne. Der arbejdes ud fra en bredere tilgang til børn og unge, hvor man ikke opdeler i specifikke målgrupper, men ser det enkelte barns situation i sammenhæng med familie, skoleforhold mv.

De overordnede mål for den socialfaglige indsats på børne- og ungeområdet er ifølge servicelovens § 46, at indsatsen overordnet opfylder fem kriterier:

1. Sikrer kontinuitet i opvæksten og et trygt omsorgsmiljø, der tilbyder nære og stabile relationer til voksne, bl.a. ved at understøtte barnets eller den unges familiemæssige relationer og øvrige netværk.
2. Sikrer barnets eller den unges muligheder for personlig udvikling og opbygning af kompetencer til at indgå i sociale relationer og netværk.

61 SFI. *Social indsats for mennesker med sindslidelse 2007-2011*.

62 Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder*.

63 KL. *Notat: Resultater af spørgeskemaundersøgelsen vedrørende faglig udvikling på området for voksenhandicap*. Undersøgelsen er besvaret af 87 kommuner svarende til en svarprocent på 89 pct. og gennemført i december 2011.

3. Understøtter barnets eller den unges skolegang og mulighed for at gennemføre en uddannelse.
4. Fremmer barnets eller den unges sundhed og trivsel.
5. Forbereder barnet eller den unge til et selvstændigt voksenliv.

I den kommunale, sociale indsats over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, og deres familier, er der tre overordnede tilbudstyper, hvorunder der er en række handlemuligheder, jf. boksen nedenfor.

BOKS 4

Tilbudstyper i den kommunale sociale indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder

Rådgivningstilbud

- Opsøgende tilbud om rådgivning.
- Åbne og anonyme, familieorienterede rådgivningstilbud.
- Konsulentbistand til børn, unge og familier.
- Rådgivning om familieplanlægning.
- Familievejlederordning.

Støttetilbud (forebyggende foranstaltninger)

- Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted el.lign.
- Praktisk, pædagogisk støtte i hjemmet.
- Familiebehandling.
- Dagbehandlingstilbud.
- Døgn- og aflastningsophold for barnet/den unge samt familiemedlem(-er).
- Fast kontaktperson for barnet/den unge eller familien.
- Praktiktilbud for den unge.

Anbringelser uden for hjemmet

- Anbringelse hos plejefamilie.
- Anbringelse på opholdssteder.
- Anbringelse på døgninstitution.

Sagsbehandleren afdækker gennem en børnefaglig undersøgelse, hvilke behov barnet eller den unge har for særlig støtte efter servicelovens § 52. Støtten i kommunalt regi til børn og unge med psykiske vanskeligheder kan eksempelvis være pædagogisk støtte i hjemmet, aflastning i en netværksplejefamilie, på et opholdssted eller lignende eller familiebehandling. Gruppen af børn og unge med psykiske lidelser indgår i den samlede målgruppe for denne afdækning.

Generelt gælder det, at de fleste af tilbuddene på det sociale område anvendes af en bredere målgruppe end mennesker med psykiske lidelser, f.eks. mennesker med nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne (handicap), misbrug eller sociale problemer. På især børne- og ungeområdet, men til dels også på voksenområdet, er det derfor en udfordring at opføre udgifter, personale, aktivitet mv. for mennesker med psykiske lidelser for sig.

Udgifter til den sociale kommunale indsats

Det specialiserede socialområde (hvis målgrupper er bl.a. børn og unge, voksne handicappede (udviklingshæmmede, fysisk handicappede, samt mennesker med autisme og hjerneskade), voksne med psykiske vanskeligheder, personer med misbrug), hvor psykiatriindsatsen udgør en væsentlig del, har historisk været præget af udgiftsvækst frem til 2009. Det har affødt behov for fokus på økonomistyring i kommunerne, og dette har bl.a. været prioriteret i økonomiaftaler. Udgifterne til området er årligt faldet fra 2009, om end i mindre omfang end stigningen frem mod 2009.

De følgende opgørelser af udgifter på det sociale område bygger på en analyse, som Social-, Børne- og Integrationsministeriet har fået gennemført i forbindelse med psykiatriudvalgets arbejde⁶⁴. Oplysningerne om tilbud for mennesker med psykiske lidelser er søgt udskilt på baggrund af tilgængelige registerdata og spørgeskemaundersøgelser til kommunerne.

På voksenområdet skønnes det, at kommunerne bruger omkring 5,8 mia. kr. til udsatte voksne med psykiske vanskeligheder, hvilket udgør omkring 1/3 af de samlede udgifter til voksenområdet.

Det fremgår af Rambølls *analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med sindslidelser*, at de samlede udgifter på området for udsatte voksne og handicappede er steget med 3 pct. fra 2007-2011. Denne vækst dækker over en stigning frem til 2009, hvorefter udviklingen er vendt, så der i 2011 er sket et mindre fald. Det samlede udsatte- og handicapområde består af kontaktperson- og ledsageordninger, beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud, botilbud til midlertidigt ophold samt botilbud til længere ophold. Det skal bemærkes, at tallene ikke omfatter forebyggende indsatser for ældre og handicappede, herunder socialpædagogisk § 85-støtte til personer med psykiske vanskeligheder.

Ses der isoleret på området for voksne med psykiske vanskeligheder, vurderes der at være sket en stigning i udgifterne på ca. 14 pct., svarende til ca. 0,8 mia. kr. Dette hænger sammen med en betydelig stigning i udgifterne til socialpædagogisk bistand (efter servicelovens § 85) på ca. 0,7 mia. kr. Udgifterne til botilbud efter §§ 107 og 108 var stort set uændret i samme periode.

Den største aktivitetsstigning på tværs af tilbud, målrettet personer med psykiske vanskeligheder, er sket i forhold til socialpædagogisk støtte (efter servicelovens § 85), hvor aktiviteten er steget med 93 pct. fra 2007-2011.

Det skønnes, at kommunerne har ansat omkring 8.900 personaleårsværk på tilbud, der beskæftiger sig med voksne med psykiske vanskeligheder, og antallet af personale er steget med ca. 15 pct. fra 2007-2011. Hovedparten af personalet er pædagoger og pædagogmedhjælpere, og det er også hos disse personalegrupper, at der er sket en

64 Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder*.

stor vækst. Den største procentvise stigning er sket i personalegruppen af psykologer, dog fra et lavt udgangspunkt.

På børne- og ungeområdet skønnes det, at kommunerne bruger omkring 6,3 mia. kr. til udsatte børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvilket udgør omkring 50 pct. af de samlede udgifter til udsatte børn og unge. Det må dog bemærkes, at disse udgifter til udsatte børn og unge også omfatter udgifter til børn og unge, hvor deres psykiske vanskeligheder ikke udgør det primære problem. Dette betyder, at de nævnte udgifter ikke nødvendigvis går til indsatser, som er rettet udelukkende mod psykiske vanskeligheder, men at de går til børn og unge, som blandt andre udfordringer også har psykiske problemer.

Udgifterne til det samlede område for udsatte børn og unge er steget med 4 pct. fra 2007-2011, når der korrigeres for pris og lønudvikling. Det dækker over en vækst fra 2007-2009 og et fald fra 2009-2011. Denne udvikling skal dog ses i sammenhæng med den omfattende udgiftsvækst, der har været på området fra 2001-2010. Det vurderes, at udgifterne til forebyggende foranstaltninger for unge med psykiske lidelser er steget fra 2007-2011.

Det skønnes, at kommunerne har omkring 4.800 personaleårsværk ansat på tilbud, der beskæftiger sig med børn og unge med psykiske vanskeligheder. Der er ikke et 1:1-forhold mellem kommunernes udgifter på området og kommunernes personalekapacitet, bl.a. på grund af køb af pladser hos private leverandører. Hovedparten af personalet er pædagoger og pædagogmedhjælpere, og 1 pct. af medarbejderne er psykologer (650 årsværk på landsplan). Der er sket en vækst i antallet af psykologer i kommunernes tilbud med 65 pct. fra 2007-2011.

I 2011 anbragte kommunerne omkring 1.500 børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder blev angivet som en årsag til anbringelsen – heraf ca. 300, hvor ADHD blev angivet som årsag. Det svarer til 58 pct. af kommunernes samlede nyanbringelser. Der er sket et fald i nyanbringelser for børn og unge med psykiske vanskeligheder på 26 pct., hvilket svarer til den generelle udvikling på anbringelsesområdet. Det skønnes, at omkring 3.900 børn og unge med psykiske vanskeligheder modtog forebyggende foranstaltninger i 2011, og omkring 9.100 modtog familierettede, forebyggende foranstaltninger. Det skønnes, at niveauet stort set er stabilt fra 2007 til 2011.

Der er generelt store forskelle på kommunernes udgifts- og aktivitetsniveau på området for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Forskellene kan ikke direkte henføres til omfanget af børn og unge i kontakt med den regionale psykiatri, kommunestørrelse, demografi eller regionalt tilhørsforhold.

3.3.5

Den regionale psykiatri og praksissektoren

Den regionale psykiatri er en del af det samlede sundhedsvæsen, jf. sundhedsloven. Det betyder, at psykiatriens ydelser og personale er underlagt sundhedslovens regelsæt om patientrettigheder, behandlingsansvar, krav om kvalitet, dokumentation, forskning, uddannelse mv. F.eks. er den regionale psykiatri underlagt kvalitetskravene i "Den Danske Kvalitetsmodel" og akkrediteres i henhold hertil.

Den sundhedsfaglige indsats omfatter sundhedsfremme og patientrettet forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykiske lidelser. Indsatsen består af udredning af både psykiske samt evt. somatiske lidelser. I behand-

lingen kan indgå medicinsk behandling, psykoterapi og psykosociale metoder samt psykoedukation, miljøterapi, støtte, omsorg og rehabilitering. Den regionale psykiatri har herudover forskellige særlige opgaver, eksempelvis i forhold til retspsykiatri, som belyses i kapitel 9, og selvmordsforebyggelse, som indgår i kapitel 6.

De regionale psykiatrihospitaller omfatter både akutfunktioner (skadestuer), stationære åbne og lukkede sengeafdelinger samt ambulante og udgående funktioner. I den regionale psykiatri arbejdes der på samme måde som indenfor somatikken ud fra en national strategi om specialisering og samling af ydelser i større og fagligt mere bæredygtige enheder, jf. Sundhedsstyrelsen specialeplan.

I regionspsykiatrien er flere specialistfunktioner samlet og udbygget de senere år. Der er bl.a. sket en kraftig udbygning af de retspsykiatriske specialfunktioner samt en opprioritering af den ambulante psykiatri. De ambulante og lokalpsykiatriske enheder udgør krumtappen i den psykiatriske behandling og skal som sådan sikre kontinuitet og sammenhæng mellem indlæggelse og ambulante behandling.

Endvidere er der skabt en samling og integration af den stationære og ambulante behandling, så enhederne udgør integrerede dele af samme system, hvor flest mulige behandles ambulante. Indlæggelse understøtter den ambulante behandling og sker typisk i korte intensive behandlingsforløb med tæt ambulante opfølgning.

Som led heri varetages en meget stor del af den specialiserede diagnosticering samt den medicinske og terapeutiske, sundhedsfaglige behandling ambulante. Tilsvarende udgår den opsøgende behandling og hospitalsbaserede rehabilitering i forhold til målgruppen i meget vid omfang fra de ambulante enheder. Endelig varetages udsulning fra intensiv, stationær behandling af et ambulante tilbud med professionel sundhedsfaglig indsats. Omkring $\frac{3}{4}$ af behandlingsaktiviteten for målgruppen af patienter med psykiske vanskeligheder og psykiske lidelser er ambulante, og gennem årene er en stadig større del af indsatsen blevet omlagt fra stationære til ambulante tilbud.

De ambulante og lokale funktioner har mulighed for at modtage sundhedsfaglig konsulentbistand fra speciallæger og specialuddannet personale i de etablerede regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner fra psykiatriske hospitaler afhængigt af patientens diagnose og komplikationer, f.eks. patienter med skizofreni, bipolære lidelser, dobbelt diagnoser mv.

Kortlægningen⁶⁵ viser, at antal unikke patienter, der indlægges, er faldet fra 2001 til 2007, men at det herefter stiger igen. Antal patienter, der ses ambulante, har været stigende med 33 pct. fra 2001-2011.

I tabellen nedenfor vises med nogle nøgletal udviklingen i kapaciteten i voksenpsykiatrien. Som det fremgår, er der et stigende antal patienter, der modtager behandling. Antallet af sengedage er faldende, men antal udskrivelser er stigende, hvilket viser, at indlæggelserne er blevet kortere. Antal ambulante besøg er stigende.

65 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.*

TABEL 2

Udvikling i aktivitet i psykiatrien blandt voksne

Ydelse	2007	2008	2009	2010	2011
Patienter*	86.464	87.460	91.742	93.216	95.571
Sengedage	1.081.391	1.063.368	1.160.083	1.021.300	950.448
Udskrivninger	38.153	38.769	38.675	39.399	40.168
Ambulante besøg	732.950	718.694**	788.436	808.756	842.711

Kilde: Tabellen er udarbejdet af Danske Regioner på baggrund af rapportererne Regionernes Økonomi og nøgletal og Benchmarking af psykiatrien.

*Antal patienter er unikke patienter i ambulant og/eller stationær behandling.

** Aktivitetsfaldet i 2008 dækker over, at sundhedsområdet var ramt af overenskomstmæssig konflikt

I 2011/2012 udgjorde antallet af normerede sengepladser i voksenpsykiatrien, inkl. de retspsykiatriske sengepladser, således 2.746 senge, hvor antallet af psykiatriske heldøgnspladser i 2004 var ca. 3.500 samt ca. 1.500 deldøgnspladser.

Indenfor børne- og ungdomspsykiatrien blev ca. 93 pct. af børn og unge behandlet i ambulant regi, og kun 7 pct. under indlæggelse, ifølge Danske Regioners Benchmarking af psykiatrien fra 2009.

I tabellen nedenfor vises med nogle nøgletal udviklingen i kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien. Der ses samme tendenser i udviklingen som i voksenpsykiatrien.

TABEL 3

Udvikling i aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien

Ydelse	2007	2008	2009	2010	2011
Patienter*	14.608	16.503	18.788	21.050	22.788
Sengedage	64.120	62.308	60.948	60.778	53.067
Udskrivninger	1.393	1.619	1.466	1.450	1.427
Ambulante besøg	95.703	98.686	102.436	113.765	125.400

Kilde: Tabellen er udarbejdet af Danske Regioner på baggrund af rapportererne Regionernes Økonomi og nøgletal og Benchmarking af psykiatrien. Antal patienter er unikke patienter i ambulant eller stationær behandling.

*Antal patienter er unikke patienter i ambulant og/eller stationær behandling.

Der skal gøres opmærksom på, at økonomi og personaleressourcer indenfor den regionale psykiatri i det følgende er opgjort for perioden efter kommunalreformen, mens fremstillingen af den regionale behandlingsaktivitet afspejler perioden 2001-2011⁶⁶.

I den regionale **børne- og ungdomspsykiatri** udgjorde udgifterne i 2011 godt 1,1 mia. kr. Udgifterne har været stigende med 4,7 pct. per år i gennemsnit siden 2008, hvilket især kan forklares med øgede og permanentgjorte satspuljemidler. Alene satspuljeforliget for 2008 har øget bevillingen i 2011 med godt 200 mio.kr.

66 Opgørelsen af udgifter og personaleressourcer er kun opgjort efter kommunalreformen, med den begrundelse, at det er vanskeligt at sammenligne opgørelsesmetoder på tværs af regionerne før og efter reformen.

Det samlede personale udgjorde i 2011 ca. 1.700 årsværk og tegner et billede af at være uændret over en treårig periode. Den relative fordeling af personalegrupper har været meget konstant. Antallet af læger steg noget fra 2009 til 2010 og var omtrent uændret i 2011. Antallet af sygeplejersker er steget gennem perioden, mens antallet af pædagoger og socialrådgivere er faldet. Antallet af psykologer og fysio- og ergoterapeuter har været stort set uændret.

Antallet af patienter udgjorde i den regionale børne- og ungdomspsykiatri godt 21.000 i 2011. Det er en stigning på 165 pct., svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på ca. 15 pct. fra niveauet i 2001, hvor knap 8.000 patienter blev set i den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Hovedparten af behandlingsaktiviteten består af ambulante besøg, og kun ca. 5 pct. af patienterne indlægges. Der er sket en fordobling i antallet af ambulante besøg fra 2001 til 2011.

I den regionale **voksenpsykiatri** udgjorde udgifterne i 2011 godt 5,4 mia. kr. (ekskl. udgifter til retspsykiatriske specialafdelinger). Der er en overvægt af udgifter til stationære behandlingstilbud, som udgør 66 pct. Udgifterne er siden 2008 kun vokset begrænset med 0,5 pct. årligt, og skal ses i lyset af, at der bl.a. er sket en udvidelse af de specialiserede retspsykiatriske afsnit, som nu behandler patienter, der før blev behandlet i den almene voksenpsykiatri.

I perioden har der været stigende satspuljemidler øremærket psykiatrien, hvor bl.a. satspuljeaftalen fra 2009 løftede voksenpsykiatrien med 50 mio. kr., stigende til over 400 mio. kr. i 2012 som permanent tildeling. KREVI har ved brug af nøgletalsanalyser belyst sammenhængen imellem tilførte ressourcer, udviklingen i udgifter og aktivitet i den regionale behandlingspsykiatri i perioden fra 2003-2010, med særligt fokus på perioden fra 2007⁶⁷. KREVI's analyse af regionernes økonomi- og aktivitetsstyring viser bl.a., at formålene i satspuljeaftalerne på det psykiatriske område i overvejende grad stemmer overens med de mål og prioriteringer, der fremgår af regionernes psykiatriplaner. Undersøgelsen viser også, at de udmøntede satspuljebevillinger har virket som løftestang for prioriterede indsatser, som efterfølgende er videreført af regionerne.

Det samlede personale udgjorde i 2011 lige under 8.000 årsværk (eksklusiv retspsykiatriske specialafdelinger). Der er sket et svagt fald i den samlede personalemæssige kapacitet siden kommunalreformen, svarende til et fald på ca. 3 pct. (277 årsværk) siden 2009. Dette skal formentlig ses i sammenhæng med udvidelse af retspsykiatriske afsnit. Faldet er størst blandt social- og sundhedsassistenter, men der er også sket et fald i antallet af socialrådgivere, pædagoger og fysio- og ergoterapeuter. Der har været en mindre stigning i antallet af læger, psykologer og sygeplejersker i perioden.

Antallet af patienter udgjorde knap 93.500 i 2011. Det er en stigning på knap 25 pct. fra niveauet i 2001, hvor der var knap 75.000 patienter i den regionale voksenpsykiatri. Siden 2007 har væksten i antallet af patienter været lidt højere (9,8 pct. fra 2007 til 2011) end i den foregående fireårsperiode (7 pct. fra 2003 til 2007).

Hos **praktiserende speciallæger i voksenpsykiatri** udgjorde udgifterne i 2011 ca. 220 mio. kr., hvilket er en stigning på 67 pct. siden 2001. I 2011 blev der behandlet ca. 57.700 voksenpsykiatriske patienter. Det samlede antal besøg i speciallægepraksis udgjorde i 2011 ca. 235.000, hvilket kan sammenlignes med godt 750.000 ambulante besøg i den regionale psykiatri – forholdet mellem antal besøg i de to sektorer er

67 Krevi. 2011. Fra satspulje til psykiatri. Sammenhængen mellem satspuljebevillinger, udgifter og aktivitet.

således ca. 1:3. Siden 2001 er der sket en stigning på godt 50 pct. i antallet af ydelser og godt 30 pct. i antallet af besøg. Der er dog igennem de seneste år sket en udfladning, og i nogle regioner et fald.

Hos **praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri** udgjorde udgifterne i 2011 ca. 30 mio. kr., hvilket er en stigning på 180 pct. siden 2001. I 2011 blev godt 4.000 børn og unge behandlet i speciallægepraksis. I antallet af besøg af børn og unge i speciallægepraksis har der særligt været en kraftig stigning frem til 2009, hvorefter der er sket et samlet fald i antal besøg på næsten 20 pct.

Det har ikke været muligt at kortlægge kapaciteten og ressourceforbruget for mennesker med psykiske lidelser i **almen praksis**, da der ikke registreres diagnoser. Dog er udgifterne til samtalerapi opgjort til ca. 100 mio. kr. i 2011. Ydelsen *samtalerapi* anvendes ikke kun til mennesker med psykiske lidelser, ligesom en del mennesker med psykiske lidelser må formodes at få andre ydelser i almen praksis. Samtalerapi-ydelsen kan dog anvendes som indikator på omfanget, men vil formentlig undervurdere niveauet. En dansk auditundersøgelse viser, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig til deres praktiserende læge med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter⁶⁸.

Udgifterne til offentligt tilskud til hjælp hos **privatpraktiserende psykologer** med overenskomst med regionerne udgjorde i 2011 godt 210 mio. kr. I 2011 fik ca. 75.500 personer tilskud til psykologhjælp. Antallet af mennesker, som får tilskud til psykologhjælp, er vokset fra godt 43.000 i 2007, og der er sket en stigning i antallet af psykologer, der behandler efter overenskomst med regionen. Stigningen skyldes bl.a. indførelse af nye målgrupper for tilskudsordningen, herunder bl.a. personer med let til moderat angst og depression, der blev indført som følge af satspuljeaftaler. En evaluering har dog vist, at en stor del af patienterne ikke opfylder visitationskriteriet for let til moderat depression. Sundhedsstyrelsen har derfor i 2012 udsendt faglige retningslinjer for henvisning til psykologbehandling for angst og depression.

Antallet af patienter (børn og voksne), som får offentlig betalt behandling på **privathospital** er vokset fra 12 i 2007 til godt 1.500 i 2011, hvilket må formodes at hænge sammen med indførelsen af undersøgelses- og behandlingsrettigheder i psykiatrien.

3.3.6

Sammenfattende bemærkninger

Både i den regionale psykiatri og den kommunale indsats ses en udvikling mod **mindre indgribende indsatser**, som f.eks. ambulante behandling, udgående funktioner, støtte i eget hjem og inklusion i dagtilbud, folkeskole og fritidstilbud. Dvs. at udviklingen bevæger sig væk fra de mere indgribende tilbud som f.eks. indlæggelse, anbringelse og permanente botilbud, specialundervisning i særlige skoleformer mv.

Udviklingen skal ses i sammenhæng med den faglige udvikling på området, hvor bl.a. behandlingsteknologi- og metoder har udviklet sig, og muliggør en effektiv anvendelse af kapaciteten på alle niveauer for indsatserne. Udviklingen understøtter en recovery-orienteret tilgang, men kræver samtidig, at personalets kompetencer følger den faglige og kapacitetsmæssige udvikling.

68 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

Denne udvikling stiller samtidig krav om, at den recovery- og inklusionsrettede tilgang i indsatserne, og deres organisering, suppleres med et fastholdt både centralt og decentralt fokus på tilbud til den gruppe af mennesker med psykiske lidelser, som fortsat har brug for de mere indgribende og stationære indsatser.

På børne-, undervisnings og uddannelsesområdet er der sket en kraftig stigning i specialpædagogisk støtte på såvel ungdomsuddannelserne og de videregående uddannelser, samt i ydelsen af handicaptillæg og Studenterrådgivningens ydelser.

På beskæftigelsesområdet skønnes det, at ydelsesmodtagere med en psykisk lidelse udgør ca. 13,8 pct. af alle ydelsesmodtagere, og primært er modtagere af førtidspension, kontanthjælp og sygedagpenge. Det er vanskeligt at opgøre, hvor stor en del af udgifterne til den samlede beskæftigelsesindsats, der går til indsatsen for mennesker med psykiske vanskeligheder.

Udgifterne på det sociale område til indsatser for udsatte børn og unge er steget med 4 pct. fra 2007-2011. Dette dækker over en stigning frem til 2009 og et fald i udgifterne herefter. Det vurderes, at stigningen i de samlede udgifter bl.a. skal ses i lyset af en stigning i udgifter til forebyggende foranstaltninger. På det kommunale område er udgifterne til indsatsen over for voksenhandicappede mv., herunder også borgere med psykiske vanskeligheder, ligeledes steget frem til 2009, hvorefter der ses et fald i udgifterne. Udgifterne er forsøgt opgjort specifikt for gruppen af voksne med psykiske vanskeligheder, og der ses en stigning på 14 pct. fra 2007-2011, til trods for at der ses et mindre fald i udgifterne fra 2010-2011. Stigningen i de samlede udgifter skal hovedsageligt ses i lyset af en vækst i modtagere af socialpædagogisk støtte og tilbud efter støtte- og kontaktpersonsordningen.

Udgifterne til den regionale psykiatri er vokset over en årrække. Udgifterne i børne- og ungdomspsykiatrien er i gennemsnit steget med 4,7 pct. om året siden 2008, og udgjorde godt 1,1 mia. kr. i 2011. Denne stigning kan bl.a. forklares med øgede permanentgjorte satspuljemidler. Udgifterne på voksenområdet er vokset med 0,5 pct. årligt siden 2008 og udgjorde godt 5,4 mia. kr. i 2011. I perioden har der været stigende satspuljemidler til området, hvor bl.a. satspuljeaftalen fra 2009 løftede voksenpsykiatrien med 50 mio. kr. i 2009, stigende til over 400 mio. kr. i 2012 som permanent tildeling. Den begrænsede udgiftsudvikling skal dog ses i lyset af, at der er sket en udvidelse af de specialiserede retspsykiatriske afsnit, som nu behandler patienter, der før blev behandlet i den almene voksenpsykiatri.

Der er endvidere **variation i regioners og kommuners tilrettelæggelse af indsatsen og dermed udnyttelse af kapaciteten**. Denne variation skal ses i henhold til forskelle i befolkningsstørrelse og -sammensætning, antallet af patienter i behandling, prioriteringsmæssige forskelle, for så vidt angår økonomi til psykiatrien, behandlingens forløb, aktiviteten, herunder fordeling mellem ambulant og indlagt regi, arbejdstilrettelæggelsen, produktiviteten og brug af speciallægepraksis, hvor der f.eks. ses en skæv fordeling af praksisser på tværs af landet. Regionerne har dog i de seneste år arbejdet med landsdækkende pakkeforløb på det psykiatriske område.

Mellem kommunerne er der også store forskelle på både udgiftsniveau og sammensætning af tilbud. Forskellene skyldes til dels forskellige behov for indsatser og behandling, bygningsmasse, geografi mv., men også forskelle i serviceniveau og lokale – også politiske – prioriteringer mv.

Det er søgt analyseret, om der er en sammenhæng mellem regionernes og kommunernes kapacitet, således at f.eks. en stor kapacitet i den regionale psykiatri afspejler en mindre kapacitet i den kommunale sociale indsats og omvendt, men det har ikke været muligt at se nogen entydig sammenhæng.

Endelig har der været en markant vækst i antallet af **børn og unge**, der udredes og behandles i den regionale psykiatri, mens der ses en stigning i antallet af børn og unge med psykiske vanskeligheder, der modtager specialundervisning eller får foretaget en pædagogisk, psykologisk vurdering. Det bemærkes, at der er en meget stor forskel mellem regionerne i, hvor stor en andel af børn og unge, som ses i den regionale psykiatri. Forskellen spænder fra 0,9 pct. af alle børn og unge i Region Nordjylland til 2,7 pct. i Region Syddanmark. Sundhedsstyrelsen har vurderet, at det må forventes, at ca. 2 pct. af en børne- og ungeårgang kan have behov for et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien.

Det fremgår af udvalgets analyse af kapaciteten i den kommunale indsats, at børne- og ungdomsforvaltningerne og PPR efterspørger en lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand med henblik på at kvalificere henvisningen til udredning i den regionale psykiatri⁶⁹. Hermed sikres det, at ressourcerne i børne- og ungdomspsykiatrien målrettes de børn og unge, der har behov for sygehusets specialiserede indsats.

I forhold til kapaciteten til retspsykiatriske patienter bemærkes det, at udviklingen de senere år har været båret af kapacitetsudvidelse og øget specialisering. Denne udvikling gælder for samtlige regioner. Der henvises til kapitel 9 om retspsykiatri.

69 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

4

Udfordringer i indsatsen

Livet med en psykisk lidelse kan være forbundet med en række problemer og risici, bl.a. stigmatisering, risiko for ikke at gennemføre en uddannelse, sygemelding, arbejdsløshed, høj dødelighed mv. Stigmatisering, fordomme og oplevelse af udelukkelse fra sociale netværk, uddannelse, arbejdsmarked og fritidsliv udgør – oven i de konkrete symptomer, der følger af en psykisk lidelse – alvorlige barrierer for, at mennesker med psykiske lidelser kan bevare eller genvinde deres plads i samfundet. En undersøgelse fra 2012 viser, at 87 pct. af den danske befolkning mener, at det er mere accepteret at have en fysisk sygdom end en psykisk sygdom⁷⁰.

Der er over de seneste ti år sket en stigning i antallet af personer, der er diagnosticeret med en psykisk lidelse. Dette gælder særligt for børn og unge og personer med ikke-psykotiske lidelser som angst og depression. Herudover er der sket en kraftig stigning i antallet af retspsykiatriske patienter. Udviklingen i sygdomsbilledet og den teknologiske udvikling betyder, at der udredes og behandles flere sygdomme, herunder også psykiske lidelser. Dette indebærer en stor løbende udfordring i forhold til at sikre en effektiv prioritering og implementering af nye behandlingsmuligheder og indsatser, der skal ses i lyset af et begrænset økonomisk råderum. Hertil kommer udfordringer med knaphed på personaleresourcer, særligt speciallæger, på det psykiatriske område.

Den offentlige indsats for mennesker med psykiske lidelser på tværs af kommuner og regioner sigter, set i et bredt perspektiv, mod at forebygge, behandle og yde støtte, således at mennesker med psykiske lidelser så vidt muligt kan komme sig og leve et godt og meningsfuldt liv.

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er blevet styrket og udbygget igennem de senere år. På sundhedsområdet har regionerne igangsat en omstilling af psykiatrien med henblik på at øge kvaliteten i indsatsen, bl.a. med fokus på indførelse af pakkeforløb, centraliseret visitation og introduktion af øget styring. Endvidere er der i psykiatrien gennemført specialeplanlægning, som er med til at sikre grundlaget for en fagligt bæredygtig psykiatri. Herudover får mennesker med psykiske lidelser med aftalen om

⁷⁰ Sundhedsstyrelsen.2012. Én af os.

regionernes økonomi for 2014 samme rettigheder til hurtig udredning og behandling, som andre patienter i sygehusvæsenet.

I den sociale, kommunale indsats er der ligeledes gjort en række tiltag, som styrker indsatsen for mennesker med psykiske lidelser f.eks. i satspuljeaftaler om tilbud om psykologhjælp for børn og unge, efteruddannelse og støtte til botilbud⁷¹. Samtidig er der som følge af de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og kommunerne gjort en række tiltag for at styrke den faglige og økonomiske styring på det specialiserede socialområde. Kommunerne har desuden øget fokus på inklusion og har i stigende grad omlagt kapaciteten i tilbud til mennesker med psykiske lidelser fra længerevarende døgntilbud til mere fleksible og nære tilbud tæt på den enkeltes dagligdag med skole/uddannelse, venner, familie og fritidsaktiviteter.

På trods af, at indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er under udvikling, er der fortsat centrale udfordringer forbundet hermed og således et grundlag for at fokusere og forbedre den. Med dette kapitel beskrives de udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, som udvalget ser som væsentlige. Udfordringerne er udvalgt med udgangspunkt i kommissoriet og efter drøftelser i udvalget. Der er udvalgt 10 udfordringer, som naturligvis ikke dækker alle udfordringerne på området.

BOKS 5

De væsentligste udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

- Utilstrækkeligt fokus på tidlig indsats og rehabilitering.
- Behov for et ligeværdigt, åbent og inkluderende arbejdsmarked og uddannelsessystem.
- Ulighed i sundhed og levetid.
- Begrænset inddragelse af borger og pårørende som ressource i borgerens forløb.
- Utilstrækkelig sammenhæng og kontinuitet i indsatsen mellem sektorer og fagområder.
- Begrænset (tvær-)faglig konsensus og tendens til fokus på medicinsk behandling.
- Behov for fokus på kompetenceudvikling og efteruddannelse.
- Manglende brug af evidensbaserede metoder og utilstrækkelig forskning, dokumentation og effektmåling.
- Manglende reduktion i tvangsanvendelse.
- Mangelfuld planlægning og styring og grundlag for bedre ressourceanvendelse i regioner og kommuner.

I det følgende beskrives og udfoldes de 10 udfordringer. Rapportens øvrige kapitler beskriver udfordringerne mere indgående og indeholder forslag til, hvordan de bedst imødegås.

71 Regeringen. 2009. Styrket indsats for sindslidende – handlingsplan for psykiatri.

Utilstrækkeligt fokus på tidlig indsats og rehabilitering

- Utilstrækkeligt fokus på forebyggelse, tidlig indsats, inklusion og recovery øger risikoen for en stigning i antallet af borgere med psykisk lidelse og komplekse sociale problemstillinger.

Langvarig mistrivsel og psykiske vanskeligheder er medvirkende til udvikling af egentlige psykiske lidelser. Psykiske vanskeligheder i barndommen er forbundet med øget risiko for udvikling af psykiske og fysiske lidelser, sociale problemer samt indlæringsproblemer, som kan fortsætte i ungdomsårene og voksenalderen. Børn og unge med psykiske vanskeligheder oplever oftere mistrivsel i deres skoleforløb og har sværere ved at gennemføre skolegang og uddannelsesforløb⁷².

En ny dansk undersøgelse viser, at omkring 8 pct. af piger og 4 pct. af drenge i alderen 11-15 år har mere end fem tegn på mistrivsel (f.eks. at børnene angiver at være kede af det mere end én gang om ugen, at de ikke kan lide at gå i skole, og at de er pressede af skolearbejdet), hvilket ifølge undersøgelsen afspejler meget alvorlige trivselsvanskeligheder.

Der er endvidere dokumentation for sammenhængen mellem dårlig mental sundhed, bl.a. forårsaget af stressende belastninger, og udvikling af ikke-psykotiske lidelser som depression og angst⁷³.

I mange tilfælde opdages psykiske vanskeligheder og lidelser for sent, dvs. først, når vanskelighederne/lidelsen har medført en forringet tilværelse, sygemelding, frafald fra skolen m.m.

En tidlig og helhedsorienteret indsats kan gøre en forskel, så psykiske vanskeligheder ikke udvikler sig til en svær behandlingskrævende lidelse. En tidlig indsats fordrer bl.a., at de personer, der er i berøring med barnet og den unge i dagligdagen f.eks. i skolen, griber ind, hvis der er tegn på mistrivsel. Også sundhedsplejersken, der er i kontakt med familien og samtidig er placeret på skolerne, spiller en vigtig rolle i den forebyggende og tidlige indsats.

Almen praksis er i berøring med en stor del af befolkningen. Det vurderes, at omkring 500.000 mennesker hvert år henvender sig til sin praktiserende læge pga. symptomer på f.eks. angst og depression. Derfor har almen praksis en nøglerolle i forhold til den forebyggende og tidlige indsats.

Der er flere eksempler på indsatser, der har vist sig omkostningseffektive. Sundhedsøkonomiske analyser peger på, at forskellige indsatser kan betale sig på både kortere og længere sigt, og i særdeleshed når parametre udenfor sundhedssektoren, som uddannelse og beskæftigelse, medtages i beregningen⁷⁴. Det tyder på, at der f.eks. er særligt stort potentiale i indsatser som forældreuddannelse, stressforebyggelse på

72 Sundhedsstyrelsen. 2011. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*.

73 Borg V., Nexø M.A., Kolte I.V., Andersen M.F. 2010. *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Dalgard O.S., Mathisen K.S., Nord E., Ose S., Rognerud M., Aarø L.E. 2011. *Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Norske folkehelseinstituttet. Madsen H.M., Hvenegaard A., Fredslund E.K. 2011. Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Dansk Sundhedsinstitut.

74 Knapp M., McDavid D., Parsonage M. 2011. *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*, London School of Economics.

McDavid D., Park A. 2011. *Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project*, Health Promotion International. Vol. 26, No. S1.

McDavid D., Zechmeister I., Kilian R., Medeiros H., Knapp M., Kennelly B., the MHEEN Group. 2008.

Making the economic case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems, MHEEN II Policy Briefing.

arbejdspladsen samt opsøgende indsatser blandt ældre⁷⁵. Sundhedsstyrelsen har i 2012 udarbejdet en forebyggelsespakke om mental sundhed, der indeholder konkrete forslag til sundhedsfremmende indsatser, som erfaringer viser, virker, og indsatser til forebyggelse af mere udbredte psykiske symptomer. Formålet med forebyggelsespakkerne er at øge kvaliteten i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunerne og understøtte, at kommunerne anvender metoder, der virker.

Samtidig kan en tidlig, rehabiliterende indsats for mennesker med psykiske lidelser medvirke til, at man kan fastholde tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked samtidig med, at man er i behandling.

Behov for et ligeværdigt, åbent og inkluderende arbejdsmarked og uddannelsessystem

- Mennesker med psykiske lidelser og dårlig mental sundhed har stor risiko for at blive ekskluderet fra uddannelse, arbejdsmarked og samfundsliv, hvilket i sidste ende kan betyde et liv på offentlig forsørgelse og med ringere livskvalitet.
- Stigmatisering kan betyde, at psykiske lidelser opdages for sent, og dermed at den rette indsats i forhold til beskæftigelse, støtte og evt. behandling ikke sættes i værk i tide.

For at forebygge udvikling og forværring af psykisk lidelse er der behov for et stærkere fokus på ligeværdighed, tidlig indsats, recovery og inklusion af mennesker med psykiske lidelser i uddannelses-, arbejds- og hverdagsliv.

Mennesker med psykiske lidelser har som alle andre forventning og ønske om at kunne leve et så almindeligt hverdagsliv som muligt. Fastholdelse i uddannelse og arbejde har stor betydning for muligheden for at komme sig og muligheden for at kunne forsørge sig selv. Mennesker med psykiske lidelser har imidlertid stor risiko for at glide ud af uddannelse og arbejdsmarked. Således kan psykisk lidelse, som ikke bliver opdaget og behandlet i tide, føre til lidelse for den enkelte og de pårørende og kan samtidig indebære store direkte og indirekte tab i form af tabt arbejdsevne, sygemeldinger og pensioneringer.

Frafaldet på erhvervsuddannelser som f.eks. kok, mekaniker eller tømrer er betydeligt større end frafaldet fra de gymnasiale uddannelser. Frarafaldet på ungdomsuddannelserne og særligt erhvervsuddannelserne kædes ofte sammen med elevernes psykiske og sociale problemer og generelle trivselsproblemer blandt eleverne, men kan dog også hænge sammen med bl.a. lærepladssituationen, organiseringen af uddannelserne og dynamikken mellem lærere og elever⁷⁶. Initiativer for at nedbringe frafaldet på uddannelserne forventes at være et centralt element i en kommende reform af erhvervsuddannelserne. Regeringen vil i efteråret 2013 komme med et udspil til reform af erhvervsuddannelserne med henblik på efterfølgende politiske forhandlinger.

I forhold til arbejdsmarkedet peger den eksisterende viden på, at arbejde generelt fremmer bedring eller helbredelse, og at både personer med lettere og sværere psykiske lidelser kan få det væsentligt bedre, når de kommer ud på det ordinære arbejdsmarked⁷⁷. Psykiske lidelser er imidlertid fortsat et tabu på mange arbejds-

75 McDavid D., Park A. 2011. *Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project*, Health Promotion International. Vol. 26, No. S1.

76 Psykologisk Institut. 2013. *Fastholdelse af erhvervsskoleelever i det danske erhvervsuddannelsessystem*, <http://psy.au.dk/trafald/> Psykiatrifonden. 2011. *Psykiske problemer er den primære årsag til frafald på erhvervsuddannelserne*.

77 Arbejdsgruppe 1 under psykiatridvalget. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

pladser⁷⁸. Begrænset opmærksomhed og viden om, hvordan der kan ydes rimelig tilpasning af arbejdspladsen over for ansatte med psykiske lidelser, kan endvidere medføre, at den enkelte mister tilknytningen til arbejdsmarkedet i forbindelse med et sygdomsforløb.

Ankestyrelsens statistik om tilkendelser og afslag på førtidspensionsområdet viser bl.a., at næsten 50 pct. af de 16.000 personer, der i 2011 blev tilkendt en førtidspension, havde en psykisk lidelse. I 2003 var det knap 40 pct. For personer under 40 år var andelen steget til 75 pct. i 2011 fra 60 pct. i 2003. Blandt de 19-29 årige udgør andelen, som får tilkendt førtidspension, 82 pct., og en stor andel af disse har ikke været i forudgående, beskæftigelsesrettede aktiviteter⁷⁹.

Omkring to tredjedele af alle de pensioner, der tilkendes på baggrund af en psykisk lidelse, vedrører ikke-psykotiske lidelser, dvs. lidelser det ofte er muligt at behandle så effektivt, at sygdommen ikke skulle begrænse funktions- og arbejdsevne^{80 81}. En undersøgelse peger på, at omkring 50 pct. af alle langtidssygemeldte har en psykisk lidelse, mens langtidssygemeldinger sker på baggrund af en psykiatrisk diagnose i godt hvert fjerde tilfælde, svarende til 25,6 pct.⁸²

Regeringen har igangsat en række initiativer, der skal medvirke til, at især færre unge med f.eks. psykiske og sociale problemstillinger ender på førtidspension eller kontanthjælp. Det følger bl.a. af regeringens reformer på førtidspensions- og kontanthjælpsområdet, at borgere under 40 år skal tilbydes en helhedsorienteret, tværfaglig indsats i ressourceforløb med det formål at hjælpe den pågældende videre i livet og reducere behovet for førtidspension, kontanthjælp mv.

Stigmatisering kan få mennesker med psykiske lidelser til at benægte og skjule deres symptomer og problemer, til skade for tidlig diagnostik og effektiv behandling⁸³. Samtidig kan stigmatisering medvirke til social eksklusion og kan have konsekvenser for tilknytningen til uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet. Der er iværksat en række indsatser for at bekæmpe stigmatisering og øge inklusion af mennesker med psykiske lidelser. For eksempel medvirker kommunernes øgede fokus på inklusion i dagtilbud, i folkeskolen og i den sociale og beskæftigelsesmæssige indsats til at integrere mennesker med psykiske lidelser og vanskeligheder i samfundet. I regionerne holdes der åbent-hus-arrangementer på psykiatriske afdelinger, og regionernes PsykInfo'er deltager aktivt i indsatsen for oplysning og afstigmatisering. Satspuljepartierne har endvidere støttet landsdækkende informationskampagner bl.a. "En af os"-kampagnen, som er finansieret i samarbejde med Danske Regioner og Trygfonden, og som vil fortsætte til 2015.

78 Sundhedsstyrelsen. 2012. *En af os*.

79 Ankestyrelsen, 2012. *Ankestyrelsens statistik om tilkendelser og afslag på førtidspensionsområdet*.

80 Ankestyrelsens nøgletalsdatabase refererer til "Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet – Et debatoplæg" fra Danske Regioner m.fl.

81 Dog sammenligner et nyt, stort randomiseret forskningsforsøg ("Inklusion") det globale funktionsniveau (GAF, Global Assessment of Functioning) mellem mennesker med diagnosen angst eller depression og mennesker med skizofreni og viser, at for patienter med henholdsvis angst og depression, der er behandlet i sygehusregi, er funktionsniveauet lige så lavt (en GAF Score på 40-50), som hos unge med skizofreni i behandling i den regionale psykiatri.

82 Sogaard H.J.. 2007. *Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte*.

83 Arbejdsgruppe 2 under psykiatridvalget. 2012. Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder. "En af os"-kampagnen. 2013. <http://www.en-af-os.dk/Om%20kampagnen.aspx>

Ulighed i sundhed og levetid

- Der er behov for en styrket indsats for at mindske risikoen for somatiske sygdomme som følge af usund livsstil og bivirkninger fra medicin samt mindske risikoen for selvmord og ulykker. Disse faktorer medvirker til, at mennesker med psykiske lidelser har større risiko for at dø tidligere end andre mennesker.

Mennesker med psykiske lidelser har en betydelig højere dødelighed end mennesker uden, jf. kapitel 3. Og overdødeligheden er større i Danmark end i eksempelvis Finland og Sverige⁸⁴. Selvmordsforekomsten blandt mennesker med psykiske lidelser er 20 gange højere end i baggrundsbefolkningen, og mindst halvdelen af de, som dør ved selvmord, har tidligere været indlagt på en psykiatrisk afdeling⁸⁵. Ca. en tredjedel af overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser skyldes selvmord og ulykker, mens de øvrige to tredjedele skyldes naturlig død, hvor hjerte-kar-sygdomme udgør op mod halvdelen.

Størstedelen af de tabte leveår skyldes overdødelighed på grund af fysiske sygdomme. Dels har mennesker med vedvarende psykiske lidelser oftere en usund livsstil, særligt i form af rygning og alkohol, dels får de i flere tilfælde ikke tilstrækkelig behandling for fysiske sygdomme. Endelig er der bivirkninger til den medicinske behandling, som kan øge risikoen for hjertekarsygdomme, diabetes, hjertearytmi og pludselig død⁸⁶.

Mange mennesker med psykiske lidelser får medicinsk behandling, som gives i kombination med andre former for behandling som samtaleterapi, psykoedukation, adfærdsmæssige og miljømæssige tiltag samt aktiv inddragelse af pårørende. Forskning viser, at tilbagefaldsrisikoen for skizofreni inden for 6 måneder er 65 pct., hvis der ikke gives medicinsk behandling, 41 pct. hvis medicinsk behandling kombineres med samtaleterapi, og 9 pct. hvis pårørende inddrages hensigtsmæssigt, og der samtidig gives medicin⁸⁷.

Visse former for psykofarmakologisk behandling har mange bivirkninger, herunder alvorlige bivirkninger. En væsentlig bivirkning til antipsykotika er vægtøgning og er dermed en risikofaktor, der giver behov for bl.a. at følge vægten hos patienter i antipsykotisk behandling nøje. Trods risikoen for bivirkninger ved medicinen er der ikke altid tilstrækkeligt fokus på ikke-medicinske behandlingstilbud i både primær- og sekundær-sektoren⁸⁸. Undersøgelser viser, at over 80 pct. af pårørende finder, at den medicinske behandling fylder for meget i forhold til andre behandlingsformer (psykoterapi, fysisk aktivitet og lignende) og sociale tiltag⁸⁹.

Overdødelighed har store konsekvenser ikke alene for mennesket med psykisk lidelse, men også for de pårørende. For pårørende kan det være svært at være vidne til bivirkninger, herunder vægtøgning, træthed og metabolisk syndrom hos en nærtstående. Derfor er både den enkelte med psykisk lidelse og de pårørende interesserede i at sikre et godt helbred fysisk og psykisk trods medicinsk behandling.

Der er i Danmark allerede fokus på overdødelighed, forebyggelse af selvmord og bivirkninger ved medicinsk behandling. I de nye sygehusbyggerier lægges der stor vægt

84 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

85 Nordentoft M., Madsen T. 2011. *Høj selvmordsrisiko blandt psykiatriske patienter*, Ugeskrift for læger, 26. september 2011

86 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

87 McFarlane W.R. 2002. *Multiple family groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. Guilford Press

88 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

89 Jørgensen P., Bredkjær S.R., Nordentoft M. 2012. *Psykiatriens udfordringer.*

på, at psykiatrien ligger tæt forbundet med den somatiske del af sygehusene med henblik på at lette samarbejdet om de psykiatriske patienters fysiske sundhed. Tilsvarende indgår somatisk udredning og systematisk screening for KRAM-faktorer i de pakkeforløb, der er indført for den ambulante behandling af en række psykiatriske diagnoser. Med forskellige satspuljeaftaler og også med den seneste finanslovsaftale er der afsat midler henholdsvis til undersøgelse af bl.a. medicinske bivirkninger og livsstilens betydning for overdødelighed, til styrkelse af den forebyggende indsats i forhold til selvmord og til udvikling og formidling af metoder, der understøtter borgerens involvering i egen medicinsk behandling.

I specialevejledningerne for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri har Sundhedsstyrelsen fastsat selvmordsforebyggelse som en regionsfunktion, og alle regioner tilbyder en specialiseret behandlingsindsats over for selvmordstruede børn, unge og voksne – herunder hurtig opfølgning ved selvmordsforsøg⁹⁰. Endvidere er der en række frivillige organisationer, som har tilbud til selvmordstruede f.eks. Livslinien.

I forhold til forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme peger undersøgelser på, at mennesker med psykiske vanskeligheder i lige så høj grad som den øvrige del af befolkningen er motiverede for livsstilsændringer. Den nationale sundhedsprofil fra 2010 viser, at syv ud af ti borgere med psykiske vanskeligheder ønsker at kvitte cigaretterne, mens tre ud af fire med psykiske vanskeligheder ønsker at være mere fysisk aktive, og over halvdelen ønsker at spise sundere⁹¹. Kommunerne har ifølge sundhedsloven ansvaret for at skabe sunde rammer og etablere sundhedsfremmende tilbud. Sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejdet fordrer en tværfaglig indsats og opmærksomhed. Det gælder også i forhold til den kommunale sociale indsats, hvor der kan arbejdes med sunde rammer i botilbud og væresteder.

Begrænset inddragelse af borger og pårørende som ressource i borgerens forløb

- *Manglende inddragelse af borgeren og pårørende kan betyde, at indsatsen ikke tager udgangspunkt i borgerens behov, og at pårørende ikke anvendes som en ressource i indsatsen.*
- *Behov for en inddragende og moderne psykiatri med udgangspunkt i det hele menneske*

Aktiv inddragelse er afgørende for, at borgerens selvbestemmelse respekteres, men også i forhold til at understøtte, at den samlede indsats planlægges med udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer og dermed understøtter den enkeltes recovery-proces.

Både danske projekter og større udenlandske undersøgelser har vist, at inddragelse af borgeren er med til at skabe god kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Bedre informerede borgere udviser bedre efterlevelse af behandling, større tilfredshed med behandlingen samt bedre behandlingsresultater, og mennesker, som har en opfattelse af at have begivenhederne under egen kontrol, responderer bedre på behandling⁹². Derudover kan inddragelse af borgerens egne ressourcer i indsatsen, f.eks. i forhold til sygdomshåndtering, være med til at forbedre borgeres mulighed for at handle i eget liv og dermed understøtte recovery.

90 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.*

91 Socialstyrelsen. 2013. *Det gør en forskel – om livsstilsændringer i psykiatrien.*

92 Sundhedsstyrelsen. 2008. *Patientinddragelse – Mellem Ideal og Virkelighed.*

Kortlægningen af indsatsen i regioner og kommuner viser, at der er en udvikling i gang mod øget fokus på borgerinddragelse og recovery⁹³. Der er i såvel regioner som kommuner udviklet politikker for borgerinddragelse. Der er dog stor lokal variation mellem kommuner og regioner i anvendelse af metoder, tilbud m.m.

Af den seneste landsdækkende undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien (LUP-psykiatri), som blev offentliggjort den 30. april 2013, fremgår det, at mellem 90 og 95 pct. af borgerne svarer positivt i forhold til deres samlede oplevelse af forløbet i psykiatrien, herunder at borgerne generelt set føler sig tilstrækkeligt inddraget i eget behandlingsforløb.

Det er en positiv udvikling. Det er dog vurderingen, at der fortsat vil være behov for udbredelse af inddragelsesmetoder og inddragelsesformer, der kan understøtte aktiv borgerinddragelse og recovery.

Pårørende er vigtige samarbejdspartnere, der kan give uvurderlig hjælp og som på grund af deres særlige tilknytning har et stort engagement i forhold til borgeren. Pårørende kan spille en signifikant rolle i forhold til borgerens opnåelse af recovery.

En befolkningsundersøgelse viser, at 37 pct. af danskerne anser sig som pårørende til et menneske med psykisk lidelse, svarende til ca. 1,5 mio. danskere⁹⁴.

Forskning dokumenterer, at de pårørende er værdifulde samarbejdspartnere, og at information og støtte til familien kan forbedre forløbet af den psykiatriske lidelse. Et Cochrane Review fra 2010, der bygger på 53 randomiserede, kontrollerede undersøgelser, viser, at mennesker med psykiske lidelser har en reduceret risiko for tilbagefald på 45 pct. og en reduceret risiko for genindlæggelse på 22 pct., når de pårørende inddrages⁹⁵. Pårørendeinddragelse og undervisning bidrager endvidere til reduktion af den belastning, det i perioder kan være at være pårørende. Og endelig viser undersøgelser, at målrettet pårørendeinddragelse kan gøre patientbehandlingen mere omkostningseffektiv.

De landsdækkende tilfredshedsundersøgelser (LUP) indikerer, at der er mulighed for bedre inddragelse af og samarbejde med pårørende, særligt i voksenpsykiatrien.

Af den landsdækkende undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i den regionale psykiatri (LUP-psykiatri), fremgår det, at 94 pct. af forældre til patienter i børne- og ungdomspsykiatriens ambulatorier vurderer, at det samlede forløb for både deres barn og dem selv er enten godt eller virkelig godt.

De pårørende til voksne patienter vurderer ikke den samlede oplevelse af deres kontakt med den regionale psykiatri nær så positivt. Mellem 62 og 73 pct. af pårørende til voksne patienter, svarer positivt.

Der skal således fortsat prioriteres og arbejdes aktivt med at implementere regionernes pårørendepolitikker i praksis, herunder undervejs evalueres i forhold til eksempelvis barrierer og effekter af de konkrete tiltag.

Det Ethiske Råd er flere gange præsenteret for det synspunkt, at tavshedspligten er en hæmsko både i forhold til at inddrage de pårørende af hensyn til borgeren og for at støtte den pårørende selv. Bl.a. er det blevet nævnt, at de pårørende i mange tilfælde

93 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder*.

94 Epinion. 2008. *Befolkningsundersøgelse*. Udarbejdet for Bedre Psykiatri

95 Pharoah et al. 2010. *Family intervention for schizophrenia*.

ikke kan få oplyst, om den person, de er knyttet til, er indlagt på et givent hospital eller i hvilken tilstand personen er i.

En særlig udsat, men ofte tavs, gruppe af pårørende, er børn af forældre med en psykisk lidelse. Særligt for denne gruppe gør forholdet mellem at være en ressource og i risiko for selv at mistrives eller udvikle en psykisk lidelse en forebyggende og inddragende indsats nødvendig.

Utilstrækkelig sammenhæng og kontinuitet i indsatsen mellem sektorer og fagområder

- *Udviklingen i psykiatrien med øget specialisering og fokus på rehabilitering og inklusion stiller øgede krav om, at de involverede parter samarbejder om den enkelte borgers forløb.*
- *Indsatsen leveres i forskellige sektorer og indenfor forskellige fagområder, som ikke nødvendigvis arbejder efter samme metoder og mål for indsatsen. Det kan betyde, at der ikke ses helhedsorienteret på borgerens situation. En ukoordineret og usammenhængende indsats kan have negative konsekvenser for sygdomsforløbet og medføre, at borgeren ikke får den nødvendige støtte.*

Psykiske lidelser kan have en række sundhedsmæssige, sociale, uddannelsesmæssige og beskæftigelsesmæssige konsekvenser for den enkelte, der giver behov for en bred og tidlig indsats på tværs af fagområder og sektorer.

Det stiller store krav til koordination og samarbejde, at ansvaret ligger hos to myndigheder, og at indsatsen og tilbuddene leveres af mange aktører i kommunerne, på sygehusene og i praksissektoren. Begrænset indsigt i hinandens faglige kompetencer og tilbud, manglende inddragelse af borgeren og evt. pårørende, uklarhed om placering af ansvar for indsatsen, forskellige regelsæt og kulturer kan virke som barrierer for et sammenhængende forløb⁹⁶. For eksempel kan uklar arbejdsdeling og manglende samarbejde mellem den regionale lokalpsykiatri og den kommunale, sociale indsats skabe usikkerhed om, hvem der har ansvar og kompetence i den konkrete situation⁹⁷.

Herudover kan der være en udfordring forbundet med, at mennesker med psykiske lidelser har forskelligartede behov, også i løbet af et behandlingsforløb, f.eks. i forhold til behovet for en tværfaglig, koordineret indsats. For borgere med sværere psykiske lidelser, mindre stærke sociale netværk og andre sociale problemstillinger vil der ofte være behov for flere indsatser på tværs af sektorer, f.eks. den regionale psykiatri, den praktiserende læge, den kommunale, sociale indsats og beskæftigelsesindsatsen. For disse borgere er koordination, sammenhæng og samarbejde særdeles vigtigt for kvaliteten af indsatsen. I dag er der ikke en systematisk tilgang til samarbejdsmodeller for forskellige typer forløb. En gradueret indsats kan understøtte, at en omfattende indsats gives til de patienter, som har de mest komplekse tilstande og det største behov.

I forlængelse heraf kan borgere med komplekse problemstillinger og tværgående forløb opleve mange forskellige kontakter og adskilte indsatser i deres forløb, uden at der er én, som har det helhedsorienterede overblik. Der kan således for de komplekse forløb mangle en fælles plan for den tværgående indsats, hvor tilbuddene er tilrettelagt, så de understøtter hinanden og hænger sammen.

⁹⁶ Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.*

⁹⁷ KORA. 2012. Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien.

Herudover understøtter organiseringen ikke altid, at indsætterne gives samtidigt, selvom der er behov for det. Den såkaldte "stafetmodel", der tager udgangspunkt i overgange i et lineært forløb, hvor indsatsen foregår i én sektor ad gangen, er i dag udbredt i bestræbelserne på at sikre sammenhæng og koordination. Modellen er imidlertid mindre velegnet i forhold til koordinering af indsatsen for borgere med komplekse problemstillinger, der ofte vil have behov for flere samtidige indsætter.

Der er introduceret mange tiltag, forskellige metoder og samarbejdsmodeller for at løse udfordringen med sammenhæng. De er ofte opstået spredt og indenfor enkelte fagområder og sektorer, og dokumentation af samarbejdsmodellerne varierer. De mange forskellige tiltag giver risiko for parallelle og overlappende løsninger og tilbud, der f.eks. betyder, at borgeren i et forløb kan have mange kontaktpersoner og koordinatore. På trods af mange bestræbelser på at forbedre rammerne og metoderne for en sammenhængende indsats oplever mange borgere og pårørende ikke en tilstrækkelig sammenhængende og koordineret indsats.

Behovet for et bedre samarbejde i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser har været et gennemgående tema i udvalgets arbejde, på udvalgets debattmøder og i de tre konsulentundersøgelser, der er foretaget af kapaciteten i henholdsvis forebyggelsesindsatsen, den kommunale sociale indsats og den regionale psykiatri, hvor regioner og kommuner i alle tre undersøgelser påpeger, at kapaciteten kunne anvendes mere effektivt, såfremt samarbejdet mellem kommuner, regioner og praksissektor fungerede bedre⁹⁸.

Udvalget har endvidere i sit bidrag til evaluering af kommunalreformen peget på, at der fortsat er udfordringer med at få intentionerne i sundhedsaftalerne implementeret fuldt ud på det udførende niveau, og at praksissektoren ikke er tilstrækkelig integreret i et sammenhængende sundhedsvæsen. Derudover er der peget på fire fokusområder med særlige snitfladeproblematikker⁹⁹:

1. Sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats bl.a. mangelfuld kommunikation i overgangen fra sygehus til kommune, uhensigtsmæssige arbejdsgange på sygehus og i kommune og forskelle i opfattelse, terminologier og mål for indsats.
2. Samarbejde og sammenhæng om børn og unge mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatri særligt i forbindelse med udredningsforløb, herunder uklarheder og forskel i opfattelse af henvisningskriterier og opgavefordeling ml. kommune, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatri. Herudover manglende koordinering på tværs af forvaltninger og fagområder i kommunerne.
3. Samarbejde om patienter med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, hvor der er udfordringer med at skabe en klar arbejdsdeling og sikre tilstrækkelig koordination og samarbejde.
4. Samarbejde vedrørende beskæftigelsesindsatser for mennesker med psykiske lidelser mellem jobcentre og psykiatri, hvor ventetid til udredning i den regionale psykiatri og manglende fokus på psykiatriske lidelser i jobcentre giver udfordringer for samarbejdet. Endvidere en manglende inddragelse af praksissektoren.

98 Deloitte. 2012. Analyse af kapaciteten i psykiatrien. Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale sociale indsats* COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom*.

99 Økonomi- og Indenrigsministeriet. 2013. *Evaluering af kommunalreformen på psykiatrimrådet*.

I forhold til den mest specialiserede, sociale indsats – herunder for mennesker med psykiske lidelser – er der med evalueringen af kommunalreformen på socialområdet peget på et behov for en styrket koordination mellem kommunerne for at sikre, at der er det fornødne udbud af specialiserede, sociale tilbud og kompetencer.

Endelig er det i forbindelse med evaluering af kommunalreformen blevet påpeget, at der mangler incitamenter til understøttelse af en sammenhængende indsats, herunder mangler forpligtelse til samarbejde særligt i forhold til almen praksis.

Begrænset (tvær-)faglig konsensus og tendens til fokus på medicinsk behandling

- *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser i regioner og praksissektor er kendetegnet af en utilsigtet variation i udredning, behandling og organisering. Det betyder, at borgeren kan opleve at få behandling af forskellig kvalitet alt efter, hvor i landet borgeren er bosiddende.*
- *Endvidere har psykiatrien været præget af en tendens til at have fokus på medicinsk behandling.*

Behandling i den regionale psykiatri bygger ligesom på andre behandlingsområder på patientforløb med udgangspunkt i kliniske retningslinjer og faglige vejledninger. Den regionale psykiatri har dog samtidig været præget af en decentral styringskultur, hvor ledelserne for de enkelte afdelinger har haft en udstrakt frihed til at tilrettelægge metode og indhold i opgavevaretagelsen selvstændigt. Dette har bl.a. været muliggjort af en begrænset faglig og økonomisk styring og, sammenlignet med det somatiske sygehusvæsen, en begrænset evidens på området. Blandt læger og andre sundhedsfaglige og på tværs af organisatoriske enheder i den regionale psykiatri har der således været varierende opfattelser af, hvilken behandling der er den rette for sammenlignelige patienter. Konsekvensen er, at der i dag er stor utilsigtet variation i behandlingspraksis i den regionale psykiatri. For eksempel er der regionale forskelle i tilrettelæggelsen af indsatsen i forhold til metoder, økonomi, antallet af patienter i behandling, aktivitet, produktivitet mv.¹⁰⁰ Ligeledes er der forskel på, hvor stor en andel af patienterne, der udredes ved speciallæge, brugen af diagnostiske interviews, forskelle i brug af spørgeskema og mulighed for somatisk undersøgelse¹⁰¹.

Der er i øjeblikket en udvikling i gang mod en mere ensartet, høj kvalitet i behandlingen via fælles visitation, fælles regionalt udviklede pakkeforløb samt forberedende arbejde omkring udrednings- og behandlingsretten. Dertil er der igangsat udvikling af nationale, kliniske retningslinjer mv., hvilket udvalget finder positivt. Forskellene er dog stadig store, og den hidtidige begrænsede faglige styring er i udvalget nævnt som en væsentlig udfordring i forhold til at opnå en omkostningseffektiv behandling af høj og ens kvalitet over hele landet. Endelig kan manglende dokumentation i praksissektoren peges på som en udfordring i forhold til at sikre en god, effektiv og integreret behandling af patienterne – der er dog også her taget initiativer i retning af øget dokumentation.

Specifikt i forhold til kvaliteten i behandlingen er der i udvalget fremhævet et behov for en bredere behandlingstilgang, hvor der i behandlingsindsatsen er et helhedssyn på patienten, og hvor en bred vifte af behandlingsmetoder bringes i spil. Der har gennem de seneste 10 år været en tendens til, at psykiatrisk behandling har været

¹⁰⁰ Deloitte. 2012. *Analyse af kapaciteten i psykiatrien.*

¹⁰¹ Arbejdsgruppe 2 under psykiatrunderudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

set som enten psykoterapi eller medicinsk behandling, hvilket ikke vurderes hensigtsmæssigt¹⁰². Psykoterapi anvendes kun i begrænset omfang til patienter med psykoser på trods af, at der findes flere forskellige, evidensbaserede psykoterapeutiske metoder¹⁰³. I de faglige miljøer, særligt inden for voksenpsykiatri, har der været bekymring for, om denne tendens samtidigt har reduceret fokus på udvikling af basale færdigheder inden for samtaleteknik, kommunikation, empati og evnen til at opnå samarbejde og behandlingsalliance med patienten, som er nødvendige færdigheder inden for alle aspekter af psykiatrisk behandling¹⁰⁴.

Manglende brug af evidensbaserede metoder og utilstrækkelig forskning, dokumentation og effektmåling

- *Mangel på metoder med dokumenteret effekt i en dansk kontekst og varierende anvendelse af de metoder, der findes, udgør en udfordring i særligt den kommunale indsats, idet der er risiko for, at der utilsigtet bruges ressourcer på mindre effektfulde indsatser.*
- *Der er generelt behov for øget viden om effekten af indsatserne på det psykiatriske område, der kan sikre, at indsatsen er baseret på aktuelt bedste viden. Forskning i årsagsforhold, sygdomsmekanismer og recovery kan være med til at skabe bedre muligheder for kvaliteten i forebyggelse og behandling af psykiske lidelser og understøtte, at indsatserne tilrettelægges med fokus på borgerens recovery.*

Den kommunale, sociale indsats omlægges i stigende omfang fra mere indgribende til mindre indgribende tilbud, dvs. med øget fokus på forebyggende og midlertidige indsatser, der har til formål at sikre rehabilitering, så borgeren får mulighed for at leve et selvstændigt liv med mindre eller helt uden støtte. Der er dels tale om en kulturudviklingsproces, hvor omsorg og behandling tager udgangspunkt i et recovery-paradigme, dels en proces, hvor kommuner i stigende grad anvender effektfulde metoder med et rehabiliterende sigte i deres indsatser for mennesker med en psykisk lidelse.

En udfordring for den kommunale, sociale indsats er, at der især på voksenområdet kun findes få evidensbaserede og omkostningseffektive metoder afprøvet i en dansk kontekst, samt at udbredelsen af effektfulde metoder er varierende¹⁰⁵. I ca. halvdelen af kommunerne arbejder man systematisk med inklusion og recovery, men i flere kommuner er der ikke tale om brug af stringente, vidensdokumenterede metoder¹⁰⁶. Kommunerne bevæger sig i stigende grad mod større brug af evidensbaserede metoder i det socialfaglige arbejde, i det omfang de findes. I den forbindelse kan det være en særlig udfordring at skabe større fokus på virkningsfulde indsatser og borgeres udviklingsperspektiv hos leverandørledet.

Der er mellem regeringen og KL løbende drøftelse af udviklingen på socialområdet med fokus på klare mål for indsatsen, øget vidensopbygning og udbredelse af metoder, der virker i forhold til voksne og familier med børn og unge med psykiske vanskeligheder, ligesom der i kommunerne er en udvikling i gang mod øget dokumentation.

102 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

103 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

104 Jørgensen P., Bredkjær S.R., Nordentoft M. 2012. *Psykiatriens udfordringer.*

105 Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale sociale indsats.*

106 Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale sociale indsats.*

Yderligere findes kun begrænset national dokumentation om målgruppen af borgere med psykiske lidelser, som modtager en social indsats, selvom der er en udvikling i gang mod øget dokumentation. I den kommunale, sociale indsats foretager den enkelte kommune registreringer til eget brug i sagsbehandlingen og til styring af tilbuddenes kapacitet og tildeling af hjælp til borgerne. De nationale registre indeholder imidlertid i dag udelukkende overordnede data af mere summarisk karakter, som ikke kan anvendes til monitorering. Der er således på nuværende tidspunkt et begrænset overblik over de konkrete indsatser og tilbud i kommunerne, idet der ikke indsamles individbaserede data i et centralt register.

Regeringen og KL blev i december 2011 enige om en aftale om dokumentation på handicapområdet. Aftalen indebærer bl.a., at kvaliteten og validiteten af den nationale dokumentation styrkes via opgørelser på individniveau, og at det fælles begrebsapparat, der er udviklet i regi af Digitaliseringsprojektet på handicap og udsatte voksenområdet, udbredes. Ifølge aftalen vil der bl.a. blive indberettet på målgrupper, herunder i forhold til mennesker med psykiske lidelser, samt for flere af de ydelser, der normalt gives til mennesker med psykisk lidelse, f.eks. §§ 85, 107 og 108.

Hvis kommunerne skal lykkes med at flytte fokus fra meget indgribende til mindre indgribende og forebyggende indsatser, så er det centralt, at der sker en prioritering af indsamling og formidling af viden og igangsættelse af ny, praksisnær forskning, herunder følgeforskning, som kan understøtte kommunernes arbejde i takt med, at kommunerne (videre-)udvikler deres tilbudsvifte.

På børne- og ungeområdet er der midler til rådgivning, igangsættelse og implementeringshjælp fra Socialstyrelsen til de kommuner, der ønsker at implementere ét af pt. seks udvalgte evidensbaserede familieprogrammer.

Det kommunale sundhedsområde har ligesom den sociale indsats været kendetegnet af mangel på evidens og begrænset anvendelse af den evidens, der findes. Sundhedsstyrelsen har udgivet en forebyggelsespakke om mental sundhed, som samler den eksisterende, evidensbaserede viden. Forebyggelsespakken er under implementering i kommunerne¹⁰⁷.

Viden om effekten af indsatserne på psykiatriområdet, gældende både på sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, kan bidrage til, at indsatserne er baseret på den bedste, aktuelle viden. Der mangler forskning fokuseret på effekt af forskellig tilrettelæggelse af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser (sundheds-tjenesteforskning), forskning om forebyggelse og forskning i omsætning af indhentet viden til anvendelse i praksis (implementeringsforskning). Forskning i og viden om de komplekse sygdomsmekanismer, der er involveret i udviklingen af de psykiske sygdomme (grundforskning), er endvidere en forudsætning for bedre og mere effektive forebyggelses- og behandlingsmetoder.

Forskning kan samtidig højne psykiatriområdets anseelse, f.eks. må det antages at kunne stimulere rekrutteringen af bl.a. speciallæger til specialerne. Specialeplanlægningens vægt på fagligt stærke og bæredygtige miljøer understreger yderligere behovet for forskning.

107 COWI.2012. Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.

Behov for fokus på kompetenceudvikling og efteruddannelse

- *Kompetencer hos personalet er afgørende for sammenhæng og kvalitet i indsatsen for og med mennesker med psykiske lidelser.*

Medarbejdere på psykiatriområdet er den vigtigste ressource. Personalets faglige, personlige og etiske kompetencer er afgørende for, at den samlede indsats med borgeren i centrum lykkes bedst muligt.

Det er afgørende, at en bred sammensat personalestab bidrager til den samlede opgaveløsning med hver deres specifikke kompetencer, men også at personalet besidder tværfaglig kompetencer og kan samarbejde på tværs.

Løbende kompetenceudvikling og faglig opkvalificering gennem efteruddannelse med afsæt i nyeste viden vil gavne det psykiatriske område som arbejdsfelt og ikke mindst højne kvaliteten i indsatserne for patienten – herunder i forhold til omstilling til recoveryorienteret rehabilitering.

Kompetenceudvikling og efteruddannelse er vigtigt både i forhold til at sikre bedst mulig anvendelse af specialiserede kompetencer f.eks. speciallæger, men også i forhold til at løfte kvaliteten generelt i indsatsen, bl.a. i forhold til nedbringelse af tvang.

Manglen på speciallæger er en udfordring. Mangelsituationen skærper således kravene til en effektiv tilrettelæggelse af patientforløbene og til en vurdering af mulighederne for opgaveglidning. En forudsætning for opgaveglidning er, at der gennemføres den nødvendige opkvalificering af de involverede faggrupper med henblik på at sikre høj kvalitet i opgaveløsningen. Opgaveglidningen kan bl.a. ske til yngre læger, specialpsykologer og specialuddannede sygeplejersker.

Social- og sundhedsassistenter udgør den næststørste personalegruppe i voksenpsykiatrien, og det er således vigtigt, at der også er fokus på kompetenceudvikling af denne gruppe, bl.a. uddannelsesmuligheder som en del af ansættelsen eller specialkurser i forhold til recovery, så målsætningen om en mere recoveryorienteret psykiatri kan indfris.

Manglende reduktion i anvendelse af tvang

- *På trods af flere nationale projekter om nedbringelse af tvang er det ikke lykkedes at nedbringe andelen af indlagte patienter, som udsættes for tvang. Det er en væsentlig udfordring, at de gode resultater fra projekterne ikke er fastholdt, idet tvang er yderst indgribende for den enkelte patient og for det personale, som skal udøve tvangen.*

Andelen af indlagte patienter i psykiatrien, som udsættes for tvang, har de seneste 10 år været nogenlunde konstant på trods af, at der har været introduceret flere nationale projekter om nedbringelse af tvang. Disse projekter har vist, at anvendelsen af tvang kan nedbringes, når der er fokus på tvangsansøgning, men fokus og dermed de gode resultater er ikke blevet fastholdt. Det kan dog være nødvendigt at anvende tvang i behandlingen af patienter med psykiske lidelser – både for at sikre den relevante behandling og for at beskytte patienten eller andre mod fare.

Det er vigtigt at påpege, at en meningsfuld drøftelse af nedbringelse af tvang forudsætter, at der skelnes mellem de forskellige typer af tvang. Eksempelvis er indikationerne for at anvende de forskellige tvangsforanstaltninger ikke ens, hvilket bl.a. kan betyde, at det ikke er givet, at de samme indsatser nedbringer de samme former for tvangsansøgning, ligesom nedbringelse af én type tvang ikke nødvendigvis fører til nedbringelse af andre typer af tvang. For eksempel kan nedbringelse af bæltefikseringer føre til øget brug af fastholdelse eller tvangsmedicinering.

Inden for servicelovens rammer er der mulighed for undtagelsesvist og under visse nærmere angivne betingelser at anvende magt over for personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, samt over for børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet.

Regeringen og regionerne har igennem en årrække haft fokus på nedbringelse af anvendelse af tvang gennem metodeafprøvning og kvalitetsprojekter med fokus på nedbringelse af tvang. Regionerne har desuden sat et mål om at reducere brugen af tvang med 20 pct. over tre år i perioden 2011-2013. Også kommunerne arbejder med nedbringelse af magtanvendelse i den kommunale, sociale indsats.

Mangelfuld planlægning og styring og grundlag for bedre ressourceanvendelse i regioner og kommuner

- *De økonomiske udfordringer, udviklingen i behandlingsmuligheder og udviklingen i efterspørgslen efter behandling og støtte betyder, at der kontinuerligt er behov for at anvende ressourcerne i indsatsen bedst muligt – såvel indenfor sektorer og myndigheder som mellem sektorer og myndigheder. Der er grundlag for en bedre planlægning, styring og ressourceanvendelse i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.*
- *Der er behov for, at incitamentet i højere grad understøtter sammenhængende forløb, god faglig kvalitet og patientinddragelse.*

Både regioner og kommuner skal i de kommende år kunne skabe bedre og tilstrækkelige ydelser i en situation med økonomiske udfordringer og et stigende behov for og forventning om sundheds- og velfærdsydelser. I de seneste 10 år er der sket en markant vækst i antallet af børn og unge, der modtager støtte og/eller udredning/ behandling for psykiske lidelser. Dette gælder særligt i forhold til behandling i børne- og ungdomspsykiatrien med en årlig vækst på omkring 15 pct. de seneste 10 år¹⁰⁸. På voksenområdet viser udviklingen også en stigende tendens, der dog ikke er så markant som på børne- og ungeområdet med undtagelse af det retspsykiatriske område, hvor der er en kraftig vækst.

Udviklingen stiller krav til en bedre anvendelse af ressourcerne på området og et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus på styring. Det er i udvalgsarbejdet blevet belyst, at der både i kommuner og regioner er et godt grundlag for en bedre udnyttelse af ressourcer og kapacitet på området. Det kan bl.a. ske gennem forebyggende og tidlige indsatser, hvor behandling og støtte gives på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau, omlægning til mindre indgribende og ambulante indsatser, øget fleksibilitet i opgavevaretagelsen generelt og mellem faggrupper samt øget borger- og pårørendeinddragelse mv.¹⁰⁹

En tidlig og fleksibel indsats kan eksempelvis reducere behovet for sygehusbehandling og sikre, at borgerne får tilbud, der ikke er mere specialiserede end nødvendigt og så tæt som muligt på borgerens hverdag. Dette kan samtidig medvirke til at understøtte borgerens recoveryproces. På samme måde kan pakkeforløb og forløbsprogrammer, som regioner og kommuner i nogen grad allerede arbejder med, fremme sammenhæng og effektivitet i borgerens forløb.

108 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

109 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Det har i den forbindelse været drøftet i udvalget, hvorvidt arbejdsdelingen mellem kommuner, praksissektor og regioner er klar nok, og hvorvidt kapaciteten tilrettelægges hensigtsmæssigt, og om samarbejdet mellem sektorerne er godt nok. Det er i udvalget påpeget, at planlægningen af kapaciteten i højere grad kunne koordineres og tænkes sammen. Det gælder både i forholdet mellem kommuner og regioner, mellem praksissektor og regioner og kommuner, internt i regioner og internt kommuner mv. Samtidig er det væsentligt, at de kommunale og regionale forvaltninger har fokus på økonomisk og faglig styring i forhold til decentrale enheder og leverandører og har redskaber og tilskyndelse til at sikre effektive indsatser.

En væsentlig kapacitetsmæssig udfordring er knaphed på speciallæger særligt i voksenpsykiatrien, og den seneste prognose viser, at manglen på speciallæger i psykiatrien vil fortsætte i de kommende år¹¹⁰. Derfor står regionerne over for en udfordring med at rekruttere kvalificeret personale og har bl.a. på den baggrund oprettet en uddannelse til specialpsykolog i psykiatri og taget initiativer mod øget fleksibilitet i opgavevaretagelsen mellem faggrupper.

Endvidere er der fortsat en ventetid på landsplan mellem 40-50 dage til behandling i den regionale psykiatri¹¹¹, mens ventetid til specialiseret behandling i psykiatrien f.eks. OPUS, som er et tidligt interventionstilbud for unge med debuterende skizofreni, kan være væsentligt længere¹¹². Også i speciallægepraksis er ventetiden betydelig¹¹³. Der er i udvalget peget på, at ventetiden udfordrer samarbejdet mellem bl.a. jobcentre og den regionale psykiatri, ligesom der er peget på, at der er risiko for en ineffektiv anvendelse af ressourcerne, hvis borgere uden for psykiatriens målgruppe bliver henvist.

Der er i forbindelse med udvalgets arbejde endvidere peget på, at det er en udfordring, at incitamenterne ikke i høj nok grad understøtter ønsket om bedre sammenhæng i indsatsen og øget borger- og pårørendeinddragelse. I en gennemgang af incitamenter på sundhedsområdet¹¹⁴ påpeges en række incitamentsmæssige udfordringer med den nuværende aktivitetsstyring i sundhedsvæsenet generelt, herunder at honoreringssystemerne i almen praksis og på sygehusområdet ikke tilskynder tilstrækkeligt til sammenhængende forløb og kvalitet. Selvom den statslige, økonomiske styring på psykiatriområdet ikke på samme måde som i somatikken har et aktivitetsmæssigt element, har disse udfordringer også en relevans i forhold til den lokale styring på psykiatriområdet.

Svag dokumentation af effekt på det sociale område vanskeliggør endvidere kommuners muligheder for at styre og tilrettelægge opgaver og ydelser på en omkostnings-effektiv måde samtidig med, at den samlede viden om kvalitet og mulighederne for at sammenligne tilbud og ydelser begrænses. Det betyder bl.a., at der kan være stor forskel i kvaliteten og effekten af den indsats, der leveres, hvilket igen kan betyde, at borgeren ikke får den støtte, der er behov for, eller at kommunerne utilsigtet bruger ressourcer på metoder og indsatser, der er mindre virkningsfulde. Den begrænsede viden om kvalitet og indhold kan ligeledes være en barriere for at skabe optimale, sammenhængende forløb.

110 Sundhedsstyrelsen. 2013. *Lægeprognose. Udbuddet af læger og speciallæger 2012-2035.*

111 Tal fra Statens Seruminstitut

112 Jørgensen P., Bredkjær S.R., Nordentoft M. 2012. *Psykiatriens udfordringer.*

113 Jørgensen P., Bredkjær S.R., Nordentoft M. 2012. *Psykiatriens udfordringer.*

114 Udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet. Maj 2013.

5

Ramme og retning for indsatsen

Udvalget har drøftet de værdier, der bør danne retning og ramme for hele tilgangen til psykiatriområdet. I dette kapitel beskrives de værdier, som bør udgøre den nye ramme og retning for indsatsen. Kapitlet giver dermed det værdimæssige udgangspunkt for de øvrige kapitler i rapporten, hvor udvalget kommer med forslag til, hvordan indsatsen for mennesker med psykiske lidelser tilrettelægges og gennemføres bedst muligt.

Der er i udvalget lagt særlig vægt på, at mennesker med psykiske lidelser ikke må opfattes som "værende sin lidelse", men i alle sammenhænge og på tværs af sektorer og fag er og opfattes som et *menneske* med en psykisk lidelse. Herudover er det væsentligt, at mennesker med psykiske lidelser ikke betragtes som kronisk syge, men at der i højere grad fastholdes fokus på muligheden for at komme sig og have et aktivt liv med deltagelse i det "almindelige" samfundsliv.

Det er målet, at den nye ramme og retning vil komme til at udgøre et nyt fundament i indsatsen og således vil indgå i det daglige arbejde med mennesker med psykiske lidelser og deres netværk og i tilrettelæggelsen af samarbejdet om og med den enkelte om dennes forløb. Indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser mangler desværre ofte sammenhæng og helhedssyn på borgeren og de pårørende. At ændre dette stiller store krav til, at der i den offentlige indsats på alle niveauer og med stor ledelsesmæssig fokus og prioritet arbejdes aktivt indenfor denne samlende ramme og fælles retning.

Den nye ramme og retning skal understøtte en gradvis ændring af holdningen til mennesker med psykiske lidelser i samfundet, i medierne, på arbejdspladser mv. Mennesker med psykiske lidelser har typisk ikke samme vilkår som mennesker med andre lidelser, fordi de – udover at have de udfordringer, selve lidelsen forårsager – stigmatiseres på grund af tabu, uvidenhed og tavshed omkring psykiske lidelser. En generel holdningsændring i samfundet stiller bl.a. krav til beslutningstagere, interesseorganisationer, fagpersoner og enkeltpersoner, der deltager i den offentlige debat.

Udvalget finder det væsentligt, at den faglighed, som ledere og personale på jobcentre, i folkeskolen, på bosteder, på sygehuse, hos praktiserende læger mv. udviser hver dag

respekteres, og at den store indsats der ydes, for og sammen med mennesker med psykiske vanskeligheder eller lidelser, anerkendes. Både i regioner og kommuner har det professionelle personale i stigende grad fokus på recovery som retningsgivende udgangspunkt for deres indsats.

I dag er der dog stadig store forskelle på værdier, kulturer og menneskesyn i tilgangen til mennesker med psykiske lidelser, og der er i udvalget et ønske om, at dette skal være anderledes. For at beskrive grundlaget for et fælles udgangspunkt for indsatsen har udvalget undervejs i arbejdet drøftet den værdimæssige ramme og retning for den fremtidige tilrettelæggelse af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – både internt på udvalgets møder og eksternt bl.a. på udvalgets to debatmøder. Det er resultatet af disse drøftelser, der præsenteres i dette kapitel.

Den nye ramme og retning er relevant, uanset om behovet er en sundhedsfaglig, socialfaglig, beskæftigelsesmæssig, uddannelsesmæssig eller pædagogisk indsats.

5.1

Det hidtidige grundlag

Der har tidligere været arbejdet med at beskrive værdier, kulturer og menneskesyn i indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser. I 2005 kom det fælles nationale værdigrundlag for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser¹¹⁵. Brugere, pårørende og professionelle blev dengang enige om, at følgende tre værdier skulle være gennemgående i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser i Danmark:

- Respekt
- Faglighed
- Ansvar

Sundhedsstyrelsen udgav i 2009 rapporten "National Strategi for Psykiatri", som bl.a. satte fokus på:

- At styrke muligheden for at blive helbredt eller så rask og velfungerende som muligt.
- At sikre let tilgængelig, tilstrækkelig og effektiv diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning af høj kvalitet og med højst mulig inddragelse af og respekt for det enkelte menneskes autonomi og selvbestemmelse.

Myter og fordomme i forhold til psykiske lidelser har en selvstændig stor betydning i forhold til at forringe bedringsmuligheder, livskvalitet og inklusion for personer, der rammes af sygdom, og kan forsinke, at personer opsøger og/eller får den rette hjælp i tide.

Det er af stor betydning, at både de professionelle, borgeren selv og de pårørende er meget bevidste om at undgå, at sygdomsidentiteten bliver altdominerende. Erfaringsmæssigt rummer dette en oplagt risiko for selvstigmatisering som en yderligere ekskluderende faktor med tilbagetrækning fra social kontakt og anden aktiv deltagelse i samfundslivet til følge.

Landskampagnen for afstigmatisering "EN AF OS" har netop til formål at skabe mindre

¹¹⁵ "Fælles værdier i indsatsen for mennesker med sindslidelse" er udarbejdet på baggrund af en folketingsbeslutning og blev udgivet af Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. En bred vifte af interessenter fra den sociale sektor og sundhedssektoren var involveret i udarbejdelsen af det fælles værdigrundlag.

frygt, færre tabuer og fordomme, samt fremme mulighederne for inklusion og bekæmpe diskrimination. Kampagnen arbejder med fem indsatsområder: Arbejdsmarked, personale, unge, befolkning og medier samt brugere og pårørende. I regi af "EN AF OS" kampagnen vil regionerne, ultimo 2013, sætte en kampagne i gang målrettet den regionale psykiatris medarbejdere, som skal mindske stigmatisering i indsatsen¹¹⁶. Det forventes, at en lignende kampagne skal igangsættes i forhold til medarbejdere i den kommunale sociale indsats.

5.2

Den fremtidige retning og ramme

Den nye retning og ramme for den fremtidige indsats for mennesker med psykiske lidelser tager afsæt i det hidtidige arbejde med værdier, kultur og menneskesyn.

Alle mennesker har behov for at have indflydelse på eget liv og mulighed for at forbedre og ændre på praktiske, fysiske, sociale og personlige forhold i tilværelsen. Indsatsen bør derfor altid tage udgangspunkt i den enkelte og fokusere på den enkeltes muligheder frem for begrænsninger og på det hele menneske frem for på lidelsen alene. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser skal ligestilles med indsatsen for mennesker med fysiske lidelser. Medmenneskelighed, åbenhed, dialog og inddragelse af borgeren, pårørende og netværk samt fokus på borgerens samlede forløb, også på tværs af sektorer, skal således være bærende elementer i den indsats, der ydes.

