

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling

Bilagsrapport

2

AFRAPPORTERING FRA ARBEJDSGRUPPE 2
UNDER REGERINGENS UDVALG OM PSYKIATRI

OKTOBER 2013

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling

2

Bilagsrapport

AFRAPPORTERING FRA ARBEJDSGRUPPE 2
UNDER REGERINGENS UDVALG OM PSYKIATRI

OKTOBER 2013

Indhold

1	Resumé og konklusion	13
1.1	Baggrund	13
1.2	Overordnede overvejelser	14
1.3	Forekomst og udvikling i diagnoser	14
1.4	Den regionale psykiatri	17
1.5	Den sociale og psykosociale indsats i kommunerne	20
1.6	Perspektiver og ny udvikling	21
2	Introduktion	23
3	Indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser	25
3.1	Indsatsens udvikling over tid	25
3.2	Den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser	26
3.2.1	Den sundhedsfaglige indsats	28
3.2.2	Den socialfaglige indsats	29
3.3	Værdier	30
4	Forekomsten af psykiske lidelser og udviklingen i diagnoser	31
4.1	Overblik	31
4.1.1	Mentale sundhedsproblemer	32
4.1.2	Diagnoser	33
4.1.3	Typer af data	35
4.2	Beskrivelse af udviklingen og status	36
4.2.1	Skizofreni og det skizofrene spektrum	36
4.2.2	Affektive lidelser	38
4.2.3	Nervøse og stressrelaterede tilstande	43
4.2.4	Personlighedsforstyrrelser	47
4.2.5	Spiseforstyrrelser	49
4.2.6	Hyperkinetisk forstyrrelse – ADHD	52
4.2.7	Regionale forskelle	55

5	Kommunernes indsats omkring fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser	60
5.1	Overblik	60
5.2	Beskrivelse af udviklingen og status	62
5.2.1	Kortlægning af kommunale indsatser	62
5.2.2	Variation i tilbud	63
5.2.3	Faggrupper og kompetencer	64
5.2.4	Samarbejde og partnerskaber	65
5.2.5	Muligheder for en styrket indsats	66
6	Den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder	69
6.1	Overblik	69
6.2	Beskrivelse af udvikling og status – indsatsen over for voksne med psykiske vanskeligheder	72
6.2.1	Udredning og handleplaner	72
6.2.2	Opsøgende støtte- og kontaktskabende indsatser	74
6.2.3	Boligforhold	75
6.2.4	Uddannelse og beskæftigelse	80
6.2.5	Aktivitets- og samværstilbud	82
6.3	Beskrivelse af udvikling og status – indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder	83
6.3.1	Pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR)	84
6.3.2	Rådgivning og psykologhjælp	84
6.3.3	Barnets Reform	86
6.3.4	Underretning	88
6.3.5	Børnefaglig undersøgelse	88
6.3.6	Særlig støtte	88
6.3.7	Børne- og undervisningsområdet	89
6.3.8	Nye rammer for inklusion	89
6.3.9	Understøttende initiativer på det statslige område	90
7	Praksissektoren	94
7.1	Overblik	94
7.2	Almen praksis	95
7.2.1	Behandlingsmuligheder	96
7.2.2	Behandling af børn og unge	97
7.2.3	Samarbejde med og henvisning til andre fagpersoner	98
7.2.4	Sammenfatning vedrørende almen praksis	99
7.3	Praktiserende psykologer	99
7.3.1	Behandling hos psykolog med tilskud	99
7.3.2	Behandling hos psykolog uden tilskud	101
7.3.3	Psykologbehandling af børn og unge	101
7.4	Praktiserende speciallæger	102
7.4.1	Praktiserende speciallæger i psykiatri	102
7.4.2	Praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri	103

8	Den regionale psykiatri	107
8.1	Overblik	107
8.1.1	Psykiatrien (voksen)	108
8.1.2	Børne- og ungdomspsykiatrien	110
8.2	Beskrivelse af udvikling og status	111
8.2.1	Overordnet organisering	111
8.2.2	Patienter	112
8.2.3	Den akutte indsats i psykiatrien	117
8.2.4	Sygehusafdelinger	121
8.2.5	De ambulante tilbud	126
8.2.6	Udgående teams	129
8.2.7	OPUS	129
8.2.8	Forløbsprogrammer, kliniske retningslinjer og pakkeforløb i psykiatrien	130
8.2.9	Recovery	132
8.2.10	Sammenhæng i den regionale psykiatri	132
9	Udviklingen i udredning og behandling	136
9.1	Udredning og typer af behandling	136
9.2	Udredning og diagnosticering	136
9.2.1	Overblik	136
9.2.2	Udredning – faglige udvikling og status	137
9.3	Psykofarmakologi og andre biologiske behandlingsmetoder	139
9.3.1	Overblik – psykofarmakologisk behandling	139
9.3.2	Udvikling i forbruget af psykofarmaka	141
9.3.3	ECT	160
9.4	Psykoterapi	162
9.4.1	Overblik	162
9.4.2	Udvikling og status	164
9.5	Andre behandlingsmetoder	166
9.5.1	Overblik	166
9.5.2	Udvikling og status	168
10	Tvang i psykiatrien	170
10.1	Overblik	170
10.2	Beskrivelse af udviklingen og status	171
10.2.1	Samlede antal berørt af tvang	171
10.2.2	Frihedsberøvelser	173
10.2.3	Tvangsbehandling	179
10.2.4	Fiksering og fysisk magtanvendelse	182
11	Komorbiditet	194
11.1	Overblik	194
11.1.1	Generelt om komorbiditet	194
11.1.2	Mennesker med psykiske lidelser og somatisk komorbiditet	195
11.1.3	Mennesker med flere psykiske lidelser	196
12	Mennesker med dobbeltdiagnoser	197
12.1	Overblik	197
12.2	Beskrivelse af status og udviklingen	198
12.2.1	Forekomst	198
12.2.2	Indsatser	199

13	Overdødelighed	202
13.1	Overblik	202
13.2	Beskrivelse af status og udviklingen	203
13.2.1	Forventet levetid for patienter med psykiske lidelser	203
13.2.2	Metabolisk syndrom	205
13.2.3	Komplikationer og bivirkninger til psykofarmakologisk behandling	206
13.3.4	Livsstilsrisikofaktorer hos mennesker med psykiske lidelser	207
13.3.5	Selv mord	209
13.3.6	Underdiagnosticering og underbehandling af somatisk lidelse	211
14	Retspsykiatri	213
14.1	Overblik	213
14.2	Beskrivelse af udviklingen og status	214
15	Perspektiver	220
15.1	Rehabilitering og recovery	220
15.2	Åben dialog – netværk og dialogbaseret behandling	222
15.3	Civilsamfundet	225
15.3.1	Empowerment	225
15.3.2	Afstigmatisering	226
15.4	Velfærdsteknologi	227
16	Referencer til samlet rapport	230
	Bilagsfortegnelse	231
Bilag 1	Arbejdsgruppens sammensætning	232
Bilag 2	Opgavebeskrivelse	234
Bilag 3	Mental sundhed	238
Bilag 4	Metodebeskrivelse for kortlægning af forebyggelsesindsats	242
Bilag 5	Bekendtgørelse af lov om psykologer	244
Bilag 6	Den akutte psykiatriske indsats	245
Bilag 7	Ambulante tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien i de fem regioner	247
Bilag 8	Definition af det metaboliske syndrom	251
Bilag 9	Katalog over Åben Dialog	252

Figurer

Figur 3.1	Indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder eller lidelser	27
Figur 4.1	Typen af data	35
Figur 4.2	Udviklingen i antallet af voksne med skizofreni – indlagte og ambulante	37
Figur 4.3	Udviklingen i antallet af voksne med depression	40
Figur 4.4	Udviklingen i antallet af børn og unge med affektive sindslidelser	41
Figur 4.5	Udviklingen i antallet af voksne med bipolar affektiv sindslidelse	42
Figur 4.6	Udviklingen i antallet af voksne med fobisk og andre angsttilstande	44
Figur 4.7	Udviklingen i antallet af børn og unge med angsttilstande	45
Figur 4.8	Udviklingen i antallet af voksne med tilpasningsreaktioner	46
Figur 4.9	Udviklingen i antallet af børn og unge med tilpasningsreaktioner	47
Figur 4.10	Udviklingen i antallet af voksne med personlighedsforstyrrelser	48
Figur 4.11	Udviklingen i antallet af børn og unge med personlighedsforstyrrelser	49
Figur 4.12	Udviklingen i antallet af voksne med spiseforstyrrelser	51
Figur 4.13	Udviklingen i antallet af børn og unge med spiseforstyrrelser	52
Figur 4.14	Udviklingen i antallet af voksne med hyperkinetisk forstyrrelse	53
Figur 4.15	Udviklingen i antallet af børn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse	54
Figur 4.16	Hyperkinetisk forstyrrelse – antal børn og unge set ambulant per 1000 indbyggere	55
Figur 4.17	Voksne – antal unikke personer i den regionale psykiatri per 1000 indbyggere i 2011	56
Figur 4.18	Børn og unge – antal unikke personer i den regionale psykiatri per 1000 indbyggere i 2011	57
Figur 6.1	Variation i kommunernes recovery-orienterede tilgang	70
Figur 6.2	Voksenundretningsmetode	73
Figur 6.3	Udviklingen i tilbud	78
Figur 8.1	Den regionale psykiatri	108
Figur 8.2	Psykiatrien (voksne) – ambulant og indlagte per 1000 indbyggere i 2011	114
Figur 8.3	Børne- og ungdomspsykiatri – ambulant og indlagte per 1000 indbyggere i 2011	117
Figur 9.1	Udviklingen i forbrug af psykofarmaka, 2001-2011	141
Figur 9.2	Forbrug af antipsykotika i skandinaviske lande	143
Figur 9.3	Antal personer behandlet med antipsykotika	144
Figur 9.4	Forbrug af antipsykotika per region	145
Figur 9.5	De ti mest anvendte antipsykotika	146
Figur 9.6	Forbrug af antidepressiva i skandinaviske lande	147
Figur 9.7	Forbruget af antidepressiva i forskellige aldersgrupper	148
Figur 9.8	Udviklingen i forskellige antidepressiva	149
Figur 9.9	Forbrug af benzodiazepiner med kort og lang halveringstid	150
Figur 9.10	Forbruget af ADHD medicin i skandinaviske lande	151
Figur 9.11	Udviklingen i varige brugere af ADHD medicin	152
Figur 9.12	Antal nye brugere af ADHD medicin	152
Figur 9.13	Hyppest anvendte antipsykotika hos børn og unge	154
Figur 9.14	Antipsykotika og samtidig brug af benzodiazepiner – alle diagnoser	157
Figur 9.15	Antipsykotika og samtidig brug af benzodiazepiner hos mennesker med skizofreni	157
Figur 9.16	Samtidig brug* af flere antipsykotika uafhængigt af diagnose	158
Figur 9.17	Samtidig brug* af flere antipsykotika hos mennesker med skizofreni***	159

Figur 9.18	Andelen af mennesker med skizofreni i behandling med antipsykotika og epilepsimedicin	160
Figur 9.19	ECT-behandling	162
Figur 10.1	Antal indlagte i psykiatrien og andelen af indlagte berørt af tvang i perioden 2001-2011	172
Figur 10.2	Antal tvangstilbageholdelser og andelen af tvangstilbageholdelser der startede som tvangsindlæggelse i perioden 2005-2011	176
Figur 10.3	Antal tvangsbehandlingsforløb med medicin og gennemsnit per person i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien	181
Figur 10.4	Antal bæltefikseringer hos voksne	183
Figur 10.5	Antal bæltefikseringer i forhold til antal personer, der indlægges i den pågældende region	186
Figur 10.6	Beroligende medicin med tvang hos voksne	188
Figur 10.7	Andelen af gange der gives beroligende medicin i forhold til antal indlagte personer i voksenpsykiatrien	190
Figur 13.1	Forventet levetid ved 15 år i Danmark, Finland og Sverige 2002-2006	205
Figur 13.2	Risikofaktorer forbundet med livsstil	208
Figur 13.3	Selv mord i Danmark	210
Figur 14.1	Indekstal for foranstaltningsdomme fordelt efter den dømtes mentale tilstand	215
Figur 14.2	Foranstaltningsdomme fordelt efter foranstaltningens art	216
Tabeller		
Tabel 4.1	Eksempler på psykotiske og ikke-psykotiske lidelser	31
Tabel 4.2	Oversigt over psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser efter ICD-10	34
Tabel 4.3	Data, skizofreni	37
Tabel 4.4	Data, depression	39
Tabel 4.5	Data, bipolar affektiv sindslidelse	42
Tabel 4.6	Data, Angst	43
Tabel 4.7	Data, personlighedsforstyrrelser	48
Tabel 4.8	Data, spiseforstyrrelser	50
Tabel 4.9	Data, ADHD	53
Tabel 6.1	Antal personer med en støtte- og kontaktpersonordning	75
Tabel 6.2	Antal beboere i midlertidige botilbud	77
Tabel 6.3	Antal beboere i længerevarende botilbud	77
Tabel 6.4	Antal personer som modtager socialpædagogisk støtte*	80
Tabel 6.5	Antal mennesker med psykiske lidelser i beskyttet beskæftigelse	81
Tabel 6.6	Antal mennesker med sindslidelse i aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	82
Tabel 7.1	Antal samtaleterapi ydelser i almen praksis fordelt på år	96
Tabel 7.2	Ventetid til praktiserende psykiatere for ikke-akutte tilstande	98
Tabel 7.3	Udvikling i antallet af personer, som modtager psykologhjælp med offentligt tilskud	100
Tabel 7.4	Udvalgte ydelser fra speciallægepraksis i psykiatri	103
Tabel 7.5	Udvalgte ydelser fra speciallægepraksis i børne- og ungdomspsykiatri	104
Tabel 8.1	Udvikling i antal unikke personer behandlet i psykiatrien fra 2001-2011 (voksen)	108
Tabel 8.2	Udvikling i aktivitet i psykiatrien (voksen)	109
Tabel 8.3	Udvikling i antal unikke personer behandlet i børne- og ungdomspsykiatrien fra 2001-2011	110
Tabel 8.4	Udvikling i aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien	110

Tabel 8.5	Organisering af psykiatrien (voksen) fordelt på regioner	111
Tabel 8.6	Organisering af børne- og ungdomspsykiatrien fordelt på regioner	112
Tabel 8.7	Psykiatrien (voksne), 2011	113
Tabel 8.8	Børne- og ungdomspsykiatrien, 2011	115
Tabel 8.9	Den præhospitale indsats	118
Tabel 8.10	Oversigt over psykiatrisk skadestue/akut modtagelse, voksenpsykiatri	120
Tabel 8.11	Oversigt over psykiatrisk skadestue/akut modtagelse, børne- og ungdomspsykiatri	121
Tabel 8.12	Normerede sengepladser og indlæggelser per 1.000 indbyggere (ekskl. retspsykiatri)	122
Tabel 8.13	Gennemsnitlig indlæggelsestid i voksenpsykiatrien i dage fordelt på regioner (ekskl. retspsykiatri)	123
Tabel 8.14	Antal indlæggelser per person per år i børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri	123
Tabel 8.15	Normerede sengepladser og indlæggelser per 1.000 indbyggere	124
Tabel 8.16	Gennemsnitlig indlæggelsestid i børne- og ungdomspsykiatrien i dage, fordelt på regioner	125
Tabel 8.17	Ambulante besøg – voksne	127
Tabel 8.18	Ambulante besøg – børn og unge	128
Tabel 8.19	OPUS i de fem regioner	130
Tabel 8.20	Patientforløbsbeskrivelser	132
Tabel 9.1	ECT-behandling	161
Tabel 9.2	Gennemsnitligt antal ECT-behandlinger på voksenpsykiatrisk afdeling	161
Tabel 9.3	Børn og unge – psykoterapi	165
Tabel 9.4	Voksne – psykoterapi	165
Tabel 10.1	Typer af tvang	171
Tabel 10.2	Antal indlagte i psykiatrien og andelen af indlagte berørt af tvang i perioden 2001-2011	172
Tabel 10.3	Antal børn og unge udsat for tvang i psykiatrien i perioden 2001-2011	173
Tabel 10.4	Antal personer i voksenpsykiatrien omfattet af frihedsberøvelse, tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i 2001-2011	174
Tabel 10.5	Gennemsnitlige antal tvangsindlæggelser per person i voksenpsykiatrien	175
Tabel 10.6	Samlede antal tvangstilbageholdelser i voksenpsykiatrien	175
Tabel 10.7	Tvangsindlæggelser opdelt på farlighedsindikation og helbredsindikation	176
Tabel 10.8	Tvangstilbageholdelser opdelt på farlighedsindikation og helbredsindikation	177
Tabel 10.9	Antal tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelse for børn og unge 2001-2011	178
Tabel 10.10	Gennemsnitlige antal tvangsindlæggelser for voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien	178
Tabel 10.11	Antal voksne personer omfattet af tvangsbehandlingsforløb i psykiatrien	179
Tabel 10.12	Gennemsnitligt antal ECT-behandlinger med tvang i voksenpsykiatrien	180
Tabel 10.13	Antal tvangsbehandlingsforløb for børn og unge 2001-2011	180
Tabel 10.14	Antal bæltefikseringer i voksenpsykiatrien	182
Tabel 10.15	Antal bæltefikseringer for børn og unge i perioden 2001-2011	184
Tabel 10.16	Antal bæltefikseringer per personer i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2001-2011	184
Tabel 10.17	Antal og varighed af bæltefikseringer i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien	185

Tabel 10.18 Antal bæltefikseringer i forhold til antal personer, der indlægges i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i den pågældende region	185
Tabel 10.19 Fastholdelse af personer indlagt i voksenpsykiatrien 2001-2011	186
Tabel 10.20 Fastholdelse af børn og unge i perioden 2001-2011	187
Tabel 10.21 Beroligende medicin med tvang hos voksne	188
Tabel 10.22 Beroligende medicin med tvang hos børn og unge	189
Tabel 10.23 Antal gange der gives beroligende medicin i forhold til antal indlagte i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i den pågældende region	189
Tabel 10.24 Personlig skærmning i voksenpsykiatrien	190
Tabel 10.25 Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i voksenpsykiatrien	191
Tabel 10.26 Tvungen opfølgning efter udskrivning	192
Tabel 12.1 Antal personer med dobbeltdiagnoser	199
Tabel 12.2 Antal fordelt på målgrupper	199
Tabel 13.1 Forventet restlevetid ved 15 år for mænd og kvinder	203
Tabel 13.2 Risikofaktorer forbundet med livsstil	208
Tabel 14.1 Antal unikke cpr-numre med et retsligt forhold behandlet i 2001-2011	214
Tabel 14.2 Foranstaltningsdomme (ekskl. 2009) fordelt efter kriminalitetens art	217
Tabel 14.3 Foranstaltningsdomme (ekskl. 2009) fordelt efter foranstaltningens længste tid	218

Eksempler

Eksempel 5.1 Headspace	67
Eksempel 6.1 Viborg Kommune – fra døgnindlæggelse til egen bolig med støtte og akut tilbud	79
Eksempel 6.2 Forebyggelsesteam i Vejle Kommune styrker borgernes egen mestring	79
Eksempel 6.3 Gruppeforløb til sindslidende i Gladsaxe Kommune	82
Eksempel 6.4 Netværksfamilier skaber socialt netværk og reducerer behandlingsbehov	83
Eksempel 6.5 Børnepsykologisk team i Aalborg	86
Eksempel 6.6 Ungekontakter i Århus	86
Eksempel 6.7 Forældrenetværksgrupper i Herlev	86
Eksempel 6.8 Opkvalificering af den tidlige indsats i kommunerne – mere viden og bedre redskaber	87
Eksempel 6.9 Psykologstøtte til unge på ungdomsuddannelser i Odense virker	92
Eksempel 6.10 Psykiatrifondens ungdomsprojekt i Københavns og Frederiksberg kommuner	92
Eksempel 8.1 Psykiatriens hus i Silkeborg	134
Eksempel 9.1 Det danske stemmehørernetværk	169
Eksempel 10.1 Brugerstyrede senge (Norge)	193
Eksempel 12.1 Bedre psykiatrisk udredning i Århus Kommunes misbrugscenter	201
Eksempel 12.2 Integreret tilbud reducerer genindlæggelser og misbrug	201
Eksempel 13.1 Overvågning af lægemidler i psykiatrien	207
Eksempel 15.1 IMR i distriktpsychiatrisk center Frederiksberg	222
Eksempel 15.2 Recovery i Gladsaxe kommune	222
Eksempel 15.3 Åben dialog i Odsherred	224
Eksempel 15.4 Skiftesporet i Herning	224
Eksempel 15.5 En af os og Time to change	227

1

Resumé og konklusion

1.1

Baggrund

Regeringens udvalg om psykiatri nedsatte i maj 2012 en arbejdsgruppe, der fik til formål at beskrive udviklingen i diagnoser og behandling på psykiatriområdet. Arbejdsgruppens kortlægning blev afsluttet i november 2012 og er præsenteret i denne rapport.