I det følgende beskrives de centrale elementer, som skal indgå i den nye retning og ramme for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser:

- Rettigheder, selvbestemmelse og respekt.
- Åbenhed – inddragelse, dialog og samarbejde.
- Recovery, rehabilitering og fleksibilitet.
- Inklusion og deltagelse.

5.2.1

Rettigheder, selvbestemmelse og respekt

Selvbestemmelse og respekt er fundamentalt for alle mennesker – også mennesker med psykiske lidelser. Indsatsen bør i så vid udstrækning som muligt bero på lydhørhed over for den enkeltes ønsker og behov. Indsatsen skal også tage hensyn til den enkeltes autonomi og mulighed for at leve så selvstændig en tilværelse som muligt på egne præmisser og med vægt på egen oplevelse af livskvalitet.

FN's handicapkonvention har til formål at sikre, at personer med et handicap kan få fuldt udbytte af alle menneskerettigheder og grundlæggende frihedsrettigheder samt at fremme respekten for selvbestemmelse hos personer med et handicap, herunder personer med langvarig, psykisk funktionsnedsættelse. Danmark ratificerede konventionen i 2009.

Handicapkonventionen fastlægger bl.a., at deltagerstaterne skal tage alle passende skridt til at sikre, at der tilvejebringes rimelig tilpasning for at fremme lighed og afskaffe

¹¹⁶ Strategi for EN AF OS, <http://www.en-af-os.dk/Om%20kampagnen.aspx>

diskrimination. I dansk ret er det et fundamentalt princip, at alle mennesker er lige for loven, hvorfor personer med et handicap eller langvarig sygdom har samme rettigheder og beskyttelse efter loven som andre borgere. Der er eksempelvis i lov om forbud mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet mv. en bestemmelse om, at mennesker med et handicap har ret til "rimelig tilpasning", hvilket vil sige, at arbejdsgiveren er forpligtet til at træffe de hensigtsmæssige og rimelige foranstaltninger og tilpasninger, der er nødvendige for, at medarbejderen kan fungere på arbejdspladsen.

I forholdet mellem mennesker med psykiske lidelser og det professionelle personale er det væsentligt, at der er fokus på samarbejde, selvbestemmelse og gensidig respekt i en rehabiliterende indsats. Det er i denne sammenhæng vigtigt, at de professionelle oplever at have indflydelse på egen arbejdsituation og at have de nødvendige kompetencer for at kunne håndtere de faglige og personlige udfordringer, som forudsættes for at kunne arbejde rehabiliterende.

Dét at have ansvar for en indsats for mennesker med psykiske lidelser er noget særligt, og det kræver relevante, faglige kompetencer og ansvarlighed, hvilket igen stiller store krav til etiske og faglige standarder. De professionelle, som formår at yde denne indsats, har ligeledes krav på at opleve respekt – i arbejdsituationen, i samfundslivet generelt og i den offentlige debat. Ledere og professionelle på tværs af de forskellige sektorer og fagligheder bør også opleve respekt for deres indsats.

Der må gøres op med en tankegang, hvor der tales om "dem" og "os". Indsatsen i én sektor er ikke bedre for det involverede menneske end den samlede indsats og det samlede forløb. Der bør være respekt for og tillid til arbejdsmetoder og tilgange i såvel den sundhedsfaglige, den socialfaglige, den beskæftigelsesrettede og den uddannelsesrettede del af forløbet. I de forskellige faser er der forskellige behov, og det er derfor naturligt, at professionelle på tværs af sektorer ikke har helt samme fokus. Men det er vigtigt, at der er respekt for hinandens arbejde, tillid til de forskellige fagligheder, og at alle gør en dyd ud af at binde forløb sammen og arbejde ud fra det samme udgangspunkt og med fælles mål, sammen med borgeren.

5.2.2

Åbenhed – inddragelse, dialog og samarbejde

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser bør altid bygge på åbenhed, det vil sige inddragelse, dialog og samarbejde i forhold til både den enkelte og dennes familie og øvrige netværk.

En tilgang i forhold til dette udgangspunkt er eksempelvis 'Åben Dialog', som er en aktivt inkluderende, ligeværds- og dialogbaseret tilgang til indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Præmissen er, at mødet mellem mennesket, netværket og de professionelle skal ske tidligt i forløbet og i øjenhøjde. Det enkelte menneske og dets netværk er udgangspunktet og af stor betydning for planlægningen af indsatsen.

Inddragelse af familie og det øvrige netværk bør i alle dele af indsatsen ske med afsæt i den enkeltes ønsker og behov. Netværket bør forstås meget bredt, og den enkelte definerer selv, hvem der er vedkommendes netværk, og om det skal inddrages. En del af netværket kan f.eks. også være den enkeltes kontaktperson og andre professionelle, f.eks. i psykiatrien eller på et kommunalt bosted. Et helhedsperspektiv på borgeren og dennes omgivelser er således også i forhold til identifikation af netværk helt centralt.

Recovery, rehabilitering og fleksibilitet

Indsatsen bør til enhver tid ske med blik for menneskets ressourcer og muligheder.

Uanset sværhedsgraden af den psykiske lidelse bør der være fokus på, at mennesket kan leve et udfoldet, selvstændigt og meningsfuldt liv, hvor der tages udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og mulighed for at komme sig. Alle indsatser bør således have et klart sigte på borgerens recovery.

Recovery omfatter flere dimensioner:

1. *Den personlige recovery*, som er den personlige proces, der handler om at komme videre i livet og leve et meningsfuldt liv. Den personlige recovery bør være det grundlæggende mål med al indsats for mennesker med psykiske lidelser.
2. *Den recovery-orienterede rehabilitering*, som tager afsæt i at hjælpe mennesket videre i livet ved at fokusere på selvbestemmelse, involvering og håb. Den recovery-orienterede rehabilitering forudsætter et bredt udgangspunkt, hvor der udover et biomedicinsk fokus også er fokus på psykologiske og sociale aspekter. Dermed inddrages det enkelte menneskes eget perspektiv og samspil med omgivelserne. En recovery-orienteret rehabilitering handler således ikke kun om behandling og støtte, men også om mange andre faktorer, der har afgørende betydning for muligheden for at komme sig og komme videre i livet.

Det er vigtigt at understrege, at recovery ikke nødvendigvis betyder, at borgeren bliver helt symptomfri eller helbredt. Mennesker med psykiske lidelser kan godt komme sig og have livskvalitet, selvom der fortsat optræder symptomer eller vanskeligheder. Det handler om, at den enkelte selv oplever at have et meningsfuldt liv. Det betyder, at der i den rehabiliterende indsats er fokus på:

- At bidrage til, at mennesket med psykisk lidelse bliver så fri for symptomer og vanskeligheder som muligt og opnår højst mulig funktionsevne,
- At bidrage til forebyggelse af tilbagefald, senfølger eller yderligere forværring af lidelsen eller af funktionsevnen,
- At mennesket med psykisk lidelse og dets pårørende inddrages som samarbejdspartnere i forløbet, og at mennesket med psykisk lidelse understøttes i at mestre at leve med sin sygdom,
- At mennesket med psykisk lidelse opnår at være så mentalt og fysisk sund som muligt og ligestillet med andre mennesker med hensyn til frihed i hverdagslivet og deltagelse i samfundet,
- At mennesket med psykisk lidelse allerede fra begyndelsen af indsatsen oplever, at der er et specifikt fokus på fastholdelse i hverdagslivet herunder tilbagevenden til uddannelse eller arbejde.

Det betyder også, at indsatsen bør være fleksibelt tilrettelagt, på tværs af både enheder og sektorer. Det skal i alle sektorer og enheder prioriteres højt at se udover egne indsatser og fokusere på det hele menneske og den samlede indsats.

Det er vigtigt, at mennesker med psykiske lidelser oplever et fleksibelt, sammenhængende forløb. Det bør derfor være muligt at tilrettelægge og sammensætte tværgående indsatser målrettet den enkeltes behov, f.eks. tilbud på tværs af den stationære og ambulante psykiatri på samme tid eller i en overgangsfase eller tilbud på tværs af

involverede sektorer på samme tid. Manglende fleksibilitet kan medføre, at vedkommende ikke kan bo i sit eget hjem eller få et arbejde eller uddannelsesforløb, selvom vedkommende egentlig ønsker det, og selvom den tætte tilknytning til eget nærmiljø er en indbygget del af rehabiliteringen og vejen til recovery.

5.2.4

Inklusion og deltagelse

Inklusion handler om at sikre, at alle har lige muligheder og ikke oplever væsentlige barrierer for deltagelse i samfundslivet, herunder på arbejdsmarkedet, i skole og dagtilbud, fritidsliv mv. Det handler om at kunne deltage og høre til – uanset om man har en psykisk lidelse eller ej.

Inklusion og deltagelse i samfundslivet kan medføre, at der skabes bedre muligheder for medborgerskab, øget selvbestemmelse, respekt for forskellighed og ligebehandling. Her viser nyere forskning¹¹⁷, at netop hverdagslivet og støtte til at fastholde eller genvinde et positivt tilhørsforhold til netværk, arbejde, skole, uddannelse og lokalsamfundets fællesskaber spiller en afgørende rolle for en persons recovery, trivsel, udvikling, læring mv.

Alle mennesker har et behov for at høre til, og mange ønsker at være aktive deltagere i fællesskabet. Inklusion rummer således et handlingsaspekt, som handler om deltagelse, og et oplevelsesaspekt, som handler om oplevelsen af at høre til.

Reel inklusion forudsætter, at det enkelte menneske har indflydelse på og ansvar for egen tilværelse, og at det enkelte menneske sammen med sit netværk er involveret i beslutninger om eget liv.

Yderligere forudsætter inklusion også udvikling af kultur og kompetencer i de professionelle tilbud, herunder en balance i forholdet mellem borger og professionel som indebærer, at borgerens perspektiv inddrages på lige fod med øvrige perspektiver, når indsatser tilrettelægges. "Inkluderende praksis" afspejler et grundlæggende menneskesyn og er ikke blot en metode.

5.3

Forudsætninger for at det lykkes

Det er ikke ligetil at ændre på den fundamentale tilgang til mennesker med psykiske lidelser. En ændring eller videreudvikling af værdier, kulturer og menneskesyn kan ses som et paradigmeskifte. Det sker ikke efter en beslutning, man træffer, og gennemføres ikke på én gang. Det kræver en fokuseret, dedikeret og langsigtet indsats. Implementering og fastholdelse af den nye ramme og retning bør således være helt central i den fremadrettede indsats. Det forudsætter bl.a. følgende:

- Klar prioritering og vilje fra ledere og ansatte på nationalt, regionalt og kommunalt niveau samt i den private og frivillige sektor.
- Sidestilling af psykiatrisk og somatisk sygdom.

¹¹⁷ Socialstyrelsen. 2013. Det gør en forskel – om betydningsfulde faktorer i social inklusion. Faghæfte om inklusion, deltagelse og bedring.

- Vedvarende fokus på at reducere tavshed, tvivl og tabu om psykisk sygdom for at minimere stigmatisering og selvstigmatisering af mennesker med psykisk sygdom.
- En indretning af administrative rammer og strukturer, der understøtter øget fokus på den rette indsats til det enkelte menneske, bl.a. med fokus på øget inddragelse af borgeren, de pårørende og det øvrige netværk, civilsamfundet samt relevante samarbejdspartnere, involveret i indsatsen.

Rapportens forslag udspringer og bør ses i lyset af den nye ramme og retning for indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser. Og den nye ramme og retning bør medtænkes ved implementeringen af forslagene i rapporten, også lokalt.

6

Forebyggelse og tidlig indsats

Pejlemærker for den forebyggende og tidlige indsats for mennesker med psykiske lidelser:

- Kommunerne skaber gode rammer for alle borgeres mentale sundhed – med særligt fokus på fremme af børns og unges trivsel, læring og udvikling. Indsatsen sker tæt på borgerens netværk, arbejdsplads og i de sammenhænge, hvor borgeren møder kommunen f.eks. sundhedsplejen, daginstitutioner, skoler, jobcentre, sundhedscentre, hjemmeplejen mv.
- Ulighed i sundhed og overdødelighed for mennesker med psykiske lidelser reduceres.
- Forebyggelsesindsatsen styrkes gennem opsporing og tidlige indsatser med henblik på færre menneskelige omkostninger og bedre ressourceudnyttelse.
- Kommuner og regioner anvender fortrinsvis forebyggende indsatser med dokumenteret effekt.
- Arbejdsmarkedet medvirker aktivt til at skabe gode rammer for sundhedsfremme og inklusion.

Fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske vanskeligheder og lidelser har de seneste år været et prioriteret indsatsområde. Der ses en tendens til, at kommunernes sundhedspolitikker siden 2009 har haft et øget fokus på mental sundhed som selvstændigt indsatsområde. Øget dokumentation på området, såsom sundhedsøkonomiske beregninger og sundhedsprofiler, samt øget viden om sammenhængen mellem mental sundhed og risikofaktorer for både psykiske og fysiske vanskeligheder og lidelser har bl.a. været medvirkende til en prioritering af mental sundhed¹¹⁸.

118 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.*

Ligeledes har Sundhedsstyrelsen i 2012 udgivet en forebyggelsespakke om mental sundhed, som bl.a. samler den eksisterende evidensbaserede viden om indsatser på området¹¹⁹. Forebyggelsespakken er under implementering i flere kommuner. Det er vigtigt, at implementeringen i kommunerne fortsættes.

Ved mental sundhed forstås en tilstand af trivsel, der rummer to elementer; dels oplevelsen af at trives, være overvejende glad og tilfreds med livet; dels evnen til at klare dagligdagens gøremål, som f.eks. at købe ind, lave mad, varetage et skole- eller arbejdsliv, samt indgå i sociale relationer.

Langvarig mistrivsel og psykiske vanskeligheder er medvirkende faktorer til udvikling af egentlige psykiske lidelser. Der er specielt dokumentation for sammenhængen mellem dårlig mental sundhed, bl.a. forårsaget af stressende belastninger, og udvikling af ikke-psykotiske lidelser som depression og angst¹²⁰. Herudover har dårlig mental sundhed vist sig at have betydning for udvikling af såvel misbrug som somatiske sygdomme. Op mod 50 pct. af mennesker med psykiske vanskeligheder udvikler langvarig sygdom i form af diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjerte-karsygdom eller muskelskeletlidelser¹²¹.

Litteraturen bekræfter, at miljømæssige og individrelaterede faktorer ikke nødvendigvis er direkte årsager til psykiske lidelser, men bidrager til en forøget risiko. Eksempelvis er der evidens for, at sundhedsfremme på arbejdspladsen kan være med til at reducere symptomer på depression og angst i et vist omfang¹²². Det tyder på, at fokus på trivsel og tidlig indsats f.eks. i forhold til stress kan modvirke udvikling af psykiske symptomer. Der er dog, for så vidt angår forebyggelse af psykiske lidelser, generelt behov for mere viden om, hvordan trivsel og mental sundhedsfremme kan forebygge udviklingen af psykiske helbredsproblemer og lidelser.

EU-kommissionens charter for mental sundhed fra 2008 fastslår, at mental sundhed i resten af livet grundlægges i de tidlige år, og at omkring halvdelen af alle psykiske lidelser viser sig allerede i ungdommen. Derfor er et særligt fokus på fremme af børns og unges trivsel, læring og udvikling yderst relevant. Det ser ud til, at mentale sundhedsproblemer i barndom og ungdom følger personen ind i voksenlivet og fører til en overrisiko, ikke blot for dårlig mental sundhed i voksenlivet, men også for at begå selvmord. Enkelte undersøgelser har vist, at psykosomatiske symptomer såsom hovedpine og mavepine i barndom og ungdom fører til overrisiko for dårligt helbred i voksenlivet.¹²³

Statens Institut for Folkesundhed har beregnet de samfundsmæssige omkostninger og kommunale udgifter specifikt forbundet med henholdsvis psykisk arbejdsbelastning og svage sociale relationer, som er en del af konsekvenserne af dårlig mental sundhed¹²⁴. I undersøgelsen estimeres det, at kommunernes udgifter til medfinansiering af sygehusvæsenets behandling af sygdom som følge af psykisk arbejdsbelastning (dvs. stort

119 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Forebyggelsespakke om mental sundhed*.

120 Borg V., Nexø M. A., Kolte I. V., Andersen M. F. 2010. *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet*; Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Dalgard O.S., Mathisen K.S., Nord E., Ose S., Rognerud M., Aarø L.E. 2011. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Norske folkehelseinstituttet.

Madsen H.M., Hvenegaard A., Fredslund E.K. 2011. *Opgaveudvikling på psykiatriområdet*. Dansk Sundhedsinstitut.

121 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Forebyggelsespakke om mental sundhed*.

122 Borg V., Nexø M.A., Kolte I.V. & Andersen M.F. 2010. *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

123 Sundhedsstyrelsen. 2011. Psykisk mistrivsel blandt 11-15 årige – bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed.

124 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Forebyggelsespakke om mental sundhed*.

arbejdspres kombineret med lav indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet) samlet udgør 265 mio. kr. per år, og at førtidspensioner grundet psykisk arbejdsbelastning koster kommunerne 376 mio. kr. per år. Svage sociale relationer estimeres til at medføre udgifter for kommunerne på 57 mio. kr. per år i kommunal medfinansiering af regional behandling og 22,5 mio. kr. per år i førtidspensioner.

De samfundsøkonomiske omkostninger ved psykiske arbejdsbelastninger giver hvert år anledning til 500.000 ekstra kontakter til praktiserende læger, 1 mio. fraværssdage samt tildeling af 2.800 førtidspensioner¹²⁵. Ifølge OECD koster psykiske vanskeligheder den danske økonomi omkring 5,9 mia. euro, svarende til 3,4 pct. af BNP om året, hvilket skyldes tabt produktivitet, sociale udgifter og omkostninger til sundhedsvæsenet¹²⁶. Psykiske vanskeligheder kan herudover have store menneskelige konsekvenser for den, der rammes, og for dennes pårørende og øvrige netværk.

Der er flere eksempler på indsatser, der har vist sig omkostningseffektive. Sundhedsøkonomiske analyser peger på, at forskellige indsatser kan betale sig på både kortere og længere sigt, og i særdeleshed når parametre udenfor sundhedssektoren medtages i beregningen, som f.eks. uddannelse og beskæftigelse¹²⁷. Det tyder på, at der f.eks. er særligt stort potentiale i indsatser som forældreuddannelse, stressforebyggelse på arbejdspladsen samt opfølgende indsatser blandt ældre¹²⁸.

Forebyggelsesbegreber

Forebyggelse og sundhedsfremme vil overordnet sige, at der arbejdes mod at undgå, at sygdom opstår og videreudvikler sig, samt mod at styrke de individuelle ressourcer, sociale handlemønstre og samfundsmæssige rammer, der påvirker vores sundheds-tilstand og -adfærd¹²⁹.

Der kan skelnes mellem sundhedsfremme, primær forebyggelse og sekundær forebyggelse. *Sundhedsfremme* handler om at skabe rammer og muligheder for at mobilisere raske borgeres og patienters handlekompetence. *Primær forebyggelse* handler om at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå, mens *sekundær forebyggelse* har til formål at opspore og begrænse vanskeligheder, sygdom og psykosociale problemer samt risikofaktorer tidligst muligt¹³⁰. I dette kapitel omtales sekundær forebyggelse ofte som opsporing og tidlig indsats. I sundhedsloven anvendes termene borgerrettet og patientrettet forebyggelse. De svarer stort set til henholdsvis primær og sekundær forebyggelse.

125 Sundhedsstyrelsen. 2007. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse – Rådgivning til almen praksis.

126 OECD. 2013. *Mental Health and Work: Denmark*, OECD Publishing.

127 Knapp M., McDaid D., Parsonage M. 2011. *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*, London School of Economics.

McDaid D., Park A. 2011. *Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project*, Health Promotion International. Vol. 26, No. S1.

McDaid D., Zechmeister I., Kilian R., Medeiros H., Knapp M., Kennelly B., the MHEEN Group. 2008. *Making the economic case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems*, MHEEN II Policy Briefing.

128 McDaid D., Park A. 2011. *Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project*, Health Promotion International. Vol. 26, No. S1.

129 Sundhedsstyrelsen. 2009. *Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk.3*.

130 Sundhedsstyrelsen. 2005. *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*.

Indsatsen i kommuner og regioner

Kommuner og regioner har en fælles opgave i at forebygge, at sygdom både opstår og udvikler sig, samtidig har den enkelte borger ansvar for eget liv og for de valg og handlinger, som er afgørende for den mentale sundhed¹³¹.

Sundhedsloven udgør, som beskrevet i kapitel 3, den overordnede ramme for indsatser inden for sundhedsfremme og forebyggelse i landets kommuner og regioner. Det fremgår af sundhedslovens § 119, at kommunalbestyrelsen, ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne, har ansvar for at skabe rammer for sund levevis og sikre forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Det følger af § 119, stk. 3, at regionsrådet skal tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren mv. samt rådgivning i forhold til kommunernes indsatser¹³².

Kommunerne iværksætter mange forskellige indsatser, der direkte eller indirekte fremmer borgernes mentale sundhed. Sådanne indsatser er ofte en integreret del af kommunens indsatser på børne- og undervisningsområdet, uddannelsesområdet, beskæftigelsesområdet og på ældreområdet. Indsatserne kan derfor – udover at øge inklusion i dagtilbud, skole- og fritidstilbud, samt eksempelvis støtte udsatte unge i at opnå en uddannelse – have direkte gavnlige effekt på den mentale sundhed¹³³. Centrale aktører i den kommunale indsats er fagprofessionelle som pædagoger, skolelærere, ansatte i Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), UU-vejledere, sundhedsplejersker, hjemmeplejen m.fl. Kommunerne møder således borgerne i forskellige aldersgrupper i deres dagligdag.

Ifølge den sociale lovgivning har fagpersoner i kommunerne underretningspligt, hvis et barn eller en ung vurderes at have behov for særlig støtte eller har været udsat for vold eller andre overgreb. Kommunerne skal på baggrund af en underretning tage stilling til, hvorvidt der skal gennemføres en børnefaglig undersøgelse, som bl.a. omfatter en undersøgelse af barnet, eller den unges sundhedsforhold, under inddragelse af relevante fagfolk. På baggrund af udredningen i den børnefaglige undersøgelse kan der igangsættes foranstaltninger for barnet eller den unge og familien.

Regionerne har ansvaret for den psykiatriske behandling i sygehusregi og i praksissektoren, og for den patientrettede forebyggelse, der finder sted i dette regi, dvs. først og fremmest de indsatser, der retter sig mod at forebygge, at eksisterende sygdom udvikler sig, samt begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer. Forebyggelsen skal bidrage til at optimere behandlingen og sætte den enkelte borger i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv.

Almen praksis, som behandler den største andel af mennesker med psykiske lidelser¹³⁴, har en central forebyggelsesopgave, som består i at forebygge og opspore psykiske vanskeligheder hos borgere, herunder i forbindelse med sygemeldinger, graviditets- og børneundersøgelse mv. Samtidig har almen praksis mulighed for tidlige indsatser – også over for familiemedlemmer til den syge, som ofte er tilknyttet samme praktiserende læge.

Hovedparten af borgere med en psykisk lidelse, som behandles i almen praksis, er voksne med lettere, ikke-psykotiske lidelser, særligt angst og depression. Disse lidelser

131 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.*

132 Bekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 af sundhedsloven.

133 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.*

134 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

er imidlertid underdiagnosticerede¹³⁵. Det hænger bl.a. sammen med, at borgere med angst og depression i overvejende grad henvender sig med fysiske symptomer, og at den psykiske lidelse ikke erkendes. Den første barriere i forhold til behandling af lidelsen er således erkendelse af dens eksistens, men også en vurdering af, om det drejer sig om en egentlig psykisk lidelse.

Dansk Selskab for Almen Medicin har i 2010 udgivet kliniske vejledninger for unipolar depression og angsttilstande. Af disse fremgår bl.a. diagnostiske kriterier og behandlingsstrategier.

I samtlige regioner er der igennem de seneste år gennemført efteruddannelseskurser for praktiserende læger i håndtering af angst, depression og stress. Formålet med kurserne er at formidle den nyeste viden til praktiserende læger om opsporing, behandling og arbejdsfastholdelse for borgerer med stress, depression og angst, og at sikre, at de praktiserende læger i samarbejde med regionerne kender og bruger de regionale og kommunale handlemuligheder i forhold til de nævnte grupper.

Derudover spiller almen praksis en vigtig rolle, for mennesker med en psykisk lidelse, i forhold til opsporing og behandling af somatiske lidelser, samt i forhold til rådgivning om sund livsstil mm.

Med den seneste ændring af sundhedsloven¹³⁶, som trådte i kraft den 1. september 2013, har regionerne fået flere muligheder for planlægning og styring af almen praksis; styrket samarbejde mellem kommuner, borgere, regioner og almen praksis; og lægerne er blevet tættere knyttet til den overordnede sundhedsplanlægning, herunder i forhold til sundhedsaftaler og forløbsprogrammer. Denne lovændring understøtter udviklingen i retning af forpligtende samarbejder.

Der er i udvalget, ud over de konkrete forslag som indgår i kapitlet, lagt vægt på, at den løbende kompetenceudvikling blandt sundhedsplejersker, dagplejere, pædagoger og lærere bør have fokus på forebyggelse og udbredelse af metoder til systematisk og koordineret opmærksomhed på børn med psykiske vanskeligheder. Mindre psykiske vanskeligheder hos børn bør håndteres i samarbejde med familie og fagfolk fra f.eks. PPR, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatri, og udvikling af senere alvorlige psykiske problemer forebygges. Ligeledes bør den løbende kompetenceudvikling af personale i almen praksis, hjemmeplejen, de forebyggende medarbejdere, demenskoordinatorer, sygehusvæsenet mv. have fokus på forebyggelse og tidlig indsats i forhold til psykiske vanskeligheder blandt voksne og ældre.

Udover de nævnte faggrupper er civilsamfundet, herunder patient- og pårørendeorganisationer, frivillige foreninger, organisationer samt erhvervsliv også centrale aktører i det forebyggende arbejde.

Dokumenteret effekt og etiske overvejelser

Der er, jf. kapitel 3, stor variation i de kommunale og regionale indsatser, både i indhold, systematik og volumen af indsatser¹³⁷. Det vurderes, at der er potentialer for en mere effektiv og systematisk forebyggende indsats, som Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed må forventes at skabe et fagligt grundlag for. Bl.a.

135 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Kortlægning af udviklingen af diagnoser og behandlingsmuligheder.*

136 Lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

137 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.*

indeholder pakken forslag til konkrete sundhedsfremmende indsatser, som der er erfaringer for virker, og indsatser til forebyggelse af mere udbredte psykiske symptomer. Formålet med forebyggelsespakkerne er at øge kvaliteten i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunerne og understøtte, at kommunerne anvender metoder med god dokumenteret effekt. Det er således forventningen, at implementering af pakkerne vil reducere variationen og øge kvaliteten i de kommunale indsatser¹³⁸. Stigende dokumentation for virksomme metoder til mental sundhedsfremme, forebyggelse blandt risikogrupper, samt reduktion af risikoadfærd kan medvirke til at styrke det faglige grundlag for at iværksætte indsatser af sundhedsfremmende og forebyggende karakter indenfor mental sundhed og psykiske vanskeligheder¹³⁹.

Sundhedsfremmende, forebyggende og opsporende indsatser fordrer dog visse etiske overvejelser. Der kan være risiko for sygeliggørelse og stigmatisering af borgere, der er i risiko for eller allerede lever med psykiske lidelser, hvilket bør være et væsentligt opmærksomhedspunkt i og forud for indsatser.

I de følgende afsnit redegøres der for problemstillinger vedrørende mental sundhed, samt forebyggelse og opsporing af psykiske vanskeligheder og psykiske lidelser i gruppen af henholdsvis børn, unge, voksne og ældre. Udvalgets forslag står samlet under afsnittene om henholdsvis børn og unge (afsnit 6.1) og voksne og ældre (afsnit 6.2).

6.1

Forebyggelse og tidlige indsatser for børn og unge

Psykiske vanskeligheder i barndommen er forbundet med øget risiko for udvikling af psykiske og fysiske lidelser, sociale problemer samt indlæringsproblemer, som kan fortsætte i ungdomsårene og voksenalderen. Derfor oplever børn og unge med psykiske vanskeligheder oftere mistrivsel i deres skoleforløb og har sværere ved at gennemføre skolegang og uddannelsesforløb, sammenlignet med andre børn¹⁴⁰.

En særlig udsat gruppe er børn af forældre med en psykisk lidelse. Særligt for denne gruppe er der risiko for at barnet mistrives eller selv udvikler en psykisk lidelse. Derfor er der behov for en forebyggende indsats for denne gruppe. I kapitel 10 om borger- og pårørendeinddragelse kommer udvalget med specifikke forslag.

Undersøgelser af psykisk trivsel viser generelt, at de fleste danske børn og unge trives godt, men at der er et mindretal, som har psykiske vanskeligheder og lidelser, mistrivsel eller problemer med at fungere i hverdagen. En undersøgelse fra 2010 viser således, at 88 pct. af danske 3-15-årige er inden for normalområdet for psykisk trivsel, 6 pct. er på grænsen til normalområdet, og 6 pct. er uden for normalområdet.¹⁴¹

Yderligere viser en ny dansk undersøgelse, at omkring 8 pct. af piger og 4 pct. af drenge i alderen 11-15 år har mere end fem tegn på mistrivsel (f.eks. at børnene angiver at være kedede af det mere end en gang om ugen, at de ikke kan lide at gå i skole, og at de er pressede af skolearbejdet), hvilket ifølge undersøgelsen afspejler meget alvorlige trivselsvanskeligheder. Det vurderes i undersøgelsen, at danske børn ikke ligger

138 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Forebyggelsespakke om mental sundhed*.

139 Sundhedsstyrelsen. <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Stress%20og%20mental%20sundhed/Fremme%20af%20mental%20sundhed.aspx>

140 Sundhedsstyrelsen. 2011. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge*.

141 Ottesen M.H. et al. 2010. *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010*. København: Socialforskningsinstituttet.

systematisk lavt eller højt i forekomsten af tegn på psykisk mistrivsel set i forhold til de øvrige nordiske lande¹⁴². Blandt de mindre børn i alderen 1-5 år viser en undersøgelse, at 12-18 pct. har psykiske vanskeligheder¹⁴³. Der er således potentiale for forebyggelse og tidlige indsatser på børne- og ungeområdet. Det er vigtigt, ikke mindst for denne målgruppe, at psykiske vanskeligheder opdages og behandles tidligt, før vanskelighederne har nået et betydeligt omfang og ført til komplikationer med hensyn til indlæring og psykosociale funktioner.¹⁴⁴

For at reducere udviklingen af psykiske lidelser anbefaler WHO's Global Health Report en generel forebyggende indsats, hvor forebyggelse af psykiske vanskeligheder i befolkningen gavner børn og unge både med og uden psykiske vanskeligheder. I den tidlige indsats for børn og unge er det væsentligt, at fagpersoner som lærere, pædagoger og dagplejere samarbejder med forældrene. Det kan dels medvirke til en forståelse for barnets og den unges adfærd i sociale sammenhænge i f.eks. familien, skolen og institutionen og dels bidrage til løsningen af vanskelighederne. Indsatserne omfatter bl.a. individuel træning af sociale færdigheder og arbejde med de betydelige følger af familietraumer samt programmer rettet mod alle børn og unge, f.eks. ved at arbejde for at reducere mobning i skolen.

Det fremgår af sundhedsloven, at kommunalbestyrelsen skal bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. De kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, der retter sig mod alle børn og unge, dels en individorienteret indsats, der specielt tager sigte på børn og unge med særlige behov¹⁴⁵.

Kommunerne har iværksat flere sundhedsfremmende og forebyggende indsatser vedrørende mental sundhed målrettet børn og unge. Dog er der stor forskel på indsatserne i indhold og udbredelse kommunerne imellem¹⁴⁶.

6.1.1

Forebyggelse og tidlig indsats for spæd- og småbørn

Forebyggelse af psykiske lidelser blandt børn skal iværksættes under barnets tidlige udvikling, og forudsætter således også et fokus på de gravide og kommende forældre. Dette skyldes, at graviditet og barsel kan være præget af både fysiske og psykiske belastninger for begge forældre, og hvis disse er sårbare, kan deres vanskeligheder forstærkes, når de får et barn. De psykiske belastninger kan være i form af psykisk sårbarhed hos kvinden og-/eller manden under graviditeten, eller i form af fødselsdepressioner hos moderen og/eller faderen. Disse belastninger kan få stor betydning for barnets psykiske udvikling, barnets mentale sundhed og for hele familiens trivsel.¹⁴⁷

Undersøgelser viser, at 3-5 pct. af en forældreårgang er sårbare forældre, og for denne målgruppe er der forøget risiko for, at børnene udvikler tilknytningsproblemer og tilknytningsforstyrrelser¹⁴⁸. Hjælp og støtte i graviditeten, i barselsperioden og i barnets

142 Holstein B.E., Damsgaard M.T., Henriksen P.W., Kjær C., Meilstrup C., Nelausen M.K., Nielsen L., Rayce S.B., Due P. Sundhedsstyrelsen. 2011. Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige. København.

143 Sundhedsstyrelsen. 2011. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.*

144 Sundhedsstyrelsen. 2011. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.*

145 Bekendtgørelse af sundhedsloven nr. 913 af 13. juli 2010

146 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.*

147 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.*

148 Sundhedsstyrelsen. 2011. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.*

første levetid, i form af bl.a. tidlige tværfaglige og tværsektorielle indsatser, støtter sårbare forældre og styrker tilknytningen mellem forældre og barn. Det er derfor vigtigt, at psykisk mistrivsel hos både spæd-, småbørn og forældre forebygges, opspores og behandles tidligt, for eventuelle vanskeligheder har ført til komplikationer for både forældre og barn.

Såvel den praktiserende læge som jordemødre, sundhedsplejersker, dagplejere og pædagoger har en væsentlig opgave i forhold til at arbejde systematisk med fremme af mental sundhed og tidlig indsats ved psykiske vanskeligheder hos småbørn, den gravide og forældre, samt at henvise ved mistanke om psykiske vanskeligheder i familien og/eller begyndende udviklingsforstyrrelser hos barnet¹⁴⁹. F.eks. kan jordmødre have fokus på psykiske problemstillinger hos vordende forældre i forbindelse med jordmoderundersøgelser og fødselsforberedelse og den praktiserende læge kan have fokus på psykiske problemstillinger i forbindelse med de årlige børneundersøgelser og i forbindelse med, at de vaccinerer børn i forbindelse med børnevaccinationsprogrammet.

Generelt tages der i kommunerne tidligt kontakt til forældre, bl.a. gennem sundhedsplejens besøg. Kommunerne har stort fokus på børneområdet og mangeårig erfaring med sundhedsfremme for denne målgruppe, og personalet består i høj grad af sundhedsprofessionelle, som bl.a. sundhedsplejersker, kommunallæger og psykologer¹⁵⁰.

Et af de nyere tiltag er et større fokus på forælderrollen, hvor forældre allerede inden eller lige efter fødslen tilbydes kurser i at understøtte barnets behov og vise omsorg. Kurserne tilbydes alle forældre, uanset om forældrene er velfungerende eller har behov for støtte før, under og efter graviditeten. Som eksempel kan nævnes Odense Kommune, som er én ud af ti kommuner, der afprøver forældrekurser udviklet af Sundhedsstyrelsen. Også den såkaldte Leksand-model er under afprøvning i Danmark.

BOKS 6

Leksand-modellen

Leksand-modellen stammer fra Sverige og fokuserer på udvikling af forældrekompetencer, opbygning af netværk blandt førstegangsførelse, og fungerer som én indgang til andre sociale og sundhedsrelaterede tilbud til førstegangsførelse. Alle førstegangsførelse tilbydes et kursusforløb med en sundhedsplejerske, der fungerer som fast mødeleder fra graviditetens 22. uge, til barnet er fyldt halvandet år. I satspuljeaftalen for 2010 blev der afsat i alt 78 mio. kr. over fire år til en målrettet indsats over for sårbare, unge mødre, hvor bl.a. Leksand-inspirerede familiehuse (Familiens Hus) afprøves i to kommuner, henholdsvis Esbjerg og Høje Taastrup, og i et partnerskab med Mødrehjælpen. Effekterne af Leksandmodellen er endnu ikke dokumenteret i en dansk sammenhæng.

Den tidlige opsporing af mistrivsel blandt spædbørn sker med afsæt i kommunernes tidlige kontakt til forældre gennem sundhedsplejerskens hjemmebesøg.¹⁵¹ Sundhedsplejersken har særlig opmærksomhed på tilknytningen mellem barn og forældre

149 Sundhedsstyrelsen. 2011. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.*

150 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.*

151 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Forebyggelsespakke om mental sundhed.*

ved to-månedersbesøget, og vurderer forældrenes mentale tilstand med henblik på at opspore og evt. henvise til diagnosticering og behandling for f.eks. fødselsdepression eller angst.

79 pct. af kommunerne angiver, at de gennemfører en systematisk opsporing af nybagte forældre for fødselsdepression, som en integreret del af sundhedsplejens forebyggende hjemmebesøg. Blandt de kommuner, der har systematisk opsporing af fødselsdepression, er målgruppen hovedsageligt mødre. 24 pct. af kommunernes henvisningsmuligheder angives at være samtalegrupper for forældre med fødselsdepression, mens 9 pct. af kommunerne tilbyder samtale ved psykolog. Flere kommuner angiver, at de har kompetenceudviklet sundhedsplejerskerne, så de kan opspore mentale helbredsproblemer blandt forældrene. Familieambulatorier nævnes som en ressource i kommunernes og regionernes samarbejde om at give misbrugeres børn en god start på livet¹⁵².

Kommunernes indsats er vigtig i arbejdet med at forebygge og opspore psykiske vanskeligheder tidligt, og derfor er det relevant, at det forebyggende og opsporende arbejde hos spæd- og småbørn fortsat prioriteres. Det er her vigtigt, at den kommunale sundhedstjeneste har retningslinjer for sundhedsplejerskens indsats og for henvisning ved mistanke om f.eks. fødselsdepression eller angst hos nybagte forældre samt, at det sundhedsfaglige personales indsats er koordineret.¹⁵³ Hermed sikres et godt samarbejde og en tydelig ansvarsfordeling mellem forskellige faggrupper (læger, jordemødre, sundhedsplejersker, pædagoger og dagplejere).

6.1.2

Forebyggelse og tidlig indsats i dagtilbuddene

Stort set alle børn i Danmark går i almindelige dagtilbud efter dagtilbudsloven. Der er derfor gode muligheder for at sætte tidligt ind og via et tæt samspil med den øvrige sociale indsats, herunder sundhedsplejersker, psykologer og socialrådgivere, at hjælpe alle børn til en god start i livet.

Forebyggelsen af negativ social arv er et af de helt centrale formål i dagtilbudsloven. Dette indebærer, at dagtilbuddene i det pædagogiske arbejde skal have fokus på udvikling af børns potentialer og kompetencer, så alle børn får gode muligheder og forudsætninger for at få et godt børne-, ungdoms- og voksenliv. Dette gælder f.eks. stimulering af børnenes kognitive udvikling i form af sprog og tænkning, samt udviklingen af børnenes evner til at indgå i fællesskaber og til at løse konflikter.

Dagtilbuddene og det pædagogiske personale har en central rolle i indsatsen over for socialt udsatte børn og over for børn, der er i risiko for at blive udsatte. Tidlig opmærksomhed i forhold til de udsatte børn i dagtilbud er en væsentlig forudsætning for at kunne sætte ind med en målrettet indsats i tide og på den måde undgå, at problemerne omkring barnet vokser sig store. Personalet i et dagtilbud skal efter dagtilbudsloven både være opmærksomme på, om et barn og dets familie har problemer, der kræver særlig opmærksomhed og/eller støtte efter dagtilbudsloven, og om et barn eller en ung kan have et behov for særlig støtte efter serviceloven.

152 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.*

153 Sundhedsstyrelsen. 2011. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge 2011.*

Dagtilbuddene har ligeledes en rolle i forhold til at ruste børn til en god skolestart. I nogle familier kan det være vanskeligt at finde de ressourcer, der skal til for at hjælpe barnet til en god skolestart. Her kan dagtilbuddene give noget af den støtte til barnet, som nogle forældre ikke har de fornødne ressourcer til¹⁵⁴.

I den sammenhæng er Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU) ved Aarhus Universitet ved at afslutte forskningsprogrammet "Vidensbaseret indsats over for udsatte børn i dagtilbud" (VIDA), som har til formål at undersøge hvilke pædagogiske indsatser, der kan sikre udsatte børn en bedre tilværelse.

Endvidere er der udarbejdet forskellige metoder til at arbejde med at identificere og sætte målrettet ind over for de udsatte børn – både i dagtilbud og på skoler. En undersøgelse fra Socialforskningsinstituttet (SFI)¹⁵⁵ fra september 2005, foretaget blandt 3000 pædagoger, viste, at over 90 pct. af pædagogerne i hverdagen oplevede åbenlyse tegn på mistrovsel fra socialt udsatte børn, men kun 15 pct. af dem handlede på det ud fra veldefinerede strategier¹⁵⁶. Bl.a. på den baggrund blev der i satspuljeaftalen for 2008 afsat 20 mio. kr. over 4 år til, at der i den kommunale, sociale indsats i et samarbejde mellem forskningsinstitutionen KORA¹⁵⁷ og Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut (KREVI), UdviklingsForum og 5 af landets kommuner blev udviklet en model for systematisk opsporing af mistrovsel hos 3-10 årige børn. Modellen består af syv metoder, som bygger på følgende værdier:

- Barnets adfærd ses i den sociale kontekst, hvori barnet indgår.
- Fokus på barnets ressourcer og ikke dets mangler.
- Forældre skal være aktive samarbejdspartnere.
- Forældre skal ses som en ressource.
- Det tværfaglige professionelle samarbejde og de tværfaglige ressourcer vægtes højt.
- Der skal skabes fælles begreber og forståelse af hinandens praksis.

Modellen giver de professionelle voksne omkring børnene (dvs. sundhedsplejersker, dagplejere, pædagoger og lærere) et redskab, der hjælper med at opspore børn med problemer, og redskabet sikrer de fagprofessionelle et godt og solidt grundlag for handling.

6.1.3

Forebyggelse og tidlig indsats for skolebørn

Pædagoger og lærere, som er bekymrede for, at et barn eller en ung har psykosociale vanskeligheder, har mulighed for bl.a. at kontakte psykologer, AKT konsulenter (Adfærd, Kontakt og Trivsel), inklusions- og specialundervisningskonsulenter på skolen og andet personale i PPR eller i kommunen i øvrigt (f.eks. sundhedsplejen). Disse fagpersoner har særligt kendskab til de forskellige vanskeligheder hos et barn, og kan vurdere, hvilken hjælp der er behov for.

154 Indenrigs- og Socialministeriet. 2009. *Vejledning om dagtilbud, fritidshjem og klubtilbud 2009*.

155 Det nuværende Nationale forskningscenter for velfærd.

156 Grøndahl, M. F. 2011. *Hvornår er Signe for stille og Viggo for vild?* BUPL: Marts 2011.

157 Det tidligere Anvendt KommunalForskning (AKF), Dansk Sundhedsinstitut (DSI) og Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut (KREVI).

Sammenhængen mellem skolemiljø og elevernes sundhed og trivsel er beskrevet i flere rapporter og artikler¹⁵⁸. 79 pct. af kommunerne på skoleområdet angiver, at de arbejder med programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning. Af disse kommuner angiver 52 pct., at programmer er iværksat på alle skoler i kommunen¹⁵⁹. Der er derfor mulighed for yderligere udbredelse af evidensbaserede skoleprogrammer.

Skolerne er forpligtede til at udarbejde et værdiregelsæt, som bl.a. skal indeholde en overordnet anti-mobbestrategi. Samtidig skal skolerne indberette skolefravær, som ofte er et tegn på mistrivsel, hvilket flere kommuner har en strategi for at identificere samt følge op på¹⁶⁰.

79 pct. af kommunernes skoler har iværksat programmer, der omhandler trivsel eller forebyggelse af mobning. 73 pct. af kommunerne har tilbud målrettet psykisk sårbare unge¹⁶¹. Kommunernes tilbud er mangeartede, men koncentrerer sig især om rådgivning, f.eks. i form af telefonlinjer til de unge og udgående tilbud som familiekonsulenter eller støttepersoner. Omfanget af indsatserne er særligt stort i storbykommunerne, hvor også misbrugsproblematikker og sociale vanskeligheder er koncentreret.

Selvom det er en grundlæggende værdi for folkeskolen, at der skal være plads til alle børn i fællesskabet, så er der over en årrække udskilt et stort antal elever fra den almindelige undervisning til specialundervisning. Undervisningsministeriet har igangsat en række initiativer, der skal støtte op om en fagligt stærk folkeskole for alle. Der er bl.a. i samarbejde med Det Centrale Handicapråd, Skole og Forældre, og Danske Handicaporganisationer igangsat holdningskampagner, der skal styrke forældresamarbejdet og give forældrene en aktiv og konstruktiv rolle i udviklingen af den inkluderende skole, og der er etableret den udgående enhed "Inklusionsudvikling" i samarbejde med Social-, Børne- og Integrationsministeriet. Enheden samarbejder med kommuner, om at skabe stærke børnefællesskaber for alle i både dagtilbud, skoler og fritidstilbud.

I aftalen om et fagligt løft af folkeskolen indgår, at elevernes trivsel skal øges, og at folkeskolen skal mindske betydningen af *social baggrund* i forhold til faglige resultater, som to af tre centrale mål for folkeskolens udvikling. Tredje og overordnede målsætning er, at folkeskolen skal udfordre alle elever, så de bliver så dygtige, de kan.

Der skal bl.a. udvikles klare og obligatoriske indikatorer for elevernes undervisningsmiljø, trivsel samt ro og orden som grundlag for, at kommuner og skoler kan arbejde systematisk og målrettet med at styrke elevernes trivsel i sammenhæng med den faglige udvikling. Indikatorerne skal danne grundlag for et nyt måltal for trivsel i folkeskolen, hvor løbende målinger bl.a. skal skabe åbenhed om trivsel.

Endvidere skal en national indsats, med det formål at styrke klasseledelse og mindske uro i klassen, understøtte et godt læringsmiljø, og et nyt korps af læringskonsulenter skal, som en del af deres indsats, styrke samarbejdet med forældrene og deres inddragelse i folkeskolen.

158 Sundhedsstyrelsen. 2011. *Psykisk mistrivsel blandt 11-15 årige*

Saab H, Klinger D. 2010. *School differences in adolescent health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study in Social Science & Medicine* 70 (2010), p. 850–858.

159 COWI. 2012. Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.

160 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom*.

161 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom*.

Flere og flere kommuner anvender evidensbaserede programmer med henblik på at fremme den psykiske og sociale trivsel blandt børn og unge. Kommunerne anvender endvidere modeller for forebyggelse og opsporing, som understøtter tværfaglig sparring, vidensdeling og samarbejde. Opsporingen af børn med psykiske vanskeligheder sker eksempelvis af sundhedsplejersker, dagplejere, pædagoger og lærere. Kortlægningen af eksisterende indsatser indenfor folkeskoleområdet viser, at der er mange forebyggende indsatser for denne målgruppe, som bør fastholdes.

Programmerne til bl.a. folkeskoler er udbredte, da de har vist at have en positiv effekt på børns mentale trivsel. Skoleprogrammerne understøtter tværfaglig sparring, vidensdeling og samarbejde, og har en række specifikke kendetegn.

De omfatter psykoedukation i form af uddannelse og information til elever, forældre og personale om psykiske vanskeligheder; støtter oprustning af forældrekompetence; støtter træning af elevernes sociale færdigheder

- De er langvarige og indbygget i skolens hverdag.
- De har fokus på social og følelsesmæssig trivsel og psykisk funktionsevne snarere end sygdom og problemer.
- De arbejder med social inklusion af alle børn og kan f.eks. rumme indsatser mod mobning samt udvikling af empowerment.
- De skaber et positivt og støttende socialt klima i skolen.
- De er rettet mod alle børn, syge som raske.

Programmet "Positiv Adfærd i Læring og Samspil" (PALS) er et eksempel på et evidensbaseret skoleudviklingsprojekt. Formålet med PALS er at styrke samværskulturen på skolerne. Opgaven er at styrke børnenes faglige og sociale kompetencer, samt forebygge og reducere problemadfærd. PALS initiativer bygger på at være retningsanvisende på en måde, hvor børnene får positive i stedet for negative beskeder. I eksempelvis Herning Kommune arbejder seks skoler med PALS, og kommunen har erfaret, at indførelsen af PALS har medført roligere børn og glattere lærere. Initiativerne i PALS hjælper også unge, som har svært ved at finde ud af, hvordan de skal ændre uheldig adfærd, og giver dermed kommunen mulighed for at forebygge marginalisering.

Ud over forebyggelse og tidlig opsporing i skoleregi, i form af skolebaserede programmer, er evidensbaserede familieprogrammer en anden indsats, der har dokumenteret effekt for børnenes trivsel. Socialstyrelsen har i samarbejde med danske kommuner afprøvet målrettede familieprogrammer med dokumentation for effekt for borgeren – de såkaldte evidensbaserede forældreprogrammer¹⁶². De foreløbigt seks evidensbaserede programmer er "Parent Management Training" (PMTO), PALS, "Multisystemisk Terapi" (MST), "Multidimensional Treatment Foster Care" (MTFC), "MultifunC" og "De Utrolige År" (DUÅ). Flere af programmerne har vist sig bl.a. at have gode effekter i relation til børn og unge med ADHD. Der er afsat 10 millioner kroner årligt til rådgivning, startstøtte og implementeringshjælp fra Socialstyrelsen til de kommuner, der ønsker at implementere ét af de omtalte, udvalgte familieprogrammer. Indsatserne uddybes i kapitel 8.

Kommunerne har endvidere opprioriteret den forebyggende indsats i forbindelse med inklusion ved bl.a. at styrke almenområdets mulighed for rådgivning og vejledning. Dette varetages af PPR, sundhedsplejen, konsulenter og andre, der rådgiver og vejleder

¹⁶² Socialstyrelsen. 2011. *Inspirationskatalog om Forældreprogrammer – 18 evidensbaserede indsatser til familiebehandling.*

direkte eller indirekte på såvel organisationsniveau som individniveau. Det vil i praksis sige, at der arbejdes med organisationens muligheder for at skabe læringsmiljøer, der sikrer, at børn ikke kommer i mistrivsel, men får mulighed for at udvikle sig, lære, trives og være en del af fællesskabet – chancerne for eksklusion mindskes.

På individniveau vil det være børn/unge og familier, der har brug for rådgivning og støtte. PPR, og i nogle tilfælde kommunens familieafdeling, vil kende barnet/den unge, og der vil være et tæt samarbejde mellem forældre skole/dagtilbud og de fagprofessionelle. PPR arbejder i tæt samspil med andre fagprofessionelle, herunder familieafdeling og skole samt forældre, med henblik på at sikre fortsat inklusion af barnet eller den unge. Indsatsen skal give både den enkelte og omgivelserne redskaber til at forstå, håndtere og afhjælpe vanskeligheder, samtidig med, at der er fokus på den enkeltes ressourcer og kompetencer, så vanskeligheder ikke overskygger ressourcer.

6.1.4

Forebyggelse og tidlig indsats for unge

Ifølge lov om erhvervsuddannelser udarbejder skolen, i samråd med eleven og en eventuel arbejdsgiver, en personlig uddannelsesplan, og skolen vejleder eleven i forhold til planen. Til elever, der har behov for det, gives der specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand.

For at understøtte elevernes mentale trivsel og forebygge udvikling af psykiske vanskeligheder og sociale problemer, som f.eks. kan føre til frafald fra ungdomsuddannelsen, skal skolerne, når det vurderes relevant, formidle social, personlig eller psykologisk rådgivning til elever med behov. Formålet er, at skolen hurtigt skal kunne tage hånd om eventuelle problemer. Skolens kernekompetence er at uddanne eleverne, hvorfor elever med behov for social, personlig eller psykologisk rådgivning skal henvises til de instanser, der har kompetence på området. En tidlig og forebyggende indsats medvirker ligeledes til større inklusion af unge på ungdomsuddannelserne.

Som nævnt i kapitel 4 er frafaldet på erhvervsuddannelser som f.eks. til kok, mekaniker eller tømrer betydeligt større end frafaldet på de gymnasiale uddannelser. Frafaldet på ungdomsuddannelserne, og særligt erhvervsuddannelserne, kædes ofte sammen med elevernes psykiske og sociale problemer, samt generelle trivselsproblemer blandt eleverne, men kan dog også hænge sammen med bl.a. lærepladssituationen, organisationen af uddannelserne og dynamikken mellem lærer og elever.¹⁶³

Derfor er det centralt med støtte til sårbare unge på ungdomsuddannelser. Her har kommunen imidlertid langt mindre berøring med de unge end i kommunalt folkeskoleregi. For at understøtte, at flere unge fastholdes på ungdomsuddannelserne, er der behov for faglige støttepersoner, der kan rumme kompleksiteten i unges vanskeligheder, herunder både de psykosociale og generelle vanskeligheder forbundet med f.eks. krav på ungdomsuddannelsen, stof- eller alkoholmisbrug og/eller oplevelsen af mistrivsel i familien. Et eksempel på et projekt, som sætter fokus på udfordringen med at fastholde udsatte unge er "Brobygning til uddannelse" for unge kontanthjælps- og dagpenge-modtagere.

163 Jf. forskningsprojektet: "Fastholdelse af erhvervsskoleelever i det danske erhvervsuddannelsessystem", <http://psy.au.dk/frafald/>
Psykiatrifonden. 2011. *Psykiske problemer er den primære årsag til frafald på erhvervsuddannelserne*.

Brobygning til uddannelse for unge kontanthjælps- og dagpengemodtagere

Brobygning til uddannelse er et udviklingsinitiativ, hvor unge kontanthjælps- og dagpengemodtagere, som led i kommunens aktive beskæftigelsesindsats, støttes og hjælpes i overgangen fra offentlig forsørgelse til ordinær uddannelse. Indsatsen foregår på ordinære uddannelsesinstitutioner, og målgruppen er unge under 30 år, som ikke har gennemført en erhvervskompetencegivende uddannelse, men som forventes at kunne påbegynde og gennemføre en uddannelse, hvis de støttes og hjælpes i overgangen, herunder unge med psykiske lidelser. Forløbet kan bestå af flere elementer, f.eks.:

- Faglig undervisning, f.eks. basal dansk- og matematikundervisning eller fagspecifikke fag.
- Arbejde med den unges motivation, selvværd og selvtillid.
- Uddannelsesafklarende aktiviteter, f.eks. virksomhedspraktik eller snusepraktik på relevante uddannelser.
- Mentorstøtte.

Der er afsat ca. 130 mio. kr. til udviklingsinitiativet. Der er iværksat 12 udviklingsprojekter, som er forankret på 12 erhvervsskoler i hele landet. Det forventes, at i alt knap 3.000 unge skal igennem brobygning til uddannelse i perioden medio 2013 til udgangen af 2014. Projektet evalueres ved en midtvejsevaluering primo 2014 og en endelig evaluering medio 2015.

Der kan arbejdes med inklusion af sårbare og udsatte unge på ungdomsuddannelserne ved at tilrettelægge et inkluderende fællesskab og undervisningsmiljø, svarende til arbejdet inden for folkeskolen. Synlige kommunale ungerådgivninger (herunder UU vejledninger), og en styrkelse af den fælles faglige indsats med inddragelse af ungerådgivninger, psykologer, psykiatere og misbrugskonsulenter, bl.a. med det formål at opspore og hjælpe sårbare unge, både på og udenfor en ungdomsuddannelse, vil ligeledes bidrage til fastholdelse af sårbare unge på ungdomsuddannelserne.

Landets kommuner indgår allerede i dag i et tæt samarbejde med uddannelsesinstitutioner og særlige unge-organisationer om at koordinere sårbare unges overgang fra barn til voksen.¹⁶⁴

Institutioner med erhvervsuddannelser skal, for at fastholde eleverne i uddannelse, yde vejledning og stille kontaktpersoner til rådighed for eleverne samt formidle social, personlig eller psykologisk rådgivning til elever, der har behov for det. Formålet er, at skolen hurtigt skal kunne tage hånd om eventuelle problemer. På de gymnasiale uddannelser er der i de respektive uddannelseslove en bestemmelse om, at skolerne, for at fastholde elever/kursister i uddannelse, i samarbejde med Ungdommens Uddannelsesvejledning skal yde bistand til de elever/kursister, der har behov herfor. Skolerne skal udarbejde retningslinjer for fastholdelsesarbejdet, herunder om nedbringelse af frafald og procedurer ved omvalg eller frafald. Af bekendtgørelsen for den enkelte uddannelse fremgår det, at skolens leder skal sikre, at der udarbejdes retningslinjer for fastholdelsesarbejdet, hvilket bl.a. kan omfatte psykologordninger.

¹⁶⁴ COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsætter til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.*

Der er gennemført en række udviklingsprojekter, med formål at samle erfaringer og udvikle metoder til at yde bistand til sårbare elever på ungdomsuddannelserne, som uddannelsesinstitutionerne kan lade sig inspirere af i deres arbejde med fastholdelse af elever i uddannelse. Det gælder f.eks. Psykiatrifondens ungdomsprojekt, der tilbyder psykologordning på seks erhvervsuddannelser og to produktionsskoler i København. Projektet tilbyder, ud over psykologisk rådgivning, elevundervisning om psykiske lidelser, opkvalificering af lærere og vejledere, og åben, anonym rusmiddelrådgivning. Den løbende evaluering af projektet har vist positive resultater i forhold til fastholdelse af de unge i uddannelserne¹⁶⁵.

Tilsvarende har et 4-årigt satspuljeprosjekt med forskellige psykologordninger på ungdomsuddannelser, vist, at behov for mere specialiserede indsatser kan nedbringes¹⁶⁶. To tredjedele af de unge, der har modtaget tilbuddet om psykologordning, har forbedret deres trivsel og situation i forhold til begyndende psykiske vanskeligheder, og der ses endvidere en effekt i form af et lavere frafald. I forlængelse heraf blev der i satspuljeaftalen for 2011 på socialområdet også afsat en pulje på 37 mio. kr. til at udbrede erfaringer med psykologhjælp på ungdomsuddannelserne med henblik på et geografisk bredt dækkende rådgivningstilbud.

Et satspuljeprosjekt i regi af Sundhedsstyrelsen vedrørende fremme af mental sundhed hos unge på erhvervsuddannelser og produktionsskoler, gennemføres på nuværende tidspunkt. Projektets langsigtede formål er at fremme mental sundhed blandt disse grupper af unge, og herigennem mindske risikoen for udvikling af angst og depression, samt at reducere behovet for mere indgribende behandlingsindsatser.

Tidlig opsporing af psykiske lidelser hos unge er endvidere en del af satspuljeprosjektet "Fokus på overgangen fra barn til voksen" under Social-, Børne- og Integrationsministeriet. Projektet har fokus på overgangen fra barn til voksen, for unge med psykiske vanskeligheder, både i relation til sammenhængen i indsatsen, når de unge "skifter" forvaltning i kommunerne, og i relation til skiftet i samarbejdsflader i den regionale psykiatri, og i relation til en tidlig indsats, som sætter fokus på mestring og ansvar samt uddannelse og job. Et led i projektet er at udvikle materiale, der kan klæde skoler, fritidsklubber, arbejdspladser mv. på i forhold til tidlig opsporing af mistrivsel blandt de unge.

Endelig sætter den nationale handleplan for ADHD-området, som blev offentliggjort i maj 2013, særligt fokus på betydningen af tidlige og forebyggende indsatser over for børn og unge med ADHD og lignende vanskeligheder, og giver en række konkrete forslag til, hvordan kommunerne kan arbejde for at fremme denne dagsorden. Handleplanen skal ses som et katalog af aktuelt bedste viden, med en række anbefalinger til kommunerne, om organisering af indsatsen, arbejdet med målgruppen, konkrete metoder og implementeringen af disse. Handleplanen fokuserer på vigtigheden af tidlige og målrettede indsatser, der kan mindske risikoen for sociale problemer, og giver både de berørte børn, unge, voksne og samfundet som helhed sociale og økonomiske gevinster.

165 Psykiatrifonden. 2009. *Psykiatrifondens Ungdomsprojekt. Midtvejsevaluering 2009*.

166 Rambøll. 2011. *Evaluering af pulje til psykologhjælp*. Afsluttende evaluering. Servicestyrelsen 2011

Udvalgets forslag

For at sikre gode rammer, der fremmer børns og unges trivsel, udvikling og læring med fokus på inklusion og tidlig indsats, anbefaler udvalget:

- **Den kommunale sundhedspleje har i sit arbejde med nybagte forældre øget fokus på psykiske problemstillinger og mistrivsel, samtidigt med at det tværsektorielle samarbejde om børns mentale sundhed mellem sundhedsplejen, dagtilbud og almen praksis styrkes og beskrives i regi af sundhedsaftalerne.** Formålet er at opspore og evt. henvise til diagnosticering og behandling af fødselsdepression eller angst hos forældre, samt skabe bedre rammer for forebyggelse og tidlig indsats for børn og sårbare familier i regi af sundhedsplejen.
- **Den løbende kompetenceudvikling hos sundhedsplejersker, dagplejere, pædagoger og lærere bør have fokus på udbredelse af metoder til koordineret, tværfaglig opmærksomhed på børn med psykiske vanskeligheder.** Hermed styrkes muligheden for at håndtere mindre psykiske vanskeligheder i samarbejde med familie og fagfolk fra f.eks. PPR, sygehusvæsenet og almen praksis og dermed forebygges senere alvorlige psykiske problemer.
- **Kommuner og ungdomsuddannelser samarbejder om at understøtte udsatte unges mentale sundhed og inklusion samt forebygge frafald, mistrivsel, misbrugsproblemer og risiko for at udvikle psykiske lidelser, f.eks. i form af adgang til psykologisk rådgivning og støtte.** Formålet med forslaget er at fremme tidlig indsats og dermed bidrage til inklusion på ungdomsuddannelserne.

6.2

Forebyggelse og tidlig indsats for voksne og ældre

Kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende indsatser vedrørende mental sundhed varierer for så vidt angår både indhold og udbredelse, og der ses en tendens til, at de kommunale indsatser primært er koncentreret på børne- og ungeområdet. 27 pct. af kommunerne opsporer mentale helbredsproblemer hos voksne i jobcentre, mens 26 pct. af kommunerne systematisk anvender de forebyggende hjemmebesøg til opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre¹⁶⁷.

Arbejdspladsen er en vigtig arena for fremme af mental sundhed. Det moderne arbejdsmarked giver gode muligheder for at fremme trivsel gennem udviklende og tilfredsstillende jobs, men øger også risikofaktorer for udvikling af stress og andre psykiske vanskeligheder og lidelser. Af arbejdsmiljøloven fremgår det, at arbejdet skal planlægges, tilrettelægges og udføres således, at det sikkerheds- og sundhedsmæssigt er fuldt forsvarligt. Desuden skal anerkendte normer eller standarder, som har sikkerheds- eller sundhedsmæssig betydning, følges¹⁶⁸.

Manglende beskæftigelse, sygefravær og for tidlig tilbagetrækning pga. arbejdsrelateret stress og psykiske lidelser er generelt øget i Europa, og koster mest i form af fravær, tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet og træk på velfærdsydelser.

Samtidig går den demografiske udvikling i Europa i retning af flere pensionister og ældre, hvor i blandt nogle former for mistrivsel, dårlig mental sundhed og psykiske

167 COWI. 2012. Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.

168 Arbejdstilsynet. Bekendtgørelse om arbejdets udførelse. <http://arbejdstilsynet.dk/da/regler/bekendtgørelser/a/sam-arbejdets-udfoelse-559.aspx>

lidelser er mere udbredte sammenlignet med i den øvrige befolkning; det drejer sig f.eks. om ensomhed, mangel på sociale relationer og depression.

Mange indsatser har dokumenteret effekt i forhold til at fremme mental sundhed blandt ældre, hvor det ser ud til, at interventioner, der både adresserer mentale, sociale og fysiske faktorer, har størst sandsynlighed for at forbedre sundhedstilstanden blandt ældre og dermed modvirke psykiske vanskeligheder og lidelser i at opstå¹⁶⁹.

6.2.1

Sundhedsfremme og fastholdelse på arbejdsmarkedet

OECD's rapport *Mental Health and Work – Denmark* afdækker antallet af personer i den normalt arbejdsdygtige alder med psykiske vanskeligheder. OECD viser, at hver femte i den arbejdsdygtige alder i Danmark har psykiske vanskeligheder. Endvidere ses, at omkring en femtedel af alle med en langtidssygemelding har en uopdaget psykisk lidelse, og at der blandt personer på dagpenge ses en overhyppighed af psykiske vanskeligheder. Især for yngre voksne er ledighed og dermed understøttelse, på grund af en psykisk lidelse, stigende¹⁷⁰. OECD fremhæver, at det danske velfærdssystem besidder et godt udgangspunkt, men også stort potentiale for at blive bedre til at tackle udfordringerne med at få flere mennesker med psykiske vanskeligheder i job. I Danmark er der ifølge OECD f.eks. et stærkt fokus på det psykiske arbejdsmiljø, på ungdomsvejledning, tilbud fra jobcenter til alle ledige, fleksjobordning, tilgængeligt sundhedsvæsen mv. Imidlertid er systemerne ikke gode nok til at opdage og håndtere psykiske lidelser¹⁷¹.

Skadelig stress, mentale vanskeligheder og belastninger på arbejdspladsen kan imidlertid i vid udstrækning forebygges, og i denne forebyggende indsats spiller landets jobcentre og arbejdspladser som omtalt en vigtig rolle. Gennem de kommunale jobcentre har kommunerne berøring både med de yngre voksne, og med de voksne borgere, der enten allerede har eller er i risiko for at udvikle psykiske vanskeligheder.

Jobcentrene har derfor mulighed for at være opmærksomme på psykiske problemstillinger og henvise til relevant indsats. Det er væsentligt, at jobcentrene har fokus på mentale vanskeligheder, specielt i forbindelse med sygemeldinger. Nogle kommuner har gode erfaringer med, at jobcentre, som led i den beskæftigelsesrettede indsats, i samarbejde med sundhedscentre tilbyder fysisk aktivitet og kurser til håndtering af stress som sundhedsfremmende eller forebyggende tilbud til borgere udenfor arbejdsmarkedet¹⁷².

Kommunerne har generelt et stadig tættere, tværgående samarbejde mellem sundhedsafdelingerne og jobcentrene. Flere kommuner beskriver en konsulentordning, hvor jobcentrene, som led i deres beskæftigelsesfremmende indsats, køber komponenter, eller hele pakker, til brug for aktiveringsindsatsen hos sundhedsafdelinger¹⁷³. Desuden inddrages eksterne partnere som f.eks. det lokale fitnesscenter i indsatsen.

169 Sundhedsstyrelsen. Fremme af mental sundhed blandt ældre. http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Stress%20og%20mental%20sundhed/Fremme%20af%20mental%20sundhed/Viden_om_indsatser/Aeldre.aspx
NICE. 2008. *Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental well-being of older people in primary care and residential care*. NICE public health guidance.

170 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom*.

171 OECD. 2012. *Mental Health and Work – Denmark*

172 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom*.

173 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom*.

På landets arbejdspladser har ledelsen et ansvar for at tilrettelægge et sundhedsfremmende og stressforebyggende arbejdsliv for deres medarbejdere, samt at fremme viden om og håndtering af skadelig stress og mentale vanskeligheder. Kommunerne spiller hermed også en central rolle, som arbejdsgivere for knap 10 pct. af danskerne. Sygefraværet er forholdsvis højt i kommunerne (12,7 dage årligt per medarbejder i 2011), og der er derfor i de senere år blevet arbejdet målrettet med nedbringelse af sygefraværet.¹⁷⁴

Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) har i sin forskning om arbejdspladser sociale engagement påvist, at kendskab til psykiske vanskeligheder, samt ansættelse af medarbejdere med psykiske vanskeligheder, er forbundet med en forebyggende og afstigmatiserende effekt. På arbejdspladsen skabes der en øget rummelighed og lyst til at ansætte og arbejde sammen med kolleger med psykiske vanskeligheder¹⁷⁵. Desuden har internationale studier påvist en øget beskæftigelsesgrad for den enkelte ved ordinær ansættelse kombineret med støtte og integration af psykiatrisk behandling, hvilket er påvist ved brug af metoden IPS (Individual Placement and Support). Se også kapitel 8 om høj kvalitet i indsatsen.

Arbejdstilsynet gennemfører tilsyn med landets virksomheder med henblik på at konstatere, om der sker overtrædelser af arbejdsmiljøloven. Arbejdstilsynet fører bl.a. tilsyn med det psykiske arbejdsmiljø ved at undersøge tilstedeværelsen af en række risikofaktorer, samt ved at have for øje hvordan virksomheden har forebygget disse.

Som følge af den politiske aftale fra 2011, om en arbejdsmiljøindsats frem mod 2020, bliver alle virksomheder i Danmark, med mere end to ansatte, besøgt af Arbejdstilsynet i perioden 2012 til og med 2019. Derudover gennemfører Arbejdstilsynet en række særlige tilsynsindsatser i nedslidningstruende brancher, hvor der er særligt fokus på bl.a. det psykiske arbejdsmiljø. I perioden 2013-2015 gennemfører Arbejdstilsynet desuden tilsynsindsatser, hvor der udelukkende er fokus på virksomhedernes psykiske arbejdsmiljø. Denne indsats retter sig mod forskellige brancher og jobgrupper, hvor vold, trusler om vold og høje følelsesmæssige krav er væsentlige problemer. Endelig gennemfører Arbejdstilsynet detailtilsyn vedrørende psykisk arbejdsmiljø, f.eks. når Arbejdstilsynet modtager klager.

Sundhedsfremme og forebyggelse på arbejdsmarkedet ved en aktiv indsats, kan sikre et bedre psykisk arbejdsmiljø for medarbejderne, forebygge psykisk nedslidning og være medvirkende til at undgå udvikling af arbejdsbetingede, psykiske lidelser. Der lægges i denne sammenhæng vægt på, at arbejdspladser udarbejder politikker og procedurer med henblik på at inkludere medarbejdere med mentale vanskeligheder, og for at sikre en skånsom tilbagevenden til arbejdet efter sygefravær grundet mentale vanskeligheder. Ligeledes lægges der vægt på oprustning af lederkompetencer vedrørende psykisk arbejdsmiljø, og på forebyggelse af stress hos medarbejdere, herunder brug af redskaber til opsporing og håndtering af stress og mentale vanskeligheder. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en 5-trinsmodel for sundhed og trivsel på arbejdspladsen¹⁷⁶, der giver inspiration til systematisk og strategisk arbejde med sundhedsfremme i virksomheder. Der vurderes et behov for, at virksomhederne yderligere får adgang til lettilgængelige og hurtige, evidensbaserede oplysninger om sammenhænge mellem psykisk sårbarhed og arbejdsevne, og øget muligheder for rådgivning.

174 KORA. 2013. *Sygefravær i kommunerne*.

175 SFI. *Virksomheders sociale engagement – årbog 2010 og årbog 2011*.

176 Sundhedsstyrelsen. 2010. *Sundhed og trivsel på arbejdspladsen*.

Herudover har alle landets kommuner, som en del af reformen af førtidspension og fleksjob, siden 1. januar 2013, skulle etablere tværfaglige rehabiliteringsteams. Formålet med disse teams er at give en bedre hjælp til de mest udsatte borgere, så de får mulighed for at være en del af arbejdsfællesskabet via en koordineret og tværfaglig indsats. Disse teams skal behandle sager om ressourceforløb, fleksjob eller førtidspension, og skal forebygge, at borgere, der kan arbejde, ender på førtidspension. Rehabiliteringsteamet skal med udgangspunkt i den enkelte borgers situation sikre en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder med fokus på beskæftigelse og uddannelse, så den enkelte borger så vidt muligt får fodfæste på arbejdsmarkedet. Der henvises til kapitel 8 om høj kvalitet i indsatsen.

6.2.2

Forebyggelse af psykiske lidelser hos borgere med begyndende psykiske vanskeligheder

En tidlig, opsøgende og kontaktskabende indsats er essentiel i forsøget på at forebygge en forværring af den psykiske tilstand for borgere med psykiske vanskeligheder.

Der ses en tendens til, at mennesker både med begyndende og mere omfattende psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer isolerer sig mere end andre, og ofte har det svært med kontakten til offentlige myndigheder. Dermed modtager de heller ikke altid den tilstrækkelige helhedsorienterede indsats, som kan tilvejebringes af disse myndigheder. Hermed er der en risiko for, at borgerens problemer bliver mere omfattende og komplekse, da der ikke rettidigt sættes ind med relevant behandling eller indsatser.

For at komme i kontakt med disse borgere, og få iværksat den rette behandling og/eller andre relevante indsatser, kan der gøres brug af fremskudte indsatser. Fremskudte indsatser er indsatser, hvor sagsbehandlingen flyttes fra forvaltningen og ud til borgeren. Sagsbehandlere møder borgere med psykiske vanskeligheder og psykiske lidelser "der, hvor de er" – i hjemmet, på væresteder, på uddannelsen, på behandlingsstedet eller på gadeplan. Ved en fremskudt indsats flyttes fokus fra det administrative arbejde til det personlige og opsøgende arbejde, og derved iværksættes en hurtigere og mere målrettet indsats.

Der er i flere kommuner gennemført forsøg med forskellige former for fremskudte indsatser. F.eks. i forhold til at placere socialrådgivere på folkeskoler, have opsøgende (fremskudte) sagsbehandlere i boligområder, samarbejde med den regionale psykiatri i forhold til at kontakte borgere, der ikke kan indgå i f.eks. OPUS forløb, etablering af sociale viceværter mv. Fælles for projekterne er, at den sociale indsats rykkes tættere på almentilbuddene. Borgerne opsøges, og der vil i nogle tilfælde være mulighed for at gennemføre sagsbehandlingen på stedet. Målsætningen er, at borgeren på sigt kan indgå i den almindelige sagsbehandling og opfølgning.

Der er gjort erfaringer med fremskudte indsatser i forhold til unge på uddannelsesinstitutioner, udsatte borgere i boligområder, hjemløse, gældsplagede mv., og resultaterne fra de iværksatte, fremskudte indsatser er positive. Som led i handlingsplanen *Styrket indsats for sindslidende*, satspuljen 2010, blev der endvidere igangsat et projekt om fremskudt sagsbehandling. Formålet med initiativet er dels at udvikle konkrete metoder, således at sagsbehandlere i højere grad kan møde mennesket med psykiske vanskeligheder på deres præmisser, og dels at udvikle organisatoriske modeller, som gør dette møde muligt i praksis. Borgeren skal opleve kontinuitet, sammenhæng, let adgang og øget forståelse fra de kommunale myndigheder. De foreløbige erfaringer fra projektet

tyder på, at den fremskudte sagsbehandling har bidraget til hurtigere sagsbehandling for borgeren, og at den fremskudte sagsbehandler i nogle tilfælde også har ageret som case manager, og har hjulpet borgeren med at overholde aftaler mv. Nogle sagsbehandlere oplever, at borgeren hurtigere rehabiliteres i forhold til at kunne leve uden støtte, deltage på arbejdsmarkedet, i uddannelse mv. Den endelige evaluering af projekt "Fremskudt sagsbehandling" forventes at foreligge i december 2013.

Med udgangspunkt i de erfaringer, der hidtil er gjort med fremskudte indsatser, samt i de kommende resultater fra projekt "Fremskudt sagsbehandling", anbefaler udvalget, at kommunerne fortsat har fokus på at videreudvikle og anvende fremskudte indsatser som led i indsatsen over for borgere med psykiske vanskeligheder.

6.2.3

Nedbringelse af overdødelighed og ulighed i sundhed: Forebyggelse og behandling af somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser

Undersøgelser viser, at mennesker med mere alvorlige former for psykiske lidelser, som f.eks. skizofreni, affektiv lidelse og misbrug, lever mellem 15 og 20 år kortere end befolkningen som helhed¹⁷⁷.

Den øgede dødelighed skyldes en kombination af flere faktorer, herunder:

- Højere forekomst af selvmord og ulykker.
- Komplikationer og bivirkninger til nogle psykofarmakologiske lægemidler.
- Højere forekomst af livstilsbetingede risikofaktorer for mange kroniske sygdomme og nogle former for kræft.

Overdødeligheden skyldes altså både en øget risiko for ulykker og selvmord, og en øget risiko for at dø af somatiske sygdomme, som yderligere kan forstærkes af bivirkningerne ved særligt antipsykotisk medicin.

Forskning viser, at selvmord og selvmordsforsøg udspringer af mange forskellige forhold. Der er tale om komplekse problemstillinger, som skal håndteres i flere sektorer og på forskellige måder og niveauer. Hvis antallet af selvmordshandlinger skal nedbringes, er det nødvendigt, at der sættes ind med såvel forebyggende indsatser, som med diagnostik, behandling og hurtig opfølgning, når dette er relevant. I nogle tilfælde er der behov for en akut indsats, hvorfor let adgang til psykiatriske vurderinger, intensiveret ambulant behandling eller indlæggelse er væsentligt. I andre tilfælde vil der være behov for en længerevarende, mindre intensiv indsats med fokus på f.eks. sociale problemer.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2007 publikationen *Vurdering og visitation af selvmordstruede – rådgivning til sundhedspersonale*. Målet med rådgivningsmaterialet er opkvalificering af sundhedspersonalets identifikation, vurdering og visitation af selvmordstruede, bl.a. som støtte til udarbejdelse af lokale instrukser, samt i relation til sundhedsaftaler mellem region og kommuner på området. I specialevejledningerne for psykiatrien på både

¹⁷⁷ Sundhedsstyrelsen. 2009. *National Strategi for psykiatri*.

voksen- og børne- og ungeområdet er selvmordsforebyggelse fastsat som specialfunktion/regionsfunktion med henblik på en styrkelse og udvidelse af indsatsen i relation til selvmordstruede.

Der foregår både i den regionale og kommunale sektor et stort arbejde med selvmordsforebyggelse i form af observation, behandling og pleje af patienter med psykiske lidelser i kritiske faser, hvor der er selvmordsrisiko. Der arbejdes med efteruddannelse og træning af personalet med henblik på bedre at kunne identificere personer, der er i særlig risiko samt kunne iværksætte relevante tiltag af praktisk, støttende og terapeutisk art.

Social-, Børne- og Integrationsministeriet har til brug for kommunernes arbejde udarbejdet pakker for selvmordsforebyggelse blandt børn, unge og ældre. Pakkerne anviser, hvordan kommunerne kan sikre beredskab, organisering og samarbejde om indsatsen samt opkvalificering af relevante personalegrupper. Pakkerne er sendt til alle landets kommuner.

Overdødeligheden betinget af somatiske sygdomme, skyldes bl.a. type 2 diabetes og hjertekarsygdomme. Disse kan skyldes livsstilsfaktorer som uhensigtsmæssig kost, rygning og for lidt motion, men den psykofarmakologiske behandling kan også være medvirkende, hvor nogle præparater øger risikoen for udvikling af det såkaldte "metaboliske syndrom", som igen øger risikoen for type 2 diabetes og hjertekarsygdomme. Herudover kan nogle former for psykofarmakologisk behandling give hjerterytmeforstyrrelser i form af forlænget QT-interval¹⁷⁸, der måles på hjertekardiogrammet, hvilket kan forårsage øget risiko for pludselig hjertedød. Samtidig brug af antipsykotika og benzodiazepiner resulterer ligeledes i øget dødelighed.

Litteraturen er dog ikke entydig i forhold til sammenhængen mellem anvendelse af lægemidler og overdødelighed. I en ny meta-analyse fra august 2013, har forskere gennemgået data for 92.000 patienter i de første 3-4 måneders behandling med psykofarmaka, og undersøgt om medicinen medførte forhøjet dødelighed. Studiet peger på, at brug af lægemidler i op til tre-fire måneder ikke forøger risikoen for at dø tidligt. Forskerne peger i øvrigt på, at der er behov for yderligere undersøgelse af lægemidlenes langtidseffekt for at understøtte resultaterne¹⁷⁹.

Dansk Cardiologisk Selskab og Dansk Psykiatrisk Selskab har i fællesskab i 2011 udgivet en vejledning om risiko for hjerte-rytmeforstyrrelse ved behandling med psykofarmaka. Denne vejledning giver en oversigt over risikoen ved de fleste psykofarmaka og giver vejledning om forebyggelsen af den medicinrelaterede hjertesygdom. Herudover har Sundhedsstyrelsen udgivet en vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler fra 2007, der pålægger den ansvarlige speciallæge at lægge en plan for overvågning af effekt, bivirkninger og komplikationer. Dette omfatter regelmæssige undersøgelser med foretagelse af hjertekardiogram, så man tidligt kan afsløre hjerterytmeforstyrrelser. Det er vigtigt, at disse retningslinjer implementeres.

Undersøgelser viser, at der er en forhøjet forekomst af metabolisk syndrom hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser i Danmark, og der er studier, der tyder på, at patienterne ikke i tilstrækkelig grad bliver undersøgt herfor, og som følge heraf ikke modtager

178 Langt QT betyder, at der er øget afstand mellem Q-takken og T-takken på hjertekardiogrammet. Det kan medføre alvorlige rytmeforstyrrelser som f.eks. hjertekammerflimren og hjerrestop.

179 Karif Khan M. D. et al. 2013. *Comparative Mortality Risk in Adult Patients With Schizophrenia, Depression, Bipolar Disorder, Anxiety Disorder, And Attention-Deficit/Hyperactive Disorder Participating in Psychopharmacology Clinical Trials*, *Jama Psychiatry*.

rådgivning og behandling¹⁸⁰. Herudover er der en øget forekomst af livsstilsrisikofaktorer hos mennesker med psykiske lidelser. Undersøgelser viser, at mennesker med psykiske lidelser er motiverede for at ændre sundhedsvaner, og der er således behov for, at der bliver taget de rette initiativer til forebyggelse af livsstilssygdomme¹⁸¹.

Årsagerne til den forhøjede forekomst af somatisk sygdom kan endvidere skyldes, at mennesker med psykiske lidelser kan være længere tid om at opsøge læge eller slet ikke opsøger læge i det somatiske sundhedsvæsen. Det kan også skyldes, at sundhedsprofessionelle, herunder egen læge, ikke er opmærksomme på somatiske sygdomme, og ikke tilbyder patienter med psykisk sygdom tilstrækkelig udredning og behandling. Herudover kan nogle mennesker med psykiske lidelser have svært ved at følge et længerevarende behandlingsforløb, hvis ikke de får tilstrækkelig støtte. Der tegner sig således et billede af, at der blandt borgere med psykiske lidelser er en øget forekomst af forskellige somatiske lidelser, men at disse ikke bliver tilstrækkeligt udredt, behandlet og monitoreret.

Ovenævnte problemstillinger fordrer tæt samarbejde og sammenhæng mellem psykiatrien og såvel almen praksis, det øvrige sygehusvæsen som hjemmesygeplejen og indsatsen på botilbud. Det er væsentligt, at personalet f.eks. på botilbud er opmærksomt på somatisk sygdom og livstilsfaktorer, og har en helhedsorienteret tilgang til borgeren.

I Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri fra 2010 beskrives, at samarbejdet med det somatiske sygehusvæsen og almen praksis, om patienter med både somatiske og psykiske problemstillinger, forventes styrket i de kommende år med henblik på at sikre sammenhængende, koordinerede patientforløb. Der er allerede et arbejde i gang med shared care mellem almen praksis og psykiatri. Samtidig er det vigtigt, at borgere med psykiske lidelser får samme adgang til sundhedstilbud, motion og genoptræning som andre borgere. F.eks. skal behovet for genoptræning vurderes ved udskrivning fra sygehus, herunder også fra psykiatriske afdelinger.

En sundhedspolitik på bostederne vil kunne skabe bedre rammer for en sund livstil. Implementeringen af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, om bl.a. fysisk aktivitet, tobak og overvægt i kommunerne, vil kunne medvirke til et større fokus på forebyggelse af livsstilssygdomme på f.eks. botilbud, sundhedscentre og øvrige kommunale tilbud til mennesker med psykiske lidelser mv.

Der er således behov for både en sundhedsfaglig indsats og kommunal social indsats for at nedbringe uligheden i sundhed og levetid.

Der er endvidere behov for forskning i overdødelighed. Der er i Finanslovsaftalen for 2013 afsat 4 mio. kr. til at undersøge pludselige og uventede dødsfald i psykiatrien. Midlerne er udmøntet til det retsmedicinske forskningsprojekt "SURVIVE", der baserer sig på retsmedicinske obduktioner og har til formål, via tværfagligt samarbejde, at undersøge relationerne mellem død og faktorer som livsstil, medicinbrug og genetik. Det vurderes, at der vil være behov for yderligere forskning i faktorer, der kan reducere overdødelighed.

180 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

181 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

Forebyggelse af mistrivsel og ensomhed blandt ældre

Ifølge Danmarks Statistik forventes andelen af 65-årige eller derover at stige fra 15,9 pct. af befolkningen i 2009 til 25,0 pct. i 2035. Denne stigning i andelen af ældre i befolkningen vil påvirke efterspørgslen i forhold til behandling, men også i forhold til indsatser fra en række andre forvaltningsområder, som f.eks. det sociale område, det kulturelle område og beskæftigelsesområdet. I takt med denne udvikling er fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske vanskeligheder og lidelser blandt ældre væsentlig at have fokus på.

Ældre, der selv oplever sygdom eller ensomhed, og ældre, som tager sig af syge og svækkede pårørende, udvikler oftere psykiske vanskeligheder og psykiske lidelser, i form af f.eks. depression og angstlidelser, sammenlignet med andre ældre. Herudover er det påvist, at ældre mænd (85+) har den højeste selvmordsrate i Danmark, bl.a. begrundet i større fysisk skrøbelighed, at de oftere lever alene, samt udviser færre signaler og advarsler til omgivelserne om mistrivsel.

Omfanget af ensomhed blandt ældre er belyst i en stor spørgeskemaundersøgelse fra 2012¹⁸², der fastslår, at ældre borgere, der modtager meget hjemmehjælp, er betydeligt mere ensomme end andre ældre. Dette skyldes formentlig deres relativt dårlige funktionsniveau, der gør dem mindre mobile. Således viser undersøgelsen, at 50 pct. af de ældre, der modtager personlig pleje, oplever at føle sig uønsket alene, og at 25 pct. oplever at føle sig alene sammen med andre. For ældregruppen generelt gælder det for henholdsvis 20 pct. og 13 pct.¹⁸³.

Det er vigtigt at anerkende, at negative sociale, psykiske og somatiske faktorer er forbundet således, at én faktor kan være udløsende for en anden. Eksempelvis kan et funktionstab medføre tab af sociale relationer og hermed mistrivsel hos den ældre. Sundhedsfremmende og forebyggende indsatser hos ældre skal (som hos den resterende befolkning) derfor bygge på et samarbejde mellem de forskellige faglige aktører og frivillige, der indgår i den ældre borgers tilværelse. Kommunerne, almen praksis, hjemmeplejen, de forebyggende medarbejdere, demenskoordinatorer, sociale viceværter, sygehusvæsenet og de frivillige er alle relevante aktører at inddrage i det sundhedsfremmende og forebyggende samarbejde, hvor hver aktørs faglighed bringes i spil. F.eks. har en række kommuner gode erfaringer med at samarbejde med patientorganisationer¹⁸⁴ om indsatsen for ensomme ældre, hvor Ældresagen og Dansk Røde Kors f.eks. organiserer besøgsvenner på plejehjem, hospitaler og i eget hjem.

Der er store forskelle kommunerne imellem, når det kommer til indsatser vedrørende opsporing af psykiske vanskeligheder i den ældre befolkning. F.eks. anvender 26 pct. af kommunerne de forebyggende hjemmebesøg til systematisk opsporing, 44 pct. af kommunerne anvender andre tiltag, mens 30 pct. af kommunerne ikke har nogle tiltag til opsporing af psykisk mistrivsel blandt ældre¹⁸⁵.

Forebyggelse, opsporing og tidlige indsatser kan forbedre den ældre borgers trivsel og kan bl.a. motivere borgeren til at deltage i sociale arrangementer, hvilket mindsker

182 Hjemmehjælpskommissionen. 2013. *Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats.*

183 Hjemmehjælpskommissionen. 2013. *Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats.*

184 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Forebyggelsespakke om mental sundhed.*

185 COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.*

risikoen for at udvikle psykiske lidelser. Sundhedsfremmende og forebyggende indsatser for ældre borgere mindsker endvidere risiko for selvmordsadfærd.

Nuværende og relevante forebyggelsesinitiativer på ældreområdet er bl.a. satspulje-projekterne "Forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre" og "Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre". Puljeprojekterne har både til hensigt at opspore og håndtere tidlige tegn på mistrivsel hos ældre, og give kommunerne konkrete anbefalinger og redskaber til at forbedre forebyggelsesindsatsen på området. Begge forebyggelsesprojekter varetages af Socialstyrelsen og løber indtil 2016. Som led i de to projekter udarbejdes en håndbog til landets kommuner, som behandler forskellige indsatsområder, hvor social isolation, ensomhed og selvmordsadfærd er nogle af områderne¹⁸⁶. Håndbogen forventes offentliggjort i efteråret 2013, hvorefter kommunerne tilbydes processtøtte til implementeringen.

Endvidere har Sundhedsstyrelsen i 2013 udgivet publikationen *Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsevne og underernæring – sammenfatning af anbefalinger*, hvor depression hos ældre indgår. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at hjemmesygeplejen anvender screeningsværktøjet "Mini Geriatric Depression Scale" (GDS5) i deres vurdering af, om der er behov for henvisning til almen praksis. Der er afsat 3 millioner kr. til formidling af information om de forskellige værktøjer anbefalet i publikationen med henblik på at fremme anvendelsen af værktøjerne.

Udvalgets forslag

For at sikre gode rammer for alle borgeres mentale sundhed, og at indsatsen sker tæt på borgerens netværk, arbejdsplads og i de sammenhænge, hvor borgeren møder kommunen f.eks. sundhedsplejen, daginstitutioner, skoler, jobcentre, sundhedscentre og hjemmeplejen anbefaler udvalget følgende:

- **Særlig opmærksomhed på mistrivsel og dårlig mental sundhed i jobcentrene.** Kommunerne opfordres til i regi af jobcentrene, at der er særlig opmærksomhed på at borgeren udredes i almen praksis, og at beskæftigelsesindsatsen efter behov tilrettelægges i samarbejde med sundhedsforvaltningen f.eks. visitation til kommunale trivselsfremmende tilbud.
- **Arbejdspladserne sætter øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse af psykiske lidelser og stress og får øget adgang til information og rådgivning.** Der udarbejdes et lettilgængeligt og kortfattet, evidensbaseret oplysningsmateriale målrettet virksomhedernes ledere, medarbejdere og HR-funktion om redskaber til at fremme mental sundhed og fastholdelse på arbejdsmarkedet. Og arbejdspladsernes adgang til rådgivning styrkes f.eks. ved oprettelse af hotline for rådgivning. Opgaven placeres f.eks. i et nationalt partnerskab jf. forslag i kapitel 8.
- **Der samles op på forsøg med fleksibel, udgående sagsbehandling og frem-skudte indsatser med henblik på udbredelse af erfaringerne.** De foreløbige erfaringer med fremskudte indsatser i forhold til unge på uddannelsesinstitutioner, udsatte borgere i boligområder, hjemløse, gældsplagede mv. er positive og viser bl.a., at indsatsen kommer ud i nærmiljøet, og at socialarbejderen i teamet bør have myndighed til at træffe afgørelser.

¹⁸⁶ Servicestyrelsen. Forebyggende arbejde på ældreområde.
<http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/forebyggelse-1>

- **Der fastsættes nationale mål for nedbringelse af overdødeligheden for mennesker med psykiske lidelser. Målene skal understøtte fokus på, og prioritering af, at overdødeligheden reduceres.** Der opstilles nationale mål for reduktion af overdødelighed blandt mennesker med psykiske lidelser. Udvalget vurderer, at der vil være behov for en nærmere faglig vurdering af måltallene, da overdødeligheden skyldes et kompleks samspil mellem mange forskellige faktorer. Reduktion af overdødelighed kræver en bred indsats med fokus på:
 - Forskning i og kortlægning af overdødelighed.
 - Obduktioner af mennesker med psykiske lidelser ved pludselig død og videreformidling af retsmedicinske obduktionsresultater til psykiatrien.
 - Sikring af somatiske kompetencer i psykiatrien.
 - Monitorering af metaboliske forstyrrelser og hjertearytmi.
 - Selvmordsforebyggende indsatser.
 - Flerstrengt behandling.
- **Øget opmærksomhed i regioner og kommuner på at forebygge udvikling og undgå underbehandling og underdiagnosticering af somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser med henblik på reduktion af ulighed i sundhed og levetid.** Der er behov for både en psykosocial og sundhedsfaglig indsats til at nedbringe ulighed i sundhed og levetid. Derfor er det vigtigt, at borgere med psykiske lidelser får lige adgang til sundhedstilbud, motion og genoptræning, som somatiske patienter. Udvalget anbefaler på den baggrund:
 - At der sættes fokus på sundhedsfaglig rehabilitering.
 - Tilbud om fysisk aktivitet f.eks. med sundhedsfagligt personale.
 - Øget opmærksomhed på livsstilssygdomme ved kontakt til sundhedsvæsenet.
 - At der er fokus på at fremme sundhed på botilbud i kommunernes sundhedspolitikker.
 - At der er fokus på, at gældende regler for genoptræning efterleves på linje med somatikken.
- **Kommunerne har særlig fokus på opsporing af psykisk mistrivsel i de forebyggende hjemmebesøg hos ældre, der skal finde sted efter serviceloven.** Kommunerne har særlig fokus på ældre i risiko for mistrivsel bl.a. ældre, der har mistet en ægtefælle eller er socialt isoleret med henblik på henvisning til kommunale og frivillige tilbud og/eller udredning og behandling.

7

Styrket sammenhæng i indsatsen

Pejlemærker for en sammenhængende indsats:

- Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om indsatsen for borgeren sker med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker og med fælles fagligt fokus på recovery og inklusion.
- Der er fokus på fælles mål om tidlige indsatser, rehabilitering og inklusion.
- De eksisterende rammer og koordinationsredskaber udnyttes bedre og mere effektivt, og nye samarbejdsmodeller understøtter en fælles indsats i regioner, praksissektor og kommuner.
- Indsatserne på sundheds-, social-, børne-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet sker i et bedre samspil med udgangspunkt i kendte modeller for koordination og samordning af indsatser (jf. bl.a. de nye tværfaglige rehabiliteringsteams).
- Udbredelse af dokumenterede metoder og bedste praksis for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde på landsplan med fokus på generiske/almene løsninger i indsatsen på tværs af sektorområde og målgruppe.

Psykiske lidelser kan have konsekvenser for evnen til at strukturere hverdagen, samvær med andre mennesker og muligheden for at passe et arbejde. Derfor kan mennesker med psykiske lidelser have brug for flere former for indsatser. Der kan være brug for indsatser, der reducerer symptomer, støtte til at strukturere daglige gøremål, støtte i boligen og familien, hjælp til at genvinde sociale kompetencer, genvinde arbejdsevnen og forsørgelse. I de tilfælde hvor mennesker med psykiske lidelser har et misbrug, vil der også være behov for hjælp til afvæning.

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser kan – afhængig af kompleksitet – bestå af en sundhedsfaglig, en socialfaglig og beskæftigelsesrettet indsats og er som følge

heraf kompleks med mange aktører, overgange og tilbud. Ansvar for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er som beskrevet i kapitel 3 delt mellem regioner og kommuner. Derudover er tilrettelæggelsen og ansvaret for de konkrete indsatser ofte placeret i forskellige afdelinger og forvaltninger. Fordelingen af det offentlige ansvar mellem flere sektorer stiller derfor store krav til koordination og samarbejde.

Sammenhæng og kontinuitet i indsatsen er af betydning for borgerens proces med at komme sig. Ved manglende sammenhæng i indsatserne er der risiko for, at den enkelte får en ufuldstændig indsats, som ikke tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. Måske får borgeren overlappende eller modstridende tilbud. Måske får borgeren ikke den nødvendige støtte og hjælp. En usammenhængende indsats kan resultere i genindlæggelse eller tab af funktionsevne. Hertil kommer, at en bedre planlægning og sammenhæng i indsatsen bidrager til en bedre ressourceudnyttelse af kapaciteten i de forskellige sektorer, mindre ventetid og mindre risiko for, at borgeren får overlappende tilbud. Konsulentundersøgelser, der er foretaget af kapaciteten i henholdsvis forebyggelsesindsatsen, den kommunale sociale indsats og den regionale psykiatri, påpeger alle, at kapaciteten kunne anvendes mere effektivt, såfremt samarbejdet mellem kommuner, regioner og praksissektor fungerede bedre¹⁸⁷.

Samtidig er det velkendt, at en usammenhængende indsats kan have konsekvenser for borgerens/patientens oplevelser af forløbet. De landsdækkende tilfredshedsundersøgelser i psykiatrien viser, at særligt i børne- og ungdomspsykiatrien oplever borgere/patienter og pårørende mangel på sammenhæng mellem den regionale psykiatri og den kommunale, sociale indsats¹⁸⁸.

På den måde spiller planlægning, sammenhæng, kvalitet og effektivitet tæt sammen, hvor sammenhæng i høj grad er en forudsætning for sikring af både den faglige kvalitet, den patientoplevede kvalitet og den organisatoriske kvalitet, herunder i forhold til en effektiv udnyttelse af ressourcer i indsatsen.

Det er vigtigt at understrege, at der er stor forskel på den enkeltes behov for samtidige og tværgående indsatser. For en stor gruppe af mennesker med lettere psykiske lidelser og uden sociale problemstillinger vil der ikke være behov for en tværfaglig og tværsektorielt koordineret indsats. Her vil behovet ofte begrænse sig til at se den praktiserende læge og måske modtage en beskæftigelsesindsats i det kommunale jobcenter. Herudover er der mennesker med psykiske lidelser, som er kommet sig så meget, at de alene, og måske kun i perioder, har brug for en behandlingsindsats i psykiatrien eller i almen praksis. Disse borgere har typisk ikke behov for en social eller beskæftigelsesrettet indsats og har derfor heller ikke behov for en koordineret indsats. Derimod vil der for mennesker med sværere psykiske lidelser og komplekse, sociale problemstillinger ofte være behov for flere og tværfaglige indsatser fra den regionale psykiatri, den praktiserende læge, den kommunale sociale indsats og en beskæftigelsesindsats.

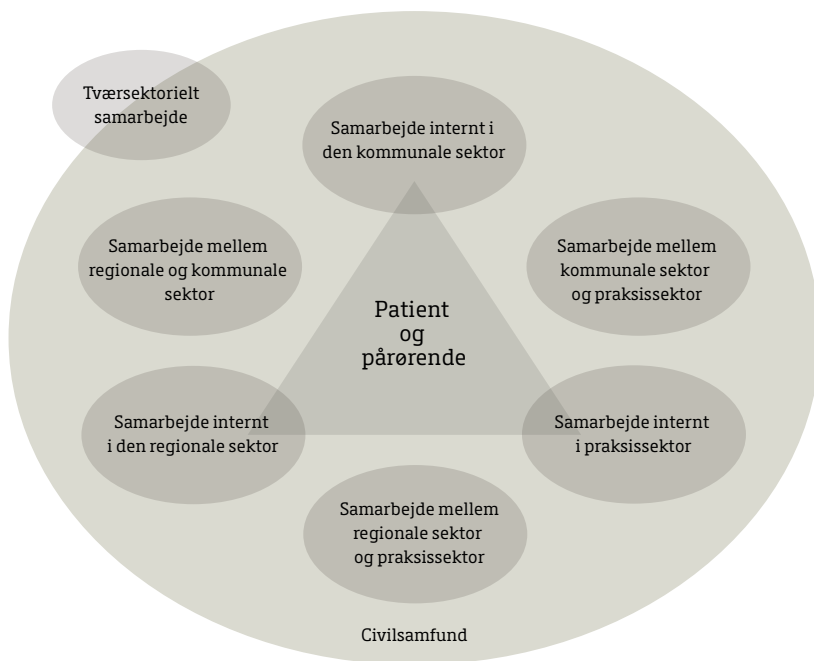
Nedenstående figur 7.1 viser de parter og samarbejdsrelationer, der kan være involveret i et forløb, som går på tværs af forskellige sektorer og myndigheder.

187 Deloitte. 2012. *Analyse af kapaciteten i psykiatrien*; Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale sociale indsats*; COWI. 2012. *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom*.

188 Danske Regioner. *Patienterne og deres forældre har ordet – undersøgelse på børne- og ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit 2010-2011*.

FIGUR 3

Parter i det sammenhængende forløb



7.1

Rammerne for en sammenhængende indsats

Regioner og kommuner har forskellige redskaber til rådighed i forhold til at sikre sammenhæng og koordination i indsatsen afhængigt af, om indsatsen går på tværs af forvaltninger og afdelinger internt i kommune eller region eller på tværs af regionale og kommunale sektorer.

Der er udviklet forskellige projekter og metoder med henblik på at sikre en sammenhængende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Nogle er fastsat gennem lovgivning, mens andre er besluttet på forvaltnings- og organisationsniveau og endeligt er nogle fastsat lokalt til at sikre arbejdsdeling og samarbejde i og på tværs af sektorer. Nedenstående tabel viser eksempler på disse tre niveauer for indsats. De overordnede lovgivningsmæssige rammer beskriver, hvordan forskellige sektorer overordnet skal samarbejde, ansvarsfordeling og indbyrdes forpligtigelser. På det organisatoriske niveau indgår forløbsbeskrivelser og samarbejdsmodeller, der skal understøtte samarbejdet, mens redskaber til brug for det konkrete forløb anvendes til at sikre koordination, samarbejde og sammenhæng i det konkrete forløb.

Redskaber til samarbejde og koordination

Niveau	Ramme/redskab
Overordnede lovgivningsmæssige rammer	Sundhedsaftaler, rammeaftaler, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, sociale handleplaner, national koordinationsstruktur og rehabiliteringsteams på beskæftigelsesområdet.
Organisatorisk på forvaltningsniveau	Forløbsbeskrivelser, herunder forløbsprogrammer, pakkeforløb, shared care og integrated care, it-understøttet kommunikation mv.
Redskaber i det konkrete forløb	Stratificering, forløbskoordinering, koordinatore, tværfaglige og tværsektorielle teams mv.

Der er vurderingen, at der inden for eksisterende organisatoriske og styringsmæssige rammer er mulighed for at forbedre indsatsen.

Sundhedsaftaler

I forhold til **de overordnede lovgivningsmæssige** rammer har udvalget i forbindelse med evaluering af kommunalreformen påpeget, at sundhedsaftalerne overordnet set er et godt styringsværktøj til at skabe rammerne for sammenhængende patientforløb. For at det tværsektorielle forløb kan lykkes er det nødvendigt, at alle parter har klarhed over hinandens tilbud/opgaver og ansvar i forløbet. Det er samtidigt væsentligt, at praksissektoren, som behandler hovedparten af patienter med psykiske lidelser særligt af ikke-psykotisk karakter, fremadrettet i højere grad indgår som en forpligtende samarbejdspartner i sundhedsaftalerne. Regeringen har som led i den politiske opfølgning på evaluering af kommunalreformen og som led i regeringens sundhedspolitiske udspil ændret sundhedsloven. Et formål med ændringen har bl.a. været at knytte almen praksis tættere sammen med den overordnede sundhedsplanlægning, herunder i forhold til sundhedsaftaler og forløbsprogrammer. At styrke sundhedsaftalerne som redskab til koordinering, samarbejde og sammenhæng på det psykiatriske område kræver endvidere, at relevante kommunale forvaltninger (f.eks. socialforvaltning og beskæftigelsesforvaltning) indgår i den kommunale del af tilrettelæggelsen og samarbejdet med regionen.

Udvalget vurderer på den baggrund, at der er en række udviklingsmuligheder i sundhedsaftalerne i forhold til at få skabt bedre rammer for borgerens samlede rehabilitering og recovery:

- Der er behov for et øget fokus på samarbejde om samtidige indsatser i forløbet. Sundhedsaftalerne har primært fokus på overgangsfaser.
- Der er behov for, at der i sundhedsaftalerne er større fokus på samarbejde om borgerens samlede rehabilitering, hvor der er mere fokus på de sociale, uddannelses- og beskæftigelsesrettede indsatser, der har snitflader til den sundhedsrettede indsats i almen praksis og den regionale psykiatri.
- Der er behov for, at indsatsen for mennesker med psykiske lidelser på de øvrige indsatsområder, som bl.a. handler om forebyggelse, indlæggelse og genoptræning ligestilles med patienter med fysiske sygdomme.

På det **organisatoriske niveau** er indsatsen på det somatiske område kommet langt i forhold til etablering af samarbejdsstrukturer og opgavetilrettelæggelse, f.eks. vedrørende indlæggelses- og udskrivningsforløb og den patientrettede forebyggelse – typisk i form af forløbsprogrammer – mens aftalerne om indsatsen for mennesker med psykiske lidelser ikke i samme omfang er formaliseret, systematisk og udbredt. Årsagen er muligvis, at sundhedsaftalearbejdet hidtil er sket mellem regionen og kommunens sundhedsforvaltning, hvor den kommunale indsats på det psykiatriske område i høj grad også er ansvarsplaceret i andre kommunale forvaltninger.

Det er samtidigt vigtigt, at der sættes rammer for en sammenhængende indsats f.eks. i sundhedsaftalerne, der understøtter den udvikling, der sker i psykiatrien og den kommunale indsats mod mindre indgribende indsatser. En øget mulighed for kommunerne til at trække på rådgivning fra sygehus og praksissektor er relevant i forhold til at understøtte dette, fordi flere børn, unge og voksne med psykiske problemstillinger på den måde vil kunne få en bedre støtte og indsats i kommunernes Pædagogisk-Psykologiske Rådgivning (PPR) og i den sociale og beskæftigelses rettede indsats. Pårørende og netværk er en vigtig ressource i forhold til borgerens behandlingsforløb og rehabilitering og en anerkendt forudsætning for en god sundhedsfaglig indsats og et godt behandlingsresultat. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis sundhedsaftalerne understøtter et godt samarbejde med borgerens pårørende og netværk, og hvor civilsamfundet ligeledes inddrages med henblik på særligt at sikre fokus på rehabilitering, recovery og inklusion i indsatsen for personer med psykiske lidelser.

Regionerne og kommunerne kan i valget af **redskaber og arbejdsmetoder i tilrettelæggelsen af de konkrete forløb** sikre et fremadrettet større fokus på implementering af sundhedsaftalerne i det udførende led. Tværfaglige og tværsektorielle teams kan sikre koordination og sammenhæng på tværs af sektorer i borgerens forløb mens stratificering kan sikre, at de rette patienter/borgere behandles og får støtte på det rette specialiseringsniveau. Endeligt kan koordinatorene være med til at understøtte tidsmæssig kontinuitet i indsatsen.

Det er væsentligt, at der er ledelsesmæssig opbakning og prioritering på alle niveauer, og regeringens udspil til en øget monitorering af sundhedsaftalernes effekt, bl.a. genindlæggelser i psykiatrien, kan være med til at fastholde dette fokus.

Rammeaftaler

Kommunerne har i 2011 overtaget ansvaret for rammeaftalerne fra regionerne. Rammeaftalerne har til mål at sikre en bedre styring og koordinering af det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet. Rammeaftalerne omfatter faglig udvikling, kapacitet og økonomi. Udgangspunktet for rammeaftalerne er det kommunale samarbejds- og koordinationsbehov.

Rammeaftalerne består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. I forhold til udviklingsstrategi skal kommunalbestyrelserne i høj grad selv bestemme, hvilke tilbudstyper, temaer og målgrupper som skal være i fokus for den årlige drøftelse. Derudover har socialministeren mulighed for at udmelde særlige temaer.

Styringsaftalerne har til formål at lægge rammerne for kapacitets- og prisudvikling af de tilbud, som styringsaftalen omfatter. Styringsaftalen skal sikre, at der tages stilling til de styringsmæssige og kapacitetsmæssige behov i forhold til, at kommunerne køber og sælger pladser hos hinanden (og i regionen).

Rammeaftalerne har en politisk tværkommunal forankring i de fem kommunekontaktråd (KKR), som varetager kommunernes interesse på det regionale område. Rammeaftalerne kan være forskellige fra år til år og fra region til region og kan med fordel koordineres i forhold til de kommende fem sundhedsaftaler.

7.1.1

Sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorer for mindre komplekse forløb – shared care

I forbindelse med evaluering af kommunalreformen har udvalget konstateret, at der er snitfladeproblemer i forhold til de kommunale jobcentre og den regionale psykiatri omkring udredning og behandling, og at der er en udfordring i at få sygemeldte hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet. Dette skyldes også, at koordinationen mellem almen praksis og kommune om indsatsen for sygemeldte ikke altid er velfungerende.

Den primære udfordring er at sikre tidlig indsats ved en sygemelding på grund af stress, angst eller depression, fordi jobcentrene typisk først får kendskab til den sygemeldte, når denne har været sygemeldt i 8 uger. Borgerens risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet vil være større efter 8 uger i forhold til ved sygemeldingens start. Hertil kommer, at der ofte er forskellige opfattelser hos henholdsvis almen praksis og jobcentre af, hvornår det vil være hensigtsmæssigt at påbegynde aktivitet, hvilket komplicerer forløb og samarbejde med og om borgeren. Undersøgelser viser, at hvis personer med psykiske lidelser skal i job eller tilbage i job, er det afgørende, at der iværksættes en koordineret sundhedsmæssig og beskæftigelsesmæssig indsats¹⁸⁹. Den eksisterende litteratur peger endvidere på et behov for arbejdsmarkedsrettede indsatser til personer med affektive sindslidelser eller angstsygdomme i tillæg til den behandlingsmæssige indsats for at sikre, at flest mulige bevarer en arbejdsmarkedstilknytning¹⁹⁰.

Der har gennem de senere år været en stærk stigning i tilkendelser af førtidspension med årsag i psykisk lidelse. Ca. halvdelen af de psykiatriske diagnoser, der ligger til grund for tilkendelse af førtidspension findes inden for ikke-psykotiske lidelser som angst og depression. For gruppen af borgere med lettere, ikke-psykotiske lidelser og uden sociale problemstillinger som f.eks. arbejdsløshed, vil der typisk ikke være behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Den store gruppe af mennesker med ikke-psykotiske lidelser som angst og depression varetages af forskellige aktører, henholdsvis almen praksis, praktiserende psykolog og speciallæge i psykiatri. Almen praksis behandler en væsentlig del af primært voksne med ikke-psykotiske lidelser. Derudover er den praktiserende læge en gennemgående aktør, som over tid har berøring med stort set alle borgere med psykiske lidelser, lettere som sværere. Derfor er det også centralt, at den praktiserende læge forpligtes i samarbejdet om det sammenhængende patientforløb. Udover almen praksis behandles et stigende antal mennesker med let til moderat depression eller angst med offentlig tilskud hos praktiserende psykologer, og speciallægepraksis behandler ligeledes en meget stor gruppe med lettere til moderate psykiske lidelser.

Tilstrækkelig og kvalificeret behandling af mennesker med psykiske lidelser i almen praksis kan understøttes gennem muligheder for samarbejde og supervision mellem

189 Høgelund, J. 2012. *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte.*

190 Eplow, L., Korsbæk, L. 2012. *Review om effekter af arbejdsmarkedsrettede indsatser for personer med affektive sindslidelser eller angstsygdomme.*

f.eks. almen praksis og speciallægepraksis, børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Shared care i form af collaborative care har i international sammenhæng vist effekt i behandlingen af mennesker med ikke-psykotiske lidelser som angst og depression. Shared care er en evidensbaseret model for behandlingen af mennesker med en ikke-psykotisk lidelse og er et aftalt og struktureret samarbejde mellem den praktiserende læge, psykolog og/eller speciallæge i psykiatri. Behandlingen er forankret i almen praksis og bygger på et tæt samarbejde mellem psykiatrien og almen praksis.

BOKS 9

Collaborative care

Collaborative care indeholder følgende tiltag:

- a. Undervisning og retningslinjer for den praktiserende læge.
- b. Case-managers, der sikrer en aktiv opfølgning.
- c. Undervisning af patienten og evt. kortidsterapi ved case-manager.
- d. Konference/fælleskonsultation med speciallæge i psykiatri.
- e. Patientindflydelse på behandling¹⁹¹.

Shared care er under udrulning i Danmark bl.a. som led i satspuljen for 2012-2015, hvor der er afsat 100 millioner kr. til forsøg med shared care i alle regioner. Der er afsat 8 mio. kr. til en omfattende evaluering af de danske forsøg, som vil foreligge ved udgangen af 2015. I den danske model er praktiserende psykologer dog i mindre omfang indtænkt i shared care.

For at sikre et bedre samspil og koordination mellem den kommunale beskæftigelsesindsats og almen praksis om mennesker med ikke-psykotiske lidelser og/eller sygdomme med stress kan kommunernes tilbud, f.eks. jobcentrene, tænkes ind i de shared care projekter, som er under udrulning i regionerne. Samtidigt har mange kommuner udrullet "lær og leve med angst og depression"-kurser, men kommunerne oplever, at de praktiserende læger i begrænset omfang henviser til sådanne kommunale tilbud.

Der er derfor behov for, at indsatsen for mennesker med psykiske lidelser indgår i et styrket samarbejde mellem almen praksis og kommunerne, herunder i forhold til beskæftigelsesindsatsen og i forhold til brug af/henvisning til kommunale tilbud. En styrkelse af samarbejdet kan f.eks. ske ved brug af det kommunalt-lægelige udvalg og ved brug af praksiskonsulenter.

7.1.2

Sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorer for komplekse forløb – en generisk model for samordnet indsats

Uklar ansvars- og opgavefordeling og manglende viden om hinandens indsatser og kompetencer udgør en barriere for samarbejdet mellem sektorerne.

¹⁹¹ Eplöv LF, Lundsteen M, Birket-Smith M. Udgivet af Danske Regioner. 2009. *Shared Care for ikke-psykotiske sygdomme. Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse.*

Det er vurderingen, at der er behov for en generisk model for en samordnet indsats, der beskriver organisering samt den generelle opgave- og ansvarsplacering mellem de forskellige sektorer, dvs. den regionale psykiatri, praksissektoren og den kommunale indsats. For at sætte borgeren i centrum for samarbejde og koordinering er det vigtigt, at der er fokus på indsatserne i et samlet rehabiliteringsforløb, dvs. på sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet, undervisningsområdet og socialområdet, og at der tages afsæt i et borger-/patientperspektiv. Indsatserne på socialområdet, beskæftigelsesområdet og undervisnings- og uddannelsesområdet skal beskrives og indgå som en ligeværdig del af modellen. Modellen skal endvidere beskrive metoder til borger-/patient- og pårørendeinddragelse.

Derudover bør en sådan model beskrive, hvordan de enkelte indsatser kan differentieres, således at den enkelte kan få et tilbud tilpasset vedkommendes funktionsevne og behov. Det er i udvalget fremhævet, at det er centralt, at forløbsbeskrivelser holder sig på et overordnet niveau, således at indsatsen for borgeren individuelt kan tilpasses.

Der er i udvalget peget på, at man med fordel kan lade sig inspirere af tankegangen i forløbsbeskrivelser på sundhedsområdet i forhold til at få tilrettelagt samarbejdet mellem kommuner og regioner om en tværfaglig og tværsektoriel indsats, men at der på psykiatriområdet er en række udviklingspunkter i forhold til det somatiske område med henblik på at sikre en helhedsorienteret indsats.

Der er udviklet en række redskaber inden for sundhedsområdet til at sikre sammenhængende patientforløb, herunder forløbsprogrammer og pakkeforløb.

Sundhedsstyrelsen¹⁹² har udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer, som regioner og kommuner kan tage udgangspunkt i forbindelse med udvikling af lokalt tilpassede forløbsprogrammer. Den generiske model er i december 2012 opdateret bl.a. i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Det lokale forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling og samarbejde mellem involverede aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe. Forløbsprogrammer indeholder en præcis beskrivelse af opgavefordeling, koordinering og kommunikation mellem de involverede parter og indeholder stratificering til at graduere indsatsen. Herudover er et væsentligt element i forløbsprogrammet inddragelse af borgerens/patientens egne ressourcer til egenomsorg.

Enkelte regioner og kommuner¹⁹³ har udarbejdet forløbsprogrammer for psykiske lidelser, herunder i forhold til skizofreni og depression med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske forløbsprogram.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet to specifikke forløbsprogrammer i forhold til rehabilitering på kræftområdet¹⁹⁴ og hjerneskadeområdet¹⁹⁵. Disse forløbsprogrammer omfatter indsatser på social-, beskæftigelses- og/eller uddannelsesområdet, hvor disse er centrale for den sundhedsfaglige indsats og det samlede forløb.

De konkrete forløbsbeskrivelser, som er beskrevet ovenfor, indeholder en lang række redskaber, der anvendes til at beskrive det sammenhængende forløb og som ofte er udviklet til bestemte problematikker.

192 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model*.

193 Region Sjælland har udarbejdet et forløbsprogram for skizofreni. Region Midtjylland har udarbejdet et forløbsprogram for depression.

194 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*.

195 Sundhedsstyrelsen. 2011. *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskadesamt Sundhedsstyrelsen. 2011. Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade*.

Eksempler på redskaber til beskrivelse af det sammenhængende forløb

Collaborative care indeholder følgende tiltag:

- *Forløbstider* beskriver den tid, de enkelte undersøgelser, procedurer og behandlinger tager, ligesom tiden mellem disse beskrives.
- *Stratificering* foretages for at sikre, at forskellige grupper tilbydes relevante indsatser af tilstrækkelig kvalitet under hensyntagen til effektiv ressourceudnyttelse og sammenhæng i forløbene. Stratificeringen kan tage afsæt i demografi, borgerens helbreds-tilstand, funktionsevne og andre faktorer i omgivelserne eller hos personen.
- *Forløbskoordinering* kan bl.a. have til formål at sikre sammenhæng i forløbet og undgå unødigt ventetid. Forløbskoordinering kan varetages på mange forskellige måder, men operationaliseringerne og erfaringerne er endnu ikke entydige¹⁹⁶.
- *Multidisciplinært team* består af fagpersoner, som i fællesskab træffer beslutninger om især udredning og indsats. Det er væsentligt, at alle relevante fagpersoner er repræsenteret i det multidisciplinære team.
- *Monitorering* foretages for at give et grundlag for at planlægge indsatserne.
- *Faglige visitationsretningslinjer* er fagligt begrundede retningslinjer for diagnostik og behandling for en given sygdom baseret på faglig evidens og faglig viden på området. Visitationsretningslinjer kan anvendes til at sikre, at det er de rette borgere, der modtager specialiseret behandling.

En ny generisk model tager udgangspunkt i allerede udviklede redskaber som f.eks. forløbsprogrammer og forløbskoordinering, men tilpasses således, at den kan favne bredere end blot sundhedsområdet. Der kan være behov for nytænkning og udvikling af nye redskaber. Derfor bør både beskæftigelses-, uddannelses-, social- og sundhedsområdet være repræsenteret i udviklingen af modellen.

Den generiske model på psykiatriområdet danner grundlag for regioners og kommuners samarbejde i forhold til behandling og rehabilitering af personer med psykiske lidelser, f.eks. gennem en konkret forløbsbeskrivelse.

Der er i udvalget peget på, at der f.eks. for nedenstående målgrupper er særligt behov for en samordnet indsats.

- Mennesker med psykiske lidelser og komplekse sociale problemstillinger.
- Mennesker med ikke-psykotiske lidelser, der er i risiko for langtidssygemelding.
- Mennesker med svære spiseforstyrrelser.
- Retspsykiatriske patienter.
- Mennesker med en psykisk lidelse og samtidigt misbrug.

¹⁹⁶ Buch, M.S. DSI. 2012. *Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområder.*

7.1.3

Nye samarbejds- og organisationsformer: Integrated Care

Ændringer i den organisatoriske opbygning eller understøttelse af etablering af samarbejdsstrukturer internt i sektorer og på tværs af sektorer kan være med til at understøtte, at indsatserne hænger sammen.

I international sammenhæng er der eksempler på, at sektorer samler myndighedsfunktioner og der etableres fælles budgetter og ledelse. Denne model benævnes "integrated care model". Formålet med modellen er, at skabe rammerne for en sammenhængende tværsektoriel indsats.

I England i Torbay har man etableret en samarbejdsmodel, der er baseret på følgende principper:

- Udgangspunktet er befolkningens/den enkelte borgers/patients behov.
- Én indgang til sundheds- og socialvæsenet.
- Én organisation, fælles faglig ledelse og fælles budget.
- Forankring i sundhedssektoren.
- Reelt samarbejde mellem sektorer – ikke kun arbejdsdeling.
- Omfattende deling af data og informationer mellem parterne.
- Omfattende brug af koordinatore og teams.

En del af modellen har også været at styrke samarbejdet mellem primær og sekundærsektor. For at styrke samarbejdet har man ansat sundheds- og so-cialkoordinatorer på bestemte afdelinger på hovedhospitalet Torbay Hospital. Disse koordinatore har adgang til Torbay Care Trusts IT system og arbejder tæt sammen med deres koordinatorkolleger i de enkelte zoner for at facilitere sikre udskrivninger.

I en svensk kontekst er pilotprojektet TioHundra implementeret i Stockholms Län, som en model, der gensidigt forpligter samarbejdet mellem Norrtälje Kommune og Stockholm Läns Landsting. I modellen lægger kommune og län (region) deres budgetter til alle former for sundhedsindsatser og sociale indsatser sammen. Modellen blev evalueret i 2011 af Karolinska Institutet¹⁹⁷ som værende perspektivrig i den forstand, at modellen letter forløbs- og koordinationsmekanismer mellem kommunale sundhedsindsatser og sygehusindsatser. Inden for psykiatriens område blev der fundet bl.a. reduktion i døgnbehandling, øget inddragelse af brugere i behandlings- og rehabiliteringsplaner og realisering af overordnet vision om, at ingen "falder mellem to stole".

I en dansk kontekst er der igangsat et forsøg med integrated care i Odense Kommune i forhold til sygemeldte borgere. Det er et partnerskabsprojekt mellem regioner, alment praktiserende læger og frikommunen, hvor alle parter indgår et forpligtende samarbejde på flere niveauer med bl.a. fælles ledelse og decentrale tværsektorielle teams.

Det er vurderingen, at projekter mellem kommune og regioner med fælles ledelse og budgetter vil kunne forbedre rammerne for mere sammenhængende forløb. Der henvises til udvalgets anbefaling i kapitel 13 om styring og bedre ressourceanvendelse.

¹⁹⁷ Karolinska Institutet. 2011. *Från Två till TioHundra – Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall*.

Udvalgets forslag

Med henblik på at understøtte rammerne for en styrket sammenhængende indsats for såvel komplekse, som mindre komplekse forløb anbefaler udvalget følgende:

- **Det tværsektorielle samarbejde om og med borgeren og dennes pårørende styrkes og beskrives i sundhedsaftalerne.** Regioner og kommuner sætter i næste generation af sundhedsaftalerne i 2014 øget fokus på indsatsen for personer med psykiske lidelser, herunder fokus på implementering på det udførende niveau. Bekendtgørelse og vejledning for sundhedsaftaler om mennesker med sindslidelser skal understøtte dette fokus.
- **Der udarbejdes en generisk model for samordnet og tværsektorielle forløb for mennesker med psykiske lidelser, som regioner og kommuner kan tage udgangspunkt i til lokalt tilpassede forløbsbeskrivelser.** Modellen tager udgangspunkt i allerede udviklede forløbsbeskrivelser og erfaringer og ved behov udvikles nye redskaber til en koordineret indsats. Modellen beskriver indsatser på sundhedsområdet, socialområdet, undervisnings- og uddannelsesområdet og beskæftigelsesområdet, og centrale parter inddrages i arbejdet. Modellen afprøves i regioner og kommuner i forhold til en eller flere udvalgte målgrupper, som f.eks. mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug eller svær spiseforstyrrelse eller mennesker med psykiske lidelser, som er i risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet, retspsykiatriske patienter m.v.
- **Styrket samarbejde mellem den regionale psykiatri (herunder almen praksis) og kommunen om borgere med lettere ikke-psykotiske lidelser, bl.a. angst og depression f.eks. i en shared care organisering.** Erfaringer fra shared care projekterne skal anvendes med henblik på at styrke samarbejdet mellem almen praksis og sygehuspsykiatrien og som udgangspunkt for inddragelse af kommunernes indsatser på socialområdet og beskæftigelsesområdet. Som opfølgning på shared care forsøgene i 2015 bør inddragelse af social- og beskæftigelsesområdet indgå. Initiativet skal endvidere styrke muligheden for almen praksis til at få specialistrådgivning og supervision af speciallæger i psykiatri, herunder mulighed for at sende en patient til sub-akut vurderingssamtale hos praktiserende psykiater eller den regionale psykiatri. Endelig skal forslaget styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne om den beskæftigelsesrettede indsats, herunder i forhold til lægernes henvisning til kommunale, sundhedsfremmende og rehabiliterende tilbud. Det styrkede samarbejde kan f.eks. ske gennem de kommunalt-lægelige udvalg og ved brug af praksiskonsulenter.

7.2

Samarbejde i et helhedsorienteret forløb

Som beskrevet i det foregående afsnit skal de organisatoriske og styringsmæssige rammer understøtte et sammenhængende forløb, men forudsætningen for at borgeren med komplekse problemstillinger får et helhedsorienteret og sammenhængende forløb er, at der sker en koordineret og sammenhængende indsats i de konkrete forløb. I det følgende ses på forskellige metoder og redskaber til at styrke det konkrete tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om borgere med komplekse problemstillinger, som både er relevant i forhold til samarbejdet internt i kommunerne, internt i regionen og mellem sektorerne.

Sammenhæng i indsatsen internt i kommuner

Mange borgere har behov for en koordineret kommunal indsats på tværs af de kommunale forvaltninger og lovgivninger. Det stiller krav til kommunerne om at sikre et helhedsorienteret og sammenhængende forløb, hvor borgeren er i centrum og hvor de forskellige tiltag f.eks. på beskæftigelsesområdet, socialområdet og uddannelsesområdet kombineres og tilrettelægges i forhold til et fælles mål for borgeren.

Behovet for et tættere samarbejde på tværs af forvaltningerne internt i kommunen har betydet, at der er kommet et øget fokus måder at organisere samarbejdet bedst muligt. Det gælder både på tværs af fagområder, men også i overgangen fra barn til voksen, så der ikke sker brud i forløbet, når udsatte unge overgår fra børne- og ungeforvaltningen til voksenområderne.

Et af de nyeste og mest omfattende tværgående initiativer forankret i kommunerne er etableringen af rehabiliteringsteams, som er indført som led i reformen af fleksjobordningen og førtidspension. Kommunernes tværfaglige rehabiliteringsteam behandler sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Det skal sikre, at alle relevante kompetencer i spil med borgeren arbejder ud fra et helhedsorienteret perspektiv for de borgere, der er i risiko for at komme på førtidspension. I teamet er der repræsentanter fra beskæftigelsesområdet, socialområdet, sundhedsområdet og undervisningsområdet. Regionen skal være repræsenteret i rehabiliteringsteamet ved den såkaldte sundhedskoordinator. Der skal for den enkelte borger, der modtager et ressourceforløb, udpeges en koordinerende sagsbehandler.

Rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordineringsforum. Teamet skal afgive en indstilling til kommunen om, hvorvidt borgeren skal gives ressourceforløb, fleksjob, anden beskæftigelsesrettet indsats, f.eks. mentorstøtte, eller førtidspension, herunder hvilken tværfaglig indsats og opfølgning, der skal gives, hvis der indstilles til et ressourceforløb. Den nye samarbejdsmodel skal sikre samarbejde mellem kommunens sagsbehandlere, praktiserende læger og det øvrige sundhedsvæsen. Den praktiserende læge udarbejder en lægelig vurdering, som indgår i det samlede materiale, der forelægges rehabiliteringsteamet.

Anvendelse af netværksmøder, hvor fagfolk sammen med borgeren koordinerer det konkrete forløb, og hvor der udpeges en koordinator, vil kunne understøtte en forbedret individuel og fleksibel støtte til de sværest stillede borgere med mange problemstillinger og mange kontakter til forskellige indsatser. Det er centralt, at borgeren får mulighed for at deltage i netværksmøderne med henblik på at sikre, at indsatsen tager udgangspunkt i borgerens behov.

Det er væsentligt, at der ved anvendelse af en koordinatorfunktion for borgerens forløb er fokus på erstatning og forenkling af de eksisterende kontaktpersonsordninger – så der ikke bliver tale om, at borgeren møder endnu en fagperson. Målet er at forenkle og at samle allerede eksisterende kontaktpersonsordninger med henblik på at give en mere entydig og overskuelig indgang for borgeren og at sikre sammenhæng mellem indsatserne fra de professionelle, der yder en indsats for borgeren.

Alle deltagere i borgerens rehabiliteringsproces kan principielt fungere som koordinator, men det er afgørende, at det er en person, borgeren og de pårørende har tillid til, og som har kendskab til borgerens situation og netværk. Det koordinerende ansvar kan flyttes sig over tid i takt med, at borgerens behov ændrer sig. I et længerevarende forløb kan der f.eks. i perioder være behov for særligt fokus på f.eks. koordinering af syg-

domsbehandling eller misbrugsbehandling eller særligt fokus på koordination i forhold til et beskæftigelsesforløb. Der bør således være fleksibilitet i forhold til, hvem der har det koordinerende ansvar. Det centrale er, at ansvaret for den overordnede koordinering er aftalt og entydigt. Procedurer og aftaler for udpegnings af koordinator kan aftales i regi af sundhedsaftalerne¹⁹⁸.

Derudover kan særligt udsatte borgere have behov for en kontaktperson eller mentor, der kan fungere som brobygger i forhold til de øvrige forvaltninger og sagsbehandlere, der er involveret i borgerens sag, og sikre en koordinering og samtidig indsats. Det er vigtigt, at det er en person, som kender borgeren og borgerens situation godt, og som borgeren har tillid til. På socialområdet er der i regi af Hjemløsestrategien afprøvet forskellige case-manager metoder, som har vist effekt i forhold til udsatte borgere.

Critical Time Intervention (CTI) er et tidsafgrænset forløb for borgere, der har brug for bostøtte i en kritisk overgangsfase ved udflytning fra f.eks. herberg til egen bolig – og Individual Case Management (ICM) er en case-manager, der yder social og praktisk støtte til borgere med et betydeligt og langvarigt støttebehov og hjælp til at benytte øvrige sociale og behandlingsmæssige indsatser. ICM leveres typisk af et team af case-managere, hvor hver borger er tilknyttet en bestemt case-manager eller evt. to case-managere. ICM er således henvendt til borgere, som er i stand til at benytte øvrige sociale og behandlingsmæssige indsatser, men som har brug for betydelig støtte dertil og i en længerevarende periode.

Evalueringen af Hjemløsestrategien viser særdeles gode erfaringer med at få hjemløse borgere ud af hjemløshed. Således formår 90-95 pct. af borgerne, der har indgået i arbejdet med Housing First bostøttemetoderne, at fastholde boligen i projektperioden, hvilket skal ses i lyset af, at der er tale om en meget udsat gruppe.

7.2.2

Samarbejde internt i den regionale psykiatri

Indsatsen i den regionale sektor skal være af høj kvalitet, helhedsorienteret, individuel og effektiv. Dette kræver, at den også er velkoordineret, at der er klare arbejdsdelinger, og at udgangspunktet er, at behandlingen varetages på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. En kapacitetsanalyse¹⁹⁹ viser, at der ikke altid er systematik i, hvilke patienter der behandles i almen praksis, speciallægepraksis og i sygehusregi, og at der er store regionale variationer.

Grundlæggende er det vigtigt, at regioner, almen praksis og speciallægepraksis sammen får etableret en klar målgruppeafgrænsning og bedre mulighed for almen praksis til at få supervision. Et stratificeringsredskab beskriver, hvilke patienter/borgere der skal udredes eller behandles i hvilket regi, dvs. hos praktiserende læge, praktiserende psykolog, praktiserende (børne- og ungdoms)psykiater eller regional (børne- og ungdoms)psykiatri.

Mangelfuld sammenhæng og samarbejde optræder ikke kun imellem sektorer, men også inden for den enkelte sektor. Udfordringen for et tæt samarbejde mellem stationær og ambulant psykiatri kan være, at tilbuddene mange steder er beliggende på forskellige matrikler. Problemer ved overgange og manglende samstemmighed i beslutninger er

198 Det bemærkes, at der er fastsat regler om den koordinerende sagsbehandler i beskæftigelseslovgivningen, som ikke kan fraviges ved aftale. Reglerne er fleksible, dog kan myndighedsansvaret for denne koordinatorfunktion ikke flyttes ud af beskæftigelsessystemet.

199 Jf. bilag 1

velkendte og løser ikke sig selv. Fra behandling af andre lidelser, eksempelvis kræft, har man gode erfaringer med at udarbejde patientforløbsbeskrivelser, hvor man kan beskrive en entydig ansvarsplacering ved overgange, og hvordan beslutninger træffes omkring behandlingsstrategi i veldefinerede multidisciplinære team. Patientforløbsbeskrivelser på de områder, hvor der er behov for at sikre mere hensigtsmæssig organisatorisk tilrettelæggelse, kan bl.a. indeholde:

- Entydig ansvarsplacering, eksempelvis etablering af stafetmodel, hvor ansvarsplaceringen er klar ved overgange fra en enhed til en anden.
- Multidisciplinære teams, hvor beslutninger om behandlingsstrategier drøftes (MDT-konferencer).
- Planlagt samarbejde integreret mellem stationær og ambulans psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

Behandlingsplaner udarbejdes allerede i dag i den regionale psykiatri og udgør et godt redskab til koordinering og planlægning af patientens forløb. Behandlingsplanen kan gøres til et endnu bedre instrument ved, at patienten og alle øvrige involverede deltager i drøftelsen af den langsigtede behandlingsplan, således at planen går på tværs af den stationære og ambulante psykiatri. Med den kommende indførelse af en udrednings- og behandlingsgaranti på psykiatriområdet får patienter ret til at blive udredt i første omgang inden for to måneder – senere indenfor en måned. Kan det ikke lade sig gøre skal patienten have en plan for udredningen.

7.2.3

Sammenhæng i forløbet på tværs af sektorer

Mennesker med psykiske lidelser kan have mange forskellige karakteristika, problemstillinger og behov. Der er stor variation også inden for de enkelte diagnose-grupper. Behovet, sværhedsgraden og kompleksiteten afhænger ikke alene af diagnosen, men også af f.eks. funktionsevnen og tilstedeværelsen af sociale problemer. Nogle mennesker med psykiske lidelser, f.eks. mennesker med svære spiseforstyrrelser, har ofte behov for langvarig lægefaglig behandling og samtidig eller efterfølgende social rehabiliteringsindsats i kommunalt regi. En mindre del af mennesker med svære psykiske lidelser og komplekse problemstillinger kan desuden have behov for et opfølgende, særligt specialiseret rehabiliteringstilbud, hvor medarbejderne har specifikke kompetencer og viden om rehabilitering.

7.2.3.1 En samlet koordinerende plan

Indsatserne på sundhedsområdet, socialområdet og beskæftigelsesområdet er ofte fastlagt i planer. I psykiatrien arbejdes med behandlingsplaner, på det sociale område anvendes sociale handleplaner, og jobcentre har ligeledes jobplaner og rehabiliteringsplaner. Det kan betyde, at den enkelte borger og pårørende får forskellige planer, der ikke nødvendigvis har samme mål med indsatsen.

TABEL 4

Oversigt over planer

	Regi	Lovgivning
Behandlingsplan	Psykiatri (region)	Sundhedsområdet
Udskrivnings- og koordinationsplan	Psykiatri (region)	Sundhedsområdet
Genoptræningsplan	Region/kommune	Sundhedsområdet
Rehabiliteringsplan	Kommune	Beskæftigelsesområdet
Social handleplan	Kommune	Socialområdet
Pædagogisk handleplan (Supplement til social handleplan/institutionsniveau)	Kommune	Socialområdet
Behandlingsplan (misbrug)	Kommune	Sundhedsområdet
Jobplan	Kommune	Beskæftigelsesområdet
Uddannelsesplan	Kommune	Undervisningsområdet

Der efterspørges af både fagfolk og patientforeninger en mere samlet plan for indsatsen på forskellige sektorområder, særligt for borgere med tværgående og komplekse forløb. Udarbejdelse af en samlet plan skal ske i dialog mellem de fagprofessionelle, borgeren og evt. pårørende og skal have fokus på det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb. De forskellige instanser skal fortsat være ansvarlige for hver sin del i det samlede forløb, og de forskellige involverede skal kende såvel borgers som øvrige parter vurdering og indstilling til borgerens fremtid og differentierede tilbud og støtte.

For at understøtte, at planen bliver let tilgængelig, praktisk anvendelig og fleksibel for såvel borgeren som de involverede fagfolk, er det væsentligt, at planen er it-understøttet.

7.2.4

Tværfaglige teams og koordinerende funktion

Der er peget på, bl.a. af patientforeninger og kommuner, at der er behov for en mere systematisk koordinering af borgerens forløb mellem de forskellige involverede fagpersoner og med inddragelse af borgeren. Dette gælder både i forhold til samarbejdet på tværs af sektorer, men også samarbejdet internt i kommunen. Der peges endvidere på, at for borgere med komplekse forløb, kan der være behov for en egentlig koordinator med henblik på at sikre mere kontinuitet i kontakten.

Der er etableret forskellige kontaktpersonordninger bl.a. som følge af lovgivning, f.eks. kontaktperson på sygehuset, samt sagsbehandlere i de kommunale forvaltninger og støttekontaktpersoner samt social pædagogisk støtte (bostøtte) i den sociale indsats. Derudover er der allerede i kommuner og regioner taget flere lokale tiltag, f.eks. case-managere, forløbskoordinatorer, udskrivningskoordinatorer (fra januar 2014) m.m. Ofte står kontaktpersonen/koordinatoren kun for koordinering af en delindsats i borgerens forløb, f.eks. den sociale indsats, den beskæftigelsesrettede indsats eller den sundhedsfaglige indsats. Den koordinerende sagsbehandler koordinerer dog den samlede rehabiliteringsindsats i ressourceforløb.

Nedenfor er eksempler på forskellige kontakter som borgeren kan møde i sit forløb.

TABEL 5
Eksempler på forskellige kontaktpersoner i borgerens forløb

	Regi
Kontaktperson i opsøgende teams:	Psykiatri (region)
Den behandlingsansvarlige	Sundhedsområdet
Sygehuslæge	Psykiatri (region)
Almen praktiserende læge	Praksissektor
Privat praktiserende læge/psykolog	Praksissektor
Patientrådgiver	Region
Støtte- og kontaktperson (SKP)	Kommune
Bostøtte	Kommune
Personale på botilbud	Kommune
Sagsbehandler i de kommunale forvaltninger	kommune
Mentorordninger på beskæftigelsesområdet	kommune
UU vejleder på uddannelsesområdet	Kommune
Særligt for børn- og ungdomsrådet	
Sagsbehandlere i PPR	kommune
Kontaktperson til børn og unge	kommune
Sagsbehandler i børne- og familieafdeling	kommune
Støttelærer/personlig assistance	Kommune (skolen)

Ovenstående viser, at nogle borgere møder rigtig mange personer i sit forløb og kan opleve et behov for at kontakten samles i højere grad.

At borgeren oplever kontinuitet i kontakten og i højere grad oplever én indgang til systemet udfordres imidlertid af behovet for at tilbyde borgeren mere specialiserede tilbud, som baserer sig på en grad af ekspertise. Dette kan løses ved at anvende en teamtilgang, hvor forskellige fagpersoner mødes med borgeren og drøfter og tilrettelægger den enkeltes forløb, og hvor der alt efter kompleksitet i borgerens behov udpeges en koordinatorfunktion blandt de fagpersoner, som i forvejen er involveret i borgerens forløb. En koordinatorfunktion kan understøtte, at borgeren i højere grad oplever én indgang til støtte og kan sikre, at de mange involverede aktørers indsats hænger sammen. Samtidigt skal koordinatorfunktionen sikre, at indsatsen kan ske fleksibelt og med udgangspunkt i borgerens ønsker, så borgeren oplever størst mulig indfyldelse på eget forløb.

Der afprøves allerede forskellige modeller for tværsektorielt teamsamarbejde og netværksmøder f.eks. i Region Midtjylland, hvor der er etableret "Barnets Team", der

består af PPR-psykologen og en fast tilknyttet sygeplejerske, læge eller psykolog, der ammen træffer beslutning om udrednings- og behandlingsforløbet²⁰⁰.

I Odsherred Kommune har man indført netværksmøder mellem sektorerne med brug af Åben Dialog, hvor udsatte borgere får tilknyttet en kommunal tovholder. Erfaringen er, at koordinationsmøder og netværksmøder med borgeren og forskellige fagpersoner på tværs af sektorer med brug af Åben Dialog som metode, kan medvirke til, at der i højere grad arbejdes om fælles mål og forløbet tilrettes smidigt og helhedsorienteret. Erfaringen er endvidere, at velplanlagte og velgennemførte netværksmøder kan mindske risikoen for dobbeltarbejde, og for at fagpersonerne arbejder i forskellige retninger, der kan medvirke til at komplicere borgernes situation yderligere²⁰¹.

7.2.5

Mentorer og brug af frivillige i indsatsen

Brug af mentorordninger, hvor borgeren får én – både personlig og professionel – sparringpartner, som ikke har ”myndighedsfunktion”, er peget på som relevant for borgere med psykiske lidelser, herunder i forhold til fastholdelse i beskæftigelse og uddannelse.

På beskæftigelsesområdet er der, jf. kapitel 8, indført lovgivning om mentorordning.

Mentorer kan, efter lov om aktiv beskæftigelsespolitik, varetage mange forskelligartede opgaver, afhængig af behovet hos den person, som modtager mentorstøtte. Det kan være fra karriererådgivning til intensiv og personlig støtte i hverdagen.

I 2007-2010 blev der i regi af Arbejdsmarkedsstyrelsen i 3 kommuner afprøvet forsøg med sociale mentorer i jobcentre for borgere med midlertidig, psykisk lidelse. Erfaringerne fra projektet var, at sociale mentorer hjælper en række borgere, som jobcentret ellers har svært ved at fastholde eller bringe tættere på arbejdsmarkedet med de eksisterende kommunale tilbud. Halvdelen af de i alt 142 borgere, der afsluttede et forløb med mentorstøtte, fastholdt deres job, fik job eller påbegyndte uddannelse²⁰².

Der er endvidere i 2011 igangsat forsøg med at undersøge effekten af to målrettede beskæftigelsesindsatser – *IPS* (Individuelt Planlagt job med Støtte) og *Sherpa* – i et randomiseret design, hvor der i begge metoder anvendes mentorer. Projektet hedder Inklusion. Der henvises til kapitel 8 for en uddybning.

Det kan være hensigtsmæssigt at samarbejde med den frivillige verden om mentorstøtte og -hjælp til udsatte borgere. Civilsamfundet og de frivillige indsatser udmærker sig ved at kunne noget andet end det offentlige, herunder i forhold til at forebygge social udsathed, forebygge ensomhed og etablering af ”myndighedsfri” sociale relationer mellem borgere. Fordelen ved at anvende frivillige mentorer er bl.a., at borgeren får hjælp af en person, der er drevet af personligt engagement. Det giver gode forudsætninger for et samarbejde og styrker relationen mellem mentor og borgeren. Flere kommuner gør brug af frivillige mentorkorps i integrationsindsatsen eller på ungeområdet.

200 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

201 Region Midtjylland, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. 2012. *Samarbejdet om de svageste borgere i Odsherred Kommune*.

202 Discus. 2010. *Evaluering af forsøgsprojekt med sociale mentorer til personer med midlertidig sindslidelse*.

Personligt Ombud

Det Personlige Ombud er en svensk ordning, der henvender sig til ikke-indlagte personer med langvarige – eller risiko for langvarige – psykosociale handicap, der indebærer store vanskeligheder for et rimeligt hverdagsliv^{203, 204}. Denne gruppe har komplekse behov for behandling og støtte og har derfor kontakt med mange forskellige dele af social- og sundhedssystemet. Ordningens formål er at forbedre denne gruppes psykiske og sociale situation. Tilbuddet gælder personer over 18 år og omfatter bl.a. personer på bosteder og personer med psykisk lidelse og mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug. Ordningen er et frivilligt tilbud til den enkelte om at blive tilknyttet en professionel og lønnet person (ombud), som kan støtte, rådgive samt samordne indsatserne over for den pågældende borger uafhængigt af myndighederne. Det personlige ombud er organiseret forskelligt fra kommune til kommune, men der er flere eksempler på, at det er bruger-/pårørendeorganisationer, der driver tilbuddet, som finansieres af stat og kommuner. Der er dokumentation for at andelen af klienter, der kommer i beskæftigelse, stiger, når de får tilknyttet et personligt ombud. Derudover sker der mere end en fordobling af klienternes sociale kontakter, en reduktion af deres symptomer på psykisk sygdom og et markant fald i antallet af indlæggelser. Klienterne oplever desuden, at det personlige ombud medvirker til, at den hjælp og støtte de får, bedre svarer overens med deres behov og ønsker, hvilket er med til at øge deres samlede livskvalitet. Derudover har undersøgelser vist, at de personlige ombud kan være med til at påpege brister i systemet og dermed undgå, at den enkelte bruger tabes mellem forskellige myndigheder, og at ombuddets arbejde er med til at skabe en bedre ressourceudnyttelse ved, at der sker en forskydning af klienterne fra passive og omkostningsfulde indsatser til aktive indsatser som rehabilitering, beskæftigelse, hjemmepleje mv.^{205, 206, 207}.

7.2.6

Samtidige og koordinerede indsatser

For borgere med mere komplekse problemstillinger vil der være behov for parallelle indsatser og for nogle en egentlig integreret indsats.

Løsninger kan være, at der i højere grad bruges metoder og samarbejdsmodeller, hvor de to sektorer arbejder sideløbende eller arbejder med integration.

I forlængelse af Sundhedsstyrelsens nationale strategi for psykiatri i 2009²⁰⁸

203 PO-Skåne – www.po-skane.org; Personligt ombud – www.personligtombud.se; Björkman, T. 2009.

204 Socialstyrelsen, Sverige. 2011. *Meddelandeblad vedrørende statsbidrag till kommuner som inrättat verksamhet med personliga ombud till vissa personer med psykisk funktionsnedsättning.*

205 Socialstyrelsen, Sverige. 2004. *Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder. En sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter.*

206 Socialstyrelsen, Länsstyrelsen i Skåne Län. 2006. *Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud.*

207 Björkman, T. 2009. *Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade. En undersökning av tillfredsställelse med personligt ombud förmedlat av PO-Skåne. En utvärdering av Tommy Björkman, Lunds universitet på uppdrag av PO-Skåne.*

208 Sundhedsstyrelsen. 2009. *National strategi för psykiatri.*

og handleplanen for psykiatri²⁰⁹ blev der igangsat udviklingsprojekter med henblik på i højere grad at arbejde med integrerede forløb, herunder bl.a. etablering af en fremskudt social indsats på psykiatriske afdelinger. Der er tale om en samarbejdsmodel, som også anvendes i somatikken, f.eks. for ældre medicinske patienter. Modellen går ud på, at kommunale visitatorer tidligt i forløbet kommer på sygehusafdelingerne for at planlægge, hvilke kommunale indsatser der skal iværksættes sideløbende med behandlingen, og om der skal ske en opfølgende indsats, f.eks. i form af bostøtte ved udskrivning.

Samarbejdsmodellen på det psykiatriske område sker på projektplan og evalueringen af projektet om integrerede forløb foreligger ved udgangen af 2013. Erfaringsgrundlaget for fremskudt visitation for sårbare ældre er imidlertid større. KORAs midtvejsevaluering af Region Sjællands Sundhedsaftale²¹⁰ viser, at fremskudt kommunal visitation meget konsistent af aktørerne bliver fremhævet som en løsning, der forbedrer alle parternes oplevelse af udskrivningssamarbejdet. Dels på grund af muligheden for et mere målrettet samarbejde om de sårbare patienter, dels fordi de mere faste samarbejdsrelationer skaber grobund for gensidig forståelse og respekt for hinandens arbejdsvilkår og behov.

Det er vurderingen, at et tidligt samarbejde om indlagte patienter mellem kommune og region f.eks. gennem fremskudt visitation vil kunne medføre mere smidige overgange og forebygge, at patienten tabes i overgangen. Samarbejdet kan aftales i regi af sundhedsaftalerne²¹¹.

Der er i en gennemgang af forskningslitteraturen på området fundet dokumentation for, at større grad af integration af psykiatrisk behandling og social indsats for patienter med sværere psykiske lidelser er bedre end indsats med mindre grad af samordning²¹². Dette gælder i forhold til nedbringelse af genindlæggelser, reduktion af symptomer, reduktion af samtidigt stofmisbrug, øget tilknytning til behandlingen og øget tilfredshed med behandlingen. Der er også evidens for, at pårørende til mennesker med psykiske lidelser i integrerede indsatser føler sig mindre belastet og er signifikant mere tilfredse med behandlingen end pårørende til mennesker med psykiske lidelser i standardbehandling.

I øjeblikket afprøves i det satspuljefinansierede projekt "Unge med psykiske vanskeligheder – overgang fra barn til voksen" en samarbejdsmodel med en åben, dialoginspireret tilgang mellem de forvaltninger, der er i kontakt med de unge. Det gælder både socialforvaltningen, jobcentret, UU-vejledningen mv. Formålet er bl.a. at styrke en kultur for samarbejde på tværs af forvaltninger, hvor den unge og dennes private netværk er i centrum for indsatsen. Den unge er en aktiv medspiller både i forhold til eget liv og i forhold til den støtte, som den unge skal modtage. Den unges netværk, både private netværk og professionelle aktører, skal være personer, den unge har tillid til og som kan vejlede den unge.

Samtidig arbejdes der med aktiv ledelses- og medarbejderinvolvering fra de områder, som skal arbejde sammen. Det gælder både kommuner og regioner. Til at understøtte dette arbejde giver modellen en række redskaber, som omfatter et struktureret mødeforløb, overblik over netværk, indsatser og mål og aftaler samt konkrete udviklingsmål for den unge. Samarbejdsmodellen afprøves i Odsherred, Furesø, Åbenrå og Viborg Kommuner med inddragelse af regionerne.

209 Regeringen. 2009. *Styrket indsats for sindslidende*.

210 KORA. 2012. *Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland – Status på den foreløbige evaluering*.

211 Vejle kommune har i sundhedsaftalen med regionen aftalt brug af fremskudt visitation på voksenpsykiatriske sengeafsnit.

212 Bengtsson og Gregersen, SFI. 2012. *Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser*.

Den bedst belyste metode til integration behandling og social indsats er opsøgende teams *Assertive Community Teams (ACT)*, som er en amerikansk model, som i Europa ofte kaldes *Assertive Outreach (AO)*. Metoden har ganske stærk evidens. Indsatsen fra et *Assertive Community Treatment-team (ACT-team)* er en helhedsorienteret tværfaglig indsats, hvor fokus er på borgeren, og hvor det er borgerens behov og ønsker, der er styrende for indsatsen. Det centrale i ACT-metoden er dermed, at borgeren tilknyttes et tværfagligt team, som leverer den samlede indsats til borgeren. Målet er, at teamet så vidt muligt skal yde en direkte indsats til borgeren, så borgeren har færrest mulige kontakter på tværs af afdelinger og sektorer. De mest afgørende egenskaber ved denne metode er, at teamet rummer en socialarbejder med myndighed til at træffe afgørelser, og at teamet kommer ud til borgeren. Andre vigtige egenskaber er, at det er en ægte tværfaglig arbejdsform, at en psykiater deltager i teamet og at personalenormering er på mindst 1:20.

Der er i Danmark indført ACT gennem opsøgende psykoseteams og OPUS i alle regioner. Disse teams er forankret i regionen og yder ambulant og opsøgende behandling ud fra et sundhedsfagligt perspektiv. OPUS er et tilbud om intensiv psykosocial behandling til unge med psykoselignende symptomer og, hvis den unge ønsker det, også til de nærmeste pårørende. OPUS sikrer gennem tilknytning af et fast team af behandlere kontinuitet mellem den ambulante, den sygehusbaserede og den sociale indsats. OPUS-teamet består af psykiater, psykiatrisk sygeplejerske, psykolog, socialrådgiver, ergoterapeut eller afspændingspædagog og erhvervskonsulent. Det er teamets opgave at forstå behandlingen og undervisningen af den unge og de pårørende. Erfaringer har vist, at en tidlig indsats har en gunstig effekt på forløbet for de fleste patienters vedkommende. Og en tidlig indsats giver større tilfredshed med behandlingen både hos patienter og pårørende. Kommunerne er ikke repræsenteret i teamet og den sociale indsats er dermed ikke integreret.

ACT-metoden er også afprøvet i kommunerne bl.a. i regi af Hjemløsestrategien, hvor metoden har vist gode resultater – over 90 pct. af målgruppen fastholder boligen ud over observationsperioden. På landsplan har knap 47 pct. af de hjemløse en psykisk lidelse. ACT-indsatsen er henvendt til borgere med komplekse støttebehov, som har vanskeligt ved at benytte øvrige sociale støtteindsatser. ACT-teamet i Hjemløsestrategien består af et tværfagligt udgående team, der både rummer medarbejdere (socialpædagoger), der giver social og praktisk støtte i dagligdagen samt en række fagpersoner, som kan yde en behandlingsmæssig indsats. Endelig indgår administrative medarbejdere som f.eks. socialrådgiver fra socialcenter og en jobcentermedarbejder. Evalueringen af Hjemløsestrategien viser, at den socialpædagogiske indsats gør det muligt at støtte borgeren både socialt og praktisk i hverdagen, og ved at tilknytte en misbrugsbehandler, en psykiater, en psykolog og en sygeplejerske til teamet, er det muligt at yde en specialiseret indsats direkte til borgeren, og at bistå borgeren ved kontakt til det almindelige sundhedsvæsen. Endelig har tilknytningen af medarbejdere med myndighedskompetence fra henholdsvis socialcenter og jobcenter til teamet betydet, at administrative forhold vedrørende f.eks. bolig, ydelser, aktivering mv. har kunnet håndteres smidigt og tæt på borgeren²¹³.

Det er vurderingen, at en kobling mellem den sociale indsats og den sundhedsfaglige indsats i de opsøgende- og udgående teams vil kunne styrke en sammenhængende indsats.

213 Rambøll. 2012. *Evaluering og erfaringsopsamling. Projekter med tilskud fra puljen 19M 2009-2012.*

Udvalgets forslag

Med henblik på at styrke sammenhæng og kontinuitet i den konkrete indsats for borgere med psykiske lidelser og komplekse problemstillinger anbefaler udvalget følgende:

- **Der etableres en model for "Borgerens plan" for borgere med psykiske lidelser og komplekse problemstillinger.** Der igangsættes et arbejde i nationalt regi i forhold til at vurdere, hvordan man kan etablere en model for "Borgerens plan" for borgere med komplekse psykiske problemstillinger. Planen er it-understøttet og indeholder et samlet overblik over relevante oplysninger om den tværgående indsats. Planen er et redskab til borgeren, som samtidigt kan fungere som koordinations- og kommunikationsredskab mellem borger, faggrupper og sektorer involveret i det konkrete forløb.
- **Kommuner og regioner understøtter tæt tværsektorielt samarbejde for borgere med komplekse og tværgående problemstillinger f.eks. gennem udbredelse og brug af teamorganisering, netværksmøder mv.** Der kan i forbindelse hermed udpeges en koordinator blandt de fagpersoner, der i forvejen er involveret i borgerens forløb og kan således forankres såvel kommunalt som regionalt. Der skal løbende følges op på effekten heraf.
- **Kommuner afprøver i samarbejde med regioner metoder med koordinerende kontaktperson f.eks. case-managers metoder med dokumenteret effekt for socialt udsatte borgere.** I forhold til særligt socialt udsatte borgere, der ud over en psykisk lidelse har en række komplekse problemstillinger, afprøver kommuner i samarbejde med regioner metoder med koordinerende kontaktpersoner (case-manager), som kan fungere som brobygger for borgeren i forhold til forskellige myndigheder og koordinerer borgerens sag på tværs af forvaltninger og sektorer. Det anbefales, at koordinatoren samtidig med, at han/hun fungerer som case-manager, også fungerer som bostøtte eller mentor for borgeren, således at hele den sociale indsats understøtter den samlede målsætning for borgeren.
- **Der udarbejdes et review af nationale og internationale erfaringer med tilbud om mentorer til udsatte borgere med psykiske lidelser, herunder særligt i forhold til borgere, der er i risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelse.** Der vil i reviewet være fokus på frivillige mentorordninger til borgere. Der skal bl.a. ses på den skånske model "Personligt ombud", som administreres af civilsamfundet og som er offentlig finansieret. Reviewet kan danne grundlag for en vurdering af, om der er behov for øget udbredelse af mentorstøtte med udgangspunkt i dokumenteret effekt, f.eks. frivilligt mentorkorps.
- **Kommuner opfordres til at sikre match mellem borger og mentor og sikre længerevarende forløb med samme mentor til borgeren** på tværs af sektorer og lovgivning. Formålet er at understøtte øget kontinuitet i borgerens forløb, således at der kan etableres en længerevarende relation, som ofte er en forudsætning for tillid mellem mentor og borger.
- **Der sker en mere integreret indsats mellem regioner og kommuner, f.eks. i de opsøgende og udgående teams²¹⁴.** Kommuner og regioner udbreder brug af integrerede indsatser i forhold til at sikre samspil på tværs af sundhed-, beskæftigelses-, social- og uddannelsesområdet i indsatsen for mennesker med komplekse psykiske lidelser og sociale problemstillinger, f.eks. gennem fælles lokalitet og

²¹⁴ Forslaget skal ses i sammenhæng med forslaget i kapitel 8 om, at der udbredes opsøgende og udgående teams, hvor kommunen inddrages.

tværsektorielle opsøgende og udgående teams, hvor den sociale og sundhedsmæssige indsats er koordineret f.eks. for mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug.

- **Det undersøges om og i hvilken form et stratificeringsredskab kan bidrage til en mere klar afgrænsning af, hvilke borgere/patienter, der skal have et tilbud på hvilket specialiseringsniveau.** Formålet er fremadrettet at få udviklet redskaber i regioner og kommuner til en bedre og mere ensartet afgrænsning af målgruppe og behandling til borgere/patienter med samme behov med henblik på at opnå en bedre kvalitet og mere sammenhængende indsats for den enkelte borger/patient på tværs af sektorer.

7.3

Samarbejdet i forhold til børn og unge

I evalueringen af kommunalreformen på psykiatriområdet er indsatsen for børn og unge udpeget som et område med udfordringer i samarbejdet.

7.3.1

Sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer

Der henvises stadigt flere børn til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Mange henvisninger afvises i den regionale psykiatri på grund af manglende dokumentation, eller fordi henvisningen vurderes ubegrundet. Bedre samarbejde om henvisninger vil formentlig kunne reducere unødigt ventetid, ressourcspild samt give mere sammenhængende forløb for den enkelte. Herudover kan visitationsretningslinjer for børne- og ungdomspsykiatrien sikre en mere klar arbejdsdeling og viden om de enkelte sektors handlemuligheder og indsatser. Endeligt er det væsentligt, at børn og unge får den rette støtte og vejledning, mens de venter på undersøgelse og behandling, fra egen læge og ikke mindst fra kommunen.

Kapacitetsundersøgelsen på det sociale område²¹⁵ viser tydeligt, at kommunerne efterspørger specialiseret rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien i forløb vedrørende børn og unge med psykiske problemstillinger. I mange tilfælde vil et mere integreret samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og kommunerne kunne forbedre forløb for de børn og unge med psykiske problemstillinger, som skal henvises til psykiatrien. Formålet med et styrket samarbejde er både, at de rigtige børn og unge henvises til børne- og ungdomspsykiatri, at den faglige kvalitet af henvisningen højnes, og at børn og unge med lette eller moderate psykiske problemstillinger kan modtage relevante tidlige indsatser i kommunalt regi.

Aalborg Kommune og børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland har i perioden 2009-2011 inden for den eksisterende budgetramme afprøvet et forsøg med fælles visitation af børn og unge med psykiske problemstillinger. Hovedelementer i samarbejdet har været fælles visitationsmøder, hvor behandlingsbehovet for det enkelte barn er blevet vurderet. Lette problemstillinger imødekommes i kommunalt regi med ingen/begrænset konsultativ bistand fra behandlingspsykiatrien, moderate behov

215 Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale sociale indsats*.

imødekommes med begrænset konsultativ bistand, mens børn og unge med svære problemstillinger henvises til regional behandling.

Samarbejdet bliver evalueret, og de foreløbige erfaringer indikerer, at det styrkede samarbejde har medført en markant forbedring af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien, hvorved det undgås, at børn afvises fra psykiatrien på baggrund af en mangelfuld henvisning fra enten kommune eller almen praksis. Samtidig er der skabt bedre betingelser for rådgivning fra behandlingspsykiatrien til kommunen i forbindelse med borgerforløb, hvor det med en mindre indgribende indsats i kommunalt regi kan forebygges, at barnets eller den unges problemstillinger forværres.

Den kommunale indsats over for børn og unge med psykiske vanskeligheder styrkes fagligt, når kommunerne kan trække på børne- og ungdomspsykiatrisk rådgivning, bl.a. i forbindelse med udredning af barnet eller den unge. Et tættere samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien kan desuden understøtte en mere kvalificeret og tidlig støtte til barnets eller den unges udvikling i dagtilbud/skole/fritid/uddannelse – også efter udredning. Det vil f.eks. betyde, at en børnefaglig § 50-undersøgelse kan igangsættes tidligt i et forløb eller mens barnet eller den unge er indskrevet i psykiatrien, så den ikke først igangsættes, når barnet har været igennem en psykiatrisk udredning og er ude af sygehusregi.

7.3.2

Sammenhæng i indsatsen på børne- og ungeområdet i kommunerne

Udover at det er vigtigt, at der samarbejdes mellem sektorerne om børn og unge, er det væsentligt, at der internt i kommunen arbejdes tværfagligt. Vigtigheden af tværfagligt samarbejde skal bl.a. ses i lyset af, at der i den sociale indsats er sket en udvikling, hvor fokus er flyttet fra at se på det enkelte barns vanskeligheder til at se på den kontekst barnet eller den unge befinder sig i. På tværs af kommunale fagpersoner er opgaven at sikre optimale udviklings- og læringsmiljøer således, at flest mulige børn og unge trives i det almindelige institutions- og skolemiljø med henblik på at blive så selvhjulpne og selvstændige som muligt, når de bliver voksne.

Interviews med kommunale medarbejdere tegner et billede af, at målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder sjældent ses som en selvstændig målgruppe, men oftere i sammenhæng med den mere generelle sociale indsats med inddragelse af PPR²¹⁶. Det betyder også, at en sag i børne- og ungeforvaltningen sjældent alene drejer sig om barnet eller den unge, men også involverer familie eller øvrigt netværk.

Organiseringen af den kommunale indsats

Den kommunale organisering i forhold til skoleområdet, socialområdet og sundhedsområdet kan være forskellig, men typisk vil der være tre forskellige faglige rådgivningssystemer: Pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR), rådgivningsgruppe med sagsbehandlere på børne- og familieområdet samt den kommunale sundhedstjeneste. De forskellige faggrupper rådgiver og vejleder direkte eller indirekte på såvel organisationsniveau som individniveau. På individniveau vil det være børn, unge og familier, der har brug for rådgivning og støtte. PPR, sundhedsplejen og i nogle tilfælde kommunens familieafdeling vil kende barnet eller den unge, og der vil være et tæt samarbejde

216 Rambøll. 2013. *Analyse af kapaciteten i den kommunale sociale indsats*.

mellem forældre skole/dagtilbud og de fagprofessionelle. PPR arbejder i tæt samspil med andre fagprofessionelle, herunder familieafdeling, skole og forældre med henblik på at sikre fortsat inklusion af det enkelte barn og den unge.

Metoder for tværfagligt samarbejde

Da indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder tilrettelægges efter behovet for sociale foranstaltninger og ikke er baseret på diagnoser, er det centrale i relation til at understøtte det tværfaglige samarbejde ikke, om der findes sygdomsspecifikke modeller for det tværfaglige samarbejde. I stedet er det relevant, at der i de enkelte kommuner er implementeret metoder for samarbejdet, så der eksempelvis er en tovholder, der kan inddrage relevant fagpersonale i en sag eller i det forebyggende arbejde.

BOKS 12

Metoder for tværfagligt samarbejde

Socialstyrelsen har i 2006 igangsat projektet "Bedre tværfaglig indsats", som omhandlede den koordinerende indsats over for børn og unge af forældre med psykiske vanskeligheder eller misbrug. På baggrund af det projekt har Gentofte Kommune og Guldborgsund Kommune udviklet egne modeller for det tværfaglige samarbejde vedrørende udsatte børn og unge, som begge har fokus på tidlig opsporing, koordineret indsats, systematisk samarbejde, barnet i centrum, inddragelse af forældre og rette hjælp til rette tid²¹⁷.

En anden form for tværfagligt samarbejde er at flytte specialiserede kompetencer fra en del af den kommunale indsats til en anden, således at en specialiseret indsats kan løses i almenområdet. Det kan eksempelvis være i form af rådgivningsvirksomhed på skoler og i dagtilbud, hvor psykologer, socialrådgivere, sundhedsplejersker m.fl. står til rådighed for børn og forældre.

Københavns Kommune har med gennemførelsen af *Projekt Socialrådgivere på Skolerne* erfaret:

- Kvaliteten af skolernes underretninger til børnefamilieenhederne er øget, fordi socialrådgiveren kan vejlede lærerne i forhold til den enkelte underretning.
- Elevernes fraværsprocent er på de 29 skoler faldet – mere end på de skoler, som ikke var med i projektet.
- Skolernes muligheder for at arbejde forebyggende er forbedret.
- Samarbejdet mellem skoler, børnefamilieenheder og familier er forbedret.

Københavns Kommune afprøvede skolesocialrådgiverordningen fra 2007 til 2010 på i alt 29 skoler. Skolerne blev udvalgt på baggrund af antallet af elever, der har forældre som modtager kontanthjælp eller fortidspension. Københavns Kommune har efterfølgende valgt at bevillige midler til en permanent skolesocialrådgiverordning på alle kommunens skoler. Ordningen er foreløbig finansieret frem til og med 2014.

²¹⁷ Socialstyrelsen. Bedre tværfaglig indsats – <http://www.socialstyrelsen.dk/born-og-unge/misbrug-og-psykisk-sygdom/bedre-tvaerfaglig-indsats>

Udvalgets forslag

- **Kommuner og regioner styrker samarbejdet mellem socialforvaltningen, PPR og børne- og ungdomspsykiatrien.** Kommuner og regioner indgår som led i sundhedsaftalen aftale om samarbejdet mellem den kommunale socialforvaltning, PPR og børne- og ungdomspsykiatrien. Hermed skabes der også større sammenhæng i indsatsen mellem de kommunale forvaltninger.

7.3.3

Overgang fra barn til voksen

Den kommunale organisering på børne- og unge- samt voksenområdet gør, at forvaltningerne både lovgivningsmæssigt, fysisk, kulturelt og økonomisk oplever at være delt i fagområder med hver deres ansvar. Det manglende kendskab, både fagligt og personligt, på tværs af børne- og unge samt voksenområdet udfordrer samarbejdet og står i vejen for at give den unge en sammenhængende og helhedsorienteret indsats i overgangen til voksenområdet.

Sammenhængende forløb i overgangen fra børn- og ungeforvaltningen til voksenforvaltningen kan skabes ved at gøre brug af samarbejdsmodeller for jobcenter, den sociale indsats for voksne/familier, misbrugscenter samt distriktpsykiatrien. Det kan være i form af nedsættelse af et permanent tværgående team i kommunen, der mødes regelmæssigt og som forelægges alle sager, hvor unge over 15 år ikke kan betegnes som job- eller uddannelsesparate, men må betegnes "indsatsklare". Dermed understøttes et konstruktivt samarbejde mellem beskæftigelses- og socialområdet uanset aldersgruppe.

For at få mere viden om metoder til sikring af gode overgange fra barn til voksen er der i gangsat et såkaldt efterværnsprojekt "Bedre overgange for udsatte unge"²¹⁸. I projektet har fire kommuner – Fredericia, Gentofte, København og Roskilde – med en ny samarbejdsmodel styrket det koordinerende, tværfaglige samarbejde om den støtte, de giver til udsatte unge, når de fylder 18 år og skal afslutte deres anbringelse. Projektet består i, at der etableres en tværfaglig samarbejdsgruppe, når den anbragte unge er 15 år, som kan bestå af sagsbehandler, jobkonsulent, ungdomsuddannelsesvejleder, anbringelsessted og en person fra den unges eget netværk. Den unges sagsbehandler er koordinator med ansvar for den løbende kontakt med den unge og for det faglige samarbejde på tværs af forvaltninger. Arbejdsgruppen – det tværfaglige team – følger den unge til han eller hun er 23 år og fastlægger i fællesskab med den unge mål for fremtiden med særlig fokus på uddannelse og job.

Også overgangen mellem børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatri sker som udgangspunkt, når patienten fylder 18 år. Men det kan være en brat overgang, da behandlingstilbuddet i børne- og ungdomspsykiatrien ofte er mere intensivt end i voksenpsykiatrien. Nogle unge kan således have behov for at fortsætte i børne- og ungdomspsykiatrien i en overgangsperiode, og andre unge kan have behov for et mere intensivt behandlingstilbud i voksenpsykiatrien. Det er ikke muligt alle steder i dag.

Det er centralt, at overgangen forberedes i meget god tid, og at både den unge og de pårørende inddrages og informeres om, hvordan overgangen skal finde sted. Skift af behandlere skal ikke ske pludseligt, men planlagt, fleksibelt og velovervejet, og skiftet

²¹⁸ SFI, 2013. Bedre overgange for udsatte unge – Midtvejsevaluering af efterværnsinitiativet 'Vejen til uddannelse og beskæftigelse'.

må afstemmes i forhold til, hvornår den enkelte er klar hertil. Derfor kan der med fordel i den regionale psykiatri etableres samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien omkring de sygdomsgrupper, hvor det er sandsynligt, at patienten skal følges gennem mange år. Det gælder f.eks. diagnosegrupperne ADHD, skizofreni, bipolar lidelse og spiseforstyrrelser med henblik på at sikre gode overgange for barn til voksne.

Udvalgets forslag

For at sikre bedre sammenhæng og understøtte inklusion for unge, der skal i uddannelse eller job, anbefaler udvalget følgende:

- **Kommuner og regioner prioriterer samarbejdet om en fleksibel overgang fra børne- til voksenområdet.** Formålet er bl.a. at understøtte, at unge – i risiko for at falde ud af arbejdsmarked eller uddannelse – kommer i job eller uddannelse, f.eks. med inspiration fra erfaringerne fra efterværnsprojektet ”Bedre overgange for udsatte unge”.

7.3.4

Rådgivning, støtte mv. til implementering af inklusionsmetoder

På børne- og ungeområdet arbejder mange kommuner med strategier for inklusion, som skal sikre et tværfagligt samarbejde om at løse den specialiserede indsats inden for almenområdet. Til at understøtte omstilling til inklusion er Undervisningsministeriet sammen med Social-, Børne-, og Integrationsministeriet, som nævnt i kapitel 6, gået sammen om at etablere Inklusionsudvikling, der via en række aktiviteter skal understøtte kommunernes omstilling til øget inklusion på dagtilbuds-, skole- og fritidstilbudsområdet. Inklusionsudviklingsarbejdet omfatter både flerårige samarbejdsaftaler med i alt 20 kommuner og en række landsdækkende indsatser, der dels giver konkret rådgivning og sparring til landets kommuner, dagtilbud, skoler og fritidstilbud, dels indsamler, udvikler og spreder erfaringer og viden om, hvordan inklusionen kan lykkes i hverdagen. Bl.a. tilbydes alle kommuner at indgå i et inklusionspartnerskab. Hvert partnerskab skal som udgangspunkt bestå af tre kommuner, der finder sammen om et specifikt udviklingsønske.

Udvalgets forslag

- **Socialforvaltningen og PPR får efter aftale med regionen, mulighed for at trække på de faglige kompetencer i regioner med henblik på at styrke inklusion.**

7.4

Samarbejde om indsatsen for personer med psykisk lidelse og samtidigt misbrug

Udvalget har i sit bidrag til evalueringen af kommunalreformen på psykiatiområdet peget på, at der er udfordringer i samarbejdet mellem kommune og region i forhold til indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug.

Mangel på samarbejde mellem den regionale psykiatri, praksissektor og de kommunale misbrugscentre om personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug kan resultere i underbehandling af den psykiatriske lidelse eller af misbruget.

Opgørelser i forhold til genindlæggelser viser bl.a. at for patienter med misbrugsbetinget psykiatriske lidelser, er en stor andel af indlæggelserne genindlæggelser (21 pct.)²¹⁹. En undersøgelse udarbejdet af Social Udviklingscenter SUS om kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug fra 2011²²⁰ estimerer på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse i kommunerne, at 28 pct. af borgere med sindslidelse og misbrug ikke modtager behandling for den psykiatriske lidelse og 33 pct. ikke modtager misbrugsbehandling. Størstedelen af disse er borgere med sværere psykiske lidelser.

7.4.1

Opgavefordeling

Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen, og regionerne har ansvaret for behandling af den psykiatriske lidelse, som kan foregå ved praktiserende læge, praktiserende psykolog, praktiserende speciallæge i psykiatri og i sygehusvæsenet.

Kommunernes ansvar for behandling af alkoholmisbrugere følger af sundhedslovens § 141. Heraf fremgår, at kommunerne har pligt til at tilbyde alkoholbehandling senest 14 dage efter, at misbrugeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling. Yderligere skal kommunerne tilbyde lægelig behandling med euforiserende stoffer (substitutionsbehandling) til stofmisbrugere.