Rapporten beskriver udviklingen over tiåret 2001-2011 i psykiske lidelser samt udviklingen i indsatsen over for personer med psykiske lidelser, herunder støtteforanstaltninger, diagnostik og behandling.

I sit arbejde har arbejdsgruppen inddraget en række forskellige kilder, bl.a. data fra eksisterende publikationer, Landspatientregistret (LPR), Lægemiddelstatistikregisteret, Registeret over anvendelse af tvang i psykiatrien, kliniske kvalitetsdatabaser, samt en række relevante studier, undersøgelser, artikler m.m. Til brug for arbejdet har der endvidere været foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt regionerne med henblik på at afdække den regionale indsats, samt udført specifikke registeranalyser for lægemiddelforbrug f.eks. koblet til diagnoser. Det parallelle arbejde i arbejdsgruppe 1 vedrørende kapacitet har også været inddraget med brug af data fra Deloittes afdækning af området og COWIs rapport om forebyggelsesindsatsen. Endelig har arbejdsgruppens medlemmer hver især på forskellig vis bidraget med viden og oplysninger.

Disse forskellige anvendte kilder spænder vidt fra erfaringer over casehistorier og klinisk praksis til evidensniveauer i lægevidenskabelig forskning. Det har været arbejdsgruppens intention at få kortlagt udviklingen så vidt muligt på baggrund af de tilgængelige kilder – også selvom der må tages forbehold for datakvaliteten på nogle områder.

Arbejdsgruppens opgavebeskrivelse var bred og omfattende, og der har været en kort tidsramme for arbejdet. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at rapporten indeholder en grundig og ekstensiv kortlægning. Men det har ikke været muligt, inden for den relativt korte tidsramme, at foretage en vurdering af evidensen af de indsatser, der beskrives i rapporten, ligesom det ikke i alle tilfælde har været muligt at belyse udviklingen i et

internationalt perspektiv. Arbejdsgruppen skal påpege, at nogle dele af kortlægningen er mere velbelyste end andre. Det skyldes, at der inden for nogle områder findes detaljerede data og data af høj kvalitet, mens der på andre områder ikke eksisterer detaljeret viden, overvågning og monitorering. Dette gælder eksempelvis den kommunale indsats.

1.2

Overordnede overvejelser

Arbejdsgruppen har i arbejdet haft nogle overordnede overvejelser, som bør medtænkes i det videre arbejde under regeringens udvalg om psykiatri:

- Der er behov og ønske om, at man i fremtiden præciserer **terminologien** for indsatserne i henholdsvis kommuner og regioner på området. Arbejdsgruppen finder, at begreberne 'socialpsykiatri' og 'behandlingspsykiatri' er u hensigtsmæssige og har derfor valgt i denne rapport at anvende begreberne 'regionale psykiatri' og 'psyko-social og social indsats i kommunerne'.
- Der er mange forskellige psykiske lidelser, og den samme psykiske lidelse kan have varierende sværhedsgrad. Derfor kan der være varierende behov for behandling og støtte. Det er ikke klart, hvorvidt der i tilstrækkeligt omfang er sikret det **rette tilbud på rette tid og sted**, og på nogle områder savnes der en afklaring af arbejdsdelingen mellem regioner, praksissektor og kommuner og internt i regioner og kommuner.
- Kvaliteten og effektiviteten i indsatsen hænger tæt sammen med **sammenhæng** i patientforløbet. Det gælder både mellem sektorer og inden for den enkelte sektor. Arbejdsgruppen har peget på, at sammenhæng i indsatsen er af stor betydning for kvaliteten af det samlede forløb. Kortlægning af sammenhæng har primært været en opgave under arbejdsgruppe 1 under regeringens Udvalg om Psykiatri.
- Kortlægningen har vist, at der er dele af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, som er meget svær at få et samlet overblik over og viden om. Der savnes således **bedre monitorering** af indsatsen med henblik på at skabe større gennemsigtighed og mulighed for læring på tværs.

1.3

Forekomst og udvikling i diagnoser

Estimer af forekomsten af psykiske lidelser varierer, hvilket bl.a. er udtryk for, at der er forskellige sværhedsgrader, og at grænsen mellem mentale helbredsproblemer og egentlige psykiske lidelser i nogle tilfælde kan være vanskelig at definere. Desuden varierer opgørelser af psykiske lidelser både i forhold til målgruppen og metoden for opgørelsen.

Forekomsten af psykiske lidelser er i kortlægningen så vidt muligt belyst ud fra data på tre forskellige niveauer: Befolkningsniveauet, primærsektoren og den regionale psykiatri. Det er vigtigt at være opmærksom på, at hvis man analyserer udviklingen i diagnoser udelukkende ud fra f.eks. data fra LPR, vil det give en snæver fortolkning af udviklingen, idet LPR kun indeholder oplysninger om personer, der modtager sygehusbehandling, og ikke om personer, der får behandling i praksissektoren eller støtte i kommunen. Udviklingen målt på diagnosekoder i sygehusvæsenet er således ikke nødvendigvis

et udtryk for forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen generelt. Udviklingen i forbruget af lægemidler kan anvendes som et indirekte estimat på forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen.

Arbejdsgruppen peger på følgende konklusioner:

- Forekomsten af **psykotiske lidelser** som bipolar affektiv sindslidelse og skizofreni udvikler sig forholdsvis stabilt over perioden for både børn, unge og voksne, og det vurderes, at der ikke har været en stigning set i forhold til befolkningstilvæksten. Dette afspejles også i lægemiddelforbruget. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at mennesker med disse former for sindslidelse i perioder kan have behov for en særlig behandlingsindsats og som følge heraf udgør en stor andel af dem, der har behov for behandling i den regionale psykiatri. Antallet af indlagte voksne med skizofreni var i 2001 ca. 4.100 og i 2011 ca. 4.200. Antallet af voksne med skizofreni med ambulant kontakt er stigende hele perioden igennem og var i 2011 på 13.300. Antal børn og unge indlagt med skizofreni i år 2011 var 107 og med ambulant kontakt 280. Antal indlagte voksne med bipolar affektiv lidelse var ca. 1.900 i 2001 og ca. 2.100 i 2011, mens antallet af voksne med ambulant kontakt var 3.750 i 2001 og 5.200 i 2011.
- Forekomsten af **depressive lidelser** blandt børn, unge og voksne er over perioden formentlig ikke stigende i befolkningen. Der ses dog en fordobling af forbruget af antidepressiv medicin i perioden, hvoraf SSRI-præparater¹ udgør størstedelen. Stigningen kan forklares med, at lægemidlerne bruges i længere tid af den enkelte person, og at SSRI-præparaterne også bruges til patienter med andre psykiske lidelser som angst, Obsessive Compulsive Disorder (OCD) mv. Hovedparten af mennesker med depression behandles i almen praksis, men der findes ingen 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 patienter har været stigende hele perioden, i 2011 var der knap 17.000. Antallet af børn og unge indlagt med affektive lidelser steg fra 77 i år 2001 til 191 i år 2011. Det samlede antal børn og unge steg fra knap 450 i 2001 til 1.250 i år 2011. 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. Forskellen i anvendelsen af medicin tyder mest på forskellighed i ordinationspraksis og ikke i forekomst.
- Det er meget vanskeligt præcist at opgøre incidens og prævalens af **angst og stressrelaterede tilstande**. 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 igennem perioden i den regionale psykiatri været en stigning i antallet af voksne med fobi og andre angsttilstande, og er i 2011 ca. 4.700. Den største vækst er at finde blandt de ambulante patienter med fobi og andre angsttilstande. Udviklingen i angsttilstande blandt både børn og unge har også været stigende over perioden og er på ca. 450 i 2011. Stigningen afspejles i et stigende forbrug af de antidepressiva, som også anvendes til angst. En mulig forklaring på udviklingen kan være samfundsbettinget, f.eks. i form af den finansielle krise, samt øgede krav og øgede forventninger til egne og andres præstationer, også til børn og unge i en tidlig alder. Øget ambulant kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien

1 SSRI er de mest anvendte lægemidler mod depression. De påvirker især signalstoffet serotonin i hjernen. SSRI er en forkortelse af den engelske betegnelse "Selective Serotonin Reuptake Inhibitor", som refererer til midlernes biokemiske virkningsmåde på hjernecellerne.

kan også være en forklaring på, at flere børn og unge med angst har kunnet modtage et behandlingstilbud.

- Antallet af voksne med **spiseforstyrrelse**, der behandles ambulant, er over perioden 2001-2011 svagt stigende, i år 2011 var der ca. 1.800 personer. Antallet af børn og unge med spiseforstyrrelser er ligeledes stigende og var i 2011 knap 1.000 personer. Antallet af indlagte patienter er forholdsvist stabilt, mens antallet af ambulante kontakter var stigende stort set hele perioden igennem med undtagelse af enkelte mindre fald. For børn og unge hænger stigningen formentlig sammen med den øgede ambulante kapacitet således, at flere børn og unge har kunnet modtage et behandlingstilbud.
- Udviklingen i Attention Deficit Hyperactivity Disorder (**ADHD**) har været særlig markant over perioden for både børn, unge og voksne. Det samme har forbruget af lægemidler til behandling af ADHD. Særligt bemærkelsesværdigt er det, at der i 2001 stort set ikke var voksne, der fik ADHD-diagnosen i den regionale psykiatri, mens det samlede antal i år 2011 var omtrent 3.000. Der er således en klar tendens til, at diagnosen også tages i brug blandt voksne. Blandt børn og unge er ADHD den hyppigst registrerede psykiatriske diagnose. Der er sket en stor udvikling fra ca. 1.000 børn og unge med diagnosen i 2001 til ca. 8.000 i 2011. Mulige forklaringer er, at der er sket en ændring i sygdomsopfattelse, og at der er kommet øget opmærksomhed på opsporing og diagnostik. Andelen af mennesker i behandling i Norge, Sverige og Danmark var på samme niveau i 2011.
- Antallet af mennesker med en psykisk lidelse og samtidigt misbrug af rusmidler – en såkaldt **dobbeltdiagnose** – er næsten fordoblet i den regionale psykiatri. Der ses således en stigning fra 2.994 i 2001 til 5.677 i 2011. Registreringen på området er imidlertid usikker, og der er formentlig manglende registrering af misbrug.
- Antallet af **foranstaltningsdomme** har været stigende over perioden svarende til mere end en fordobling siden 2001. Stigningen kan primært henføres til et stigende antal domme for voldskriminalitet, herunder særligt trusler om vold og vold mod tjenestemænd, samt tyveri. Registreringen på området er imidlertid usikker.
- **Overdødeligheden** for mennesker med psykiske lidelser er høj i Danmark. Den forventede levetid blandt kvinder med psykiske lidelser er 17,1 år kortere end den øvrige befolkning og 21,9 år kortere for mænd med psykiske lidelser i perioden 2002-2006. Herudover er forskellen i forventet levetid mellem mennesker med psykiske lidelser og mennesker uden psykiske lidelser større i Danmark end i eksempelvis Finland og Sverige. Overdødeligheden skyldes både en øget risiko for at dø af somatiske sygdomme og en øget risiko for ulykker og selvmord. Overdødeligheden betinget af somatiske sygdomme kan skyldes livsstilsfaktorer, men også bivirkninger af den psykofarmakologiske behandling. Nogle præparater øger eksempelvis risikoen for udvikling af det såkaldte metaboliske syndrom.
- Mennesker med psykiske lidelser har en øget forekomst af **somatiske lidelser**, herunder metabolisk syndrom, i forhold til den øvrige del af befolkningen. Det ser ud til, at somatiske lidelser underdiagnosticeres og underbehandles hos mennesker med psykiske lidelser, og at sundhedsprofessionelle i kommuner, praksissektor og i sygehussektor ikke i fornødent omfang er opmærksomme på somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser. Det vurderes, at samarbejdet mellem somatik og psykiatri i sundhedsvæsenet og kommuner er utilstrækkeligt.

- Der ses på nogle områder væsentlige **regionale variationer** inden for diagnosticering af psykiske lidelser. Variationen i antallet af diagnoser på tværs af regionerne kan være udtryk for varierende sygelighed i befolkningen i regionerne. Men det er også udtryk for forskellig brug af diagnoser på tværs af regioner. Herudover kan det være udtryk for forskelle i organiseringen af indsatsen i den enkelte region eksempelvis opgavefordelingen mellem den kommunale sektor, praksissektoren og den regionale psykiatri.
- Hos *voksne* (over 18 år) er der i Region Midtjylland flere voksne per 1.000 indbyggere, der får diagnoser inden for adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens herunder hyperkinetisk syndrom, end i de andre regioner. I Region Syddanmark er der flere, der får diagnosen mental retardering, organiske psykiske lidelser og forstyrrelser, samt forandringer af personlighedsstruktur og adfærd, og i Region Hovedstaden er der flere, der får diagnosen skizofreni og adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer herunder spiseforstyrrelser.
- Hos *børn og unge* (under 18 år) er der i Region Nordjylland færre børn og unge per 1.000 indbyggere, der får diagnoser indenfor adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser herunder hyperkinetisk syndrom, end i de andre regioner. I Region Syddanmark er der flere, der får diagnosen nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer, og i Region Sjælland er der flere, der får diagnosen forandringer af personlighedsstruktur og adfærd.

1.4

Den regionale psykiatri

Arbejdsgruppen peger på følgende konklusioner:

- Der er i stigende omfang fokus på udvikling af **patientforløbsbeskrivelser** med beskrivelse af patientovergange og samarbejde på tværs af sektorer i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Der er eksempler på forløbsprogrammer og referenceprogrammer i psykiatrien. Pakkeforløb for udvalgte psykiske lidelser er under implementering i alle regioner. Der foreligger ikke endnu dokumentation for effekten af pakkeforløbene.
- Der ses **regionale variationer** i den indsats, der ydes, herunder i tilbuddene og omfanget af indsatsen. Det tyder på, at udredning og behandling ikke foregår ensartet på tværs af landet.
- **Almen praksis** behandler en meget stor gruppe med lettere og moderate sindslidelser, primært voksne med ikke-psykotiske lidelser, særligt angst og depression. Der har frem til 2010 været en stigning i antallet af samtaleterapiydelse i almen praksis, men efter 2010 ses et fald. Der er tegn på, at der i almen praksis sker en underdiagnosticering af psykiske lidelser.
- Der ses en stor stigning over perioden i antallet af mennesker, som modtager **psykologhjælp** hos privat praktiserende psykolog med offentligt tilskud, hvilket primært skyldes, at det er blevet muligt at henvise patienter i visse aldersgrupper med let til moderat depression og angst til psykolog. Der findes ingen opgørelser over hvilke diagnoser og lidelser, som behandles i privat psykologpraksis uden offentligt tilskud, men privatpraktiserende psykologer beskriver, at det drejer sig om et bredt spektrum af ikke-psykotiske lidelser og stressrelaterede tilstande fordelt på alle aldersgrupper.

- **Speciallægepraksis** behandler en meget stor gruppe med lettere til moderate sindslidelser. Der er kun få opgørelser over, hvilke patienter, der behandles i speciallægepraksis. Disse viser, at det primært drejer sig om voksne med affektiv lidelse (særligt depression), stressrelaterede symptomer og personlighedsforstyrrelser. Der findes ingen opgørelser over diagnoser hos børn og unge behandlet i speciallægepraksis, men praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri beskriver, at der er tale om hele det diagnostiske spektrum og et stigende antal patienter med ADHD. Opgørelser peger på, at antallet af mennesker med psykiske lidelser behandlet i speciallægepraksis over de senere år har været relativt konstant, men at der er sket en stigning i antallet af konsultationer.
- Der er en generel **mangel på systematiske opgørelser** over, hvilke problemstillinger/diagnoser patienterne behandles for i praksissektoren, hvilket betyder, at det er vanskeligt at beskrive udviklingen på området.
- I voksenpsykiatrien udgør **ambulant behandling** – herunder ambulatorier, distriktpsychiatri/lokalpsykiatri samt akutte og opsøgende teams den altovervejende del af behandlingen, og den stigende omlægning fra stationær til ambulant behandling ser ud til at fortsætte. Indlæggelse foregår oftest akut, især når det gælder voksne, og kun ved meget svære lidelser.
- Indsatsen i den regionale psykiatri, ambulant såvel som stationær, er blevet mere og mere målrettet til konkrete patientgrupper over årene, hvilket understøtter tilbud af høj faglig kvalitet. **Specialiseringen** er også blevet øget bl.a. som følge af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, som har til formål at sikre høj kvalitet og volumen i den specialiserede indsats. Den øgede specialisering giver flere snitflader og flere samarbejdsrelationer såvel internt i den regionale psykiatri, som med den praktiserende læge og den kommunale sektor, hvilket gør det nødvendigt, at der fokuseres på tværgående samarbejde og sammenhæng.
- I **børne- og ungdomspsykiatrien** er antal indlagte forholdsvis stabilt over perioden. Antal patienter, der modtager ambulant behandling, stiger kraftigt. Fra 2001 til 2011 er der tale om en stigning i antal unikke patienter set ambulant på 172 pct.. Det er børn og unge med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst og de psykiske udviklingsforstyrrelser, der udgør den største andel i børne- og ungdomspsykiatrien. De patienter, der hyppigst indlægges, er børn og unge med lidelser inden for det skizofrene spektrum, affektive lidelser og nervøse og stressrelaterede lidelser. Sundhedsstyrelsen har 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 2010 var 1,7 pct. af en børnepopulation i behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Ifølge Deloittes analyse af kapaciteten i psykiatrien var 1,8 pct. af en børnepopulation i behandling i børne- og ungdomspsykiatrien i 2011, dog var der mellem regionerne stor variation fra 0,9 pct. til 2,7 pct. af en børnepopulation.
- Der er sket meget inden for psykiatrien i perioden, og der findes mange forskellige udrednings- og behandlingsmetoder:
 - Det tyder på, at der mellem regionerne er forskel på kvalitet og indhold i **udredningen** eksempelvis, hvor stor en andel af patienter, der udredes ved speciallæge, brugen af diagnostiske interview, samt forskelle i brugen af spørgeskemaer og mulighed for somatiske undersøgelser.

- Der findes flere forskellige **psykoterapeutiske metoder**. Der har gennem perioden været en tendens til, at psykiatrisk behandling har været set som enten psykoterapi eller psykofarmakologi, hvilket ikke har været hensigtsmæssigt. Psykoterapi anvendes kun i begrænset omfang til patienter med psykoser.
- For de enkelte lægemiddelgrupper ses større eller mindre variationer i regionernes forbrug af **psykofarmaka**, hvilket i nogle tilfælde afspejler regionale (eller tidligere amtslige) indsatser på området (f.eks. benzodiazepiner og antipsykotika til ældre). Specifikt for lægemidler mod ADHD er der store regionale forskelle, hvilket understreger behovet for udarbejdelse og implementering af nationale kliniske retningslinjer på området.
- Behandling med flere antipsykotika på samme tid (**polyfarmaci**) er fortsat udbredt og stort set uændret, 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 hermed.
- Stigningen i andelen af brugere i befolkningen af **antipsykotika** er beskeden. Der har imidlertid været en markant stigning i udgifterne til antipsykotika, som afspejler en omlægning fra ældre til nye og dyrere antipsykotika. Stigningen i brugere af antipsykotika ses især blandt de yngre, hvorimod forbruget blandt de ældre patienter er faldet med en tredjedel i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger på området. Forbruget i Danmark er stort set på linje med Norge og Sverige. Visse typer antipsykotika (bl.a. quetiapin) har været stigende over perioden, formentlig pga. indikationsudvidelse til depression og anvendelse til ikke-psykotiske indikationer som uro, angst og søvnbesvær.
- Forbruget af **antidepressiva** har været kraftigt stigende, hvilket svarer til udviklingen og niveauet i Sverige. Norge har et noget lavere forbrug af antidepressiva, men til gengæld et højere forbrug af benzodiazepiner, hvilket indikerer, at angsttilstande i Danmark i højere grad behandles med antidepressiva i stedet for benzodiazepiner. Det er i overensstemmelse med retningslinjerne på området. En stigende del af befolkningen er således i behandling med antidepressiva, men stigningen i nye brugere er mindre end tidligere. I 2011 havde 461.000 personer indløst recept på et antidepressivum, heraf var 99.000 såkaldte nye brugere, hvilket vil sige, at de ikke havde været i behandling i de sidste to år. Stigningen i forbruget kan forklares med, at lægemidlerne bruges i længere tid af den enkelte person, og at SSRI-præparaterne også bruges til patienter med andre psykiske lidelser som angst, OCD mv.
- I takt med stigningen i ADHD-diagnoser er forbruget af **ADHD-medicin** vokset eksplosivt hos både børn, unge og voksne. I alle tre skandinaviske lande er tendensen den samme. Der er store regionale forskelle i forbruget af ADHD-medicin, og disse synes ikke at svare til de regionale variationer i diagnoser. Herudover ses der en markant stigning i den gennemsnitlige medicindosis, som hvert enkelt barn, ung eller voksen indtager dagligt. Medicinen er ikke godkendt til voksne, hvilket betyder, at myndighederne ikke har vurderet dosis, effekt og sikkerhed af medicinen hos denne patientgruppe. For en del af de voksne synes behandlingen at blive opstartet i almen praksis. Alt dette skal ses i lyset af, at der er mangelfuld dokumentation for langtidseffekt og ikke mindst langtidsbivirkninger af ADHD-medicin hos både børn, unge og voksne.

- Forbruget af **benzodiazepiner** er tydeligt nedadgående, hvilket tyder på, at vejledninger og kampagner har haft en effekt på forbruget. For nye patienter med angst vælges formentlig i højere grad et SSRI i stedet for et benzodiazepin. Blandt de patienter, som er ophørt med benzodiazepiner, er der derimod meget få, som skifter til anden psykofarmakologisk behandling.
- Det gælder generelt, at mange lægemidler ikke er godkendt af Sundhedsstyrelsen til **behandling af børn og unge**, hvilket bl.a. skyldes, at det er svært at lave forsøg med børn og unge. Dette dilemma gør, at det i visse tilfælde er nødvendigt at behandle børn og unge med lægemidler, som ikke er godkendt hertil. Den relativt store andel af antipsykotiske og antidepressive præparater, som ikke er godkendt hertil, bør dog følges tæt, ligesom almen praksis' andel i udskrivning af antipsykotika til unge under 18 år bør være genstand for opmærksomhed. Endelig er den høje forekomst af samtidig brug af ADHD-medicin og andre psykofarmaka hos børn bekymrende, da sikkerheden herved er mangelfuldt belyst.
- Electro convulsive therapy (**ECT**) benyttes i dag til ca. 5 pct. af alle indlagte psykiatriske patienter. Der foreligger landsdækkende kliniske retningslinjer på området. Der er regional variation i anvendelsen af ECT.
- Andelen af indlagte patienter i psykiatrien, som udsættes for **tvang**, har over perioden været omtrent konstant mellem 20 og 22 pct., dog er den højest i 2011 på 22,9 pct. Der ses en stigning i antallet af frihedsberøvelser, og der ses en stigning i antallet af personer, der får beroligende medicin med tvang. Antallet af bæltefikseringer har været faldende over perioden. Der ses regionale variationer i anvendelsen af tvang, eksempelvis svinger antal bæltefikseringer i forhold til antal indlagte mellem regionerne fra 2,2 til 3,4, ligesom antal gange der gives beroligende medicin i forhold til antal indlagte svinger mellem regionerne fra 2,7 til 3,8.

1.5

Den sociale og psykosociale indsats i kommunerne

Arbejdsgruppen peger på følgende konklusioner:

- Mange kommuner har indsatser til **fremme af mental sundhed**, men der er stor forskel på omfanget af indsatserne og dækningsgraden af forskellige målgrupper, ligesom der ofte ikke måles og kvalitetssikres på indsatser til fremme af mental sundhed.
- Både opsporing og indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser er særligt **koncentreret om børn- og ungeområdet**. Den systematiske **opsporing af risikofaktorer** og symptomer på psykiske lidelser omfatter ikke hele målgruppen og mangler særligt inden for voksen- og ældreområdet. Der er stor variation i opsporingsredskaber.
- Kommunernes indsats for personer med psykiske lidelser er et område i udvikling med mange **forskellige opgaver og en bred målgruppe**. Der er således i kommunerne i disse år mange nye indsatsområder og dermed både omstillings- og udviklingsaktivitet.
- Der er **variation i tilbuddene** i kommunerne til borgere med psykiske lidelser. Der er ikke tidligere gennemført kortlægninger på tværs af kommunerne, og der er således ikke noget overblik over variationen i kommunerne. Alle kommuner tilbyder opfølgende arbejde, bostøtte, dagtilbud og botilbud i henhold til lovgivningen (enten i egen

kommune eller ved køb af tilbud i en anden kommune). Men der er forskelle i tilbuddenes omfang og karakter på tværs af kommunerne, ligesom der er forskel i de metoder, der anvendes. Forskelligheden er dels lokalt betinget, dels betinget af de tidligere amtslige tilbud. Indsatsen er præget af mange initiativer, projekter og puljer.

- **Rehabilitering og inklusion** er blevet et hovedformål for den sociale indsats for borgere med sindslidelse. Kommunerne har siden år 2000 haft øget fokus på social rehabilitering og inklusion. Samtidig har recovery-orienterede tilgange i stigende grad vundet indpas i den kommunale indsats. Det har skabt øget fokus på områder som brugerinddragelse, inklusion og det, at psykisk lidelse ikke nødvendigvis er kronisk uden forbedringspotentiale. Samtidig specialiseres de metoder, der anvendes i de kommunale tilbud i stigende grad. Endelig er der kommet øget fokus på borgernes pårørende og øvrige netværk, ligesom kommunerne fortsat giver støtte til og samarbejder med de frivillige organisationer.
- **Botilbud** er mange steder blevet omlagt eller erstattet af tilbud i almindelige boligområder, f.eks. lejlighedsfællesskaber eller andre former for bofællesskaber. Antallet af beboere i midlertidige botilbud er dog steget fra 2001 til 2011. Antallet af beboere i længerevarende botilbud er faldet fra 2010 til 2011.
- Fra 2007-2010 er der næsten sket en fordobling af borgere med psykiske problemer, der modtager **socialpædagogisk støtte** i kommunerne. Dette tal skal ses i sammenhæng med viden om, at flere end tidligere antaget kan komme sig helt eller delvist og som følge heraf et mål om mindre indgribende tilbud i egen bolig.
- Der er en svag stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser i såvel **ordinær beskæftigelse med støtte som i beskyttet beskæftigelse**. Antallet af mennesker med sindslidelser i **aktivitets- og samværstilbud** er noget svingende fra år til år, men ligger mellem ca. 6.500-8.500.
- Antallet af personer med en **støtte-kontakt-person-ordning** er nogenlunde stabilt over perioden. Længden af støtte er meget varierende – i nogle tilfælde varer støtten i et par uger eller måneder, andre gange kan den strække sig over flere år. Et gennemsnitligt forløb varer ca. 130 dage.

1.6

Perspektiver og ny udvikling

Arbejdsgruppen har i sin kortlægning også set på perspektiver for fremtidens indsats for mennesker med psykiske lidelser, herunder nye udviklingstendenser. Det har ikke været muligt at kortlægge områderne fuldstændigt inden for den korte tidsramme. Arbejdsgruppen peger på følgende konklusioner:

- Forløbet for patienter med psykiske lidelser er meget forskelligt og går fra helbredelse til udvikling af et mere kronisk forløb. Kortlægningen viser, at der uanset sværhedsgraden af de psykiske lidelser, er et stadigt voksende ønske om, at der fokuseres på, at mennesker med psykiske lidelser kan leve så almindeligt et liv som muligt. Det er vigtigt at tage udgangspunkt i det enkelte menneske og dennes mulighed for at komme sig, ligesom alle indsatser bør have et sigte på **recovery**. Både kommuner og regioner har i stigende omfang fokus herpå.

- Kortlægningen viser, at der er et stadigt fokus på, at mennesker med psykiske lidelser skal behandles med ligeværd, åbenhed og aktivt inkluderende. **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 patient, netværk og behandler skal ske tidligt i behandlingsforløbet og i øjenhøjde med patienten.
- Kortlægningen peger på, at der aktuelt i Danmark afprøves flere forskellige **nye teknologier** i indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser bl.a. telepsykiatri, internetpsykiatri og apps til smartphones. Evaluering af de nye teknologier afventes.

2

Introduktion

Regeringens udvalg om psykiatri nedsatte i maj 2012 en arbejdsgruppe til at kortlægge indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser. Arbejdsgruppen har været sammensat bredt og kan ses i bilag 1. Arbejdsgruppen har arbejdet ud fra et kommissorium, se bilag 2.

Rapporten beskriver udviklingen over tiåret 2001-2011. Hensigten med arbejdet har været at beskrive udviklingen inden for de forskellige psykiske lidelser, herunder udviklingen inden for udredning og behandling, samt inden for de konkrete tilbud, der gives til mennesker med psykiske lidelser i Danmark. Herudover har sammenligning med internationale forhold i det omfang, det har været muligt og relevant, været et vigtigt element i arbejdsgruppens arbejde.

Da området er omfattende, har det været nødvendigt at fokusere på de områder, der i øjeblikket anses som værende under størst forandring, det være sig fagligt eller organisatorisk. Da der i øjeblikket udarbejdes nationale kliniske retningslinjer for demens, er dette område ikke nærmere analyseret i denne rapport. Herudover er psykiske lidelser hos mentalt retarderede, seksuelle forstyrrelser og misbrugsbehandling ikke medtaget i de specifikke analyser.

Målet med rapporten er at tilvejebringe et fagligt bredt og solidt grundlag, som kan danne udgangspunkt for udvalgets anbefalinger på psykiatriområdet. Det vil være væsentligt, at den kommende udvikling inden for psykiatrien så vidt muligt bygger på den seneste viden og evidens.

I sit arbejde har arbejdsgruppen inddraget en række forskellige kilder bl.a. data fra eksisterende publikationer, LPR, Lægemiddelstatistikregisteret, Registeret over anvendelse af tvang i psykiatrien, kliniske kvalitetsdatabaser samt en række relevante studier, undersøgelser, artikler m.m. Til brug for arbejdet har der endvidere været foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt regionerne med henblik på at afdække den regionale indsats, samt udført specifikke registeranalyser for lægemiddelforbrug f.eks. koblet til diagnoser. Det parallelle arbejde i arbejdsgruppe 1 vedrørende kapacitet har også været inddraget med brug af data fra Deloittes afdækning af området og COWIs rapport

om forebyggelsesindsatsen. Endelig har arbejdsgruppens medlemmer hver især på forskellig vis bidraget med viden og oplysninger.

Anvendte kilder spænder vidt fra erfaringer over casehistorier og klinisk praksis til evidensniveauer i lægevidenskabelig forskning. Det har været arbejdsgruppens intention at få kortlagt udviklingen så vidt muligt på baggrund af de tilgængelige kilder – også selvom der må tages forbehold for datakvaliteten på nogle områder.

Arbejdsgruppens opgavebeskrivelse var bred og omfattende, og der har været en kort tidsramme for arbejdet. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at rapporten indeholder en grundig og ekstensiv kortlægning. Det har dog ikke været muligt, inden for den relativt korte tidsramme, at foretage en vurdering af evidensen af de indsatser, der beskrives i rapporten, ligesom det ikke i alle tilfælde har været muligt at belyse udviklingen i et internationalt perspektiv. Herudover omfatter rapporten ikke en beskrivelse af de forskellige faggrupper, da udviklingen i antal og fordelingen mellem faggrupper i den regionale psykiatri bliver kortlagt i arbejdsgruppe 1 under regeringens udvalg om psykiatri.

Arbejdsgruppen skal påpege, at nogle dele af kortlægningen er mere velbelyste end andre. Det skyldes, at der inden for nogle områder findes detaljerede data og data af høj kvalitet, mens der på andre områder ikke eksisterer detaljeret viden, overvågning og monitorering. Dette gælder eksempelvis for den kommunale indsats.

3

Indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser

3.1

Indsatsens udvikling over tid

Psykiatrien har i nyere tid gennemgået store forandringer, både strukturelt og fagligt.

Fra 1950'erne og frem til i dag er antallet af senge på de psykiatriske sygehuse løbende blevet reduceret væsentligt og kontinuert. Denne udvikling fortsatte, da psykiatrien i 1976 overgik fra den statslige særforplejning til det amtslige hospitalsvæsen, hvor den ambulante behandling blev gradvist udbygget samtidig med, at amter uden tidligere psykiatriske hospitaler byggede amtslige sengeafdelinger, og antallet af senge på de store statslige institutioner blev reduceret og nedlagt. Parallelt hermed reducerede man antallet af langtidsindlagte (over år) bl.a. ved at overføre patienterne til sociale boformer.

Med denne udvikling væk fra årelange indlæggelser til flere og kortere indlæggelser og flere ambulante forløb opstod samtidig et behov for en øget social indsats og for støtteforanstaltninger. Amter og kommuner fik i 1980'erne i takt med nedlæggelsen af heldøgnsengepladser stigende ansvar for at støtte borgere med psykiske lidelser i at blive inkluderet i samfundet, herunder at tilbyde boliger, aktiviteter og beskæftigelse, samt at støtte dem til at skabe en god hverdag.

Kommunerne har siden 1970'erne gradvist udbygget og udviklet den sociale indsats for mennesker med sindslidelse, først på lokalt initiativ og siden som følge af ændringer i serviceloven. Det er sket i takt med udlægningen og af-institutionaliseringen af de statslige og amtslige institutioner og princippet om 'glidende decentralisering'.

Fra 1980'erne begyndte opbygningen af distriktpsychiatrien. Denne udvikling tog især fart i forbindelse med, at sundhedsministeriet udmeldte en temaplanrunde om distriktpsychiatri i 1989-90. Den overordnede målsætning for den, på daværende tidspunkt, fremtidige indsats var følgende: Psykiatriske patienter skal sikres en tilværelse så nær det normale som muligt, der skal gives et differentieret psykiatrisk behandlings-tilbud, forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelse, sikre at psykiatriske sygehus-

afdelinger udnyttes til undersøgelses- og behandlingsmæssige formål, integrere patienten i samfundet og sikre at den psykiatriske patient kan gøre brug af de normale sociale tilbud.

I relation hertil skete der samtidig en indsnævring af de patientgrupper, som psykiatrien skulle fokusere på til at være svære sindslidelser, primært de psykotiske patienter. Lettere tilstande og det ikke-psykotiske område (neuroser, alkoholbehandling mv.) skulle ikke længere være målgrupper for psykiatrien. Organisatorisk etableredes typisk i de fleste amter selvstændige psykiatriforvaltninger evt. samlet med den amtslige socialforvaltning eller sygesikringsområdet og generelt adskilt fra driften af det somatiske sygehusvæsen.

I 1950-60 blev der etableret børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i København og Århus, og i starten af 1980'erne var der afdelinger i hele landet.

Udviklingen inden for psykiatrien har siden slutningen af 1990'erne i høj grad bygget på de 3- eller 4-årige psykiatraftaler mellem stat og amter (senere regioner). Finansieringen af udviklingen inden for psykiatrien er bl.a. kommet fra satspuljer, hvormed forskellige typer af projekter har kunnet afprøves og evt. senere permanentgøres. I den kommunale del har der været iværksat mange puljeprojekter, men der er ikke sket en systematisk opfølgning på effekterne heraf og en efterfølgende udbredelse på nationalt plan.

Indtil kommunalreformen i 2007 var det primært amterne, der havde ansvaret for tilbud til mennesker med svære psykiske lidelser. Amternes tilbud bestod udover diagnostik og behandling af bl.a. særlige botilbud, misbrugsbehandling og beskæftigelsestilbud.

Med kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne det samlede myndigheds- og finansieringsansvar for sociale indsatser til mennesker med sindslidelser – og desuden ansvaret for specialundervisningen, beskæftigelse og misbrugsbehandling. Regionerne har ansvaret for sygehusvæsenet herunder psykiatrien, praktiserende speciallæger, almen praksis, praktiserede psykologer m.fl.

3.2

Den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser

Psykiske lidelser har forskellig sværhedsgrad. Psykiske lidelser giver udover de psykiske problemer ofte også sociale og funktionsmæssige udfordringer. Mennesker med en psykisk lidelse har derfor ofte behov for en tværfaglig og helhedsorienteret indsats.

Forløbet for patienter med psykiske lidelser er meget forskelligt og går fra helbredelse til udvikling af et mere kronisk forløb. Der er i dag en stigende erkendelse af, at uanset sværhedsgraden af den psykiske lidelse er det vigtigt at tage udgangspunkt i den enkelte patient og dennes mulighed for at komme sig. Recovery er et forholdsvis nyt begreb i Danmark, som vinder stadig stigende indpas. Det betyder, at man ikke bare fokuserer på den psykiske lidelse og de indskrænkninger, denne giver, men også på de sunde ressourcer hos mennesket og på modstandskraft og muligheder.

Indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser består af både en sundhedsfaglig og en socialfaglig indsats, og er som følge heraf kompleks med mange forskellige tilbud varetaget af forskellige aktører og med talrige overgange mellem tilbud. Det enkelte menneske har behov for en sammenhængende indsats, hvor der kan være behov for forskellige tilbud eller forskellige kombinationer af tilbud på forskellige tidspunkter i forløbet.

Nedenstående figur skitserer dette. Nogle mennesker vil ved tidlig indsats, inden der er udviklet egentlig psykisk lidelse, kunne hjælpes, mens andre vil have behov for en primær indsats hos eksempelvis en psykolog, praktiserende læge eller praktiserende speciallæge. Andre har brug for det regionale sundhedsvæsen og/eller social eller psykosocial indsats i kommunerne eller for en kombination af indsatser eksempelvis gennem shared care². Figuren illustrerer ligeledes, at der både i praksissektoren, i kommunerne og i den regionale psykiatri i nogen grad foregår både sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser.

FIGUR 3.1

Indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder eller lidelser



Det sammenhængende patientforløb sikres i et tværsektorielt samarbejde. Her kan sundhedsaftalerne være et vigtigt redskab, hvor kommuner og regioner indgår aftaler med henblik på at sikre forpligtende koordinering og samarbejde på tværs af sektorer. Sundhedsaftalerne omfatter obligatoriske samarbejdsområder, og samarbejdet mellem regioner og kommuner vil således være nærmere beskrevet i sundhedsaftalerne. Der kan indgås aftaler inden for flere områder end de obligatoriske.

² Shared care betyder et integreret tværsektorielt indsats i et patientforløb, som f.eks. et nærmere aftalt samarbejde mellem en praktiserende læge og en hospitalsspecialist om behandling af en patient.

Den sundhedsfaglige indsats

Mennesker med psykiske lidelser kan have mange forskellige karakteristika, problemstillinger og behov. Behovet, sværhedsgraden og kompleksiteten afhænger ikke kun af diagnose, men vil også være bestemt af i hvilken grad funktionsevnen er kompromitteret. Der er stor variation også indenfor de enkelte diagnosegrupper.

Psykiske lidelser er som andre sygdomme klassificeret i den af WHO udviklede ICD-10 sygdomsklassifikation. ICD-10 blev indført i Danmark i 1994 og er for nuværende under revision i regi af WHO. Som supplement til diagnosen kan anvendes WHO's internationale klassifikation af funktionsevne (ICF) til at beskrive den enkeltes funktionsevne.