Den sociale stofmisbrugsbehandling er reguleret efter serviceloven § 101 om behandlingsgaranti, og den lægelige stofmisbrugsbehandling er reguleret efter sundhedsloven § 142 om lægelig behandling for stofmisbrug. Behandlingen omfatter både ambulante-, dag- og døgnbehandling (med undtagelse af den behandling, der finder sted i fængsler og arresthuse). Kommunerne har ansvaret for at sikre den fornødne sammenhæng mellem den sociale behandling og den lægelige behandling samt øvrige sociale støttetilbud.

Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på alkohol- og misbrugsområdet. Kommunen har valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser, træffe aftale med region/en anden kommune eller træffe aftale med private udbydere af behandlingstilbud. Kommunen skal sikre, at der er et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper – herunder tilbud som særligt retter sig mod misbrugere med en psykisk lidelse. Det kommunale behandlingssystem må derfor ikke afvise at udrede eller behandle personer med et misbrug med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens publikation "Kvalitet i alkoholbehandlingen" fra 2008, at det er væsentligt, at døgninstitutioner på alkoholområdet råder over de særlige behandlingsmiljøer og behandlingsmetoder, der kan håndtere personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug.

I Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling er der bl.a. fastsat retningslinjer for udredning af psykisk sygdom hos stofmisbrugere i substitutionsbehandling, jf. vejledningens kapitel 7 med tilhørende bilag. Heraf fremgår bl.a., hvordan læger, der behandler stofmisbrugere i kommunalt regi, skal forholde sig, herunder i forhold til vurdering af den eventuelle forekomst af psykisk sygdom hos alle stofmisbrugere i behandling.

219 Danske Regioner. 2009. *Benchmark af psykiatrien*

220 Social Udviklingscenter SUS. 2011. *En tværfaglig udfordring – undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug.*

Regionen har efter sundhedsloven ansvaret for behandling i sygehusvæsenet og i praksissektoren. Det gælder også patienter med misbrug. Det regionale behandlingssystem må derfor ikke afvise at udrede eller behandle personer med en behandlingskrævende lidelse med den begrundelse, at de har et misbrug.

Hvis en person med et misbrug har en sindslidelse, som kræver indlæggelse på sygehus, skal sygehuset under indlæggelse behandle patientens misbrug. Behandling af misbruget vil ofte være en forudsætning for, at patienter kan profitere af den psykiatriske behandling og omvendt.

Påbegyndes behandling for misbruget under indlæggelse på sygehus, skal der med misbrugerens samtykke etableres forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlings-system med henblik på at sikre videreførelse af behandlingen efter udskrivning fra sygehus, såfremt misbrugeren måtte ønske det. Det gælder også i de tilfælde, hvor patienten efter udskrivning fortsætter behandling for sin sindslidelse i f.eks. ambulatorium, distriktpsykiatrien eller hos egen læge.

Regioner og kommuner er forpligtet i sundhedsaftalerne til at indgå aftale om indsatsen over for mennesker med en kendt sindslidelse, som tillige har et misbrug.

Sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre klarhed over de enkelte aktørers rolle og opgaver og over de samarbejdsflader, der findes mellem de regionale aktører i sygehusvæsenet og praksissektoren samt de kommunale aktører i de forskellige forvaltningsområder. I forbindelse med dette skal aftalen i forhold til sindslidende med samtidigt misbrug medvirke til at sikre samarbejdet mellem den regionale psykiatriske behandling og den kommunale misbrugsbehandling.

Ligeledes skal aftalen medvirke til at sikre, at indsatsen over for det sindslidende menneske på ethvert tidspunkt i et forløb er tilstrækkeligt koordineret, bl.a. med henblik på at undgå uhenigtsmæssige (gen)indlæggelser, og at relevante aktører, herunder den sindslidende selv og dennes pårørende, ved, hvem der har ansvaret for at varetage koordinationen. I forbindelse med dette skal aftalen medvirke til at sikre, at relevante aktører har de informationer, der er nødvendige for den fortsatte opgavevaretagelse, herunder at den sindslidende og de pårørende ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om sygdomsforløbet og det videre forløb.

7.4.2

Sammenhæng i indsatsen

Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er ikke en homogen gruppe, og det kan være vanskeligt præcist at angive antallet. Mange mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug har udover misbrugs og psykiske problemer også sociale problemer af forskellig karakter²²¹. Der er således tale om en bred gruppe af mennesker – fra personen med angsttilstand og alkoholmisbrug, som klarer sig selv, til personen med svær psykisk sygdom og blandingsmisbrug, der også har massive sociale problemer, fysiske helbredsproblemer og kriminalitet. Herudover kan misbruget være mere eller mindre erkendt, og nogle mennesker med misbrug vil have en underliggende ikke-erkendt psykisk lidelse.

Der er sket en stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt

²²¹ Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling.*

misbrug, der er i behandling i den regionale psykiatri. Der ses en stigning fra 2683 personer i 2001 til 5677 personer i 2011²²². Der er ikke nødvendigvis tale om en reel stigning i forekomsten af personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, men kan også være udtryk for øget opmærksom på at få diagnosticeret en eventuel underliggende psykiatrisk lidelse hos mennesker med misbrug og omvendt.

Behandlingen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug stiller store krav til koordination og samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling og psykosociale indsats. Der er tale om en patientgruppe, der er særlig skrøbelig og hvor man ikke kan forvente, at de selv kan varetage koordinationen. Litteraturen anbefaler en integreret behandlingsindsats for mennesker med svær psykisk lidelse og misbrug²²³. SUS beskriver, at litteraturen peger relativt entydigt på, at især mennesker med svær sindslidelse og misbrug har behov for en indsats, hvor misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling er integreret og tæt koordineret med en social indsats, og hvor der tages udgangspunkt i en grundig udredning af personens livssituation. Den sociale støtte skal have særligt fokus på borgerens boligsituation og på støtte til praktiske gøremål i hverdagen. Endvidere skal borgeren også støttes i kontakten med andre offentlige myndigheder²²⁴.

Personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug bør derfor være en eksplicit målgruppe for de generelle tiltag vedrørende styrkede rammer for indsatsen, herunder sundhedsaftaler, generisk model for samordnet indsats og forsøg med integrated care og et tæt og tværfagligt samarbejde om personer med komplekse problemstillinger, jf. forslag i afsnit 7.3.

Integrerede samarbejdsmodeller, herunder f.eks. ACT-teams med integration af behandling og socialfaglig indsats, vil også kunne styrke en mere sammenhængende og samtidig indsats. I regi af Socialstyrelsen er der igangsat projekt "Integreret indsat for sindslidende med misbrug", der involverer fire kommuner og to regioner og gennemføres i samarbejde med Deloitte. Projektet skal sikre og videreudvikle indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug ved at udvikle metoder til at integrere indsatsen på tværs af behandlingspsykiatrien, den kommunale misbrugsbehandling (såvel social- som sundhedsfaglig behandling) og den kommunale sociale indsats, beskæftigelsesindsats mv. I tilknytning til tilbuddet etableres udgående tværfaglige teams, der har mulighed for at yde indsatsen dér hvor borgeren befinder sig – enten på gaden, i egen bolig eller i et botilbud. Der er tale om tværfaglige teams, som er opsøgende, kontaktskabende og behandlende. Evalueringen af projektet foreligger primo 2015. I regi af såvel "Projekt bedre udredning" i Aarhus og Fredericia samt "Vista Balboa" i Odense er der igennem flere år skabt gode resultater på brugerniveau ved at integrere psykiatrisk behandling i den kommunale misbrugsbehandling.

En undersøgelse om koordinering og samarbejde for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug viser, at de eksisterende koordinationsredskaber som udskrivnings- og koordinationsplaner og sociale handleplaner ikke anvendes konsekvent eller systematisk på tværs af sektorer, og at planerne ikke koordineres. Det gælder f.eks. den psykiatriske behandlingsplan og plan for misbrugsbehandling²²⁵.

222 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

223 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling*.

224 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling*.

225 Hagensen, P. et al. 2011. Socialt Udviklingscenter (SUS). *En tværfaglig udfordring – undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug*.

En koordineret indsatsplan, der omfatter behandling for både den psykiske sygdom og misbruget og tager hånd om patientens øvrige sociale problemstillinger, vil kunne understøtte, at indsatserne sammentænkes, således at patientens misbrug og psykiatriske lidelse håndteres samtidigt. Målgruppen bør være patienter med en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse samtidig med et behandlingskrævende misbrugsproblem.

Den nærmere konkrete tilrettelæggelse af planens udarbejdelse aftales mellem region og kommune i regi af sundhedsaftalerne. Det er væsentligt, at sundhedsaftalens implementering følges og den samlede indsats for målgruppen dokumenteres.

Det er endvidere væsentligt, at både kommune og regioner har fokus på kvalitet i indsatsen over for personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Regeringen vil som led i den politiske opfølgning på evalueringen af kommunalreformen på socialområdet etablere en ny dialogbaseret, national koordinationsstruktur for den højt specialiserede sociale indsats. Socialstyrelsen får kompetence til at udpege målgrupper eller særlige indsatser, hvor der er behov for øget koordination eller planlægning mellem kommuner for at sikre udbuddet af specialiserede indsatser og videreudvikle området. De første målgrupper for den nationale koordination vil være personer med kompleks hjerneskade og personer med svær spiseforstyrrelse. Personer med komplekse psykiske lidelser med samtidig misbrug ville efter udvalgets vurdering være en oplagt målgruppe for en national koordination og for udarbejdelse af faglige retningslinjer, jf. kapitel 8 om kvalitet.

Udvalgets forslag

- **Region og kommune udarbejder en koordineret indsatsplan for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug.** Planen udarbejdes i samarbejde med borgeren og med inddragelse af relevante kompetencer fra region og kommune. Planen har til formål at afstemme de enkelte indsatser i et forløb, herunder behandling af den psykiatriske lidelse og misbruget samt øvrige sociale og beskæftigelsesrettede indsatser. Planen skal være forpligtende og har til formål at afstemme og koordinere de enkelte indsatser i forløb, herunder behandling af den psykiatriske lidelse og misbruget og øvrige sociale indsatser.
- **Ved komplicerede forløb udpeges en tværgående koordinerende kontaktperson** blandt de aktører, som indgår i forløbet. Det aftales i de konkrete forløb, hvem der har det overordnede koordinerende ansvar.
- **Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen udarbejder i fællesskab en vejledning om indholdet i den koordinerede indsatsplan.** Den konkrete arbejdstilrettelæggelse i forbindelse med udarbejdelse af den koordinerede indsatsplan aftales mellem regioner og kommuner i sundhedsaftalerne, herunder i forhold til almen praksis rolle. Planen skal indeholde en klar arbejdsdeling og ansvarsfordeling mellem aktørerne fra region og kommune.
- **Der udarbejdes faglige anbefalinger på det sociale område for behandling og rehabilitering af personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug.**
- **Der gennemføres en planlægning af den specialiserede indsats for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug i regi af den nye nationale koordinationsstruktur på socialområdet.**

8

Høj kvalitet i den faglige indsats

Pejlemærker for kvaliteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser:

- Indsatsen har – uanset regi – grundlæggende et rehabiliterende sigte, der understøtter den enkeltes recoveryproces.
- Indsatsen er effektiv og faglig god, og der tages udgangspunkt i borgerens behov og ønsker.
- Indsatsen tager udgangspunkt i metoder med dokumenteret effekt, og i det omfang sådanne metoder ikke findes, baseres indsatsen på faglig enighed om, hvad der er den bedste praksis. Samtidig fokuseres der på at skabe den nødvendige dokumentation.
- Forskning på psykiatriområdet skal prioriteres, herunder grundforskning.
- Øget fokus på kompetenceudvikling, herunder kompetencer til tværfagligt samarbejde.

Kvalitet handler grundlæggende om at opnå det ønskede resultat i den behandling, pleje, støtte og rehabilitering, borgeren får. Kvalitetsarbejdet sker med forskellige mål, metoder og niveauer på henholdsvis børne- og undervisningsområdet, uddannelsesområdet, beskæftigelsesområdet, socialområdet og sundhedsområdet, hvilket vil fremgå af kapitlet. Forskelligheden er på samme tid en styrke og en udfordring. Det er en styrke, fordi indsatserne på de forskellige områder har forskellige mål, og forskellige mål kræver forskellige metoder, så målene kan nås. Og det er en udfordring, fordi det kan betyde manglende kvalitet og sammenhæng oplevet både af borgeren og af de aktører, der skal arbejde sammen om at nå det mål, der er sat i enighed med borgeren.

For barnet eller den unge med psykiske vanskeligheder er målet at få den støtte og indsats, der sikrer trivsel og en god skolegang med størst mulig faglig og social udvikling og giver grundlag for at gennemføre videre uddannelse. For den ledige

er målet at få et arbejde. For beboeren på botilbuddet er målet at sikre udvikling og fastholdelse af et funktionsniveau, der gør det muligt at udfolde livet og deltage i samfundet. For patienten er målet at få god behandling i rette tid for at blive rask eller mindske symptomerne mest muligt.

Høj kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser handler med andre ord om, at indsatsen er effektiv, faglig god, og at der tages udgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. Kvalitet handler således om at forene borgerens individuelle behov og forventninger, med de professionelle faglighed og systemets krav om effektivitet. Og selvom målet er forskelligt afhængigt af fagområde, har indsatsen alligevel samme overordnede sigte, nemlig at den enkelte får den rette støtte, omsorg og behandling, så borgeren oplever udvikling, øget mestringsevne, selvhjulpethed og aktiv deltagelse i samfundslivet. Målet med indsatsen bør altså – uanset, hvor den foregår – være rehabilitering med fokus på recovery.

Psykiatriudvalget har i sit arbejde analyseret både faglig kvalitet og styring i indsatsen. Disse elementer hænger i høj grad sammen. Den styring, der sker fra stat, regioner og kommuner skal gerne understøtte, at kvaliteten i indsatsen er høj, og at målene nås. Styringen skal ses i sammenhæng med den generelle ledelsesopgave i kommuner og regioner og personalets faglige og etiske normer, værdier og standarder.

Rehabilitering og recovery

Rehabiliteringsarbejdet skal understøtte borgerens proces i forhold til at skabe et meningsfuldt liv. Forandringen drejer sig om at give borgere med psykisk funktionsnedsættelse mulighed for at blive i eller hurtigt returnere til lokalsamfund, uddannelse, job og netværk. Det stiller bl.a. krav om høj kvalitet af den sundhedsfaglige behandling og til uddannelsesinstitutioner, den sociale indsats og beskæftigelsesindsatsen. Det stiller desuden krav om rummelighed på arbejdsmarkedet.

Som beskrevet i kapitel 5 er det centralt, at alle indsatser målrettet mennesker med psykiske vanskeligheder har et klart sigte på recovery. Det betyder bl.a., at indsatsen fra fagpersoner skal have et fokus på recovery-orienteret rehabilitering²²⁶ og dermed hjælpe mennesket videre i livet ved at fokusere på selvbestemmelse, ressourcer, personorientering og -involvering, og håb. Den recoveryorienterede rehabilitering forudsætter et bredt udgangspunkt, hvor der udover et biomedicinsk fokus også er fokus på psykologiske og sociale aspekter. Dermed inddrages det enkelte menneskes eget perspektiv og samspil med omgivelserne. En recovery-orienteret rehabilitering handler således ikke kun om behandling og støtte, men også om mange andre faktorer, der hver for sig og sammen har afgørende betydning for muligheden for at komme sig og komme videre i livet.

Det recoveryorienterede, rehabiliterende sigte gælder alle indsatser, uanset om de er leveret af socialområdet, beskæftigelsesområdet, børne- og undervisningsområdet, uddannelsesområdet eller sundhedsområdet og på alle tidspunkter i forløbet.

Det betyder, at indsatsen bør være fleksibelt tilrettelagt, både internt i den enkelte sektor og på tværs af sektorer. Det er væsentligt, at de enkelte enheder, forvaltninger og sektorer formår at se udover egne indsatser, og i stedet fokusere på det hele menneske og den samlede indsats.

²²⁶ WHO definerer rehabilitering som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund. WHO. 2011. *World Report on Disability, 2011 – World Health Organization & The World Bank*.

Kvalitetsbegrebet

Kvalitetsbegrebet indeholder ifølge WHO flere elementer, som tilsammen udtrykker den samlede kvalitet ved en indsats: 1) høj professionel standard, 2) høj patienttilfredshed, 3) helhed i patientforløbet, 4) minimal patientrisiko og 5) effektiv ressourceudnyttelse. Med udgangspunkt i denne definition er kvalitetsbegrebet blevet operationaliseret i følgende elementer²²⁷, der er relevante i de forskellige indsatser, som er beskrevet i dette kapitel:

- *Faglig kvalitet* i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser indenfor sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet handler overordnet om at sikre, at indsatsen sker på (mest mulig) evidensbaseret grundlag, og at de metoder og modeller, der anvendes, skaber størst muligt effekt. Hvis evidens ikke foreligger, baseres indsatsen på faglig enighed om, hvad der er bedste praksis.
- *Borger/patientoplevelse kvalitet* omfatter borgerens tilfredshed og oplevelse af effekten af indsatsen (livskvalitet, job, sygdomsmestring) herunder tilfredshed med og oplevelsen af sammenhæng og koordination i indsatsen og oplevelse af at blive inddraget.
- *Organisatorisk kvalitet* omfatter arbejdets tilrettelæggelse, samarbejdsrelationer, sammenhæng i indsatsen og effektiv ressourceudnyttelse, herunder koordination og samarbejde på tværs af myndigheder og forvaltninger, bedre ressource- og kapacitetsudnyttelse indenfor og på tværs af afdelinger/forvaltninger, effektivisering af arbejdsgange, forbedret videndeling omkring målgrupper og problemstillinger mv.

Recoveryorientering giver fire kvalitetsparametre for den faglige indsats:

- **Personorientering:** Borgeren mødes som en unik person, som har konkrete problemer, forhåbninger og drømme.
- **Personinvolvering:** Indsatsen inddrager borgerens egne erfaringer og ønsker.
- **Selvbestemmelse:** Borgeren inddrages i beslutninger og tilbydes valgmuligheder.
- **Potentiale for udvikling:** Borgeren mødes med et recoveryperspektiv – alle har mulighed for at komme sig²²⁸.

Den danske hvidbog om rehabilitering opstiller kvalitetsparameteret, at indsatsen skal være borgerorienteret, dvs. der arbejdes på grundlag af borgerens forståelse af situationen, vedkommendes betingelser og forudsætninger, og alle beslutninger tages af borgeren i samråd med de involverede fagpersoner²²⁹.

I dette kapitel er der primært fokus på den faglige og borgeroplevede kvalitet. Kapitel 7 om sammenhæng og kapitel 13 om bedre styring og ressourceanvendelse har fokus på den organisatoriske kvalitet.

Der er en forudsætning for høj kvalitet i indsatsen, at der er et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus på og styring af kvalitetsarbejdet, så det resulterer i blivende positive forandringer og udvikling. Kvalitetsudviklingen skal derfor forankres og indarbejdes i det daglige arbejde.

For at sikre kvalitet og fortsat udvikling er også dokumentation, forskning og kompetenceudvikling afgørende. Dokumentation kan give viden om, hvorvidt indsatserne, der leveres, giver god effekt. Forskning kan bidrage til ny viden, der kan sikre udvikling

227 Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet, Sundhedsstyrelsen. 2000. <http://www.sst.dk/publ/publ2000/kvalitetsmaaling/kap05.html>

228 Anthony, Boston University, Aarhus kommune, Topor, Jensen m.fl.

229 MarselisborgCentret. 2004. *Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*.

af de bedre indsatser. Kompetenceudvikling er vigtigt i forhold til at f.eks. dokumenterede metoder anvendes i praksis.

Nedenfor følger en analyse af kvalitetsarbejdet på henholdsvis børne- og undervisnings- og uddannelsesområdet, beskæftigelsesområdet, det sociale område og sundhedsområdet. Dermed gives et billede af kvalitetsarbejdet i de konkrete indsatser på hvert område. Kapitlet afsluttes med afsnit om dokumentation, forskning og kompetenceudvikling på tværs af alle områder som vigtige elementer for at sikre en indsats af høj kvalitet.

8.1

Kvalitet i indsatsen på børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet

Pejlemærker for kvaliteten i indsatsen på børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet for børn og unge med psykiske vanskeligheder:

- Der er fokus på inklusion i dagtilbud, skoler og i uddannelsestilbud.
- Der er på alle niveauer fokus på medarbejderes kompetencer til at fremme elevernes trivsel og fremme inklusion, herunder af børn og unge med psykiske vanskeligheder.
- Der udbredes og anvendes dokumenterede metoder til inklusion af børn og unge i dagtilbud og i uddannelsestilbud.
- Øget fokus på inklusion på ungdomsuddannelserne.

Det grundlæggende udgangspunkt på børne- og undervisningsområdet er, at alle børn og unge skal tilbydes den nødvendige støtte for at kunne trives, udvikles og lære samt gennemføre videre uddannelse. Dette mål gælder *alle*, også børn og unge med psykiske vanskeligheder. Uddannelse er helt centralt for, at man senere hen kan få et arbejde og forsørge sig selv. Derfor er det vigtigt, at skolerne og ungdomsuddannelserne inkluderer børn og unge med psykiske vanskeligheder. Dette forudsætter bl.a., at der arbejdes med at udvikle et inkluderende læringsmiljø, hvor der anvendes effektfulde, pædagogiske metoder til inklusion af børn og unge med psykiske vanskeligheder.

8.1.1

Kvalitetsarbejdet på børne- og undervisningsområdet

Dagtilbud

Stort set alle børn i Danmark benytter (almindelige) dagtilbud. Arbejdet med den faglige kvalitet i dagtilbuddene er overordnet funderet i dagtilbudslovens formål for dagtilbud, hvoraf det fremgår, at børnene skal have et fysisk, psykisk og æstetisk børnemiljø, som fremmer deres trivsel, sundhed, udvikling og læring, samt at dagtilbuddene i samarbejde med forældrene skal give børn omsorg og understøtte det enkelte barns alsidige udvikling og selvverd samt bidrage til, at børn får en god og tryk opvækst.

Det konkrete arbejde med at understøtte den faglige kvalitet sker bl.a. i arbejdet med børnenes sproglige udvikling og de pædagogiske læreplaner.

Folkeskolen

Selvom det er en grundlæggende værdi for folkeskolen, at der skal være plads til alle børn i fællesskabet, er der over en årrække udskilt et stort antal elever fra den almindelige undervisning til specialundervisning. Imidlertid er der ikke dokumentation for, at elever, som udskilles til specialskoler og specialklasser, klarer sig bedre fagligt, end de ville have gjort i den almindelige folkeskole.

Statistikken viser, at udsatte børn og unge ikke gennemfører folkeskolen på samme niveau som andre børn og unge. Undersøgelser viser, at en stor andel af de anbragte børn og unge ikke afslutter deres skolegang med den obligatoriske afgangsprøve og ikke får videre uddannelse end grundskolen²³⁰.

Regeringen og kommunerne er med kommuneaftalen for 2013 blevet enige om en målsætning for inklusion af elever i den almindelige undervisning. Målsætningen er at øge andelen af elever i den almindelige undervisning fra 94,4 pct. til 96,0 pct. i 2015, at forbedre det faglige niveau samt at fastholde elevernes trivsel.

En repræsentativ undersøgelse i 12 kommuner fra 2013 viser, at det er lykkedes for kommunerne at vende udviklingen med stigende eksklusion af elever til specialskoler og specialklasser. Der peges på både positive tendenser og en række udfordringer. Samtlige kommuner har iværksat kompetenceudviklingsprogrammer, hvor der arbejdes med udvikling af den pædagogiske, psykologiske rådgivning (PPR), ligesom der på flere niveauer bliver arbejdet med at skabe opbakning og ejerskab til inklusion²³¹.

Samtidig viser undersøgelsen, at opbakningen til inklusion er størst i kommunernes forvaltninger og blandt skolelederne, mens den er mindst blandt lærere og forældre. Lærerne oplever i mindre grad, at de har deltaget i kompetenceudvikling, og over halvdelen af lærerne mener, at de slet ikke, eller kun i mindre grad, er fagligt rustet til inklusionsopgaven. Skolelederne er generelt tilfredse med samarbejdet med PPR. Skolelederne efterspørger, at medarbejderne i PPR kan yde en direkte støtte til lærerne i forbindelse med undervisningsmodeller for elever med særlige behov. Lærerne er derimod generelt mindre tilfredse med PPR, og der efterspørgeres bl.a. rådgivning om tilrettelæggelse af undervisningen.

Udvalgte fakta fra undersøgelsen²³²:

- 85 pct. af skolelederne svarer, at de har taget initiativer i forbindelse med arbejdet med pædagogiske metoder.
- LP modellen (læringsmiljø og pædagogisk analyse) anvendes i høj grad som metode til evaluering og udvikling af læringsmiljøet. Metoden anvendes i syv af de tolv kommuner, og i de øvrige fem kommuner, er der mange skoler, der anvender LP modellens tilgang.
- En ud af tre lærere svarer, at de har deltaget i en pædagogisk dag om inklusion, bestemte diagnoser eller undervisningsbehov.

230 Børn- og Undervisningsministeriet. 2012. *Af rapportering fra den tværministerielle arbejdsgruppe om anbragte børn og unges undervisning på interne skoler.*

231 Årlig af rapportering af status for kommunernes omstilling til øget inklusion i perioden frem til 2015 jf. Aftalen om kommunernes økonomi for 2013.

232 Årlig af rapportering af status for kommunernes omstilling til øget inklusion i perioden frem til 2015 jf. Aftalen om kommunernes økonomi for 2013.

- Under 10 pct. af lærerne svarer, at de i høj grad eller meget høj grad er blevet tilbudt kompetenceudvikling.
- PPR's arbejdsområde afhænger af lederens initiativ, samarbejdet med forvaltningen og skolelederne samt kompetenceprofilerne i PPR
- PPR anvender i gennemsnit 25 pct. af tiden på udredning af elever med en variation på mellem 7 og 60 pct.
- PPR anvender i gennemsnit 30 pct. på konsultative opgaver med en variation på mellem 10 og 45 pct.
- Arbejde med familier udgør i gennemsnit 10 pct. med en variation på mellem 4 og 23 pct.
- Alle kommunerne har før en fokuseret omstilling til øget inklusion brugt ressourcepersoner i form af vejledere fra special- og kompetencecentre, AKT vejledere og læsevejledere.

PPR har en central placering i samarbejdet om det sårbare og udsatte barn eller den unge, når det handler om tidlig indsats og forebyggende arbejde, idet PPR skal medvirke til sikring af gode udviklingsbetingelser for børn og unge.

I rapporten "Pejlemærker for fremtidens pædagogiske-psykologiske rådgivning", peges der på en række pejlemærker for PPR-området mulige udvikling²³³.

I forhold til den organisatoriske kvalitet peges på, at inklusionsarbejdet i dagtilbud og skoler bør bygge på en fælles model, som skaber en ensartet tilgang til inklusion i kommunen. Der peges endvidere på, at kompetenceudvikling på tværs af kommunens dagtilbud og skoler kan skabe et fælles grundlag for inklusionsarbejdet, herunder fælles værktøjer og klarhed om ansvar og sagsgange.

I den førnævnte rapport om pejlemærker for fremtidens PPR peges på, at dialogen om det enkelte barn er ændret, så fokus i højere grad er på den udvikling, barnet og dets omgivelser skal opleve. På tværs af en række interviews er der enighed om, at et fælles grundlag for inklusion i dagtilbud og skole skal bygge på en udviklingsorienteret tilgang hellere end en fejl- og diagnoseorienteret tilgang, idet der skal fokuseres på muligheder frem for svagheder og mangler hos det enkelte barn.

Endvidere viser en undersøgelse fra Danmarks Evalueringsinstitut (EVA's) af folkeskoler-nes inklusionsindsats fra 2012²³⁴, at arbejdet med inklusion er en bred indsats, der omfatter forskellige typer af tiltag. 84 pct. af lærerne anvender forskellige koncepter som f.eks. LP (Læringsmiljø og Pædagogisk analyse) og PALS (Positiv Adfærd i Læring og Samspil).

Lærerne peger særligt på, at målrettet arbejde med elevernes trivsel, målrettet arbejde med undervisningsdifferentiering og styrkelse af elevernes sociale kompetencer fremmer inklusion i den almindelige undervisning.

233 KL. 2013. *Pejlemærker for fremtidens pædagogiske-psykologiske rådgivning.*

234 Danmarks Evalueringsinstitut. 2011. *Undersøgelse af skolens indsatser for inklusion*

Dansk Clearinghouse for Uddannelsesforskning ved Aarhus Universitet har i et review kortlagt den internationale forskning om inklusion²³⁵. Der peges på, at inklusion kan have en positiv effekt ikke blot for elever med særlige behov, men for alle elevers faglige og sociale udvikling.²³⁶ Resultatet giver ny viden om, hvilke pædagogiske metoder der har størst effekt. Overordnet viser reviewet, at der er behov for at lærere instrueres og efteruddannes i interventionstiltag for elever med særlige behov. Lærerne skal kunne trække på ressourcepersoner som ledere, psykologer og konsulenter, der kan yde supervision eller direkte støtte i undervisningen.

Tydelige målsætninger og en klar struktur for inklusionstiltag over for elever med særlige behov er essentielle. Resultaterne viser, at det har en positiv effekt på elevernes aktivitetsniveau, faglige udvikling, selvtillid og selvsikkerhed i forhold til deres klassekammerater, når de har en målsætning for deres egen læring, der gør det muligt at følge med i egen fremgang.

I forhold til at inkludere elever med ADHD, ADHD-lignende adfærd eller sociale og emotionelle vanskeligheder giver det en positiv effekt, når lærerne har kendskab til evidensbaserede undervisningsmetoder og interventionstiltag, som specifikt gavner elever med denne type vanskeligheder. Det viser bl.a. en ph.d. afhandling, der har fulgt 323 elever fra 1. – 6. klassetrin med fokus på adfærdsvanskeligheder. Det konkluderes her, at børn med adfærdsproblemer risikerer negative relationer samt udvikling af yderligere tilpasningsproblemer, og at de negative effekter er tiltagende med alderen. Kendskab til evidensbaserede strategier og tidlige indsatser er afgørende for at påvirke elevernes udvikling positivt.

Et effektivt interventionstiltag er at lære eleverne at benytte selvregistreringsinterventioner, hvor de bliver i stand til gradvist at korrigere deres egen adfærd. Flere studier fremhæver, at adgang til ressourcepersoner, f.eks. AKT-lærere (Adfærd, Kontakt, Trivsel) og speciallærere, både i og uden for klassen, er afgørende i denne sammenhæng.

Den nationale ADHD-handleplan²³⁷ giver bud på, hvordan primært den sociale indsats over for børn, unge og voksne bedst kan tilrettelægges. Der peges på en række forhold, der kan overføres til børne- og undervisningsområdet, og som også må forventes at have betydning for børn og unge med andre psykiske vanskeligheder. Det påpeges bl.a., at vanskelighederne skal ses i samspil med risikofaktorer og beskyttende faktorer hos den enkelte og i omgivelserne, behovet for en tværfaglig indsats, at der arbejdes hen mod at medarbejderne opkvalificeres fagligt, og at specialiseret viden og rådgivning er til rådighed for sagsbehandlere og fagpersoner.

Det er aftalt som led i kommuneaftalen for 2011, at kommunerne skal have fokus på strategisk kompetenceudvikling og gøre pædagogisk psykologisk rådgivning mere efterspørgselsstyret, så PPR i højere grad leverer de ydelser, skolerne efterspørger.

Det er som led i kommuneaftalen for 2013 aftalt, at der skal ske en årlig afrapportering af status på omstillingen til øget inklusion. Omstillingen følges foreløbigt i en periode på tre år.

235 Dansk Clearinghouse for Uddannelsesforskning – Aarhus Universitet . 2013.

Effekt og pædagogisk indsats ved inklusion af børn med særlige behov i grundskolen.

Systematisk review . Målgruppen i forskningskortlægningen er børn med udviklingsforstyrrelser, psykiske lidelser samt sociale og miljøbetingede vanskeligheder.

236 Undersøgelsen giver ingen entydig konklusion på, hvorvidt et inkluderende skoletilbud eller et specialskoletilbud mest effektivt styrker den faglige og sociale udvikling hos elever med særlige behov

237 Socialstyrelsen. 2013. *National ADHD-handleplan*.

Ungdomsuddannelser

Fastholdelse i uddannelse og arbejde har stor betydning for muligheden for at komme sig og muligheden for at kunne forsørge sig selv. Mennesker med psykiske lidelser har imidlertid risiko for at glide ud af uddannelse og arbejdsmarked.

Derfor skal ungdomsuddannelser også kunne rumme og inkludere unge med psykiske vanskeligheder.

Erhvervsuddannelser

Der er iværksat to initiativer i regi af Undervisningsministeriet "Kvalitetspatruljen" og "Fastholdelses Taskforce", der skal være med til at øge fastholdelsen og kvaliteten på erhvervsuddannelserne²³⁸.

En bred politisk aftale indgået i november 2012 skal bidrage til at realisere målsætningen om, at 95 pct. af en ungdomsårgang skal gennemføre mindst én ungdomsuddannelse i 2015. Aftaleparterne lægger vægt på, at *ikke*-motiverede unge og unge *uden* tilstrækkelige faglige, personlige eller sociale kompetencer fremover sikres de rette tilbud. Konkret blev aftaleparterne enige om følgende:

- 12 initiativer skal sikre eleverne en styrket uddannelsesgaranti med praktik og skal bidrage til en bedre udnyttelse af praktikpladskapaciteten. Initiativerne tager udgangspunkt i de anbefalinger, som arbejdsmarkedets parter gennem Erhvervsuddannelsesudvalget har afgivet til regeringen om en styrket uddannelsesgaranti.
- Kvaliteten i erhvervsuddannelserne skal øges gennem en målrettet videreførelse af de midlertidige takstforhøjelser samt en reserve afsat til bedre kvalitet i erhvervsuddannelserne. De afsatte midler kan bl.a. sikre et kompetenceløft for lærere og ledere og en videreførelse af mentorordning, kontaktlærerordning, praksisnære grundforløb mv.

Gymnasieuddannelser

De gymnasiale uddannelser aftager langt størstedelen af en ungdomsårgang, og den brede elevprofil sætter fokus på skolernes forpligtelse til, i samarbejde med Ungdommens Uddannelsesvejledning, at yde bistand til de elever, for hvem bistand er en forudsætning for fastholdelse på uddannelsen. Skolens leder skal sikre, at der udarbejdes retningslinjer for fastholdelsesarbejdet, som bl.a. kan omfatte tilbud om egentlig psykologbistand, mentorordning m.v.

Fokus i fastholdelsesarbejdet er i henhold til lovgivningen at fastholde eleverne "i uddannelse", altså ikke for enhver pris, i præcis den uddannelse der er påbegyndt. Det vil være en succes for fastholdelsesarbejdet, hvis en elev – i stedet for at falde helt ud af uddannelse – vejledes over i en uddannelse, hvor den pågældende har større udsigt til at få et godt forløb.

Der er mulighed for, at skolerne, når de tildeler støtte til elever med psykiske vanskeligheder, i form af specialpædagogisk bistand, kan få særlige tilskud hertil.

Det er en central udfordring, at skolerne skal rumme alle elever, herunder elever med forskellig socioøkonomisk baggrund samt elever med særlige forudsætninger og særlige behov. Det gælder også elever, der har psykiske vanskeligheder, men i øvrigt er uddannelsesparate.

238 Undervisningsministeriet. 2008. www.uvm.dk/Aktuelt/~//UVM-DK/Content/News/Udd/Erhvervs/2008/Okt/0081030-Fastholdelseskavane-vil-hjaelpe-tosprogede-gennem-erhvervsuddannelsen
Undervisningsministeriet. 2013. <http://uvm.dk/Uddannelser/Erhvervsuddannelser/Kvalitetspatruljen>

I forbindelse med en igangsat "Udviklingsplan for de gymnasiale uddannelser" er det muligt at søge om forsøg og tilskud til skoleprojekter og udvikling af efteruddannelseskurser i de gymnasiale uddannelser. Fra udmeldingen af anden fase i planen²³⁹ er der berørt forskellige aspekter vedrørende håndtering af elevdifferentiering.

I beskrivelsen af indsatsområdet "Faglig overgang fra grundskolen til de gymnasiale uddannelser"²⁴⁰ sættes der bl.a. fokus på at udvikle metoder til at håndtere spredning i elevforudsætninger, så alle elever kan få det bedst mulige udbytte af den indledende gymnasiale undervisning, mens der i beskrivelsen af indsatsområdet "Klasserumsledelse og elevinddragelse"²⁴¹ peges på, at Stigende søgning til de gymnasiale uddannelser og udviklingen i ungdomskulturen (bl.a. i forhold til brugen af medier og it) har ført til større spredning i elevernes forudsætninger og i deres tilgang til undervisningen. Det har givet lærerne nye udfordringer, når de tilrettelægger elevernes/kursisternes arbejde. I beskrivelsen af indsatsområdet "Styrket formativ evaluering og udvikling af evalueringskulturen"²⁴² sættes fokus på at sikre, at den enkelte elev løbende er orienteret om eget faglige standpunkt og udviklingsproces med udgangspunkt i en erkendelse af, at (e)n styrket løbende evaluering kan [...] give et mere kvalificeret grundlag for den afsluttende standpunktskarakter og pege på de tilrettelæggelsesformer, der bedst tjener de enkelte elever. Behovet gælder ikke mindst de gymnasiefremmede elever, som ifølge afsluttede forsøg og undersøgelser har brug for en tæt opfølgning på mål og resultater.

Som det fremgår, er elever med psykiske vanskeligheder ikke et selvstændigt fokuspunkt i udviklingsplanen, men de er dog i det praktiske liv en væsentlig udfordring for skolerne i arbejdet med elevdifferentiering.

Videregående uddannelser

Som det gælder på ungdomsuddannelserne, kan der ved særlige behov for støtte, for at kunne gennemføre en videregående uddannelse, tages specialpædagogisk kontakt til uddannelsesstedet. Uddannelsesstedet afgiver indstilling om støtte til Kvalitets- og Tilsynsstyrelsen under Undervisningsministeriet, der administrerer ordningen. Ordningen skal sikre, at unge med psykisk eller fysisk funktionsnedsættelse kan uddanne sig på lige fod med alle andre. De typiske støtteformer til elever med psykiske vanskeligheder på de videregående uddannelser er støttetimer, hvor der arbejdes med planlægning og struktur i studieforløbet, samt mentortimer, hvor støtten har til formål at opruste den unge i at indgå i studie/uddannelsesmiljøet, deltage i gruppearbejde, læsegrupper mv.²⁴³

Udvalgets forslag

Udvalget finder, at der skal være fortsat fokus på inklusion og en helhedsorienteret indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Med henblik på at øge kvaliteten i indsatsen for inklusion og fastholdelse af børn og unge med psykiske vanskeligheder i uddannelse anbefaler udvalget følgende:

239 Ministeriet for Børn og Undervisning. 2013. *Indbydelse til at deltage i 2. fase af Udviklingsplanen for de gymnasiale uddannelser*, <http://cms.uvm.dk/sitecore/shell/Controls/Rich%20Text%20Editor/~media/UVM/Files/Udd/Gym/PDF13/130129%20Forsøgsudmelding%20januar%202013.ashx>

240 Ministeriet for Børn og Undervisning. 2013. *Udviklingsplan for de gymnasiale uddannelser*, side 6.

241 Ministeriet for Børn og Undervisning. 2013. *Udviklingsplan for de gymnasiale uddannelser*, side 8.

242 Ministeriet for Børn og Undervisning. 2013. *Udviklingsplan for de gymnasiale uddannelser*, side 7.

243 Ministeriet for Børn og Undervisning. Kvalitets og tilsynsstyrelsen. <http://www.spsu.dk/>

- **Kommunerne anvender effektfulde, pædagogiske metoder til at inkludere børn og unge i folkeskolen.** Kommunerne opfordres til at anvende metoder til inklusion, som Socialstyrelsens nationale handleplan for ADHD og Århus Universitets review, som gennemgår den internationale forskning om inklusion, bl.a. peger på.
- **Der er, som en del af den almindelige (efter-)uddannelse løbende fokus på lærernes kompetencer til inklusion af børn og unge med psykiske vanskeligheder.** Kommunerne opfordres til at sættes fokus på sikring af lærernes kompetencer til inklusion, herunder i forhold til børn og unge med psykiske lidelser, og sikring af den nødvendige støtte og rådgivning fra ressourcepersoner, herunder PPR, til skolerne.

8.2

Kvalitet i beskæftigelsesindsatsen

Pejlemærker for kvaliteten i den beskæftigelsesrettede indsats for mennesker med psykiske lidelser:

- Fokus på inklusion på arbejdsmarkedet og varig beskæftigelse.
- Fokus på den enkeltes behov og beskæftigelsesindsatsen er differentieret.
- Sammenhæng mellem indsatsen på beskæftigelses-, social-, og sundhedsområdet.
- Fokus på systematisk opsamling af evidens og viden om, hvad der virker i forhold til inklusion og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det overordnede formål med beskæftigelsesindsatsen er, at unge og voksne skal i job. For nogle er den korteste vej en uddannelse. Det gælder uanset, om man har en psykisk lidelse eller ikke.

I forhold til arbejdsmarkedet peger den eksisterende viden på, at arbejde generelt fremmer bedring eller helbredelse, samt at både personer med lettere og sværere psykiske lidelser kan få det væsentligt bedre, når de kommer ud på det ordinære arbejdsmarked²⁴⁴. Arbejde og uddannelse er således vigtige faktorer i recoveryprocessen.

Personer med psykiske lidelser har en lavere beskæftigelsesfrekvens end personer uden psykiske lidelser, og OECD skønner, at psykiske problemer koster den danske økonomi næsten 45 mia. kroner eller 3,4 pct. af BNP årligt i tabt produktivitet, udgifter til sundhedsvæsen og sociale udgifter²⁴⁵. Det er vanskeligt at vurdere, i hvilken grad beskæftigelsesindsatsen er tilstrækkeligt tilpasset og effektiv for personer med psykiske lidelser. En kortlægning af området har vist en vis variation i indsatsen kommunerne imellem²⁴⁶. Det kan bl.a. skyldes, at der er mangel på et fælles evidens- og datagrundlag for, hvad der virker for personer med psykiske lidelser.

244 Høgelund J. 2012. *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte*

245 OECD. 2013. *Mental health and Work – Denmark*.

246 Arbejdsgruppe 1 under psykiatridvalget. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

Den eksisterende litteratur peger på, at en kombineret sundheds- og beskæftigelsesindsats kan have stor effekt for personer med lettere psykiske lidelser²⁴⁷. Der er dog generelt behov for et bedre empirisk grundlag for at vurdere, hvad der virker i den beskæftigelsesrettede indsats for mennesker med psykiske lidelser.

8.2.1

Kvalitetsarbejdet på beskæftigelsesområdet

Som beskrevet i kapitel 3 findes der ikke indsats på beskæftigelsesområdet, der er forbeholdt borgere med psykiske lidelser. Indsatsen for borgere med psykiske lidelser tilrettelægges, som for andre borgere, ud fra en konkret individuel vurdering af, hvilke konkrete tilbud, der er brug for. I vurderingen tages udgangspunkt i den enkeltes behov og forudsætninger, og borgeren inddrages i vurderingen.

Den faglige kvalitet på beskæftigelsesområdet handler overordnet om at sikre, at de tilbud, der stilles til rådighed, gør vejen tilbage til arbejdsmarkedet så kort som mulig. Endvidere er det afgørende, at indsatsen sker (mest muligt) evidensbaseret. Den aktuelle beskæftigelsesindsats omfatter bl.a. individuelle kontaktfølber, løntilskud, virksomhedspraktik, vejledning og opkvalificering samt andre indsatser, herunder f.eks. mentorstøtte. Blandt de nuværende indsatser kan mentorstøtte, ressourceforløb og fleksjob fremhæves som særligt relevante for personer med mere komplekse problemer, herunder for personer med psykiske lidelser jf. beskrivelsen i kapitel 3.

Det er helt afgørende for at fremme arbejdsmarkedstilknytningen for mennesker med nedsat arbejdsevne, f.eks. mennesker med psykiske lidelser, at der hos virksomhederne er vilje til at fastholde og ansætte medarbejdere, for hvem der skal tages andre hensyn, end virksomheden tager over for de øvrige ansatte. Det er vigtigt, at virksomhederne på den måde påtager sig et socialt engagement og fremmer et rummeligt arbejdsmarked. Opmærksomhed og viden om, hvordan der kan ydes rimelig tilpasning af arbejdspladsen over for ansatte med psykiske lidelser, kan desuden forhindre, at den enkelte mister tilknytningen til arbejdsmarkedet i forbindelse med et sygdomsforløb. Der er eksempelvis i lov om forbud mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet mv.²⁴⁸ en bestemmelse om, at mennesker med et handicap har ret til "rimelig tilpasning", hvilket vil sige, at arbejdsgiveren er forpligtet til at træffe de hensigtsmæssige og rimelige foranstaltninger og tilpasninger for, at medarbejderen kan fungere på arbejdspladsen. En interviewundersøgelse finansieret af Arbejdsmarkedsstyrelsen viser, at mennesker med psykiske lidelser ofte selv er i stand til at formulere deres behov for rimelig tilpasning, og at det kan dreje sig om tilpasning af mange forskellige forhold, f.eks. af arbejdspladsens indretning, fleksibilitet vedrørende arbejdstider, -opgaver og -intensitet, relationer og forpligtelser i forhold til kolleger og kunder mv.²⁴⁹

Nye tiltag til styrkelse af kvaliteten i beskæftigelsesindsatsen

På beskæftigelsesområdet er der igangsat en række initiativer, som skal fremme den tværfaglige og helhedsorienterede indsats over for udsatte borgere, herunder personer med psykiske lidelser. Der er således taget en række initiativer med både reform af førtidspension og fleksjob, som delvist trådte i kraft den 1. januar 2013, og med den

247 Høgelund J. 2012. *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte.*

248 LBK nr. 1349 af 16/12 2008 af lov om forskelsbehandling på arbejdsmarkedet.

249 LAP. 2008. Mere end almindelig hensynstagen? *Borgere med psykiske lidelser – en udfordring for arbejdsmarkedet. En undersøgelsesrapport.*

kontanthjælpsreform, som skal træde i kraft den 1. januar 2014. Begge reformer rummer klare forbedringer af indsatsen over for personer med psykiske lidelser.

Med reformen af førtidspension og fleksjob er der i alle kommuner etableret et tværfagligt rehabiliteringsteam. Disse teams har til formål at sikre en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder med fokus på beskæftigelse og uddannelse, så den enkelte borger så vidt muligt får de bedste betingelser for at få fodfæste på arbejdsmarkedet. Med reformerne har kommunerne desuden fået et nyt redskab i beskæftigelsesindsatsen i form af ressourceforløb, som er målrettet mennesker med komplekse problemer ud over ledighed, f.eks. psykiske lidelser. Fra januar 2014 vil personer, der har været indlagt på grund af psykiske lidelser, endvidere efter beskæftigelseslovgivningen få ret til en udskrivningskoordinator i forbindelse med deres udskrivelse. Formålet er at hjælpe personen med at få overgangen tilbage til hverdagen og mod job eller uddannelse til at foregå så smidigt som muligt.

Endelig er regeringen kommet med et udspil til en sygedagpengereform, som ligeledes indeholder forbedringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Med udspillet foreslås en ny ydelsesmodel, der betyder, at sygemeldte, der ikke opfylder betingelserne for forlængelse efter de gældende forlængelsesregler, og som dermed er i risiko for at miste retten til forsørgelse, i stedet vil kunne overgå til det nyetablerede ressourceforløb. Dette indebærer en tværfaglig, helhedsorienteret og længerevarende indsats, der indeholder såvel beskæftigelses- og uddannelsesrettede tilbud, som sociale og sundhedsmæssige tilbud. Ydelsen vil svare til satsen under ressourceforløb (kontanthjælpsniveau) uden formue- eller ægtefælle-afhængighed. Derudover indeholder udspillet forslag om, at den enkelte borger får ret til at få forelagt sin sag for en klinisk funktion i regionen i de tilfælde, hvor kommunen overvejer at stoppe sygedagpengene som følge af manglende deltagelse i behandling. Den enkelte sygemeldte får således mulighed for at fastholde sit forsørgelsesgrundlag, selv om borgeren har fravalgt en behandling.

Kvalitet i beskæftigelsesindsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Nye undersøgelser viser, at hvis personer med lettere psykiske lidelser skal i job eller tilbage i job, er det afgørende, at der iværksættes en koordineret sundheds- og beskæftigelsesmæssig indsats²⁵⁰. Den eksisterende litteratur peger endvidere på et behov for arbejdsmarkedsrettede indsatser til personer med affektive sindslidelser eller angstsygdomme i tillæg til den behandlingsmæssige indsats for at sikre, at flest mulige bevarer tilknytning til arbejdsmarkedet²⁵¹.

Det påpeges, at Danmark har en særlig udfordring i forhold til at koordinere indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser pga. arbejdsdelingen, hvor behandlingen foregår i regionerne, og den sociale- og beskæftigelsesrettede indsats er i kommunerne. Der er derudover i Danmark, og generelt i Europa, et stort behov for evidensbaserede studier af tværfaglige indsatser, da den eksisterende evidens for effekten hovedsagligt dokumenteres i amerikanske studier^{252 253}.

Dokumenterede metoder

Supported Employment (SE) er tiltag, hvor personen med det samme, eller med kort

250 Høgelund, Jan (2012), "Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte".

251 Epløv, Lene og Lisa Korsbek (2012) "Review om effekter af arbejdsmarkedsrettede indsatser for personer med affektive sindslidelser eller angstsygdomme".

252 SFI. 2013. *Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser – en forskningsoversigt*.

253 Der er i Danmark gode erfaringer med, at tværfaglige OPUS-team medvirker til øget uddannelse eller beskæftigelse.

forberedelse, inkluderes på det ordinære arbejdsmarked med sideløbende støtte. Støttende foranstaltninger omfatter hjælp til den jobsøgende før, under og efter ansættelse og tilsvarende støtte til arbejdsgiveren. Undersøgelser viser, at mennesker med svær psykisk lidelse foretrækker job på det ordinære arbejdsmarked frem for beskyttet beskæftigelse²⁵⁴.

Der er evidens for, at Supported Employment og Individual Placement and Support (IPS) er de mest effektive metoder i forhold til at skabe ansættelse på det ordinære arbejdsmarked blandt personer med svær psykisk sygdom. Randomiserede, kontrollerede forsøg, systematiske review og metaanalyser har vist klar effekt sammenlignet med andre typer af interventioner. Den bedst definerede og mest undersøgte metode inden for SE er IP.

Et review viser, at IPS-indsatser, hvor personer med svære psykiske lidelser kommer i et ordinært job hurtigst muligt og efterfølgende får støtte til at beholde jobbet, øger jobsandsynlighederne signifikant mere end andre indsatser, og det er uden, at indsatsen fører til øget stress, opblussen af symptomer eller andre negative følger²⁵⁵.

Der er i 2011 blevet igangsat et kontrolleret forsøg – INKLUSION – med IPS i Danmark. Projektet udføres som samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Psykiatrien i Region Syddanmark. Deltagere i projektet er personer med tilknytning til psykiatriske centre og afdelinger, og i alt skal ca. 1.360 personer deltage i forsøget. Forsøget forventes gennemført i 2017.

Den overordnede filosofi i IPS er, at personer med svær sindslidelse kan arbejde på det ordinære arbejdsmarked uden forudgående træning, og at ingen der er motiveret for at arbejde, skal udelukkes herfra. Der er således ingen, der ekskluderes på baggrund af diagnose, symptomer eller misbrug, da undersøgelser har vist, at gode effekter kan opnås uafhængigt heraf.

Deltagerne får hjælp af en IPS-konsulent til at undersøge jobmuligheder, og jobsøgningen starter umiddelbart efter inkludering i programmet. Jobsøgningen tager udgangspunkt i deltagerens egne præferencer, da det giver større tilfredshed og længere jobforløb, når jobbet matcher deltagerens interesser. IPS-konsulenten fortsætter med at yde støtte, efter at deltageren er kommet i job, og så længe der er behov for det. Støtten ydes også i forhold til arbejdsgiver og kolleger.

Der er et tæt samarbejde mellem IPS-konsulenten og de psykiatriske behandlere, både for at sikre behandlernes støtte og opbakning og for at IPS-konsulenten kan få kendskab til de kliniske faktorer, som f.eks. bivirkninger af medicin, der kan være relevante i forhold til job og arbejdstid.

Det danske IPS-forsøg skal både afdække, om IPS har god effekt på det danske arbejdsmarked, samt teste indsatsen i forhold til personer med f.eks. depression og angst. Forsøget skal desuden teste, om der kan opnås bedre effekt ved at tilføje træning af sociale og kognitive færdigheder til IPS-programmet.

Der er stærk evidens for, at indsatser som inddrager arbejdspladsen, har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Der er desuden indikationer for, at arbejdspladsbaserede indsatser ligeledes øger beskæftigelses-

254 Christensen, Thomas og Merete Nordentoft (2011) "Review om effekter af beskæftigelsesrettede indsatser til personer med svær psykisk sygdom".

255 Christensen, Thomas og Merete Nordentoft (2011) "Review om effekter af beskæftigelsesrettede indsatser til personer med svær psykisk sygdom".

muligheder for sygemeldte med mentale helbredsproblemer²⁵⁶. Gradvis tilbagevenden er et eksempel på en arbejdspladsbaseret indsats. Med en delvis raskmelding kan en sygemeldt vende gradvist tilbage i arbejde og på den måde fortsætte med at arbejde, sideløbende med eventuel behandling.

Vurdering i forhold til en bedre indsats

Der har i de seneste år været en række større initiativer/reformer, der støtter fastholdelsesindsatser for personer med psykiske lidelser. Initiativerne i de to reformer af førtidspension og fleksjob og kontanthjælp rummer nogle klare forbedringer af indsatsen over for personer med psykiske lidelser. Det samme gør udspillet til en sygedagpengereform. Der er imidlertid behov for nytænkning af den samlede indsats til borgere med psykiske lidelser, og beskæftigelsesindsatsen skal indgå som ét vigtigt element i denne indsats. I forlængelse heraf bør kompetenceudvikling i forhold til at sikre en målrettet beskæftigelsesindsats for borgere med psykiske lidelser være et fokusområde.

I forhold til de ikke-jobklare unge med psykiske vanskeligheder peger kommunerne bl.a. på, at medarbejderne efterspørger større viden om psykiske lidelser, og at det er væsentligt at beskrive, hvordan denne viden kan anvendes af sagsbehandlerne i deres rolle som myndighedspersoner. Sagsbehandlerne har ikke behov for viden på behandlerniveau. De har behov for at vide, om de f.eks. skal håndtere samtalen på en bestemt måde, og hvilke relevante tilbud og aktører, de kan henvise til²⁵⁷.

I KL's undersøgelse peger kommunerne på, at klarhed omkring sagsbehandlerens rolle og viden om hvordan man håndterer personer med psykiske problemer, og viden om metoder til at håndtere relationen og samtalen, er vigtige for at bringe den unge med psykiske problemer tættere på arbejdsmarkedet²⁵⁸.

Det bemærkes, at regeringen har nedsat en ekspertgruppe, som skal gennemføre en udredning af den aktive beskæftigelsesindsats bl.a. med fokus på, hvordan de ledige hurtigst muligt hjælpes i meningsfuld, varig beskæftigelse med udgangspunkt i den enkelte lediges behov. Desuden sættes der i udredningen fokus på, hvordan samarbejdet mellem jobcentre og virksomheder kan styrkes²⁵⁹.

Ikke-psykotiske lidelser som angst og depression er i høj grad medvirkende til sygefravær og førtidspension. Kortlægningen viser, at 500.000 mennesker årligt henvender sig til den praktiserende læge med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter. Disse lidelser er imidlertid underdiagnosticerede, og mange er ikke i behandling herfor, jf. kapitel 6²⁶⁰. Der bør sættes stærkere fokus på, hvordan forebyggelse, diagnosticering, behandling og rehabilitering i forhold til denne gruppe forbedres med henblik på at sikre tilknytning til arbejdsmarkedet. Det forudsætter ikke kun en forbedret indsats inden for sundhedsvæsenets rammer, men også i den sociale sektor, i beskæftigelsesindsatsen, på den enkelte arbejdsplads, samt gennem et bedre samarbejde mellem sektorerne.

I forlængelse heraf er der behov for viden om effektive samarbejdsmodeller i forhold til at skabe sammenhæng i den sundhedsfaglige indsats og beskæftigelsesindsatsen. I England har man i 2008 etableret et program for Improved Access Psychological Treatment, der har til formål at øge adgangen til psykoterapi baseret på evidensbaserede retningslinjer, bl.a. med henblik på at sikre fastholdelse til arbejdsmarkedet. Her har

256 Høgelund, Jan (2012), "Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte".

257 KLs Videnslaboratorium 1. De ikke-jobklare unge med psykiske problemer, september 2012.

258 KLs Videnslaboratorium 1. De ikke-jobklare unge med psykiske problemer, september 2012.

259 Christensen, Thomas og Merete Nordentoft (2011) "Review om effekter af beskæftigelsesrettede indsatser til personer med svær psykisk sygdom".

260 Kortlægning af udvikling af diagnose og behandlingsmuligheder, arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget.

man bl.a. uddannet sygeplejersker til at foretage samtalerapi, og der gives adgang til beskæftigelsesrådgivning hvis man er arbejdsløs, sygemeldt eller i risiko for at miste sit arbejde. Programmet har vist gode resultater i forhold til beskæftigelse²⁶¹.

Arbejdsmarkedets parter indtager endvidere en vigtig rolle i arbejdsmarkeds- og beskæftigelsespolitikken og har afgørende indflydelse på mulighederne for, at mennesker med psykiske lidelser kan komme i job eller tilbage til job. Arbejdsmarkedets parter har indflydelse på overenskomststifter og er med til at opstille rammevilkår for medarbejdere, der rammes af psykiske vanskeligheder og lidelser.

Arbejdsmarkedets parter kan spille en mere aktiv rolle i forhold til bedre rammer og vilkår for mennesker med psykiske lidelser, herunder både i forhold til at fremme mental sundhed og sikre tilknytning til arbejdsmarkedet.

Udvalgets forslag

Med henblik på at øge kvaliteten i indsatsen for inklusion og fastholdelse af mennesker med psykiske vanskeligheder på arbejdsmarkedet foreslår udvalget følgende:

- **Dokumentation af og viden om effekt af beskæftigelsesindsatsen for mennesker med psykiske lidelser øges.** Det anbefales, at afprøvning af nye metoder og værktøjer, hvor der ikke på forhånd foreligger dokumentation for effekt, så vidt muligt evalueres med henblik på at kvalitetsudvikle indsatsen. Herudover bør eksisterende viden om metoder og indsatser med god effekt i højere grad systematisk gøres tilgængeligt for kommunerne. Forslaget har til formål at opbygge mere viden om effektfulde indsatser i beskæftigelsesindsatsen for mennesker med psykiske lidelser og understøtte, at dokumenterede metoder udbredes.
- **Effekterne af eksisterende modeller for Supported Employment i en dansk kontekst undersøges og afprøves.** Det danske forskningsprojekt, Inklusion, bør følges, og resultaterne heraf bør formidles til kommunerne, når de foreligger. Forslaget har til formål at understøtte, at mennesker med psykiske lidelser får tilknytning til det ordinære arbejdsmarked.
- **Løbende fokus på medarbejdernes viden i jobcentre i forhold til hjælp og støtte til arbejdsfastholdelse af personer med psykiske lidelser.** Kommunerne opfordres til at sætte fokus på medarbejdernes viden i jobcentre i forhold til hjælp, rådgivning, viderehenvisning og støtte til mennesker med psykiske lidelser. Formålet med forslaget er at understøtte kvaliteten i beskæftigelsesindsatsen og i højere grad sikre, at indsatsen tilrettelægges ud fra borgerens behov og situation.
- **Kendskab til mulighederne for rimelig tilpasning af arbejdspladsen for mennesker med psykiske lidelser formidles på offentlige og private arbejdspladser.** Formålet er, at rimelige foranstaltninger og tilpasninger så vidt muligt sikres med henblik på at stille mennesker med psykiske lidelser i samme situation som andre medarbejdere.
- **Regioner og kommuner opfordres til at arbejde med en strategi for rehabiliteringsindsatser for mennesker med ikke-psykotiske lidelser som f.eks. angst og depression.** Formålet er bl.a. at nedbringe sygefraværet samt sikre fastholdelse og tilbagevenden til arbejdet.
- **Der tages initiativ til et nationalt partnerskab med arbejdsmarkedets parter og**

²⁶¹ Department of Health, UK. 2013. IAPT- three-year report – the first million patients.

frivillige foreninger m.fl. med henblik på øget inklusion af mennesker med psykiske lidelser på arbejdsmarkedet, evt. knyttet til trepartsdrøftelserne. Der etableres et nationalt partnerskab mellem relevante ministerier, kommuner, regioner, arbejdsgiver- og arbejdstagerorganisationer samt frivillige foreninger mv. med henblik på at sætte fokus på konkrete initiativer/redskaber, der kan anvendes til at øge inklusionen af mennesker med psykiske lidelser på arbejdsmarkedet. Formålet er at etablere et mere forpligtende samarbejde mellem parterne der skal bidrage til afstigmatisering og inklusion på arbejdsmarkedet.

8.3

Kvalitet i den socialfaglige indsats

Pejlemærker for kvaliteten i den sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser:

- Tidlige og forebyggende indsatser for udsatte borgere, der er i risiko for at udvikle psykiske problemstillinger.
- Et helhedsorienteret fokus på den enkeltes og familiens samlede problemstillinger og ressourcer.
- Understøttelse af udviklingen mod mindre indgribende indsatser i takt med, at borgeren får det bedre.
- Øget fleksibilitet i indsatsen, f.eks. gennem udbredelse af lettilgængelige og døgndækkende tilbud til mennesker med psykiske vanskeligheder.
- Øget kvalitet i den mest specialiserede indsats gennem øget faglig styring og planlægning, faglige anbefalinger, dokumentation samt dataindsamling.
- Anvendelse af dokumenterede metoder, herunder til udredning.

Formålet med den sociale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder er at skabe den nødvendige ramme for, at den enkelte kan leve et så normalt liv som muligt. Derfor er målet at fastholde mennesker med psykiske vanskeligheder i deres nærmiljø, herunder i forhold til fastholdelse af egen bolig og arbejde.

Som nævnt i kapitel 4 er det en udfordring, at der i den kommunale, sociale indsats findes få evidensbaserede metoder afprøvet i en dansk kontekst, og udbredelsen af metoder derfor generelt er varierende. Ca. halvdelen af kommunerne arbejder med en inklusions- og recovery-baseret tilgang, men i flere kommuner er der ikke tale om en ensartet, evidensbaseret metode²⁶².

Dertil kommer, at der findes begrænset national dokumentation om målgruppen af borgere med psykiske lidelser, som modtager en social indsats.

Et øget fokus i den kommunale myndighedsfunktion på evidensbaserede og omkostningseffektive metoder, der har effekt på borgerniveau, kan både bidrage til et fagligt løft af indsatsen og sikre en mere effektiv ressourceanvendelse.

²⁶² *Analyse af kapaciteten i den kommunale sociale indsats*, Rambøll, 2013

Kvalitetsarbejdet på det sociale område

Der er inden for de seneste år sat øget fokus på kvalitetsudvikling på det sociale område. Det gælder i kommunerne, som har ansvaret, men også hos de regionale og private leverandører af tilbud. Kommunerne har myndigheds- og forsyningsansvaret, og det er derfor kommunerne, der stiller krav til leverandørerne om kvaliteten – uanset om leverandørerne er kommunale, regionale eller private.

Der er sat fokus på at øge kvaliteten i den sociale indsats ved, at kommunerne anvender metoder med dokumenteret effekt i de sociale indsatser og tilbud til borgerne. Det er vigtigt, at borgerne får en indsats, der virker.

Der foregår løbende drøftelser mellem KL og Social-, Børne- og Integrationsministeriet om udviklingen af socialområdet med fokus på klare mål for indsatser, øget vidensopbygning og udbredelse af metoder, der virker.

Med aftalen om kommunernes økonomi for 2012 er regeringen og KL enige om en omstilling af indsatsen for udsatte børn og unge med fokus på uddannelse og brug af effektfulde metoder, herunder målrettede, familiebaseede indsatser, der kan forebygge, at barnet kommer i mistrivsel og skal have større og længerevarende støtte. Udviklingen på området følges i regi af en Partnerskabsaftale mellem Social-, Børne- og Integrationsministeriet og KL på socialområdet.

Kommunerne samarbejder endvidere med hinanden om tilbud, hvor kommunerne kan købe og sælge pladser på tilbud og institutioner af hinanden samt hos regionerne og fra private leverandører bl.a. for at kunne sikre, at kommunerne kan tilbyde et tilbud med faglig bæredygtighed. Det gælder særligt i forhold til målgrupper, der kræver en specialiseret indsats og dermed et vist befolkningsgrundlag.

I forlængelse heraf indgår det i den brede politiske "Aftale om justering af rammerne for kommunalreformen", at der skal etableres en national koordinationsstruktur, der skal sikre, at de fornødne specialiserede tilbud og kompetencer er til rådighed, og at vidensgrundlaget udvikles til gavn for kvaliteten. Den nationale koordinationsstruktur er inspireret af sundhedsvæsenets specialeplanlægning med respekt for de væsentlige forskelle, der er mellem socialområdet og sundhedsområdet. Socialstyrelsen får med den nationale koordinationsstruktur til opgave at skabe et nationalt overblik over den specialiserede indsats samt en systematisk vidensopbygning om indsatsen for de målgrupper, der har behov for en højt specialiseret indsats. Den nationale koordinationsstruktur skal understøtte, at kommunerne har adgang til det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud og hermed har grundlaget for at yde en indsats af høj kvalitet for de mennesker, herunder mennesker med psykiske lidelser, som har behov herfor.

I foråret 2013 er der endvidere blevet vedtaget en ny tilsynsreform på det sociale område. Reformen understøtter bl.a. bedre kvalitet på anbringelsessteder, botilbud og andre sociale døgntilbud for udsatte børn og voksne samt en whistleblower-ordning til borgere og pårørende. Med loven sker der grundlæggende ændringer af godkendelsen af og tilsynet med de tilbud, der huser de mest udsatte børn og voksne, herunder mennesker med en psykisk lidelse.

Der etableres ét socialtilsyn i hver geografisk region. Socialtilsynene placeres i fem kommuner og får ansvar for at godkende og føre driftsorienteret tilsyn med de sociale døgntilbud og ambulante stofmisbrugsbehandlingstilbud, som er beliggende i regionen, samt tilbud i form af hjælp og støtte under visse betingelser. Derudover oprettes en

national 'audit-funktion' i Socialstyrelsen, der bl.a. skal sikre, at ny viden kontinuerligt anvendes i socialtilsynenes arbejde.

Med den nye tilsynsreform stilles der fra centralt hold højere krav til den faglige kvalitet i tilbuddene, hvormed der sikres en højere faglighed og en større professionalisme samt uafhængighed i tilsynet.

Dertil arbejdes med øget digitalisering af metoder, der skal understøtte sagsbehandlingen, herunder voksenuedretningsmetoden (DHUV), og med at skabe øget dokumentation af området. Effektiv sagsbehandling og øget dokumentation er med til at understøtte kvaliteten i den faglige sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser. Dette udfoldes nærmere i kapitel 13, hvor de forskellige styringsinstrumenter gennemgås.

Det er vigtigt, at det arbejde, der er sat i gang med at forbedre kvaliteten på socialområdet, fortsættes. Den sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser bør fortsat have fokus på at arbejde efter dokumenterede metoder og på sikring af faglig bæredygtighed i tilbuddene.

Den sociale indsats for børn og unge

Kvaliteten i den sociale indsats over for børn og unge med psykiske lidelser skal ses i sammenhæng med sigtet med indsatsen: at flest mulige børn og unge trives i det almindelige institutions- og skolemiljø med henblik på at blive så selvhjulpne og selvstændige som muligt, når de bliver voksne. Det er således ikke blot selve indsatsen men effekten af indsatsen på børnenes og de unges trivsel, der er centralt i vurderingen af kvaliteten af den sociale indsats.

Kvaliteten udfordres dog ifølge bl.a. kapacitetsanalysen på det sociale område af flere forhold²⁶³. Eksempelvis svækkes den faglige kvalitet af, at der i kommunerne ikke anvendes evidensbaserede metoder, og at der ikke er bevidsthed om, hvilke evidensbaserede metoder, som kommunen arbejder med. Ligeledes peges der på, at den organisatoriske og faglige kvalitet kan styrkes gennem et mere systematisk samarbejde mellem kommunerne og børne- og ungdomspsykiatrien.

Det er samlet set vigtigt for kvaliteten i den sociale indsats på børne- og ungeområdet, at den tager udgangspunkt i:

- Sammenhængende og tværfaglige forløb internt mellem forvaltninger samt mellem sektorer.
- Inddragelse af barnet eller den unge, samt forældrene og andet tæt netværk, med henblik på at sikre de rette løsninger for barnet eller den unge og opbakning til indsatsen.
- Brug af metoder, der er evidens for, virker.

Tværfagligt samarbejde

Som nævnt i kapitel 3 om sammenhæng i indsatsen, så tilrettelægges indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder efter behovet for sociale foranstaltninger og ikke efter diagnoser. Det er helt centralt, at de rette faglige kompetencer er til stede i de enkelte indsatser. Det forudsætter, at der i de enkelte kommuner er en systematisk tilgang til tværfagligt samarbejde mellem de forskellige forvaltninger. Der er udviklet forskellige modeller til at understøtte det tværfaglige samarbejde internt i kommunerne, jf. kapitel 7.

²⁶³ Rambøll. 2013. *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

Endvidere er samarbejdet mellem den kommunale og regionale sektor vigtigt for en indsats af høj kvalitet. Det vurderes, at bistand fra børne- og ungdomspsykiatrien til kommunerne vil kunne øge kvaliteten i udredningsfasen, hvor bl.a. PPR skal vurdere, hvorvidt et barn eller en ung skal henvises til psykiatrien. Derudover vurderes det, at børnepsykiatrisk bistand kan øge kvaliteten af den generelle indsats i forhold til generel faglig sparring og i akutte situationer.

Inddragelse af barnet eller den unge og familien

Endvidere sikres den borgeroplevede kvalitet i høj grad via inddragelse af barnet eller den unge, samt dennes nære miljø. Inddragelse er med til at sikre valget af den rette foranstaltning for barnet eller den unge og opbakning fra det nære miljø, så kontinuiteten i indsatsen understøttes. Derudover er inddragelse af familie og netværk vigtigt – både for at sikre, at kommunen får kendskab til de ressourcer i familie og netværk, som kan inddrages aktivt, og for at understøtte, at familie og netværk bakker op om den indsats, der iværksættes.

Der findes forskellige metoder til at inddrage barnet eller den unge og familien, når der skal træffes beslutninger om indsatsen. Socialstyrelsen arbejder med at udbrede kendskabet til både familierådslagning og andre inddragende metoder gennem projektet *Inddrag.nu*²⁶⁴, hvor der tilbydes konkrete værktøjer til inddragende metoder samt kurser og konsulentstøtte til institutioner og kommuner, der vil arbejde med familierådslagning eller netværksmøder.

I forhold til forældrenes rolle i relation til barnet eller den unge med psykiske vanskeligheder, blev der i Psykiatraftalen for 2007-2010 afsat midler til netværksgrupper for forældrene. Formålet med netværksgrupperne var at skabe erfaringsudveksling mellem forældrene med henblik på at øge deres viden, redskaber og forståelse for børnenes sygdom og situation. Projektet viste gode effekter i forhold til at styrke forældrenes støtte til barnet eller den unge. Evalueringen viste, at netværksgrupperne har en positiv virkning i forhold til, at forældrene i højere grad får en forståelse for barnets/den unges vanskeligheder og derved får bedre mulighed for at støtte barnet/den unge²⁶⁵. Der var dog ikke i evalueringen fokus på konkret effekt for børnene og de unge. Der blev derfor med psykiatraftalen 2011-2014 afsat midler til at fortsætte eksisterende netværksprojekter, etablere nye netværksprojekter og samtidig igangsætte en evaluering, der har fokus på effekten for børnene og de unge, herunder en vidensopsamling af, hvordan netværkssammensætningen skal være, og hvilke temaer, der er vigtige for forældrene.

Evidensbaserede metoder

Endelig afhænger kvaliteten af indsatsen af, at indholdet så vidt muligt baserer sig på metoder med evidens for, at de har effekt for barnet eller den unges trivsel. Børn og unge, der har lettere psykiske vanskeligheder, har ikke nødvendigvis behov for psykiatrisk udredning og behandling indenfor børne- og ungdomspsykiatrien. Forskningen peger i stedet på, at gode forældrekompetencer og gode forløb i skole og dagtilbud i væsentlig grad beskytter børn og unge mod tidlig mistrivsel. Med brug af evidensbaserede metoder er det muligt at forebygge problemer og dertilhørende høje udgifter til sociale indsatser senere i livet.

På børne- og ungeområdet er der i en årrække arbejdet med udbredelsen af evidensbaserede metoder, herunder f.eks. i relation til børn og unge med ADHD. Socialstyrelsen

264 <http://www.inddrag.nu/>

265 Evaluering af netværksgrupper for forældre til psykisk syge og unge, Oxford Research, september 2012.

har således i samarbejde med danske kommuner afprøvet målrettede familieprogrammer med en høj grad af dokumentation for effekt for borgeren. De foreløbigt seks evidensbaserede programmer er Parent Management Training (PMTO), Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS), Multisystemisk Terapi (MST), Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), MultifunC og De Utrolige År (DUÅ). Tabellen nedenfor giver et kort overblik over programmernes indhold

TABEL 6

Evidensbaserede familieprogrammer.

DUÅ	De Utrolige År består af forældre- programmer, børneprogrammer og ét program til personalet i skole og børnehave. Målgruppen er børn i alderen 0-12 år, der enten er i risiko for at udvikle eller har udviklet begyndende/alvorlige adfærdsvanskeligheder. Inden for målgruppen er børn med ADHD, samt deres familier.
PMTO	Parent Management Training er et forældretræningsprogram, der sigter mod at ændre adfærdsmønstre og bryde negative samspilsformer. PMTO er målrettet forældre med børn i alderen ca. 4 – ca. 12 år, der har udadrettet problemadfærd.
MST	Multisystemisk Terapi er et behandlingstilbud til unge mellem 12 og 17 år, der er i alvorlige adfærdsproblemer, f.eks. kriminalitet, misbrug, aggressivitet eller truende adfærd. MST inddrager både den unges forældre og øvrige netværk. Forældrene hjælpes til at finde forælderrollen igen og herefter fastholde den. Forældrene har derfor en central rolle i behandlingen, som foregår i den unges eget hjem.
MTFC	Multidimensional Treatment Foster Care er udviklet for at forbedre effekten af behandling af anbragte unge med udadreagerende adfærd. MTFC indebærer en midlertidig anbringelse i en træningsfamilie, hvorefter behandlingen udfolder sig mellem et MTFC-team, træningsfamilien, den biologiske familie og den unge i centrum. MTFC er målrettet børn og unge i alderen 12-18 år med store følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder.
MultifunC	MultifunC er et behandlingstilbud for unge 14-18 årige med meget svære adfærdsvanskeligheder. Programmet indebærer et midlertidigt institutionsophold, hvor der samtidig arbejdes med familien, samt et efterværnsforløb.
PALS	Positiv Adfærd i Læring og Samspil er en udviklingsmodel, hvis hensigt er at udvikle, styrke og støtte operationaliseringen af en positiv, inkluderende og proaktiv skolekultur. PALS omfatter hele skolen, og for at opnå den ønskede effekt kræver det, at alle, der er tæt på børnene i hverdagen, deltager aktivt: lærere, pædagoger, forældre, rengøringspersonale, skolesekretær, pedel samt behandlersystem. PALS er proaktivt og forebyggende, så skolens ansatte er på forkant med, hvordan de handler over for børnene og forebygger, at bekymringer udvikler sig til alvorlige problemer.

kilde: www.socialstyrelsen.dk/born-og-unge/programmer-med-evidens-information

Der er afsat 10 millioner kroner årligt til rådgivning, opstartsstøtte og implementeringshjælp fra Socialstyrelsen til de kommuner, der ønsker at implementere ét af pt. seks udvalgte familieprogrammer. Nogle evidensbaserede familieprogrammer såsom PMTO og DUÅ har eksempelvis vist sig også at have effekt over for børn og unge med ADHD.

Halvdelen af landets kommuner har flere års erfaring med de evidensbaserede familieprogrammer DUÅ, PMTO, MST og MTFC²⁶⁶. Kommuner, der har arbejdet med familieprogrammerne, fremhæver, at familieprogrammerne²⁶⁷:

- Giver øget trivsel blandt børn, unge og deres familier.
- Giver et fælles sprog blandt forskellige faggrupper, hvilket også medfører et mere effektivt og positivt tværfagligt samarbejde.
- Giver øget tilfredshed blandt involverede medarbejdere.

Der er således gode erfaringer med evidensbaserede metoder til fremme af mental sundhed samt forebyggelse og tidlig opsporing af psykosociale vanskeligheder. Samtidig vurderes det, at der er potentiale for udbredelse af eksisterende og nye familierettede metoder specifikt målrettet familier med børn og unge med psykiske lidelser såsom angst og ADHD med henblik på en forebyggende indsats.

For at styrke indsatsen på ADHD-området præsenterede regeringen en national ADHD-handleplan i maj 2013. Handleplanen fokuserer primært på den sociale indsats over for børn, unge og voksne med ADHD og lignende vanskeligheder, som har brug for støtte til at tackle de udfordringer, de møder.

Handleplanen skal ses som et katalog af aktuelt bedste viden med en række anbefalinger til kommunerne om organisering af indsatsen, arbejdet med målgruppen, konkrete metoder og implementeringen af disse. Handleplanen fokuserer på vigtigheden af tidlige og målrettede indsatser, der kan mindske risikoen for sociale problemer og give både de berørte børn, unge, voksne og samfundet som helhed sociale og økonomiske gevinster.

Udvalgets forslag

Med henblik på at understøtte kvalitet i den tidlige og forebyggende indsats for børn og unge og et helhedsorienteret fokus på den enkeltes, og dennes families, samlede problemstillinger, forslår udvalget, at:

- **Der udvikles og udbredes evidensbaserede metoder målrettet familier med børn og unge med psykiske vanskeligheder, f.eks. metoder målrettet familier med børn med angst eller ADHD.** Det anbefales, at der i den sociale indsats udvikles og udbredes nye familierettede metoder specifikt målrettet familier med børn og unge med psykiske vanskeligheder eller lidelser, f.eks. metoder målrettet familier med børn og unge med angst eller ADHD.

Andre eksisterende metoder til opsporing og forebyggelse af mistrivsel hos udsatte børn og unge er beskrevet i kapitel 6 om forebyggelse og tidlig indsats.

Den sociale indsats for voksne

Kapacitetsanalysen på det sociale voksenområde peger på, at der endnu er et udnyttet potentiale i øget inddragelse af borgerens ressourcer og personlige mål i indsatsen²⁶⁸. Derudover ser kommunerne store muligheder i at sikre en større fleksibilitet i tilbudsviften, så tilbuddene i højere grad er tilpasset borgerens aktuelle behov. Dette vil samtidig understøtte en udvikling mod mindre indgribende indsatser. Det fremgår

266 På Socialstyrelsens hjemmeside <http://www.socialstyrelsen.dk/born-og-unge/programmer-med-evidens> information om findes information om de evidensbaserede programmer.

267 www.socialstyrelsen.dk/born-og-unge/programmer-med-evidens information

268 Kapacitetsanalysen på Socialområdet, Rambøll, 2013.

endvidere af kapacitetsanalysen, at der efterspørges større fokus på virkningsfulde indsatser og borgernes udviklingsperspektiver.

Det er samlet set vigtigt for effekten af indsatserne, at de sociale indsatser på voksenområdet tager udgangspunkt i:

- En fortsat udvikling fra et omsorgsparadigme til et recoveryparadigme med høj grad af brugerinvolvering og samskabelse.²⁶⁹
- En udvikling mod mere fleksible og mindre indgribende indsatser i takt med, at borgerens situation forbedres.
- Større viden om, hvad der virker, og øget brug af metoder med dokumenteret effekt.
- Forsat fokus på udvikling af virksomme løsninger til borgere med de mest komplekse/sammensatte problemstillinger.

Fra omsorgsparadigme til recoveryparadigme

Recovery-fokus i indsatsen stiller et øget krav om samarbejde med borgeren, hvor borgeren tildeles en mere betydende rolle i definitionen af indsatsens mål. Dette er en skærpet udfordring i samarbejdet med de mest udsatte grupper – både for personalet og for borgeren selv. Der er derfor behov for udbredelse og udvikling af metoder og tilgange, som kan understøtte samarbejde med mennesker med komplekse problemstillinger, misbrug, længerevarende forløb mm. Herunder er der brug for fokus på, hvordan borgernes nære netværk kan inddrages i samarbejdet i den udstrækning, borgerne selv ønsker det.

Både i længerevarende og midlertidige botilbud sættes der i stigende grad fokus på at arbejde recovery-understøttende, og på at såvel botilbuddet som de enkelte beboere indgår i tættere interaktion med nærmiljøet. Der er altså generelt en tendens til, at flere aktiviteter flyttes fra botilbuddets rammer ud i ordinære rammer i lokalsamfundet som led i en samlet kommunal strategi for udvikling af området.

SFI har foretaget en analyse af bostøtten, offentliggjort i 2012²⁷⁰. Rapporten viser bl.a., at nogle kommuner bruger socialpædagogisk støtte (efter § 85 i lov om social service) udviklingsorienteret, mens andre kommuner har mere fokus på en omsorgsorienteret tilgang. Der peges på et behov for øget fokus på at støtte borgeren i at styrke relation til netværk og omgivelser. § 85-støtten ydes både individuelt og – i stigende grad – gruppebaseret.

Forskning viser desuden, at brugerorganiseret støtte (peer-to-peer support) kan bidrage til at bane vejen for deltagelse i det bredere samfundsliv²⁷¹. Der henvises til kapitel 10 om borger- og pårørendeinddragelse for nærmere uddybning. Endelig kan metoder, der aktivt understøtter inklusion på arbejdsmarkedet, i uddannelse og i fritidslivet være relevant – også for beboere på botilbud. Her er IPS et eksempel på en metode med dokumenteret effekt i forhold til inklusion af mennesker med selv alvorlige psykiatriske diagnoser på arbejdsmarked og i uddannelser, jf. afsnit om kvalitet i beskæftigelsesindsatsen.

269 Frivilligrådet bruger "samskabelse" om den situation, hvor det offentlige, erhvervslivet og civilsamfundet sammen skaber velfærd.

270 Bengtsson S, Røgeskov M. 2012. *Et Liv i egen bolig – Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser.*

271 Seebom P, Gilchrist A. 2008. *Connect and Include. An exploratory study of community development and mental health. National Inclusion Program.*

Udvikling mod mindre indgribende og mere fleksible indsatser

Der har gennem en årrække været fokus på at skabe mulighed for, at borgere i mere indgribende tilbud, som f.eks. botilbud, kan bevæge sig mod mindre indgribende tilbud gennem recoveryunderstøttende indsatser. Dette er i tråd med rehabiliteringsperspektivet, og der bør sættes yderligere fokus på at bidrage til denne udvikling for at understøtte borgerens recovery-proces. Målet er at øge borgerens egenmestring, livskvalitet og deltagelsesmuligheder i samfundet. Og målet er, at færre skal bo i varige tilbud, da mange kan klare sig med og har større gavn af en anden, mindre omfattende støtte.

Som beskrevet i kapitel 3, har udviklingen båret præg af et faldende antal pladser på længerevarende botilbud og en stigning i antallet af midlertidige botilbud og bofællesskaber. Der tegnes et billede af, at døgntilbud er erstattet både af selvstændige boenheder og af socialpædagogisk støtte i eget hjem.

Denne udvikling gør det nødvendigt med bedre viden om, hvordan botilbuds- og bostøtteområdet i højere grad kan gøre brug af en rehabiliterende og recoveryorienteret tilgang i arbejdet med de mennesker, som udover sin psykiske lidelse ofte har et liv præget af f.eks. misbrug og omfattende sociale problemer. Målet er at skabe mulighed for mere fleksible tilbud og dermed understøtte en bevægelse mod mindre indgribende tilbud i takt med borgerens udvikling og ønsker. I mange kommuner er det en udfordring at finde boliger til en husleje, som borgerne kan finansiere, og der er således en række udfordringer i at sikre de nødvendige fleksible tilbud til borgerne.

I snitfladen mellem den sociale, psykosociale og sundhedsfaglige indsats kan der opstå situationer, hvor mennesker med psykiske vanskeligheder, der er for dårlige til at opholde sig i eget hjem men samtidig enten ikke er dårlige nok til at blive indlagt eller ikke ønsker indlæggelse, kommer "i klemme" og mangler et tilbud.

Af evalueringen af forsøg med døgnåbne akuttillbud, en indsats der er nærmere beskrevet i kapitel 3, fremgår det, at akuttilluddet skaber en tryghed, og betyder, at man kan tilbyde den enkelte borger et mindre indgribende tilbud med større fleksibilitet, mere frihed og større selvstændighed og livsglæde til følge. Evalueringen af forsøg med akuttillbud i otte kommuner viser, at tilbud om akut social hjælp til mennesker med sindslidelse giver bedre livskvalitet²⁷². Der kan således være grundlag for, at andre kommuner også gør sig erfaringer med akuttillbud, og mange kommuner har allerede udviklingstiltag på vej i forhold til tilrettelæggelse af tilgængelige, døgndækkende indsatser. Der er behov for at beskrive og evt. yderligere styrke metoderne i den akutte, sociale indsats og beskrive, hvordan der kan etableres et tæt samarbejde med almen praksis og den regionale psykiatri, så samarbejde med relevante behandlingskompetencer kan skabe sikre omkostningseffektive indsatser til forskellige målgrupper.

Viden om, hvad der virker, og brug af evidensbaserede metoder

I den kommunale, sociale indsats findes der evidensbaserede metoder, men udbredelsen af disse er varierende. Kapacitetsanalysen på det sociale område viser i forlængelse heraf, at ca. halvdelen af kommunerne arbejder systematisk med en recoverybaseret tilgang, men at der i flere kommuner ikke er tale om en ensartet vidensdokumenteret metode²⁷³. Dette skyldes bl.a. at der mangler dansk evidensbaseret viden på området.

Kommunerne har i kraft af deres myndighedsfunktion via visitering, kontraktindgåelse, tilsyn og opfølgning en vigtig funktion i forhold til at understøtte den faglige og omkost-

272 Socialstyrelsen. 2013. *Evaluering af akuttillbud til mennesker med psykiske vanskeligheder*.

273 Kapacitetsanalysen på Socialområdet, Rambøll, 2013).

ningseffektive udvikling i tilbud og indsatser til borgeren. Det er derfor hensigtsmæssigt, at kommunerne i højere grad, som led i deres aftaler med eksterne leverandører og egne tilbud, kræver anvendelse af evidensbaserede, omkostningseffektive metoder, i det omfang disse findes.