Psykiske lidelser kan som sagt have meget forskellige sværhedsgrader og karakter, og som led i beskrivelsen af dette, benytter man ofte en overordnet gruppering i henholdsvis psykotiske og ikke-psykotiske lidelser. En psykose er en tilstand, der kan opstå ved nogle psykiske lidelser, hvor personen har svært ved at skelne mellem, hvad der er virkeligt eller uvirkeligt, såkaldt nedsat realitetstestning. De psykotiske symptomer kan være vrangforestillinger, hallucinationer, tankeforstyrrelser eller styringsoplevelser.

Den sundhedsfaglige indsats omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser, samt psykiske lidelser kombineret med misbrug. For børn og unge omfatter indsatsen tillige diagnostik af udviklingsforstyrrelser mv. Indsatsen består af udredning af både psykiske samt evt. somatiske lidelser. I behandlingen kan indgå psykofarmakologi, psykoterapi og psykosociale metoder samt psykoedukation, miljøterapi, støtte og omsorg og rehabilitering. Herudover kræver tilrettelæggelsen af det bedst mulige patientforløb med en helheds- og recovery-orienteret tilgang et samarbejde med og uddannelse af pårørende, samt samarbejde med det sociale område om en psykosocial og støttende indsats i relevante tilfælde.

Patientforløbene varetages af flere faggrupper, der samarbejder med patienten om at yde en målrettet og effektiv behandling. Alle patienter skal have en individuel behandlingsplan, der justeres løbende og efter behov. Et grundlæggende princip er at tilbyde en behandling, der er effektiv, tilstrækkelig og mindst indgribende i patientens tilværelse og integritet.

Den sundhedsfaglige indsats er primært en regional opgave, men der foregår også en sundhedsfaglig indsats i kommunerne eksempelvis Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). En stor del af den psykiatriske behandling sker i primærsektoren hos praktiserende læger, psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri og PPR. Herudover varetager kommunerne bl.a. hjemme-sygepleje, misbrugsbehandling og rehabilitering. Sekundærsektoren består af sygehuse med akut modtagelser, åbne og lukkede psykiatriske afdelinger, ambulant behandling og udgående teams.

Psykiatrien har, udover hovedopgaverne, forskellige særlige opgaver eksempelvis i forhold til retspsykiatri og selvmordsforebyggelse, som går på tværs af ovenstående.

Sundhedsstyrelsen har i medfør af sundhedslovens § 208 udarbejdet en specialevejledning for henholdsvis specialet psykiatri og specialet børne- og ungdomspsykiatri, hvori der fremsættes anbefalinger til opgaver på hovedfunktionsniveau, samt krav til og placering af opgaver på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau.

Den socialfaglige indsats

Den socialfaglige indsats kan opdeles i en tidlig indsats med forebyggelse og tidlig opsporing, en indsats for begyndende psykiske vanskeligheder og en senere indsats med social støtte til borgere med psykiske lidelser. Social støtte benyttes her som et samlet udtryk for støtte og dækker over en bred vifte af bl.a. terapeutisk, sociale, job- og uddannelsesmæssige indsatser.

Den socialfaglige indsats er primært en kommunal opgave. Indsatsen kan være organiseret forskelligt i kommunerne, ligesom den enkelte kommunes erfaringsgrundlag er varierende. I nogle kommuner er indsatsområdet for mennesker med psykiske vanskeligheder en selvstændig enhed, mens det i andre kommuner ligger sammen med det øvrige sundheds-, handicap- eller socialområde. Nogle kommuner havde forud for kommunalreformen ansvar for specialiserede tilbud til mennesker med psykisk lidelser og andre ikke.

Målgruppen for den socialfaglige indsats er bred og omfatter både borgere med komplekse og svære problemstillinger som følge af en psykisk lidelse, såvel som borgere der er i risiko for at udvikle en psykisk lidelse. Borgernes funktionsniveau er udgangspunktet for at tildele ydelser.

Inden kommunalreformen var kommunernes sociale tilbudsvifte til borgere med sindslidelse primært kendetegnet ved opsøgende støtte-kontaktpersoner, bostøtte og bo- og aktivitetstilbud. Hertil kom de indsatser, som frivillige organisationer ofte stod for, f.eks. væresteder eller aktivitetstilbud af forskellige karakter for mennesker med sindslidelse. De fleste længerevarende botilbud og mange beskyttede værksteder var i amtsligt regi, men der var, ligesom i kommunerne, væsentlig variation i tilbudsviften fra amt til amt.

Efter kommunalreformen har kommunerne overtaget over 90 pct. af de tidligere amtslige tilbud som undervisnings-, bo-, aktivitets- og samværstilbud på både børne- og voksenområdet. Nogle steder er de videreført uændret, andre steder er tilbuddene moderniseret, kapaciteten er udbygget og det faglige indhold er videreudviklet i forhold til de kommunale forhold.

Nogle kommuner har desuden erstattet botilbud til voksne med etablering af støtte i borgerens egen bolig i typisk alment boligbyggeri. Den sociale indsats for mennesker med sindslidelse, såvel som indsatsen til børn med psykiske problemstillinger er mange steder samlet i integrerede kommunale løsninger, hvorved borgere med sindslidelse i langt højere grad end tidligere har fået mulighed for inklusion i nærmiljøet og for at få et sammenhængende tilbud dér, hvor de og eventuelt deres pårørende bor.

Udover de ændringer i opgavevaretagelsen der fulgte med kommunalreformen, er kommunernes opgaver over for mennesker med psykiske lidelser generelt blevet flere og mere komplekse, hvilket følger af dels et stigende antal borgere med behov for sociale indsatser som følge af deres psykiske funktionsnedsættelse, og dels at psykiatrien har affortet behandlingsforløbene, så borgerne er indlagt kortere tid på psykiatrisk sygehus. Kommunerne har fået et langt større ansvar for en række borgere med komplekse sammensatte behov, og som til tider kan være meget syge. Der er desuden kommet større fokus på unge med psykiske problemstillinger, som har vanskeligt ved at fastholde job/uddannelse, og som derfor i stigende grad modtager et supplerende tilbud via den sociale indsats for mennesker med sindslidelse eller i regi af det ordinære system.

De primære ydelser til borgere med sindslidelse er socialpædagogisk og psykologisk støtte, bostøtte, opsøgende arbejde, botilbud, værestedstilbud og dag- og beskæftigelsestilbud. Kommunerne yder også hjemmehjælp, rådgivning om bolig, forsørgelse og uddannelse.

En social handleplan danner grundlag for den sammenhængende indsats. Samtidig har kommunerne ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og deler ansvaret for den patientrettede forebyggelse med regionerne.

3.3

Værdier

Både i den sundhedsfaglige og i den socialfaglige indsats er grundlæggende værdier, der har betydning for menneskesyn og hermed for etiske valg og prioriteringer, vigtige.

Den daværende regering udgav i 2005 et fælles værdigrundlag for den samlede offentlige indsats for sindslidende i Danmark. Baggrunden var oplevelsen af forskellige kulturer og menneskesyn, som virkede hindrede for sammenhængen i indsatsen – også over for den enkelte patient/borger.

De fælles værdier er:

- Respekt mellem behandler og patient, mellem faggrupper og mellem professionelle internt i den enkelte sektor og imellem forskellige sektorer.
- Faglighed omfatter kontinuerlig udvikling af de faglige kerneydelser med inddragelse af anerkendte normer og standarder i indsatsen.
- Ansvarlighed indebærer, at samfundet såvel som den enkelte fagperson vedkender sig sit ansvar i indsatsen over for personer med psykiske lidelser, og at der er entydighed i den professionelle ansvarsplacering ved overgang fra et regi til et andet, og at det sikres, at ansvaret er overdraget og modtaget.

Sundhedsstyrelsen anførte i sin Nationale Strategi for Psykiatri fra 2009, at der er behov for, at værdierne i højere grad inddrages i det daglige arbejde med patienten og dennes netværk og i tilrettelæggelsen af samarbejdet om patientforløbet.

4

Forekomsten af psykiske lidelser og udviklingen i diagnoser

4.1

Overblik

Der er en glidende overgang fra naturlige reaktioner på livets mange udfordringer til egentlige psykiske lidelser.

Der vil være et relativt stort antal danskere, der på et givent tidspunkt oplever psykiske vanskeligheder eller mentale helbredsproblemer. Psykiske vanskeligheder eller mentale helbredsproblemer kræver ikke altid professionel behandling, og vil således blive håndteret af den enkelte selv og af dennes netværk.

Nogle psykiske lidelser er mere udbredte end andre, det gælder eksempelvis depression og angst, mens kun en mindre del af befolkning oplever mere alvorlige psykiske lidelser som f.eks. skizofreni. Psykiske lidelser opdeles ofte i psykotiske og ikke-psykotiske lidelser. I tabel 4.1 er givet eksempler på psykiske lidelser inden for de to kategorier. Det er vigtigt at være opmærksom på, at betegnelserne ikke nødvendigvis er entydige. I befolkningsundersøgelser finder man eksempelvis at 15-20 pct. af mennesker med depression frembyder psykotiske symptomer, ligesom spiseforstyrrelser kan optræde med psykotiske symptomer.

TABEL 4.1

Eksempler på psykotiske og ikke-psykotiske lidelser

Psykotiske lidelser	Ikke-psykotiske lidelser
Skizofreni	Nervøse og stressrelaterede tilstande
Bipolar affektiv sindslidelse	Spiseforstyrrelser
Svære depressioner	Lette til moderate affektive tilstande
	Personlighedsforstyrrelser

I Sundhedsstyrelsens nationale strategi står, at:

- 10-20 pct. af den danske befolkning skønnes på et givet tidspunkt at have en psykisk lidelse i varierende grad.
- 10 pct. af befolkningen er derudover i større eller mindre grad præget af psykisk sårbarhed.
- Godt 2 pct. af befolkningen oplyser at have en langvarig psykisk lidelse.

I det følgende indledes med et afsnit om forekomsten af mentale sundhedsproblemer, hvorefter forekomsten af psykiske lidelser beskrives, herunder udviklingen i diagnoser.

4.1.1

Mentale sundhedsproblemer

Mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagens udfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker. Mental sundhed rummer dermed to elementer – dels en oplevelsesdimension: At opleve at have det godt, at være overvejende glad, i godt humør og tilfreds med livet. Og dels en funktionsdimension: At kunne klare dagligdags gøremål, som f.eks. at købe ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, indgå i sociale relationer og at kunne håndtere de forskellige udfordringer, som en almindelig dagligdag kan byde på.

Mental sundhed er dermed et positivt begreb, som rummer mere end fravær af psykisk lidelse, og som i en vis forstand går på tværs af sygdom. Det er f.eks. muligt at have god mental sundhed, selvom man er syg. Ligesom det er muligt at være rask, selvom man har dårlig mental sundhed. Der er derfor potentiale i at fremme mental sundhed for såvel syge som raske. Mentale helbredsproblemer anvendes som en fællesbetegnelse for symptomer på de mere udbredte psykiske lidelser som depression, angst og adfærdsforstyrrelser.

Den Nationale Sundhedsprofil fra 2011 viste med selvrapporterede data, at 8,1 pct. af mænd og 11,9 pct. af kvinder ældre end 16 år har dårlig mental sundhed, mens 9,8 pct. af mændene og 15,3 pct. af kvinderne angav, at de ofte eller meget ofte føler sig nervøse eller stressede. Der er social ulighed i fordelingen af dårlig mental sundhed, således at andelen er højest i gruppen uden erhvervsuddannelse (16 pct.). I gruppen med en kort uddannelse er den 9,3 pct., og i gruppen med en lang videregående uddannelse er andelen 7,1 pct.

Psykiske lidelser udgør den største sygdomsbyrde for både mænd og kvinder som følge af funktionsbegrænsninger. De tegner sig således 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.

Der er klare sammenhænge mellem dårlig mental sundhed og faktorer som dårligt selv vurderet helbred, kroniske smerter, søvnproblemer, sygefravær, dårligt psykisk arbejdsmiljø, svage sociale relationer, rygning og fysisk inaktivitet.

Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde fra 2010 vurderede, at helbredsproblemer er årsag til 50 pct. af alle langtidssygemeldinger og 48 pct. af alle førtidspensioner – specielt har der inden for de sidste 10 år været vækst i andelen af førtidspensioner som følge af "nervøse og stressrelaterede tilstande". Når unge under 30 år tildeles førtidspension, skyldes det i fire ud af fem tilfælde psykiske lidelser.

Langvarig dårlig mental sundhed har konsekvenser; både for den enkeltes muligheder for at leve et godt liv og for udvikling og forløb af sygdom (specielt hjertekarsygdom, depression og angst). Naylor et al. viste, at op mod 50 pct. af mennesker med mentale helbredsproblemer f.eks. symptomer på angst og/eller depression, udvikler langvarig sygdom i form af diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertekarsygdom eller muskelskeletlidelser. En metaanalyse foretaget af Holt-Lundstad et al. viste, at ensomhed har vist sig at være på niveau med alkoholisme og rygning som risikofaktor for død, og at ensomhed i denne henseende er mere skadeligt end fysisk inaktivitet og dobbelt så skadeligt som overvægt.

Ældre, der oplever sygdom og funktionstab, samt tab af sociale relationer (kolleger, ægtefælle og venner), eller ældre, som tager sig af syge og svækkede pårørende, er særligt sårbare og i særlig risiko for mentale helbredsproblemer. Den Nationale Sundhedsprofil viste, at blandt ældre over 75 år angiver 9,7 pct., at de er ensomme, dvs. at de ofte er alene, selvom de har lyst til at være sammen med andre. Derudover angiver 14,1 pct., at de sjældent eller aldrig træffer familie og venner.

Borgere med langvarig sygdom som diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertekarsygdomme eller muskelskeletlidelser har to til tre gange så stor risiko, sammenlignet med resten af befolkningen for at have mentale helbredsproblemer i form af depression, angst eller demens. Dette medfører forringet livskvalitet og et dårligere sygdomsforløb. Hvis borgeren lider af flere sygdomme udover den primære, ses desuden en markant social ulighed.

Vejledningen om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge fra 2011 anslår, at 10-14 pct. af alle mødre får en fødselsdepression, mens tallet er ca. syv procent for fædre.

Rapporten "Psyisk mistrivsel blandt 11-15-årige" viser, at én ud af fem har tre eller flere tegn på dårlig mental sundhed i deres daglige liv. De er kede af det, nervøse, har svært ved at falde i søvn, føler sig udenfor eller er pressede af skolearbejdet. Der er klar sammenhæng mellem antal tegn på dårlig mental sundhed og lav livstilfredshed. Psykiatrifonden fremhævede, i en rapport fra 2011, at børn og unge med sociale og mentale problemer oftere har indlæringsproblemer og har sværere ved at gennemføre skolegang og uddannelsesforløb. Ca. 12 procent af børnene vokser op i en familie med et alkoholproblem, mens ca. otte procent af børnene vokser op i familier med psykiske lidelser. I disse familier er børnene særligt udsatte for sociale og mentale problemer på længere sigt.

Sveriges Statens Folkhälsoinstitut vurderer, at ca. 15 procent af alle børn har været i behandling for en psykisk lidelse, inden de fylder 18 år. Samlet set udgør de mentale helbredsproblemer den største sygdomsbyrde blandt børn og unge (fra 1-24 år), efterfulgt af allergiproblemer (astma og eksem) samt ulykker.

4.1.2

Diagnoser

Psykiske lidelser er sædvanligvis klassificeret i diagnosesystemer, som bruges af sundhedsprofessionelle. Psykiatriske diagnoser er baseret på kriterier, og den nuværende klassifikation tager udgangspunkt i tilstandenes fremtræden. Diagnoseklassifikationer som ICD-10 og DSM IV opdateres, ændres og udvides. Nogle diagnoser opfattes som kontroversielle og fortolkes forskelligt. Der er stigende fokus på stigmatisering, dvs. at en diagnose bliver en etiket for det enkelte menneske, og at denne som følge heraf

udelukkende beskrives og behandles ud fra diagnosen, med store konsekvenser for personens liv. En diagnose siger i sig selv ikke noget om sværhedsgraden af en psykiske lidelse.

Diagnoseklassifikationen er et professionelt sundhedsfagligt arbejdsredskab.

I tabel 4.2 findes en oversigt over de vigtigste hovedgrupper inden for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser i både voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri efter WHO's diagnosekodesystem ICD-10.

TABEL 4.2

Oversigt over psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser efter ICD-10

Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	Eksempler på DIAGNOSER og FORSTYRRELSE
F00-01 Organiske psykiske lidelser	Demens, delir
F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	Akut intoksikation, skadeligt brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand, psykotisk tilstand
F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	Skizofreni, skizotypi, akutte og forbigående psykoser
F30-39 Affektive sindslidelser	Manisk enkeltepisode, bipolar affektiv sindslidelse, depressiv enkeltepisode, tilbagevendende depression
F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	Fobiske angsttilstande, andre angsttilstande, obsessiv-kompulsiv tilstand, reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner
F50-59 Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	Spiseforstyrrelser
F60-69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd	Personlighedsforstyrrelser
F70 -79 Mental retardering	Mental retardering i forskellige grader
F80-89 Psykiske udviklingsforstyrrelser	Autisme, Asperger
F90-98 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens	Hyperkinetiske forstyrrelser
F99 Psykiske lidelser eller forstyrrelse, ikke på anden måde specificeret	

Kilde: Udarbejdet på baggrund af ICD-10

Det er vigtigt, at man bruger diagnoser med stor omhu, imidlertid er sygdomsdiagnoser nødvendige, når man skal klassificere forskellige symptomer og skelne mellem forskellige tilstande. I dette afsnit tages derfor afsæt i ICD-10's klassifikation af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.

4.1.3

Typer af data

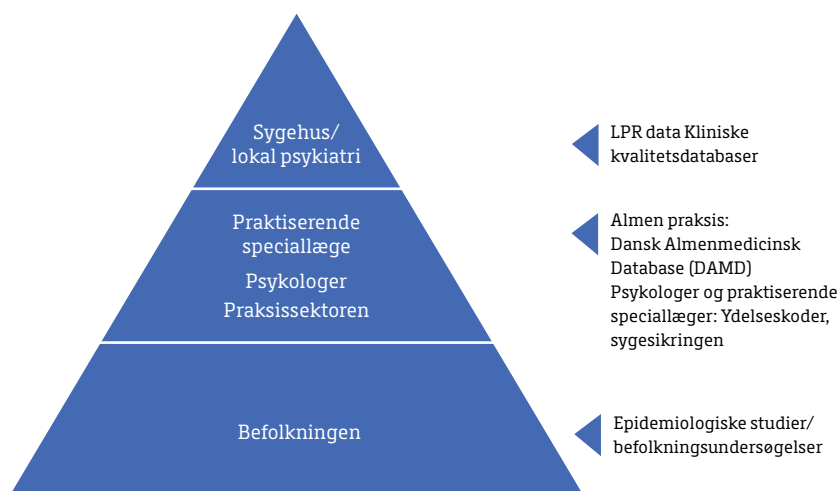
Estimater af psykiske lidelser varierer ofte. Det er dels udtryk for, at der som beskrevet er forskellige grader af psykiske lidelser, og at grænsen mellem mentale sundhedsproblemer og psykiske lidelser i nogle tilfælde kan være vanskelig at definere og dels, at opgørelser af psykiske lidelser varierer både i forhold til målgruppen og metoden for opgørelsen. Forekomsten af sygdomme og symptomers udbredelse og betydning afhænger af, hvor og hvem man spørger.

Herudover bruges forskellige epidemiologiske termer. Alle disse forhold gør det vanskeligt at sammenligne forskellige opgørelser og estimater af forekomst. Det er imidlertid vigtigt at tegne et billede af området, og for at belyse området bedst muligt, vil denne beskrivelse gøre brug af de forskellige tilgængelige opgørelser og datakilder og dermed også belyse, hvorfor der er forskel i tilgængelige estimater.

Forekomsten af psykiske lidelser beskrives ud fra de forskellige niveauer i sundhedsvæsenet, som illustreret i figur 4.1, hvilket vil give forskelle i de tal, der angives.

FIGUR 4.1

Typer af data



I LPR registreres diagnose- og behandlingskoder på patienter, der behandles på offentlige sygehuse under indlæggelse eller ambulant.

Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD) er en godkendt national speciale-specifik klinisk kvalitetsdatabase for almen praksis. Aktuelt (juni 2012) er der ca. 1200 tilmeldte klinikker (svarende til 59 pct. af det samlede antal), mens der er 2520 læger tilmeldt (svarende til 70 pct. af det samlede antal). Data i DAMD registeret er behæftet med stor usikkerhed, da kompletheden af data er ufuldstændig. Data herfra skal således stadig tolkes med stor forsigtighed, men medtages alligevel i denne rapport for at sikre gennemsigtighed, men også for at gøre opmærksom på, at det vil være af stor betyd-

ning at få bedre data på området. Der er via overenskomsten sikret, at kodning skal ske fra 2013.

Epidemiologiske undersøgelser og befolkningsundersøgelser undersøger forekomsten i befolkningen. Dette kan ske i form af interviews og spørgeskemaer, hvor folk selv rapporterer om sygdomme og symptomer, eller i form af indkaldelse til undersøgelser ved professionelle.

De forskellige niveauer i pyramiden er ikke eksklusive, hvilket betyder, at det samme patientforløb kan være registreret i både LPR og DAMD eller fanges ved en epidemiologisk undersøgelse.

Forekomst beskrives sædvanligvis ved antallet af nye tilfælde indenfor et år: incidensen, samt prævalens: det samlede antal tilfælde på et givet tidspunkt, evt. i en given tidsperiode, der kan man tale om livstidsprævalens, 12-måneders prævalens eller punktprævalens

4.2

Beskrivelse af udviklingen og status

I de kommende afsnit belyses forekomsten af psykiske lidelser. De psykiske lidelser, der fokuseres på, er lidelser indenfor skizofrenispektret, affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD). Forekomsten af psykiske lidelser vil så vidt muligt blive belyst ud fra data på de forskellige niveauer svarende til figuren ovenfor – altså befolkningen, praksissektoren og den regionale psykiatri.

4.2.1

Skizofreni og det skizofrene spektrum

Skizofreni er den hyppigste lidelse indenfor det skizofrene spektrum og debuterer oftest i 20-30 års alderen. Skizofreni kan forløbe meget forskelligt, i nogle tilfælde kan man komme sig fuldstændigt, og i andre tilfælde er skizofrenien en kronisk lidelse med vedvarende eller tilbagevendende psykose. Mennesker med skizofreni kan være præget af gennemgribende forstyrrelser af såvel tænkning som funktionsevne og kan være ledsaget af psykoser med tab af realitetssans med vrangforestillinger samt hallucinationer. Ofte har vrangforestillingerne forfølgelsesindhold, og hallucinationerne optræder hos de fleste i form af stemmer, som høres inde i hovedet. I nogle tilfælde kan talen være ulogisk og til tider usammenhængende på grund af tankeforstyrrelser. Hos nogle ses såkaldte negative symptomer, hvilket bl.a. kan vise sig ved passivitet, initiativløshed, samt tendens til at isolere sig og synke ind i sig selv.

Tabel 4.3 viser data for skizofreni.

TABEL 4.3

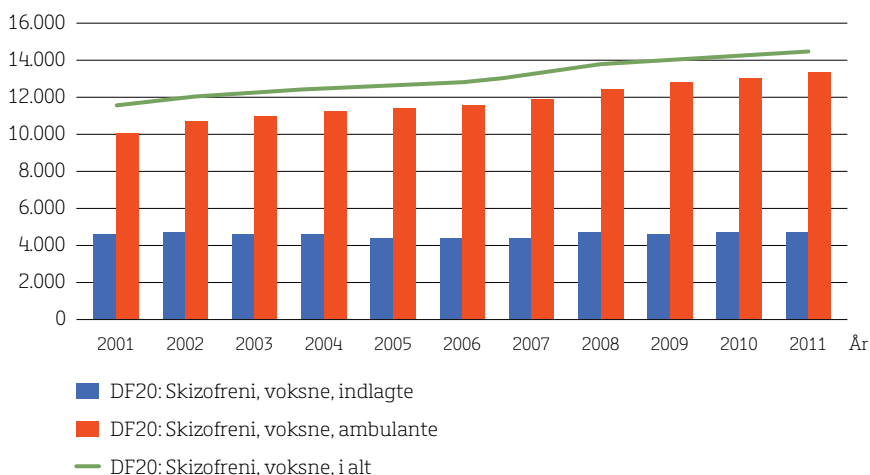
Data, skizofreni

Målgruppe	Register/forskning/undersøgelse
Sygehus/lokal psykiatri	Se figur
Praktiserende speciallæge	En opgørelse fra 2008-2012 blandt 14 praktiserende speciallæger viste, at 3 pct. af deres patienter har psykoser.
Praksissektoren	Ud fra DAMD-registeret har DSI estimeret antal voksne med debuterende skizofreni årligt i Danmark til 2.800 patienter
Befolkning	Ifølge Sundhedsstyrelsens referenceprogram for skizofreni fra 2002 angives prævalensen til at være 0,5 pct. af befolkningen. I rapporten "The Fundamental facts" fra Mental Health Foundation fra 2007 angives prævalensen til at være mellem 1,1 pct. og 2,4 pct.

Som det ses af figur 4.2 er antallet af indlagte voksne med skizofreni mellem 4.500 og godt 4.800 på landsplan. Antallet af voksne med ambulant kontakt er stigende hele perioden igennem. I år 2001 var antallet af voksne med ambulant kontakt på godt 10.000, mens samme tal var på 13.300 i 2011. Antallet af voksne med skizofreni, som enten har været indlagt og/eller behandlet ambulant er illustreret med den grønne kurve. Som det fremgår af figuren, så var antallet af voksne med denne psykiatriske lidelse vokset i den angivne periode fra 11.600 i år 2001 til 14.500 i 2011.

FIGUR 4.2

Udviklingen i antallet af voksne med skizofreni – indlagte og ambulante



Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er 18 år eller derover. Det akkumulerede tal DF20: Skizofreni, voksne, i alt angiver antallet af unikke personer med skizofreni i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

Antal børn og unge indlagt med skizofreni i år 2011 var 107 og med ambulant kontakt 280, mens det samlede antal unikke børn og unge med den psykiatriske lidelse skizofreni i år 2001 var 113 og 269 i 2011.

Det samlede antal personer med skizofreni vurderes på baggrund af tilgængeligt data at være stabilt over perioden, når der tages højde for befolkningstilvækst. Det vurderes således, at der er en prævalens på 0,5 pct. svarende til ca. 28.000 personer³ med skizofreni. En stor del er i behandling i den regionale psykiatri, hvorfor LPR data i dette tilfælde kan bruges til at estimere forekomsten af sygdommen.

4.2.2

Affektive lidelser

Affektive lidelser omfatter tilstande, hvor det vigtigste symptom er forstyrrelser i stemningslejet enten i retning af depression eller i retning af opstemthed. I dette afsnit fokuseres på depression og bipolar affektiv sindslidelse.

Depression

Depression er den hyppigst forekommende lidelse i det affektive spektrum. Symptomerne strækker sig fra lettere nedtrykthed til svære symptomer, der hindrer et almindeligt hverdagsliv. De almindelige symptomer er tristhed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og øget trætheden, nedsat selvtillid, selvbeprejdelse eller skyldfølelse, tanker om død og selvmord, koncentrationsbesvær, motorisk uro eller motorisk hæmning, søvnbesvær og appetitforstyrrelser. En depression kan klassificeres som mild, moderat eller svær alt efter antal og intensitet af symptomer. Generelt er forekomsten højere hos kvinder end hos mænd. Mere end halvdelen af dem der har oplevet en depression, vil opleve endnu en depressiv episode.

Tabel 4.4 viser data for depression.

3 Ved en befolkning på 5,6 mio.

TABEL 4.4

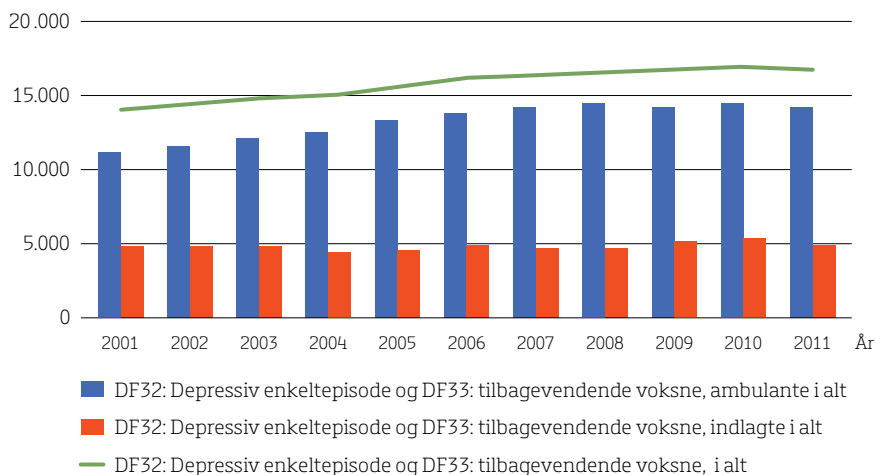
Data, depression

Målgruppe	Register/forskning/undersøgelse
Sygehus/lokal psykiatri	Se figur
Praktiserende speciallæge	En opgørelse fra 1996-2006 fra 37 praktiserende speciallæger i psykiatri opgjorde, at 41 pct. af patienterne i speciallægepraksis har depression. Dette tal er genfundet i opgørelser fra 14 praktiserende speciallæger fra 2008-12.
Praksissektoren	DSI har på baggrund af DAMD estimeret antal voksne med debuterende depression årligt i Danmark til 61.000 patienter.
Befolkning	Sundhedsstyrelsens referenceprogram for unipolær depression angiver 1-månedes punktprævalensen af depression for voksne mellem 2-3 pct. . Livstidsprævalens for depression ligger på ca. 17-18 pct.. Varigheden af en depression er oftest 3-12 måneder, og 10-30 pct. af patienterne risikerer at udvikle kronisk depression. Risikoen for nye depressive episoder øges med antallet af tidligere depressioner. Ifølge folkesundhedsrapporten 2007 fra Statens Institut for Folkesundhed argumenteres for, at forekomsten af depressive lidelser over en et årig periode i Danmark vil ligge på 2-5 pct. for mænds vedkommende og 5-8 pct. for kvinders vedkommende. Olsen et al. finder i en dansk befolkningsundersøgelse fra 2003, at punktprævalensen af svær depression var 3,3 pct., og at kun 13 pct. af disse var i lægelig behandling. Bertelsen et al. har i bogen "De psykiatriske diagnoser" anslået, at omkring fem procent af voksne danskere har depression. I rapporten "The Fundamental facts" fra Mental Health Foundation fra 2007 angives forekomsten af depression indenfor et år til at være mellem 8-12 pct..

Figur 4.3 viser udviklingen i voksne patienter med depressiv enkeltepisode og med tilbagevendende (periodisk) depression i den regionale psykiatri. Det fremgår af figuren, at der ikke er større udsving i antallet af indlagte patienter i den givne periode. Antallet af ambulante patienter var stigende hele perioden igennem med undtagelse af år 2009 og år 2011, hvor der var et mindre fald. Det samlede antal patienter har været stigende hele perioden, dog med et mindre fald i 2011. I år 2001 var der 13.600 unikke patienter, mens det samme tal i 2011 var på knap 17.000.

FIGUR 4.3

Udviklingen i antallet af voksne med depression



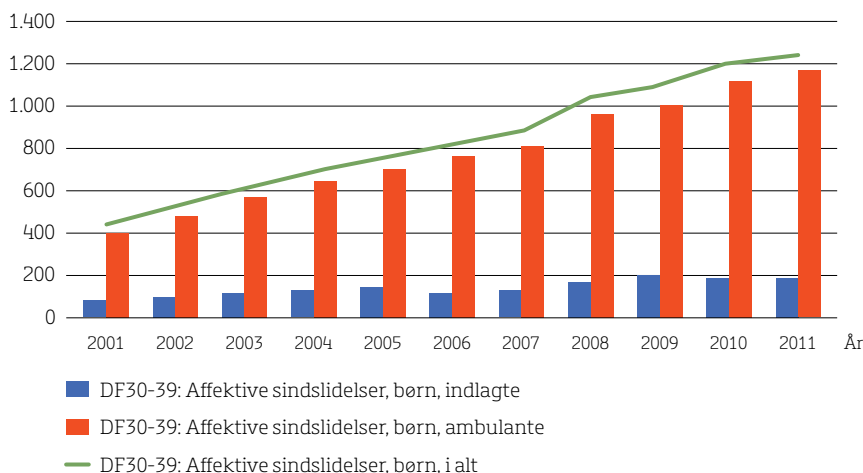
Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose DF32 og DF33, cpr-nr., ambulante/indlagte og år. Opgørelserne gælder individer, som er 18 år eller derover. Det akkumulerede tal DF32: Depressiv enkeltepisode og DF33: tilbagevendende, voksne, i alt angiver antallet af unikke personer med DF32 eller DF33 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

Figur 4.4 viser børn og unge med affektive sindslidelser, som har været indlagt eller har haft ambulant kontakt. Af figuren fremgår det, at der for hele perioden gengivet var en stigning i antallet af ambulante – knap en firdobling i den givne periode. Antallet af børn og unge indlagt med affektive lidelser steg med mere end det dobbelte fra år 2001 til 2011, nemlig fra 77 børn og unge til 191 i 2011. Det samlede antal unikke patienter steg fra knap 450 i 2001 til 1250 i år 2011.

FIGUR 4.4

Udviklingen i antallet af børn og unge med affektive sindslidelser



Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt/skadestue, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er yngre end 18 år. Det akkumulerede tal DF30-39: Affektive sindslidelser, børn, i alt angiver antallet af unikke børn og unge med en eller flere koder for DF30-39 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

På baggrund af det tilgængelige data vurderes det, at forekomsten af depression i befolkningen over et år vil være ca. 5-7 pct. svarende til mellem 280.000-392.000 personer⁴. Det er kun et mindre antal, der behandles i den regionale psykiatri, selvom andelen er stigende. Praksissektoren har altså et væsentligt ansvar for udredningen og behandlingen af denne patientgruppe. Der er sket en fordobling af forbruget af antidepressiv medicin fra 2001-2011 og det er SSRI præparater⁵, der udgør størstedelen.

Bipolar affektiv sindslidelse

Bipolar affektiv sindslidelse er karakteriseret ved faser med store udsving i stemningslejet. Såvel maniske som depressive faser kan være med psykotiske symptomer. I Danmark får personer med bipolar affektiv sindslidelse kun diagnosen i godt halvdelen af tilfældene ved første kontakt til det psykiatriske hospitalssystem, idet bipolar affektiv sindslidelse forveksles med tilpasningsreaktioner, forbigående psykose eller anden diagnose. Bipolar affektiv lidelse er næsten altid tilbagevendende og så godt som alle patienter, der har haft en behandlingskrævende mani, vil udvikle flere episoder. Over en længere årrække vil mellem 10 og 15 pct. af patienter med depressiv lidelse vise sig at lide af bipolar affektiv lidelse.

Tabel 4.5 viser data for bipolar affektiv sindslidelse.

⁴ Ved en befolkning på 5,6 millioner.

⁵ Det mest anvendte lægemiddel mod depression, der især påvirker signalstoffet serotonin i hjernen. SSRI er en forkortelse af den engelske betegnelse "Selective Serotonin Reuptake Inhibitor", som refererer til midlernes biokemiske virkningsmåde på hjernecellerne.

TABEL 4.5

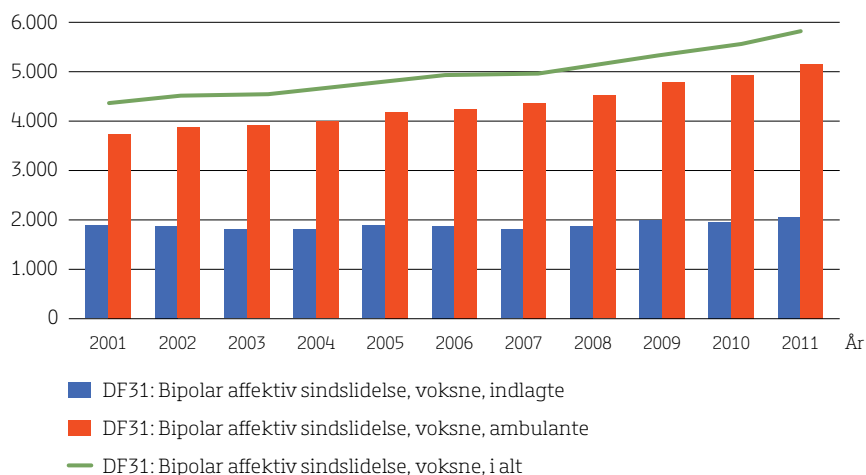
Data, bipolar affektiv sindslidelse

Målgruppe	Register/forskning/undersøgelse
Sygehus/lokal psykiatri	Se figur
Praktiserende speciallæge	Ingen data
Praksissektoren	Ingen data
Befolkning	Ifølge en MTV fra Sundhedsstyrelsen om forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse fra 2005 skønnes det, at ca. 1 pct. af den voksne befolkning, svarende til 40.000 personer i Danmark lider af bipolar affektiv lidelse. I folkesundhedsrapporten fra 2007 angives, at det på basis af europæiske beregninger gennemført af WHO er 20.000 personer, der har bipolar affektiv lidelse. I rapporten "The Fundamental facts" fra Mental Health Foundation fra 2007 angives, at mellem 0,9 pct. og 2,1 pct. af den voksne befolkning på et tidspunkt i deres liv får bipolar affektiv lidelse.

I figur 4.5 er gengivet udviklingen i det samlede antal voksne med bipolar affektiv sindslidelse, som har været indlagt eller med ambulant kontakt. Antal indlagte voksne var imellem ca. 1.900 og 2.100 per år, mens antallet af voksne med ambulant kontakt var mellem 3.750-5.200.

FIGUR 4.5

Udviklingen i antallet af voksne med bipolar affektiv sindslidelse



Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt/skadedstue, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er 18 år eller derover. Det akkumulerede tal DF31: 'Bipolar affektiv sindslidelse, voksne, i alt' angiver antallet af unikke voksne med koden DF31 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

På baggrund af befolkningsdata vurderes det, at forekomsten af bipolar affektiv lidelse vil være mellem 20.000-40.000 personer. Det vurderes ikke, at der er en stigning i antallet. En stor del af mennesker med bipolar affektiv sindslidelse vil på et tidspunkt modtage behandling i den regionale psykiatri.

4.2.3

Nervøse og stressrelaterede tilstande

Nervøse og stressrelaterede tilstande omfatter angsttilstande, tvangstilstande, stressrelaterede reaktioner på belastninger, såsom posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og tilpasningsreaktioner og somatoforme tilstande, hvor symptom billedet er præget af somatiske symptomer, men det antages, at psykiske faktorer ligger til grund for tilstanden.

Angstlidelser debuterer allerede i barndommen eller ungdommen. De tidligst debuterende lidelser er enklæfobi og socialfobi. Blandt ældre mennesker aftager forekomsten af angstlidelser af ukendte årsager. Forløbet af angsttilstande er varierende, oftest fluktuerende i intensitet gennem livet, og hos en del personer bliver forløbet kronisk og invaliderende. De enkelte angsttilstande forekommer hyppigt sammen med andre psykiske lidelser. Prognosen er dårligere ved komorbide lidelser.

Tabel 4.6 viser data for angst.