I takt med, at dokumentationen og vidensgrundlaget på området udbygges, vil det være relevant og muligt at give kommunerne adgang til et mere struktureret overblik over eksisterende viden om effektfulde metoder i indsatsen for mennesker med psykiske vanskeligheder. Det kan f.eks. være i form af faglige anbefalinger fra Socialstyrelsen og KL om anvendelse af bestemte metoder med dokumenteret effekt og omkostnings-effektivitet. Det kan give kommunerne et styrket grundlag for tilrettelæggelsen og udviklingen i tilbud og indsatser for borgeren og dermed for styring af området.

Udvalgets forslag

Med henblik på at understøtte kvaliteten i den sociale indsats, og dermed mindst mulig indgribende indsatser, og øget brug af dokumenterede metoder, foreslår udvalget følgende:

- **Udvikling af evidensbaserede metoder i den sociale indsats på botilbud og bostøtte med et rehabiliterende sigte.** Udvalget anbefaler, at der i den social- og sundhedsfaglige indsats på botilbud og i bostøtten arbejdes videre med udvikling, afprøvning og erfaringsopsamling af metoder, der understøtter borgerens recovery-proces og hermed bevægelse mod mindre indgribende tilbud og aktiv deltagelse i samfundslivet i takt med, at borgeren får taget hånd om sine udfordringer. Der arbejdes videre med en omstilling til recoveryorienteret rehabilitering.
- **Kommuner udbreder sociale akuttilbud til mennesker med psykiske vanskeligheder som koordineres med den regionale indsats.** Udvalget anbefaler, at erfaringer, for så vidt angår kommunale akuttilbud til borgere med psykiske vanskeligheder, samles og videreformidles med henblik på, at virkningsfulde modeller udbredes til hele landet. Formålet er, at alle kommuner selv, eller i samarbejde med andre kommuner, etablerer akuttilbud med overnatningsmuligheder. Etableringen skal koordineres med de regionale akuttilbud, f.eks. via sundhedskoordinationsudvalget, jf. anbefaling i kapitel 13 om en sammenhængende kapacitetsplanlægning.
- **Der fastsættes nationale rehabiliteringsmål/målsætninger for den socialfaglige indsats for mennesker med en psykisk lidelse.** Udvalget anbefaler, at der opstilles nationale rehabiliteringsmål som et fælles pejlemærke i forhold til en prioritering og organisering af indsatsen med fokus på anvendelse af mindst muligt indgribende indsatser samt en mere konsistent brug af evidensbaserede og omkostningseffektive metoder mv. Derudover kan målsætningerne understøtte en løbende monitorering af effekten på socialområdet med fokus på at få mest mulig effekt for pengene. Arbejdet med målene kan f.eks. forankres i det eksisterende partnerskab på socialområdet mellem KL og Social-, Børne- og Integrationsministeriet.
- **Der udarbejdes faglige anbefalinger for den sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser.** For at understøtte kommunernes opfyldelse af nationale rehabiliteringsmål vil det i takt med, at dokumentationen og vidensgrundlaget på socialområdet udbygges, være relevant og muligt at give kommunerne adgang til et mere struktureret overblik over eksisterende viden om virksomme metoder i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Der udarbejdes anbefalinger om anvendelse af bestemte metoder med dokumenteret effekt og omkostningseffektivitet. Det kan give kommunerne et styrket grundlag for styring og prioritering i udviklingen af tilbud og indsatser

for borgeren. Anbefalingerne udarbejdes af Socialstyrelsen i samarbejde med KL og med inddragelse af relevante parter, herunder Danske Regioner med henblik på at medtage erfaringer fra regionale, sociale tilbud.

- **Der foretages evaluering og opsamling af erfaringer fra igangsatte projekter på socialområdet vedrørende effekt og omkostningseffektive løsninger til brug for kommunernes prioritering.** Udvalget anbefaler, at der inden for 2-3 år sker en samlet evaluering og opsamling af erfaringer med de igangsatte udviklingsprojekter samt undersøgelse af effekten af forsøg med tidsbegrænsede indsatser. Der er løbende afsat midler via satspuljen til udviklingsprojekter, der har fokus på udvikling af høj faglig kvalitet via metodeudviklingsprojekter samt fokus på at skabe bedre sammenhæng via samarbejdsprojekter. Evalueringen skal så vidt muligt samle erfaringer med effekt og omkostningseffektive løsninger til brug for kommunernes prioritering. En samlet evaluering vil kunne styrke den sociale, kommunale indsats over for mennesker med psykiske lidelser

8.4

Kvalitet i den sundhedsfaglige indsats

Pejlemærker for kvaliteten i den sundhedsfaglige indsats for mennesker med psykiske lidelser:

- Kvaliteten i indsatsen er ensartet og høj, uanset, hvor i landet den tilbydes, og der sikres sammenhæng i den samlede indsats på tværs af regioner og kommuner.
- Indsatsen tager afsæt i anvendelse af et bredt behandlingsperspektiv, som supplerer medicin med såvel psykoterapeutiske som psykosociale tilbud, der tager udgangspunkt i en recovery-orienteret tilgang.
- Udredning og behandling af høj kvalitet sikres ved brug af evidensbaserede indsatser og personale, der besidder de relevante kompetencemæssige forudsætninger for håndtering af bl.a. medicinering og udadreagerende adfærd.

Målet med indsatsen på sundhedsområdet er at gøre mennesker med psykiske lidelser så raske og velfungerende som muligt. For at opnå dette skal der være let tilgængelig, tilstrækkelig og effektiv udredning, behandling, rehabilitering og opfølgning. Indsatserne skal være af høj kvalitet og udføres med højest mulig inddragelse og respekt for det enkelte menneskes autonomi og selvbestemmelse. Indsatsen skal desuden ske med inddragelsen af familie og netværk, hvis borgeren ønsker det, og med afsæt i den enkeltes ønsker og behov.

Mennesker med psykiske lidelser skal behandles med samme høje faglige standard som mennesker med somatiske sygdomme. Det er vigtigt, at indsatsen sker i sammenhæng med den somatiske indsats og med indsatsen i andre sektorer.

Kvalitetsarbejdet på sundhedsområdet

Som berørt både i kapitel 3 om indsatsen og kapitel 7 om sammenhæng, modtager mennesker med psykiske vanskeligheder og psykiske lidelser ofte en kombination af tværfaglige tilbud. I den regionale psykiatri går udviklingen, som i det øvrige sundhedsvæsen, mod mere specialisering, og stadig flere tilbud målrettes særlige patientgrupper. Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning har understøttet denne udvikling, idet styrelsens specialevejledninger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri fastsætter placering af og krav til en række specialfunktioner i de to specialer. Formålet med specialeplanlægningen er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen bl.a. med sikring af faglig bæredygtighed, helhed i patientforløbene og den bedste udnyttelse af ressourcerne. Den øgede specialisering stiller større krav til koordination og samarbejde om patientforløbene.

Samtidig med, at behovet for specialisering tilgodeses, er det afgørende, at den brede, almene psykiatriske indsats rettet mod forskellige mennesker med mindre komplekse lidelser og behov ikke taber opmærksomhed og prestige. Der er således behov for en bred vifte af behandlingstilbud til mennesker med psykiske lidelser uanset, hvor behandlingen finder sted.

Det følger af sundhedsloven, at regioner og kommuner skal sikre kvalitet i ydelser efter loven. På sundhedsområdet har man således igennem en lang årrække arbejdet med kvalitetsudvikling og -sikring.

Det er afgørende, at der følges op på det kvalitetsudviklingsarbejde, der har fundet sted på sundhedsområdet, og at viden herfra anvendes til at forbedre både den faglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet.

Det er vigtigt, at det gode arbejde, der er sat i gang med at forbedre kvaliteten fortsættes. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser bør derfor fortsat have fokus på:

- At befolkningen i videst muligt omfang sikres den samme høje kvalitet i tilbuddene.
- At der arbejdes målrettet med at sikre evidensbaseret udredning og behandling af høj kvalitet.
- At patienten inddrages i eget forløb.

Den samme høje kvalitet til alle, på rette tid og sted

Med "Den Danske Kvalitetsmodel" er der indført rammer og procedurer, der skal sikre en løbende udvikling af kvaliteten i indsatsen med fokus på bedre og mere sammenhængende patientforløb og forebyggelse af fejl og utilsigtede hændelser.

Kliniske kvalitetsdatabaser er afgørende for at kunne følge kvaliteten af de forskellige indsætter. Udover registreringer i Landspatientregistret og i registret for anvendelse af tvang i psykiatrien har regionerne en række kliniske kvalitetsdatabaser, som er relevante i forhold til det psykiatriske område. Det drejer sig om ADHD databasen for børn og unge, Dansk Depressionsdatabase og Den nationale Skizofrenidatabase, mens det på praksisområdet drejer sig om Dansk Almenmedicinsk Database.

Herudover vægtes patienters og pårørendes oplevelser af undersøgelse og behandling via landsdækkende undersøgelser af patient- og pårørendeoplevelser (LUP-psykiatri).

Kortlægningen af den sundhedsfaglige indsats for personer med psykiske vanskeligheder og psykiske lidelser, bl.a. omtalt i kapitel 3, viste, at der er store forskelle indenfor

diagnosticering og behandling på tværs af landet. Som beskrevet, skyldes forskellene formentlig ikke kun forskelle i befolkningens sammensætning og sygdomsmønster, men også forskellig diagnostisk tradition.

En måde at imødegå forskelle i behandlingspraksis er udvikling og implementering af kliniske retningslinjer. Der er aktuelt udviklet evidensbaserede, kliniske retningslinjer indenfor nogle områder med henblik på at løfte kvaliteten af den konkrete behandling, men der mangler fortsat at blive udviklet retningslinjer på flere områder. Hertil kommer, at retningslinjerne i et vist omfang mangler et tværfagligt fokus. Praksis omkring udredning og behandling risikerer dermed at blive uensartet, fordi valg af metoder afhænger af de enkelte behandlingssteders præferencer, vaner og kulturer, samt af i hvor høj grad behandlerne er opdaterede og har implementeret ny viden, herunder om samarbejde med andre fagligheder.

Med finansloven for 2012 er der afsat 20 mio. kr. årligt i perioden 2012-2015 til at udarbejde nationale kliniske retningslinjer. Sekretariatet for udarbejdelsen af retningslinjerne varetages af Sundhedsstyrelsen. Der er nedsat en styregruppe for arbejdet med deltagelse af KL, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, der har til opgave at udvælge områder, hvor der skal udarbejdes nationale kliniske retningslinjer.

Regeringen og Danske Regioner har i aftalen om regionernes økonomi for 2014 aftalt, at der skal sættes fokus på det psykiatriske område, når der skal træffes beslutning om udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Der udarbejdes på nuværende tidspunkt en retningslinje for diagnostik og behandling af børn med ADHD. I 2014 vil der blive udarbejdet en klinisk retningslinje for voksne med ADHD. Endvidere er udarbejdelse af en national klinisk retningslinje for medicinsk behandling af bipolar lidelse igangsat. Dertil udarbejder faglige selskaber og regioner egne kliniske retningslinjer. F.eks. har Dansk Selskab for Almen Medicin udarbejdet kliniske vejledninger om diagnostik og behandling af depression i almen praksis, og senest har regionerne udarbejdet en retningslinje for angstlidelser.

Regionerne har iværksat et større landsdækkende, tværregionalt arbejde med udarbejdelse og implementering af pakkeforløb. Med henblik på at sikre en mere ensartet udredning og behandling af høj kvalitet er man i gang med at indføre pakkeforløb for udredning og behandling af mennesker med psykiske lidelser. Pakkeforløbene er inspireret af erfaringerne fra behandlingen af kræft- og hjertesygdomme. Regionerne har indtil videre udarbejdet og implementeret ti pakkeforløb for ikke-psykotiske diagnoser på det voksenpsykiatriske område. På det børne- og ungdomspsykiatriske område er der godkendt og implementeret tre udredningspakker, der skal sikre en ensartet ramme for udredningsforløbene samt bedre mulighed for planlægning af de enkelte forløb. Udredningspakkernes formål er diagnostisk afklaring samt stillingtagen til og en eventuel anbefaling om behandling eller andre tiltag.

I forlængelse af udredningspakkerne er behandlingspakker for diagnoserne ADHD, depression, anoreksi, autisme og OCD under udarbejdelse. Behandlingspakkerne forventes implementeret inden udgangen af 2013.

I tilknytning til udrednings- og behandlingspakkerne i både voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien etableres et monitoreringssystem. Monitoreringen sker via registreringer i Landspatientregistret. Med monitoreringen sikres indblik i implementeringen af pakkeforløbene, samt indblik i om patienterne får de ydelser, som er defineret i pakkerne. Monitoreringen giver med andre ord viden om, hvorvidt den ønskede kvalitet i udredning og behandling rent faktisk leveres.

Organisering af indsatsen og graduerede indsatser

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser har ændret sig i de sidste 10 år. En stadig større andel af patienter med psykiske problemstillinger behandles ambulantly. Omkring ¾ af aktiviteten er ambulantly, og gennem årene er en stadig større del af indsatsen blevet omlagt fra stationære til ambulante tilbud.

Kortlægningen viser, at antallet af unikke patienter, der indlægges, er faldet fra 2001 til 2007, men at det herefter stiger igen²⁷⁴. Antallet af patienter, der ses ambulantly, har været stigende med 33 pct. fra 2001-2011.

At der ses en variation i diagnosticering og behandling af patienter med psykiske lidelser regionerne imellem kan, udover varierende sygelighed i befolkningen og forskelle i diagnostisk praksis, være udtryk for forskelle i organiseringen mellem praksissektor og den regionale psykiatri, og mellem voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien på tværs af landet.

Kortlægningen viser, at regionerne har organiseret sig meget forskelligt. Nogle regioner opererer med en del lukkede afdelinger/afsnit, hvor andre regioner har åbne afdelinger/afsnit, der kan lukkes, hvis der er behov herfor. Nogle stationære tilbud inden for voksenpsykiatrien er målrettet specifikke patientgrupper, mens andre ikke er.

De ambulante tilbud i psykiatrien har ligeledes udviklet sig over en årrække. Således er der i dag en kombination af forskellige ambulante tilbud på tværs af regionerne. Også terminologien for de ambulante tilbud er uensartet på tværs af regionerne. Eksempelvis anvendes begrebet 'distriktspsykiatri' nogle steder, og andre steder bruges begrebet 'ambulant behandling'.

Herudover viser kortlægningen, at den ambulante behandling er organiseret forskelligt i de enkelte regioner, både på tværs af regionerne og indenfor den enkelte region. Disse forskelle i organisering kan være velbegrundede ud fra f.eks. et geografisk hensyn, målgruppe mv. Det gør det imidlertid vanskeligt at få overblik over behandlingstilbudene, hvilke målgrupper, der dækkes, samt hvor der evt. mangler tilbud. Fordelingen mellem distriktspsykiatri/lokalpsykiatri og andre ambulante tilbud er forskellig mellem regionerne. I nogle regioner findes der en stor lokal-/distriktspsykiatri, og i andre regioner er alt organiseret som ambulantly behandling. Der findes mange ambulante tilbud, der er målrettet specifikke målgrupper, eksempelvis spiseforstyrrelser, angst og personlighedsforstyrrelser og desuden ambulante tilbud med en særlig organisationsform, eksempelvis daghospital med udgående funktion eller psykoterapeutiske afsnit.

Endvidere har afgrænsningen, i forhold til hvornår børn og unge overgår til voksenpsykiatrien, over årene varieret mellem regionerne. Aldersafgrænsningen er nu i de fleste regioner fra 0-17 år, men i Region Syddanmark er aldersafgrænsningen 0-19 år. Dette kan have betydning for forskelle i antal patienter i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.

Organiseringen af børne- og ungdomspsykiatrien er udfordret af et stigende antal børn og unge med behov for behandling samt et stadigt voksende antal henvisninger.

Sundhedsstyrelsen har igennem en lang årrække overvåget udviklingen på det børne- og ungdomspsykiatriske område, bl.a. på baggrund af kapacitetsproblemer og ventetider, og har i den forbindelse vurderet, at det må forventes, at ca. 2 pct. af en børneårgang kan have behov for et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet. Ifølge Danske Regioners Benchmarkingrapport fra 2011 var 1,9 pct. af en børnepopula-

274 Kortlægning i udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder, arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget.

tion i behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Ifølge en analyse af kapaciteten i psykiatrien var 1,8 pct. af en børnepopulation i behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, dog var der mellem regionerne stor variation – fra 0,9 pct. til 2,7 pct. af en børnepopulation²⁷⁵.

Også i praksissektoren er der forskel på hvilken indsats, der ydes. Således er ikke alle praktiserende læger uddannede i samtaleterapi. Det betyder, at det ikke er alle borgere, der kan tilbydes samtaleterapi hos egen læge. Praktiserende speciallæger i psykiatri ser forskellige målgrupper, og der mangler solide opgørelser af, hvilke patienter, der ses i speciallægepraksis. Herudover har mange praktiserende speciallæger i psykiatri lang ventetid – hos 31 pct. er ventetiden 26 uger eller længere²⁷⁶.

En mere ensartet og gennemskuelig organisering af den regionale psykiatri vil gøre det lettere at sikre det rette tilbud på rette tid og sted. Samtidig er det væsentligt, at der er en bred vifte af differentierede tilbud med henblik på at kunne afhjælpe de mange forskellige problemstillinger og behov, som mennesker med psykiske lidelser kan have. Differentierede tilbud vil også muliggøre behandling på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau.

Nogle mennesker vil kunne hjælpes ved en tidlig indsats, og dermed undgå at udvikle en egentlig psykisk lidelse, andre vil have behov for en mere omfattende indsats fra praktiserende læge, praktiserende psykolog eller praktiserende speciallæge i psykiatri/ børne- og ungdomspsykiatri. En væsentlig gruppe vil have behov for indsats i det regionale sundhedsvæsen og samtidig indsats i kommunen.

Indsatsen skal således omfatte alle faser af et forløb fra tidlig intervention over den akutte sygdomsbehandling til langvarig behandling og rehabilitering. Tilbuddene skal være mindst muligt indgribende og tage hensyn til patientens integritet, selvbestemmelse og skiftende behov for støtte.

Det er endvidere vigtigt, at der i organiseringen af psykiatrien er fokus på at sikre den rette specialiserede indsats til mennesker med psykiske lidelser, der er i en særlig skrøbelig fase, eksempelvis i den akutte fase eller i perioden efter indlæggelse. Fra England og Norge har man gode erfaringer med en model med ambulante akutteam (AAT), der kan tilbyde akut behandling i hjemmet i alle døgnets timer. De foreløbige erfaringer fra Norge viser, at AAT giver øget kvalitet i akut tjenesten, færre indlæggelser og større patienttilfredshed. Fordelene ved akut hjemmebehandling er større tryghed, og at patienten opleves i sin rette sammenhæng, hvilket giver en bedre vurdering af patientens problemer, ressourcer samt mestringsstrategier- og muligheder. I Norge er det planen at indføre en model med Akutte Ambulante Team (AAT) i hele landet fra 2013²⁷⁷.

Modellen med akutte interventionsteams har været kendt internationalt i en lang årrække, og der findes velunderbyggede studier, der dokumenterer effekten på parametre såsom forbrug af service- og sundhedsydelse, brugertilfredshed, social funktionsevne og bedring af sygdomsparametre²⁷⁸.

I Region Hovedstaden er der etableret en psykiatrisk udrykningstjeneste, som er et supplement til de psykiatriske skadestuer, når der er brug for akut psykiatrisk hjælp

275 Danske Regioner. 2011. *Benchmarkingsrapport*.

276 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder*.

277 Akerhus Universitetssykehus. *Anbefalinger for ambulante akutteam i psykiatrisk helsevern for voksne i Norge*.

278 Acute Network, Akerhus Universitet. 2012. *Recommendations for ambulant acute teams in mental healthcare for adults*.

i hjemmet eller på botilbud. Årsagen til udrykning fra teamet er i 40 pct. af tilfældene medicinsvigt. Teamet havde i 2011 650 kontakter, hvoraf ca. 100 var ukendte i det psykiatriske behandlingssystem.

Psykiatrisk Center Frederiksberg har afprøvet modellen med akutteam, hvilket har givet øget patienttilfredshed, og patienterne har oplevet sig mere trygge ved udskrivelsen, da de kunne få støtte fra et akutteam ved behov. Efterfølgende er modellen udvidet til også at være et alternativ til indlæggelse.

Der er endvidere fundet evidens for, at opsøgende team-modellen (ACT²⁷⁹) er effektiv bl.a. i forhold til nedbringelse af genindlæggelser, øget patienttilfredshed og fastholdelse i behandling. Der er i dag målrettede tilbud til nogle grupper af patienter, eksempelvis tidlig indsats (OPUS) til unge med en førstegangsspsykose inden for det skizofrene spektrum. Der er evidens for, at denne indsats har en god effekt, og det er således vigtigt, at sådanne tilbud sikres i tilstrækkeligt omfang. Endvidere har en intensiv, opsøgende indsats for mennesker med bipolar sindslidelse vist sig effektiv i forhold til, at yderligere depressioner og manier forebygges.

Det er væsentligt, at nye målrettede indsatser afprøves og evalueres, og at disse implementeres nationalt, hvis der findes evidens for deres effekt.

Udvalgets forslag

For at sikre en høj kvalitet i behandlingen for mennesker med psykiske lidelser i hele landet foreslår udvalget følgende:

- **Der udarbejdes nationale og landsdækkende kliniske retningslinjer for udvalgte sygdomme på psykiatriområdet.** F.eks. for samtidig psykiatrisk lidelse og misbrug, spiseforstyrrelser mv. Landsdækkende kliniske retningslinjer kan udarbejdes i regi af de faglige selskaber (Dansk Psykiatrisk Selskab og Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab, Dansk selskab for Almen Medicin m.fl.). Retningslinjerne kan endvidere udarbejdes af Sundhedsstyrelsen i regi af de nationale kliniske retningslinjer som aftalt i økonomiaftalen med regionerne for 2014. De nationale kliniske retningslinjer skal som udgangspunkt være tværfaglige og tværsektorielle og udarbejdes i samarbejde med relevante faglige selskaber og parter f.eks. Socialstyrelsen, KL og Danske Regioner.
- **Der udarbejdes en fælles national beskrivelse af den regionale psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri.** Det anbefales, at der udvikles en national beskrivelse af den regionale psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri, hvor både betegnelser, enhedstyper og tilbud beskrives ensartet. Modellen udarbejdes af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med regionerne og andre relevante parter, herunder KL.
- **Fortsat udbredelse af opsøgende og udgående teams i den regionale psykiatri²⁸⁰.** Udvalget anbefaler, at regionerne fortsætter udviklingen med at udbrede brug af opsøgende og udgående teams, herunder OPUS, der kan sikre tidlig og mindst mulig indgribende indsats. Dette kan med fordel ske i samarbejde med kommunerne med henblik på at sikre en helhedsorienteret indsats.
- **Afprøvning og udbredelse af AAT-teams i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser i akut behov for behandling og/eller udredning.** Udvalget anbefaler, at ambulante akutteams udbredes for patienter i en særlig skrøbelig fase, eksempelvis

279 Assertive Community Treatment.

280 Forslaget skal ses i sammenhæng med forslaget i kapitel 7 om, at der sker en mere integreret indsats mellem regioner og kommuner, f.eks. i de opsøgende og udgående teams.

i den akutte situation eller i perioden efter indlæggelse. Initiativet skal koordineres med kommunernes sociale, akutte indsats og evalueres. Koordineringen kan ske i sundhedskoordinationsudvalget, jf. anbefaling i kapitel 13 om en sammenhængende kapacitetsplanlægning.

Et bredt behandlingsperspektiv

De fleste regioner har forskellige behandlingstilbud, men det er indtrykket, at omfanget er varierende både mellem afdelinger, mellem ambulante tilbud og på tværs af regionerne. Samtidig er data på området behæftet med usikkerhed, da registreringspraksis varierer²⁸¹.

Der har gennem en årrække været en tendens til, at psykiatrisk behandling har bestået af enten psykoterapi eller psykofarmakologi. Der er med indførelsen af pakkeforløb øget fokus på psykoterapi og medicin som kombinationsbehandling.

Der er behov for, at behandlingsbegrebet udvides både i forhold til den enkelte patient, men også i forhold til den indsats, der generelt ydes. Det kan i den forbindelse fremhæves, at kvaliteten i indsatsen øges, hvis mennesker med psykiske lidelser sikres en flerstrengt behandling, som er andet og mere end medicinering^{282,283}. Den regionale psykiatri skal råde over og benytte sig af eksisterende evidensbaserede, psykoterapeutiske og psykosociale tilbud, der tager udgangspunkt i en recoveryorienteret tilgang, herunder tilbud som kognitiv adfærdsterapi, social færdighedstræning, familieintervention, den motiverende samtale, psykoedukation og netværksopbygning. Derudover bør der anvendes en dialog- og netværksbaseret tilgang, f.eks. brug af Åben Dialog. Andre behandlingsmetoder, hvor der er dokumentation, men endnu ikke stærk evidens, kan også overvejes anvendt, f.eks. musikterapi.

Samtidigt er det vigtigt, at behandlingsmiljøet også rummer mulighed for aktivitet, herunder fysisk aktivitet og rekreativ beskæftigelse samt sund kost og andre almene sundhedsfremmende og forebyggende tilbud bl.a. med henblik på generel forbedring af patienternes trivsel og somatiske helbred. I Det nationale implementeringsprojekt om fysisk aktivitet i behandlingspsykiatrien peger 68 pct. af respondenterne på, at fysisk aktivitet har bidraget til forbedring af patienternes psykiske tilstand, og 65 pct. på, at den fysiske aktivitet har ført til reduktion i afdelingernes medicinforbrug²⁸⁴. Evalueringen viser desuden, at fysisk aktivitet kan integreres i behandlingsmiljøet.

Der er ligeledes brug for øget borger- og pårørendeinddragelse mv., og at borgeren kan være sammen med besøgende, som også skal opleve, at de er velkomne.

I forhold til indsatsen for mennesker med ikke-psykotiske lidelser i praksissektoren er der ligeledes behov for en flerstrengt behandlingssindsats, hvor medicin ikke står alene. Almen praksis har mulighed for at yde samtalerapi. Mange kommuner tilbyder herudover psykoedukation i form af "lær at leve med"-programmer f.eks. målrettet angst og depression. Derudover kan patienter med let til moderat depression eller angst henvises til behandling ved privatpraktiserende psykolog med tilskud. En evaluering af psykologordningen viser god effekt af behandlingen af let til moderat depression²⁸⁵.

281 Der pågår pt. et arbejde i regionerne med at ensarte registreringspraksis.

282 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder*.

283 Værdier og mål i psykiatrien – En regional vinkel, Danske Regioner, 2013.

284 Sundhedsstyrelsen. 2009. *Fysisk aktivitet i psykiatrien – erfaringer fra et landsdækkende implementeringsprojekt*.

285 Fjølsted, Christensen: Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression, Forskningsenheden for Almen Praksis, 2011.

Der er således brug for, at både kommuner og regioner arbejder på at sammensætte en bred behandlingsindsats i kommunen, praksissektoren og den regionale psykiatri, ligesom der bør gøres brug af de aktiviteter, der foregår via patient- og pårørende-foreninger.

Udvalgets forslag

For at understøtte høj kvalitet i behandlingen af mennesker med psykiske lidelser, med et rehabiliterende sigte, og hvor medicinsk behandling ikke står alene, foreslår udvalget følgende:

- **Den regionale psykiatri opfordres til at prioritere differentierede behandlingsmuligheder og en flerstrengt behandling.** Den regionale psykiatri prioriterer en flerstrengt behandlingsstrategi, hvor der anvendes eksisterende, evidensbaserede psykoterapeutiske og psykosociale tilbud, der tager udgangspunkt i en recovery-orienteret tilgang, herunder tiltag som kognitiv adfærdsterapi, social færdighedstræning, familieintervention, den motiverende samtale, psykoedukation og fysisk aktivitet. Der anvendes en dialog- og netværksbaseret tilgang f.eks. brug af Åben Dialog. I tilrettelæggelsen af indsatserne skal der sikres sammenhæng med de kommunale indsatser.
- **Ordningen med tilskud til psykologhjælp i praksissektoren gennemgås med henblik på en faglig vurdering af relevante målgrupper, kriterier for henvisning og tidsbegrænsning.** Den faglige vurdering skal basere sig på evidensbaseret viden og tage hensyn til henholdsvis ordningens økonomiske rammer og sammenhængen til øvrige behandlingstilbud.

Kompetent og sikker brug af medicin

Mange mennesker med psykisk lidelse oplever en næsten symptomfri tilværelse på baggrund af en kombination af medicinsk behandling, samtalerapi, psykoedukation, adfærdsmæssige og miljømæssige tiltag samt aktiv inddragelse af pårørende.

Der er dog en mindre andel af patienter, som er vanskelige at behandle, og som eksempelvis har brug for medicin i højere doser end vanligt, eller brug for flere forskellige typer medicin samtidig. Nogle patienter vil have behov for kombinationsbehandling med flere psykofarmaka, samtidig med medicinsk behandling af komplicerede somatiske sygdomme (f.eks. epilepsi eller patienter i dialyse), ligesom der kan være patienter med kompliceret misbrug.

Kortlægningsfasen har vist, at der er variation i regionernes forbrug af psykofarmaka. Behandling med flere antipsykotika på samme tid (polyfarmaci) er udbredt og stort set uændret over en 10 årig-periode, hvilket står i kontrast til Sundhedsstyrelsens vejledning, som anbefaler monoterapi. Samtidig brug af den problematiske kombination af antipsykotika og benzodiazepiner er faldet lidt, men der er fortsat bekymrende mange, der behandles hermed²⁸⁶.

Der er sket en stigning i forbruget af visse typer af psykofarmaka, hvilket kan give anledning til bekymring. Det gælder bl.a. den store stigning i forbruget af SSRI-præparater og ADHD-medicin. Forbruget af benzodiazepiner er dog tydeligt nedadgående²⁸⁷.

286 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

287 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

Langt størstedelen af recepter på psykofarmaka udstedes af praktiserende læger og speciallæger, men ansvarsfordelingen med hensyn til hvem der følger op på, om medicin skal fortsætte eller justeres, er uklar²⁸⁸. Den praktiserende læges manglende viden og erfaring med at håndtere patienter i komplekse behandlinger med f.eks. flere antipsykotika kan gøre det vanskeligt at vurdere og foretage nødvendige ændringer i behandlingen i almen praksis, hvilket f.eks. har konsekvens for behandlingen efter delegation særligt i botilbud.

Patienter med kompleks medicinering kan have særlige behov for opfølgning og monitorering af effekt og bivirkninger. De sundhedsprofessionelle, der varetager sådanne behandlinger, kan have brug for at få specialiseret rådgivning, således at de bedst muligt hjælper patienten. Nogle sygehuse gode erfaringer med tværfaglige teams, der rådgiver eksempelvis praktiserende læger og sygehuslæger vedrørende kompleks medicinering. Dette er tilfældet på bl.a. psykiatrisk afdeling på Odense Universitetshospital, ligesom der er gode erfaringer fra samarbejder mellem regionspsykiatri og kommunale botilbud (f.eks. det regionalt drevne botilbud Tangkær).

Behandlingen eller medicinadministrationen af disse patientgrupper er karakteriseret ved, at der ofte er flere aktører involveret samtidig (regional psykiatri, praktiserende læge/speciallæge, somatiske sygehusafdelinger/-ambulatorier, hjemmesygepleje, botilbud), hvormed det samlede overblik og ansvar for den medicinske behandling til tider kan opleves uklart. Det bevirker også, at opfølgningen på den medicinske behandling i nogle tilfælde kan være mangelfuld, ligesom den enkelte patient ikke altid bliver monitoreret i forhold til bivirkninger og komplikationer ved den medicinske behandling.

40 pct. af medicinen på landets botilbud udleveres af personale, der ikke er sundhedsfagligt uddannet²⁸⁹. Ikke-sundhedsfagligt personale kan have utilstrækkeligt kendskab til medicinens effekter, bivirkninger mm., med mindre der er taget højde for tilstrækkelig grad af kompetenceudvikling samt de fornødne instrukser og retningslinjer. Derved kan der opstå risiko for, at sundhedsloven undviges, og øget risiko for medicineringsfejl og deraf manglende virkning eller bivirkninger. Ansvarsfordelingen i forhold til opmærksomhed på effekt og bivirkninger mellem ordinerende læge og personalet på landets botilbud er ikke altid tilstrækkelig klar, og der er derfor behov for tættere samarbejde og klarere aftaler.

Medicinadministration er en sundhedsfaglig opgave, og kommunerne har ansvaret for at sikre, at det personale, der udfører sundhedsfaglige opgaver, har den fornødne instruktion og det rette kendskab til løsning af den konkrete opgave. Det er den kommunale hjemmesygepleje, der har ansvaret for løsningen af de sygeplejefaglige opgaver i kommunen, men i en kommunal hverdag vil sundhedsfaglige opgaver²⁹⁰ ofte blive løst af andre faggrupper som f.eks. social- og sundhedsassistenter samt socialfagligt personale på botilbud.

I nogle kommuner har man arbejdet med *fælles kompetenceprofiler* for alle faggrupperne på området. De kan være med til at skabe overblik over, hvilke kompetencer der bør være til stede ved løsning af sygepleje- og sundhedsfaglige opgaver og synliggøre de forskellige faggruppers respektive styrker. I mange kommuner er der på nuværende tidspunkt kun udarbejdet faglige kompetenceprofiler for sygeplejerskerne. Ved også

288 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

289 Sundhedsstyrelsen. 2009. *Tilsynsystemet 2009 – Behandling med antipsykotiske lægemidler på bosteder og plejeboliger.*

290 KL. 2013. *Delegation og brug af faglige kompetenceprofiler.*

at udarbejde faglige kompetenceprofiler for øvrige faggrupper, beskrives faggrupperes ansvarsområder, samt hvilke kompetencer en given medarbejder skal besidde for at løse opgaven.

Nogle kommuner i Region Hovedstaden har en aftale med embedslægerne om at føre tilsyn med botilbud til mennesker med psykiske lidelser. Erfaringerne viser, at proaktive tilsyn kan forbedre patientsikkerheden, bl.a. i form af færre medicineringsfejl, bedre dokumentation, øget fokus på hygiejne og generel større andel, som bliver behandlet i overensstemmelse med gældende vejledninger.

Udvalgets forslag

For at sikre kvalitet, sikkerhed og sikre bedre rammer for en kompetent og sikker brug af medicin, anbefaler udvalget følgende:

- **Der skal ske et øget sundhedsfagligt tilsyn på botilbud.** Formålet er at sikre et systematisk, lovpligtigt og proaktivt tilsyn på botilbud for mennesker med psykiske lidelser, svarende til det eksisterende embedslægetilsyn med plejeboliger.
- **Regionerne sikrer en tværfaglig rådgivning om medicinering herunder i forhold til dosernes størrelser, polyfarmaci, interaktion mellem lægemidler, løbende medicingennemgang samt en forstærket indsats i forhold til at tilbyde ned- og udtrapning af medicin under professionel vejledning.** Mulighederne for generel og tværfaglig rådgivning om medicinering øges med henblik på at sikre en sikker og kompetent medicinering. Der er gjort erfaringer med tværfaglige, regionale teams med eksempelvis farmakologer, farmaceuter, psykiatere, børne- og ungdomspsykiater og somatiske læger, der kan yde rådgivning om kompleks medicinering. Teamet kan bl.a. foretage en årlig medicingennemgang af patienter med farmakologisk risikoprofil, herunder at der tages stilling til evt. nedtrapning af medicin og rådgivning herom. Herudover kan teamet yde telefonrådgivning af personale på botilbud, praktiserende læger og læger på sygehus vedrørende farmakologisk behandling af mennesker med psykiske lidelser.
- **Kompetenceskemaer, der understøtter kvalitet i kommunernes sundhedsfaglige opgaver, f.eks. medicinadministration, udbredes.** Kommunerne opfordres til at fortsætte arbejdet med lokale, faglige kompetenceskemaer og kompetenceprofiler, som på et overordnet niveau beskriver, hvilke kompetencer den enkelte faggruppe samlet set skal besidde for at håndtere sundhedsfaglige opgaver som medicinadministration. Kompetenceskemaer kan indgå i den kommunale arbejdsplanlægning og delegation af sundhedsopgaver og medvirke til klarhed over de forskellige faggruppers kvalifikationer. Sygeplejersker i kommunerne har en væsentlig opgave i at instruere de øvrige personalegrupper, der i det daglige bidrager til løsningen af sundhedsfaglige opgaver som f.eks. medicin håndtering.

8.5

Dokumentation og monitorering på tværs af områder

Et vigtigt element i at sikre kvaliteten i den faglig indsats er at have overblik over og viden om den indsats, der ydes.

Kortlægningen af den faglige indsats peger på, at nogle dele af indsatsen er mere velbelyste end andre. Der er således i dag områder, hvor der findes detaljerede data af høj kvalitet, mens der på andre områder ikke eksisterer detaljeret viden, overvågning og monitorering.

I forhold til den sundhedsfaglige indsats, er der i 2013 udarbejdet en rapport om kortlægning og analyse af registrering til og formidling af data fra nationale registre i psykiatrien²⁹¹. Rapporten beskriver, at der på nuværende tidspunkt ikke er tale om overflødig registrering af særligt omfang i forhold til de nationale registre. Derimod er der efterspørgsel på yderligere relevante data især indenfor kvalitetsudvikling. Rapporten peger på områder som medicinsk behandling, somatisk sygdom og retspsykiatri. Samtidig peges på, at registreringen og monitoreringen skal være klinisk meningsfuld.

Kortlægningen viser endvidere, at det kan være vanskeligt at få overblik og viden om den samlede indsats i den kommunale sektor. I speciallægepraksis og psykologpraksis findes ingen form for systematisk monitorering, hvilket ligeledes vanskeliggør muligheden for at følge kvaliteten på området. Der er et behov for at få flere og mere komplette data fra almen praksis.

På det retspsykiatriske område har registreringspraksis været uensartet, hvilket har resulteret i usikkerhed om udviklingen i retspsykiatriske domme.

Kliniske kvalitetsdatabaser udgør et centralt instrument i forskning og kvalitetsudvikling på psykiatriområdet. En klinisk kvalitetsdatabase er et register, der indeholder udvalgte, målbare indikatorer, som med udgangspunkt i det enkelte patientforløb kan belyse dele af eller den samlede kvalitet af sundhedsvæsnets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe. De indsamlede data anvendes til at overvåge behandlingskvaliteten for løbende at kunne vurdere mulighederne med formål at forbedre kvalitetsniveauet.

I psykiatrien er der erfaringer med kvalitetsdatabaser samt registrering i Landspatientregistret og tvangsregisteret, og det er muligt i en vis udstrækning at sammenligne patientbehandlingen på tværs af landet. Den Nationale Skizofrenidatabase måler kvaliteten af den behandling, som landets fem regioner tilbyder patienter med skizofreni. En videreudvikling og udrulning af de eksisterende systemer kan give grundlag for en bedre, løbende monitorering og mulighed for bedre behandlingsindsats, fordi mere viden opsamles og kan udnyttes til kvalitetsudvikling.

På socialområdet og beskæftigelsesområdet findes kun begrænset national dokumentation om målgruppen af borgere med psykiske lidelser, som modtager en social eller beskæftigelsesrettet indsats. I den kommunale, sociale indsats foretager den enkelte kommune registreringer til eget brug i sagsbehandlingen og til styring af tilbuddenes kapacitet og borgernes tildeling af hjælp. De nationale registre indeholder imidlertid udelukkende overordnede data af mere summarisk karakter, som ikke kan anvendes til monitorering. Der er således på nuværende tidspunkt et begrænset overblik over de konkrete indsatser og tilbud i kommunerne, idet der ikke indsamles individbaserede data i et centralt register. Som led i en aftale mellem regeringen og KL vil kommunerne fra 2013 foretage indberetning til Danmarks Statistik af oplysninger på individniveau. Herefter vil der være mulighed for at få opgørelser om f.eks. målgrupper og brug af tilbudstyper samt udviklingen heraf.

291 Implement Consulting Group. 2013. *Kortlægning og analyse af registreringen til og formidling af data fra nationale registre i psykiatrien.*

En bedre dokumentation og monitorering af målgruppen og de sociale indsatser på aggregeret niveau kan bidrage til, at kommunerne får et bedre vidensgrundlag for tilrettelæggelse og målretning af indsatser og kapacitet. Endvidere vil det give en bedre mulighed for kommunerne i forhold til at beskrive deres tilbud, og dermed øge muligheden for sammenhæng i borgerens forløb, når også den regionale psykiatri og praktiserende læger får viden om kommunernes tilbud.

Udvalgets forslag

Udvalget finder, at dokumentation af indsats og effekt skal styrkes, så mere viden om indsatsen på psykiatriområdet kan bidrage til kvalitetsudvikling. Udvalget foreslår følgende:

- **Data fra den nationale monitorering på psykiatriområdet skal anvendes bedre bl.a. i forhold til at sikre kvalitet i anvendelsen af medicin, behandling i retspsykiatrien og behandling af somatiske sygdomme.** Der sikres en bedre brug af den nationale monitorering af den sundhedsfaglige indsats f.eks. i forhold til medicinforbrug, retspsykiatri og behandling af somatiske sygdomme. I praksissektoren prioriteres kortlægning af henvendelsesårsager samt behandlingseffekt. I de kommunale tilbud prioriteres bl.a. registrering af misbrugsbehandling. Dokumentationen kan bl.a. bruges til vidensdeling og forskning inden for ovenstående områder.
- **Mere systematisk brug af kliniske kvalitetsdatabaser i børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatrien og praksissektoren.** Forslaget har til formål at understøtte, at kliniske data anvendes til forskning og til udviklingen af nye behandlingsformer til gavn for patienterne.

8.6

Forskning på tværs af områder

For at øge kvaliteten i indsatsen for mennesker med psykiske sygdomme er generering af ny viden til stadighed nødvendig.

Forskningen på psykiatriområdet bør være på niveau med forskningen på det somatiske område og kunne måle sig med det internationale niveau. Forskning på psykiatriområdet skal således have høj prioritet bl.a. ved prioritering af forskningsbevillingerne.

Der er derfor behov for strategiske overvejelser omkring fokus for og prioritering af den fremadrettede forskning inden for hele det psykiatriske område, herunder det psykosociale område og de relevante aspekter som knytter sig til recovery.

Forskningen skal i endnu højere grad end nu være tværfagligt funderet, med inddragelse af både psykiatriske, somatiske og pædagogiske forskningsfelter, og med inddragelse af både lægevidenskabelig og ikke-lægevidenskabelig forskningstradition. Nogle forskningsspørgsmål kan med fordel besvares indenfor et traditionelt, biomedicinsk forskningsparadigme, f.eks. afprøvning af medicinske interventioner i lodtrækningsforsøg (randomiserede studier). Andre spørgsmål kan og skal ikke besvares indenfor dette snævre, metodologiske paradigme, men skal f.eks. udforskes ved at studere befolkningsdata, mens andre spørgsmål skal undersøges ved hjælp af kvalitative forskningsmetoder (f.eks. afdækning af barrierer til at søge hjælp, eller undersøgelse af værdien af pårørendeinddragelse). Der er også behov for sundhedstjenesteforskning, herunder forskning i organisering, tilrettelæggelse og sammenhæng. Styrket evidensbaseret psykiatri kræver således forskning i bred forstand, hvilket indebærer, at hele paletten af

forskningsmetoder tages i brug. Dette må gælde for såvel den sundhedsfaglige som den socialt faglige indsats. Forskningsmiljøer på tværs af vidensgrene bør derfor i højere grad samarbejde.

Forskning kan samtidig højne psykiatriområdets anseelse. F.eks. må det antages at kunne stimulere rekrutteringen af bl.a. speciallæger til specialerne. Specialeplanlægnings vægt på fagligt stærke og bæredygtige miljøer understreger også forskningens muligheder for dette.

Forskning med fokus på recovery

En grundlæggende forudsætning for at udviklingen mod større recoveryorientering, og mindre indgribende indsatser kan fortsætte er, at der prioriteres forskning på området. Derfor er det vigtigt, at der igangsættes – parallel og samtidig – ny forskning med fokus på recovery.

Viden om metoder til arbejde med psykosocial rehabilitering og recovery er helt afgørende for, at medarbejdere i den kommunale, sociale psykiatri og øvrige aktører fremadrettet kan levere den optimale indsats for borgere med sindslidelser.

For så vidt angår forskning på det psykiatriske område kan der eksempelvis sættes fokus på:

- Tværsektoriel og tværfaglig funderet implementeringsforskning i forhold til indsatser og metoder, som har dokumenteret effekt.
- Forskning og effektmåling i nye metoder, f.eks. implementering og effekt af Åben Dialog, shared decision making, kognitiv remediering²⁹², selvværdsgrupper mm.
- Tværfaglig forskning, f.eks. med fokus på hvordan man kan styrke inklusion, så mennesker med psykiske vanskeligheder kan deltage i, og være en ressource for, de fællesskaber de færdes i. Forskning i indsatser, der retter sig direkte mod samfunds-deltagelse, er væsentlig.

Der vil være behov for en nærmere analyse af, hvilke forskningsområder, der fremadrettet bør prioriteres i forhold til øget viden om recovery.

Socialstyrelsen har, med afsæt i frigjorte midler fra satspuljen 2012, initieret to nye forskningsprojekter, som sætter fokus på opvækstens betydning i forhold til ADHD og effekten af forebyggelse. Det ene forskningsprojekt har til formål at belyse sociale faktorer i barnets opvækstmiljø, der henholdsvis øger eller mindsker de funktionelle vanskeligheder, der kendetegner ADHD. Det andet forskningsprojekt har til formål at belyse effekten af konkrete, sociale indsatser målrettet unge og voksne med ADHD, herunder hvilke komponenter i indsatserne der virker for hvem og under hvilke forudsætninger.

Psykiatrisk forskning

Forskning i psykiatriske sygdomme, forebyggelse, årsager og behandling er en forudsætning for bedre og mere effektive forebyggelses- og behandlingsmetoder.

Der er flere områder, hvor ny viden er nødvendig. Der vil eksempelvis være behov for grundforskning, der kan bidrage til viden om årsager og sygdomsmekanismer for psykiske lidelser. Der er endvidere behov for mere viden indenfor brugen af medicin, samt i årsagerne til den store overdødelighed blandt mennesker med psykiske sygdomme.

292 Målet for kognitiv remediation er at styrke de specifikke kognitive færdigheder og kapaciteter.

Der vil også kunne være behov for forskning med henblik på at udvikle mere effektive behandlingsmetoder. Traditionelt har der været meget forskning i medicinsk behandling og mindre i andre behandlingsformer. Der er behov for forskning indenfor områder som psykoterapi, miljøterapi mv., som også vil kunne understøtte en flerstrengt behandlingsindsats.

Overdødelighed og de forskellige forhold, som har betydning herfor, er et andet område, hvor forskningen bør prioriteres. Der mangler forskning, som kan kortlægge den relative betydning af de forskellige forhold, som spiller en rolle for den store overdødelighed blandt mennesker med psykiske sygdomme.

Der er endvidere generelt behov for øget viden om effekten af indsatserne i psykiatrien. Der er behov for forskning fokuseret på effekt af forskellig tilrettelæggelse af den psykiatriske indsats (sundhedstjenesteforskning) og forskning i omsætning af indhentet viden til anvendelse i praksis (implementeringsforskning).

Samlet set er der behov for nærmere strategiske overvejelser af hvilke områder og hvilken type forskning, der bør prioriteres.

Udvalgets forslag

Udvalget finder, at forskning er et væsentligt element i forhold til kvalitetsudvikling på psykiatriområdet. Med henblik på at understøtte, at forskning prioriteres i forskningsbevillingerne foreslår udvalget følgende:

- **En bredt sammensat ekspertgruppe udarbejder en national strategi for forskning på psykiatriområdet, og kan fungere som et rådgivende forum i forhold til fremadrettet prioritering af forskning på området i forhold til recovery, pædagogiske metoder, sygdomsårsager, sygdomsmekanismer, behandlingsmetoder, samt i forhold til effekt af tilrettelæggelse af forskellige psykiatriske indsatser mv.** Det strategiske arbejde skal bidrage til, at der kommer øget bevågenhed og prioritering af forskning på psykiatriområdet, og skal bringe fokus på implementering af forskningsresultater.

8.7

Kompetenceudvikling på tværs af områder

Kvalitetsudvikling hænger tæt sammen med kompetencer hos både ledelse og personale på hele psykiatriområdet, herunder såvel i regioner, kommuner som i den kommunale sociale indsats. Medarbejdere på psykiatriområdet er den vigtigste ressource. Personalets faglige, personlige og etiske kompetencer er afgørende for, at den samlede indsats med borgeren i centrum lykkes bedst muligt. Det er således en væsentlig ledelsesmæssig opgave at sikre, at personalet har de nødvendige kompetencer til pleje, behandling og rehabilitering af høj kvalitet, og at personalet er i stand til at omlægge deres arbejde, således at en recoveryorienteret rehabilitering understøttes.

Løbende kompetenceudvikling og faglig opkvalificering gennem efteruddannelse er et centralt fokusområde for en indsats af høj kvalitet.

Der bør kontinuerligt arbejdes med udvikling af personalets kompetencer, viden, indsigt og handlemuligheder, herunder i forhold til anvendelse af dokumenterede metoder og redskaber. I den regionale psykiatri skal der bl.a. være fokus på evidensbaseret diagnostisk og behandlingsmæssig viden, der kan være med til at løfte kvaliteten i indsatsen.

Tilsvarende bør der i den kommunale sociale indsats i kommunerne være fokus på viden om anvendelse af dokumenterede metoder, der understøtter recovery. I Den Danske Kvalitetsmodel er der en standard for systematisk arbejde med kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere. Formålet er, at ledere og medarbejdere til enhver tid har de nødvendige kompetencer til at udføre deres opgaver.

Tværfaglighed og tværsektorielt fokus

Arbejdsformen på det psykiatriske område er tvær- og flerfaglig, dette både i den regionale psykiatri og i den kommunale indsats. Personalet omfatter bl.a. speciallæger i psykiatri og speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, læger, sygeplejersker, psykologer, socialpædagoger, socialrådgivere, ergo- og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og plejere.

Det er afgørende, at en bredt sammensat personalestab bidrager til den samlede opgaveløsning med hver deres specifikke kompetencer, men også at personalet besidder tværfaglige kompetencer og kan samarbejde på tværs.

Fælles for kompetenceudviklingen blandt de forskellige personalegrupper bør der bl.a. være fokus på viden og indsigt i de særlige etiske udfordringer i psykiatrien, og på de grundlæggende værdier i borgerkontakten, herunder indsatsen på andre sektorområder. Der bør i den sammenhæng være fokus på det *høle* forløb, således at medarbejderne har kendskab til og forståelse for arbejdsform og metoder på andre områder. Det kan sikre en bedre praktisk håndtering af relationen til borgeren, dennes pårørende, netværk og samarbejdspartnere. Samtidig vil det give mere tryghed og tillid hos den enkelte borger, når der er indbyrdes kendskab og gensidig forståelse for den indsats, der sker på de forskellige områder.

Der bør derfor i højere grad være fokus på, at der i kompetenceudviklingen fokuseres på kommunikation og samarbejde med henblik på at opnå større forståelse for de forskellige faggruppers viden og funktion. En konkret måde at gøre dette på, er at etablere efter- og videreuddannelse mellem faggrupper, ligesom mulighederne for 'fælles skolebænk' på tværs af sektorer kan udnyttes i højere grad. Der er generelt gode erfaringer med fælles undervisning, som samtidig i sig selv kan medvirke til at skabe bedre overgange og sammenhænge, fordi de forskellige aktører opnår et større kendskab til hinanden, herunder til sprog, metoder og mål for indsatsen. Flere regioner og kommuner har projekter med "fælles skolebænk", hvor der gøres brug af kompetenceudvikling på tværs af sektorer på psykiatriområdet.

Derudover bør kompetenceudvikling på tværs af området sætte fokus på rehabilitering, recovery og borgerinddragelse, således at realiseringen af ny ramme og retning kan finde sted.

Uddannelse og rekruttering

Det giver en særlige udfordring, at den stigende specialisering i regionspsykiatrien stiller ekstra og særlige krav om indsigt i fagområdernes problemstillinger og arbejdsmetoder. Visse opgaver varetages bedst af den faggruppe, der alene har den grundlæggende, solide, uddannelsesmæssige baggrund og kompetence, mens andre opgaver vil kunne varetages af flere forskellige faggrupper med den fornødne efteruddannelse, erfaring og supervision.

Manglen på speciallæger er som nævnt en udfordring. Mangelsituationen skærper således kravene til en effektiv tilrettelæggelse af patientforløb, og til en vurdering af mulighederne for opgaveglidning. En forudsætning for opgaveglidning er, at der

gennemføres den nødvendige opkvalificering af de involverede faggrupper med henblik på at sikre høj kvalitet i opgaveløsningen. Opgaveglidning er med til at sikre, at medarbejdernes kompetencer og ressourcer bruges bedst muligt.

Under forudsætning af, at der altid sikres en højt kvalificeret lægefaglig vurdering af borgerens tilstand, kan de speciallægelige ressourcer udnyttes bedre, f.eks. ved delegering af arbejdsopgaver inden for autorisationslovens rammer. Det kan ske til bl.a. yngre læger, specialpsykologer og specialuddannede sygeplejersker vedrørende f.eks. visitation, indledende vurdering og lettere behandling. Endvidere kan nogle opgaver delegeres til andre faggrupper og til administrativt personale.

Siden 1996 har sygeplejersker kunnet tage en 1-årig videreuddannelse til specialsygeplejerske i psykiatrisk sygepleje med det formål, at løfte kvaliteten i den psykiatriske sygepleje, samt sikre den nødvendige fastholdelse og rekruttering af kvalificeret arbejdskraft til området.

Af Deloitte's kapacitetsanalyse fremgår det, at specialsygeplejersker i dag i højere grad inddrages i visitationen til behandlingen. Flere specialuddannede sygeplejersker vil kunne afhjælpe noget af manglen på speciallæger i psykiatrien. En forudsætning herfor er bl.a., at der er fokus på tilstrækkelig uddannelseskapacitet.

I 2010 er der oprettet en specialuddannelse for psykologer i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatri og (voksen)psykiatri. Uddannelsen er fastlagt af Sundhedsstyrelsen, der har udstedt en bekendtgørelse, som beskriver specialuddannelsens indhold. Formålet med uddannelsen er, at psykologer fremover kan varetage flere opgaver i psykiatrien, bl.a. begrundet i den stigende speciallægemangel inden for området.

Der er tale om en *post-graduate* uddannelse af 4 års varighed for psykologer, der har dansk autorisation fra Psykolognævnet under Social- og Integrationsministeriet.

Deloitte's kapacitetsanalyse viser, at der er potentiale for opgaveglidning fra læger til psykologer. Flere specialuddannede sygeplejersker vil kunne øge kvaliteten for patienten og optimere opgaveløsningen. En forudsætning herfor er bl.a., at der er fokus på tilstrækkelig uddannelseskapacitet.

Social- og sundhedsassistenter udgør den næststørste personalegruppe i voksenpsykiatrien, og det er således vigtigt, at der ligeledes er fokus på kompetenceudvikling af denne gruppe. Ved at have fokus på bl.a. uddannelsesmuligheder, som en del af ansættelse, eller specialkurser i forhold til recovery, kan målsætningen om ny ramme om retning indfris. I nogle områder af landet er der endvidere ansat ergoterapeuter og fysioterapeuter i døgnbemanding, og i børne- og ungdomspsykiatrien er der ansat pædagoger i døgnbemanding. Også for disse faggrupper bør kompetenceudvikling være i fokus.

Der er ikke formelle krav til kompetenceudvikling af personale inden for psykiatrien. I Den Danske Kvalitetsmodel er der krav om, at der er et introduktionsprogram til nyansatte. Introduktionsprogrammer er baseret på, hvad der kan lade sig gøre, sund fornuft og best practice.

For at den nye ramme og retning bliver implementeret, skal der på tilsvarende vis være fokus på kompetenceudvikling i kommunerne, herunder i forhold til recovery.

For at styrke rekrutteringen til psykiatriområdet bør der være fokus på at sikre gode arbejdspladser og stærke læringsmiljøer, og dermed gøre området til et attraktivt arbejdsområde. Muligheder for efter- og videreuddannelse er et element heri.

Udvalgets forslag

Udvalget finder, at kompetenceudvikling på tværs af fagområder og sektorer, baseret på nyeste viden og dokumentation, er væsentlig for at øge kvaliteten i indsatsen. Derudover finder udvalget det vigtigt, at der løbende er fokus på rekruttering af personale. Udvalget foreslår følgende:

- **Der arbejdes systematisk med kompetenceudvikling af alle faggrupper på psykiatriområdet f.eks. gennem efteruddannelse, kompetencekrav og kompetenskemaer.** Regioner og kommuner opfordres til – gerne i samarbejde – at have fokus på kompetenceudvikling og opgaveglidning f.eks. gennem specifikke kompetencekrav og tilbud om relevant uddannelse i overensstemmelse hermed, således at der prioriteres kompetenceudvikling og efteruddannelse for SOSU-assistenter, sygeplejersker og øvrige faggrupper f.eks. pædagoger, fysioterapeuter, læger, psykologer mv.
- **Kommuner og regioner opfordres til at sætte fokus på tværfaglig kompetenceudvikling.** Det anbefales, at regioner og kommuner etablerer tværfaglige læringsfora mellem faggrupper, ligesom mulighederne for 'fælles skolebænk' på tværs af sektorer udnyttes. I dette arbejde er det relevant at inddrage brugere af psykiatrien med henblik på at understøtte recovery i indsatsen.
- **National platform for recovery og brugerinddragelse.** Der er et stort potentiale i at fokusere på det enkelte menneskes mulighed for at komme sig (recovery) ved hjælp af en moderne, borgernær og inddragende indsats. Indhentning og formidling af viden om recovery, udvikling af metoder, formidling af best practice og kompetenceudvikling inden for dette område bør derfor sikres som en central funktion. Platformen skal sikre, at viden om metoder, indsatser og forskning vedrørende forebyggelse, behandling og rehabilitering der har fokus på recovery, empowerment, dialog, inddragelse af pårørende m.m. styrkes blandt de professionelle i regioner og kommuner. Det er væsentligt, at ansvaret for realisering af den nationale platform for recovery og brugerinddragelse placeres i et eksisterende udviklingsmiljø, som er anerkendt af relevante involverede parter, herunder ministerier, styrelser, regioner, kommuner og patient- og pårørendeforeninger. Platformen skal understøtte og styrke en målrettet udvikling af indsatser og metoder til at fremme recovery i regioner og kommuner.
- **Der igangsættes en strategisk planlægning med fokus på uddannelse og kompetenceudvikling i forhold til rekruttering af personale til psykiatrien.** Relevante parter inddrages i arbejdet.

9

Retspsykiatri

Pejlemærker for indsatsen for retspsykiatriske patienter

- Rette behandling, kompetencer, kultur og beredskab kan forebygge, at mennesker med psykiske lidelser dømmes for kriminalitet.
- Ikke mindst for retspsykiatriske patienter er tværgående samarbejde om forebyggelse, behandling og opfølgende indsats afgørende.

Dette kapitel omhandler indsatsen i forhold til mennesker, der har en foranstaltningsdom.

Efter straffeloven kan lovovertrædere, der er omfattet af enten § 16 (sindssyge mv.), § 69 (andre psykisk afvigende) eller § 73 (personer som udvikler en psykisk abnormtilstand efter gerningstidspunktet, men før dommen) idømmes psykiatriske særforanstaltninger, det vil sige dom til behandling eller anbringelse i den regionale psykiatri. Retspsykiatriske patienter er således en særlig gruppe, som regionerne i henhold til lov om retspsykiatrisk behandling har pligt til at modtage.

Personer med en foranstaltningsdom udgør ca. 80 pct. af de retspsykiatriske patienter, som også omfatter personer, der er indlagt i varetægtsurrogat²⁹³ eller skal have foretaget en mentalundersøgelse.

Retssikkerheden for personer med en foranstaltningsdom er fastlagt i straffeloven. Det følger heraf, at der i dommen fastsættes en længstetid på fem år med mulighed for under helt særlige omstændigheder at fastsætte en ny længstetid på to år. Der fastsættes i almindelighed ikke længstetid for foranstaltningsdømte, der har begået alvorlig personfarlig kriminalitet. For disse personer gælder, at der gennemføres en

²⁹³ Retten kan bestemme, at en varetægtsfængslet person skal anbringes i surrogat på psykiatrisk afdeling med henblik på psykiatrisk behandling.

regelmæssig domstolskontrol med den idømte foranstaltning. Det påhviler endvidere anklagemyndigheden at påse, at en foranstaltning ikke opretholdes i længere tid og videre omfang end nødvendigt, heri ligger også en pligt til efter omstændighederne at indbringe spørgsmålet for retten før udløbet af længstetiden. Den foranstaltningsdømte eller bistandsværgeren kan hvert halve år få spørgsmålet om ophævelse af foranstaltningen prøvet ved domstolene.

Som det fremgår af kapitel 11 fører Ombudsmanden tilsyn med de psykiatriske afdelinger, herunder de retspsykiatriske afdelinger.

Retspsykiatriske patienter har forskellige diagnoser, men der er i gruppen en overrepræsentation af patienter med en diagnose inden for skizofrenispektret²⁹⁴.

Retspsykiatriske patienter varetages i psykiatrien på flere specialiseringsniveauer. Flertallet behandles på hovedfunktionsniveau i almenpsykiatrien, mens en mindre – men stigende – gruppe behandles på regionsfunktionsniveau. I Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri er retspsykiatrisk behandling af patienter med svær sygdomsgrad og/eller høj farlighed en regionsfunktion²⁹⁵.

I forhold til kvalitet og patientrettigheder er der for retspsykiatriske patienter, som for andre mennesker med psykiske lidelser, de samme udfordringer, fokusområder og behov for løsninger, som beskrevet i denne rapport.

De generelle forslag om at sikre kvalitet i behandlingen, herunder i forhold til selvbestemmelse, der ikke omhandler den retslige foranstaltning, inddragelse af netværk, aktivitetsmuligheder m.v. i behandlingen gælder således også for retspsykiatriske patienter. Dette skal selvsagt ses i lyset af de særlige restriktioner, der for disse patienter kan gælde i henhold til den enkelte patients dom.

For de retspsykiatriske patienter – såvel som for andre patientgrupper – er koordination og samarbejde i forbindelse med udskrivning fra sygehuset vigtigt. Behovet for en sammenhængende og koordineret behandlings- og rehabiliteringsproces inden for den recoveryorienterede og inddragende ramme understreges yderligere af, at målet for disse borgere er socialiseringen til at kunne begå sig i samfundet igen samt at forebygge, at de begår ny kriminalitet.

9.1

Udviklingen

I 2001 blev der i den regionale psykiatri registreret knap 1.300 personer med en retspsykiatrisk foranstaltning. I 2011 var tallet vokset til ca. 3.900 personer – altså en tredobling. Registreringen er imidlertid usikker, hvorfor den må tages med forbehold. Stigningen kan primært henføres til et stigende antal domme for voldskriminalitet, herunder vold og trusler om vold mod tjenestemænd. Alvorligere kriminalitet udgør en begrænset andel. Langt de fleste foranstaltningsdomme lyder på ambulans behandling eller behandling med mulighed for indlæggelse (538 domme i 2011), hvorimod en mindre del lyder på anbringelse på psykiatrisk afdeling (39 domme i 2011), heraf tre til Sikringsafdelingen^{296,297}.

294 Danske Regioner. 2011. *Retspsykiatri – kvalitet og sikkerhed*.

295 Sundhedsstyrelsen. 2010. *Sundhedsstyrelsens speciale plan 2010*. www.sst.dk/Planlaegning

296 Justitsministeriets Forskningskontor.

297 Sikringsafdelingen er en landsdækkende retspsykiatrisk afdeling, der yder psykiatrisk behandling samtidig med at opretholde fængselsmæssig sikkerhed. Afdelingen har 30 pladser.

Stigningen i antallet af mennesker med psykiske lidelser, der kommer i berøring med retspsykiatrien, herunder især mennesker med skizofreni, genfindes i nogle lande, i andre ikke. Det er dog vanskeligt at sammenligne data om retslige patienter fra forskellige lande, da gruppen af retslige patienter opspores, defineres og behandles forskelligt, ligesom den generelle kriminalitetsudvikling og generelle tilgængelighed i behandlingssystemet for mennesker med psykisk lidelse varierer²⁹⁸.

Fra 2007 til 2011 er antallet af retspsykiatriske patienter steget med mere end 50 pct., og i forhold til 2001 er der sket mere end en tredobling. Den gennemsnitlige årlige stigning har således igennem mere end 10 år været på næsten 12 pct. Registreringen er, som tidligere nævnt, dog usikker.

Det samlede antal indlæggelser af retspsykiatriske patienter er i perioden steget fra knap 1.400 i 2001 til næsten 4.300 i 2011. Det svarer til en gennemsnitlig årlig stigning på knap 12 pct. Antallet af ambulante besøg er fra 2001 til 2011 steget fra knap 14.000 til godt 48.000, også svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på knap 12 pct.

Der var i 1992 134 senge i retspsykiatriske specialfunktioner. I 2011 var der 316. Hertil kommer i størrelsesordenen 260-280 sengepladser i den almene voksenpsykiatri, som anvendes til patienter med foranstaltningsdomme. Det vil sige en samlet kapacitet på op mod 600 senge til retspsykiatriske patienter. Stigningen i antallet af senge i retspsykiatriske specialfunktioner er af relativt nyere dato. I perioden 1992-2011 er den samlede sengekapaцитet i psykiatrien næsten halveret.

Udgifterne til retspsykiatriske specialfunktioner i den regionale psykiatri udgjorde i 2011 knap 800 mio. kr. Størstedelen af behandlingen i de retspsykiatriske specialfunktioner sker i stationære behandlingstilbud, der lægger beslag på 92 pct. af udgifterne.

I 2011 udgjorde det samlede 1.022 årsværk. Antallet af årsværk er øget med omkring 20 pct. over en treårig periode, svarende til 180 årsværk. Stigningen har været særlig kraftig fra 2010 til 2011.

I forhold til kapaciteten på det retspsykiatriske område bemærkes det, at regionerne har tilrettelagt arbejdsdelingen mellem retspsykiatriske specialafdelinger og den almene voksenpsykiatri forskelligt.

Hvorvidt udviklingen afspejler en reel vækst i antallet af mennesker med psykiske lidelser, som begår kriminalitet, f.eks. fordi de ikke er blevet behandlet i tide, eller om udviklingen afspejler en anden holdning blandt personale og/eller praksisændring, herunder ved domstolene, vides ikke, men der peges i flere sammenhænge særligt på sidstnævnte.

Eksempelvis fremgår det af en rapport fra 2011²⁹⁹, at flere hændelser registreres og politianmeldes tilsyneladende som følge af en lavere tolerancetærskel over for vold og trusler. Det betyder måske, at hændelser, der tidligere blev negligeret, i dag politianmeldes. Det er således sandsynligt, at anmeldelser fra offentligt personale, herunder skadestuepersonale, personale i den regionale psykiatri, kommunale sagsbehandlere, personale på bosteder, politi mv. af patienters vold eller trusler om vold bidrager til, at antallet af foranstaltningsdomme stiger. Det har været drøftet i udvalget, at der tilsyneladende blandt de offentlige myndigheder er en opfattelse af, at anmeldelse er nødvendig i eventuelle erstatningssager, i forbindelse med ansattes sygemelding eller lignende. Det kan i den forbindelse konstateres, at der hverken efter arbejdsskadesikringsloven eller

298 Larsen, T. G. et al. 2006. *Retspsykiatriske patienter i Danmark*. Ugeskrift for læger 168/23, 5. juni 2006.

299 Danske Regioner. 2011. *Retspsykiatri – kvalitet og sikkerhed*

efter Arbejdsskadestyrelsens praksis er krav om politianmeldelse som forudsætning for f.eks. at opnå arbejdsskadeerstatning. Voldsoffererstatning kræver dog anmeldelse til politiet seneste 72 timer efter hændelsen.

Arbejdet med at udvikle det psykiske arbejdsmiljø på kommunale og regionale arbejdspladser spiller tæt sammen med bestræbelsen på at forebygge vold og dermed de hændelser, der kan føre til anmeldelse og dom til behandling. Nogle regioner, kommuner og tilbud er nået relativt langt i arbejdet med at forebygge vold og magtanvendelse, bl.a. gennem arbejdspladsvurderinger (APV), kompetenceudvikling, borgerinddragelse og fokus på at øge borgeroplevet trivsel.

Men også kulturen på arbejdspladsen og personalets kompetencer har betydning for forebyggelse af episoder, der kan føre til aggression og vold og dermed til anmeldelse af kriminalitet, jf. kapitel 11.

Det fremgår af en undersøgelse, at knap en ud af fem patienter med kontakt til behandlingspsykiatrien har en tidligere historie med lovovertrædelse, hvilket er vigtigt for klinikere at inddrage i vurderingerne af en patients nuværende og fremtidige risici og sårbarheder. En tidlig opsporing og indsats kan derfor have betydning i forhold til forebyggelse af kriminalitet, der fører til den første foranstaltningsdom³⁰⁰.

9.2

Samarbejde om retspsykiatriske patienter

Retspsykiatriske patienter med en foranstaltningsdom adskiller sig fra andre mennesker med psykiske lidelser ved, at de er dømt til behandling eller anbringelse for deres psykiske lidelse. Formålet med en foranstaltningsdom er gennem behandling at forebygge, at personen på grund af sin lidelse begår yderligere kriminalitet. Dommen indebærer ofte, at der er tilsyn af kriminalforsorgen efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling, når patienten skal fortsætte i ambulant behandling. Der vil derfor være behov for tæt kontakt mellem den behandlingsansvarlige overlæge og kriminalforsorgen både for udskrivelse og gennem det ambulante forløb.

I forhold til andre mennesker med psykiske lidelser er der således for denne målgruppe en ekstra samarbejdsparter og derfor også her et stort behov for at sikre sammenhæng i den samlede indsats. Hertil kommer, at der er behov for et tæt samarbejde med kommunerne i det omfang, der er tale om mennesker, der er visiteret til kommunale tilbud som følge af deres funktionsniveau.

PSP-samarbejdet er centralt for en sammenhængende, forebyggende indsats for de retspsykiatriske patienter. PSP omfatter politi, sociale myndigheder og den regionale psykiatri. Også Kriminalforsorgen, som har tilsynsforpligtelsen med bl.a. psykisk syge kriminelle, deltager i samarbejdet i flere politikredse. Formålet med PSP-samarbejdet er at koordinere politiets, de sociale myndigheders og den regionale psykiatriindsats. Samarbejdet sikrer, at borgerne får bedst mulig hjælp og forebygger, at udsatte borgere udvikler eller fortsætter en kriminel adfærd.

Det nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) udgav i 2011 en kvalitativ evaluering af PSP-samarbejdet i Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg³⁰¹. Undersøgelsen fandt

300 Stevens H., Agerbo E., Dean K., Nordentoft M., Nielsen P.R., Mortensen P.B. 2012. *Offending prior to first psychiatric contact: a population-based register study*. Psychol Med. Dec.;42(12):2673-84.

301 SFI. 2011. *Kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg*.

sted i 2008-2010. Blandt konklusionerne er, at PSP-samarbejdet giver opmærksomhed på udsatte borgergrupper og medvirker til forebyggelse af social deroute og kriminalitet. Aktørerne oplever generelt, at samarbejdet har skabt positive forandringer i indsatsen for borgeren og har givet grundlag for væsentlige erfaringsudvekslinger og nye konstruktive samarbejdsrelationer myndighederne imellem.

Undersøgelsen viser også, at et vellykket PSP-samarbejde kræver, at ledelsen vedvarende giver samarbejdet opmærksomhed, medvirker til at give samarbejdet legitimitet samt medvirker til at tage stilling til, hvordan man bedst indretter samarbejdet efter lokale forhold. Endelig fordrer et godt PSP-samarbejde, at man træffer klare valg i forhold til, hvor bred eller smal en definition af PSP-brugere man ønsker at målrette samarbejdet mod.

Det fremgår af Danske Regioners rapport om retspsykiatri fra 2011, at halvdelen af alle retspsykiatriske patienter har et diagnosticeret misbrug. Det fremgår også af rapporten, at blot 25 pct. af de retspsykiatriske patienter med et diagnosticeret misbrug er i behandling for misbruget, og det påpeges, at dette er ensbetydende med en markant underbehandling. Det konkluderes, at bedre sammenhæng og kontinuitet mellem den psykiatriske behandling og misbrugsbehandlingen også for disse patienter er vigtig.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2011 rapporten *Psykisk syge kriminelles forløb 2005-2009*³⁰², der vedrører en undersøgelse af 50 behandlingsforløb for personer, der blev idømt en foranstaltning for alvorlig personfarlig kriminalitet, og som inden for 6 måneder før det strafbare forhold fandt sted, havde været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem.

Der blev i de undersøgte sager fundet en række gennemgående problemstillinger vedrørende tilbuddene til psykisk syge, dels inden for de enkelte instanser, dels vedrørende samarbejde og koordination mellem de involverede instanser.

Det fremgår bl.a. af rapporten, at sagerne viste, at det ofte var uklart hvad ansvarsforholdet for borgeres videre behandlingsforløb var i forbindelse med overlevering fra den stationære behandlingspsykiatri til distriktspsykiatri, opfølgning ved egen læge, et bosted eller anden anbringelse, samt at der i forhold til opfølgningen på den psykiatriske behandling i mange sager ikke var udarbejdet udskrivningsaftaler og koordinationsplaner³⁰³, at den psykiatriske behandling ikke blev fulgt op i ambulant regi efter udskrivning, samt at socialpsykiatriske botilbud manglede viden om patientens behandlingsplan. I mange sager var der også uklarhed om grænsen mellem personalets omsorgspligt og borgerens selvbestemmelse. Derudover var borgere med meget alvorlige psykiske lidelser efter ganske kort indlæggelse blevet udskrevet og visiteret til bosteder, som ikke havde tilstrækkelig mulighed for eller kompetence til at imødekomme patientens behov for behandling og støtte. I mange tilfælde havde bostedets personale ikke nogen form for sundhedsfaglig eller psykiatrisk kompetence til rådighed i hverdagen.

302 Sundhedsstyrelsen. 2010. *Psykisk syge kriminelles forløb, 2005-2009*. <http://www.sst.dk/publ/Publ2011/EFT/Psykiatri/PsykiskSygeKrimForloeb2005-2009.pdf>

303 Når en borger udskrives fra psykiatrisk sygehus, kan det være nødvendigt at indgå en udskrivningsaftale mellem borgeren og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til borgeren. Aftalen giver parterne mulighed for at udveksle oplysninger og på den måde søge at holde borgeren i behandling. Det er overlægen, der er ansvarlig for at der indgås en udskrivningsaftale, og det skal ske i de tilfælde, hvor borgeren efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige, jf. psykiatrilovens § 13a. Såfremt borgeren ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale skal der opstilles en koordinationsplan, jf. § 13 b i psykiatriloven.

Med hensyn til samarbejde og koordination mellem forskellige instanser blev der bl.a. peget på en uklar ansvars- og arbejdsfordeling mellem region og kommune, væsentligt tab af viden ved skift mellem instanser – f.eks. sygehus og botilbud, manglende fokus i de kommunale handleplaner på borgerens fortsatte behandlingsbehov mv. Der blev også peget på, at reglerne vedrørende tavshedspligt i nogle tilfælde var blevet misforstået, og i nogle tilfælde er der ukendskab til, at der kan være pligt til at videregive oplysninger om en patient uden samtykke ved udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, jf. psykiatrilovens § 13c.

I rapporten anbefales det bl.a., at de psykiatriske afdelinger og distriktpsychiatrien udarbejder behandlingsplaner, samt at der ved udskrivelse af patienter gives instruktion til personale på de sociale tilbud om, i hvilke situationer der skal rettes henvendelse til den behandlingsansvarlige læge. Endvidere anbefales en øget opmærksomhed på at få udarbejdet udskrivningsaftaler og koordinationsplaner til de retspsykiatriske patienter. Det anbefales videre, at kommunerne sikrer, at de borgere, som har alvorlige, komplekse eller vanskeligt behandlelige psykiske lidelser visiteres til bosteder m.v., hvor der er personale, der har viden om psykisk lidelse, at patienter med alvorlig psykisk sygdom ikke uden videre opfølgning eller kontakt til den behandlingsansvarlige læge afsluttes at de praktiserende læger får mere støtte fra den regionale psykiatri, f.eks. i form af en formaliseret supervisionsordning, samt at anklagemyndigheden og de sociale myndigheder har øget opmærksomhed på at søge psykiatrisk bistand med henblik på undersøgelse af personer, der har gentagne domme og evt. påfaldende adfærd.

En del af anbefalingerne fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om den behandlingsansvarlige overlæges ansvar i forhold til samarbejde mellem sektorerne³⁰⁴.

9.3

Vurdering og forslag

Som det fremgår, tilhører retspsykiatriske patienter gruppen af mennesker med komplekse problemstillinger, hvor en koordineret og sammenhængende indsats er særlig vigtig.

I flere sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner er der fokus på samarbejdet om mennesker med psykiske lidelser, der har en behandlingsdom og er i risiko for at begå kriminalitet, samt borgere med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug³⁰⁵.

Antallet af udarbejdede koordinationsplaner og udskrivningsaftaler er steget³⁰⁶. I 2007 blev der på landsplan udarbejdet 147 udskrivningsplaner, i 2012 var det steget til 460. I 2007 blev der udarbejdet 37 koordinationsplaner, i 2012 var det steget til 297.

Udvalget lægger vægt på, at indsatsen for retspsykiatriske patienter beskrives i sundhedsaftalerne og samtidigt omfattes af de redskaber, udvalget generelt har beskrevet i forhold til indsatsen for borgere, hvis forløb kræver involvering af flere faggrupper og flere myndigheder, dvs. forløbsbeskrivelser, integreret samarbejdsmodel, tværfaglige teams og koordinationsfunktion, som nævnt i afsnit 7.2 og 7.3. Men også et fortsat fokus på brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i medfør af

304 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulans psykiatrisk behandling*. Vejledning nr. 9614 af 8. november 2010.

305 Se bl.a. <http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/Sygdom+og+behandling/Kommunesamarbejde/Sundhedsaftaler/>

306 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2012. *Evaluering af kommunalreformen på psykiatriområdet*.

psykiatriloven for denne patientgruppe vil bidrage til sammenhæng i den behandlende og rehabiliterende indsats mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats.

Samtidig bør det etablerede samarbejde i PSP-regi have høj prioritet i den forebyggende indsats for mennesker med psykisk lidelse, sociale problemstillinger, risiko for at begå kriminalitet og – for en stor dels vedkommende – et misbrug.

Som nævnt vides det ikke, hvad stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter skyldes og dermed heller ikke, hvorledes den gennem forebyggelse og behandling bedst vendes. En række af problemstillingerne på det retspsykiatriske område kræver efter udvalgets vurdering således et arbejde hvor relevante ministerier, organisationer mv. følger op med henblik på fremtidig sikring af viden som grundlag for en forebyggelses- og behandlingsindsats, der virker.

I forhold til foranstaltningsdomme har udvalget drøftet spørgsmålet om forholdet mellem en kriminel handlings alvorlighed og den foranstaltning, der idømmes. Det er vigtigt, at der er proportionalitet mellem den kriminelle handling og sanktionen.

Forslag

For at sikre en tilstrækkelig forebyggelse, behandling og opfølgning i retspsykiatrien og med henblik på at få afdækket viden om årsagerne til udviklingen i retspsykiatrien anbefaler udvalget, at:

- **Udviklingen på det retspsykiatriske område skal løbende monitoreres til brug for tilrettelæggelse af den forebyggende, behandlende og opfølgende indsats.** Monitoreringen skal bidrage med viden om, hvordan indsatsen kan tilrettelægges forebyggende for borgere med psykiske lidelser i risiko for at begå kriminalitet samt viden om tilrettelægges af indsatser, der sikrer tilstrækkelig behandling og opfølgning for retspsykiatriske patienter. Herudover undersøges lovgivningen, og rammerne for fastsættelse af sanktioner, klagemuligheder, øget tilsyn med det lægefaglige skøn og mulighederne for at reducere antallet af borgere, der idømmes en retspsykiatrisk foranstaltning. Endelig undersøges det, om intentionen med lovgivningen bliver efterlevet, herunder i forhold til proportionalitet mellem den kriminelle handling og sanktionen.
- **Kommuner og regioner opfordres til at have fokus på en tidlig og tilstrækkelig indsats med henblik på forebyggelse af kriminalitet f.eks. ved hjælp af en sund arbejdskultur og udvikling af kompetencer med henblik på at forebygge voldsepisoder og håndtere konflikter.** Regioner og kommuner opfordres til at sætte fokus på, at relevante medarbejdere i den regionale psykiatri, herunder retspsykiatrien, og i kommunen, f.eks. på bosteder, har de rette kompetencer og mulighed for opbakning i tilspidsede situationer.
- **Relevant personale informeres om reglerne vedrørende arbejdsskade- og voldsoffererstatning.**

10

Inddragelse af borgere, pårørende og civilsamfund

Pejlemærker for indsatsen

- Fokus på borgerens egne ressourcer, ønsker og behov. Udgangspunktet er, at borgeren kan komme sig og få et godt og aktivt liv.
- Forpligtende og systematisk fokus på pårørende som en ressource samt fokus på pårørendes vilkår og betingelser.
- Inddragelse af brugere og pårørende som en grundlæggende del af en inddragende, åben og moderne psykiatri.
- Udbredelse af metoder til aktiv borger- og pårørendeinddragelse i indsatsen og i alle sektorer. Ledelsesmæssigt fokus på aktiv borger- og pårørendeinddragelse i indsatsen.
- Brug af peer to peer (medarbejdere med brugerbaggrund) i indsatsen.
- Øget inddragelse af frivillige organisationer og foreninger i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Etablering af partnerskaber med frivillige foreninger og organisationer i indsatsen.

Inddragelse af borgeren i indsatsen er afgørende i forhold til at sikre, at borgerens selvbestemmelse respekteres, men også i forhold til at understøtte, at den samlede indsats planlægges med udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer, og dermed understøtter den enkeltes recoveryproces. Indsatsen skal i videst muligt omfang bygge på inddragelse af og dialog med den enkelte samt respekt for den enkeltes ønsker og behov.

Dette betyder også, at den enkelte skal have øget indflydelse på tilrettelæggelse af indsatsen. Projektet med brugerstyrede senge er et godt eksempel på, at man organi

satorisk har sikret rammerne for øget grad af inddragelse og selvbestemmelse og fokus på, at borgeren selv har ressourcer til at træffe valg.

Derudover skal udgangspunktet for synet på de pårørende være, at de er værdifulde samarbejdspartnere og en væsentlig ressource og støtte i forhold til den enkeltes muligheder for at komme sig helt eller mest muligt. Indsatsen skal bygge på åbenhed, herunder inddragelse, dialog og samarbejde, både med den enkelte og med dennes pårørende. Inddragelsen af pårørende bør i alle dele af indsatsen ske med afsæt i den enkelte patients ønsker og behov.

BOKS 13

Begrebet pårørende

Begrebet pårørende skal i denne sammenhæng tænkes bredt. I sundhedsloven anvendes en bred pårørendedefinition, hvor det retlige familieforhold ikke er afgørende. Også en person, som borgeren er nært knyttet til, vil i det konkrete tilfælde kunne anses for nærmeste pårørende. Pårørendes relation til den syge, karakteren (belastningen, tætheden, relationstype) samt hvilken livsfase, den pårørende befinder sig i, har således indflydelse på den pårørendes situation og rolleopfattelse.

Det fordrer personalets aktive og opsøgende interesse for pårørendes livsbetingelser og vilkår, hvis pårørende skal have mulighed for at udfylde rollen som en ressource og samarbejdspartner i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Der skal øget opmærksomhed på at imødekomme pårørendes behov for hjælp, støtte, kontakt, information og vejledning. Det kræver ikke blot interesse, men også kompetencer at inddrage pårørende i en ressourceorienteret netværkstilgang som f.eks. Åben Dialog.

Derudover kan inddragelse af frivillige foreninger og frivillige organisationer udgøre en vigtig og væsentlig ressource i recoveryprocessen for mennesker med psykiske lidelser/ problemstillinger og for deres pårørendes vilkår og muligheder. Det gælder både frivillige organisationer, hvis aktiviteter retter sig mod målgruppen, f.eks. patientforeninger, og de frivillige som samles om en fælles interesse for f.eks. sport, kultur, politik m.m. Civilsamfundet og frivillige indsatser udmærker sig ved at kunne noget andet end det offentlige, herunder i forhold til at skabe 'myndighedsfri' sociale relationer mellem borgere, rummelighed i forhold til sårbare grupper, netværksskabelse og etablering af fællesskaber på tværs af baggrund osv. Derfor er også civilsamfundet en væsentlig samarbejdspartner i indsatsen både i forhold til konkret støtte, men også i forhold til afstigmatisering og inklusion generelt i samfundet.

I dette kapitel vurderes mulighederne for at styrke aktiv borger- og pårørendeinddragelse i den konkrete indsats for mennesker med psykiske lidelser og mulighederne for at inddrage civilsamfundet i højere grad i indsatsen.

10.1

Borgerinddragelse

Både danske projekter og større udenlandske undersøgelser har vist, at inddragelse af borgeren er med til at skabe god kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Bedre informerede borgere udviser bedre efterlevelse af behandling, større

tilfredshed med behandlingen samt bedre behandlingsresultater, og mennesker, som har en opfattelse af at have begivenhederne under egen kontrol, responderer bedre på behandling³⁰⁷. Derudover kan inddragelse af borgerens egne ressourcer i indsatsen, f.eks. i forhold til sygdomshåndtering, være med til at forbedre borgeres mulighed for at handle i eget liv og dermed understøtte recovery. Borgerinddragelse er derfor væsentligt i forhold til at forbedre kvaliteten i den faglige indsats og understøtte borgerens recovery.