TABEL 4.6

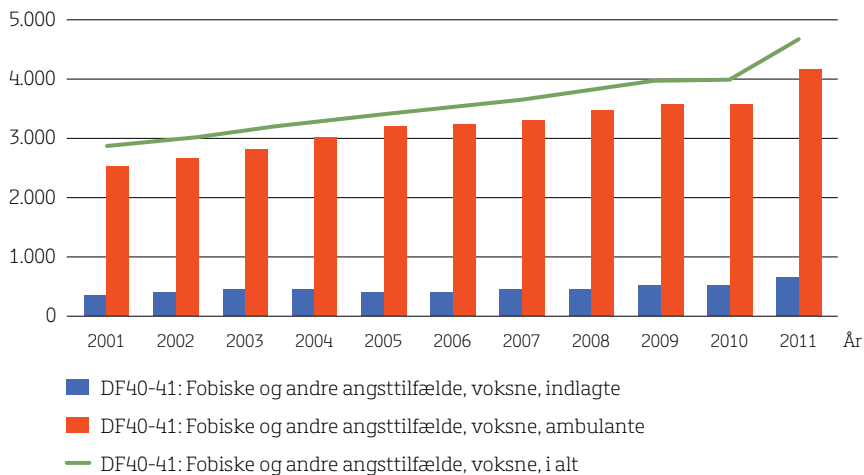
Data, Angst

Målgruppe	Register/forskning/undersøgelse
Sygehus/lokal psykiatri	Se figur
Praktiserende speciallæge	En opgørelse fra 1996-2006 fra 37 praktiserende speciallæger i psykiatri opgjorde, at 30-35 pct. af patienterne i speciallægepraksis har en angst eller stress-relateret lidelse. I en tilsvarende opgørelse fra 14 praktiserende speciallæger fra 2008-2012 er der fundet, at 28 pct. har en angst- eller stressrelateret lidelse.
Praksissektoren	Ud fra DAMD-registeret har DSI estimeret antal voksne med debuterende angst årligt i Danmark til 4700 patienter.
Befolkning	Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelser for voksne estimerer forekomsten af angstlidelser i befolkninger med en livstidsprævalens på 13-29 pct. og en 12-måneders prævalens på 6-18 pct. Det er i studier af 12-måneders prævalens fundet, at 23 pct. af angstlidelserne var af stor sværhedsgrad, 34 pct. af moderat grad og 43 pct. af mild grad. Angsttilstande forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd (i forholdet ca. 2:1). Dette gælder især for panikangst, enklæfobi og PTSD. Bertelsen et al. har i bogen "De psykiatriske diagnoser" anslået, at omkring 6,5 pct. af voksne danskere har depression Copenhagen Child Anxiety Project anslår, at mellem 60.000-100.000 danske børn i alderen syv til 17 år har angstlidelser.

I figur 4.6 er angivet antallet af voksne med fobisk angst og andre angsttilstande, som har været indlagt eller haft ambulant kontakt. Der har igennem perioden været en stigning i antallet af voksne med angsttilstande. Den største vækst er at finde blandt de ambulante patienter med fobisk og andre angsttilstande.

FIGUR 4.6

Udviklingen i antallet af voksne med fobisk og andre angsttilstande



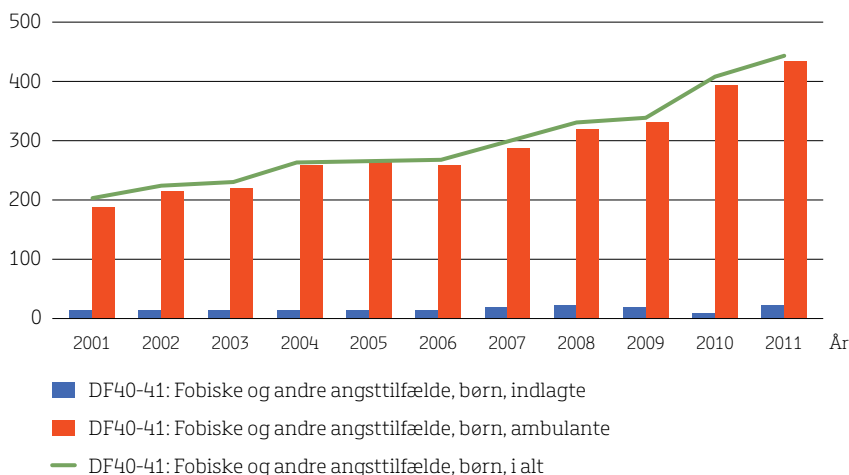
Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er 18 år eller derover. Det akkumulerede tal angiver antallet af unikke personer med DF 40-41 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

Figur 4.7 viser antallet af ambulante og indlagte børn og unge med fobiske og andre angsttilstande. Der har været en stigning i antallet af børn og unge med angsttilstande i stort set hele perioden. Antallet af tilfælde ligger imellem ca. 200 og 450 per år.

FIGUR 4.7

Udviklingen i antallet af børn og unge med angsttilstande



Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

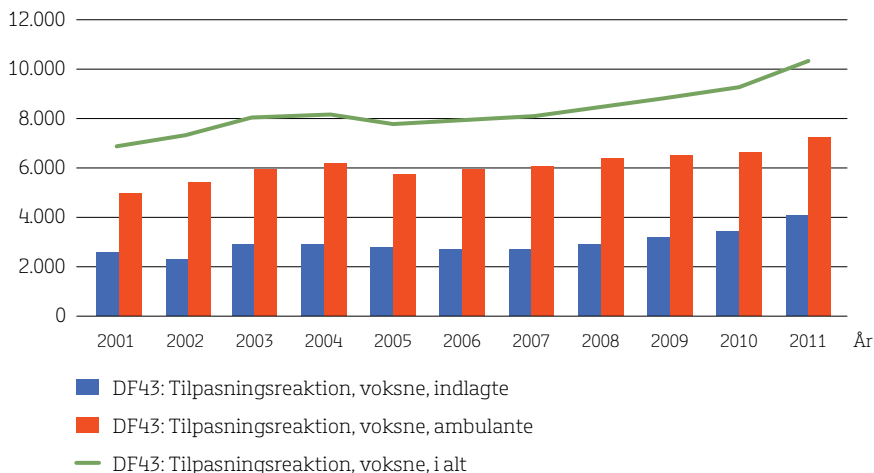
Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er yngre end 18 år. Det akkumulerede tal angiver antallet af unikke personer med DF 40-41 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

Udover angsttilstand har vi her valgt også at vise LPR data for tilpasningsreaktioner. Tilpasningsreaktioner opstår i relation til et traume eller en psykosocial belastning. Symptomerne kan være anspændthed, ulyst og nedsat social funktionsevne.

Figur 4.8 viser antallet af ambulante og indlagte voksne med tilpasningsreaktioner. Der har været en stigning i antallet af voksne med tilpasningsreaktioner gennem hele perioden med undtagelse af år 2005, hvor der var et mindre fald.

FIGUR 4.8

Udviklingen i antallet af voksne med tilpasningsreaktioner



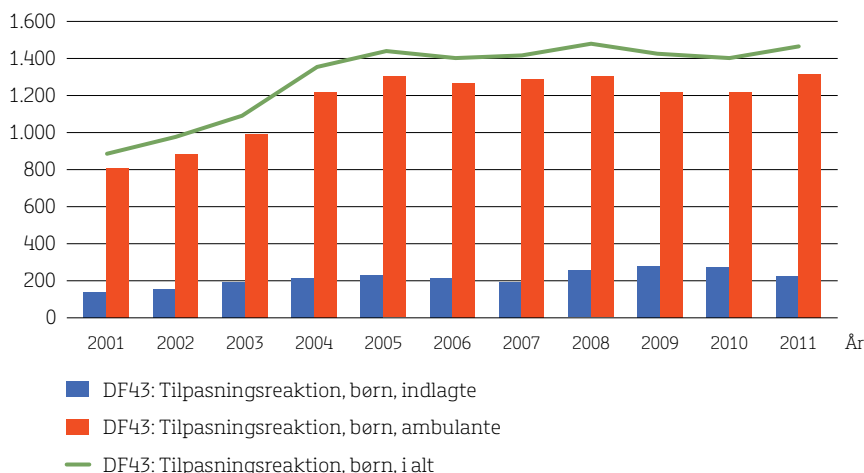
Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er 18 år eller derover. Det akkumulerede tal angiver antallet af unikke personer med DF 43 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

Figur 4.9 viser antallet af ambulante og indlagte børn og unge med tilpasningsreaktioner. Der har været en stigning i antallet af børn og unge med tilpasningsreaktioner i hele perioden, med undtagelse af mindre fald fra 2005 til 2006 og fra 2008 til 2010. Antallet af børn og unge med en ambulant kontakt var stigende i perioden 2001-2005, hvorefter antallet af ambulante kontakter fluktuerede mellem 1.200-1.300 frem til år 2011. I år 2008 toppede det samlede antal børn og unge med tilpasningsreaktion med godt 1.500.

FIGUR 4.9

Udviklingen i antallet af børn og unge med tilpasningsreaktioner



Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år.

Opgørelserne gælder individer, som er yngre end 18 år. Det akkumulerede tal angiver antallet af unikke personer med DF 43 i et givent år, som har været indlagt og/eller registret med en ambulant kontakt.

På baggrund af tilgængelige data vurderes det, at forekomsten af angstlidelser over en et års periode vil være ca. 6-15 pct. svarende til mellem 336.000-840.000 personer⁶. Det er dog vanskeligt præcist at opgøre incidens og prævalens af angst og stressrelaterede tilstande, da disse optræder med meget forskellige grader. Et mindretal vil have behov for behandling på psykiatrisk afdeling, mens flertallet vil have behov for behandling i praksissektoren. Der vil formentlig være en stor del, der ikke er diagnosticerede og som derfor ikke modtager egentlig behandling. Man taler i den forbindelse om et *mørketal*.

Ud fra LPR-tal findes der er en stigning i antallet af børn og voksne med angst. Der er også en stigning i antallet af tilpasningsreaktioner. Mulige forklaringer på denne stigning kunne være samfundsmæssige forhold som øgede krav også i tidlig alder og finanskrisen, men der kunne også være tale om øget diagnostisk aktivitet og forbedrede tilbud.

4.2.4

Personlighedsforstyrrelser

Personlighedsforstyrrelser omfatter tilstande og adfærdsmønstre af klinisk betydning, som oftest er vedvarende og fremtræder som udtryk for patientens karakteristiske livsstil og holdning til sig selv og andre. Personlighedsforstyrrelser

kan være dybt gennemgribende og vedvarende adfærdsmønstre, som manifesterer sig som unancerede reaktioner på en række personlige og sociale forhold.

6 Ved en befolkning på 5,6 millioner

Adfærdsmønstrene er oftest stabile og er hyppigt forbundne med subjektivt ubehag og nedsat social funktion. Årsagsforholdene ved personlighedsforstyrrelser er uafklarede.

Tabel 4.7 viser data for personlighedsforstyrrelser.

TABEL 4.7

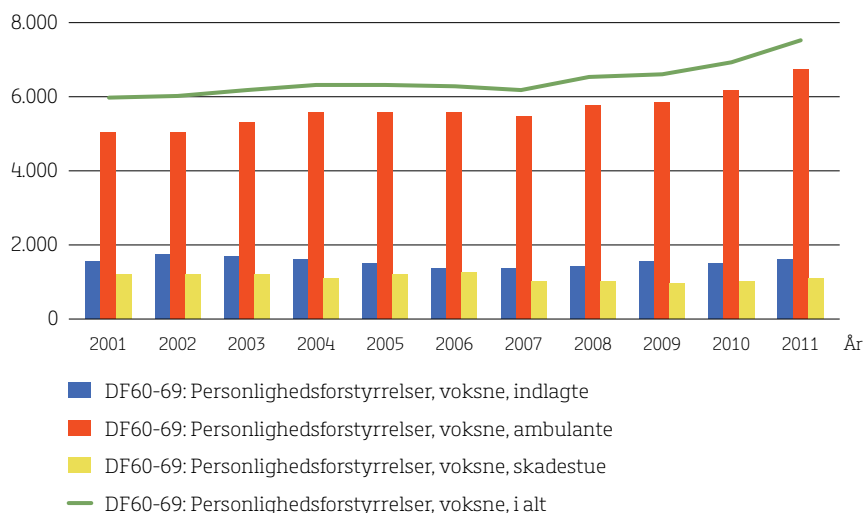
Data, personlighedsforstyrrelser

Målgruppe	Register/forskning/undersøgelse
Sygehus/lokal psykiatri	Se figur
Praktiserende speciallæge	En opgørelse fra 1996-2006 fra 37 praktiserende speciallæger i psykiatri opgjorde, at 10 pct. af patienterne i speciallægepraksis har personlighedsforstyrrelse. I en opgørelse fra 14 praktiserende speciallæger fra 2008-12 var det tilsvarende tal 8 pct..
Praksissektoren	Ingen data
Befolkning	I rapporten "The Fundamental facts" fra Mental Health Foundation fra 2007 angives forekomsten i England til at være 4-5 pct..

I figur 4.10 er udviklingen i antallet af voksne med personlighedsforstyrrelser gengivet, både for indlagte og ambulante. Antallet af voksne med en indlæggelse eller ambulant kontakt lå i år 2001 på knap 6000 og i år 2011 på godt 7600.

FIGUR 4.10

Udviklingen i antallet af voksne med personlighedsforstyrrelser



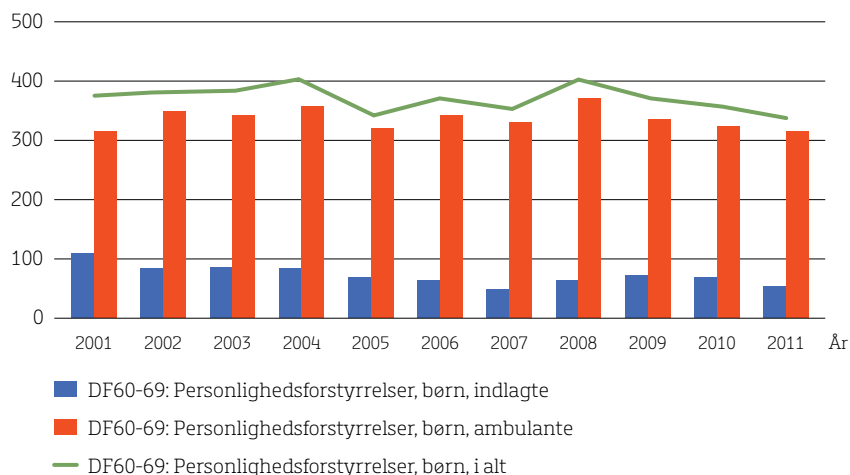
Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er 18 år eller derover. Det akkumulerede tal angiver antallet af unikke personer med DF 60-69 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

Figur 4.11 gengiver udviklingen i antallet af børn og unge med personlighedsforstyrrelser, både indlagte og ambulante. Antallet af børn med en indlæggelse eller ambulant kontakt ligger på landsplan i 2001 på ca. 375 og i 2011 på ca. 340, mens det højeste antal var at finde i 2008 på lidt over 400.

FIGUR 4.11

Udviklingen i antallet af børn og unge med personlighedsforstyrrelser



Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er yngre end 18 år. Det akkumulerede tal angiver antallet af unikke personer med DF 60-69 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

Internationale befolkningsundersøgelser viser en forekomst på 4-5 pct., hvilket nok er det bedste estimat på forekomsten i befolkningen. Det vil kun være en del af mennesker med personlighedsforstyrrelser, der modtager behandling og en del vil aldrig få stillet diagnosen.

4.2.5

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser omfatter anorexia nervosa, bulimia nervosa samt atypiske spiseforstyrrelser. Anorexi er karakteriseret ved forstyrret legemsopfattelse, tilsigtet vægttab, undgåelse af fedende føde, overdreven fysisk aktivitet, selvfremkaldte opkastninger og anvendelse af slankemidler, afføringsmidler eller vanddrivende midler, samt hormonelle forstyrrelser, der kan føre til uregelmæssig eller udebleven menstruation. Bulimi er karakteriseret ved tilbagevendende spiseanfald og efterfølgende opkastninger eller indtagelse af afføringsmidler. Tilbagevendende opkastninger kan føre til tandskader og forstyrrelser i salt og væskebalancen. Herudover er der en gruppe af atypiske spiseforstyrrelser, hvoraf overspisning (BED) er en del af.

Tabel 4.8 viser data for spiseforstyrrelser.

TABEL 4.8

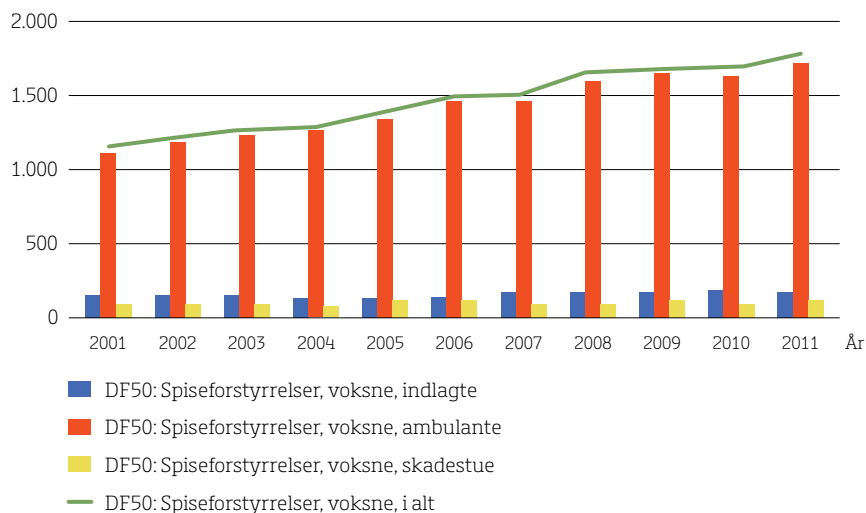
Data, spiseforstyrrelser

Målgruppe	Register/forskning/undersøgelse
Sygehus/lokal psykiatri	Se figur
Praktiserende speciallæge	Ingen data
Praksissektoren	Ingen data
Befolkning	Ifølge Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger til organisation og behandling af spiseforstyrrelser" er incidensen af anorexia nervosa mindst 8,2/100.000/år, hvoraf unge kvinder udgør hovedparten. Incidensen af bulimi og atypiske spiseforstyrrelser herunder overspisning er ikke sikkert kendt. Prævalensen af anorexi, bulimi og overspisning vurderes ud fra befolkningsundersøgelser at være henholdsvis 0,3 pct., 2 pct. og 3 pct. i højriskgruppen unge kvinder, men væsentlig lavere i befolkningen som helhed. Indenfor selve højriskgruppen varierer prævalensen også med alderen. I rapporten "The Fundamental facts" fra Mental Health Foundation fra 2007 angives 12-måneders prævalensen til 1,9 pct. af kvinder og 0,2 pct. af mænd. Punktprævalensen for bulimi hos unge kvinder er 0,5 -1 pct.

Figur 4.12 angiver antallet af ambulante og indlagte voksne med spiseforstyrrelser. Der var en stigning igennem hele perioden fra 2001 til 2011. For antallet af voksne ved skadestue og indlæggelse er der ikke større udsving at spore i den angivne periode. Hvad de ambulante kontakter angår, så var disse stigende gennem samtlige år med undtagelse af år 2010, hvor der var et marginalt fald. I år 2001 var der knap 1.200 ambulante kontakter, mens samme tal i 2011 var på godt 1.800.

FIGUR 4.12

Udviklingen i antallet af voksne med spiseforstyrrelser



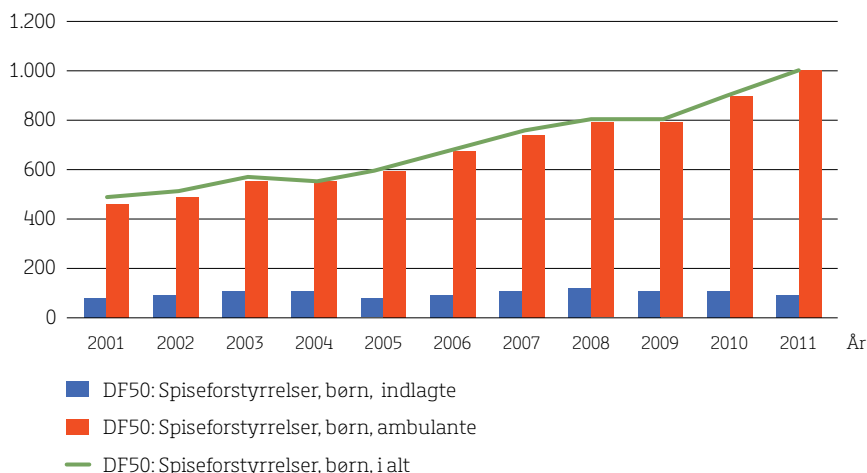
Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er 18 år eller derover. Det akkumulerede tal angiver antallet af unikke personer med DF 50 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

I figur 4.13 er antallet af ambulante og indlagte børn og unge med spiseforstyrrelser angivet. I år 2005 var der 600 tilfælde af børn og unge med spiseforstyrrelser, mens samme tal i 2011 var knap 1.000 tilfælde. Antallet af indlagte patienter havde ikke større udsving i den observerede periode, mens antallet af ambulante kontakter var stigende stort set hele perioden igennem med undtagelse af enkelte marginale fald.

FIGUR 4.13

Udviklingen i antallet af børn og unge med spiseforstyrrelser



Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år.

Opgørelserne gælder individer, som er yngre end 18 år. Det akkumulerede tal angiver antallet af unikke personer med DF 50 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

På baggrund af tilgængelige data vurderes det, at forekomsten af anorexi, bulimi og overspisning vurderet ud fra befolkningsundersøgelser er henholdsvis 0,3 pct., 2 pct. og 3 pct. i *højrisikogruppen* unge kvinder, men væsentlig lavere i befolkningen som helhed. Antallet af voksne med spiseforstyrrelse, der behandles ambulant, er over perioden 2001-2011 svagt stigende. For børn og unge er stigningen mere markant og er formentlig sket i forbindelse med den udvidede kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien.

4.2.6

Hyperkinetisk forstyrrelse – ADHD

ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ADHD er en diagnose i DSM-IV-kodesystemet, der bl.a. anvendes i USA, men er ikke en selvstændig diagnose i WHO's klassifikation ICD-10, som er den officielle klassifikation i Danmark. I ICD-10 er den relevante diagnosegruppe hyperkinetiske forstyrrelser, som er en snævrere diagnose end ADHD. Kernesymptomerne er hyperaktivitet, opmærksomhedsforstyrrelse og impulsivitet. Diagnosen forudsætter, at andre tilstande såsom angst og depression, gennemgribende udviklingsforstyrrelse (autisme spektrum tilstande) eller skizofreni er udelukket.

Tabel 4.9 viser data for ADHD.

TABEL 4.9
Data, ADHD

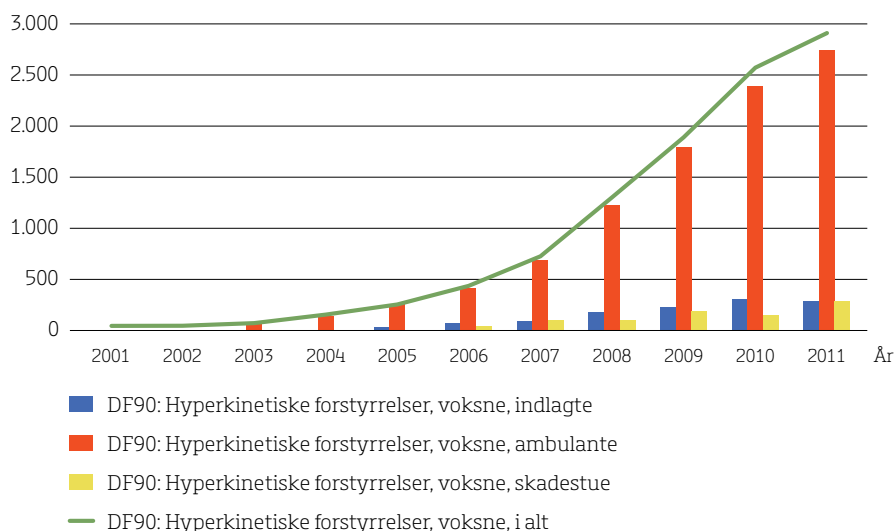
Målgruppe	Register/forskning/undersøgelse
Sygehus/lokal psykiatri	Se figur
Praktiserende speciallæge	En opgørelse fra 2008-2012 blandt 14 praktiserende speciallæger fra 2008-2012 viste, at 14 pct. af patienterne har ADHD.
Praksissektoren	Ingen data.
Befolkning	En metaanalyse fra 2007, som inkluderer mere end 100 studier fra hele verden, vurderer, at ca. 5 pct. af alle børn i skolealderen opfylder kriterierne for diagnosen. I den voksne befolkning skønnes tallet at være ca. 3-4 pct.. Et systematisk review af Seixas et al. estimerer prævalensen til at ligge mellem 0,85 pct. -10 pct. i barndommen og 0,5 pct. og 4,4 pct. i voksenalderen.

Prævalenstal for børn og unge med ADHD varierer internationalt og varierer afhængigt af, hvilke diagnostiske kriterier man anvender.

Figur 4.14 viser udviklingen i diagnosen hyperkinetisk syndrom hos voksne. Der har i det seneste årti været en markant stigning i antallet af tilfælde, der får diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser. I år 2001 var der stort set ingen voksne med diagnosen, mens det samlede antal i år 2011 var tæt ved 3.000.

FIGUR 4.14

Udviklingen i antallet af voksne med hyperkinetisk forstyrrelse



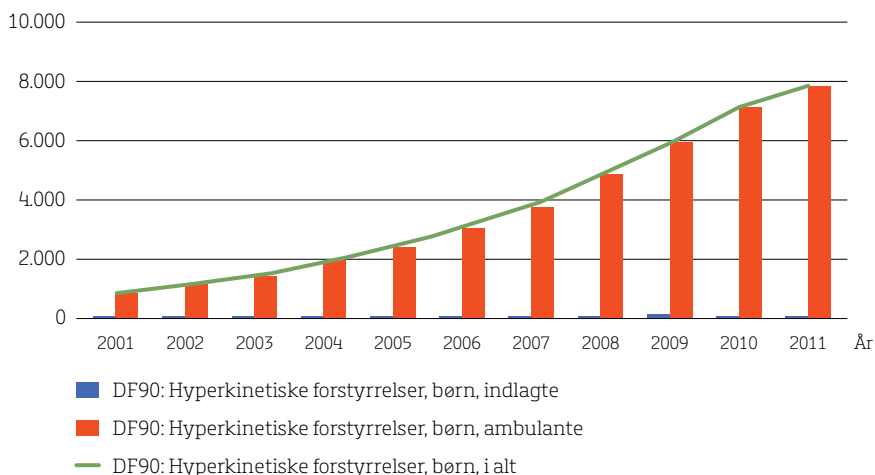
Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er 18 år eller derover. Det akkumulerede tal angiver antallet af unikke personer med DF 90 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

Figur 4.15 viser udviklingen i diagnosen hyperkinetisk syndrom hos børn og unge. Der er sket en stor udvikling fra ca. 1000 børn og unge med diagnosen i 2001 til ca. 8000 i 2011.

FIGUR 4.15

Udviklingen i antallet af børn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse



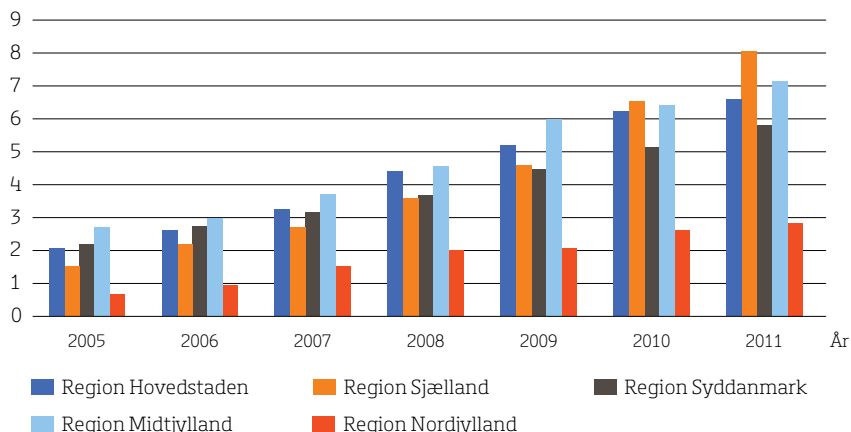
Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er yngre end 18 år. Det akkumulerede tal angiver antallet af unikke personer med DF 90 i et givent år, som har været indlagt og/eller registreret med en ambulant kontakt.

Figur 4.16 viser variationen imellem antallet af ambulante tilfælde af børn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser regionerne imellem. Færrest antal børn og unge per 1.000 indbygger med hyperkinetiske forstyrrelser findes i region Nordjylland, hvor regionen hele perioden igennem ligger lavere i antal. I år 2007, 2008 og 2009 ligger region Sjælland og Syddanmark på niveau med hinanden, mens region Sjælland ligger højest både i 2010 og 2011. Forskellen imellem det højeste og laveste antal af tilfælde per 1.000 indbygger stiger hele perioden igennem med undtagelse af år 2006, hvor der var tale om et marginalt fald. I år 2005 var forskellen 2,1 børn og unge per 1.000 indbygger, mens samme tal i 2011 var på hele 5,3 børn og unge.

FIGUR 4.16

Hyperkinetisk forstyrrelse – antal børn og unge set ambulant per 1000 indbyggere



Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er yngre end 18 år.

*) I region Syddanmark defineres 'børn og unge' som værende patienter der ligger i aldersintervallet 0-19 år, mens intervallet i andre regioner er 0-17 år.

ADHD er den hyppigst registrerede psykiatriske diagnose blandt børn og unge. Prævalensstudier viser stor spredning i forekomsten, men der er konsensus om, at diagnosen kan stilles hos 3-5 pct. af en børneårgang. Der er store nationale og regionale forskelle, der sandsynligvis snarere kan tilskrives forskelle i diagnostisk praksis end reelle forskelle i forekomsten. Dog kan der også mellem regionerne være forskel i antallet af børn og unge, der diagnosticeres hos praktiserende speciallæger.

En mindre del af børn og unge vil have ADHD i svær grad, formentlig 1-2 pct. Det er formentlig denne gruppe, der vil have størst behov for medikamentel behandling.

Der er en markant stigning i antallet af børn og voksne med ADHD og samtidig en markant stigning i brugen af ADHD medicin. ADHD blev tidligere opfattet som primært en børne- og ungdomspsykiatrisk diagnose, men er nu også en diagnose, der stilles hos voksne. Der var stort set ingen voksne med ADHD i 2001. Mulige forklaringer på en sådan stigning er, at normalitetsbegrebet har ændret sig, at der er sket en ændring i sygdomsopfattelse, og at der er kommet fokus på en ny diagnose.

4.2.7

Regionale forskelle

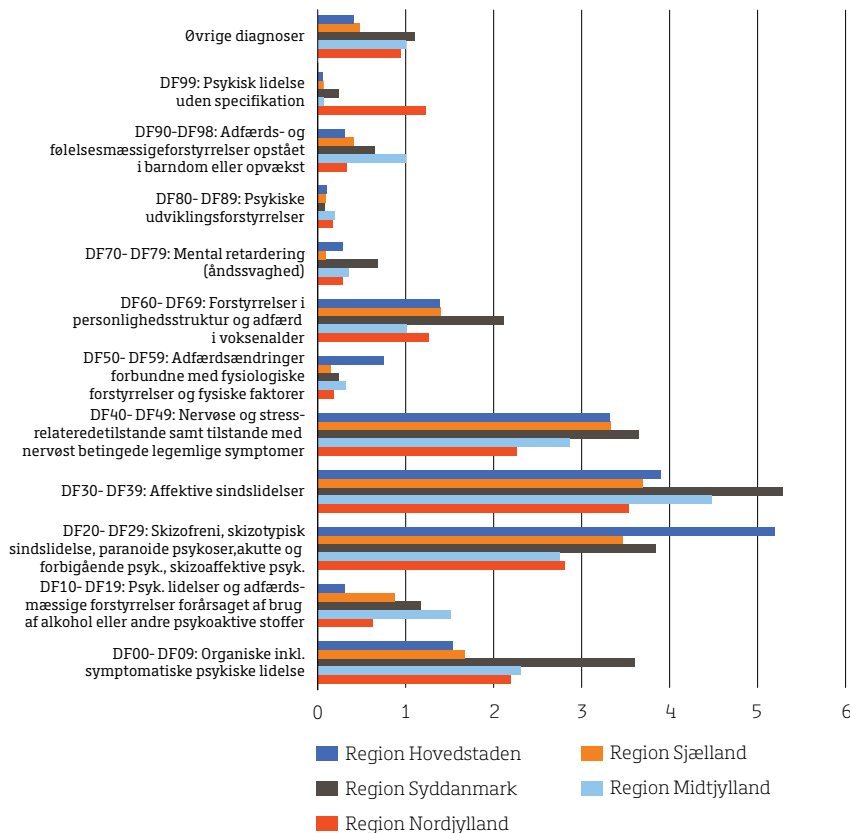
De data, der præsenteres her, er henholdsvis antal voksne og antal børn og unge per 1000 indbyggere med forskellige diagnoser.

Figur 4.17 viser den regionale variation i diagnoser hos voksne (over 18 år). I Region Midtjylland er der markant flere voksne per 1000 indbyggere, der får diagnoser indenfor adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse opstået i barndom eller adolescens, herunder

hyperkinetisk syndrom. I Region Syddanmark er der flere, der får diagnosen mental retardering, organiske psykiske lidelser og forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd. I Region Hovedstaden er der flere, der får diagnosen skizofreni og adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, herunder spiseforstyrrelser.

FIGUR 4.17

Voksne – antal unikke personer i den regionale psykiatri per 1000 indbyggere i 2011



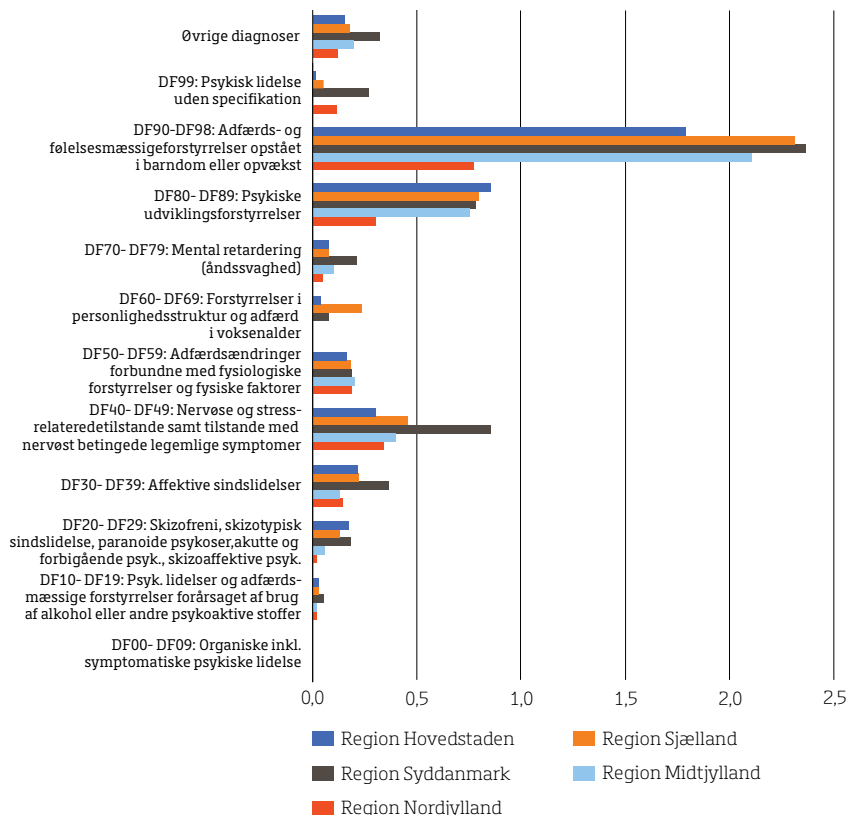
Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er 18 år eller derover.

Figur 4.18 viser den regionale variation i diagnoser hos børn og unge (under 18 år). I Region Nordjylland er der færre børn og unge per 1000 indbyggere, der får diagnoser indenfor adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse opstået i barndom eller adolescens, herunder hyperkinetisk syndrom. I Region Syddanmark er der flere der får diagnosticeret nervøse og stress-relaterede tilstande, samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer. I Region Sjælland er der flere, der får diagnosticeret forandringer af personlighedsstruktur og adfærd.

FIGUR 4.18

Børn og unge – antal unikke personer i den regionale psykiatri per 1000 indbyggere i 2011



Kilde: LPR. Data er trukket den 12. november 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Opgørelserne gælder individer, som er yngre end 18 år.

Variationen i antallet af diagnoser på tværs af regionerne kan være udtryk for varierende sygelighed i befolkningen i regionerne, eksempelvis bor der flere med skizofreni i Region Hovedstaden.

Men det kan også være udtryk for forskellig brug af diagnoser på tværs af regionerne. Herudover kan forskelle i organiseringen af indsatsen i den enkelte region være medvirkende til at forklare forskellene, eksempelvis ved forskelle i opgavefordelingen mellem praksissektor og psykiatrien, således at diagnosticeringen i nogle regioner overvejende sker i f.eks. sygehussektoren.

Referencer

- Bertelsen A., Munk-Jørgensen P. & Bech P. De psykiatriske diagnoser. København: PsykiatriFondens Forlag, 2010
- Borg V., Nexø M.A., Kolte I.V. & Andersen M.F. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2010
- Christensen A.I., Davidsen M., Ekholm O., Hansen S.E., Holst M. & Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil. København: Sundhedsstyrelsen, 2011
- Christensen A.I., Davidsen M., Kjølner M. & Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen, 2010
- Christensen A.I., Ekholm O., Davidsen M. & Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012
- Danske Regioner. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. København: Danske Regioner, 2009
- Ekholm O. & Juel K. National Sundhedsprofil Unge. København: Sundhedsstyrelsen, 2011
- Eplov L.F. & Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen, 2008
- Holstein B.E., Damsgaard M.T., Henriksen P.W., Kjær C., Meilstrup C., Nelausen M.K., Nielsen L., Rayce S.B. & Due P. Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige. København: Sundhedsstyrelsen, 2011
- Holt-Lunstad J. et al. Social Relationships and Mortality: A Meta-analytic Review. PLoS Medicine 2010; 7(7): e1000316
- Juel K., Sørensen J. & Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006
- Kessing, L., Psykose ved affektive lidelser, Ugeskrift for Læger, 2008
- Kjølner M., Juel K., og Kamper-Jørgensen F. (red.). Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007, kap. 8. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007
- Larsen F.B. & Nielsen A.L. Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012
- Madsen H.M., Hvenegaard A. & Fredslund E.K. Opgaveudvikling på psykiatriområdet. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2011
- Mental Health Foundation. The Fundamental Facts. The latest facts and figures on mental health. UK: Mental Health Foundation, 2007
- Naylor C., Parsonage M., McDaid D., Knapp M., Fossey M. & Galea A. Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities. London: The King's Fund and Centre for Mental Health, 2012
- Norske folkehelseinstituttet. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Norske folkehelseinstituttet, 2011
- PsykiatriFonden. Psykiske problemer er den primære årsag til frafald på erhvervsuddannelserne. København: Psykiatrifonden, 2011

Statens Folkhälsoinstitut. Barns och ungas hälsa. Kunsapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut, 2011

Sundhedsstyrelsen. Betydning af fysisk aktivitet for mental sundhed blandt ældre. København: Sundhedsstyrelsen, 2010

Sundhedsstyrelsen. Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2011

Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen, 2011

WHO. The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, new hope. Geneve: WHO, 2001

WHO. The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever). Geneve: WHO, 2008

5

Kommunernes indsats omkring fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser

5.1

Overblik

I dette kapitel beskrives mulige indsatser i kommunerne med henblik på at fremme mental sundhed og forebygge psykiske lidelser, mens kommunens indsats for borgere med psykiske vanskeligheder beskrives i kapitel 6. Da der er et vist overlap mellem disse indsatser, kan der ligeledes være et overlap mellem de to kapitler.

Kommunen har kontakt med et bredt udsnit af borgerne, f.eks. via sundhedspleje, dagtilbud, skoler, jobcentre, kontanthjælp, misbrugsbehandling, kommunale arbejdspladser, plejecentre og hjemmepleje. Herudover har kommunen også kontakt til borgerne via boligselskaber, det lokale politi, Ungdommens uddannelsesvejledning m.fl. Disse kontakter giver en særlig mulighed for at fremme borgernes mentale sundhed – i dagligsprog borgernes trivsel. Det kan ske dels i form af sundhedsfremmende indsatser, der kan skabe rammer og forudsætninger for borgernes mentale sundhed, og dels i form af indsatser til forebyggelse af mentale helbredsproblemer.