BOKS 14

Begrebet borgerinddragelse

WHO definerer borgerinddragelse således:

En proces, gennem hvilken borgerne bliver i stand til aktivt og reelt at involvere sig i at definere hvilke områder, der har interesse for dem, at tage beslutning om hvilke faktorer, der har indflydelse på deres liv, at formulere og implementere politikker, at planlægge, udvikle og udføre indsatser og aktiviteter samt at tage initiativer til at opnå forandring³⁰⁸

Af ovenstående definition fremgår det således, at borgerinddragelse skal ses på to niveauer:

1. *Individniveau*: Individuel borgerinddragelse er borgerens inddragelse og indflydelse på eget forløb i det konkrete møde med professionelle. Det er videndeling mellem borgeren og fagprofessionelle, så man sikrer, at der bliver lyttet til borgerens ønsker, behov og kendskab til egen situation, og at denne viden bliver anvendt i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Denne form for inddragelse giver borgeren mulighed for at få indflydelse i beslutninger omkring eget forløb samt mulighed for at kunne handle aktivt i forhold til behandling og håndtering af egen sygdom. De organisatoriske rammer skal understøtte, at borgeren/pårørende i højere grad får indflydelse og medbestemmelse.
2. *Samfunds niveau (organisatorisk)*: Det vil sige borgernes mulighed for at få indflydelse på organisering og udvikling af de offentlige tilbud både på regionalt og kommunalt niveau. Borgere og pårørende indtager en aktiv rolle og indgår i samarbejdet om kontinuerligt at forbedre kulturen, fagligheden og indsatserne. Dette kan ske ved at etablere nye arenaer og muligheder for aktiv borger- og pårørendeinddragelse på både individuelt og organisatorisk niveau.

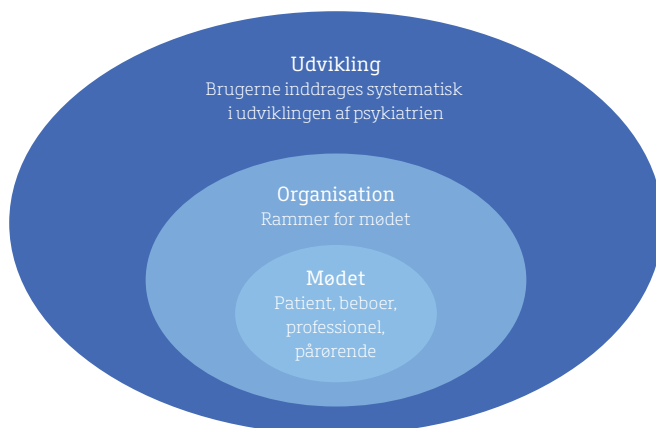
Nedenstående figur viser de forskellige niveauer for borgerinddragelse, der dels vedrører at udvikle indsatser, få skabt rammerne for aktiv borgerinddragelse og det konkrete møde mellem borger og professionelle.

307 Sundhedsstyrelsen. 2008. *Patientinddragelse – Mellem Ideal og Virkelighed*.

308 Sundhedsstyrelsen. 2004. *Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme*.

FIGUR 4

Borgerinddragelse i udvikling, i organisation og i mødet



10.1.1

Rammer for borgerinddragelse

I forhold til inddragelse på individniveau er der i lovgivning på både sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet sat rammer herfor. På sundhedsområdet er der først og fremmest tale om sundhedslovens regler om patientens medinddragelse i beslutninger. Det følger af disse regler, at behandling som hovedregel ikke kan indledes eller fortsættes uden borgerens informerede samtykke.

I forhold til borgerinddragelse i det konkrete forløb fremgår det af psykiatriloven, at overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for alle borgere, der indlægges på psykiatrisk afdeling. Overlægen har endvidere ansvaret for, at borgeren vejledes om planens indhold, samt at borgerens samtykke til dens gennemførelse til stadighed søges opnået. Derudover har borgeren krav på at få en kopi af behandlingsplanen.

Formålet med bestemmelsen er at have dialog med borgeren om behandlingsplanen og dermed øge mulighederne for borgerens samtykke til planen.

Endvidere fremgår det af vejledningen til psykiatriloven, at borgeren har mulighed for at afgive forhåndstilkendegivelser. Dvs., at borgeren har ret til forud for og i forbindelse med indlæggelsen at fremsætte sine personlige ønsker med hensyn til behandlingens form og indhold³⁰⁹.

Som udgangspunkt har mennesker med psykiske lidelser frit sygehusvalg på lige fod med somatiske patienter, dog kan adgangen til at vælge ifølge sundhedsloven begrænses, hvis hensynet til den pågældende taler herfor.

309 Vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger.

På samfundsniveau er sundhedslovens generelle regel om, at regioner og kommuner i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med borgerne skal sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde³¹⁰. Med den seneste ændring af sundhedsloven skal regionerne herudover etablere et patientinddragelsesudvalg, som systematisk og i relevant omfang inddrages i drøftelser om tilrettelæggelse og samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet og tilgrænsende områder. Patientinddragelsesudvalget skal bestå af repræsentanter fra patient- og pårørendeorganisationer på både det somatiske og det psykiatriske område. Patientinddragelsesudvalget skal inddrages i de drøftelser, som føres i sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget.

I henhold til lovgivning på socialområdet skal kommunerne sørge for, at borgere, der får et tilbud (social indsats) efter Lov om social service, får mulighed for at få indflydelse på tilrettelæggelsen og udnyttelsen af tilbuddene. Kommunalbestyrelsen fastsætter skriftlige retningslinjer for brugerindflydelsen, jf. SEL § 16. Derudover skal kommunen samarbejde med frivillige sociale organisationer og foreninger samt afsætte et årligt beløb til støtte af frivillig social indsats (SEL § 18). Rammerne for samarbejdet fastlægges af den enkelte kommunalbestyrelse. På børne- og ungeområdet er inddragelse af barnet eller den unges familie og/eller det nære miljø en helt central del af den sociale indsats, som bygger på en helhedsorienteret tilgang til barnet eller den unge. I kapitel 8 beskrives, hvordan inddragelse af pårørende understøtter kvaliteten af den sociale indsats for udsatte børn og unge.

Borgerens rettigheder og indflydelse, når de sociale myndigheder behandler sager, reguleres i Lov om retssikkerhed. Heraf fremgår det, at borgeren skal have mulighed for at medvirke ved behandlingen af sin sag, og at kommunen tilrettelægger behandlingen af sagerne på en sådan måde, at borgeren kan udnytte denne mulighed, jf. retssikkerhedsloven § 4. Bestemmelsen gælder endvidere på beskæftigelsesområdet.

Der er endvidere fremlagt forskellige udspil til en øget inddragelse af borgere og pårørende fra regeringen, regioner og kommuner. Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL og Danske Patienter har i 2013 udarbejdet en vision for borgerinddragelse. Af regeringens sundhedspolitiske udspil³¹¹ fremgår det, at regeringen vil indgå partnerskaber med patientforeninger og afsætte 20 mio. kr. til en strategi for inddragelse af borgere og pårørende.

På det regionale niveau har Danske Regioner i februar 2013 udarbejdet et udspil, "Patienten som Partner", som indeholder konkrete initiativer til en styrket patientinddragelse i sundhedsvæsenet. Udspillet sætter fokus på, at kultur og organisering i sundhedsvæsenet skal omlægges, så systemet bedre kan leve op til borgernes ønsker og forventninger om at blive hørt og inddraget. Det skal bl.a. ske gennem øget fokus på IT og telemedicinske løsninger og udvikling af konkrete redskaber, der kan fremme fælles beslutninger, dialog og borgernes feedback til sundhedsvæsenet.

På det kommunale niveau har KL i sit socialpolitiske udspil "Investeringer før det sker" opfordret til nytænkning i forhold til inddragelse, involvering og samskabelse med borgere på socialområdet. Udgangspunktet i strategien er, at borgeren er ekspert i eget liv, og der sættes fokus på, hvordan der kan skabes et bedre samspil mellem kommunerne, borgeren, netværket og civilsamfundet, bl.a. ved brug af velfærdsteknologiske løsninger.

310 Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr.913 af 13. juli 2010.

311 Regeringen. 2013. *Mere borger mindre patient – Et stærkt fælles sundhedsvæsen*.

Også inden for beskæftigelsesområdet er der sat organisatoriske rammer for øget borgerinddragelse. Et eksempel på øget borgerindflydelse i beskæftigelsesindsatsen ses i den aftalte kontanthjælpsreform fra juni 2013, hvor der f.eks. er taget konkrete tiltag for at øge borgernes indflydelse på deres egen sag. Der er som en del af reformen iværksat et forsøg i 2014, som inddrager viden om empowerment, og som derigennem skal understøtte jobcentrenes arbejde med at sikre borgeren indflydelse på sin egen situation. Et andet eksempel er, at borgeren skal deltage i rehabiliteringsteamets møder og efterfølgende inddrages ved udarbejdelse af rehabiliteringsplan, så borgerens medejerskab til planlagte ressourceforløb sikres.

Der er således både politisk og på forvaltningsmæssigt niveau sat fokus på styrket borgerinddragelse. I disse initiativer bør inddragelse på det psykiatriske område indgå ligeværdigt.

10.1.2

Muligheder for øget inddragelse af borgeren

Kortlægningen af indsatsen i regioner og kommuner viser, at der er en udvikling i gang mod øget fokus på borgerinddragelse og øget fokus på at understøtte recovery³¹². Der er i såvel regioner som kommuner udviklet politikker for borgerinddragelse. Der er dog stor lokal variation mellem kommuner og regioner i anvendelse af metoder, tilbud m.m.

Det er vurderingen, at udviklingen hen mod en recovery-vision med aktiv borgerinddragelse og øget fokus på borgerens ressourcer vil betyde en kulturændring og ændring i praksis. Det vil, jf. kapitel 5 om ramme og retning for indsatsen, forudsætte klar prioritering og vilje fra det politiske og ledelsesmæssige niveau og indretning af strukturer og administrative rammer, der understøtter recovery.

I forhold til at indfri visionen om aktiv inddragelse af borgeren herunder pårørende er det vurderingen, at det vil betyde ændret praksis i forhold til inddragelse af borgere i udvikling af tilbud, ændret praksis i forhold til organiseringen af tilbud og ændringer i praksis i det konkrete møde med borgeren, jf. figur 3.

I forhold til *involvering af borgere i udvikling af tilbud* vil det betyde en højere grad af inddragelse af borgere, f.eks. i forbindelse med det løbende planlægningsarbejde. Som et eksempel har Vejle Kommune etableret et Borger- og Netværksråd, hvor flere interesseorganisationer er repræsenteret. Borger- og Netværksrådet er et rådgivende og debatskabende forum, som forholder sig til den sociale, psykiatriske indsats i Vejle Kommune. Flere kommuner har styrket borgerinvolveringen i enten det strategiske eller praktiske arbejde i forhold til deres sociale indsats på psykiatriområdet. Med henblik på at forbedre både arbejdsmiljøet og kvaliteten i relationsarbejdet pågår der f.eks. i flere af landets kommuner bestræbelser på at øge den såkaldte resonans eller samklang mellem borger og kontaktperson ved hjælp af matching mellem borgeren og kontaktpersonen, hvor borgeren i høj grad har indflydelse på valg af kontakt- eller støtteperson³¹³.

Det kan også betyde, at borgere involveres, når en psykiatrisk afdeling udvikler en patient/pårørende politik. I projekt "Pårørende i Psykiatrien" er der gode erfaringer med

312 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder*.

313 Socialt Udviklingscenter SUS. <http://www.sus.dk/projekter/matching-som-metode/>
Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/udgivelser/bladet/2007/nr.-3-tema-lov-og-praksis/valg-af-egen-kontaktperson>

at inddrage borgerne i udviklingen af politikken. Projektet handlede bl.a. om at få tænkt pårørende ind i psykiatriens normale arbejdsgange, så de kunne indgå som en ressource og hjælpe personalet til at se borgeren i et helhedsperspektiv.

I forhold til *organisatorisk niveau* vil det betyde, at organiseringen i højere grad understøtter, at borgeren inddrages i mødet med de professionelle, og at der dermed skabes betingelser for øget indflydelse på eget forløb. I reformen om førtidspension og fleksjob er det f.eks. besluttet, at borgeren skal inddrages i forberedelsen af sagen til forelæggelse for rehabiliteringsteamet, deltage i mødet i teamet og inddrages i tilrettelæggelse af ressourceforløb.

Det kan også betyde, at behandlingstilbuddene tilrettelægges mere fleksibelt efter borgerens behov og understøtter øget selvbestemmelse.

BOKS 15

Brugerstyrede senge

Med satspuljeaftalen for 2013-2016 er der afsat midler til etablering af 21 brugerstyrede senge fordelt i alle regioner. Initiativet er igangsat på baggrund af gode erfaringer fra Norge med såkaldte "brugerstyrede senge", hvor visiterede patienter på eget initiativ kan lade sig indlægge i kortere tid og på den måde forebygge, at sygdommen forværres med evt. behov for beroligende medicin eller tvangsforanstaltninger til følge. Formålet med initiativet er bl.a. at styrke patientens autonomi, sikre bedre patient- og pårørendeoplevelse og nedbringe anvendelsen af tvang.

Hvis recovery og aktiv borgerinddragelse for alvor skal blive implementeret, er der endvidere behov for at rette fokus på hverdagens møder og interaktioner. Det er i det konkrete møde med borgeren, at personalet skal sikre inddragelse, dialog og fokus på borgerens egne ressourcer.

Det er i høj grad en ledelsesmæssig opgave at sikre en kultur, hvor borgere ses som en samarbejdspartner og fra start inddrages som en ligeværdig partner i forløbet. En sådan kultur vil derfor kræve lederskab fra direktionniveau såvel som fra mellemliderniveau og fra praktikerne, der dagligt behandler og støtter patienterne. I erkendelsen af, at det kan være svært for systemer at omstille sig, har man i flere lande begyndt at inddrage tidligere brugere af psykiatrien mere systematisk i tilbuddene. "Peer-worker's" eller "medarbejdere med brugererfaring", som kan være agenter for øget fokus på borgerens ressourcer, ønsker og behov.

Af den seneste landsdækkende undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien (LUP-psykiatri), som blev offentliggjort den 30. april 2013, fremgår det, at mellem 90 og 95 pct. af borgerne svarer positivt i forhold til deres samlede oplevelse af forløbet i psykiatrien, herunder at borgerne generelt set føler sig tilstrækkeligt inddraget i eget behandlingsforløb.

Det er en positiv udvikling. Det er dog vurderingen, at der fortsat vil være behov for udbredelse af inddragelsesmetoder og inddragelsesformer, der kan understøtte aktiv borgerinddragelse, herunder øget fokus på recovery.

I det følgende afsnit gennemgås forskellige metoder til aktiv borgerinddragelse i det konkrete møde.

Fælles Beslutningstagen

En af de konkrete metoder til inddragelse af borgeren, er metoden Fælles Beslutningstagen (shared decision making). Fælles Beslutningstagen er en behandlingsbeslutningsmodel, der foreskriver, hvordan beslutninger bør træffes. Formålet er, at skabe grundlag for, at mennesker med en behandlingskrævende sygdom aktivt kan bidrage til og øve indflydelse på behandlingsmæssige beslutninger. Fælles Beslutningstagnin sigter mod at etablere et partnerskab mellem behandler og borger. Det vil bl.a. sige, at behandler og borger gennem dialog skal finde frem til, hvilken behandling der er bedst, og hvilken behandling der skal gennemføres. Udveksling af viden og information er en af de vigtigste forudsætninger for at kunne gennemføre modellen om Fælles Beslutningstagnin.

Undersøgelser af Fælles Beslutningstagen viser, at det gør borgerne mere tilfredse med beslutningen om deres behandling og mere aktive i forbindelse med behandlingen³¹⁴.

Der findes forskellige værktøjer på forskellige niveauer i forhold til at kunne praktisere Fælles Beslutningstagen. Værktøjerne strækker sig fra almindelig konsensus om, hvad der er god praksis mht. information og tilvejebringelse af dialog over specifikke retningslinjer for borgerdeltagelse til brug af konkrete redskaber (decision aids). De konkrete redskaber udformes, så de er umiddelbart anvendelige for borgeren, der med brug af dem kan klæde sig selv på til dialog, indflydelse og beslutningstagen. De består bl.a. af skemaer og i nogle tilfælde af web-baserede procedurer, der muliggør en forudgående interaktion³¹⁵. For at fælles beslutningstagen skal fungere, bør der udvikles redskaber, som støtter personalet i klinikker i at anvende fælles beslutningstagen, f.eks. dialogguide.

Sprog og journal

Som en del af Fælles Beslutningstagen ligger også en præmis om, at fagpersonalet informerer i et sprog, som er tilpasset borgeren.

Derudover kan adgang til oplysninger, herunder fra egen journal, være et vigtigt redskab for borgeren i forhold til at opleve indsigt i og "kontrol" over eget sygdomsforløb. En forudsætning herfor er, at der sker en kvalitetssikring af journalskrivningen, således at beskrivelserne er forståelige og genkendelige for borgeren.

I forlængelse heraf kan de enkelte afdelingsledelser opstille en lokal instruks for foretagelsen af journalføringen og sikre, at en sådan instruks om indholdet af journalføringen så vidt det er muligt afspejler og understøtter den ret, som patienterne allerede har ved anmodning om aktindsigt i journalerne – nemlig at hvis der er grund til at antage, at borgeren har behov for hjælp til at forstå oplysningerne i journalen, så skal der tilbydes hjælp og vejledning.

Inden for de gældende regler har borgeren mulighed for at få indført tilføjelser i journalen efter anmodning. Et sådant ønske kan imødekommes ved et større fokus på og udnyttelse af mulighederne for, at borgeren kan få foretaget tilføjelser til journalen. For at denne mulighed skal være reel, bør der fra afdelingsledelsernes/ lægens side være fokus på journalens kvalitet, således at beskrivelserne er forståelige og genkendelige for borgeren.

Det vil dog være i overensstemmelse med god forvaltningskik og det offentliges

314 Sundhedsstyrelsen. 2008. *Patientinddragelse – mellem ideal og virkelighed*

315 Eplov L. 2011. *Et liv i bevægelse, en helhedsorienteret psykiatri-indsats med den sindslidende i centrum. Helsefondens prisopgave.*

forpligtelse til at behandle borgerne hensynsfuldt, at læger mv. i det offentlige sygehushæsen efterkommer saglige anmodninger fra borgere om at få foretaget en tilføjelse til journalen. Det kan eksempelvis være et ønske om at føje til journalen, at han/hun er uenig i den stillede diagnose og hvad dette begrundes med.

De grundlæggende patientretlige principper i sundhedsloven understøtter, at sundhedspersoner i både det offentlige og private som udgangspunkt skal imødekomme en borgers ønske om at få foretaget tilføjelser til journalen. I den henseende må der lægges vægt på hensynet til borgerens værdighed, integritet og selvbestemmelsesret, men også at dette må anses for at være med til at fremme tillidsforholdet mellem borgeren og sundhedspersonalet, ligesom tilføjelserne kan indgå som en integreret del af sundhedspersonernes vurdering af den aktuelle og evt. fremtidige behandling.

Journalen er dog først og fremmest et arbejdsredskab for de sundhedspersoner, som deltager i behandlingen, og borgeren har derfor ikke ubetinget krav på at få indflydelse på sundhedspersonernes journalføring. Det skal ske i balance i forhold til andre grundlæggende krav til journalen som arbejdsredskab – herunder krav om overskuelighed, praktisk anvendelighed i den kliniske hverdag osv. I praksis skal den ansvarlige sundhedsperson skønne ud fra kontakten med borgeren, hvilke oplysninger, som bør tilføjes journalen. I sidste ende kan et sådant skøn påklages til Patientombuddet, hvis borgeren mener, at der er sket en utilstrækkelig eller forkert journalføring.

Ud over den nævnte ret til tilføjelser i journalen anbefales, at de enkelte sygehuse mv. desuden indretter deres journalsystem, så eventuelle bemærkninger fra borgere kan indføres i sin helhed i journalen, men således at disse bemærkninger samles i en separat del af journalen for at sikre dennes overskuelighed.

Derudover er der udviklet og skabt erfaring med forskellige redskaber og muligheder for dialog og feedback mellem borgere, pårørende og sundhedsvæsenet i form af dagbøger, dialogmøder mv. – redskaber som hjælper borgere med at få stillet de spørgsmål, som ligger dem på sinde. Udviklingen af nye informationsteknologier, bl.a. i Sundhed.dk, giver flere muligheder for at styrke borgerens viden og oplevelse af et forløb og systematiske muligheder for at give og anvende feedback i forhold til indsatserne.

PCOMS og WRAP

I den kommunale indsats kan metoden Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) anvendes til at sikre dialog og feedback mellem borger og sagsbehandler. I Lyngby-Taarbæk Kommune anvendes PCOMS, der måler borgerens oplevelse af effekten af en indsats og borgerens oplevelse af samarbejdsrelationen til den professionelle. Med udgangspunkt i sådanne målinger kan der skabes et relevant match mellem den enkelte borger og den ydede indsats³¹⁶. Også Wellness Recovery Action Planning (WRAP), der er et undervisningsbaseret selvhjælpsprogram, hvor borgeren med sindslidelse arbejder med at afdække "personlige trivselsressourcer" og så arbejder med at bruge disse aktivt i sit hverdagsliv, øger borgerens mulighed for at deltage i beslutningsprocesser. Programmet oversættes oftest med "personlig arbejdsbog". Forløbet bygger på undervisning fra ligesindede instruktører og har vist sig at reducere angst og depression samt øge den selvoplevede recovery³¹⁷.

316 Socialstyrelsen. 2013. *Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser, der virker.*

317 Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/metoder-og-tilgange/metoder-og-tilgange#wellness-recovery-action-planning--wrap>

Medicinpædagogik

Medicinpædagogik er en metode til selv at tage ansvar for egen behandling og er målrettet borgerens anvendelse af medicin. Medicinpædagogik drejer sig om at støtte en proces, hvor brugen af medicin bliver et middel til at komme sig, frem for et mål i sig selv. Det vil sige, at der i det medicinpædagogiske arbejde er fokus på at støtte en proces, hvor borgeren anvender medicin på en måde, der giver mulighed for at leve et godt hverdagsliv på egne betingelser, og hvor brugen af medicin bliver en hjælp til at kunne opnå egne mål for tilværelsen³¹⁸.

Åben Dialog og netværksbaseret behandling

Åben Dialog og netværksbaseret behandling er eksempler på tilgange, som forudsætter, at behandling af mennesker med sindslidelser sker på en aktiv, inkluderende, ligeværds- og dialogbaseret måde, og at mødet mellem borger, netværk og behandler skal ske tidligt i behandlingsforløbet og i øjenhøjde med borgeren.

Behandlingen og indsatsen består primært i samtaleterapi, herunder reflekterende samtale med borgeren og dennes netværk, men der inddrages også andre former for mere traditionel behandling, herunder medicinsk behandling. Behandlerne stiller deres viden til rådighed for borgeren, men det er borgeren, der træffer beslutningen sammen med dennes netværk og behandlerteamet³¹⁹. Åben Dialog kan både anvendes i den regionale indsats og i den kommunale indsats samt som fælles metode.

SFI har foretaget en systematisk litteraturgennemgang af Åben Dialog³²⁰. SFI finder, at brugen af Åben Dialog kan medvirke til færre sengedage, færre psykotiske symptomer og nedsættelse i brugen af antipsykotisk medicin, samt flere i arbejde. Der er dog fortsat behov for mere viden og klarere evidens for brugen af Åben Dialog.

I en dansk kontekst er der stor interesse for brug af metoden, der bl.a. anvendes i Herning Kommune (Skiftesporet), Odsherred Kommune, i hospitalspsykiatrien i Svendborg, i ungdomspsykiatrien i Sønderjylland og som en del af Sundhedsstyrelsens satspuljeprosjekt for "Den gode psykiatriske afdeling" i Distrikt Køge i Region Sjælland³²¹.

10.1.3

Fokus på borgerens egne ressourcer

Forskning dokumenterer, at inddragelse og understøttelse af borgerens egne ressourcer til egenmestring af symptomer kan understøtte borgerens recovery³²².

Psykoedukation er betegnelsen for systematisk undervisning af borgere og/eller pårørende i emner relateret til konkrete psykiske lidelser. Formålet er, at borgeren opnår øget forståelse af symptomer, forløb samt årsagssammenhænge og formår at samarbejde med pårørende og behandlere om at opnå så gode livsvilkår som muligt. Psykoedukation af borgeren og dennes netværk reducerer tilbagefald og genindlæggelse³²³.

318 Socialstyrelsen. <http://medicinpaedagogik.socialstyrelsen.dk/desktop/pdf/medicinpaedagogik/Informationsark.pdf>

319 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

320 SFI. 2012. *Integreret indsats i forhold til mennesker med psykiske lidelser.*

321 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

322 Arbejdsgruppe 2 under psykiatriudvalget. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – Udvikling i diagnoser og behandlingsmuligheder.*

323 Den Svenske Socialstyrelse / Centrum for Evidensbaserede Psykosociale Indsatser (CEPI). 2011.

Komitéen for Sundhedsoplysning har som en del af udmøntningen på satspuljeaftalen fra 2011 til 2014 udviklet et "lær og leve program" for mennesker med angst og depression³²⁴. Kurset er i 2013 blevet udbredt til 40 kommuner.

"Lær at tackle angst og depression" er målrettet borgere med symptomer på angst og/eller depression samt deres pårørende. Underviserne er frivillige og har selv erfaringer med angst og/eller depression. Kurset har en recovery-orienteret tilgang og borgerinddragelse samt hjælp til selvhjælp som omdrejningspunkt. Kurset har til formål at styrke borgernes helbred, mestring og netværk. Dette gøres ved, at man arbejder med at øge deltageres self-efficacy og kompetencer i forhold til at tage vare på eget liv og mentale samt fysiske sundhed. Dermed opnår borgeren mere kontrol og indflydelse på eget liv. Efter kurset mødes kursisterne i et netværk. Erfaringerne viser, at kun 2-3 borgere fra hvert kursushold ikke deltager i netværket.

Kurset er en videreudvikling af et evidensbaseret kursus til borgere med langvarig fysisk sygdom, der er implementeret i 71 kommuner. En netop gennemført evaluering af en pilotafprøvning³²⁵ af "Lær at tackle angst og depression" i fire kommuner viser, at 50-70 pct. af deltagerne oplever forbedring på en række områder: Genkendelse af risikofaktorer, kognitive teknikker, problemløsning, handleplaner og håndtering af symptomer på angst og depression. 40-60 pct. er begyndt at bevæge sig mere, kommunikerer bedre med sundhedspersonale samt familie og venner og har planlagt en forebyggelsesstrategi mod tilbagefald. Kun meget få oplever ikke forbedringer på de fleste af områderne. Kursisterne udtrykker en meget høj grad af tilfredshed med instruktører, indhold og medkursister. 86 pct. vil fortælle andre, at kurset er godt.

Også IT- og telemedicinske løsninger har potentiale i forhold til at engagere borgerne i eget forløb i højere grad, f.eks. gennem selvmonitorering af symptomer. Brug af digitale løsninger som en del af psykoedukation beskrives nærmere i kapitel 12 om teknologi.

Peer-to-peer

Der er voksende forskningsmæssigt belæg for, at mennesker der har gennemlevet psykiske vanskeligheder og recoveryprocesser kan udgøre en unik og virksom ressource i indsatsen over for andre mennesker med psykiske lidelser. Internationalt omtales denne form for støtte som peer-support (støtte fra ligesindede). Støtte fra ligesindede kan opdeles i forskellige typer: (1) Selvorganiserede selvhjælpsgrupper, (2) brugerdrevne tiltag/tilbud, (3) medarbejdere med brugerbaggrund i professionelle tilbud³²⁶ og (4) bruger/professionelle partnerskaber³²⁷.

Der er forskningsmæssigt belæg for at peer-støtte i særlig grad bidrager til recovery-processen med håb, adgang til rollemodeller, erfaringsbaseret empati og adgang til erfaringsbaseret viden om mestringsstrategier³²⁸. Kvalitative såvel som kvantitative studier viser, at mennesker med brugerbaggrund kan løfte opgaven som støtteperson

324 Kursets teoretiske grundlag er baseret på teorien om self-efficacy, der er udviklet af psykolog og professor Albert Bandura. Self-efficacy handler om troen på egne evner til at gennemføre handlinger relateret til et mål. På kurset arbejdes der systematisk med at styrke borgerens tiltro til egne evner til at mestre sit liv samt mentale og fysiske sundhed.

325 COWI. 2013. *Pilottest af program for mennesker med symptomer på angst og depression. Kommiteen for sundhedsoplysning.*

326 Davidson L, et al. 2005. *Peer Support Among Individuals with severe Mental Illness: A review of the evidence.* I: Larry Davidson et al.: *Recovery From Severe Mental Illness. Research Evidence and Implications for Practice* vol 1. Boston: Centre for Psychiatric Rehabilitation

327 Walker G, Bryant W. 2013. *Peer Support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings.* *Psychiatric rehabilitation Journal*, vol.36, no.1, 28-34.

328 Davidson et al. 2012. *Peer Support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience.* *World psychiatry* 2012, 11: 123-128.

på linje med professionelt personale, og at deres indsats har samme eller bedre outcome end fagprofessionelle kollegaers³²⁹, herunder bedre evne til at nå mennesker der ellers er vanskelige at få kontakt til, reduktion i brugernes indlæggelsesgrad og indlæggelsesvarighed, reduktion af misbrug, styrkelse af sociale netværk og oplevet tilhørsforhold til lokalsamfundet, øget oplevelse af håb, trivsel og magt over egen situation mm³³⁰. Der er også forskningsmæssige indikationer på, at støtte- og selvhjælpsgrupper kan udgøre en trædesten til bredere samfundsdeltagelse – især hvis deres aktiviteter placeres blandt andre lokalsamfundsaktiviteter³³¹. Endelig peger forskningen på, at også de mennesker, der arbejder med peer-støtte, kan styrkes i deres trivsel og recoveryproces, ligesom professionelles kompetencer og tro på recovery kan styrkes af samarbejdet med medarbejdere med brugerbaggrund³³².

Af samme grund er man i mange lande begyndt at inddrage tidligere brugere af psykiatrien mere systematisk i tilbuddene. "Peer-worker's" eller "medarbejdere med brugererfaring," som det indtil videre kaldes herhjemme, har i bl.a. England, Skotland, USA og Australien vist sig at være en effektiv måde at flytte medarbejdernes syn på, hvad sindslidende kan, og dermed fremme en anden tilgang til mennesker med psykisk lidelse – med troen på, at det er muligt at komme sig. Samtidig har peer-workers vist sig afgørende for den indlagte patient, i erkendelsen af at det er muligt at komme sig, da peer-workeren netop er et eksempel på dette.

I Danmark er der gjort erfaringer med peer-støtte gennem MB uddannelsen og Skolen for Recovery. MB uddannelsen uddanner mennesker, der har en faglig relevant uddannelse og har oplevet psykisk sygdom. MB står for Mennesker med Brugerbaggrund. Uddannelse og ansættelse af mennesker med brugerbaggrund er både en jobskabelsesmodel og en måde at omsætte levede erfaringer til en erfaringsekspertise, der kan bruges i arbejdet med at understøtte andres recovery-processer inden for rammen af de professionelle tilbud.

I Lyngby-Taarbæk Kommune uddannes medarbejdere med brugererfaring (MB'ere). MB'erne har en sundhedsfaglig eller socialfaglig grunduddannelse og har desuden gennemlevet psykisk sygdom og recovery. MB'erne er særdeles værdsatte og efterspurgt som arbejdskraft i forhold til det rehabiliterende arbejde i den sociale indsats i kommunerne og i den regionale indsats.

I Region Hovedstaden ansættes medarbejdere med brugerbaggrund i psykiatrien. Til at starte med sker ansættelse af medarbejdere med brugerbaggrund som et pilotprojekt på fire døgnafsnit. Projektet evalueres inden udgangen af 2013, og der vil blive taget stilling til eventuel fremtidig udbredelse.

I kommunalt regi anvendes peer-to-peer metoden også. Herlev Kommune har udviklet et netværk af unge, som har en psykiatrisk diagnose og har gennemlevet en recovery-proces. Netværket fungerer som tilbud om personlig rådgivning i forhold til andre unge som indlægges på psykiatrisk afdeling. Bl.a. har dette netværk udarbejdet en udskrivningsguide. Randers Kommune har udviklet noget lignende, de såkaldte "frivillige følgesvende".

329 Davidson et.al. 2012. *Peer Support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience*. World psychiatry 2012, 11: 123-128 Walker G, Bryant W. 2013. *Peer Support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings*. Psychiatric rehabilitation Journal, vol.36, no.1, 28-34.

330 ibid

331 Seebohm P et.al. 2008. *Connect and Include. An exploratory study of community development and mental health. National Inclusion Programme*.

332 Seebohm P et.al. 2008. *Connect and Include. An exploratory study of community development and mental health. National Inclusion Programme*. Walker G, Bryant W. 2013. *Peer Support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings*. Psychiatric rehabilitation Journal, vol.36, no.1, 28-34.

I Københavns Kommune ansættes borgere med brugererfaring som mentorer og bliver derved et tilbud for indlagte. Disse mentorer med brugererfaring fungerer samtidig som undervisere omkring recovery i forhold til det sundhedsfaglige og socialfaglige personale. I Skolen for Recovery (udsprunget af LAP's Projekt Vendepunkter) underviser borgere, der er kommet sig, andre borgere, som er i en recoveryproces.

Et udbredt eksempel på inddragelse af personer med egen sygdomserfaring er "lær at tackle angst og depression-kurserne", hvor frivillige instruktører med egen erfaring med angst og depression lærer andre ligesindede at tackle symptomer.

Det er dog ikke lykkedes at etablere landsdækkende og systematiske programmer for udvikling af peer-støtte som recoveryunderstøttende ressource, ligesom vidensudviklingen på området står svagt i en dansk sammenhæng. Internationalt findes der nationale peer-programmer i en række lande, så som Canada, USA, New Zealand, Australien, England og Skotland³³³. Wellness Recovery Action Planning (WRAP) er et eksempel på en metode med dokumenteret effekt, hvor mennesker med brugerbaggrund er nøglemedarbejdere³³⁴.

10.2

Pårørendeinddragelse

Pårørende er vigtige samarbejdspartnere, der kan give uvurderlig hjælp og som på grund af deres særlige tilknytning har et stort engagement i forhold til borgeren. Pårørende kan spille en signifikant rolle i forhold til borgerens opnåelse af recovery.

En befolkningsundersøgelse viser, at 37 pct. af danskerne anser sig som pårørende til et menneske med psykisk lidelse, svarende til ca. 1,5 mio. danskere³³⁵.

Forskning dokumenterer, at de pårørende er værdifulde samarbejdspartnere, og at information og støtte til familien kan forbedre forløbet af den psykiatriske lidelse. Et Cochrane Review fra 2010, der bygger på 53 randomiserede, kontrollerede undersøgelser, viser, at mennesker med psykiske lidelser har en reduceret risiko for tilbagefald på 45 pct. og en reduceret risiko for genindlæggelse på 22 pct., når de pårørende inddrages³³⁶. Pårørendeinddragelse og undervisning bidrager endvidere til reduktion af den belastning, det i perioder kan være at være pårørende. Og endelig viser undersøgelser, at målrettet pårørendeinddragelse kan gøre patientbehandlingen mere omkostningseffektiv.

10.2.1

Rammer for pårørendeinddragelse

Samtlige regioner har bruger- og pårørendepolitikker. Det følger af psykiatriloven, at patient- og pårørendepolitikker er en integreret del af god psykiatrisk sygehusstandard.

Region Hovedstadens Psykiatri har eksempelvis udarbejdet vejledning for pårørendesamarbejde og inddragelse i voksenpsykiatrien. Vejledningen er opdelt i forhold til forskellige sygdomsfaser og gør opmærksom på behovet for særlig opmærksomhed i forhold til børn (4-17 år) af forældre med psykiske lidelser.

333 Walker G, Bryant W. 2013. *Peer Support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings*. Psychiatric rehabilitation Journal, vol.36, no.1, 28-34.

334 <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/metoder-og-tilgange>

335 Epinion. 2008. *Befolkningsundersøgelse*. Udarbejdet for Bedre Psykiatri.

336 Pharoah et al. 2010. *Family intervention for schizophrenia*.

I Den Danske Kvalitetsmodel er der opsat standard for pårørendeinddragelse i patientbehandling, og regionerne måles i audits på baggrund af De Landsdækkende Psykiatriundersøgelser (til pårørende) vedrørende spørgsmålet: "Blev du medinddraget af personalet på sengeafsnittet/i distriktspsykiatrien?".

Det er ikke lovpligtigt for kommuner at udarbejde pårørendepolitikker, men flere kommuner har formuleret en. Kommunale pårørendepolitikker tager udgangspunkt i, at de pårørende inddrages i det socialfaglige og pædagogiske arbejde i det omfang, det gavner borgeren, og gøres med borgerens fulde viden og accept. I visse tilfælde kan borgeren vælge, at de pårørende skal være meget inddraget i deres sag og ønske at konsultere dem om vigtige beslutninger. I andre tilfælde kan borgeren i stedet have et ønske om, at de pårørende blot orienteres eller holdes ude af en given situation eller problemstilling.

I praksis anvender flere kommuner metoder såsom netværkskort med henblik på at øge inddragelsen af pårørende eller øvrigt netværk i borgerens liv.

Pårørende til alvorligt psykisk syge personer er én af de 11 henvisningsgrupper, der kan opnå tilskud til behandling ved privatpraktiserende psykolog. Der ydes til alle henvisningsgrupperne et tilskud på 60 pct. Der er efter den sociale lovgivning mulighed for at få hjælp til at dække egenbetalingen.

Det gælder for hovedparten af henvisningsgrupperne (hændelseskategorier), der bl.a. indbefatter voldsofre, voldtægts ofre, personer der har forsøgt selvmord, personer ramt af alvorligt invaliderende sygdom og pårørende, at der er en tidsbegrænsning, således at en henvisning til psykologhjælp med tilskud normalt ikke kan udstedes senere end seks måneder efter den begivenhed, der er årsag til henvisningen, indtrådte.

Bestemmelsen om tidsgrænserne for disse henvisningsgrupper er fastsat ud fra hensynet til ordningens formål om krisehjælp i umiddelbar forlængelse af den begivenhed, som udløser henvisningen, og dermed formålet om at virke forebyggende i forhold til udvikling af egentlig psykisk lidelse. Henvisningen for pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse skal ikke nødvendigvis ske senest 6 måneder efter diagnositidspunktet. Der kan også være tale om, at der sker ændringer i den sindslidendes adfærd som følge af den psykiske lidelse og en forværring, som kan berettige en henvisning af den pårørende. Vurderingen af, hvorvidt den pårørende er omfattet af tilskudsordningen, foretages af den praktiserende læge.

Antallet af pårørende til mennesker med psykiske lidelser, der modtog tilskud til psykologhjælp var 6.809 personer i 2011 og har været stigende over årene.

I forbindelse med satspuljeaftalen for 2012-2015 er der afsat midler til en større evaluering af ordningen, som påbegyndes i efteråret 2013. Her vil man bl.a. kunne se på tidsbegrænsningerne i ordningen.

10.2.2

Muligheder for øget pårørendeinddragelse

De landsdækkende tilfredshedsundersøgelser (LUP) indikerer, at der er mulighed for forbedring af inddragelse af og samarbejde med pårørende særligt i voksenpsykiatrien.

Af den landsdækkende undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i den regionale psykiatri (LUP-psykiatri), som blev offentliggjort den 30. april 2013 fremgår det, at

94 pct. af forældre til patienter i børne- og ungdomspsykiatriens ambulatorier vurderer, at det samlede forløb for både deres barn og dem selv er enten godt eller virkelig godt.

De pårørende til voksne patienter vurderer ikke den samlede oplevelse af deres kontakt med den regionale psykiatri nær så positivt. Mellem 62 og 73 pct. af pårørende til voksne patienter, svarer positivt.

Der skal således fortsat prioriteres og arbejdes aktivt med at implementere regionernes pårørendepolitikker i praksis, herunder at der undervejs evalueres i forhold til eksempelvis barrierer og effekter af de konkrete tiltag.

Et vellykket forsøg med styrket pårørendeinddragelse er "Projekt Pårørende i Psykiatrien". Dette projekt blev igangsat af Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2009. Projektet omfattede 15 voksenpsykiatriske sengeafsnit og 6 ambulante centre fordelt over hele landet og Færøerne. I 15 måneder arbejdede projektdeltagerne målrettet på at forbedre pårørendes tilfredshed med kontakt, information og samarbejde, samt at forbedre den faglige og organisatoriske kvalitet af pårønderarbejdet i psykiatrien.

De deltagende psykiatriske enheder oplevede store forbedringer uden at blive tilført flere økonomiske midler. Der var kun tale om praktiske ændringer i behandlingsforløbet og en ny tilgang til de pårørende. Tilfredsheden blandt de pårørende tilknyttet sengeafsnittene steg med 64 pct. Tilfredsheden steg tilsvarende 34 pct. ved ambulante enheder. Fra projektet foreligger meget konkrete best practices m.v. om, hvordan medarbejderne i psykiatrien meget enkelt kan sikre bedre pårørendeinddragelse og skabe en mere ligeværdig dialog med de pårørende.

Nedenstående figur 10 opsummerer erfaringerne fra projektet i forhold til, hvilke indsatser, der var afgørende for god pårørendeinddragelse.

BOKS 16

Erfaringer fra "Projekt Pårørende i Psykiatrien"

Indsatser rettet mod pårørende

- Tidlig kontakt – personale tager initiativ.
- Information – pjecer, pårørendemapper.
- Inddragelse af pårørende i kvalitetsudvikling.

Indsatser rettet mod patienter

- Motivationsskabende samtaler.
- Ordlyden i 1. indkaldelsesbrev i ambulatoriet.
- Samtykkeerklæring/Tavshedspligt.

Indsatser rettet mod personale

- Dialogguide – sikrer pårørendeinddragelse.
- Temadage, undervisning og supervision.
- Tjeklister

Som det fremgår, er bl.a. tidlig kontakt og et opsøgende personale afgørende for, at de pårørende føler sig inddraget. Der bør derfor tilstræbes en kvalificeret og struktureret inddragelse fra starten. Endvidere er det vigtigt, at der er informationsmateriale om sygdommen og om, hvordan man som pårørende bedst håndterer det. Projektet viser endvidere, at de pårørende er en værdifuld ressource i kvalitetsudviklingsarbejdet i forhold til pårørendepolitik. Erfaringerne er også, at det er vigtigt at få signaleret allerede i indkaldelsesbrevet, at det er en god idé at tage en pårørende med. I forhold til indsatsen rettet mod personalet er det vigtigt med undervisning og supervision.

Inddragelse af pårørende i borgerens behandlingsforløb kan gennemføres på flere måder, f.eks. som uddannelse af de pårørende, som familieintervention eller Åben Dialog-inspirerede netværksmøder.

For de pårørendes vedkommende er formålet at få større indsigt i den psykiske lidelses årsag og fremtrædelsesform således, at de mere hensigtsmæssigt kan forvalte den nødvendige støtte til at fremme borgerens recovery. Samtidig tilstræbes at give de pårørende mulighed for at forholde sig til det svære livsvilkår, det kan være, når en nærtstående får en psykisk lidelse.

De fleste psykoedukative familieinterventioner inkluderer:

- Undervisning i psykiske lidelsers årsager, forløb og behandling.
- Etablering af en alliance med de pårørende.
- Vurdering af familiens ressourcer.
- Hjælp til problemløsning.
- Hjælp til at sætte rimelige krav og forventninger til den syge.
- Træning i struktureret problemformulering og -løsning.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i "Referenceprogrammet for Skizofreni"³³⁷, at så snart diagnosen er stillet, skal pårørende tilbydes klar og velfunderet information om skizofreni og om familiens muligheder for at påvirke sygdomsforløbet i gunstig retning. Det anbefales videre, at de pårørende tilbydes at deltage i et psykoedukativt familieprogram, der løber over mindst ni måneder med mindst én månedlig session.

Det er vurderingen, at der skal sættes øget fokus på at sikre gode rammer og strukturer for pårørendeinddragelse. Pårørendesamarbejdet skal i højere grad anerkendes som en del af behandlingstilbuddet. Dette kan f.eks. afspejles i registrering/ydelseskoder af pårørendekontakt, og at pårørendekontakt fast indgår og registreres i patientens behandlingsplan. Desuden er det vigtigt at sikre, at alt personale med patientkontakt modtager supervision og undervisning i pårørendesamarbejde som en basal forudsætning for optimering og fastholdelse af kvalitet.

Tavshedspligt

Det Ethiske Råd er flere gange præsenteret for det synspunkt, at tavshedspligten er en hæmsko både i forhold til at inddrage de pårørende af hensyn til borgeren og for at støtte den pårørende selv. Bl.a. er det blevet nævnt, at de pårørende i mange tilfælde ikke kan få oplyst, om den person, de er knyttet til, er indlagt på et givent hospital eller i hvilken tilstand personen er³³⁸. Dette skyldes ofte personalets manglende kendskab

337 Sundhedsstyrelsen. 2004. *Referenceprogram for Skizofreni*.

338 Det Ethiske Råd. 2012. *Magt og Afmagt i psykiatrien*.

til mulighederne for at gå i dialog med de pårørende uden at komme i strid med reglerne om tavshedspligt^{339,340}.

Sundhedsstyrelsen har i en vejledning redegjort nærmere for de muligheder og begrænsninger, der er for dialog og samarbejde mellem sundhedspersoner og pårørende som følge af reglerne om tavshedspligt³⁴¹. I Sundhedsstyrelsens publikation "Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge" fra 2012 er det præciseret, at sundhedspersoner – uden at overtræde tavshedspligten – kan informere pårørende om "generelle forhold vedrørende en sygdom og behandlingsmulighederne og om de pårørendes muligheder for at yde og få støtte generelt". De kan også gå i dialog med de pårørende om disses oplevelse af situationen og de problemer, de pårørende oplever.³⁴²

Det er centralt, at borgerens ret til at frabede sig, at pårørende informeres og inddrages, respekteres, men det kan også i nogle tilfælde være relevant at motivere borgeren til at arbejde med relationen til pårørende. Der er i forbindelse med "Projekt Pårørende i Psykiatrien" afprøvet "*en motiverende samtale*". Formålet med denne samtale er "at arbejde motiverende med de borgere, der i udgangspunktet ikke ønsker inddragelse af pårørende i behandlingsforløbet". Samtalen tages løbende med borgeren og ikke kun ved start eller afslutning af sygdomsforløb. Erfaringerne fra Gennembrudsprojektet viste, at fem ud af syv patienter besluttede, at de alligevel gerne ville have, at deres pårørende blev inddraget i behandlingsforløbet efter, at de har været igennem en proces med den motivationsskabende samtale³⁴³.

Børn som pårørende

En særlig udsat, men ofte tavs, gruppe af pårørende, er børn af forældre med en psykisk lidelse. Særligt for denne gruppe gør forholdet mellem at være en ressource og i risiko for selv at mistrives eller udvikle en psykisk lidelse en forebyggende og inddragende indsats nødvendig.

Børn, hvis forældre rammes af psykisk lidelse, oplever ofte, at deres livssituation er meget utryg. De er en særlig udsat gruppe i forhold til selv at udvikle en psykisk lidelse senere i livet og i risiko for mistrivsel og socialt udsathed på grund af skolefravær, koncentrationsbesvær, ubearbejdet sorg mv.

Mange børn formår at skjule de følelsesmæssige belastninger og mærker dem måske næsten ikke. Andre har ikke denne evne til usynlighed. De reagerer med en adfærd, der udløser en reaktion eller en indsats relateret til netop adfærden³⁴⁴. For mange forældre og børn og unge kan det være svært at have åbenhed omkring sygdommen. Forældrene informerer sjældent barnet af frygt for at øge barnets bekymring og utryghed, og barnet kan forstå forældrenes tavshed om sygdommen som et signal om, at forældrene ikke kan holde til at tale om det svære. På den måde bliver barnet ladet alene med sine spørgsmål, bekymringer og sin utryghed³⁴⁵.

339 Center for kvalitetsudvikling – Region Midtjylland. 2009. *Pårørende i Psykiatrien. Nationalt kvalitetsprojekt til udvikling af pårørendearbejdet i psykiatrien.*

340 Det Ethiske Råd. 2012. *Pårørende i psykiatrien – Magt og afmagt i psykiatrien*

341 Vejledning nr. 9494 af 4. juli 2002 om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende.

342 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge.*

343 Center for Kvalitetsudvikling – Region Midtjylland. 2007-09. *Pårørende i psykiatrien. Nationalt kvalitetsprojekt til udvikling af pårørendearbejdet i psykiatrien*

344 Glistrup K. 2006. *Spørg til børnene... Og fortæl! – Familiesamtaler kan styrkekontakten mellem børn og voksne i 'Når børn er pårørende', www.barn-i-fokus.dk*

345 Brøndum L. H. 2013. *Patienternes børn er vores ansvar*, pp. 18-19, Indsigt og Udsyn

Netop mange børn og unges evne til at holde deres bekymring skjult af hensyn til deres forældre betyder, at der sjældent bliver reageret tidligt på deres utryghed og begyndende mistrivsel³⁴⁶. Derfor er det vigtigt, at børnene 'bliver set', involveret, informeret og støttet i det nødvendige omfang. Med en styrket opmærksomhed, klare retningslinjer og de fornødne kompetencer kan ansatte i voksenpsykiatrien spille en vigtig rolle, når mistrivsel hos børn og unge skal opdages og/eller forebygges.

Derfor kan den helt tidlige opsporing med fordel ske i forbindelse med en forælders indskrivning i psykiatrien, hvor børnene og de unge og deres familier kan tilbydes familiesamtaler, børnesamtaler mv. ved siden af behandlingen. I dag er familiesamtaler således mange steder knyttet til behandlingen i psykiatrien som et tilbud. I Region Nordjylland har man gode erfaringer med en forebyggende indsats for børn af forældre med psykisk lidelse. Her er der i psykiatrien oprettet et team for børn af sindslidende, hvor familien inddrages i indsatsen til barnet.

I den kommunale indsats har mange kommuner også tilbud til børn og unge, som er pårørende til sindslidende, bl.a. i form af familie- og børnesamtaler, gruppeforløb for børn og unge, oplæg i vuggestuer, børnehaver, børnehuse, fritidshjem og ordninger om børn og unge med psykiske syge forældre mv. I forhold til den sociale indsats viser forskningsprojekter dog, at flere forældre er tilbageholdende med at tale med de sociale myndigheder om, hvordan deres lidelse påvirker og bliver opfattet af børnene. Det skyldes frygten for, at de vil blive vurderet uegnede som forældre med den konsekvens, at børnene fjernes, også selvom deres børn ikke har udækket behov, er truet i deres udvikling eller andet, der peger i retning af, at der er behov for en underretning³⁴⁷. Den tidlige opsporing i den kommunale indsats og handling i forhold til mistanke om psykiske vanskeligheder hos barnet forudsætter derfor bl.a. et tæt samarbejde mellem socialforvaltningen, PPR og børne- og ungdomspsykiatrien.

Socialstyrelsen igangsatte i 2006 projektet "Bedre tværfaglig indsats" (BTI). Projektet havde til formål at skabe overblik over eksisterende viden og erfaringer om indsatsen over for børn af psykisk syge og misbrugende forældre og på baggrund heraf udvikle en generel model for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om en tidlig og sammenhængende indsats. Regioner og kommuner kan med afsæt i bl.a. Sundhedsstyrelsens og Netværk af Forebyggende Sygehuses³⁴⁸ anbefalinger styrke indsatsen for børn, der har en forælder med psykisk lidelse.

10.3

Civilsamfundet

Inklusion i samfundslivet, på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemet er et vigtigt element i at have et godt liv – også når man har psykiske vanskeligheder. For mennesker med psykiske lidelser, såvel som for andre, er det at have et netværk og deltage en betydningsfuld faktor, som fremmer recovery.

Civilsamfundet og samarbejde mellem professionelle og civile aktører kan spille en langt større rolle, end det gør i dag. Der er to forskellige perspektiver, som især er vigtige i den udvikling, der allerede er på vej på området. Det ene er samspil om udvikling af tilbud til

346 Glistrup K. 2006. *Spørg til børnene... Og fortæl! – Familiesamtaler kan styrkekontakten mellem børn og voksne i 'Når børn er pårørende'*, www.barn-i-fokus.dk

347 Brøndum L.H. 2013. *Patienternes børn er vores ansvar*. pp. 18-19, Indsigt og Udsyn.

348 Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. 2007. *Anbefalinger til god praksis i psykiatrien og det tværsektorielle samarbejde*. Sundhedsstyrelsen. 2012. *Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge*.

målgruppen og nye løsningsmodeller, hvor frivillige, foreninger og organisationer kan spille en endnu større rolle i løsningen af opgaver og som samarbejdspartnere med det offentlige om indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder. Det andet perspektiv handler om at sætte fokus på styrkelse af den enkeltes netværk og inklusion i samfundet. Det gælder både i forhold til sociale relationer, lokalsamfundet, arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. Her kan samarbejde med civilsamfundet bidrage til at skabe større mangfoldighed og inkluderende praksisser, hvor flere får mulighed for at være en del af civilsamfundets fællesskaber.

Civilsamfundet kan desuden bidrage til at bygge bro mellem de specialiserede indsatser og de almene tilbud som uddannelse, arbejdsmarked, sundhedstilbud m.m., så den enkeltes mulighed for deltagelse styrkes og støttes.

10.3.1

Frivillige foreninger og organisationer

I en dansk kontekst er civilsamfundet ofte synonymt med frivillige foreninger, organisationer og netværk. Frivillige foreninger/organisationer kan defineres som private foreninger/organisationer, der hviler på et frivilligt grundlag (som minimum med en frivillig bestyrelse), og derfor kan oprette og nedlægge sig selv. Ofte har foreningerne frivillig indsats som en betydningsfuld del af deres virke, og foreningerne er ikke profit-skabende.

Frivillige, frivillige foreninger og organisationer kan udgøre en vigtig og væsentlig ressource i recoveryprocessen for mennesker med psykiske vanskeligheder og for deres pårørendes vilkår og muligheder. Det gælder både dem, hvis aktiviteter retter sig mod målgruppen, og dem, som samles om en fælles interesse for f.eks. sport, kultur, politik m.m. Civilsamfundet og de frivillige indsatser udmærker sig ved at kunne noget andet end det offentlige, herunder i forhold til at forebygge social udsathed, forebygge ensomhed, etablering af 'myndighedsfri' sociale relationer mellem borgere, rummelighed i forhold til sårbare grupper, netværksskabelse og etablering af fællesskaber på tværs af baggrund osv. Civilsamfundet og aktivt medborgerskab bidrager med en merværdi til velfærdssamfundet, som supplerer det offentlige levering af kerneydelser.

Overordnet kan der peges på fem centrale udviklingstendenser i den frivillige indsats, som bevirker, at der er gode muligheder for inddragelse og samarbejde med frivillige indsatser:

1. Flere danskere er frivillige. I 2012 bidrog 43 pct. af den danske befolkning med en frivillig indsats – de fleste i forbindelse med fritids- og kulturaktiviteter.
2. Flere organisationer arbejder med sociale og sundhedsmæssige aktiviteter. Andelen af sociale, forebyggende og inkluderende aktiviteter i de almene fritids- og kulturforeninger stiger.
3. Lokal velfærdsfrivillighed vokser. En stigende andel af befolkningen er nu velfærdsfrivillige og bidrager med at øge kvaliteten og brugerinddragelsen i kommunale institutioner og aktiviteter.
4. Frivillighed med brugererfaring er på vej frem. Der er i stigende grad fokus på udviklingen af tilbud, hvor mennesker med egne erfaringer med at komme sig støtter andre i deres recoveryproces (peer to peer).

5. Flere steder i især kommunerne sker et øget strategisk samarbejde mellem den frivillige verden og det offentlige, og enkelte steder sker en reel samproduktion af sociale og sundhedsmæssige løsninger.

10.3.2

Netværk, inklusion og deltagelse

Det offentlige arbejde med at skabe indsats, der har inklusion og deltagelse i centrum, og samarbejdet med de frivillige foreninger, organisationer og netværk om at gøre dette muligt, er endnu relativt nyt og videnssvagt i en dansk kontekst. Der findes en del viden om, at netværk, sociale relationer og deltagelse i samfundslivet spiller en afgørende rolle for menneskers recoveryprocesser³⁴⁹. Der findes dog endnu ikke tilstrækkelig forskning og dokumentation, der kan udpege konkrete metoder eller modeller for, hvordan dette bedst gøres i praksis. Dette skal skabes i de kommende år gennem tæt samarbejde mellem civilsamfundet og de frivillige, det offentlige og forskere.

Der findes dog tilstrækkelig viden om, hvad der er væsentlige elementer eller faktorer i udviklingen af en indsats, hvor civilsamfundets frivillige foreninger og netværk og det offentlige sammen styrker muligheden for deltagelse og inklusion. En ny oversigt over aktuel forskning³⁵⁰ udpeger seks virksomme elementer i en indsats, der bidrager til at styrke sociale relationer og deltagelsesmuligheder for mennesker med psykiske vanskeligheder:

- Inddrag dem, det handler om (borgere, pårørende osv.): Involvering af de levede erfaringer.
- Skab social bæredygtighed sammen: Sociale netværk og lokale partnerskaber skal være omdrejningspunkt.
- Styrk den enkeltes netværk: Der er brug for at bygge varige støttende og gensidige relationer.
- Understøt deltagelse: Positive roller og deltagelse i interessefællesskaber skaber bedring.
- Der er brug for brobyggere og netværkere: Aktiv støtte til at få adgang til og fat i sociale fællesskaber.
- Koordiner på tværs af livsovergange: Fokus på livssammenhænge frem for organisationer når der koordineres.

SFI har i 2009 gennemført en evaluering af 22 kommunale netværksprojekter vedrørende mennesker med sindslidelse³⁵¹. Her peges på vigtigheden af sociale netværk for livskvalitet og recovery for mennesker med psykiske vanskeligheder. Rapporten skelner mellem tre forskellige netværksunderstøttende og netværksskabende strategier: At fastholde eksisterende netværk, etablere nye netværk eller genetablere brudte relationer. De mest virksomme indsats ser ifølge rapporten ud til at være at forsøge at fastholde eksisterende netværk eller at skabe nye kontakter, hvorimod genetablere af brudte forbindelser ser ud til at udgøre en større udfordring i de evaluerede projekter. Her har bl.a. erfaringer med at etablere kontakt til frivillige netværksfamilier vist sig at have en positiv effekt.

349 Socialstyrelsen. 2013. *Inklusion, deltagelse og bedring – unge med psykosociale vanskeligheder i lokalsamfundet*.

350 Socialstyrelsen. 2013. *Inklusion, deltagelse og bedring – unge med psykosociale vanskeligheder i lokalsamfundet*.

351 SFI. 2009. *At skabe netværk – Evaluering af 22 socialpsykiatriske projekter i 15M-puljen*.

BOKS 17

Netværksfamilier skaber socialt netværk og reducerer behandlingsbehov

Projekt netværksfamilier blev igangsat i syv kommuner i Danmark i 2007: Jammerbugt, Aalborg, Aarhus, Haderslev, Middelfart, Lolland og Lyngby-Taarbæk, hvor en gruppe borgere med svær psykisk lidelse fik tilbudt at få en frivillig netværksfamilie. Det var for mange givende, fordi de fik et fællesskab med mennesker, der bekymrede sig og havde lyst til at være sammen med borgeren uden at diskutere 'planer for behandling' og 'psykisk sygdom'. Borgerne oplevede dog også udfordringer, som imidlertid ofte blev overvundet på grund af ønske om at beholde relationen. En evaluering indikerer, på baggrund af beregninger af sparede udgifter til behandling, at tilbuddet er omkostningseffektivt.

BOKS 18

Partnerskaber om udvikling af indsatsen for sårbare unge

Lokalsamfundsprojektet er et udviklings- og forskningssamarbejde mellem Socialstyrelsen, universiteter og en række lokalsamfundspartnerskaber. De lokale partnerskaber dannes på tværs af offentlige, private og civilsamfundsaktører, som spiller en rolle i unges liv i lokalsamfundet. Projektet har overordnet til formål at udvikle viden og praksis, som styrker psykisk sårbare unges muligheder for at fastholde eller genvinde retten til og muligheden for et liv med positivt tilhørsforhold til fællesskaber uden for de professionelle støttesystemer. Målet er at skabe viden om faktorer, der gør en forskel, om konkrete modeller for inklusionsfremmende praksis på tværs af sektorer samt om de processer, der kan være med til at styrke partnerskaber og samskabelse af nye løsninger.

En måde, hvorpå man også kan styrke inklusion og deltagelse for mennesker med psykiske vanskeligheder, er igennem arbejde i socialøkonomiske virksomheder. En socialøkonomisk virksomhed er en virksomhed, der er karakteriseret ved, at den har et socialt, almennyttigt formål og fungerer inden for det almindelige marked, men geninvesterer et evt. overskud i virksomheden og det sociale formål. De socialøkonomiske virksomheder kan spille en væsentlig rolle for en særligt udsat gruppe af mennesker med psykiske vanskeligheder, som ikke har mulighed for et job på ordinære vilkår, men i stedet kan arbejde i en virksomhed, der tager hensyn til de særlige behov, denne gruppe kan have. Socialøkonomiske virksomheder tilbyder dermed et mere rummeligt arbejdsliv, hvor der tages mere hensyn til det enkelte menneske med psykiske vanskeligheder med mulighed for at blive en aktivt deltagende medborger i samfundet under vilkår, som er baseret på den enkeltes funktionsevne. Udviklingen af socialøkonomiske virksomheder, der løfter et socialt ansvar, er således vigtig, ikke mindst i forhold til det rummelige arbejdsmarked.

Etablering af socialøkonomiske virksomheder

Kolding Kommune har udarbejdet en strategi på området. Kommunen har et mål om at skabe 10 Socialøkonomiske virksomheder, og det skal et internationalt samarbejde bidrage til. Kolding Kommune er tovholder for et samarbejde mellem Danmark, Belgien og England. Samarbejdet skal udvikle og afprøve ideer til, hvordan man lokalt kan hjælpe borgere, der står på kanten af arbejdsmarkedet, og skabe flere jobs til mennesker, der ikke passer ind på de gængse arbejdspladser. Målet er at skubbe det offentlige, konventionelle virksomheder og socialøkonomiske virksomheder tættere på hinanden.

Styrkelse af samspillet mellem civilsamfundet og det offentlige

Det er særligt i kommunerne, at der er et stort potentiale i at inddrage lokale aktører fra den frivillige verden i forskellige typer indsatser.

Samarbejdet på det sociale område sker allerede i dag som følge af bl.a. servicelovens § 18, der lægger op til samarbejde mellem de frivillige sociale foreninger og organisationer og kommunerne. Kommunerne har igennem de senere år haft stigende fokus på at støtte frivilligt socialt arbejde og samarbejde med frivillige og frivillige organisationer. Således inddrager godt en tredjedel af kommunerne frivillige sociale organisationer og foreninger i den kommunale politikudvikling. Samarbejdet mellem kommuner og frivillige organisationer og indsatser har udviklet sig de senere år mod i større omfang at have et mere formaliseret og forpligtende karakter, f.eks. i form af partnerskaber.

Der udarbejdes en årlig redegørelse for kommunernes samarbejde med frivillige organisationer lokalt, benævnt § 18-redegørelsen. I 2010 blev 5.161 frivillige sociale aktiviteter støttet efter servicelovens § 18. 4 pct. af aktiviteterne var rettet mod mennesker med psykiske lidelser – bl.a. blev der givet støtte til motionsarrangementer, besøgsven-ordninger osv.

Men også i den regionale psykiatri er der et potentiale for at skabe udvikling og nyskabelser i indsatserne i samspil med civilsamfundets aktører. På det regionale niveau inddrages civilsamfundet primært inden for somatikken, eksempelvis på kræftområdet. Der er således allerede kendskab og vilje til at inddrage civilsamfundet, som i højere grad bør spredes til den regionale psykiatri. Der er på nuværende tidspunkt gjort flere tiltag for, at dette sker. Alle regioner har eller er i gang med at formulere principper for frivilligt arbejde. Som eksempel kan nævnes, at Region Midtjylland netop har formuleret en række principper og anbefalinger vedrørende samarbejdet med de frivillige og organisationer. Intentionen er at sætte en overordnet ramme for samarbejdet med frivillige på Region Midtjyllands arbejdspladser og give mulighed for at drage nytte af andres erfaringer. Principper vedrørende samarbejde med frivillige omfatter socialområdet og sundhedsområdet, herunder også psykiatrien. Et andet eksempel på inddragelse af frivillige i psykiatrien er "Udskrivningsguiden", jf. boks 14, som er et informationsmateriale om udskrivning fra en psykiatrisk afdeling. Udskrivningsguiden understøtter borgerinddragelse, sammenhæng og recovery ved udskrivning. Guiden anvendes i Region Hovedstadens Psykiatri og er skrevet af tidligere indlagte samt pårørende. Den distribueres i et samarbejde mellem Foreningen Outsideren, Psykiatريفoreningernes Fællesråd i Region Hovedstaden og Region Hovedstadens Psykiatri³⁵².

³⁵² Se mere på www.udskrevet.dk

Alle regioner gør desuden brug af frivillige i forhold til EN AF OS-kampagnen, hvor ambassadører (mennesker med nuværende eller tidligere psykisk sygdom) skaber dialog om tabuer og stigmatisering af psykisk sygdom og behandlingen af den.

BOKS 20

Projekt udskrivningsguide

Udskrivningsguiden er et klinisk- og internetbaseret redskab (www.udskrevet.dk), der støtter borgeren i sin udskrivning fra en psykiatrisk afdeling. Projektet blev initieret af en gruppe frivillige fra brugerbevægelsen og etablerede i 2010 en samarbejdsaftale med Region Hovedstadens Psykiatri. Siden juni 2011 har Udskrivningsguiden været i brug på psykiatriske afdelinger i Region Hovedstaden. Udskrivningsguiden er udviklet med deltagelse fra psykiatribrugere, pårørende, psykiatere, socialrådgivere, psykologer, sygeplejersker og mange flere, der er involveret i borgerens udskrivning. Dette samarbejde har været medvirkende til, at Region Hovedstadens Psykiatri har iværksat et projekt om patient-, bruger- og pårørendeinddragelse.

Selvom samarbejdet generelt fungerer godt mange steder, er der i udvalget nævnt et behov for, at flere kommuner og regioner bliver endnu bedre til at inddrage, støtte og anerkende den frivillige indsats lokalt. Omvendt er der også behov for, at de frivillige foreninger og organisationer bliver bedre til at gøre opmærksom på sig selv, byde ind med, hvad de gerne vil indgå et samarbejde om og ikke mindst selv samarbejde med hinanden herom.

Regeringen har netop offentliggjort et nyt charter for samspil mellem den frivillige verden og det offentlige, som indeholder overordnede rammer og visioner for samarbejdet. En række ministre, repræsentanter for foreninger, organisationer, faglige organisationer og råd, borgmestere, KL og Danske Regioner har i fællesskab formuleret det nye charter. I efteråret 2013 danner charteret udgangspunkt for en dialog om det lokale samarbejde med henblik på at udarbejde retningslinjer eller lokale charters for samarbejdet.

Forskning viser, at samarbejde mellem de specialiserede indsatser, de almene tilbud og civilsamfundets aktører kræver kontinuerlig dialog på tværs af ofte meget forskellige erfaringer, hovedopgaver og perspektiver på dem, indsatsen retter sig mod. Kommunerne kan således i deres indsats i forhold til frivillige med fordel have fokus på facilitering af dialogen³⁵³.

353 Socialstyrelsen. 2013. Inklusion, deltagelse og bedring – Unge med psykosociale vanskeligheder i lokalsamfundet.

Projekt Head Space

Headspace Danmark er i september 2013 åbnet i seks kommuner. Det er et tilbud til børn og unge i alderen 12-25 år, som tumler med problemer, som de synes gør livet svært, og som de gerne vil tale med et fornuftigt menneske om. Headspacecentrene er tilgængelige fra gaden og er bemandede med ganske få professionelle og en majoritet af frivillige, som enten er unge, der selv har haft svære problemer inde på livet, studerende fra relevante uddannelser og pensionerede psykologer, socialrådgivere, lærere, pædagoger og andre, som har et helt arbejdslivs erfaring med området.

Headspace samarbejder indgående med hele byens øvrige tilbud til børn og unge i målgruppen om at hjælpe dem, der kommer ind i Headspace, godt på vej ud igen. Der er desuden placeret en kommunal medarbejder i hvert center, ligesom der er en i kommunen, som er en handlekraftig kontaktperson, når de børn og unge, som træder ind hos Headspace, viser sig at have problemer, som ligger ud over, hvad Headspace kan hjælpe med.

Udvalgets forslag

Udvalget finder, at inddragelse af borgere og pårørende er et grundlæggende aspekt af en inddragende, åben og moderne psykiatri. Det er endvidere udvalgets opfattelse, at det vil bidrage på afgørende vis til fremtidens psykiatri, hvis frivillige foreninger og organisationer inddrages konstruktivt i udviklingen af psykiatrien. Med henblik på at understøtte rammerne for aktiv borger- og pårørendeinddragelse samt øget inddragelse af civilsamfundet i indsatsen anbefaler udvalget:

- **Borgeren inddrages aktivt i tilrettelæggelse af behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvor der sættes særlig fokus på borgerens ressourcer.** Dette betyder bl.a., at borgeren som udgangspunkt skal inddrages i tilrettelæggelse af indsatsen ved udarbejdelse af behandlingsplan og social handleplan m.m. Som led i borgerinddragelsen bør der endvidere arbejdes på at fremme den enkeltes mulighed for at foretage frit sygehusvalg.
- **Metoder til aktiv borgerinddragelse videreudvikles i samarbejde med borgere og/eller i partnerskab med civilsamfundet.** Videreudviklingen skal understøtte udbredelse af dokumenterede metoder til borgerinddragelse, f.eks. Fælles Beslutningstagen og psykoedukation. Med henblik på udbredelse af tilgangen Åben Dialog og udvikling af kompetencegivende og tværfaglig uddannelse i at anvende tilgangen bør der ske en effektevaluering i dansk kontekst i et tværsektorielt samarbejde, og hvor brugerne involveres. Anvendelse af metoder til aktiv borgerinddragelse skal understøttes af kompetenceudvikling.
- **Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, KL, Danske Regioner og andre relevante parter udvikler i partnerskab med brugerorganisationer en model for peer-to-peer i dansk kontekst på baggrund af eksisterende nationale og internationale erfaringer.** Modellen afprøves i regioner og kommuner, herunder i forhold til at ansætte personer med brugererfaring. Projekterne følges med henblik på vidensopsamling og udbredelse af viden.
- **Regionerne opfordres til systematisk at arbejde med kvalitetssikring af journal-skrivningen og øge den enkelte patients indsigt i og mulighed for kommentering på journalens indhold.**

- **Regioner og kommuner opfordres til at udarbejde en plan for udvikling af systematisk inddragelse af pårørende. Arbejdet tager udgangspunkt i best practice, f.eks. fra kommunale og regionale pårørendepolitikker og fra "Projekt Pårørende i Psykiatrien".** Formålet med en plan er bl.a., at regioner og kommuners inddragelse af pårørende styrkes, f.eks. gennem familieintervention, psykoedukation og individuelle samtaler for pårørende, således at pårørende i højere grad anerkendes og indgår som en ressource i indsatsen.
- **Øget fokus på indsatsen for børn som pårørende til forælder med psykisk lidelse i regioner og kommuner.** Det er vigtigt, at børn og unge får aldersrelevant information om forældrens psykiske lidelse, og at der sker en konkret vurdering af, om barnet eller den unge har brug for støtte.
- **Øget fokus på indsatsen for søskende til børn med psykiske lidelser i regioner og kommuner.** Der skal endvidere også være opmærksomhed på information og støtte til søskende til børn med psykiske lidelser.
- **Aktivitets- og ydelsesregistrering skal understøtte og synliggøre pårørendeinddragelse.** Det anbefales, at der ses på, hvordan pårørendesamtaler og familiebehandling gøres til regionale aktivitetsmål/ydelsesregistrering.
- **Personalet skal sikres tilstrækkelig viden om tavshedspligten, således at tavshedspligten ikke per automatik opleves som en forhindring for samarbejdet med de pårørende.** Det anbefales, at der sker en styrket informationsindsats om Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge fra 2012. Disse skal implementeres i pårørendepolitikker. Patienter, der ikke giver tilladelse til samarbejde med deres pårørende, skal med mellemrum spørges igen for at undersøge, om de har ændret mening og evt. motiveres. Det foreslås, at regionerne gennemgår vejledninger vedrørende tavshedspligt med henblik på at sikre øget pårørendeinddragelse i samtidig respekt for patientens egne ønsker. Her kan tages udgangspunkt i best practice fra f.eks. gennembrudsprojektet "Projekt Pårørende i Psykiatrien".
- **Regioner og kommuner opfordres til at styrke samarbejdet med civilsamfundet f.eks. i form af samarbejdsaftaler og partnerskaber i forhold til indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.** Formålet hermed er bl.a. at skabe en mere differentieret indsats og inddragelse af borgerens perspektiv med henblik på at udvikle kvaliteten i indsatsen. Endvidere vil et styrket samarbejde bidrage til en helhedsorienteret indsats, der også har fokus på netværk, deltagelse og inklusion i samfundslivet. Det er en væsentlig samfundsmæssig opgave løbende at vurdere og sikre, at frivillige, sociale foreningers arbejde er bedst muligt understøttet fra det offentlige side, for så vidt angår de økonomiske vilkår.

11

Anvendelse af tvang og magt – indsats og lovregulering

Pejlemærker for nedbringelse af tvang i den regionale psykiatri:

- Anvendelse af tvang skal altid være den sidste udvej.
- Anvendelsen af tvang skal nedbringes betydeligt. Der opstilles mål for nedbringelse af tvang.
- Frihed og sikkerhed er en menneskeret, herunder frihed til at træffe egne valg. Der tages i høj grad hensyn til patienters selvbestemmelsesret.
- Personalet i psykiatrien har de rette kompetencer i forhold til såvel forebyggelse af tvang som høj kvalitet i den anvendte tvang.

Dette kapitel vedrører anvendelse af tvang i den regionale psykiatri, som er reguleret i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven). Psykiatriloven finder anvendelse for patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, samt for borgere, der skal tvangsindlægges eller er undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning.

Der skelnes i psykiatriloven mellem forskellige typer af tvang. Disse er i loven inddelt således:³⁵⁴

Frihedsberøvelse: omfatter tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangstilbageførelse.

Tvangsbehandling: omfatter tvangsmedicinering, tvangsbehandling med ECT, tvangsernæring og tvangsbehandling af somatisk lidelse.

Opfølgning efter udskrivning: omfatter tvungen behandling efter udskrivning.

354 | Sundhedsstyrelsens udredning fra 2009, "Tvangsforanstaltninger i psykiatrien", gennemgås lovgivning og tvangsanvendelse i Danmark og nogle udvalgte europæiske lande. Se: http://www.sst.dk/publ/Publ2009/EFT/Psykiatrien/Tvang_i_psyk.pdf

Fiksering m.v.: omfatter tvangsfiksering (med mavebælte og evt. med fod- og håndremme og handsker), anvendelse af fysisk magt (fastholdelse), personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, anvendelse af beroligende medicin, beskyttelsesfiksering og personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang.

Undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande.

Særlige tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen: omfatter aflåsning af døre til patientstuer samt oppegående tvangsfiksering.

Kapitlet vedrører endvidere den magt, der indenfor servicelovens rammer er mulighed for, undtagelsesvis og under visse nærmere angivne betingelser, at anvende over for personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, hvis indgrebet er nødvendigt – hovedsageligt for at undgå personskade. Mange af de indsatser, der beskrives nedenfor, og som anvendes i den regionale psykiatri, vil også gøre sig gældende på de socialpsykiatriske botilbud. På begge områder er der øget fokus på nedbringelse af henholdsvis tvang og magtanvendelse, og der arbejdes med ens eller lignende redskaber til forebyggelse af tvang og magtanvendelse.

Udvalget præsenterer i kapitlet de områder, som efter udvalgets vurdering er relevante i forhold til det videre arbejde med at få anvendelsen af tvang, herunder magt, bragt ned og derefter fastholdt på et lavt niveau.

Kapitlet skal ses i sammenhæng med kapitel 5 om en ny ramme og retning for indsatsen, herunder i forhold til selvbestemmelse, inddragelse, dialog, recovery, inklusion og deltagelse. Disse områder er også relevante i forhold til at arbejde hen mod en tvangsfri kultur i psykiatrien.

På trods af flere nationale gennembrudsprojekter om nedbringelse af tvang er der, som beskrevet i kapitel 4, de seneste 10 år ikke set et nævneværdigt fald i andelen af indlagte psykiatriske patienter, som udsættes for tvang. Projekterne har imidlertid vist, at anvendelsen af tvang kan nedbringes, når der er fokus på tvanganvendelse, men de gode resultater er ikke blevet fastholdt efter projekternes ophør. Kapitlet har til formål at pege på faktorer, der kan bidrage til at få nedbragt anvendelsen af tvang i psykiatrien.

Generelle overvejelser om tvanganvendelse

Anvendelse af tvang i den regionale psykiatri er et særligt vigtigt område for udvalget. Det er afgørende, at der kontinuerligt er fokus på området, herunder at målrette indsatsen i forhold til at få anvendelsen af tvang bragt ned på et absolut minimum. Det kan ud fra udviklingen i anvendelsen af tvang konstateres, at de tiltag, der indtil nu har været iværksat og anvendt, ikke har virket i det ønskede omfang. Derfor er der behov for et ambitiøst mål for nedbringelse af tvang på de psykiatriske afdelinger, og der er behov for en forpligtende plan for regionernes arbejde med at nå målet.

Udvalget erkender samtidig, at det i nogle helt særlige tilfælde kan være nødvendigt at anvende tvang af hensyn til patienten selv og/eller af hensyn til andres sikkerhed. I sådanne situationer er det vigtigt, at der er den størst mulige kvalitet i den tvang, der udøves, herunder at tvangen udøves i overensstemmelse med det mindste middels princip, som er lovfæstet i psykiatrilovens § 4. Det fremgår af denne bestemmelse, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende

betænkningstid. Derudover skal anvendelse af tvang stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået med tvangsanvendelsen. Hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe. Endelig må tvang ikke anvendes i større udstrækning, end hvad der er nødvendigt for at opnå formålet med tvangsanvendelsen.

Ved anvendelse af tvang over for mennesker, der har en psykisk lidelse, er der flere hensyn, der skal afvejes, og balancegangen kan være svær. På den ene side skal den enkeltes selvbestemmelsesret respekteres i videst mulige omfang. På den anden side er det også et grundlæggende princip i vores civiliserede samfund, at der bliver draget omsorg for de mennesker, der af den ene eller anden grund er ude af stand til at varetage egne interesser. Balancegangen er her dels at undgå, at respekten for selvbestemmelsesretten fører til, at en borger omsorgssviges, dels at undgå, at adgangen til at anvende tvang fører til, at der ikke forud for en eventuel tvangsanvendelse sker de nødvendige overvejelser om tvangens berettigelse set i forhold til borgerens selvbestemmelsesret.

I den forbindelse er det relevant at påpege, at sundhedsloven, psykiatriloven, serviceloven og de menneskeretlige konventioner, herunder især FN's handicapkonvention, lægger op til, at den enkelte borger skal have en høj grad af selvbestemmelse, og at tvangs- eller magtanvendelse derfor kun må anvendes undtagelsesvist i særligt afgrænsede tilfælde.

Der er imidlertid også grund til at påpege, at det ifølge gældende lovgivning i visse tilfælde kan være udtryk for en sundhedspersons manglende omhu og samvittighedsfuldhed ikke at anvende tvang med henblik på at udøve omsorg for mennesker med svære psykiske lidelser med begrænset sygdomsindsigt, når psykiatrilovens betingelser i øvrigt er opfyldt.

Det bemærkes, at Danske Regioner for perioden 2011-2013 har opstillet et mål om at reducere anvendelsen af fysisk tvang med 20 pct.³⁵⁵, samt at der er i satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2011-2014 er afsat 18,6 mio. kr. i perioden 2011-2014 til et nyt projekt om nedbringelse af tvang i psykiatrien, der skal understøtte dette mål.

Der er ingen enkle løsninger i forhold til at få anvendelsen af tvang bragt ned. Der er derfor behov for en bred indsats, som også omfatter forskning og kvalitetsudvikling. Derudover er det helt afgørende, at der er et stærkt ledelsesmæssigt fokus på nedbringelse af tvang, herunder udvikling af en kultur, der understøtter dette mål.

Etiske overvejelser

I spørgsmål om anvendelse af tvang vil der altid være behov for at inddrage etiske aspekter, fordi anvendelse af tvang er et voldsomt indgreb i den enkelte patients frihedsrettigheder og selvbestemmelsesret. Sådanne indgreb skal altid være den allersidste udvej – en undtagelse til hovedreglen om, at indlæggelse og behandling alene må ske med patientens samtykke.

Som nævnt i kapitel 5 blev der i 2005, på baggrund af en folketingsbeslutning, udført et stort arbejde med henblik på at vedtage et fælles værdigrundlag i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. I værdigrundlaget er respekt, faglighed og ansvar fremhævet som overordnede temaer.

355 Danske Regioner. 2010. *Mindre Tvang i Psykiatrien*.

I forhold til temaet respekt, påpeges det, at det er en særlig opgave at arbejde med respekt i relationen, når individets selvbestemmelse tilsidesættes, og der anvendes tvang. I forhold til temaet faglighed påpeges det, at etisk bevidsthed er en vigtig del af fagligheden. Den etiske faglighed er et særligt krav i forhold til at foretage beslutninger om at anvende tvang, fordi der altid vil være et element af skøn i beslutningen om at anvende tvang. Dette skøn skal baseres på faglig viden og diskussion.

Etisk faglighed er i en dansk sammenhæng ofte forbundet med etiske kliniske komitéer under de faglige organisationer eller hospitaler, der har en faglig ekspertviden på området, men er i mindre grad forankret i det kliniske personales daglige praksis. Der kan derfor være et behov for at styrke den etiske faglighed blandt det kliniske personale på sengeafsnit, der anvender tvang.

I Holland og Norge er der f.eks. udviklet metoder til at styrke det kliniske personales etiske faglighed i forbindelse med anvendelse af tvang i psykiatrien. Metoden kaldes "etisk refleksion", og har til formål at få personalet til systematisk at reflektere over cases/begivenheder omkring anvendelse af tvang i deres arbejde, og dermed højne deres etiske faglighed³⁵⁶.

Det Etske Råd udsendte i 2012 en udtalelse om tvang i psykiatrien³⁵⁷, hvori rådet præsenterer sine synspunkter på området. Rådet peger på, at tvang ikke kan ses som et isoleret fænomen, men derimod er tæt sammenvævet med andre aspekter af psykiatrien. For eksempel peger rådet på, at det både er en samarbejds- og en ledelsesmæssig opgave at fremme en kultur, hvor patienten mødes og behandles som en ligeværdig person. Rådet udtaler også, at brugen af tvang altid udgør en krænkelse, samt at der skal være fokus på at forebygge tvang. Der er efter rådets opfattelse fortsat et stort potentiale for forebyggelse af tvang.

Der er i udvalget tilslutning til rådets udtalelse.

Tilsyn med de psykiatriske afdelinger

Der er flere instanser, der fører tilsyn med de psykiatriske afdelinger, herunder i forhold til anvendelsen af tvang.

Sundhedsstyrelsens tilsyn

Hvis styrelsen konstaterer, at der på en afdeling, et hospital eller i en region sker en væsentlig stigning i anvendelsen af tvang, anmoder styrelsen afdelingen, hospitalet eller regionen om at gøre rede for dette. Hvis redegørelsen er tilfredsstillende, foretager styrelsen sig ikke yderligere. Hvis redegørelsen ikke er tilfredsstillende, opretter styrelsen en tilsynssag for at gennemgå, hvorvidt behandlingen har været udtryk for tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed.

Folketingets Ombudsmands tilsyn

Folketingets Ombudsmand fører to forskellige former for tilsyn med de psykiatriske afdelinger, herunder de retspsykiatriske afdelinger.

356 Moljevijk et al. 2008. Implementing moral case deliberation in Dutch health care; improving moral competency of professionals and the quality of care. *Bioethica Forum* vol 1. no. 1.

357 Det Etske Råd. 2012. *Det Etske Råds udtalelse om tvang i psykiatrien*.

Efter ombudsmandsloven har ombudsmanden en særlig forpligtelse til at være opmærksom på de forhold som personer, der er anbragt et bestemt sted mere eller mindre mod deres vilje, bydes, herunder på de psykiatriske afdelinger. I den forbindelse foretager ombudsmanden jævnligt tilsynsbesøg på psykiatriske afdelinger.

Ombudsmanden er også blevet udpeget til at besøge steder, hvor borgere er frihedsberøvet, for at sikre, at FN-reglerne vedrørende forbud mod tortur og anden grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf bliver opfyldt. Ombudsmanden samarbejder med Institut for Menneskerettigheder og Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre om disse tilsynsbesøg.

Ombudsmanden afrapporterer om sine tilsynsbesøg og underretter Folketinget og relevante internationale organer.

Folketingets tilsyn i henhold til grundlovens § 71

Folketingets tilsyn i henhold til grundlovens § 71 fører tilsyn med behandlingen af bl.a. tvangsindlagte psykiatriske patienter. Tilsynet aflægger både uanmeldte og anmeldte besøg. Nogle af besøgene sker på baggrund af tilsynets behandling af en konkret sag. Efter hvert tilsynsbesøg offentliggør tilsynet en rapport med tilsynets vurdering af sagen.

Europarådets Torturforebyggelseskomité (CPT)

CPT fører tilsyn med, at bl.a. Danmark overholder sine forpligtelser i henhold til Den Europæiske Menneskerettighedskonvention. CPT har senest besøgt Danmark i 2008, hvor CPT aflagde besøg på Sikringsafdelingen i Region Sjælland og Psykiatrisk Center Bispebjerg i Region Hovedstaden. CPT aflagde også besøg i Danmark i 2002. Efter sådanne besøg offentliggør CPT en rapport med komiteens kommentarer og vurderinger. I rapporterne vedrørende besøgene i 2002 og 2008 kritiserer CPT brugen af langvarige tvangsfikseringer og udtaler, at fikseringer i dagevis ikke har nogen behandlingsmæssig berettigelse og i komitéens øjne er at ligestille med mishandling.³⁵⁸

11.1

Udviklingen i anvendelsen af tvang i den regionale psykiatri fra 2001-2012

Den nedenstående gennemgang af udviklingen i anvendelsen af tvang i psykiatrien er baseret på en opgørelse fra Statens Serum Institut³⁵⁹. Opgørelsen, der vedrører perioden 2001-2012, omfatter ikke anvendelsen af tvang på Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland. Det skyldes, at patienterne på Sikringsafdelingen er en helt særlig patientgruppe (i alt 30 patienter), der er skønnet at være ekstraordinært farlige, og derfor ikke er repræsentative i forhold til patienterne i psykiatrien generelt.

I 2012 var i alt 26.739 personer indlagt i psykiatrien mod 25.859 i 2011, heraf var 1408 personer i 2012 indlagt i børne- og ungdomspsykiatrien mod 1264 året før. I 2001 var i alt 25.135 personer indlagt i psykiatrien. I perioden fra 2001-2012 var antallet af indlagte patienter lavest i 2007, hvor i alt 24.113 personer var indlagt.

358 European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT).

2008. Report to the Government of Denmark on the visit to Denmark.

<http://www.cpt.coe.int/documents/dnk/2008-26-inf-eng.pdf> og

<http://www.cpt.coe.int/documents/dnk/2002-18-inf-eng.pdf>

359 Statens Serum Institut. 2013. *Anvendelse af tvang i psykiatrien 2001 til 2012*.

Andelen af indlagte patienter i psykiatrien, som udsættes for tvang, har i de sidste 12 år ligget mellem 20 og 22 pct. Andelen var lavest i 2003 (20,2 pct.) og højest i 2011 (22,7 pct.). I 2012 faldt andelen til 21,8 pct. I voksenpsykiatrien er andelen 22,2 pct. i 2012, og i børne- og ungdomspsykiatrien er den 18,8 pct.

I 2012 blev 4.529 personer frihedsberøvet (tvangsindlagt eller tvangstillbageholdt), hvilket stort set svarer til antallet i 2011 (4.533 personer). Heraf blev 166 personer frihedsberøvet i børne- og ungdomspsykiatrien. I 2001 blev i alt 1.833 personer tvangsindlagt. I samme periode var der i alt 3.564 tvangsindlæggelser, heraf 149 i børne- og ungdomspsykiatrien, i 2012 mod 3.343 i 2011. I 2001 var der i alt 2.190 tvangsindlæggelser.

I alt 928 personer, heraf 41 i børne- og ungdomspsykiatrien, blev i 2012 tvangsbehandlet mod 977 året før. I 2001 blev i alt 715 personer tvangsbehandlet. Der blev iværksat i alt 1.331 tvangsbehandlingsforløb i 2012, heraf 91 i børne- og ungdomspsykiatrien, mod 1.277 i 2011. Af de tvangsbehandlede personer i 2012 blev flest tvangsmedicineret (562 i voksenpsykiatrien og 19 i børne- og ungdomspsykiatrien) mens færrest bliver tvangsernæret (20 i voksenpsykiatrien og 28 i børne- og ungdomspsykiatrien).

En del tvangsbehandling foregår i somatisk regi. I 2012 blev 289 personer således tvangsbehandlet for en fysisk lidelse. I sådanne tilfælde vil der ofte være tale om patienter, der er tvangsindlagt på en psykiatrisk afdeling, men er udstationeret på en somatisk afdeling.

Antallet af personer, der har fået ECT-behandling (elektrostimulationsbehandling) med tvang, lå i 2012 på det laveste niveau i de sidste 12 år, idet 73 personer fik ECT-behandling med tvang mod 105 året før. I 2001 blev i alt 91 personer tvangsbehandlet med ECT. I 2012 blev der iværksat i alt 88 ECT-behandlingsforløb med tvang mod 106 året før. Der blev i 2012 ikke givet ECT-behandling med tvang i børne- og ungdomspsykiatrien, mens der i 2011 blev iværksat ét enkelt behandlingsforløb. Det gennemsnitlige antal ECT-behandlinger med tvang per person var 6,1 behandlinger i 2011 sammenlignet med 4,9 ECT-behandlinger i 2001. Det gennemsnitlige antal CT-behandlinger i den samlede voksenpsykiatri per år per person var 11 i 2011 og 10,7 i 2001³⁶⁰.

Der ses en lille stigning i antallet af personer, der fik beroligende medicin med tvang fra 1.992 i 2011 til 2.007 i 2012, heraf 59 i 2011 og 68 i 2012 i børne- og ungdomspsykiatrien. I 2001 fik 1.605 personer beroligende medicin med tvang. I 2012 blev der givet beroligende medicin 7.027 gange, heraf 430 i børne- og ungdomspsykiatrien, mod 6.842 gange i 2011, heraf 203 i børne- og ungdomspsykiatrien. I 2001 blev der givet beroligende medicin med tvang 4.410 gange.

I 2012 blev i alt 1.993 personer tvangsfikseret, heraf 78 i børne- og ungdomspsykiatrien, mod i alt 1.981 i 2011, heraf 95 i børne- og ungdomspsykiatrien. I 2001 blev 1.941 personer tvangsfikseret. I perioden 2001-2012 blev færrest personer (i alt 1.749) tvangsfikseret i 2004. Antallet af tvangsfikseringer er steget fra 2011 til 2012. Der var i 2012 i alt 5.657 tvangsfikseringer, heraf 482 i børne- og ungdomspsykiatrien, mens der i 2011 var i alt 5.223 tvangsfikseringer, heraf 407 i børne- og ungdomspsykiatrien. Det højeste antal tvangsfikseringer i perioden var i 2002, hvor der blev foretaget i alt 6.753 tvangsfikseringer. Det laveste antal (i alt 5.035) var i 2010. Med hensyn til varigheden af tvangsfikseringer ses der i perioden 2008-2012 et fald i antallet af fikseringer, der har varet i op til 48 timer – 5.295 i 2008 og 4.853 i 2012. Der var i 2008 643 fikseringer med en varighed på over 48 timer og 715 i 2012.

³⁶⁰ Der foreligger ikke tal for variationen i antallet af ECT-behandlinger.

Der ses et større fald i anvendelsen af beskyttelsesfiksering. I 2012 blev i alt 146 personer beskyttelsesfikseret, heraf 1 i børne- og ungdomspsykiatrien, mod 190 året før og mod 498 i 2001. Beskyttelsesfikseringer blev i 2012 anvendt i alt 206 gange mod 258 i 2011 og 807 i 2001.

Som det fremgår af ovenstående gennemgang, er der igennem de seneste 11 år ikke sket fremskridt i forhold til at få reduceret anvendelsen af tvang generelt.

11.2

Overordnede områder med betydning for tvangsanvendelse

Ud over konkrete tiltag, der har et tvangsforebyggende perspektiv og som vil blive adresseret i det følgende afsnit, har udvalget drøftet, hvordan også de mere overordnede områder som fysiske rammer, organisering, specialisering og personalets kompetencer kan påvirke anvendelsen af tvang.

De fysiske rammer

Der er i dag øget opmærksomhed på, hvordan de fysiske rammer, herunder udearealer, kan bidrage til at minimere anvendelsen af tvang. Naturlige rum kan virke beroligende, og konflikter kan forebygges, hvis den enkelte patient kan trække sig tilbage til "sit personlige rum", og hvis der er sociale rum, hvor patienter kan trænes i relationer. Det har også betydning, hvis der er uhindret adgang til uderum og rekreative aktiviteter. Fysisk aktivitet er vigtig, og derfor er det en fordel, hvis der er inde- og/eller udearealer, der inviterer til aktivitet.

Ved nybyggeri gøres der i dag stor brug af denne viden. På Psykiatrisk Center København på Frederiksberg er der bl.a. udarbejdet en motionshave, hvor uderummet er inddelt i både aktivitets- og stillezoner³⁶¹. Region Sjælland har i forhold til nybyggeriet i Slagelse en foreløbig hensigtserklæring om, at bæltefiksering kun må finde sted i to "højindsatsrum". Disse rum er under udvikling, og der udvikles aktuelt modeller for beroligende rum³⁶². Den nye retspsykiatriske afdeling på Sct. Hans, som efter planen skal være færdig i 2018, er også præsenteret som havende "en helende arkitektur i pagt med naturen". Den nye afdeling vil have aktivitetshave, motionshall, sansehave, køkkenhave, bibliotek, terapibassin m.v. Derudover vil afdelingen få en høj grad af sikkerhed uden brug af pigtråd og hegn, idet bygningerne vil blive placeret på en måde, så de tilsammen danner en effektiv indhegning. Samtidig vil patienterne få udsigt til Roskilde Fjord³⁶³.

En undersøgelse af anvendelsen af tvangsfiksering på 183 lukkede afsnit i Danmark og Norge viste, at størrelsen på patientens stue og adgangen til enestuer kan have betydning i forhold til forebyggelse af tvangsfikseringer³⁶⁴.

Organisering og specialisering

Gruppen af mennesker med en psykisk lidelse dækker et bredt spektrum af personer. I den ene ende er der personer, som i kort tid pådrager sig en psykisk sygdom, der

361 Region Hovedstadens Psykiatri. www.psykiatri-regionh.dk/menu/

362 Region Sjælland. www.regionsjælland.dk

363 Region Hovedstadens Psykiatri. www.psykiatri-regionh.dk

364 Bak J., Brandt-Christensen M., Sestoft D.M., Zoffmann V. 2012. *Mechanical Restraint – Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? – a systematic review*. Perspectives in Psychiatric Care. 48(2):83-94.

svinder fuldstændig efter behandling. I den anden ende af spektret findes personer, der lider af sygdomme, der er meget gennemgribende og langvarige, og som kan give væsentlige begrænsninger i personernes livsudfoldelse. Det er derfor af betydning, at afdelingerne organiseres således, at personalet har de relevante specialiserede kompetencer i forhold til patientgruppen på afdelingen, ligesom det har betydning, at der er den rette bemanding på afdelingerne. De rette kompetencer til den rigtige målgruppe vil bidrage til kvalitet i behandlingen, og vil samtidig give et grundlag for, at der skabes sammenhæng i indsatsen for målgruppen mellem den regionale behandling og den opfølgende kommunale indsats.

Patienter, der udsættes for tvang, behandles oftest i lukkede/intensive afsnit, der enten har en akutfunktion, en langtidsfunktion eller et specialiseret retspsykiatrisk afsnit. Det kan f.eks. være svært syge patienter i den tidlige fase af et indlæggelsesforløb. Niveaulet er svarende til intensive afsnit på de somatiske afdelinger. Undersøgelser viser, at en specialiseret indsats afværger krisesituationer, reducerer tvang og dermed forbedrer behandlingen^{365,366}.

I forhold til de situationer, hvor der gentagne gange anvendes tvang over for patienter, f.eks. ved langvarige fikseringer eller andre kritiske situationer, kan det være en fordel, at der er mulighed for sparring med sundhedspersoner med særlige kompetencer i forhold til tvangsudøvelse og tvangsforebyggelse. Dette kan være med til at øge personalets kompetencer på området.

Det er en ledelsesmæssig opgave at udstikke visioner, strategier, og mål, samt at skærpe de ansattes blik for etiske og værdimæssige problemstillinger. Ledelsen skal sikre en kultur, der fremmer en recovery-orienteret og patientinddragende tilgang, og ledelsen skal sikre, at der skabes rum for kritisk eftertanke og evalueringsprocesser i forhold til tvangsansvendelse.

Personalets kompetencer

Det er i udvalget blevet anerkendt, at personalet i psykiatrien generelt yder en stor indsats i forhold til at give patienterne den bedst mulige behandling under indlæggelse på psykiatrisk afdeling, herunder i forhold til at minimere anvendelsen af tvang. Samtidig anerkendes det, at personalet i psykiatrien også har krav på, at det skal være trygt at gå på arbejde.

Det er vigtigt, at det personale, der udøver tvang, har et kvalificeret og specialiseret kompetenceniveau i forhold til at forebygge og udøve tvang. Derfor er det også vigtigt, at personalet har en uddannelse, der giver dem den faglige forudsætning for den videre kompetenceudvikling, som vil være en forudsætning for at kunne håndtere de meget komplekse forløb, der kendetegner patientgruppen på de lukkede/intensive afsnit. Det kan sammenlignes med den højt specialiserede indsats, der ydes på de intensive afsnit på de somatiske afdelinger. Her varetages behandling, pleje og diagnostik primært af fagpersoner med specialuddannelse indenfor intensiv terapi.

Ifølge en metaanalyse fra 2012 er interaktionen mellem personale og patienter den hyppigste faktor (39 pct.) blandt de hændelser, der går forud for vold eller aggression på lukkede afdelinger. Metaanalysen viser, at interaktioner, hvor der opstår vold og aggression, oftest (25 pct.) er relateret til situationer i forbindelse med f.eks. grænsesætning

365 Bahora M. et al. 2008. *Preliminary Evidence of Effects of Crisis Intervention Team Training on Self-Efficacy and Social Distance*. *Adm Policy Ment Health*. 35(3):159-67. Epub 2007 Nov 27.

366 Vaaler A. E. 2007. *Effects of a Psychiatric Intensive Care Unit in an Acute psychiatric Ward*. Thesis for the degree of doctor medicine. NTNU, Trondheim.

eller kontrol, herunder f.eks. afslag på anmodninger om at ryge, forlade afdelingen m.v.³⁶⁷

Der er også dokumentation for, at vold påvirker personalets psykiske arbejdsforhold og medfører en øget udskiftning af personale^{368,369}. Forebyggelse af både vold og tvang er derfor et vigtigt led i uddannelsen af personalet, og det kan medvirke til at forbedre såvel personalets arbejdsmiljø som forholdene for patienterne.

Udvalgets forslag

Der er i udvalget blevet lagt afgørende vægt på, at anvendelsen af tvang nedbringes markant og derefter fastholdes på et lavt niveau. Der er derfor behov for at sætte ambitiøse mål for nedbringelse af tvang. Samtidigt er det vigtigt, at de overordnede rammer, herunder tilstedeværelsen af relevante specialiserede kompetencer og bemanning, understøtter en reduktion i anvendelsen af tvang. Udvalget foreslår følgende:

- **Der fastsættes ambitiøse nationale mål for markant og varig nedbringelse af tvang.** Der skal sættes fælles mål for en markant og varig reduktion af tvang frem mod 2020. De fælles mål og den løbende opfølgning indgår i de årlige forhandlinger om regionernes økonomi. Samtidig aftales der en forpligtende plan for en reduktion i anvendelsen af tvang bl.a. med udgangspunkt i erfaringerne fra gennembrudsprojekterne. Udvalget vurderer, at der vil være behov for en nærmere vurdering af præcise mål, f.eks. for antallet og varigheden af tvangsfikseringer. I vurderingen inddrages relevante parter. Der skal samtidigt følges op på, at målet om f.eks. en reduktion i brugen af tvangsfikseringer ikke medfører en stigning i øvrige former for tvang, herunder f.eks. tvangsbehandling og anvendelse af beroligende medicin. Et mål skal være, at en tvangsfiksering som udgangspunkt ikke må udstrække sig over 48 timer, med mindre helt specielle hensyn taler herfor, herunder patientens, personalets eller andres sikkerhed. For at følge op på de nationale mål om reduktion af tvang foreslår udvalget, at området monitoreres tæt og løbende.
- **Regionerne har i det løbende arbejde med kompetenceudvikling fokus på nedbringelse af tvang.** Den løbende kompetenceudvikling af sundhedspersonale har særlig fokus på personale, der arbejder med patientgrupper, hvor der erfaringsmæssigt anvendes tvang, og hvor der dermed er behov for kompetencer i forhold til forebyggelse af vold, håndtering af udadreagerende adfærd og tvangsanvendelse.
- **Regionerne sikrer et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus på nedbringelse af tvang.** Der skal være særlig fokus på at sikre, at der kontinuerligt er ledelsesmæssigt fokus på nedbringelse af tvang, herunder sikre at der er en konkret og forpligtende plan for nedbringelse af tvang i den enkelte region.

11.3

Forebyggelse af tvang

Der er i udvalget blevet arbejdet med at identificere eventuelle tiltag, der kan medvirke til at nedbringe anvendelsen af tvang. Det er vigtigt at afprøve forskellige metoder og at indhente data på, hvad der virker, herunder hvad der virker bedst.

367 Papadopoulos C., Ross J., Stewart D., Dack C., James K., Bowers L. 2012. *The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings*. Acta Psychiatr. Scand. 125, 425–439

368 Björkdahl A., Olsson D., Palmstierna T. 2006. *Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care*. Acta Psychiatr. Scand. 113, 224–229.

369 Stirling G., Higgins J.E., Cooke M.W. 2001. *Violence in A&E departments: a systematic review of the literature*. Accid. Emerg. Nurs. 9, 77–85.

Der er en del evidens for, hvad der virker i forhold til nedbringelse af tvang, jf. også nedenfor. Der mangler imidlertid evidens med hensyn til fastholdelse af gode resultater.

11.3.1

Særlige områder med betydning for forebyggelse af tvang

I det følgende peges på nogle udvalgte områder, der er relevante at inddrage i arbejdet med at forebygge tvangsansendelse.

Deeskalering

Et vigtigt område i forhold til forebyggelse af tvang er anvendelse af deeskalering, som betyder "at dirigere patienten mod et roligere, personligt (fysisk, psykisk og socialt) rum"³⁷⁰. Det er et forebyggende system af principper, strategier og teknikker, der er egnede til at reducere forekomsten af vold eller anden alvorlig udfordrende adfærd. Gode analytiske og praktiske færdigheder på disse områder, som er afgørende for sikkerhed og tryghed, kan reducere anvendelse af tvang og nedsætte stressniveauet i miljøer, hvor aggressiv og voldelig adfærd kan forekomme.

Deeskaleringsrum: Erfaringer fra England

I bl.a. England har man erfaringer med deeskaleringsrum. Dette er rum med rolige omgivelser og lavstimuli, hvor patienten og personalet kan gå hen i tilspidsede situationer. Der er tale om et ulåst rum med sparsom møblering, der ikke kan løftes eller f.eks. er lavet af skum, afslappende farver på væggene og uden telefon og TV.

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215623/dh_126177.pdf

Risikovurdering

Risikovurdering efter validerede risikovurderingsredskaber, som f.eks. Brøset Violence Checklist (BVC), nedbringer vold på psykiatriske afdelinger, fordi personalet bliver bedre til at forudse og dermed til at forebygge vold^{371,372}. Brøset har videreudviklet risikovurderingssystemet (START), så også patientens ressourcer indgår i vurderingen. Desuden kan patienter også deltage i vurderingerne, såfremt de ønsker det.

Fysisk aktivitet

Det er alment kendt, at fysisk aktivitet øger menneskers fysiske og psykiske ressourcer, hvilket er særlig vigtigt for mennesker med en psykisk lidelse, og det har vist sig, at fysisk aktivitet kan nedsætte og forkorte anvendelsen af tvang³⁷³. Målet med fysiske interventioner er at styrke kroppens ressourcer og øge evnen til at håndtere og mestre det kropslige ubehag, man som patient kan opleve i tilknytning til psykisk sygdom.

370 NICE clinical guidelines. 2005. *Violence: The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in In-Patient Psychiatric Settings and Emergency Departments*. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Royal College of Nursing (UK), London.

371 Björkdahl A., Hansebo G., Palmstierna T. 2012. *The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.

372 Björkdahl A., Heilig M., Palmstierna T., Hansebo, G. 2007. *Changes in the Occurrences of Coercive Interventions and Staff Injuries on a Psychiatric Intensive Care Unit*. Arch. Psychiatr. Nurs. 21, 270–277.

373 Jf. også Danske Fysioterapeuters pjece fra februar 2013: "Det er lettere at slippe de negative tanker, når man bruger kroppen".

Fysisk aktivitet kan forebygge angst, aggression, anspændthed og fysisk og psykisk uro; faktorer der er konfliktoptrappende³⁷⁴. Desuden kan fysisk aktivitet virke afledende, skabe struktur og glæde, give bedre søvn, træne sociale færdigheder og ikke mindst forebygge og behandle livsstilssygdomme og depression.

Patienter, der er tvangsfikseret, skal tilbydes aktiviteter i det omfang, det er muligt. Erfaringerne fra de nationale gennembrudsprojekter viser, at det kan forkorte den tid, en patient er tvangsfikseret. Desuden er det afgørende for at forebygge tilstødende somatiske komplikationer, at en patient, der er tvangsfikseret, bevæger kroppen i det omfang, det er muligt³⁷⁵.

Som tidligere nævnt, har det nye satspuljeprojekt om nedbringelse af tvang, der er i gang i regionerne, fokus på at arbejde med forskellige former for målrettede aktiviteter for at nedbringe anvendelsen af tvang.

Berøring/massage

Berøring kan være et middel til at give ro og velvære. Massage kan gives på mange måder og med direkte berøring såvel som berøring med f.eks. massagebold. Gennem berøring stimuleres kroppens fysiologiske ro-hvile-system. Det er påvist, at massage aktiverer hormonet oxytocin, som fremmer ro, nærvær, indlæring og søvn samt dæmper angst og anspændthed.³⁷⁶

Aktivitetstilbud og flerstrengt behandling m.v.

Som det fremgår ovenfor er fysisk aktivitet vigtigt for mennesker med en psykisk lidelse. Der er derfor behov for at kunne tilbyde en bred vifte af målrettede og meningsgivende aktiviteter på de psykiatriske afdelinger i dag- og aftentimerne. På de lukkede afsnit og de retspsykiatriske afdelinger har en stor del af patienterne ikke mulighed for at forlade afsnittet, hvorfor disse aktiviteter skal kunne tilbydes i afdelingerne. Det kan f.eks. være fysisk aktivitet, spil, musik, afspænding etc.

Behandlingstilgangen er endvidere af betydning for forebyggelse af tvang. I de nationale gennembrudsprojekter er der blevet arbejdet systematisk med komplementære strategier, som kan anvendes som alternativ til f.eks. beroligende medicin. Det kan f.eks. være at lytte til musik (MusiCure), anvendelse af ballstick-massage, male-/ tegneøvelser, gåture, mindfulness etc. Behandlingen har i høj grad taget udgangspunkt i patientens egne erfaringer og ønsker, som er blevet italesat allerede ved indlæggelses-samtalen. Enkelte afsnit har gode erfaringer med at anvende 'Åben Dialog' og netværket som en del af behandlingsformen (f.eks. Køge, Roskilde, Svendborg og Augustenborg).

Fokus på psykologiske, kropslige og musiske/kreative elementer kan være med til at bedre patientens tilstand og velbefindende og mindske aggressionsniveau samt forebygge tvangsanvendelse.

Desuden er det vigtigt, at alle patienter, af hensyn til deres helbred og velbefindende, har adgang til frisk luft og sollys.

Patient- og pårørendeinddragelse

Som nævnt i kapitel 5 er patient- og pårørendeinddragelse vigtig. Derfor kan det være af

374 Jørgensen P. et al. 2011. *Psykiske sygdomme og kroppen*. Munksgaard Danmark, Kbh.

375 Region Midtjylland – Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK). 2011. *Tvang i psykiatrien – håndtering og forebyggelse*. *Idékatalog*.

376 Moberg K. U. 2006. *Afspænding, ro og berøring*. Akademisk Forlag København.

stor betydning for et patientforløb, at det systematisk dokumenteres, hvilke erfaringer såvel patient som personale har fra tidligere indlæggelser, og at denne erfaring anvendes og er let tilgængelig i journalen. Det kan bidrage til, at patienten får medindflydelse, medansvar, større handlekraft og konkrete værktøjer til at agere hensigtsmæssigt i svære situationer.

Det er også vigtigt, i videst muligt omfang, at være i dialog med pårørende og inddrage deres erfaringer med patienten i behandlingen. Flere studier i Norge har beskæftiget sig med brugerinddragelse og anvendelse af tvang. Der er dokumenteret en sammenhæng mellem, at afsnit med høj grad af brugerinvolvering også anvender mindre tvang³⁷⁷. Studierne fra Norge viser, at patienter ønsker mere dialog og medinddragelse, samt at de bliver taget alvorligt og respekteret af personalet. De ønsker at blive hørt og inkluderet i beslutninger, hvilket også ser ud til at mindske oplevelsen af krænkelse ved anvendelse af tvang³⁷⁸. Der er lignende erfaringer fra de nationale gennembrudsprojekter i Danmark.

Under indlæggelsen er det vigtigt at sikre, at patienten understøttes i opretholdelse af kontakt med sit netværk, herunder i form af besøgsmuligheder.

Forskning

Der er mangel på forskning på området, så der kan indhentes viden om, hvordan tvangen kan nedbringes permanent.

I Norge er der etableret et nationalt forskningsnetværk (www.tvangsforskning.no), der har styrket indsigten i og den faglige udvikling af, hvordan der kan arbejdes for at nedbringe brugen af tvang i psykiatrien.

Et lignende initiativ kunne etableres i Danmark. Forskningen kan med fordel tilrettelægges som et større tværvideenskabeligt netværk, der inddrager både sundhedsvidenskab, samfundsvidenskab, humaniora og retsvidenskab. Måltrettet forskning vil kunne bidrage til udvikling af en evidensbaseret praksis i forhold til at vejlede institutioner, fagprofessionelle og interessegrupper i at arbejde med reduktion af tvang i psykiatrien. Danmark kan endvidere drage nytte af, eller indgå i, nogle af de internationale forskningsnetværk og EU-forskningsprojekter, der eksisterer omkring anvendelse af tvang.

Evaluering af tvangsanvendelse

Der er udviklet mange retningslinjer om tvangsanvendelse, og der er formelle krav til registrering af tvangen. Hvis disse registreringer skal anvendes til læring om nedbringelse af tvang, er der behov for at lægge vægt på implementering og planer for audit og feedback på anvendelsen af tvang. Evalueringer i forhold til tvangsanvendelse bør også inddrage deltagerne, herunder patienterne. Både kvantitative og kvalitative data er vigtige i denne sammenhæng. Audit eller kerneårsagsanalyser af indsats og kvalitet kan f.eks. foretages over en afgrænset periode.

Hvilke målinger, der er relevante, afhænger af afdelingernes resultater. Eksempler på relevante områder er:

- I hvilke vagter er tvangsanvendelsen størst, skal der muligvis arbejdes med personalets kompetencer, bemanningen, den ansvarshavendes arbejdspress og kompetencer?

377 Norvoll R., Hatling T., Hem K-G. 2008. *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet. Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT)*. Trondheim: SINTEF.

378 Norvoll R., Lossius Husum T. 2011. *Som natt og dag? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. AFI-notat 9/2011.

- Hvad har ført frem til en tvangsanvendelse, er der en læge til stede før tvangshandlingen, er mindste middels princip anvendt, overholdes tilsynet af en læge under fikseringen, udfyldes papirerne korrekt efter tvangshandlinger?
- Er der en klar rollefordeling under tvangshandlingen, anvendes der den rette teknik, så hverken patient eller personale kommer til skade?
- Arbejdes der kontinuerligt med faglig udvikling og med en konfliktreducerende kultur? Dokumenteres det om personalet deltager i undervisning i kommunikation, konflikt håndtering, kollegahjælp, frigørelses- og fastholdelsesteknikker?
- Foretages der kerneårsagsanalyser af specielt de vanskelige situationer eller som stikprøver?
- Er der opfølgning på resultater, og kan personalet kontinuerligt følge målinger og analyser og eventuelle handleplaner for det videre forløb?

I det følgende gennemgås resultater fra nationale og internationale undersøgelser og projekter vedrørende nedbringelse af tvang.

11.3.2

Nationale og internationale erfaringer

De nationale gennembrudsprojekter om nedbringelse af tvang

Andelen af indlagte patienter i psykiatrien, som udsættes for tvang, har – som tidligere nævnt – de seneste 10 år været nogenlunde konstant på trods af flere nationale gennembrudsprojekter om nedbringelse af tvang. Disse projekter, som blev gennemført i 2004-2007³⁷⁹, har vist, at anvendelsen af tvang kan nedbringes, når der er fokus på tvangsanvendelse. De har også vist en større patienttilfredshed med kvaliteten af den anvendte tvang.

De gode resultater fra gennembrudsprojekterne er imidlertid ikke blevet fastholdt. Det kan der være forskellige årsager til, f.eks. organisatoriske ændringer, et generelt stort personaleflow og manglende vedvarende ledelsesopmærksomhed og prioritering.

Erfaringerne fra projekterne viser også, at det er en forudsætning for et godt resultat, at der arbejdes målrettet med fire centrale områder på samme tid. Disse er:

1. Øget patientinddragelse.
2. Varierede og målrettede aktivitetstilbud.
3. Optimering af personalets faglige kompetencer i forhold til at foretage faglig vurdering, observation og dokumentation.
4. Etablering af organisatoriske forhold, der understøtter disse indsatser og kontinuerlig ledelsesmæssig opmærksomhed.

Et nyt landsdækkende satspuljeprojekt om nedbringelse af tvang i psykiatrien, der løber fra 2011-2015, bygger på denne viden.

I projektet forsøges der taget højde for det manglende fokus på og ejerskab til implementerings- og spredningsprocesser af projekterne. Derudover er implementerings-

³⁷⁹ Region Midtjylland – Center for folkesundhed og kvalitetsudvikling (CFK). *Kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien 2004-2007*.

indsatsen forsøgt styrket både teoretisk og i praksis. Der er i hver region etableret regionale implementeringsgrupper og særlige sessioner, der er målrettet ledelsen på forskellige niveauer. Ligeledes er inddragelse af brugere og pårørende prioriteret højt på både lokalt, regionalt og nationalt plan.

Endvidere er der i projektet fokus på at arbejde med forskellige former for målrettede aktiviteter for at nedbringe anvendelsen af tvang. Aktiviteter defineres bredt som både fysiske aktiviteter, for eksempel gåture, boldspil, dans etc., men også sociale aktiviteter som madlavning, sang og endelig mere mentale former for aktiviteter, f.eks. mindfulness, musikterapi etc. Desuden bygger projektet i høj grad på tiltagene og erfaringerne fra de tidligere projekter.

En vigtig erfaring fra de tidligere gennembrudsprojekter er, at der må arbejdes med mange forskellige tiltag på samme tid, og reduktionen af tvangen kan ikke isoleres til et enkelt tiltag. Der er mange forskellige faktorer, der kan spille ind i forbindelse med anvendelse af tvang.

Dansk oversigt/review om mulige interventioner i forhold til forebyggelse af tvangsfikseringer

Der er udarbejdet en dansk systematisk oversigt, der beskriver mulige sygeplejefaglige tiltag til forebyggelse af tvangsfikseringer³⁸⁰. Oversigten identificerede 27 tiltag, hvoraf 14 er underbygget af svag evidens og 13 er underbygget af lidt bedre evidens. Nedenunder beskrives de bedst underbyggede tiltag prioriteret i forhold til den største virkningsgrad:

1. Implementering af kognitiv miljøterapi reducerer antallet af tvangsfikseringer, bl.a. gennem patientinvolvering og patient-empowerment.
2. Kombinerede interventionsprogrammer er effektive til at undgå tvangsfikseringer f.eks. patientdeltagelse, patientuddannelse, personaleuddannelse, ændringer af procedurer og handleplaner, administrativ og ledelsesmæssig støtte fra topledere, kulturelle ændringer, dataanalyse m.v.
3. Implementering af patientcentreret pleje med en høj grad af positiv patientinvolvering i egen pleje, reducerer antallet af tvangsfikseringer.
4. Hvis der tidligt i indlæggelsesforløbet sker en identifikation af, hvad der trigger patientens kriser eller aggressioner, anvendte unikke beroligelsesteknikker og beslutning om specifikke interventioner, reduceres antallet af tvangsfikseringer.
5. Indførelse af validerede risikovurderingssystemer med plejainterventionsforslag nedsætter antallet af tvangsfikseringer.
6. Effektiv behandling af misbrug og psykoser nedsætter antallet af tvangsfikseringer.
7. Obligatorisk review (a la kerneårsagsanalyser) udført af kvalificerede kliniske eksperter som et post-hændelses review, nedsætter antallet af tvangsfikseringer.
8. Bedre træning og undervisning medfører færre tvangsfikseringer (flere forskellige og involverende undervisningsmetoder, større bredde i emnerne, herunder f.eks. lovgivning, krisehåndtering, fysiske interventionsstrategier, advarselstegn, risikofaktorer, kommunikativ deeskalering m.v.).

380 Bak J., Brandt-Christensen M., Sestoft D.M., Zoffmann V. 2012. *Mechanical Restraint – Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? – a systematic review*. Perspectives in Psychiatric Care.;48(2):83-94.

9. Positive personaleholdninger som f.eks. respekt, samarbejde, kommunikation, empati, mindre kontrol og ufrivillige procedurer, nedsætter antallet af tvangsfikseringer.
10. Højere patient-personale ratio nedsætter antallet af tvangsfikseringer.
11. Grunduddannelsesniveau: Jo højere uddannet plejepersonalet er, jo færre tvangsfikseringer.
12. Hvis sygeplejersker ændrer deres fokus vedrørende grænsesætning fra at se patienten som afvigende til at være en ressource i deres egen pleje, vil det nedsætte antallet af tvangsfikseringer.

De udpegede tiltag giver nogle gode pejlemærker i forhold til det videre arbejde med at nedbringe anvendelsen af tvang.

Nedbringelse af tvang gennem anvendelse af kognitiv miljøterapi

Gennem indførelse af kognitiv miljøterapi i behandling og pleje undersøgte afdeling M på Psykiatrisk Center, Sct. Hans brugen af tvang i behandling og pleje af indlagte patienter med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug. Undersøgelsen løb fra 2002 til 2005³⁸¹. I 2007 fik afdeling M tilført 20 patienter fra en anden afdeling, som var ved at indføre kognitiv miljøterapi.

Resultaterne viste, at der i afdelingen i 2002 var 19 patienter, der i alt blev tvangsfikseret i 127 dage, og i 2012 var der 3 patienter, der i alt blev tvangsfikseret i 3 dage.

I 2002 blev 5 patienter i alt tvangsmediceret 446 gange, og i 2012 blev én patient tvangsmediceret én gang.

Resultaterne viser, at der er sket et signifikant fald i anvendelsen af tvangsfikseringer efter ændringer i behandlings- og plejemiljøet til kognitiv miljøterapi, og at dette fald ikke blev opvejet af stigninger i tvangsmedicinering.

Måltrettet projekt i Pennsylvania

Pennsylvania State Hospital System i USA, som omfatter ni hospitaler, igangsatte gennem 1990'erne (1990-2000) en række tiltag med det mål at reducere anvendelse af isolation (seclusion) og tvangsfiksering til 0,^{382,383}. Det lykkedes stort set, og det er også lykkedes at fastholde de gode resultater i perioden 2001–2009.

På trods af, at der kan være vanskeligheder ved at sammenligne på tværs af landegrænser, peger deres opgørelser på en imponerende indsats, hvor de alvorligste tvangsindgreb er reduceret markant. For eksempel faldt anvendelse af isolation fra 4,2 episoder per 100.000 indlæggelsesdage i 1990 til 0,3 episoder i 2000, og anvendelse af tvangsfiksering faldt fra 3,5 episoder i 1990 til 1,2 episoder i 2000. Det konkluderes,

381 Lykke J., Austin S.F., Mørch M.M. 2008. *Kognitiv miljøterapi og tvang i behandling af dobbelt diagnose*. Ugeskrift for læger 170/5, 28. januar 2008.

382 Barton S.A., Johnson M.R., Price L.V. 2009. *Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit*. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 47(1):34.

383 Smith G.M., Davis R.H., Bixler E.O., Lin H.M., Altener A., Altener R.J., et al. 2005. *Special section on seclusion and restraint: Pennsylvania State Hospital System's seclusion and restraint reduction program*. *Psychiatric Services*. 56(9):1115.

at mange faktorer har bidraget til de gode resultater. De har fulgt seks kernestrategier for at reducere anvendelsen af isolation og tvangsfiksering³⁸⁴.

1. *Ledelse med henblik på organisatoriske ændringer*
Inkluderer en defineret vision, værdier og filosofi, der indeholder en forventet reduktion af tvangsansværelsen. Udvikling og implementering af en afsnitsbaseret, præstationsbaseret forbedringsplan, samt sikring af, at den bliver fulgt. Dette indebærer en daglig gennemgang af alle tvangsepisoder (24/7) af den øverste ledelse.
2. *Registrering af data i praksis*
Indebærer indsamling og analyse af tvangsdata på afsnitsniveau. Data skal indeholde information om afsnit, tid, dato, involverede personale, patientens demografiske data, medicinering, skader på både patienter, personale, andre/andet, osv. Afsnittene opsætter mål for kvalitetsforbedringer og evaluerer i forhold til ændringerne over tid.
3. *Personaleudvikling*
Forslag om at skabe et behandlingsmiljø hvor politikker, procedurer og praksis er baseret på viden og principperne om recovery og "trauma informed"³⁸⁵ pleje og behandling.
4. *Anvendelse af tvangsförebyggende redskaber*
Der anvendes et mangfoldigt udvalg af metoder og redskaber til at nedbringe tvangsansværelsen. Disse er integreret i politikker og procedurer og den enkelte patients recovery-plan. Også her er konceptet om individuel pleje og behandling helt centralt.
5. *Brugerroller i afdelinger*
Denne strategi handler om fuld og formel inklusion af patienten, børn, familie og eksterne støttepersoner i forskellige roller og alle niveauer af organisationen for at hjælpe med at reducere anvendelsen af tvang.
6. *Debriefingteknikker*
Denne strategi handler om vigtigheden af en grundig analyse af alle tvangsepisoder – for både patienter og personale umiddelbart efter tvangen er ophørt, samt kerneårsagsanalyser.

Huckshorn peger på, at en meget synlig, pålidelig og effektiv ledelse ser ud til at være det vigtigste i en succesfuld reduktion af tvangsansværelsen.

Office of Mental Health & Substance Abuse Services i Pennsylvania mener selv, at deres reduktion skyldes en kulturændring, hvor ledelserne understøttede ændringerne, højere personale/patient ratio, mål for effekt/performance, øget personaleuddannelse, samt en holdningsændring, gav udslag i en mere sikker og mindre traumatiserende sygepleje.

384 Huckshorn KA. 2004. *Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 42(9):22-33.

385 "Trauma informed care" betyder, at der blandt de professionelle er en grundlæggende forståelse for, hvordan tidligere traumer påvirker livet for de mennesker, der arbejdes med, således at behandlingen og plejen er støttende med henblik på dels at undgå re-traumatisering, dels at lette personens recovery. Se f.eks.: <http://www.samhsa.gov/nctic/trauma.asp>

11.3.3

Opsamling vedrørende tvangsforebyggende tiltag

Det er et problem, at der er betydelige regionale variationer i indsatsen i forhold til tvangsanvendelse. Det er vigtigt, at der på alle niveauer er de relevante personaleresourcer, herunder at personalet har de rette kompetencer med hensyn til etik, tvangsforebyggelse og kvalitet i den udførte tvang, samt at der er et stærkt ledelsesmæssigt fokus på nedbringelse af tvang.

Der er derfor behov for i højere grad at sikre en ensartet behandlings- og plejeindsats med mangeartede tiltag, således at der skabes de bedste muligheder for de enkelte patienter. I dag er valg af metoder op til den enkelte afdeling og afhænger bl.a. af præferencer, muligheder og kultur. En større enighed om, hvilke metoder og kompetencer, der kan bidrage til at nedbringe tvang, vil kunne medvirke til en mere homogen og evidensbaseret tilgang på landsplan.

De interventioner, der har været anvendt i det tidligere gennembrudsprojekt, og som har vist sig effektive i USA, og også er identificeret i det danske review, har vist sig effektive til nedbringelse af tvang. Der synes at være god effekt af kognitiv terapi og miljøterapi, som bl.a. har en meget samarbejdende og respektfuld tilgang i relationen mellem patient og fagperson. Desuden ses det, at et ledelsesfokus er af væsentlig betydning i såvel projektperioder som vedligeholdelsesperioder.

11.4

Lovgivning

Udvalget har drøftet eventuelle behov for ændringer i psykiatriloven med henblik på at forbedre psykiatriske patienters retsstilling, øge selvbestemmelsesretten og patientinddragelsen samt nedbringe tvangsanvendelsen. I den forbindelse har udvalget udpeget nedenstående områder:

Eftersamtaler – psykiatrilovens § 4, stk. 5

I forbindelse med revision af psykiatriloven i 2006 indførtes eftersamtaler efter ophør af en tvangsforanstaltning, idet brugen af eftersamtaler i de nationale gennembrudsprojekter om nedbringelse af tvang havde vist at kunne nedbringe antallet af tvangsfikseringer.

Alle patienter, der udsættes for tvang skal efterfølgende tilbydes en eller flere eftersamtaler. Eftersamtaler skal gennemføres systematisk af en kvalificeret sundhedsperson på den afdeling, hvor tvangsforanstaltningen har fundet sted og snarest efter ophør af tvangen. Samtalen er et tilbud, som patienten kan afslå. I Den Danske Kvalitetsmodel er der indføjet en indikator, hvor der skal laves halvårslige journalaudit af 20 journaler fra patienter, der har været udsat for frihedsberøvelse eller anden form for tvang, jf. standard om frihedsberøvelse og anden form for tvang.

Et studie fra Region Hovedstaden afdækker en række problemstillinger i forhold til at afholde samtalerne³⁸⁶. Disse problemstillinger omfatter:

- a. Patienten er indlagt i så kort tid, at personalet ikke kan nå at afholde eftersamtalen på afsnittet, hvor tvangen er anvendt.

³⁸⁶ Wang A.G. et al.. 2013. *Psykiatrilovens krav om samtaler efter tvang efterleves ikke*. Ugeskrift for Læger, 28. januar.

- b. Samtalerne blev tilbudt snarest efter tvangens ophør jf. loven, men mange patienter var ikke i stand til at gennemføre samtalen pga. psykotiske symptomer, hvorfor samtalen blev usammenhængende og svær at tolke.
- c. Nogle patienter var omfattet af flere og forskellige tvangsepisoder, og der opstod uklarhed for patient og kontaktperson om, hvilken type og episode af tvang samtalen drejede sig om.

Forfatterne foreslår, at eftersamtaler på længere sigt afskaffes, idet de bør være en integreret del af behandlingsplanen og behandlingsarbejdet med patienten. Der peges endvidere på, at undersøgelsen er med til at understrege vigtigheden af mere forskning i psykiatrilovens betydning for patienttilfredshed og klinisk praksis.

Udvalget kan på den baggrund konstatere, at der mangler viden om omfanget af anvendelsen af eftersamtaler, deres indhold og gennemførelse, den systematiske anvendelse af den viden, der indhøstes i forbindelse med eftersamtalen m.v.

Indgivelse af beroligende medicin med tvang – psykiatrilovens § 17, stk. 2

Under udvalgets arbejde er spørgsmålet om et behov for yderligere regulering af anvendelsen af akut beroligende medicin blevet rejst. Spørgsmålet vedrører psykiatrilovens § 17, stk. 2, der giver hjemmel til i akutte, enkeltstående tilfælde at indgive et beroligende middel, hvis det er af afgørende betydning for en meget urolig patients tilstand. Konkret betyder det, at beroligende medicin efter § 17, stk. 2 ikke kan anvendes som en del af behandlingsplanen, dvs. f.eks. ordineret som en fast del af behandlingen eller efter behov. Der er i udvalget peget på, at der kan være usikkerhed omkring balancen mellem akut beroligende medicin og medicinering i henhold til behandlingsplanen. Det fremgår ikke af reglerne, hvilke midler der må anvendes som beroligende medicin, men Det Psykiatriske Ankenævn forudsætter i en praksissammenfatning vedrørende psykiatriske ankesager³⁸⁷, at depotpræparater falder uden for bestemmelsen på grund af sådanne præparaters lange virkningstid. Endelig registreres det ikke i tvangsprotokollen, hvilken medicin der anvendes i forbindelse med indgivelse af beroligende medicin.

Udvalget finder, at det er vigtigt at sikre, at anvendelsen af beroligende medicin sker i overensstemmelse med lov og nævnspraksis.

Mindreåriges retsstilling – psykiatrilovens kapitel 1

I forhold til mindreåriges retsstilling er der i forskellige lovgivningsmæssige sammenhænge forskel på, hvor gammel en mindreårig skal være for at få selvstændige kompetencer.

Ved anvendelse af tvang over for børn og unge i forbindelse med indlæggelse og behandling på psykiatrisk afdeling er der flere love, der finder anvendelse – sundhedsloven eller psykiatriloven, alt efter om en tvangsforanstaltning sker med eller uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver. Derudover har forældremyndighedsindehavere i henhold til forældreansvarsloven pligt at varetage deres børns interesser.

Sundhedsloven sikrer til en vis grad hjemmel til at anvende tvang over for mindreårige med samtykke fra forældremyndighedens indehaver, men regulerer ikke spørgsmålet om egentlig tvangsanvendelse, herunder de tvangstiltag, der er omfattet af psykiatriloven. Forældremyndighedens indehaver har beslutnings- og klageretten for så vidt angår de 0-14-årige og de umodne 15-17-årige. I f.eks. den sociale lovgivning har

³⁸⁷ Det Psykiatriske Ankenævn. 2012. *Praksissammenfatning vedrørende Psykiatriske ankesager 1997-2011.*

mindreårige ret til at udtale sig om egne anliggender, og mindreårige, der er fyldt 12 år, har ret til at klage over myndighedernes afgørelser. Sundhedsstyrelsen har i en vejledning³⁸⁸ nærmere beskrevet mindreåriges retsstilling. Det fremgår heraf, "at der ved tvang forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.

Det følger af sundhedsloven, at forældremyndighedens indehaver kan give informeret samtykke til behandling for patienter under 15 år samt for 15-17-årige patienter, der ikke besidder den fornødne modenhed til at varetage sine egne interesser. Den behandlingsansvarlige overlæge skal sørge for, at mindreårige patienter informeres og inddrages i drøftelserne om behandling, i det omfang patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten. Den mindreåriges tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning.

Såfremt lægen vælger at ordinere en behandling som barnet modsætter sig, skal lægen, selvom forældrene samtykker, altid opveje fordele og ulemper og vælge den til enhver tid for barnet mest skånsomme løsning. Mindste middels princip skal altid følges. Ligeledes må overvejelser om forholdet mellem forældre og barn inddrages i lægens beslutning.

Forældremyndighedens indehaver skal informeres om, at denne har mulighed for at frasige sig stillingtagen til anvendelse af magt over for den mindreårige. Såfremt forældremyndighedens indehaver ikke ønsker at tage stilling, vil den mindreårige være omfattet af psykiatriloven, hvis de øvrige betingelser for anvendelse af de enkelte tvangsforanstaltninger er opfyldt. Dette indebærer beskikkelse af patientrådgiver og klagemuligheder m.v.

Psykiatrisk behandling, herunder andre foranstaltninger omfattet af psykiatriloven, af patienter under 15 år og umodne 15-17-årige patienter, der iværksættes med forældremyndighedens samtykke, betragtes således ikke i psykiatrilovens forstand som tvang."

Udvalget er orienteret om, at det i psykiatrien opleves som uklart, hvordan de tre love spiller sammen, og hvilken lov, der så gælder i forhold til tvangsanvendelse. Derudover er udvalget opmærksom på, at det er blevet kritiseret, at mindreårige patienter under 15 år ikke har klagemuligheder, hvis de bliver udsat for tvang, som forældrene har givet samtykke til.

Undersøgelse af patienters stue og ejendele samt kropsvisitation – psykiatrilovens § 19 a

Det fremgår af Danske Regioners rapport om retspsykiatri fra 2011, at tilstedeværelsen af rusmidler er et stort problem på de psykiatriske afdelinger; ikke mindst i retspsykiatrien. Det kan lede til farlige situationer på afdelingerne³⁸⁹.

Det er i psykiatriloven fastsat, at overlægen kan beslutte, at kontrol af patientens post, undersøgelse af patientens stue og ejendele samt kropsvisitation af patienten kan foretages ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande aktuelt er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten.

I rapporten om retspsykiatri anbefales det, at adgangen til at gennemføre undersøgelse af patientstuer ændres således, at kravet om "begrundet mistanke" bortfalder.

388 Vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om forhåndstillkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger.

389 Danske Regioner. 2011, *Retspsykiatri – Kvalitet og sikkerhed*, side 41.

I England og Wales er der blevet forsket i forekomsten af rusmidler på psykiatriske afdelinger og mulige løsninger. Det fremgår af en artikel om rusmiddelmisbrug på psykiatriske afdelinger i tidsskriftet *The Psychiatrist*³⁹⁰, at rusmidlerne kan have alvorligt skadelige virkninger for de enkelte patienter og have foruroligende konsekvenser for afdelingerne som helhed. Det kan føre til konflikter mellem såvel personale og patienter som mellem patienterne, og det kan skade den fysiske sikkerhed for patienter og personale.

Der peges i artiklen på følgende konsekvenser af psykiatriske patienters misbrug (i forhold til de patienter, der alene har en psykiatrisk diagnose):

- Det kan medføre, at den medicinske behandling ikke gavner.
- Der er markant øget risiko for, at behandlingen ikke overholdes.
- Der er markant øget risiko for tilbagefald.
- Der er øget risiko for aggressiv og asocial adfærd.
- Det kan fordoble antal indlæggelsesdage.
- Det øger patientens risiko for at begå drab.

Udvalget finder, at det af hensyn til sikkerheden for såvel patienter som personale er et problem, at der er stor forekomst af rusmidler på de psykiatriske afdelinger.

Menneskerettigheder, selvbestemmelse og forhåndstilkendegivelser

Danmark ratificerede i 2009 "FN's Konvention om rettigheder for personer med handicap" (Handicapkonventionen). Konventionen skal sikre grundlæggende menneskerettigheder for personer med handicap.

Udvalget har drøftet, om ratificeringen af handicapkonventionen medfører et behov for ændringer i psykiatriloven. I den forbindelse har udvalget indhentet en udtalelse fra Institut for Menneskerettigheder. Det fremgår af udtalelsen, at der er flere bestemmelser i konventionen, der har betydning for spørgsmålet om anvendelse af tvang i psykiatrien. Det fremgår af udtalelsens konklusion, at handicapkonventionen forbyder diskrimination på grund af handicap og stiller krav om en betydelig respekt for den enkeltes personlige frihed og selvbestemmelse til at vælge eller fravælge behandling for psykisk sygdom. Det fremgår endvidere, at selvom der savnes en detaljeret stillingtagen fra FN's handicapkomite, så antager Institut for Menneskerettigheder, at FN's handicapkonvention peger i retning af en afskaffelse af særlovgivning på det psykiatriske område, som gør det muligt at frihedsberøve og anvende tvang over for psykisk syge personer på et andet grundlag end personer, som ikke er psykisk syge.

Med FN's handicapkonvention understreges det, at borgere med et handicap, herunder psykisk sygdom, skal have en høj grad af *selvbestemmelse*, herunder friheden til at foretage egne valg, og det følger af konventionen, at denne selvbestemmelsesret skal respekteres bortset fra i helt særlige tilfælde.

I dansk lovgivning er hovedreglen, at indlæggelse, ophold og behandling på sygehusene er frivillig. Det vil sige, at det er forudsat, at en borger skal give informeret samtykke til at blive indlagt og til at modtage behandling.

³⁹⁰ Williams R., Cohen, J. 2000. *Substance use and misuse in psychiatric wards. A model task for clinical governance?* *The Psychiatrist*, 24:43-46

Psykiatriloven er en særlov, der giver hjemmel til at anvende tvang i særligt afgrænsede tilfælde over for borgere, der vurderes ikke at kunne varetage egne interesser pga. sindssyge (psykose).

Der er i psykiatriloven opstillet nogle overordnede principper, der skal sikre, at der ikke skrudes ind med tvang, før alle muligheder for at opnå patientens samtykke er udtømt. Det følger også af reglerne, at patienter uden for akutte situationer skal have en passende betænkningstid til at tage stilling til en given indlæggelse eller behandling. I betænkningstiden har lægen/sundhedspersonen pligt til at motivere patienten til f.eks. at lade sig indlægge frivilligt, til frivilligt at undergive sig behandling, eller til frivilligt at afholde sig fra at udvise en bestemt adfærd.

Det følger også af principperne, at der ved tvangsanvendelse altid skal vælges det mindst indgribende tvangsmiddel. Det fremgår imidlertid ikke af bestemmelserne, hvem der definerer, hvad det mindste middel er. I udgangspunktet må det antages, at det primært er patienten, der kan foretage denne vurdering. Netop dette spørgsmål er relevant i forhold til selvbestemmelsesretten og patienters mulighed for at have størst mulig indflydelse på eget behandlingsforløb. Derfor er det vigtigt, at personalet på afdelingen, hvor patienten er indlagt, er bekendt med patientens ønsker til indlæggelsen og behandlingen, herunder til eventuelle tvangstiltag.

Sundhedsstyrelsen har i vejledning 9427/2011 nærmere beskrevet patienters mulighed for at afgive forhåndstilkendegivelser. Det fremgår heraf, at: *"Patienten har ret til forud for og i forbindelse med indlæggelsen at fremsætte sine personlige ønsker til behandlingens form og indhold. Dette gælder også behandling uden samtykke. Den endelige tilrettelæggelse af behandlingstilbuddet kan nødvendigvis kun finde sted efter den kliniske vurdering ved indlæggelsen og i forbindelse med udformning af behandlingsplanen. Patientens tilkendegivelser skal indføres i journalen og skal så vidt muligt inddrages som vejledende for overlægens overvejelser om behandling, også i tilfælde hvor behandling uden samtykke kommer på tale. Patienten skal informeres om, at der kan opstå situationer, hvor det kan være nødvendigt at fravige forhåndstilkendegivelsen. Ved tilrettelæggelse af behandlingstilbuddet skal det inddrages, hvad der kunne have forebygget anvendelse af tvang i et tidligere indlæggelsesforløb".*

En forhåndstilkendegivelse er ikke juridisk bindende i Danmark, men skal, som det fremgår ovenfor: *"Så vidt muligt inddrages som vejledende for overlægens overvejelser om behandling, også i tilfælde hvor behandling uden samtykke kommer på tale".* Udvalget har drøftet muligheden for at indføre regler, der gør forhåndstilkendegivelser/ psykiatriske livstestamenter juridisk bindende. Udvalget er i den sammenhæng opmærksom på, at sådanne juridisk bindende forhåndserklæringer er gældende i Tyskland, jf. den tyske civillov. Det er på den baggrund udvalgets opfattelse, at det vil være relevant at undersøge mulighederne for at indføre juridisk bindende psykiatriske livstestamenter /forhåndserklæringer i psykiatrien i Danmark for så vidt angår den enkeltes holdninger til behandlingen, herunder behandling med tvang. Udvalget mener derudover, at forhåndserklæringer vedrørende de øvrige former for tvang kan have karakter af en gensidig kontrakt mellem personale og patient, der skal respekteres under indlæggelsen.

Det Psykiatriske Patientklagenævns behandling af klager over tvang i den regionale psykiatri

Per 1. juli 2013 skete der en ændring i organiseringen af statsforvaltningerne, således at de tidligere fem statsforvaltninger nu er organiseret som én myndighed. Det medfører, at der ved Statsforvaltningen er oprettet ét psykiatrisk patientklagenævn i modsætning til

de tidligere fem psykiatriske patientklagenævn. Baggrunden for ændringen er ifølge bemærkningerne til lovforslaget bl.a., at der i de fem statsforvaltninger var uensartede sagsbehandlingstider og uensartet kvalitet i afgørelserne.

Det Psykiatriske Patientklagenævn behandler klager over anvendelse af tvang i psykiatrien som 1. instans. I behandlingen af en klage vurderer nævnet, om lovens betingelser for at anvende tvangsindgrebet er opfyldt, og om tvangsindgrebet er sket i overensstemmelse med psykiatrilovens mindste middels princip.

Det lægelige medlem i Det Psykiatriske Patientklagenævn er ikke speciallæge i psykiatri. I andre klagenævn på sundhedsområdet anvender man fagligt udpegede medlemmer (udpeget ud fra sagens fagområde). Der er således forskel på tilstedeværelsen af lægefaglig ekspertise i klagesagsbehandlingen af henholdsvis klager over behandlingen på det somatiske område og klager over tvangsanvendelse.

Klager over tvangsbehandling har opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Det Psykiatriske Patientklagenævn har pligt til at behandle en klage over tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, inden syv hverdage efter klagens modtagelse.

Udvalget har drøftet, at det kan være u hensigtsmæssigt, at der, fra en klage om tvangsbehandling sendes til Det Psykiatriske Patientklagenævn, kan gå en uge (eller mere), inden klagen behandles. I mellemtiden kan behandlingen af patienten ikke iværksættes, og patienten kan befinde sig i en unødigt svært forpint tilstand. Derudover kan det øge patientens indlæggelsestid.

Udvalgets forslag

Med henblik på at styrke psykiatriske patienters rettigheder, øge selvbestemmelsesretten og patientinddragelsen samt nedbringe tvangsanvendelsen foreslår udvalget følgende:

- **Psykiatriloven gennemgås med henblik på en modernisering, herunder i forhold til formålsbestemmelser og overensstemmelse med den nye ramme og retning.**
 - I forbindelse med udarbejdelse af en ny formålsparagraf lægges der vægt på respekt for patienters rettigheder og selvbestemmelse, samt mulighed for aktiviteter og mulighed for at opretholde kontakt med netværk m.v.
 - Der følges op på virkningerne af indførelsen af eftersamtaler, herunder om ordningen har den ønskede effekt og bør justeres.
 - Sundhedsstyrelsen præciserer i vejledningen om tvang:
 - At det i tvangsprotokollen skal registreres, hvilken medicin, der anvendes som beroligende medicin efter § 17, stk. 2.
 - At anvendelse af beroligende medicin efter § 17, stk. 2, ikke kan være en del af behandlingsplanen.
 - At depotpræparater pga. sådanne præparaters lange virkningstid ikke kan anvendes som beroligende medicin efter § 17, stk. 2.
 - Mindreåriges retsstilling præciseres i psykiatriloven, således at mindreårige er omfattet af psykiatrilovens bestemmelser, herunder i forhold til klageadgang m.v.

- De psykiatriske afdelinger får den nødvendige hjemmel til at sikre, at rusmidler og farlige genstande holdes ude af afdelingerne. Dette skal ske på en respektfuld måde, således at der ikke sker en unødigt krænkelse af patienten og dennes rettigheder.
- Der er fokus på forhåndstilkendegivelser, herunder:
 - At der indhentes forhåndstilkendegivelser fra patienter i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse.
 - At det nærmere undersøges, hvordan forhåndserklæringer gennem lovgivning evt. kan blive juridisk bindende med hensyn til behandling/medicinering, og hvordan forhåndserklæringer kan udformes som en form for gensidig kontrakt, hvad angår andre former for anvendelse af tvang og andre forhold under indlæggelse.
- Det undersøges, hvordan patienters rettigheder kan styrkes, herunder i forhold til aktivitetsmuligheder, opretholdelse af kontakt med netværk og besøgsmuligheder.
- Det undersøges, om der er behov for, at det lægelige medlem i de psykiatriske patientklagenævn er fagligt udpeget.
- Det undersøges, hvilke muligheder der er for at nedbringe sagsbehandlingstiderne i Det Psykiatriske Patientklagenævn i forhold til behandling af klager over tvangsbehandling.

11.5

Behov for afprøvning af nye metoder med henblik på at nedbringe tvang

Der skal arbejdes målrettet på at få anvendelsen af tvang bragt ned, herunder især den fysiske tvang. Brugen af langvarige tvangsfikseringer har flere gange givet Europarådets Torturforsøggelseskomité anledning til at kritisere Danmark. Der er ikke sket nogen markant vedvarende nedgang i anvendelsen af tvang i mange år, heller ikke efter flere års arbejde med de tidligere omtalte landsdækkende projekter om nedbringelse af tvang. Der må og skal derfor tænkes nyt på området.

Som tidligere nævnt har regionerne et mål om at reducere antallet af fikseringer, fastholdelser, samt længden af fikseringer med 20 pct. Det har imidlertid ikke været muligt at nå dette mål. Udvalget mener, at der også inden for lovgivningens rammer er mulighed for at afprøve forskellige tiltag for at undersøge, om det er muligt at nedbringe anvendelsen af tvang. Det kan f.eks. ske på udvalgte lukkede afsnit.

Herudover har udvalget drøftet spørgsmålet om alternativer til tvangsfiksering, herunder anvendelse af deeskaleringsrum.

I det følgende giver udvalget nogle bud på forskellige forsøgsordninger, der evt. kan afprøves med henblik på at give alternative valgmuligheder med hensyn til tvangsformer, eller med henblik på at forebygge og nedbringe anvendelsen af tvang.

Som det fremgår af kapitel 8, skal der anvendes den form for behandling, der har dokumenteret effekt, og i det omfang sådanne metoder ikke findes, skal der fokuseres på at skabe den nødvendige dokumentation. Det gælder også i forhold til anvendelse af tvang.

Tvangsfrie afsnit, hvor tvangsfriheden er baseret på en skriftlig kontrakt mellem patient og afsnit

Det kan overvejes at indføre tvangsfrie afsnit, hvor tvangsfriheden er baseret på en skriftlig kontrakt mellem patient og afsnit. Kontrakten indeholder aftaler og forpligtelser mellem patienten og behandlings- og plejepersonalet. Kontrakten, der udarbejdes, skal være sundhedsfaglig forsvarlig. Kontrakterne skal være individuelle og tilpasses den enkelte patients ønsker. Såfremt kontrakten ikke overholdes fra patientens side, kan aftalen tages op til revision eller bringes til ophør.

Det er således kontrakter, hvori afsnittet forpligter sig til ikke at anvende nogen former for tvangshandlinger, og patienten forpligter sig til ikke at opføre sig truende eller voldelig. Det aftales også, hvad der er de bedste midler til at deeskalere situationen, hvis der er optræk til en ikke acceptabel adfærd. Patienten kan både indlægges direkte i afsnittet eller overflyttes fra lukkede afsnit.

Fikseringsfrie afsnit

Udvalgte lukkede/intensive afdelinger kan i en forsøgsperiode have fikseringsfrie afsnit. Der bør i sådanne afsnit være særlig fokus på personalets kompetencer i forhold til deeskalering og konflikthåndtering og forebyggelse af tvang og/eller normering.

På disse afsnit vil der være behov for en særlig opmærksomhed på samspillet mellem situationen og personen, samt i den forbindelse at fokusere på patientens sårbarhed. De vigtigste sammenhænge for øget sårbarhed drejer sig om: Fysisk kontakt, kommunikationsproblemer (kan ofte hænge sammen med psykotiske forstyrrelser), omstillinger (f.eks. ændrede forhold i afsnittet, flytninger mv.), i forhold til personer (f.eks. konflikter i afsnittet, nye vikarer), risikokontakt (f.eks. ved syn af knive) og ved indtagelse af stoffer. Sandsynligheden for at der sker noget, kan variere hos den samme person alt efter, hvilken situation han eller hun er i³⁹¹.

Generelt kræver det ledelsesmæssig involvering med en stærk understøtning af ændringen for at kunne opnå en bedre forebyggelse og kunne nedtrappe tilspidsede situationer. Det kæver endvidere, at der er et højt kvalificeret tværfagligt personale, der uddannes kontinuerligt, at der samarbejdes med patienter på en anerkendende måde, og at patienternes ressourcer er udgangspunktet, hvor dialogen er et vigtigt kerneområde, samt hvor der samarbejdes med pårørende/netværk. Endvidere vil der være behov for forskellige aktivitetsmuligheder og fysiske rammer, der virker afstressende, samt forskellige fysioterapeutiske indsatser.

Det vil være relevant at vurdere, om der bør indgås bindende aftaler om, hvad man gør, hvis forudsætningerne brister.

Udvalgets forslag

Med henblik på at undersøge og udbrede metoder, der egner sig til at styrke patienternes selvbestemmelse og inddragelse, og til at nedbringe anvendelsen af tvang, foreslår udvalget følgende:

- **På udvalgte lukkede/intensive afsnit i regionerne afprøves forskellige tiltag, herunder fikseringsfrie afsnit og tvangsfrie afsnit.** Tiltagene baseres på kontrakt mellem patient og personale og evalueres systematisk med henblik på udvikling af ekspertise og evidensbaseret best practice.

391 Bjørkly S. 1997. *Aggresjon og vold – teori, analyse og terapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Forebyggelse af vold og magtanvendelse på botilbud for mennesker med psykiske lidelser

Forskning viser, at problemskabende adfærd med fordel kan forstås som borgerens manglende evne til at kommunikere med sin omverden. Reaktionsmønstrene har en bestemt funktion for borgeren, dvs. at vedkommende ønsker at opnå eller kommunikere noget med sin adfærd. Modsat kan en manglende forståelse for den problemskabende adfærd som udtryksform føre til, at adfærden opfattes som en provokation, og den manglende forståelse, den enkelte borger dermed vil blive mødt med, kan forstærke og fastholde den problemskabende adfærd. Hvis borgeren kan bringes i stand til at udtrykke sig på anden vis end gennem den problematiske adfærd, kan omfanget af foranstaltningen formentlig sættes ned på et lavere normeringsniveau³⁹².

Socialstyrelsen har i 2010 gennemført en kortlægning og litteraturstudie samt indsamlet praksiseksempler i forhold til socialfaglige særforanstaltninger (foranstaltninger i forhold til problemskabende adfærd). Undersøgelsen viser, at når medarbejderen vælger interventionsform, så skal den metodiske tilgang vælges ud fra borgerens individuelle forhold, de pågældende problemstillinger, de fysiske rammer borgeren befinder sig i, og de personlige og faglige kompetencer medarbejderen besidder.

Socialstyrelsen gennemfører aktuelt et projekt, hvor der gøres forsøg med et øget fokus på nedbringelse af magtanvendelse og forebyggelse af vold i botilbud for mennesker med psykiske lidelser m.fl. på det sociale område. I arbejdet mod at sikre mere selvbestemmelse, respekt, dialog og recovery i indsatsen for mennesker med en psykisk lidelse, bliver det vigtigt at udvikle indsatsen i retning mod et fokusskifte fra restriktiv magtanvendelse og individuel risikovurdering mod forebyggelse. Det kan ske gennem tilpasning af omgivelserne og fokus på den enkelte borgers trivsel, ønsker og forståelse af et godt liv.

Forebyggelse af vold og magtanvendelse på botilbud for mennesker med en psykisk lidelse har to niveauer, et politisk/forvaltningsmæssigt niveau og et tilbuds/praksis niveau. Fokus på arbejdsmiljø og forebyggelse af vold finder sted på begge niveauer.

Arbejdet med at udvikle det psykiske arbejdsmiljø på kommunale og regionale arbejdspladser spiller tæt sammen med bestræbelsen på at forebygge vold og mindske behovet for magtanvendelse. Nogle regioner, kommuner og tilbud er nået relativt langt i arbejdet med at forebygge vold og magtanvendelse, bl.a. gennem arbejdspladsvurderinger (APV), borgerinddragelse og fokus på at øge borgeroplevet trivsel. Forskning viser, at anvendelsen af metoden 'Low Arousal' kan få omfang og sværhedsgrad af vold og magtanvendelse til at falde³⁹³. 'Low Arousal' er en ikke-konfronterende tilgang til udfordrende adfærd. Hovedprincippet i 'Low Arousal' er at søge fredelige løsninger med borgeren i centrum og i kontrol. I Danmark implementeres metoden 'Low Arousal' systematisk flere steder i den kommunale og regionale psykosociale indsats. Danske praksiserfaringer viser, at konfliktmægleruddannelse, som tilbydes samtidigt til beboere og fagprofessionelle, skaber lavere konfliktniveau.

Den australske psykologforening har samlet den dokumenterede viden omkring forebyggelse af vold inden for handicapsektoren, herunder bl.a. også området for

392 Servicestyrelsen. 2010. Særforanstaltninger for børn, unge og voksne med sociale vanskeligheder, sindslidelser og handicap – kortlægning og litteraturstudie.

393 Uhrskov T. 2012. *Low Arousal metodens teoretiske grundlag og de mulige implikationer for den professionelle praksis*. Kandidatspeciale, Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

psykisk sundhed. Konklusionerne er flere, herunder at borgerens selvbestemmelse reducerer nødvendigheden af udfordrende adfærd. Personaleuddannelse, tværfaglige teams, supervision og aktiv ledelsesopbakning, kan reducere det oplevede behov for restriktiv praksis. Udvikling af kommunikative færdigheder hos både personale og beboere, samt styrkelse af deres indbydes samarbejde kan imødegå udfordrende adfærd. Det har betydning, i hvilket omfang fagprofessionelle formår at reflektere over kontekstens betydning for en borgers adfærd³⁹⁴.

Udvalgets forslag

Med henblik på at forebygge vold og magtanvendelse på botilbud for mennesker med psykiske lidelser forslår udvalget følgende:

- **I den kommunale sociale indsats er der øget fokus på at reducere magt-anvendelse og forebygge vold i botilbud for mennesker med en psykisk lidelse.**

11.7

Afslutning

Der er i dette kapitel peget på forskellige nye initiativer, som kan være et led i bestræbelserne på at nedbringe anvendelsen af tvang. Der er peget på, at der ikke er nogle enkle løsninger i forhold til at få tvangsanvendelsen bragt ned, men at der derimod vil være tale om en bred vifte af indsatser, herunder f.eks. forskning, kvalitetsudvikling, kompetenceudvikling og et stærkt ledelsesfokus. Særligt sidstnævnte kan understøttes af nationale mål for nedbringelse af tvang. Der er endvidere peget på, at det er vigtigt at afprøve forskellige metoder, så der kan indhentes data på, hvad der virker, herunder ikke mindst hvad der virker bedst. Derudover er der en beskrivelse af resultaterne fra såvel nationale som internationale undersøgelser, der kan give nogle pejlemærker i forhold til det videre arbejde med at nedbringe anvendelsen af tvang, og udvalget har givet nogle bud på forskellige forsøgsordninger, der kan afprøves med henblik på at nedbringe tvang, og som også kan øge patienternes selvbestemmelse og inddragelse.

394 The Australian Psychological Society. 2011. *Evidence-based guidelines to reduce the need for restrictive practices in the disability sector.*

12

Digitalisering på psykiatriområdet

Pejlemærker for anvendelse af teknologi i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser:

- Øget fokus på teknologiens muligheder for at understøtte recovery og patient-empowerment.
- Implementering af it-løsninger i de regionale og kommunale indsatser til mennesker med psykiske lidelser til at understøtte sammenhæng i indsatsen.
- Prioritering af psykiatriområdet i nationale og fælles offentlige strategier for digitalisering.
- Central indsamling af viden og vidensdeling af teknologier under afprøvning.

Anvendelse af digitale løsninger på sundheds- og socialområdet er i hastig udvikling i Danmark, herunder på det psykiatriske område.

Digitale løsninger kan anvendes til at levere ydelser på en ny måde. Telepsykiatri og velfærdsteknologi kan anvendes til at involvere borgeren som aktiv medspiller i indsatsen. Teknologien i apps, smartphones og tablets gør det muligt at strukturere hverdagen bedre, huske medicinen, selvmonitorering af symptomer mv.

Digitale løsninger som brug af f.eks. videokonferencer og virtuelt samarbejde mellem f.eks. voksenpsykiatriske afdelinger og distriktspsykiatriske afdelinger kan være med til at spare transporttid og dermed sikre bedre anvendelse af knappe speciallægerressourcer, men kan også fremme adgang til ekspertvurderinger fra specialiserede sygehusfunktioner til frontlinjemedarbejdere på sundheds- og socialområdet.

Derudover er velfungerende IT-løsninger et helt centralt redskab til at sikre en sikker og sammenhængende indsats af høj kvalitet på tværs af sektorer gennem effektiv og IT-understøttet kommunikation mellem sektorer om f.eks. medicin, borgerens funktionsniveau, udskrivning m.m.

Dette kapitel indeholder vurderinger af og forslag til, hvordan teknologi kan forbedre indsatsen for mennesker med psykiske lidelser både i forhold til at understøtte borgernes recovery, øge kvaliteten og sammenhængen i indsatsen og sikre mere effektiv ressourceanvendelse.

12.1

Status på området i Danmark

På psykiatriområdet er der igangsat en række projekter i regioner, kommuner, styrelser og interesseorganisationer i forhold til at få afprøvet og udbredt brugen af telepsykiatri og velfærdsteknologi. Der findes i dag ikke et samlet nationalt overblik over, hvilke projekter der er iværksat inden for telepsykiatrisk behandling af borgere/patienter, og hvilke resultater projekterne har affødt. Medcom er, som led i udmøntningen af den telemedicinske handlingsplan, i gang med at lave en kortlægning ("Danmarkskort") over telemedicinske løsninger, hvor psykiatrien indgår. Kortlægningen foreligger ultimo 2013.

Udvalgets egen afdækning af området har vist, at der aktuelt afprøves flere forskellige nye teknologier i indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser³⁹⁵, herunder bl.a.

- Telepsykiatri: Videokonference i patientbehandling eller som et kommunikationsredskab mellem behandlerne, hvor der er ikke er patientkontakt.
- Internetpsykiatri: Kognitiv adfærdsterapi leveres via internettet i stedet for ved patientens fremmøde i konsultationen.
- Specialudviklede apps til selvmonitorering, kognitive redskaber, app-assisteret psykoterapi, kalenderfunktion mv.

Viden om hvilke digitale løsninger, der virker i behandlingen, er dog fortsat relativt begrænset i dansk kontekst, og der mangler dokumentation for forskellige teknologiske løsnings effekt i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Dette gælder også for telepsykiatri, der ellers betragtes som et af de mere veldokumenterede telemedicinske koncepter. DSI udgav i 2009 en rapport, der, baseret på en litteraturgennemgang, gennemgår udenlandske erfaringer med anvendelse af videokonference i psykiatrien³⁹⁶. På baggrund af resultaterne af en række studier blev det konkluderet, at brugen af videokonferencer i behandlingsojemed gav høj patienttilfredshed og der ikke kunne findes dokumentation for at brug af videokonference påvirkede behandlingsresultatet negativt.

Endvidere gennemførte DSI i 2012 en litteraturgennemgang i forhold til anvendelse af IT-baserede løsninger til behandling af lettere angst og depression, herunder internetpsykiatri³⁹⁷. Litteraturgennemgangen viste, at effekten af den IT-baserede behandlingsform afhænger af, hvorledes IT-løsningen forankres. Der er god og dokumenteret effekt for IT-tiltag, der forankres i klinikker, hvor patienter benytter behandlingstilbuddet under besøg i klinikken. Men med denne forankring når tiltaget dog ikke så bredt ud. En langt større udbredelse opnås, hvis man benytter internetbaserede IT-løsninger, da patienterne kan benytte dem på tidspunkter og steder, der individuelt kan tilpasses. DSI fandt

395 Sundhedsstyrelsen. 2012. *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnose og behandling.*

396 DSI. 2009 *Telepsykiatri i Danmark – Hvad ved vi fra udlandet?*

397 DSI. 2012. *Erfaringer med anvendelse af IT-løsninger til behandlingen af lettere angst og depression – Hvad er der gjort? Og hvordan virker det?*

endvidere, at de udenlandske erfaringer viser, at der kan opnås god klinisk effekt ved at udvikle centrale internetbaserede IT-løsninger³⁹⁸.

I Region Nordjylland har man spurgt patienter om deres behov for viden, forventninger og ønsker til psykiatrien.

BOKS 22

Inddragelse af borgere i udviklingen af fremtidens psykiatri

Region Nordjylland har forud for udvikling af en app identificeret patienternes behov for viden om deres sygdom og behandling med henblik på at kunne tilvejebringe denne information til patienterne på en app. App'en udvikles i direkte samspil med patienterne og giver samtidig patienterne mulighed for selvmonitorering, hvorved der tilvejebringes data, som patient og behandler kan anvende i det kliniske forløb. Samtidig giver app'en mulighed for, at patienterne indrapporterer tidstrodata vedrørende forløbet i sundhedsvæsenet.

De foreløbige danske erfaringer fra et antal igangværende projekter viser, at patienter kan have gavn af telepsykiatrisk behandling og oplever, at behandlingen er mere fleksibel, samtidig med at de føler sig bedre inddraget og selvhjulpne. Derudover viser erfaringer, at teknologien med fordel kan bruges i samarbejdet mellem behandlere på tværs af forskellige matrikler og sektorer samt til at få specialtildragninger, men at det tager tid at implementere teknologien i den daglige praksis³⁹⁹.

Der foregår i dag ikke en systematisk og løbende erfaringsudveksling af f.eks. nye teknologiske projekter, udvikling af produkter, apps m.m. mellem kommuner og regioner. Dette vanskeliggør udveksling og implementering af væsentlige teknologiske erfaringer mellem aktørerne.

Derudover har kortlægning af sammenhæng af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser⁴⁰⁰ vist, at manglende *IT-understøttet kommunikation og standardisering* på tværs af praksissektoren, sygehuse og kommuner udgør en væsentlig barriere for sammenhæng i indsatsen. Oplevede problemer blandt fagpersoner er bl.a. manglende oplysninger om medicin ved indlæggelse og udskrivning f.eks. til botilbud, manglende udsendelse af advis og begrænset viden om den indlagte borgers funktionsniveau⁴⁰¹. MedCom vurderer i "Kortlægning af psykiatrien og MedCom standarder", at der er et stort uopfyldt behov for kommunikation på tværs af sektorerne i forhold til psykiatriområdet⁴⁰². Dette er ét af fokusområderne i fælles offentlige strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet.

398 DSL. 2012. *Erfaringer med anvendelse af IT-løsninger til behandlingen af lettere angst og depression – Hvad er der gjort? Og hvordan virker det?*

399 De foreløbige erfaringer er bl.a. fra Region Midtjyllands Ipad projekt for unge med skizofreni og Region Midtjyllands erfaringer med anvendelse af videokonference mellem voksenpsykiatri og distriktspsykiatri og til behandling af psykiatriske patienter på Samsø, Københavns Kommunes projekt "Min vej", Det tværkommunale projekt "Memo Active", Region Hovedstadens pilotprojekt "Monarca", Region Syddanmarks projekt "telepsykiatrisk nabohejlp".

400 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

401 Arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget. 2013. *Kortlægning af sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*.

402 MedCom. Februar 2013. Kortlægning af psykiatri og Medcom standarder.

Fælles offentlig strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet

Regeringen, Danske Regioner og KL lancerede i juni 2013 en national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017⁴⁰³, der fastlægger en fælles og forpligtende kurs for det videre arbejde. I august 2012 lancerede parterne ligeledes en national handlingsplan for udbredelse af telemedicin.

Strategien indeholder konkrete mål og initiativer for indførelse af digitale løsninger i sundhedsvæsenet. De digitale løsninger har både fokus direkte på borgeren og på at understøtte arbejdsgange og processer i sundhedssektoren, der skal sikre mere sammenhængende patientforløb og bedre brug af data.

Strategien sætter en fælles kurs for det videre arbejde med digitalisering af sundhedsvæsenet og indeholder 22 konkrete initiativer, der skal realiseres frem mod 2017. Initiativerne er målrettet både det somatiske sundhedsvæsen og det psykiatriske sundhedsvæsen og vil derfor også have betydning i forhold til psykiatrien. Oveni den eksisterende finansiering fra parterne vil regeringen afsætte knap 80 mio. kr. til strategien, heraf 75 mio. kr. til nye investeringer i telemedicin.

Blandt de centrale mål på kort sigt er:

- Fuld anvendelse af IT-arbejdspladser (EPJ) i regionerne inden udgangen af 2014 samt mål for IT-understøttelse af centrale arbejdsgange i kommunerne inden udgangen af 2014, baseret på klare indikatorer.
- Fuld anvendelse af Fælles Medicinkort i regionerne i 2013 og fuld udbredelse i alle kommuner i 2014 med henblik på fuld anvendelse på ældreområdet medio 2015.
- Understøttelse af digital kommunikation mellem sundhedsvæsenets parter gennem fuld anvendelse af MedCom-beskeder inden udgangen af 2014.
- Fortsat udbredelse af telemedicin med afsæt i samlet nationalt program.
- Udbredelse af Fællessprog III i alle kommuner frem mod 2017.

Strategien forpligter parterne til et forsat forpligtende samarbejde om udbredelse af telemedicin og bygger således videre på den nationale handlingsplan for telemedicin fra 2012⁴⁰⁴. I forbindelse med handlingsplanen for telemedicin blev der igangsat to konkrete telemedicinske initiativer på psykiatriområdet:

- Telepsykiatri
- Internetpsykiatri.

Initiativet *Telepsykiatri* har til formål at understøtte det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i bestræbelserne på at understøtte satsningen på ambulans psykiatri i borgerens nærmiljø, at sikre en effektiv udnyttelse af de knappe speciallægerressourcer samt at sikre kontinuitet og høj kvalitet i patientforløbene. Initiativet er forankret i MedCom.

- Konkret er det målsætningen i perioden 2012-2014:
- At udbrede videokonference i samarbejdet mellem voksenpsykiatriske afdelinger og ambulante psykiatriske enheder

403 Regeringen, KL og Danske Regioner. 2013. *Digitalisering med Effekt – National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017*.

404 Regeringen, KL og Danske Regioner. 2012. *National Handlingsplan for udbredelse af telemedicin*.

At afprøve videokonference i samarbejdet mellem voksenpsykiatriske afdelinger og kommunale botilbud for mennesker med sindslidelse.

Initiativet Internetpsykiatri, forankret i Region Syddanmark, har til formål, i perioden 2012-2014, at afprøve brugen af internetbaseret psykiatrisk behandling for patienter med let til moderat depression. Den internetbaserede behandling muliggør, at patienten ikke er afhængig af at befinde sig i fysisk nærhed af et givent behandlingssted, og behandlingen er endvidere tidsuafhængig. Dette skaber en stor fleksibilitet til fordel for både patienter og behandlere.

Der lægges med den nye digitaliseringsstrategi op til, at initiativer for den nationale handleplan for telemedicin skal følges og sikres fuld implementering. Derudover skal storskalaprojekter modnes til national udbredelse i det omfang projekteresultaterne tilsiger det. I strategiperioden skal der også afprøves nye teknologier i mindre skala, så nye løsninger modnes til senere national udbredelse. Dette gælder både projekter, som sættes i værk i regi af strategien, og lokale projekter, som kommuner, regioner og andre aktører ønsker at følge med henblik på læring og eventuel udbredelse. Som ramme for de telemedicinske initiativer etableres et nationalt program for telemedicin, der forankres i en koordinationsgruppe for telemedicin.

I sidste halvdel af strategiperioden påbegyndes modningen af de næste telemedicinske områder, herunder gennemføres flere storskalaprojekter med henblik på senere national udbredelse. Parterne skal i fællesskab udpege disse områder, og storskalaprojekter beskrives og gennemføres.

Et væsentligt element i strategien er fremadrettet at sikre god digital understøttelse af kommunikation, samarbejde og opgaveløsning mellem sektorerne, hvor der bl.a. skal arbejdes hen i mod fuld udbredelse og anvendelse af medicinkort og udbredelse af beskedbaseret kommunikation. I strategien er psykiatrien nævnt som et særskilt indsatsområde, men i første omgang er der ikke udarbejdet en forpligtende aftale for udbredelse på det psykiatriske område i psykiatrien.

Regeringen, kommunerne og regionerne arbejder endvidere sammen om i 2013 at udarbejde en strategi for digital velfærd, der dækker sundhedsområdet, socialområdet og undervisningsområdet og som præsenteres i efteråret 2013⁴⁰⁵. Flere af strategiens initiativer understøtter initiativerne i den fælles offentlige strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet, som beskrevet ovenfor. Der er bl.a. tale om initiativer, som skal styrke den digitale kommunikation på tværs af myndigheder.

12.2

Potentialer i anvendelse af digitale løsninger

Anvendelsen af digitale løsninger herunder telepsykiatri inden for det psykiatriske område rummer en række potentialer, der kan understøtte bedre sektorovergange gennem mere smidig informationsudveksling, og samtidig kan anvendelsen være med til at sikre bedre ressourceanvendelse, f.eks. gennem sparet transporttid. Derudover synes de digitale løsninger lovende som et redskab til at bedre borgeres håndtering af egen sygdom, dvs. de digitale løsninger kan fremme patient-empowerment og recovery. Brug af digitale løsninger rummer store potentialer for øget inklusion og et mere

⁴⁰⁵ Regeringen, kommunerne og regionerne arbejder sammen om i 2013 at udarbejde en strategi for digital velfærd, der dækker sundhedsområdet, socialområdet og undervisningsområdet og varetages i regi af Digitaliseringsstyrelsen.

selvstændigt liv, bl.a. gennem hjælp til at få struktur på hverdag, selvmonitorering og få adgang til sociale netværk via nettet. Derudover rummer teknologien en række potentialer for mere fleksibel behandling og støtte, f.eks. ved muligheden for at få behandling i hjemmet og i forhold til samarbejdet mellem borger/patient og professionelle, f.eks. ved Shared Decisionmaking. Særligt bør teknologiens muligheder i forhold til at understøtte patient-empowerment og recovery fremadrettet have større fokus, herunder i forhold til inklusion, udvikling/vedligeholdelse af sociale netværk og deltagelse. Endelig kan teknologien understøtte kriseplaner, der kan hjælpe borgeren med at holde fast i aktiviteter, der afleder selvmordstanker, hallucinationer m.m

I Region Midtjylland køres der forsøg med brug af Ipad som supplement til behandlingen af unge med skizofreni og ældre med depression.

BOKS 23

Ipads til unge med skizofreni

Der er opstartet et projekt i Region Midtjylland, hvor man tilbyder unge skizofrene at få ambulante behandling virtuelt ved brug af Ipad. Projektet er opstartet på regionens fem OPUS klinikker. Mange OPUS-patienter magter på grund af deres lidelse ikke at benytte sig af offentlige transportmidler, og det resulterer bl.a. i, at hvert fjerde ambulante besøg aflyses. Projektet går ud på at afprøve nye behandlingsmetoder som supplement til den eksisterende. Den virtuelle behandling skal ikke erstatte face to face behandling. På Ipad'en er der lagt et selvhjælpsprogram, som viser en række hjælpemidler, hvis patienten oplever symptomer, f.eks. en SOS knap, hvor der ligger gode råd og øvelser til hvad man kan gøre, hvis tankerne presser sig på. Derudover kan patienten løbende "rate sig" om hvordan det går. Patienten kan også ringe op til behandleren og få støtte over videokonference. I stedet for at patienten kommer én gang om ugen til en times samtale, kan patienten løbene i ugen kontakte personalet, hvis der er akut behov for hjælp. Personalere mener, at det giver en mere fleksibel behandling for patienten. Oftest er det kun 10 minutters støtte, der skal til for, at patienten kommer tilbage på sporet.

De foreløbige resultater peger på, at patienterne føler sig mindre stigmatiserede, når de bruger app'en, at skemaerne i app'en hjælper patienterne med at få mere struktur i hverdagen og at de bliver mere selvhjulpne. Behandlerne oplever øget patientinvolvering og mulighed for kortere kontakter. Som en ældre patient med depression udtaler "Jeg har været glad for ipadkonsultationerne, fordi der ikke er noget tidsspild med transport. Derfor er det heller ikke så anstrengende".

Som skitseret ovenfor er digitalisering af ydelser og kommunikation inden for det psykiatriske område et felt i hastig udvikling. Derfor bør der fremadrettet sikres koordinering og vidensopsamling med henblik på at undgå, at der sker parallel udvikling og modning af samme type digitale løsninger i kommuner eller regioner. Det er vurderingen, at implementeringen af den nationale digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet og fælles offentlig strategi for digital velfærd vil kunne understøtte bedre koordinering og vidensopsamling.

Den strategi for digital velfærd, som udarbejdes i samarbejde mellem regeringen, kommuner og regioner, samt den nye nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet vil endvidere understøtte anvendelse af digitale løsninger på det psykiatriske område og vil sikre en mere systematisk udbredelse af virksomme teknologier. Når

erfaringerne for initiativerne på det psykiatriske område, i regi af den nationale handleplan (internetpsykiatri og videokonferencer), foreligger i 2014, bør der tages stilling til henholdsvis udbredelse af teknologiske løsninger på storskala og nationalt niveau. Samtidig er det væsentligt, at nye initiativer udformes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplaner for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri samt hensigten bag specialeplanlægningen. Derudover bør der i regi af den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet påbegyndes afprøvning af nye teknologier i mindre skala – særligt med fokus på teknologier, som kan understøtte borgerens aktive mestring af egen sygdom og hermed recovery. En høj grad af brugerinddragelse i udvikling af og afprøvning af nye teknologiske løsninger vil kunne understøtte, at teknologien får den tilsigtede effekt i forhold til at understøtte egenmestring.

BOKS 24

Inddragelse af borgere i udvikling af teknologi

I Københavns Kommune har man startet et projekt "Min vej", hvor borgeren får en smartphone med en specialudviklet app, der giver borgeren en række redskaber, som det enkelte menneske med en psykisk lidelse kan bruge i sin hverdag.

Bag udviklingen af app'en står en række borgere med sindslidelser, it-virksomheden Bridgelt, og Forskningsenheden i Københavns Kommunes Socialforvaltning.

App'en "minvej" er en kriseplan/forebyggelsesplan omsat til et individuelt recovery understøttende værktøj og er en åben skabelon, som udfyldes af den enkelte borger. Den indeholder de elementer en kriseplan sædvanligt indeholder (beskrivelse af tidlige advarselstegn, risikosituationer, kortlægning af netværk, ideer til handlemuligheder, etc.) samt en række features og muligheder, der i særlig grad understøtter den enkelte borger i at leve et godt hverdagsliv. Det kan f.eks. være at måle på omfanget af social kontakt eller ens humør.

Det bør parallelt med igangsættelse af telepsykiatriske implementerings- eller demonstrationsprojekter altid tilstræbes at påbegynde kliniske forskningsaktiviteter for løbende at tilvejebringe ny viden om de langsigtede kliniske effekter af de nye teknologiske muligheder.

Det anbefales generelt, at velafprøvede og veldokumenterede løsninger udbredes nationalt. Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at digitale løsninger ikke i alle tilfælde kan erstatte den personlige kontakt.

Endelig er det vurderingen, at såfremt digitale løsninger skal anvendes i højere grad i indsatsen, så er der behov for kompetenceudvikling af personale, men også økonomiske incitamenter der understøtter brugen heraf.

Manglende honorering af telemedicinske ydelser fremhæves ofte som en barriere for storskala ibrugtagning af telemedicinske løsninger. Med rapporten "Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet" fra maj 2013 har regeringen, KL og Danske Regioner fremlagt en løsning på problemet i form af flere telemedicinske takster og muligheder for at få finansieret telemedicinske ydelser, der endnu ikke er takstbelagte via korrektioner af den statslige aktivitetspulje.

Udvalgets forslag

Udvalget finder en række potentialer for at anvende de teknologiske muligheder til at forbedre indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og foreslår:

- **Afprøvning og udbredelse af digitale løsninger til at forbedre indsatsen for mennesker med psykiske lidelser med særligt fokus på at understøtte patient-empowerment og recovery.**

Det anbefales, at psykiatrien prioriteres i udmøntningen af den nationale digitaliseringsstrategi i sundhedsvæsenet 2013-2017 og i den nationale strategi for velfærd. Herunder foreslår udvalget:

- I afprøvning og udbredelse af digitale løsninger bør der rettes særligt fokus på digitale løsninger, der understøtter borgerens egenmestring og recovery. Der skal fokus på IT-løsninger og sociale medier, der kan hjælpe mennesker med psykiske lidelser til at skabe og fastholde kontakt med venner, familie og netværk, herunder understøtte borgerens recovery og empowerment gennem social deltagelse og inklusion.
 - Udviklingen af nye teknologiske løsninger, afprøvning, evaluering og udbredelse, bør foregå med en høj grad af brugerinddragelse.
 - Der skal endvidere følges op på initiativerne i den nationale handlingsplan for telemedicin vedrørende internetpsykiatri og telepsykiatri i 2014 med henblik på en stillingtagen til udbredelse på storskala/national udbredelse i regi af den nationale koordinationsgruppe for telemedicin.
 - Psykiatrien bør prioriteres i modningen af de næste telemedicinske områder.
 - Der bør sikres en central indsamling af viden og vidensdeling af teknologier under afprøvning med henblik på at undgå parallel udvikling. Dette kan ske i regi af den nationale bestyrelse for sundheds-it og andre relevante fora, herunder den kommende koordinationsgruppe for telemedicin. Der bør samtidigt ske en vurdering af effekt.
 - Der er i implementeringen af de nationale digitale strategier fokus på den digitale kommunikation mellem sektorer. Der skal sikres fuld implementering af fælles medicinkort (FMK) og standardiseret IT-understøttet kommunikation mellem sektorer, således at der sikres mere smidig kommunikation mellem sektorerne og dermed grundlag for en mere sammenhængende indsats. Derudover kan der med fordel sættes fokus på, hvordan borgeren kan få bedre adgang til information og oplysninger om sit eget forløb, f.eks. viden om kontaktpersoner, journal m.m. Det skal ses i sammenhæng med forslaget om borgerens plan.
- **Løbende opmærksomhed på, at incitamenter understøtter brug af digitale løsninger på psykiatriområdet.** Der bør løbende være fokus på, om de økonomiske incitamenter understøtter brugen af digitale løsninger i praksissektoren, sygehusvæsen og kommunalt regi i forhold til indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

13

Bedre styring og ressourceanvendelse

Pejlemærker for en bedre styring og ressourceanvendelse i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser:

- En fortsat udvikling af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser fordrer en mere effektiv ressourceanvendelse og prioritering i både regioner og kommuner – samt på tværs af sektorer.
- Formålet med styringen i regioner, kommuner og stat er at få mest mulig faglig kvalitet og effekt af indsatsen ved brug af færrest mulige ressourcer.
- Synlighed om aktiviteter, effekter af indsatsen og produktivitet er en forudsætning for en bedre og mere sammenhængende ressourceanvendelse såvel internt i kommuner og regioner, som på tværs af sektorer.

Psykiske lidelser berører mange danskere hver eneste dag; enten fordi man har en psykisk lidelse eller som pårørende, og udgør en stor udgift for samfundet.⁴⁰⁶ Samtidigt er det et område, som danskerne vægter højt. I en undersøgelse peger danskerne på, at psykiske lidelser er en af de allervæsentligste sundhedsudfordringer for Danmark de kommende år.⁴⁰⁷ Herudover kan der være økonomiske gevinster for samfundet ved styrket behandling og rehabiliteringsindsats for mennesker med psykiske lidelser bl.a. i form af sparede udgifter til førtidspension, sygedagpenge, kontanthjælp mv.

Psykiatrien trænger til et løft. En samlet indsats på højt fagligt niveau fordrer et markant politisk fokus på både retning, indhold og prioritering af ressourcer. Det er en afgørende forudsætning for en reel ligestilling, recovery og inklusion af mennesker med psykiske lidelser, at der fra politisk side er fokus på langsigtet planlægning.

⁴⁰⁶ Borg, Vilhelm, Mette Andersen Nexø, Ida Viktoria Kolte og Malene Friis Andersen: Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde, Det Nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø, 2010

⁴⁰⁷ Danskernes syn på psykiatrien, Bedre Psykiatri, 2011

Det er udvalgets vurdering, at der i forbindelse med prioritering af psykiatrien i en kommende handlingsplan er behov for tæt opfølgning, som direkte sammenkobler økonomi og realisering af faglige og politiske mål for psykiatrien som prioriteret i regeringens langsigtede handlingsplan. Opfølgningen skal bl.a. have fokus på bedre tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og opfyldelse af opstillede mål. Der kan i den forbindelse henvises til Kræftplan III⁴⁰⁸, hvor der var indlagt en tæt opfølgning på de prioriterede initiativer.

Samtidig er der generelt i psykiatrien behov for i højere grad at understøtte incitamenter til kvalitetsudvikling af indsatsen ved at skabe synlighed om resultater af indsatserne på alle niveauer. Det vil understøtte den nye ramme og retning for området og bidrage til løsning af de væsentligste udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, som udvalget har udpeget.

Både regioner og kommuner skal herudover i de kommende år kunne skabe tilstrækkelige og mere effektive ydelser i en situation med begrænset økonomisk råderum og en demografisk udvikling, som betyder, at der de næste mange år vil blive flere ældre og flere med kronisk sygdom, der har behov for og forventning om sundheds- og velfærdsydelser. Derudover betyder udviklingen i sygdomsbilledet og den teknologiske udvikling, at der udredes og behandles flere sygdomme, herunder også psykiske lidelser, hvilket indebærer en stor løbende udfordring i forhold til at sikre en effektiv prioritering i implementeringen af nye behandlingsmuligheder. Hertil kommer udfordringer med knaphed på personaleressourcer, særligt speciallæger, på det psykiatriske område.

En fortsat udvikling af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser fordrer altså en mere effektiv ressourceanvendelse og prioritering i både regioner og kommuner – samt på tværs af sektorer. Det indgår derfor i udvalgets kommissorium, at udvalget skal komme med konkrete forslag til en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område, bl.a. gennem bedre organisering og tilrettelæggelse af indsatsen, øget fokusering og prioritering samt bedre styring og omkostningseffektivitet.

Udvalget har på den baggrund fået gennemført analyser af henholdsvis den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser. Analyserne viser, at der er potentialer for at forbedre ressourceanvendelsen på området. Realiseringen af potentialerne vil forudsætte et stærkt fremadrettet fokus på bedre styring på både nationalt, kommunalt og regionalt niveau – samt styrket fokus på at forbedre ressourceanvendelse på tværs af sektorerne og sikring af indsats på det mest omkostningseffektive niveau. En række af udvalgets forslag kan således også finansieres ved at omprioritere i indsatsen, bedre ressourceanvendelse samt bedre organisering af den samlede indsats.

I kapitlet belyses på den baggrund, hvordan styringen på statsligt, regionalt og kommunalt niveau kan understøtte en bedre ressourceanvendelse bl.a. ved at udnytte potentialerne i de styringsredskaber, der allerede anvendes, samt i forhold til en tættere opfølgning på området.

Begrebet ”ressourcer” og ”kapacitet” anvendes som udtryk for penge, personale, pladser, senge, konsultationer mv. Begrebet ”styring” anvendes i kapitlet som et middel for stat, region og kommune til at sikre, at ressourcerne på området anvendes hensigtsmæssigt. Formålet med styringen er således at få mest mulig faglig kvalitet og effekt af

408 I forbindelse med udmøntning af Kræftplan III blev der oprettet et Task Force for patientforløb på kræft- og hjerteområdet samt nedsat en faglig rådgivende kræftstyregruppe og en referencegruppe for inddragelse af patienter og pårørende.

indsatsen ved brug af færrest mulige ressourcer. Styring foregår på alle niveauer – centralt i staten og lokalt i regioner og kommuner.

Der skelnes i kapitlet overordnet mellem tre former for styring; faglig styring, organisatorisk styring og økonomisk styring.

1) Faglig styring

Tiltag der sigter mod at påvirke indholdet i og resultaterne af de aktiviteter, ressourcerne på området anvendes til. Det kan bl.a. ske gennem centralt eller lokalt fastsatte krav til anvendte metoder, resultatmål, gennem indretningen af uddannelsen af det relevante frontpersonale samt gennem monitorering og synlighed om resultater.

Faglig styring kan understøtte en bedre ressourceanvendelse ved at bidrage til prioritering og fokusering af indsatsen mod aktiviteter med effekt. Den skal ses i tæt sammenhæng med den økonomiske styring, som sætter rammerne for, hvor mange ressourcer der kan anvendes på et givet område.

Den faglige styring er belyst i kapitel 8 om kvalitet i indsatsen, som indeholder forslag til en bedre faglig styring, herunder gennem nationale, kliniske retningslinjer, faglige anbefalinger og øget dokumentation og monitorering. Det er vurderingen, at disse tiltag vil forbedre styringen på psykiatriområdet.

2) Organisatorisk styring

Organisatorisk styring er tiltag, der sigter mod at koordinere, hvem der udfører hvilke aktiviteter, for hvem og hvornår. Det kan konkret ske gennem fastlæggelse af organisatoriske rammer og procedurer. Organisatorisk styring kan bl.a. understøtte en mere effektiv ressourceanvendelse ved, at der tages hensyn til LEON-princippet – at opgaver skal varetages på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau – samt ved at skabe en klar ansvarsfordeling og faste rammer for samarbejde i de processer, hvor der er behov for et samspil mellem flere organisatoriske enheder.

Eksempler på organisatorisk styring, som er centralt fastsat, er bl.a. specialeplaner, visitationsretningslinjer og lovgivning om sundhedsaftaler og sociale rammeaftaler. En stor del af den organisatoriske styring vil imidlertid foregå decentralt i kommuner og regioner. Et eksempel herpå er regionernes arbejde med pakkeforløb, jf. kapitel 8 om høj kvalitet i den faglige indsats.

Der er i kapitel 7 beskrevet en række forslag til nye tiltag, som kan understøtte bedre koordination af indsatserne med fokus på at sikre sammenhæng for borgeren. I dette kapitel rettes et mere snævert fokus på, hvordan en bedre organisatorisk styring samtidig kan understøtte en bedre og mere effektiv ressourceanvendelse med udgangspunkt i LEON-princippet.

3) Økonomisk styring

Tiltag der sigter mod at fordele og prioritere ressourceforbruget. Det kan ske gennem fastsættelse af økonomiske rammer, budgetfordelingsmodeller, takster og økonomiske incitamenter. Økonomisk styring foregår overordnet på nationalt plan gennem centralt fastsatte udgiftslofter, økonomiske rammer, finansierings- og takstregler – og ved den lokale prioritering, økonomistyring og opfølgning i kommuner og regioner. Den økonomiske styring ses i sammenhæng særligt med den faglige styring.

De tre former for styring, som ligeledes er illustreret i tabellen nedenfor, skal ses i sammenhæng, hvis målet om mest mulig kvalitet og effekt for ressourcerne skal nås.

TABEL 7

Eksempler på henholdsvis faglige, organisatoriske og økonomiske styringselementer

	FAGLIG STYRING Tiltag, der sigter mod at påvirke, indholdet i og resultaterne af de aktiviteter, ressourcerne på området anvendes til.	ORGANISATORISK STYRING Tiltag, der sigter mod at koordinere hvem, der udfører hvilke aktiviteter, for hvem og hvornår.	ØKONOMISK STYRING Tiltag, der sigter mod at fordele og prioritere ressourceforbruget. Det kan ske gennem fastsættelse af økonomiske incitamenter.
Styrings-elementer i den regionale psykiatri	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniske retningslinjer • Kliniske kvalitetsdatabaser (synlighed) • Målsætninger og indikatorer vedrørende resultater (synlighed) • Offentliggørelse af indikatorer, ventetid, tvang mv.(synlighed) • Den Danske Kvalitetsmodel 	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatriplaner • Praksisplaner • Visitationsretningslinjer • Centraliseret visitation • Fleksibel anvendelse af personale • Pakkeforløb og LEAN • Monitorering af pakkeforløb (synlighed) • Undersøgelser og behandlingsret 	<ul style="list-style-type: none"> • Rammer og udgiftslofter • Målsætninger og indikatorer vedrørende resultater i produktivitet • Regionale måltal, budgetter og takststyringsmodeller
Styrings-elementer på tværs af kommuner og regioner	<ul style="list-style-type: none"> • Forløbsprogrammer 	<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsaftaler og monitorering heraf • Sammenhængende kapacitetsplanlægning • Integrerede indsatser 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunal medfinansiering • Takster for patienter, der færdigbehandlet i sygehusregi • Regler om mellemkommunal- refusion
Styrings-elementer i den kommunale sociale indsats	<ul style="list-style-type: none"> • Faglige anbefalinger om metoder • Partnerskabsaftale • Nationale rehabiliteringsmålsætninger • Digitalisering af socialområdet • Tilsyn med sociale tilbud • Den Danske Kvalitetsmodel 	<ul style="list-style-type: none"> • Rameaftaler • National koordination af specialiserede indsatser • KKR-samarbejde om sundheds- og socialområdet 	<ul style="list-style-type: none"> • Takstregler for sociale tilbud • Servicerramme og udgiftslofter • Lokale kommunale budgetter og budgetopfølgning

Der vil ofte i forbindelse med vurderingen af de forskellige styringstiltag være et behov for at balancere forskellige hensyn f.eks. ml. kvalitet og ressourceforbrug. De hensyn, der ønskes understøttet, kan være modsatrettede og kan variere over tid og på tværs af områder. F.eks. kan borgeroplevet kvalitet vedrørende tilgængelighed og nærhed være i modstrid med hensynet til omkostningseffektivitet, produktivitet og faglig effekt, hvis tilgængeligheden betyder, at de tilbud, der efterlever ønsket om nærhed og tilgængelighed i en region eller kommune, til gengæld har relativt få borgere tilknyttet og dermed

hverken fagligt eller økonomisk er bæredygtigt. Omvendt er der ikke nødvendigvis modstrid mellem produktivitet og forbedret kvalitet. Ved at forbedre tilrettelæggelsen af behandlingsforløb kan man ofte på én og samme tid opnå forbedret kvalitet og produktivitet. Øget produktivitet kan samtidig frigøre ressourcer, der kan give bedre muligheder for at prioritere fortsatte forbedringer af de offentligt finansierede sundhedsilbud.

Herudover skal styringen ses i sammenhæng med den generelle ledelsesopgave i kommuner og regioner samt faglige og etiske normer, værdier og standarder blandt personalet. Herunder er personalet i den regionale psykiatri og kommunale sektor også motiveret af faglige normer, som handler om, at den indsats, de udfører og bliver målt på, er meningsfuld.

I det følgende beskrives henholdsvis styringen af den regionale, sygehusbaserede psykiatri og praksissektoren, kommunerne og den tværgående styring, og der sættes fokus på muligheder for at understøtte en bedre ressourceanvendelse gennem forbedringer af den nuværende, centrale og decentrale styring.

13.2

Regional indsats for mennesker med psykiske lidelser

13.2.1

Styringsmæssige rammer

Regional psykiatri

Den statslige, faglige styring af sundhedsvæsenet – herunder psykiatrien – er i høj grad kendetegnet ved Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Alle offentlige sygehuse og alle privathospitaler og klinikker, der har indgået aftale med regionerne om behandling af patienter, er omfattet af modellens fælles kvalitetsudviklings- og akkrediteringsystem, der fokuserer på systematisk kvalitetsarbejde og patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, mellem institutioner og internt i institutionerne.

Staten og regionerne benytter sig herudover af en række forskellige styringsinstrumenter med det formål at sikre kvalitet og effekt af indsatsen i den regionale psykiatri og praksissektor, f.eks. nationale kliniske retningslinjer og monitorering af indsatsen. Kliniske retningslinjer understøtter ved hjælp af faglige anbefalinger den faglige prioritering og kvalitet i forhold til diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper baseret på evidens og bedste praksis. Retningslinjerne understøtter dermed en større ensartethed og evidensbaseret tilgang i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og bidrager desuden til en løbende prioritering på sundhedsområdet, med fokus på at sikre mest mulig sundhed for pengene.

Sundhedsstyrelsen er i gang med at udvikle og udarbejde nye kliniske retningslinjer bl.a. inden for psykiatrien, og der er i regionerne taget vigtige skridt, der kan bidrage til øget brug af kliniske retningslinjer i den regionale psykiatri og praksissektor. Samtidigt fører Sundhedsstyrelsen tilsyn med det arbejde, som sundhedsfaglige personer udfører. Rammerne for tilsynet er fastsat i sundhedsloven og formålet med tilsynet er at sikre patienternes sikkerhed. Som led i dette arbejde udsteder Sundhedsstyrelsen bekendtgørelser og vejledninger til det sundhedsfaglige personale med henblik på at opnå en

bedre patientsikkerhed. Indholdet i vejledningerne og bekendtgørelserne vedrører generelle forhold, der kan medføre en patientrisiko f.eks. i forhold til medicinering.

Herudover stilles der fra statens side forskellige krav til både den faglige og organisatoriske tilrettelæggelse af den regionale indsats f.eks. i forbindelse med specialeplanlægning og udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder psykiatriplaner. Endelig er borgere, som henvises til psykiatrien, omfattet af forskellige patientrettigheder, som indeholder krav til regionernes organisatoriske tilrettelæggelse af indsatsen i form af tidsfrister for påbegyndelse af udredning og/eller behandling.

De overordnede økonomiske rammer for regionernes løsning af opgaver på sundhedsområdet, herunder størrelsen på bloktilskuddet, fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner. Økonomiaftalen er ikke juridisk bindende, men er baseret på en politisk forpligtigelse. Samtidig er aftalerne fastlagt inden for rammerne af de bindende udgiftslofter for henholdsvis stat, regionerne og kommuner, der fra 2014 fastsættes for fire år ad gangen, og som er tilknyttet økonomiske sanktioner, hvis de overskrides. Udgiftslofterne skal sikre en klar ansvarsplacering for udgiftsstyringen i den enkelte sektor.

Den statslige, økonomiske styring af den regionale psykiatri kan således overordnet betegnes som rammestyring, idet hovedparten af midlerne kommer fra bloktilskuddet på sundhedsområdet, som ikke er direkte afhængigt af den leverede aktivitet. I modsætning til det øvrige sygehusvæsen, indgår der ikke på psykiatriområdet et aktivitetselement i den statslige rammestyring. Det betyder, at der på det psykiatriske område ikke i samme omfang som på det somatiske er en økonomisk tilskyndelse for regionerne til at øge produktiviteten. Herudover indebærer den kommunale medfinansiering på området også et aktivitetsmæssigt finansieringselement i den regionale finansiering, jf. afsnit 13.4.1.

Regionerne har dog selv etableret forskellige lokale incitamentsstrukturer i deres fordeling af budgettet mellem sygehuse og afdelinger. I alle regionerne er det praksis, at der årligt sammen med budgettildelingen formuleres måltal for aktiviteten, for eksempel udtrykt som antal udskrivinger, antal behandlede, antal ambulante besøg m.v. Region Syddanmark har som eneste region indført en mekanisme, hvor budgettet reguleres i forhold til målopfyldelse. Region Midtjylland har dog også fra 2013 indført en kobling mellem aktivitet og økonomi. I Region Sjælland arbejdes med en model, hvor en del af afregningen skal kobles til mål vedrørende kvaliteten/effekten af behandlingen.

Det er hovedreglen, at der i regionerne er indbygget krav om årlige produktivetsforbedringer, typisk i størrelsesordenen 2-3 pct. årligt.⁴⁰⁹

Afregningen fra region til sygehus for behandling af psykiatriske patienter på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau er som hovedprincip fastsat efter de landsdækkende sengedags- og besøgstakster. Taksterne for 2012 og 2013 er gengivet i nedenstående tabel.

409 Deloitte (2012): Analyse af kapaciteten i psykiatrien

TABEL 8

Takster for behandlingen af psykiatriske patienter, der behandles på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau i 2012 og 2013

Takster	2012	2013
Sengedage	3.374	3.421
Ambulant	1.688	1.712
Skadestue	1.688	1.712
Færdigbehandlet	1.871	1.897

Der er endvidere udarbejdet vejledende DRG- og DAGS-takster for psykiatrien.

Psykiatriske patienter, der behandles på højt specialiseret funktionsniveau afregnes til lokalt fastsatte takster, der tager udgangspunkt i omkostningerne ved behandlingen på det enkelte sygehus, hvor behandlingen har fundet sted.

Praksissektoren

Praksissektoren udgør et tilgængeligt supplement i nærmiljøet til den mere specialiserede behandling i sygehusregi og er et væsentligt element i at sikre, at behandlinger kan planlægges og tilbydes efter LEON-princippet, dvs. på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. De praktiserende sundhedspersoner er ikke ansat af regionerne, men er selvstændigt erhvervsdrivende, der overvejende udøver deres virksomhed i henhold til overenskomster. Praksissektoren adskiller sig således afgørende fra den sygehusbaserede psykiatri, eftersom styringsmulighederne er reguleret via overenskomster med private aktører.

Den overordnede økonomiske og organisatoriske styring af praksissektoren sker gennem udarbejdelse af praksisplaner, som har til formål at tilrettelægge sundhedsindsatsen i forhold til regionens samlede sundhedsplanlægning, den regionale økonomi samt til en geografisk hensigtsmæssig fordeling af den sundhedsfaglige betjening i regionen. I overenskomsterne reguleres bl.a. krav til ejerskab og nedsættelse og dermed til tildeling af et såkaldt ydernummer, som er forudsætningen for at kunne afregne med regionen. Dette ydernummersystem skal understøtte, at regionen kan påvirke antallet af f.eks. læger og psykologer i praksissektoren og kontrollere udgifterne til og brugen af forskellige typer behandling, hos den enkelte læge eller psykolog.

Praksissektoren dækker over forskellige typer behandlingsfunktioner fra *almen praksis*, som har en væsentlig rolle i forhold til at opspore, udrede og behandle psykiske lidelser, og som desuden har en tovholderfunktion for patientens forløb, til *speciallægepraksis*, som har en central rolle som det nære, ambulante behandlingstilbud. I 2011 var der 147 aktive ydernumre i voksenpsykiatri og 15 i børne- og ungdomspsykiatri⁴¹⁰. Der ydes vederlagsfri behandling i speciallægepraksis og almen praksis. Herudover består praksissektoren også af *praktiserende psykologer*, som varetager opgaver indenfor psykologisk behandling, dvs. psykoterapi, samtalerapi, psykoedukation, rådgivning og vejledning samt et bredt spektrum af psykologiske behandlingsopgaver, som retter sig mod lettere psykiske problemer til egentlige psykiske lidelser. For visse særligt udsatte persongrupper gives et tilskud på 60 pct. til behandling efter lægehenvielse til psykologer, der har overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN).

410 Deloitte (2012): Analyse af kapaciteten i psykiatrien.

Der er i alt ca. 1.400 praktiserende psykologer i Danmark, hvoraf 851 per 1. september 2012 har overenskomst med RLTN.

Der er med den seneste overenskomst med Foreningen af Speciallæger aftalt, at regionerne kan råde over 20 pct. af kapaciteten i speciallægepraksis til sygehusopgaver. I takt med at monitoreringen af aktiviteten i speciallægepraksis udvikles, forbedres regionernes muligheder for økonomisk styring samt muligheder for at gøre brug af speciallægepraksis både som supplement og som alternativ til sygehusbehandling.

Med den seneste ændring af sundhedsloven, som træder i kraft den 1. september 2013 har regionerne fået flere muligheder for planlægning og styring af almen praksis, samarbejdet mellem kommuner, borgere, regioner og almen praksis er styrket, og lægerne er blevet tættere knyttet sammen med den overordnede sundhedsplanlægning, herunder i forhold til sundhedsaftaler og forløbsprogrammer.

13.2.2

Muligheder og barrierer for bedre ressourceanvendelse

Psykiatriudvalget har fået gennemført en analyse af kapaciteten i den regionale psykiatri.⁴¹¹ I analysen vurderes det, at den regionale psykiatri styringsmæssigt har været præget af en decentral styringskultur, hvor ledelserne i de enkelte afdelinger har haft en udstrakt frihed til at tilrettelægge opgavevaretagelsen, og hvor de enkelte læger i høj grad har været selvledende. Det har givet grundlag for en stor, utilsigtet variation i behandlingspraksis samt for store forskelle i produktivitet (målt som antal ambulante ydelser/sengedage per sundhedsfagligt årsværk per dag) og kapacitetsudnyttelse regionerne i mellem.⁴¹² Det vurderes på den baggrund, at der er et potentiale for en bedre ressourceanvendelse. Dog indgår der ikke en vurdering af kvalitet og effekt i analysens beregning.

Analysen peger samtidigt på, at den regionale psykiatri i disse år gennemgår en markant styringsmæssig udvikling, hvor styringen i højere grad tilnærmes principper fra det somatiske område og kan bidrage til at indfri potentialerne. Udviklingen indebærer bl.a. en tættere kobling af økonomi og aktivitet i styringen, som kan bidrage til at sikre en fortsat fokus på produktivitet på de enkelte afdelinger. Hertil kommer introduktion af centraliseret visitation og pakkeforløb. Centraliseret visitation er desuden med til at skabe et samlet overblik og bedre udnyttelse af kapaciteten i regionen på tværs af afdelingerne.

Pakkeforløb har til formål at mindske forskelle i diagnosticering og behandling af psykiatriske patienter på tværs af landet ved at operationalisere referenceprogrammer og god klinisk praksis. Pakkeforløbene er inspireret af principperne i LEAN-tankegangen, som flere regioner allerede arbejder med, og som indebærer en optimering af processer og arbejds gange, jf. eksempel i boksen nedenfor.

411 Deloitte (2012): Analyse af kapaciteten i psykiatrien.

412 Deloitte (2012): Analyse af kapaciteten i psykiatrien. P. 15

LEAN-projekt i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Sjælland

I 1. halvår af 2008 havde Region Sjælland omkring 7-800 børn og unge på venteliste til børne- og ungdomspsykiatrien. Indførelsen af undersøgelses- og behandlingsrettigheder i børne- og ungdomspsykiatrien betød, at regionen til afdelingerne knyttede eksterne LEAN-konsulenter, der skulle udvikle konkrete effektiviseringsmål og kompetencer blandt afdelingens ledere og nøglepersoner, så de fremtidigt selv kunne implementere driftsoptimeringer. Resultatet er en markant reduktion i antallet af børn og unge, der venter mere en 60 dage på undersøgelse i børne- og ungdomspsykiatrien – fra 166 i 2009 til 24 i 2012.

De mange nye tiltag skaber – hvilket også erfaringer fra somatikken viser – et godt grundlag for en bedre ressourceanvendelse og styring i den regionale psykiatri. Det vurderes imidlertid bl.a. på baggrund af Deloitte-rapporten, at der fortsat er en række barrierer i forhold til at realisere en bedre styring og hermed sikre en bedre ressourceanvendelse i den regionale indsats for mennesker med psykiske lidelser, herunder på tværs af regional sygehuspsykiatri og praksissektor:

- **Manglende faglig konsensus.**

Standardisering og optimering af processer gennem pakkeforløb forudsætter, at der kan opnås konsensus om, hvad der er den rette behandling. I den forbindelse er det en stor udfordring, at der fortsat blandt læger og på tværs af organisatoriske enheder i den regionale psykiatri er varierende opfattelser af, hvilken behandling der er den rette for sammenlignelige patienter – en følge bl.a. af manglende evidens på området, jf. kapitel 4.

- **Mangelfuldt datagrundlag.**

Den regionale psykiatri har ligesom resten af sundhedsvæsenet en mangeårig tradition for registrering og dokumentation bl.a. vedrørende diagnoser, udredninger og behandlinger i Landspatientregistret og Tvangsregistret, kliniske kvalitetsdatabaser og landsdækkende patient- og pårørendeundersøgelser.

Som beskrevet ovenfor, er der i mange regioner introduceret styringsmekanismer, som i højere grad kobler aktivitet og økonomi, svarende til styringen på det somatiske område, og hermed understøtter et ledelsesmæssigt fokus på produktivitet. Deloitte vurderer, at aktivitetsstyringen i psykiatrien har et forholdsvis lavt modenshedsniveau bl.a. på grund af utilstrækkeligt overblik over, hvad ressourcerne anvendes til. De praktiserende lægers og speciallægers indsats er endvidere ikke hidtil dokumenteret i samme grad som den regionale psykiatri, for så vidt angår systematisk viden og data om, hvad patienterne bliver behandlet for (herunder data om diagnoser), hvordan de behandles og kvaliteten i behandlingen.

- **Aktivitetsstyring og incitamenter.**

I rapporten fra "Udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet" fra maj 2013 påpeges en række incitamentsmæssige udfordringer med den nuværende aktivitetsstyring i sundhedsvæsenet generelt, herunder at honoreringssystemerne i almen praksis og på sygehusområdet ikke tilskynder tilstrækkeligt til sammenhængende forløb og kvalitet. Det skal ses i sammenhæng med, at den aktivitetsbaserede afregning giver et incitament til at øge den enkelte patients antal af kontakter/besøg,

hvilket både kan være ineffektivt omkostningsmæssigt og til hindring for et kort og sammenhængende patientforløb.

I rapporten anbefales det derfor bl.a., at der fremadrettet arbejdes videre med mere løbsbaserede takster, samt at man giver institutioner og ledelse et incitament til at fokusere på kvaliteten af deres indsats ved at skabe synlighed om resultaterne heraf. Internationale erfaringer viser, at synlighed om resultater er en central driver for forbedringer af sundhedsvæsenets indsats til gavn for patienterne.⁴¹³

Selv om den statslige, økonomiske styring på psykiatriområdet ikke har et aktivitetsmæssigt element, har disse anbefalinger også en relevans i forhold til den lokale styring på psykiatriområdet, hvor der på forskellig vis arbejdes med aktivitetsstyring, jf. ovenfor. Herudover indebærer den kommunale medfinansiering på området også et aktivitetsstyrende finansieringselement i den regionale finansiering, jf. afsnit 13.4.1.

I forhold til den lokale aktivitetsstyring specifikt på psykiatriområdet, kan det endvidere udgøre en udfordring, at de ydelser, der registreres, ikke omfatter en række fagligt begrundede indsatser, herunder f.eks. tværfaglige besøg, netværksdeling, faglig uddannelse, pårørendesamtaler samt kontakt med praktiserende læger, kommuner og civilsamfund m.fl. Hvis aktivitetsstyringen alene rettes imod de aktiviteter, der indeholder direkte patientkontakt, kan der opstå et ikke-tilsigtet incitament til at nedprioritere sådanne andre aktiviteter⁴¹⁴.

- **Mangel på speciallæger**

Manglen på speciallæger udgør en af de væsentligste barrierer for udbygning og opkvalificering af tilbuddene til de psykisk syge. Sundhedsstyrelsens prognose viser således, at antallet af speciallæger i psykiatri vil falde fra de nuværende 808 til 786 i 2025. Herefter forventes antallet at stige. Situationen er bedre i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor antallet af speciallæger forventes at øges jævnt fra de nuværende 166 til 467 i 2035.

Under forudsætning af, at der altid sikres en højt kvalificeret lægefaglig vurdering af patientens tilstand, kan de speciallægelige ressourcer udnyttes bedre f.eks. ved delegering af arbejdsopgaver. Det kan ske til bl.a. yngre læger, specialpsykologer og specialuddannede sygeplejersker og vedrøre f.eks. visitation, indledende vurdering og lettere behandling. Endvidere kan forskellige opgaver delegeres til andet herunder administrativt personale.

Plejegruppen udgøres af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt enkelte plejere. I nogle områder af landet er der også ansat ergoterapeuter og fysioterapeuter i døgnbemanding, og i børne- og ungdomspsykiatrien er der ansat pædagoger i døgnbemanding.

- **Behov for bedre styringsmuligheder i forhold til praksissektoren.**

Analysen peger på, at den regionale psykiatri og speciallægepraksissektoren fungerer som parallelle systemer, hvor der kun er meget begrænset samspil. Det understreges af, at der kun er et overlap på 2 pct. i mellem de patienter, der behandles i speciallægepraksis og i den regionale psykiatri. Henvielse af patienter til speciallægepraksis

413 Rambøll, Implement og Kora (2013): Analyse af internationale erfaringer med kvalitetsinitiativer på sundhedsområdet. OEC (2013): OECD Reviews of Health Care Quality – Denmark.

414 Deloitte (2012): p. 17-18

sker via de praktiserende læger, hvor der ikke foretages registrering af diagnoser eller henvisningsårsager. Det er én af grundene til, at det er dårligt belyst, hvilken aktivitet der finder sted i speciallægepraksis. Samtidig har overenskomsten mellem regionerne og speciallægerne ikke hidtil givet regionerne indflydelse på aktiviteten i speciallægepraksis ud over beslutning om antallet af ydernumre, og der har således ikke været en tilstrækkelig tværgående planlægning af anvendelse af speciallægekapaciteten på tværs af behandling i sygehusregi og praksissektor.

OECD⁴¹⁵ har foretaget en analyse af kvalitetsudviklingen i det danske sundhedsvæsen, hvor det bl.a. påpeges, at der er behov for reformer, så praksissektoren i højere grad bliver en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Der peges bl.a. på, at der mangler mekanismer, der understøtter kvalitet og sammenhæng i behandlingen, og at der mangler tilstrækkelig viden om kvaliteten i praksissektoren – lige som de data, der rent faktisk findes, ikke nyttiggøres i tilstrækkeligt omfang.

I august 2012 udgav Rigsrevisionen en beretning om aktivitet og udgifter i praksissektoren. Statsrevisorerne har i deres beretning kritiseret, at styringen af aktiviteten og udgifterne i praksissektoren har været mangelfuld. Statsrevisorernes kritik handler således om manglende muligheder for at kontrollere, hvilke ydelser borgerne modtager, og om det honorar læger mv. i praksissektoren modtager, modsvarer den ydelse, borgeren har fået i forhold til kvalitet og effekt. Den begrænsede viden om diagnoser og kvalitet i praksissektoren indebærer således, at der er en informationsasymmetri mellem regioner og praktiserende sundhedspersoner, idet regionerne ikke har mulighed for at følge op på, hvad der leveres til patienterne. Samtidig er der ikke indlagt krav om produktivetsforbedringer i overenskomsterne, hvorfor de løbende honorarstigninger har medført en fordyrelse af de enkelte ydelser.

Det bemærkes, at regionerne og kommunerne med ændringen af sundhedsloven⁴¹⁶ har fået større indflydelse på planlægningen af almen praksis i det såkaldte praksisplanudvalg, hvilket vil medvirke til at sikre sammenhæng i indsatsen, herunder for mennesker med psykiske lidelser. Ændringen vil samtidig kunne understøtte en bedre ressourceanvendelse, når almen praksis tænkes sammen med kommunale og regionale sundhedstilbud, herunder også ved fysisk nærhed f.eks. i sundhedshuse. Konkret vil rammen for de opgaver, som ønskes løst af almen praksis, blive defineret i praksisplanen.

13.2.3

Forslag og vurderinger

Det er generelt vurderingen, at den igangværende styringsmæssige udvikling i regionerne, hvor styringen af psykiatrien i højere grad tilnærmes somatikken, vil bidrage til en bedre ressourceanvendelse. Det er samtidig centralt at understøtte incitamenter til kvalitetsudvikling, sammenhængende forløb og effektivisering af behandlingspraksis.

Der er i kapitel 8 beskrevet en række tiltag for at sikre en mere ensartet kvalitet i behandlingen. Kliniske retningslinjer er f.eks. et centralt element i forhold til at sikre en bedre ressourceanvendelse i psykiatrien.

415 OECD (2013); OECD 'Reviews of Health Care Quality: Denmark' p. 22

416 Ændring af rammerne for almenmedicinske ydelser m.v. i praksissektoren, herunder styrkelse af regionernes planlægnings- og styringsmuligheder, ensartet kvalitet, systematisk patientinddragelse, erstatningspligt m.v.

I takt med at monitorering af aktiviteten i speciallægepraksis udvikles, som følge af den seneste overenskomst, forbedres regionernes muligheder for økonomisk styring samt muligheder for at gøre brug af speciallægepraksis som et alternativ til sygehusbehandling. Samtidigt vil den økonomiske styring af speciallægepraksis kunne styrkes ved, at der aftales krav om produktivetsforbedringer i overenskomsten på lige fod med regionernes krav om øget produktivitet i den regionale sygehuspsykiatri. De samme mål om bedre styring af ressourceanvendelsen forfølges i dag også på de øvrige overenskomstområder.

Udvalgets forslag

For yderligere at understøtte en forbedret styring i regionerne og imødegå de beskrevne barrierer for god ressourceanvendelse anbefaler udvalget følgende:

- **Regionerne opfordres til at styrke den lokale ledelsesinformation med fokus på sammenkoblinger af aktivitet, økonomi og kvalitet.** Formålet er at øge kvaliteten og omkostningseffektiviteten i indsatsen gennem udvikling og forbedring af grundlaget for relevant ledelsesinformation og benchmarking på området. Som led heri skal sygehusenes ledelsesinformation forbedres med relevante indikatorer for bl.a. produktivitet, kvalitet og effekt samt kapacitetsanvendelse, herunder med henblik på at forbedre regionernes grundlag for den lokale aktivitetsstyring.
- **Incitamenter til kvalitetsudvikling gennem synlighed prioriteres.** Synlighed i forhold til indsats og resultater skal forbedres på lige fod med det somatiske område. Det skal give ledelse og personale et incitament til at videreudvikle kvaliteten af behandlingen. Tidstro kliniske data kan bidrage til kvalitetsudvikling og forbedring af behandlingen.
- **Regioner opfordres til at øge fokus på planlægning af den samlede behandlingskapacitet i forbindelse med tilrettelæggelse af psykiatri- og praksisplaner.** Formålet er at sikre en mere sammenhængende indsats og hensigtsmæssig ressourceanvendelse baseret på LEON.
- **Regionerne øger det ledelsesmæssige fokus på fleksibel opgavevaretagelse mellem faggrupperne i den regionale psykiatri.** F.eks. ved at øge indsatsen for at få uddannet flere specialpsykologer og specialsygeplejersker. Det skal understøtte, at disse grupper vil kunne varetage flere opgaver i psykiatrien, end det er tilfældet i dag.
- Der udarbejdes et inspirationskatalog med forslag til redskaber, som kan understøtte bedre styring, kvalitetsudvikling og ressourceanvendelse på psykiatriområdet. Der igangsættes en belysning af konkrete redskaber der kan understøtte en bedre ressourceanvendelse og styrket regional styring på det psykiatriske område. Belysningen vil herunder kunne se på udfordringerne omkring ydelsesregistreringer, afregningsmodeller, ledelsesinformation og synlighed af indsatsen, fastsættelse af måltal samt monitorering samt belyse best practice i regionerne i forhold til optimering af arbejdsgange på psykiatriske afdelinger. På baggrund af undersøgelsen udarbejdes et inspirationskatalog med henblik på vidensdeling mellem regionerne omkring konkrete styringselementer, som understøtter en god decentral styring.

Kommunal indsats for mennesker med psykiske lidelser

13.3.1

Styringsmæssige rammer

Kommunernes virke er reguleret i Lov om kommunernes styrelse (Lov nr. 223 af 31. maj 1968) også kaldet styrelsesloven. Styrelsesloven danner det juridiske grundlag for de pligter og rettigheder, som borgmesteren, kommunalbestyrelsen, byrådet og udvalgene har.

Ligesom på det regionale område, har Folketinget for kommunerne fastsat et samlet udgiftsloft, der skal sikre, at der er placeret et klart ansvar for udgiftsstyringen i den enkelte sektor. De kommunale budgetter, der omfatter kommunernes serviceudgifter, skal hvert år holdes inden for udgiftsloftet, som indgår i økonomiaftalerne. Med virkning fra 2011 blev 3 mia. kr. af bloktilskuddet til kommunerne gjort betinget af, at kommunerne overholder den aftalte ramme for serviceudgifterne. Der er ligeledes indført sanktioner ved overskridelse af de aftalte rammer i regnskaberne.

Kommunernes varetagelse af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er nærmere reguleret i forskellig lovgivning på tværs af social-, sundheds-, folkeskole- og beskæftigelsesområdet, jf. kap. 3.

På børne-, undervisnings- og uddannelsesområdet er der bl.a. på ungdomsuddannelserne indført takstregulering, således at der kun gives tilskud til uddannelsesinstitutioner per gennemført uddannelsesforløb. Som det fremgår af kapitel 8, er dette en måde, hvorpå fastholdelse på ungdomsuddannelserne understøttes fra centralt hold.

På beskæftigelsesområdet har regeringen nedsat et ekspertudvalg, som skal gennemføre en udredning af beskæftigelsesindsatsen, herunder med fokus på at sikre den bedst mulige anvendelse af ressourcerne på området⁴¹⁷.

På socialområdet er der de seneste års økonomiaftaler med kommunerne og i diverse udvalgsarbejder sat fokus på at undgå en fortsat udgiftsvækst på området bl.a. ved at sikre et tydeligt fokus på sammenhæng mellem faglige og økonomiske hensyn. Bl.a. indberettes kvartalsvise oversigter over udgiftsudviklingen på området.

I det følgende afsnit rettes særligt fokus på den sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser, som udvalget har fået belyst i en analyse gennemført af Rambøll, jf. nedenfor.

Den kommunale, sociale indsats adskiller sig fra det regionale sundhedsområde i forhold til styring. På socialområdet gives ydelser på baggrund af en fysisk og/eller psykisk funktionsnedsættelse og ikke alene på baggrund af diagnoser. Det betyder, at det er vanskeligt at afgrænse målgruppen, da der arbejdes ud fra et helhedssyn på borgeren, hvor borgerens psykiske vanskeligheder kun udgør et enkelt element i borgerens samlede situation.

417 Kommissorium for udredning af den aktive beskæftigelsesindsats

I forbindelse med kommunalreformen blev myndigheds- og forsyningsansvaret på socialområdet samlet i kommunerne sammen med betalingsansvaret for den sociale indsats. Der er ikke grundlag for egne, bæredygtige tilbud til alle målgrupper i hver enkelt kommune, hvorfor der med kommunalreformen er indført en markedsliknende ramme, hvor kommunerne kan købe og sælge pladser på tilbud hos hinanden, hos regionerne og fra private leverandører.

Markedet understøttes bl.a. gennem regler om omkostningsbaserede takster, som indebærer, at priserne på pladser skal fastsættes med udgangspunkt i det enkelte tilbuds gennemsnitlige langsigtede omkostninger. Reglerne er indført for at understøtte sammenlignelighed mellem private, regionale og kommunale tilbud samt sikre fri og lige konkurrence. Samtidig er der oprettet en Tilbudsportal, som giver en landsdækkende oversigt over kommunale, regionale og private tilbud på det sociale område, herunder med oplysninger omkring takster for tilbuddets ydelser.

Markedsmekanismerne understøtter i princippet, at sælgere har et incitament til omkostningseffektiv og afdæmpet prisudvikling. Markedet for sociale tilbud er imidlertid kendetegnet ved en række særlige forhold, som betyder, at der ikke er den fleksibilitet og allokering af tilbud og ydelser, som er en forudsætning for priskonkurrence. Det skyldes bl.a., at der i høj grad er tale om individuelt tilrettelagte tilbud/ydelser, hvilket gør det vanskeligt at skabe gennemsigtighed i forholdet mellem pris og indhold på tværs af tilbud. Det sociale område kan være kendetegnet af langsigtede og stabile indsatser, som begrænser kommunernes muligheder for at vælge alternative leverandører, såfremt der f.eks. er prisstigninger.

Kommunerne har i stedet i kraft af deres myndighedsfunktion via visitering, kontraktindgåelse, tilsyn og opfølgning en vigtig funktion i forhold til at understøtte den faglige og omkostningseffektive udvikling i tilbud og indsatser til borgeren f.eks. ved at stille krav til leverandører omkring sammenhæng mellem indhold og pris samt krav til anvendelse af evidensbaserede, omkostningseffektive metoder i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, hvor sådanne metoder er til stede.

Derudover indgår kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet årligt en rammeaftale om den faglige udvikling, styring og koordinering af de kommunale og regionale tilbud, som er beliggende i regionen. Rammeaftalerne fungerer som et redskab for kommunalbestyrelserne i regionerne til at styre faglig udvikling, kapacitet og økonomi – herunder takstudvikling. Koordinationsarbejdet i forbindelse med udarbejdelse af rammeaftalerne er knyttet op på kommunekontaktrådet (KKR).

13.3.2

Muligheder og barrierer for bedre ressourceanvendelse

Rambøll har for Social-, Børne- og Integrationsministeriet i forbindelse med arbejdet i psykiatriudvalget gennemført en analyse af ressourceanvendelsen i den kommunale, sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser.⁴¹⁸

Analysen viser, at udgiftsniveauet er meget forskelligt på tværs af kommunerne. En del af forskellene kan henføres til forskelle i kommunernes behov for indsatser, hvilket der i analysen er søgt taget højde for ved at korrigere for visse sociale og demografiske baggrundsforhold hjælp af en statistisk model.

418 Rambøll (2013): Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder.

Hovedparten af de målte forskelle kan dog ikke forklares af disse baggrundsforhold og skyldes således andre forhold, herunder forskelle i serviceniveau, kommunale forskelle i tilgangen til opgaveløsningen eller forskelle i tyngden af de enkelte borgeres samlede problemkompleks.

Analysen af de kommunale udgiftsforskelle har på børne- og ungeområdet afdækket en uforklaret udgiftsvariation, hvilket kan indikere et uudnyttet potentiale for bedre ressourceanvendelse.

Analysen giver herudover ikke grundlag for at fastslå, i hvilket omfang udgiftsvariationen reelt er udtryk for et effektiviseringspotentiale eller for forskelle i serviceniveau, hvorvidt det afdækkede potentiale i realiteten kan effektueres.

Det er vurderingen, at en væsentlig barriere for at styrke styringen på området er et mangelfuldt vidensgrundlag på området, herunder både i forhold til grunddata og dokumentation samt evidens for indsatser. Samtidig er der bl.a. i forbindelse med evalueringen af kommunalreformen blevet peget på en række generelle udfordringer for kommunernes styring af udgifterne til sociale tilbud. Disse barrierer udbydes nærmere herunder:

- **Mangel på national dokumentation og overblik.** Der findes kun begrænset national dokumentation om målgruppen af borgere med psykiske lidelser, som modtager en social indsats. Den enkelte kommune foretager registreringer til eget brug i sagsbehandlingen og til styring af tilbuddenes kapacitet og borgernes tildeling af hjælp. De nationale registre indeholder imidlertid udelukkende overordnede data af mere summarisk karakter, som ikke kan anvendes til monitorering. Der er således på nuværende tidspunkt et begrænset overblik over de konkrete indsatser og tilbud i kommunerne. Med udviklingen af et nyt begrebsapparat til dokumentation på det sociale område (DHUV og DUBU) er der igangsat et arbejde til at sikre bedre dokumentation på området. Svag dokumentation af effekt vanskeliggør kommuners muligheder for at styre og tilrettelægge opgaver og ydelser på en omkostningseffektiv måde samtidigt med, at viden om effekt og mulighederne for at sammenligne tilbud og ydelser begrænses.
- **Manglende viden om effekt af indsatsen.** Som beskrevet i kapitel 8 om kvalitet, findes der i forhold til den sociale indsats kun få evidensbaserede metoder, og udbredelsen af disse er varierende. Kapacitetsanalysen på det sociale område viser i forlængelse heraf, at ca. halvdelen af kommunerne arbejder systematisk med en recovery-baseret tilgang, men at der i flere kommuner ikke er tale om en ensartet, evidensbaseret metode. Dette skyldes bl.a., at der mangler dansk evidensbaseret viden på området.
- **Manglende gennemsigtighed vedrørende sammenhæng mellem pris og indhold i tilbud.** I evalueringen af kommunalreformen peges der på, at nuværende regler for beregning af takster for sociale tilbud ikke i tilstrækkelig grad understøtter gennemsigtighed for køberen. Det skyldes, at takstberegningen er bundet op på de enkelte ydelsesparagraffer, men at aftale om levering af en konkret ydelse i højere grad baserer sig på en samlet vurdering af, hvad den pågældende borger har behov for gennem en matchning af borger og indsats. I evalueringen anbefales det på den baggrund, at taksterne i højere grad bør fastsættes ved beskrivelse af grundydelse og ydelsesenheder evt. kombineret i "ydelsespakker".
- **Incitament til effektiv drift af tilbud.** Det er i forbindelse med flere analyser af det specialiserede socialområde blevet påpeget, at der kan være en række udfordringer

i forhold til at sikre, at driftsherrer har incitamenter til effektiv drift, når det drejer sig om tilbud, hvor driftsherren ikke selv finansierer en stor del af pladserne og dermed ikke selv skal bære eventuelle takststigninger. Det skal ses i sammenhæng med, at de eksisterende regler for takster indebærer, at en driftsherre af permanente tilbud (§ 108) på det sociale område i princippet altid er sikker på at få dækket eventuelle udgifter gennem takststigninger, såfremt driftsherren ikke kan overholde sit budget.⁴¹⁹ En tilsvarende problemstilling kan ligeledes gøre sig gældende for private og regionalt drevne tilbud, idet driftsherren ikke selv er aftager af tilbuddet. Kommunerne har dog mulighed for at overtage driften af de regionale tilbud, hvilket kan indebære et særligt pres for en afdæmpet udgiftsudvikling. Det bemærkes, at incitamentsproblemet gælder tilbud, der er sikret en relativ stabil efterspørgsel i lyset af de beskrevne udfordringer ved markedet, jf. ovenfor. Således gælder problemstillingen i mindre omfang tilbud målrettet en korterevarende, midlertidig indsats, hvor driftsherren i højere grad er afhængig af at kunne sælge nye ydelser til kommunerne.

- **Regler vedrørende mellemkommunal refusion.** Kommunale sundhedsydelser afholdes som udgangspunkt af bopælskommunen. Det betyder, at kommunen, hvor andre kommuners borgere tager ophold som følge af placering f.eks. på et botilbud, skal afholde udgiften til disse borgeres sundhedsudgifter, f.eks. hjemmesygepleje, misbrugsbehandling og genoptræning. Dette er til forskel fra reglerne på det sociale område, hvor det er den kommune, som har visiteret borgeren til tilbuddet, som skal afholde udgiften til borgerens ydelser på tilbuddet.

De manglende regler om refusion i forhold til visse kommunale sundhedsudgifter kan føre til en tilbageholdenhed i den enkelte kommune i forhold til at drive botilbud, hvor man skal sælge pladser til andre kommuners borgere. Det kan således hindre den fagligt 'rigtige' udvikling af den samlede tilbudsvifte og dermed være en hindring for at sikre de nødvendige, specialiserede sociale tilbud til borgere med psykiske lidelser.

13.3.3

Forslag og vurderinger

Det indgår i "Aftale om justering af rammerne for kommunalreformen" fra juni 2013, at der på socialområdet etableres en ny national koordinationsstruktur og koordinering af den mest specialiserede sociale indsats. Den nye koordinationsstruktur bygger oven på de eksisterende, sociale rammeaftaler mellem kommuner og region, og vil også omfatte den mest specialiserede sociale indsats for mennesker med psykiske lidelser, herunder f.eks. mennesker med spiseforstyrrelser. Det er vurderingen, at en ny national koordinationsstruktur på socialområdet understøtter gennemsigtighed i udviklingen og omfanget af særligt specialiserede indsatser, herunder for mennesker med psykiske lidelser.

Det indgår samtidig i "Aftale om justering af rammerne for kommunalreformen", at der skal gennemføres en række konkrete justeringer af reglerne for beregning af takster for sociale tilbud. Forslaget om revision af takstreglerne for de sociale tilbud i evalueringen af kommunalreformen på det sociale område kan forbedre incitamenterne til effektiv drift samt sikre gennemsigtighed og sammenlignelighed på tværs af private, kommunale og

419 Evalueringen af kommunalreformen (2013), KORA (2013): Takster i kommunale botilbud, 2007-2011, BDO (2012) Undersøgelse af grundlag for takstberegning og takststyring, Danske Regioner, KL, Socialministeriet og Finansministeriet (2010): Analyse af takstudviklingen og incitamentsstrukturer på det specialiserede socialområde.

regionale tilbud, herunder øget sammenhæng mellem ydelsesbeskrivelser og takst/pris. Øget gennemsigtighed omkring indholdet i tilbuddene vil samtidig blive understøttet af den igangsatte reform af sociale tilsyn.

I forhold til udfordringerne i relation til dokumentationsgrundlaget er der taget en række initiativer med bl.a. digitaliseringsprojekterne på det sociale område (DHUV og DUBU), jf. kap. 8 samt udviklingen af et fælleskommunalt ledelsesinformationssystem, FLIS. Med henblik på at styrke datagrundlaget på det sociale området har regeringen og KL i økonomiaftalen for 2014 aftalt at analysere mulighederne for at skabe et samlet dokumentations- og analysegrundlag – et datavare hus – for indsatserne på det sociale område bl.a. med udgangspunkt i FLIS.

Der kan endvidere henvises til forslagene i kapitel 8 omkring faglige anbefalinger for den sociale indsats, som vil give kommunerne et bedre grundlag for styringen af udviklingen i tilbud og indsatser for borgeren, samt forslaget om nationale rehabiliteringsmål, som kan understøtte en fortsat udvikling i retning af brug af mindre indgribende indsatser.

Herudover foregår der, som beskrevet i kapitel 8 om kvalitet, en digitalisering af socialområdet, hvor forskellige monitoreringssystemer vedrørende kapacitet og udgifter til forskellige målgrupper indgår. Det har bl.a. til formål at forbedre benchmark kommunerne imellem og skabe et bedre grundlag for styring og gennemsigtighed i indsatsen på det sociale område. En øget synlighed vil kunne bidrage til en bedre tilrettelæggelse af indsatsen og bedre opfølgning på resultatet af indsatsen i kommunerne, mens en løbende monitorering af udviklingen i de sociale indsatser for mennesker med psykiske lidelser vil sætte fokus på indsatser med mest mulig effekt for pengene.

Udvalgets forslag

For yderligere at understøtte en forbedret styring i kommunerne og imødegå de beskrevne barrierer for god ressourceanvendelse anbefaler udvalget følgende:

- **Der arbejdes videre med at forbedre datagrundlaget på det sociale område.**
Arbejdet skal bl.a. analysere mulighederne for at etablere et samlet dokumentations- og analysegrundlag på det sociale område bl.a. med udgangspunkt i det fælleskommunale ledelsesinformationssystem (FLIS), Elementer fra ny ramme og retning jf. kapitel 5, vil kunne indtænkes i dette arbejde.
- **Der udarbejdes en analyse af mellemkommunal refusion på sundhedsområdet.**
Det undersøges, om der er behov for at ændre på reglerne vedrørende mellemkommunal refusion i forhold til visse sundhedsydelser.

13.4

Ressourceanvendelse på tværs af regioner og kommuner

13.4.1

Styringsmæssige rammer

Der blev i forbindelse med kommunalreformen centralt fastsat en række strukturer og rammer, som skal understøtte sammenhæng og koordination mellem kommuner og regioner, herunder i forhold til indsatsen for mennesker med psykiske lidelse.

Det er således lovpligtigt for regioner og kommuner at etablere sundhedskoordinationsudvalg og indgå sundhedsaftaler, jf. også kapitel 8. Sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser tager bl.a. udgangspunkt i den regionale sundhedsplanlægning, herunder sundheds-, psykiatri- og praksisplaner, den kommunale tilrettelæggelse af sundhedsopgaver og tilgrænsende opgaver og de indgåede sundhedsaftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser. Sundhedskoordinationsudvalget skaber således en ramme og mulighed for drøftelse af kapacitet, prioritering og koordinering af den indsats, der foregår i den regionale psykiatri, på praksissektorområdet og i den kommunale indsats. Samtidigt skal sundhedsaftalerne sikre en sammenhængende og koordineret indsats i de forløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommune. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser indgår som ét af i alt seks obligatoriske områder, som kommuner og regioner skal indgå aftale om.

Herudover medfinansierer kommunerne en del af det regionale sundhedsvæsen, herunder psykiatrien. Princippet i den kommunale medfinansiering er, at kommunerne finansierer en del af regionens udgifter til borgernes sygehusforbrug og forbrug af praksissektorydelser med henblik på at tilskynde kommunerne til øget fokus på at forebygge borgernes forbrug af sygehus- og praksissektorydelser, f.eks. ved effektiv kommunal pleje, støtte og forebyggende indsats. På psykiatriområdet udgør den kommunale medfinansiering for stationær behandling 60 pct. af sengedagstaksten (dog maksimalt 8.227 per indlæggelse) og 30 pct. af besøgstaksten ved ambulans behandling. Med økonomiaftalen på sundhedsområdet for 2014 har regeringen og regionerne indgået aftale om at evaluere den kommunale medfinansiering i 2014.

For at understøtte og udnytte flere af potentialerne i sundhedsaftalerne, er det i aftalen om henholdsvis regionernes og kommunernes økonomi for 2014 aftalt at prioritere midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet. Formålet er at understøtte en mere sammenhængende indsats, et bedre samarbejde og bedre samlet ressourceanvendelse mellem kommuner og regioner, gennem fælles finansiering af projekter om sammenhængende forløb.

13.4.2

Barrierer for bedre ressourceanvendelse på tværs af sektorer

I forhold til de identificerede udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er det væsentligt, at der er fokus på at sikre sammenhængende forløb og effektiv ressourceanvendelse på tværs af sektorer, ligesom det er vigtigt at sikre incitament til effektive forløb for den enkelte borger. Der er peget på følgende centrale udfordringer, som vanskeliggør en sammenhængende og omkostningseffektiv indsats af høj kvalitet på tværs af den regionale psykiatri, den kommunale sociale indsats og praksissektoren:

- **Variation i henvisningsmønstre og risiko for indikationsskred.**

I de seneste 10 år er der sket en markant vækst i antallet af børn og unge, der modtager støtte og udredning/ behandling for psykiske lidelser. Udviklingen kan skyldes flere forhold, men der kan ikke peges på entydige forklaringer. Udviklingen blandt børn og unge kan muligvis hænge sammen med den øgede kapacitet på området og en øget opmærksomhed på opsporing og diagnostik af psykiske lidelser. Udviklingen kan imidlertid også afspejle en ændret sygdomsopfattelse, hvor indikationskriteriet for sygdom har flyttet sig, jf. også kapitel 3. Det understreger behovet for en større konsensus omkring diagnosticering samt en afklaring arbejdsdeling ml. henholdsvis praksissektor og den sygehusbaserede psykiatri i forhold til, hvor

forskellige typer af patienter skal behandles i overensstemmelse med LEON-princippet.

Psykiatriudvalget har i evaluering af kommunalreformen bl.a. peget på, at mange henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien afvises i den regionale psykiatri på grund af manglende dokumentation, eller fordi henvisningen vurderes ubegrundet.

2012 var andelen af henvisninger, som blev afvist i børne- og ungdomspsykiatrien mellem 25 og 30 pct. i Region Hovedstaden, Sjælland og Nordjylland. Region Syddanmark og Midtjylland har siden henholdsvis januar 2011 og februar 2013 en praksis, hvor ingen patienter afvises på baggrund af papirhenvisningen. Det er især henvisninger fra de praktiserende læger, der bliver afvist i børne- og ungdomspsykiatrien. De mange afviste henvisninger af børn og unge vurderes at være en udfordring for en effektiv ressourceanvendelse. I den regionale psykiatri går der ressourcer til vurdering af henvisninger, som ender med at blive afvist. Hos praktiserende læger og kommuner går der ressourcer til at udforme henvisninger, som ender med at blive afvist. Ligeledes kan det ske, at den rette indsats i f.eks. kommunalt regi iværksættes for sent, fordi der afventes en vurdering i psykiatrien. Og ikke mindst risikerer barnet eller den unge at få en senere eller dårligere behandling og støtte som følge heraf.

- **Begrænset kapacitetsplanlægning på tværs af sektorer.** Udviklingen mod mindre indgribende tilbud stiller krav om, at kvaliteten og kapaciteten i de ambulante behandlingstilbud og kommunale støttemuligheder tilpasses. Det vurderes, at manglende koordination og inddragelse i hinandens planlægning udgør en barriere for en hensigtsmæssig ressourceanvendelse. Eksempelvis er det væsentligt, at en region, som etablerer et udgående team i et område, som et naturligt led i samarbejdet og planlægningen efter sundhedsloven inddrager de relevante kommuner, idet omlægningen må forventes at have betydning for tilrettelæggelsen af deres indsats. Tilsvarende er det relevant at inddrage regionen, når kommunen planlægger ændringer/omlægninger i sin sociale/rehabiliterende indsats, da det kan få betydning bl.a. for borgernes henvendelsesmønster i den regionale psykiatri.

Det samme gælder i forhold til praksissektoren, hvor ændringer/omlægninger i såvel den regionale og kommunale indsats, kan have betydning for praksissektorens muligheder for henvisning til f.eks. behandling og støtte. I dag fungerer den regionale psykiatri og praksissektoren overvejende som parallelle systemer, og det er dårligt belyst, hvilken aktivitet, der finder sted i speciallægepraksis. Det har betydning for sammenhæng og kvalitet i den enkelte patients forløb, men også for udnyttelsen af den samlede kapacitet i en region. Der henvises i øvrigt til de beskrevne udfordringer med at skabe sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer i kapitel 7.

- **Manglende sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.** Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser udfordres af, at indsatsen er fordelt mellem tre aktører i form af regioner, kommuner og praksissektor, der agerer efter forskellige hensyn og mål. Ændringer i den organisatoriske opbygning eller understøttelse af etablering af samarbejdsstrukturer internt i sektorer og på tværs af sektorer kan understøtte, at indsatserne hænger sammen. Internt i den regionale psykiatri arbejder regionerne hen imod, at de ambulante tilbud og de stationære tilbud tænkes sammen under en fælles ledelse. Herudover er der eksempler på, at der etableres fælles akutfunktioner for somatik og psykiatri med henblik på at sikre samtidig og koordineret indsats for de patienter, der har brug for begge dele. Også internt i kommunerne er der eksempler på, at man samler

funktioner og myndighedsansvar i centre eller enheder med henblik på at sikre større sammenhæng.

I forhold til det tværsektorielle samarbejde ses både inden for somatikken og psykiatrien, at kommuner og regioner arbejder tættere sammen gennem samling af funktioner. Inden for psykiatrien er der igangsat enkelte projekter med henblik på at samle en række fælles funktioner fra den regionale psykiatri og kommunen, herunder funktioner på socialområdet og beskæftigelsesområdet. I en international sammenhæng er der eksempler på, at sektorer samler myndighedsfunktioner, og der etableres fælles budgetter og ledelse. Denne model benævnes "integrated care model". Formålet med modellen er, at skabe rammerne for en sammenhængende tværsektoriel indsats.

13.4.3

Forslag og vurderinger

Af kapitel 7 fremgår forslag, som understøtter en forbedret styring på tværs af regioner og kommuner i forhold til koordination og sammenhæng i indsatsen.

Særligt relevant forekommer det, at kommuner og regioner udbreder brugen af integrerede samarbejdsmodeller i forhold til at sikre samspil på tværs af sundhed, beskæftigelse, social og uddannelsesområdet for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og komplekse problemstillinger. Det anbefales, at regioner og kommuner prioriterer projekter om sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser f.eks. med fokus på integrated care i forbindelse med udmøntning af midlerne fra økonomiaftalerne for 2014 til projekter med fælles finansiering mellem kommuner og regioner.

Der beskrives en række styringsredskaber til understøttelse af sammenhæng, samarbejde og koordination på tværs af sektorer, der er særligt relevante for de barrierer, der er fremhævet ovenfor. I forhold til barrieren om variation i henvisningsmønstre og manglende samarbejdsstrukturer om kapacitet kan udvalgets forslag om en styrket mulighed for, at almen praksis kan modtage specialrådgivning og supervision af speciallæger i psykiatrien være relevant.

Herudover er forslaget om et styrket samarbejde mellem praksissektoren og kommunerne om den beskæftigelsesrettede indsats og i forhold til henvisning til kommunale tilbud relevant i forhold til at understøtte end bedre sammenhæng i kapacitet på tværs af praksissektor og kommune. I dette forslag lægges der bl.a. vægt på, at der i de kommunalt-lægelige udvalg og ved brug af praksiskonsulenter er fokus på de psykiatriske områder.

Endelig er der forslag om, som led i at opruste kapacitetsplanlægningen på tværs af sektorer, at aftaler om samarbejdet mellem den kommunale PPR og børn- og ungdomspsykiatrien indgår i sundhedsaftalen mellem region og kommune. Hermed får PPR mere systematisk, og efter aftale med regionen, mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi med henblik på at styrke deres faglighed.

Udvalgets forslag

For at understøtte mulighederne for en bedre styring og planlægning af kapaciteten i regioner og kommuner anbefaler udvalget følgende:

- **Der udarbejdes visitationsretningslinjer på det psykiatriske område for børn, unge og voksne.** Det skal understøtte, at det er de rette borgere/patienter, der modtager specialiseret behandling samt understøtte regionernes arbejde med at centralisere visitationen. Visitationsretningslinjer bør særligt prioriteres på områder, hvor der har været en stor stigning i antallet af patienter eller på områder, hvor diagnosticeringen er meget forskelligartet på tværs af regioner. Retningslinjerne udarbejdes i samarbejde mellem primær og sekundær sektor.
- **Regioner og kommuner drøfter en sammenhængende kapacitetsplanlægning i regi af sundhedskoordinationsudvalget.** Formålet er gennem bedre samarbejde at sikre rammerne for en tværgående styring og planlægning af kapaciteten på tværs af den regionale psykiatri, praksissektor, kommunale sociale indsats, PPR og den beskæftigelsesrettede indsats. Samarbejdet forankres i sundhedskoordinationsudvalgene og implementeres via sundhedsaftalerne og de kommunale rammeaftaler.
- **Regioner og kommuner opfordres til at afprøve nye styringsmodeller for sammenhængende forløb f.eks. i form af integrerede indsatser med fælles budgetter og ledelse.** Formålet er, at regioner og kommuner gennem fælles budgetter og ledelse samarbejder om en mere sammenhængende indsats for borgere med psykiske lidelser jf. økonomaftalerne for 2014, der prioriterer midler til at understøtte sammenhæng på indsatsområderne i sundhedsaftalerne f.eks. i forhold til borgere med forløb, der går på tværs af sektorgrænserne.

13.5

En tæt opfølgning på indsatsen

I de foregående afsnit er det belyst, hvordan styringen på statsligt, regionalt og kommunalt niveau kan understøtte en bedre ressourceanvendelse bl.a. ved at udnytte potentialerne i de styringsredskaber, der allerede anvendes.

Udvalget vurderer imidlertid, at der ved en prioritering af psykiatrien i en kommende handlingsplan vil være behov for et nyt opfølgingsparadigme, som systematisk kobler økonomisk prioriterede indsatser fra centralt hold med mål for, resultater af og synlighed om indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

13.5.1

Psykiatrien frem mod 2020

Et opfølgingsparadigme skal have fokus på klare mål for indsatsen, som kan følges tæt og hermed sikre synlighed om resultaterne. Internationale erfaringer viser, at synlighed om resultater og monitorering er en central drivkraft for forbedringer af sundhedsvæsenets indsats. Senest har OECD anbefalet, at den nuværende åbenhed og synlighed om resultater i Danmark bør øges bl.a. gennem systematiske sammenligninger.

Åbenhed og gennemsigtighed giver mulighed for diskussion og refleksion om forbedringspotentialer og sikrer, at ledelse og fagpersonale kan blive opmærksomme på og prioritere kvalitetsfremmende indsatser. Synligheden giver med andre ord institutioner og personale et redskab til at fokusere på kvaliteten af deres indsats. Det er i den forbindelse væsentligt, at det, der måles på, giver mening i en faglig sammenhæng, samt at målene tilpasses behovene på forskellige ledelsesniveauer.

Samtidig bidrager åbenhed og gennemsigtighed til, at dem, der klarer sig mindre godt, kan identificere, hvem de med fordel kan tage ved lære af for også at opnå de gode resultater. Synlighed kan således være et middel til at forbedre og forandre arbejdsprocesser til det bedre for mennesker med psykiske lidelser.

Det er udvalgets vurdering, at den nye ramme og retning for psykiatrien ikke kan skabes uden, at de anbefalinger som skal bidrage hertil, tilføres ressourcer. Som bidrag til regeringens samlede og langsigtede plan for den fremtidige udvikling og udbygning på området finder udvalget, at der frem mod 2020 skal prioriteres midler til at understøtte en udvikling af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, som tager afsæt i den nye ramme og retning med fokus på:

- Et borgernært recovery-baseret kvalitetsløft i en sammenhængende indsats – til gavn for alle, såvel borgere/patienter som pårørende. Et sådant løft skal bygge på et tæt og forpligtigende samarbejde mellem kommuner og regioner og en stærkere inddragelse af arbejdsmarkedet og civilsamfundet
- Løft af viden og kompetencer på tværs af det kommunale og regionale område via en prioriteret og fokuseret efteruddannelses- og forskningsindsats samt et forstærket fokus på forebyggelse, behandling, psykosociale og rehabiliterende indsatser over for alle med psykiske vanskeligheder og lidelser, herunder også angst og depressionsramte

Udvalget lægger herudover til grund, at en realisering af en række af udvalgets forslag vil kunne indebære en bedre ressourceanvendelse og styring. Der er således grundlag for at skabe mere mental sundhed for pengene gennem en løbende videreudvikling af indsatsen i kommuner og regioner og sammenhængen herimellem. Der er således i mange af udvalgets forslag lagt vægt på, at der skabes en mere bæredygtig psykiatri, hvor indsatsen sker tidligt, i de omgivelser, den enkelte befinder sig i, og med fokus på at være mindst mulig indgribende. Det skal bl.a. understøtte, at flere mennesker med psykiske lidelser vil komme sig, og at indsatsen sker recovery-orienteret og med fokus på, at den enkelte hurtigst muligt kan komme tilbage i arbejde, uddannelse eller egen bolig afhængigt af den samlede kompleksitet i forløbet.

I lyset af de udfordringer som psykiatrien står over for i forhold til knaphed på speciallæger og mulighed for yderligere stigninger i efterspørgslen vil realiseringen af udvalgets forslag skulle ses i et langsigtet perspektiv. Det betyder bl.a., at udbygningen og udviklingen af området skal prioriteres i takt med, at der kommer flere speciallæger på området. Det skal også ses i sammenhæng med, at den regionale psykiatri i de kommende år skal realisere nye patientrettigheder til hurtig udredning og behandling, som indgår i aftalen om regionernes økonomi for 2014.

13.5.2

Forslag og vurdering

De politisk og økonomisk prioriterede indsatser i en kommende handlingsplan skal kobles sammen med en opfølgning i forhold til pejlemærker og målbare resultater for indsatsen, som løbende følges på relevante niveauer. På den baggrund foreslår udvalget følgende:

- **Der sker en løbende og tæt opfølgning på de politisk og økonomisk prioriterede indsatser i en kommende handlingsplan for psykiatrien.** Formålet er med en tæt opfølgning, med inspiration fra bl.a. kræftområdet, at koble de prioriterede indsatser,

resultater og synlighed tættere sammen. Opfølgningen skal desuden understøtte en national koordination af området, f.eks. ved en tværgående taskforce. I regi af taskforcen kan der formuleres udmøntningsplaner i forhold til de prioriterede indsatser, og fremdrift og resultater i forhold til initiativerne kan løbende følges.

- De mere operative planer for realisering af målsætningerne aftales mellem de relevante parter f.eks. i sundhedsaftalerne, praksis- og psykiatriplaner og kommunale rammeaftaler. Der bør således til brug for opfølgning og udmøntning på statslig, regionalt og kommunalt niveau formuleres klare, specifikke og konkrete målsætninger for indsatsen, som kan monitoreres f.eks. med fokus på recovery, anvendelse af tvang, ventetider og patientoplevet kvalitet.
- Synlighed om resultater skal desuden understøtte incitamenter til og fokus på realisering af målsætningerne på det politiske og ledelsesmæssige niveau i regioner og kommuner.
- Udvalget forudsætter, at der på politisk niveau følges op på resultaterne f.eks. i de årlige økonomiforhandlinger mellem staten, regioner og kommuner, og at psykiatrin – som led i realisering af regeringens handlingsplan – indgår i disse aftaler.

Appendix 1

Medlemmer af nedsatte arbejdsgrupper

Medlemmer af nedsatte arbejdsgrupper i den indledende kortlægningsfase af udvalgets arbejde:

Arbejdsgruppe 1: Struktur, kapacitet og sammenhæng i indsatsen

Repræsentant	Organisation
Kontorchef Helle Schnedler	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Formand)
Formand Thomas Middelboe	Dansk Psykiatrisk Selskab
Formand Jan Jørgensen	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Formand Kristen Kistrup	Dansk Selskab for Distriktspsykiatri
Formand Mogens Seider	Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering
Kontorchef Tommy Kjelsgaard	Danske Regioner
Vicekontorchef Kurt Hjortsø Kristensen	KL
Medlem af hovedbestyrelsen Karen Thomsen	SIND
Chefpsykolog Birgitte Bechgaard/ Cand.psych, aut. Lotte Fensbo	Dansk Psykologforening/ PPR og specialpædagogisk afdeling, Århus Kommune
Sektorformand Karen Stæhr/ Chefkonsulent Mie Andersen	FOA

Repræsentant	Organisation	Fortsat
Speciallæge i psykiatri Niels Siebuhr	Lægeforeningen	
Professionschef Tine Lyngholm	Dansk Sygeplejeråd	
Cheflæge Per Jørgensen	Faglig repræsentant fra regionerne	
Social- og Sundhedsdirektør Yvonne Barnholdt	Faglig repræsentant fra kommunerne	
Chefkonsulent Bjørn West/ Fuldmægtig Pernille Skafte	Social- og Integrationsministeriet	
Specialkonsulent Ulla Skall	Ministeriet for Børn og Undervisning	
Kontorchef Jens Erik Zebis	Beskæftigelsesministeriet	
Chefkonsulent Charlotte Hougaard Møller/ Kontorchef Søren Vårder	Finansministeriet	
Chefkonsulent Charlotte Hosbond	Sundhedsstyrelsen	
Specialkonsulent Anders Jørgen Jensen	Statens Serum Institut/Sundhedsdata	
Fuldmægtig Helle Strunge	Socialstyrelsen/Nyborg Kommune	
Projektchef Charlotte Bredahl Jacobsen	Dansk Sundhedsinstitut (DSI)	
Seniorforsker Steen Bengtson	Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI)	

Dansk Selskab for Almen Medicin var inviteret, men var ikke repræsenteret.

Arbejdsgruppe 2: Udvikling i diagnoser og behandling

Repræsentant	Organisation
Enhedschef Søren Brostrøm	Sundhedsstyrelsen (Formand)
Fg. Klinikchef, psykiater Mette Brandt-Christensen	Dansk Psykiatrisk Selskab/ Psykiatrisk Center Glostrup
Formand Jan Jørgensen	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Overlæge Phuong Le Quach Reisinia	Dansk Selskab for Distriktpsykiatri
Ledende oversygeplejerske Inge Voldsgaard	Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker
Speciallæge i almenmedicin Annette Davidsen	Dansk Selskab for Almen Medicin

Repræsentant	Organisation	Fortsat
Næstformand Pernille Jensen	Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering	
Udviklingschef Niels Aagaard Nielsen	Dansk Sygeplejeråd	
Ledende psykolog Gunvor Brandt	Dansk Psykologforening	
Praktiserende speciallæge i psykiatrien Poul-Erik Carlsen	Lægeforeningen	
Sundhedsfaglig konsulent Ulla Rosenkvist	FOA	
Formand Anne Lindhardt	Psykiatrifonden	
Udviklingskonsulent Karl Bach Jensen	LAP	
Afdelingschef Elinor Kyhnav	KL	
Vicedirektør Søren Bredkjær	Faglig repræsentant for regionerne	
Vicekontorchef Kurt Hjortso Kristensen	KL	
Chefrådgiver Mikkel Lambach	Danske Regioner	
Chefkonsulent Jesper Lihn/ Fuldmægtig Louise Avnstrøm	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	
Fuldmægtig Pernille Skaftø	Social- Børne- og Integrationsministeriet	
Specialkonsulent Ulla Skall	Ministeriet for Børn og Undervisning	
Fuldmægtig Nils Raahauge/ Fuldmægtig Camilla Østerballe Pedersen	Statens Serum Institut	
Faglig leder Sanna Dragholm	Socialstyrelsen	

Medlemmer af nedsatte arbejdsgrupper i analysefasen af udvalgets arbejde:

Arbejdsgruppe om overdødelighed

Repræsentant	Organisation
Klinisk professor, overlæge Merete Nordentoft	Psykiatrisk Center København
Direktør, ph.d. dr.med. Morten Grønbæk	SIF
Professor Jytte Banner	Institut for Retsmedicin, Aarhus Universitet
Professor Anders Fink-Jensen	Psykiatrisk Center København, Region Hovedstaden
Analytiker Jens Peter Dam Eckhardt Jensen	Bedre Psykiatri

Arbejdsgruppe om brugen af medicin

Repræsentant	Organisation
Lektor, praktiserende læge Niels Damsbo	Syddansk Universitet
Klinikchef Lars Martin Nielsen	Bispebjerg hospital, Region Hovedstaden
Tidl. psykiatridirektør Agnete Philipsen	Region Syddanmark/ Det Sociale Netværk
Formand Thomas Middelboe	Psykiatrisk Center København
Cheflæge Per Jørgensen	Faglig repræsentant fra regionerne
Fuldmægtig Helle Strunge	Socialstyrelsen/Nyborg Kommune
Embedslæge Troels Frølund Thomsen	Embedslægerne

Arbejdsgruppe om retspsykiatri

Repræsentant	Organisation
Ledende overlæge Tina Gram Larsen	Retspsykiatrien i Region Nordjylland
Landsformand Knud Kristensen	Landsforeningen SIND
Fg. Klinikchef, psykiater Mette Brandt-Christensen	Psykiatrisk Center Glostrup
Overlæge Torben Hærsløv	Sundhedsstyrelsen
Chefrådgiver Mikkel Lambach	Danske Regioner

Arbejdsgruppe om tvang i den regionale psykiatri

Repræsentant	Organisation
Vicecenterchef, sygeplejerske Margit Asser	Psykiatrisk Center Sct. Hans
Udviklingskonsulent Karl Bach Jensen	LAP
Projektleder, Antropolog Helle Høegh	Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
Fg. klinikchef, psykiater Mette Brandt-Christensen	Psykiatrisk Center Glostrup
Fysioterapeut Maria Holst Andersen	Region Midtjylland
Udviklings- og forsknings- sygeplejerske Lene Berring	Region Sjælland
Læge Helene Probst/ Overlæge Torben Hærsløv	Sundhedsstyrelsen

Arbejdsgruppe om inklusion og civilsamfund

Repræsentant	Organisation
Direktør Trine Lindahl	Sherpa
Forsker Jens Tølbøll Mortensen	Århus Universitet
Direktør / fmd. Vibe Klarup Voetmann	Psykiatrifonden / Frivilligrådet

Repræsentant	Organisation
Direktør Bettina Post	Headspace Danmark (Det Sociale Netværk)
Psykolog Birgitte Madsen	Odense Kommune

Arbejdsgruppe om rehabilitering og recovery

Repræsentant	Organisation
Forskningsoverlæge, ph.d. Lene Falgaard Epløv	Psykiatrisk Center Ballerup
Rehabiliteringskonsulent Pernille Jensen	Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering
Leder faglig udvikling Marianne Cohen	Socialpsykiatri og Udsatte Voksne, Århus Kommune
Kredsførmand Kirsten Elise Hove	Landsforeningen SIND
Faglig konsulent Finn Blickfeldt Juliussen	Socialstyrelsen

Arbejdsgruppe om telepsykiatri og velfærdsteknologi

Repræsentant	Organisation
Direktør Per Holm	SUS
Projektleder Hanne Boll Overgaard	ODA's Videnscenter
Projektleder Marianne de Lemos	Region Midtjylland
Specialkonsulent Tina Husbond	Socialstyrelsen
Specialkonsulent Anita Lerche	Region Syddanmark
Chefkonsulent Lars Hulbæk	MedCom

Arbejdsgruppe om patient/borger- og pårørendeinddragelse

Repræsentant	Organisation
Ledende overlæge Klaus Müller-Nielsen	Børne- og ungdomspsykiatri, Kolding og Augustenborg, Region Syddanmark
Analytiker Jens Peter Dam Eckhardt Jensen	Bedre Psykiatri
Ansvarshavende redaktør Klavs Serup Rasmussen	brugerbladet Outsideren
Formand Erna Poulsen	PS Landsforening
Jurist og Ph.d., specialkonsulent Ulla Hybel	Det Ethiske Råd
Forstander Esper Sørensen	Skiftesporet, Herning Kommune
Seniorprojektkoordinator Lea Dunkerley	Komiteen for Sundhedsoplysning

Arbejdsgruppe om forebyggende og tidlig indsats for børn og unge

Repræsentant	Organisation
Cand.psych, aut., sektionsleder Lotte Fensbo	PPR og specialpædagogisk afdeling, Århus Kommune
Formand Jette Myglegaard	ADHD-foreningen
Overlæge Anne Mette Skovgaard	Børne- og ungdomspsykiatrisk center, Glostrup
Professor Bjørn Holstein	SIF/SDU
Programleder Jill Mehlbye	KORA
Psykologfaglig gruppeleder Gurli Jakobsen	Faaborg-Midtfyn Kommune

Arbejdsgruppe om forebyggende og tidlig indsats for voksne

Repræsentant	Organisation
Chefpsykolog Nicole Rosenberg	Klinik for OCD og angstlidelser, Århus Universitetshospital
Formand for DepressionsForeningen Karen Margrethe Nielsen	ODA
Professor Lars Vedel Kessing	Psykisk Center København
Konsulent Elise Lyhne Hansen	Socialstyrelsen
Lektor, praktiserende læge Niels Damsbo	Syddansk Universitet
Social- og psykiatrichef Birgit Holm	Vejle Kommune

Arbejdsgruppe om sammenhæng og kontinuitet på tværs af sektorer

Repræsentant	Organisation
Landsformand Knud Kristensen	Landsforeningen SIND
Udviklingskonsulent Karl Bach Nielsen	LAP
Cheflæge Per Jørgensen	Faglig repræsentant fra regionerne
Social- og psykiatrichef Birgit Holm	Vejle Kommune
Projektkonsulent Jeanette Jensen	MedCom
Seniorforsker Steen Bengtsson	SFI
Konsulent Tina Levysohn	KL
Chefrådgiver Mikkel Lambach	Danske Regioner

Arbejdsgruppe om kvalitet og sammenhæng i den kommunale indsats

Repræsentant	Organisation
Jobcenterchef Anne Haarløv	Roskilde Kommune
Børn- og familiechef Ane Stallknecht	Kalundborg Kommune
Kontorchef Mette Svarre	Socialpsykiatri og Udsatte Voksne, Århus Kommune
Chefkonsulent Bo Jensen	Socialstyrelsen
Direktør Bettina Post	Headspace Danmark (Det Sociale Netværk)
Forsknings- og udviklingsleder Frank Ebsen	Metropol

Arbejdsgruppe om kvalitet og sammenhæng i den regionale indsats

Repræsentant	Organisation
Formand, psykiater Jeanett Bauer	Dansk Psykiatrisk Selskab
Formand Erik Ravn	Landsforeningen Bedre Psykiatri
Vicedirektør Søren Bredkjær	Faglig repræsentant for regionerne
Centerchef Anne-Rose Wang	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg
Formand Kristen Kistrup	Dansk Selskab for Distriktspsykiatri
Speciallæge i psykiatri Niels Siebuhr	Lægeforeningen
Sygeplejerske, forskningsassistent Marianne Melau	Mental Health Centre Copenhagen
Praktiserende læge Merete Lundsteen	Region Hovedstaden

En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser

Regeringens udvalg om psykiatri, 2013.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen er elektronisk tilgængelig via www.sum.dk

Publikationen kan bestilles hos
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
E-post: sum@sum.dk

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: Oktober 2013

Design: BGRAPHIC

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk

ISBN: 978-87-7601-344-8 (trykt udgave)
ISBN: 978-87-7601-345-5 (elektronisk udgave)

Udvalgets arbejde afspejler sig i hovedrapporten
"En moderne, åben og inkluderende indsats for
mennesker med psykiske lidelser" med tilhørende
to bilagsrapporter. Hovedrapport såvel som
tilhørende bilag er at finde i elektronisk udgave
på www.sum.dk.