Meget tyder på, at antallet af risikofaktorer har stor betydning for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, samt at faktorer i omgivelserne kan være med til at forme udviklingsforløb, der resulterer i funktionsnedsættelse, uarbejdsdygtighed og sygdom.

De faktorer, der påvirker den mentale sundhed i negativ retning, er:

- Usikker tilknytning til forældre eller omsorgspersoner.
- Manglende omsorg.
- Belastende begivenheder i nær familie.
- Dårlig trivsel og læring i dagtilbud/skoler.
- Mobning og diskrimination.
- Uafsluttet skolegang.

- Arbejdsløshed.
- Belastende arbejdsmiljø.
- Lav social kapital i boligområder og social isolation.

Dertil kommer mere sygdomsspecifikke risikofaktorer som familiær disposition og fødselskomplikationer samt misbrug, infektioner og udsættelse for visse kemikalier i graviditeten. Omgivelserne har således betydning for mental sundhed igennem hele livsforløbet, og kommunen har netop en særlig mulighed for at sikre kvaliteten af disse omgivelser. De nævnte risikofaktorer er samtidig centrale faktorer for social ulighed i sundhed. Indsatser til fremme af mental sundhed spiller dermed en afgørende rolle for at reducere social ulighed i sundhed.

Det retslige grundlag for den kommunale forebyggelse er sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2, der omhandler den borger- og patientrettede forebyggelse, og herunder også mental sundhed. Dertil kommer en række speciallovgivninger, der sætter rammer for tilbud med relevans for mental sundhed. Dette omfatter arbejdsmiljølovgivning, loven om undervisningsmiljø, loven om en aktiv beskæftigelsesindsats, naturbeskyttelseslovgivning, dagtilbudslovgivning, folkeskoleloven, serviceloven, lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre etc. Tilbuddene varetages derfor af en vifte af forskellige kommunale forvaltninger, evt. i et samarbejde.

Med udgangspunkt i data vedrørende mental sundhed vil der i en gennemsnitskommune med 50.000 indbyggere være:

- 4.000 personer over 16 år med dårlig mental sundhed, og ca. 5.100, der føler sig nervøse eller stressede.
- 2.000 personer, som har depression, og ca. 2.600, som har angst.
- Ca. 500 børn og unge, som angiver, at de har lav livstilfredshed.
- 350 ensomme mennesker ældre end 75 år, og ca. 500 ældre, der angiver, at de sjældent eller aldrig træffer familie og venner.
- Ca. 165 børn og unge under 18 år, som hvert år kommer i behandling for en psykisk lidelse. Blandt 0-18 årige vil ca. 1.650 have været i behandling for en psykisk lidelse, når de fylder 18 år.
- 1.200 børn og unge under 18 år, der vokser op i en familie med et alkoholproblem.
- 715 børn under 15 år, der vokser op i familier med psykiske lidelser.
- Mellem 60 og 80 kvinder, som får en fødselsdepression.

I juli 2012 udgav Sundhedsstyrelsen "Forebyggelsespakke om mental sundhed", som består af en række anbefalinger for den kommunale indsats for fremme af mental sundhed baseret på den bedst foreliggende dokumentation. Anbefalingerne retter sig bl.a. mod familier, sundhedspleje, dagtilbud, skoler, ungdomsuddannelser, arbejdspladser og hjemmepleje og bidrager til at tydeliggøre kommunernes rolle i forhold til at fremme borgernes mentale sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer hele vejen gennem livsforløbet – se bilag 3 for en nærmere beskrivelse af anbefalingerne. At dømme ud fra de kommunale høringsvar er der stor forskel på, hvor langt kommunerne er i forhold til at have indsatser på alle pakkens anbefalinger. Der pågår i øjeblikket et arbejde i kommunerne med at systematisere og justere indsatsen til fremme af mental sundhed i forhold til pakkens anbefalinger, men pakken kan give et indtryk af bredden

i feltet og karakteren af den tværfaglige og tværsektorielle indsats, der er nødvendig for at løfte området.

Der findes ikke en samlet oversigt eller database over de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser omkring mental sundhed, som gennemføres i kommunerne.

5.2

Beskrivelse af udviklingen og status

I det følgende beskrives udvalgte sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som gennemføres i kommunalt regi. Indsatserne er beskrevet i forbindelse med en kortlægning, som COWI har foretaget for Sundhedsstyrelsen, som et led i arbejdet med at analysere kapaciteten af kommunernes indsats omkring mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser. Metoden for kortlægningen er beskrevet i bilag 4.

5.2.1

Kortlægning af kommunale indsatser

Den kvalitative undersøgelse af kommunerne viser, at fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser er et prioriteret indsatsområde, der over de senere år har fået mere fokus. Dette fremgår bl.a. af de nye sundhedspolitikker, som i højere grad inddrager mental sundhed som selvstændigt indsatsområde, sammenlignet med første generation af sundhedspolitikker. Øget dokumentation på området, såsom sundhedsøkonomiske beregninger og sundhedsprofiler, bidrager endvidere til en prioritering af mental sundhed.

Emnet mental sundhed spænder bredt, og forebyggende indsatser i kommunerne er ikke nødvendigvis iværksat for at fremme mental sundhed og/eller forebygge psykiske lidelser, men måske for at reducere kriminalitet eller sikre fastholdelse på arbejdsmarkedet eller på uddannelser. Selvom målet er et andet, kan effekten godt være forbedret mental sundhed. Den brede spændvidde for forebyggelse af psykiske lidelser og fremme af mental sundhed søges tilgodeset ved et tværgående samarbejde. Kommunerne beskriver en bevægelse hen imod et fast forankret samarbejde på tværs af forvaltningerne for at sikre en koordineret indsats. Dette gælder ikke specifikt for mental sundhed, men for hele sundhedsområdet.

Både den kvalitative og kvantitative undersøgelse viser, at indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser i kommunerne særlig koncentrerer sig om børn- og ungeområdet. Dette gælder både i forhold til opsporing og kommunale tilbud.

Tre indsatsområder i den kommunale kortlægning omfatter opsporingsindsatser: Opsporing af fødselsdepression via sundhedsplejersken, opsporing af mentale problemer i jobcentrene og i hjemmeplejen.

Overordnet set viser spørgeskemaundersøgelsen blandt kommunerne, at det er muligt at udbrede den systematiske opsporing af risikofaktorer og symptomer på psykiske lidelser yderligere. Kommunernes indsats på området er i en udviklingsfase – særligt i jobcentrene og i hjemmeplejen, hvor ca. en fjerdedel gennemfører mere eller mindre systematiske opsporinger. Ses der på systematisk opsporing af fødselsdepressioner i den kommunale sundhedspleje, er denne udbredt i næsten fire femtedele af kommunerne.

Redskaberne til opsporing varierer i jobcentrene og i hjemmeplejen (i jobcentrene nævnes SCL 8-AD⁷, BDI II⁸, screeningssamtaler og særligt udvalgte spørgeskemaer; i hjemmeplejen benyttes eksempelvis redskaberne SF-12⁹, MMSE¹⁰, WHO-5¹¹). Redskaberne benyttes til at opspore forskellige problematikker, eksempelvis generel mental helbredstilstand, depression og angst. For sundhedsplejen anvender størstedelen det samme opsporingsredskab, Edinburgh Postnatal Depression Scale¹².

I de kommuner, der har angivet, at de foretager systematisk opsporing, kan der endvidere ligge et potentiale i at gennemføre opsporing blandt hele målgruppen, og ikke blot individer, der skønnes at være i høj risiko på et givent område. Blandt de 45 kommuner der har angivet, at de har en systematisk indsats for opsporing af fødselsdepression angiver eksempelvis 40, at de foretager opsporingen blandt alle mødre eller alle forældre, mens fem foretager opsporing blandt mødre/forældre i risikogruppen.

På ældreområdet modtager omkring halvdelen af ældre over 75 år det forebyggende hjemmebesøg. Erfaringsvist tager psykisk sårbare og udsatte ældre ikke imod tilbuddet. Endelig fremgår det af kommentarerne i spørgeskemaundersøgelsen, at det for en stor del af kommunernes vedkommende kun er udvalgte grupper i jobcentrene, der indgår i systematisk opsporing.

Flere kommuner angiver, at opsporingsindsatsen foretages af personalet i sundhedsplejen/ jobcentrene/hjemmeplejen (efter mindre kompetenceudvikling) og integreres i den daglige drift uden betydelige ekstraomkostninger. Omkostningerne til opfølgende tilbud er, som nævnt tidligere, vanskelige for kommunerne at estimere.

5.2.2

Variation i tilbud

Indenfor de tre kortlagte indsatsområder, hvor der foretages opsporing (henholdsvis i sundhedsplejen, beskæftigelses- og ældreområdet), ses en betydelig variation i de kommunale, opfølgende tilbud og i hvilke personalegrupper, der varetager tilbuddene. På beskæftigelsesområdet omfatter det tilbud om mindfulness, psykologsamtaler, psykiatersamtaler, coach- og mentorforløb, evt. suppleret af tilbud om fysisk aktivitet. Opfølgende tilbud til forældre med risiko for/symptomer på fødselsdepression omfatter f.eks. ekstra besøg af sundhedsplejersken, psykolog- og psykoterapeutsamtaler samt fødselsdepressionsgrupper.

På ældreområdet kan de kommunale tilbud være f.eks. aktivitetscentre, livsmodsgupper, rådgivning og samtale- og gruppeforløb f.eks. til pårørende og efterladte. Der drages endvidere nytte af frivillige indsatser, f.eks. besøgsvenner. Kommunerne beskriver i interviewene, at den frivillige indsats har stor betydning som supplement til den kommunale kerneydelse (ikke bare på ældreområdet), og i flere kommuner er der afsat ressourcer til koordinering for at få det optimale ud af samarbejdet.

7 SCL 8-AD benyttes til opsporing af angst, depression og følelsesmæssige forstyrrelser. Søgaard, HJ: Psychometric analysis of Common Mental Disorders — Screening Questionnaire (CMD-SQ) in long-term sickness absence. Scand J Public Health November 2009 vol. 37 no. 8 855-863. <http://sjp.sagepub.com/content/37/8/855.short>.

8 Becks Depression Inventory II.

9 The 12-Item Short Form Health Survey.

10 Mini Mental State Examination.

11 WHO-Five Well-being Index.

12 Benyttes til opsporing af fødselsdepression hos kvinder.

Angivelserne af faggrupper tilknyttet opfølgningen viser, at der i flere af de kommuner, der har indført opsporing, benyttes specialiseret personale såsom psykologer og psykiatere.

På skoleområdet har fire femtedele af kommunerne angivet, at de arbejder med programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning. Af disse kommuner angiver knap halvdelen, at programmerne er iværksat på alle skoler i kommunen. Der foreligger derfor stadig muligheder for at udbrede evidensbaserede skoleprogrammer til flere skoler.

Typerne af anvendte programmer varierer. Mest udbredt er de evidensbaserede programmer (Familieklasse konceptet, LP¹³, PALS¹⁴ og PMTO¹⁵ og De Utrolige År¹⁶), men der henvises dog også til almindelige mobbe-politikker, trivselsmålinger, klasse-møder med konflikthåndtering, etc.

Kommunerne nævner i de kvalitative interviews, at inklusion i højere grad vinder indpas i skolerne og på fritidsområdet understøttet af ny lovgivning og en række centrale initiativer. Inklusion stiller imidlertid krav til lærere og pædagoger. Det nævnes, at der er gode erfaringer med rådgiver- og ressourcefunktioner på skolen såsom socialrådgivere, AKT-vejledere og familierådgivere. Øvrige tiltag til fremme af trivsel på skolerne kan være skilsmisse- og sorggrupper, stort fokus på opfølgning af fravær og løbende undervisningsmiljøvurderinger.

Den kvantitative undersøgelse viser, at tre fjerdedele af kommunerne har tilbud målrettet udsatte unge. Indsatserne er mangeartede, men koncentrerer sig især omkring rådgivning, akuttilbud, udgående tilbud eller gruppetilbud. Omfanget af indsatser er særligt stort i storbykommunerne, hvor misbrugsproblematikker og sociale problemer er koncentreret.

Det er erfaringen, at unge i overgangssituationer er særligt sårbare, og derfor nævner kommunerne eksempler på iværksatte samarbejder med uddannelsesinstitutioner og særlige unge-organiseringer (i kommunen), der skal koordinere sårbare unges overgang fra barn til voksen.

5.2.3

Faggrupper og kompetencer

For bedst muligt at varetage de kommunale opgaver omkring mental sundhed bør det sikres, at en række medarbejdergrupper har relevant uddannelse, herunder mulighed for relevant videreuddannelse/faglig udvikling omkring mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser. Relevante faggrupper er først og fremmest sundhedskonsulenter, sundhedsplejersker, hjemmeplejen, sagsbehandlere, tandplejere, pædagoger, lærere samt øvrige medarbejdere på beskæftigelses- og ældreområdet.

Det drejer sig om at have blik for betydningen af god mental sundhed samt at være bevidst om egen betydning som fagpersoner for at løfte indsatsen på området. I tillæg til specifikke fagkompetencer, f.eks. omkring sygepleje, pædagogik og psykologi, er de relevante generelle kompetencer omkring mental sundhed følgende:

13 Læringsmiljø og pædagogisk analyse.

14 Positiv Adfærd i Læring og Samspil.

15 Parent Management Training Oregon.

16 De Utrolige År er en række veldokumenterede indsatser, som kan hjælpe børnene og styrke deres muligheder for et godt liv.

- At kende betydningen af god mental sundhed.
- At kunne bidrage til at skabe et trivselsfremmende miljø med fokus på tilhørsforhold, handlekompetencer, kommunikation og anti-mobning.
- At kende tidlige tegn og reaktioner på sociale og mentale problemer og kunne håndtere problemer, når de opstår, jf. servicelovens § 153 om skærpet underretningspligt.
- At kende den handlepligt og handlevej, der bør følges i henhold til lovgivningen, når børn og unge mistrives.
- At være bekendt med kommunens indsatser omkring mental sundhed (rammer, tilbud, information og tidlig opsporing).
- At kende kommunens organisation og politik på området.
- At kende andre fagpersoners rolle og ansvar på området.
- At kende metoder til rekruttering og fastholdelse af sårbare borgere i indsatser.

5.2.4

Samarbejde og partnerskaber

I arbejdet med at fremme den mentale sundhed er det desuden relevant at samarbejde med en lang række offentlige og private aktører:

- Almen praksis, praktiserende psykologer, praktiserende speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri i nærområdet bør være informeret om kommunens indsatser og tilbud omkring fremme af mental sundhed, så de kan henvise borgere til relevante kommunale tilbud. I forbindelse med de forebyggende børneundersøgelser er der desuden mulighed for at opspore og støtte sårbare familier med særlige behov. Via det kommunalt lægelige udvalg kan kommunen afklare roller og ansvar i forhold til almen praksis.
- Regionen yder et stort oplysningsarbejde omkring mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser via den regionale PsykInfo. Regionen har en rådgivningsforpligtelse på forebyggelsesområdet og dermed også omkring mental sundhed, som kommunen kan trække på i tillæg til regionens erfaringer via det tætte samarbejde med psykiatrien.
- Fritidssektoren/foreningslivet: En række kommuner har allerede etableret samarbejde med frivillige for at skabe tilbud og aktiviteter med henblik på socialt samvær, f.eks. besøgstjenester eller spisenetværk. Målgrupperne for de frivillige indsatser er bl.a. ældre mennesker, pårørende til borgere med langvarig sygdom, samt børn og unge.
- Brugerorganisationer: En række kommuner har gode erfaringer med at samarbejde med private arbejdsgivere og brugerorganisationer. Organisationerne stiller typisk et koncept og eventuelt ressourcer til rådighed for borgere med langvarig eller kronisk sygdom. Samarbejdet kan være formaliseret ved en samarbejdsaftale. Psykiatri-Fonden har udviklet en lang række tilbud, som kommunerne kan gøre brug af, f.eks. en informationsbus, som kører ud til skoler for at oplyse om og aftabuisere psykiske lidelser og problemer. Desuden afholder PsykiatriFonden depressionsskoler i samarbejde med kommunerne med fokus på at identificere og håndtere symptomer. Kræftens Bekæmpelse tilbyder sorggrupper til forskellige aldersgrupper, og Ældre Sagen organiserer besøgsvenner på plejehjem, hospitaler og i eget hjem.

Muligheder for en styrket indsats

Mange kommuner har indsatser til fremme af mental sundhed, og der foregår allerede et stort og vigtigt arbejde på området – også i form af aktiviteter i forenings- og idrætsliv. Men der er stor forskel på omfanget af indsatserne og dækningsgraden af forskellige målgrupper, ligesom der ofte ikke måles og kvalitetssikres på mental sundhed. Følgende sammenfatter en række vigtige forudsætninger og pointer for en styrket indsats for fremme af mental sundhed i kommunen:

- Fremme af mental sundhed kan være et mål i sig selv, men det kan også være et middel til at fremme andre målsætninger, som f.eks. at forbedre indlæring, styrke inklusion i folkeskolen, mindske frafald på ungdomsuddannelserne, øge beskæftigelsen, mindske sygefravær og sikre flere selvhjulpne ældre.
- Mental sundhed lægger op til samarbejde på tværs af kommunens forvaltningsområder samt mellem kommuner og frivillige/organisationer.
- Samarbejde mellem kommunen, regionen, almen praksis, praktiserende psykologer og frivillige organisationer er afgørende for den tidlige indsats for mentale helbredsproblemer.
- Det er desuden afgørende, at relevante medarbejdergrupper uddannes og kompetenceudvikles i forhold til at identificere symptomer på dårlig mental sundhed og varetage indsatser omkring mental sundhed.
- Den gennemførte kortlægning viser, at indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser i kommunerne særlig koncentrerer sig om børn- og ungeområdet. Dette gælder både i forhold til opsporing og kommunale tilbud. Indsatsen kan med fordel udvides, så den i højere grad omfatter andre målgrupper og arenaer, f.eks. på arbejdsmarkeds- og ældreområdet.
- Det vil f.eks. være muligt at udbrede den systematiske opsporing af risikofaktorer og symptomer på psykiske lidelser yderligere. Kommunernes indsats på området er i en udviklingsfase – særligt i jobcentrene og i hjemmeplejen, hvor ca. en fjerdedel gennemfører mere eller mindre systematiske opsporinger. Ses der på systematisk opsporing af fødselsdepressioner i den kommunale sundhedspleje, er denne udbredt i næsten fire femtedele af kommunerne.
- Der er desuden potentiale i at gennemføre opsporing af symptomer og risiko for psykiske lidelser blandt hele målgruppen og ikke blot individer, der skønnes at være i høj risiko på et givent område. Det gælder især i forhold til målgrupper, hvor der forventes at være en betydelig underdiagnosticering af psykiske lidelser som f.eks. blandt ældre og blandt borgere udenfor arbejdsmarkedet.

Eksempel 5.1

Headspace

Headspace består af en række lokale centre i Australien og Tasmanien, som yder en tidlig og forebyggende indsats gennem information, støtte og anden hjælp til unge mellem 12 og 25 år og deres familier. Headspace kan kontaktes af alle i målgruppen, både online, via telefon og ved direkte kontakt.

Ideen er 'one stop shop' – at de unge kun behøver at gå et sted hen for at få hjælp. I centrene arbejder psykologer, psykiatere, læger, ergoterapeuter og socialarbejdere, og der arbejdes tæt sammen med lokale tilbud rettet mod unge. Samarbejdet med eksterne parter betyder, at hvis ikke de unge kan hjælpes i selve Headspace centret, så guides de videre til den rette hjælp i andet regi. På den måde er Headspace også et vigtigt element i at hjælpe unge og deres pårørende med at finde vej gennem systemet, så de får den rigtige hjælp.

I Danmark arbejder Det Sociale Netværk på et Headspace-pilotprojekt i fem kommuner, som skal tilpasses danske forhold, og som involverer frivillige unge.

Reference: <http://www.headspace.org.au/> og www.psykisksaarbar.dk

Referencer

Arbejdstilsynet. Arbejdsbetinget stress; 2006

Bertelsen A., Munk-Jørgensen P. & Bech P. De psykiatriske diagnoser. PsykiatriFondens Forlag; 2010

Bertelsen A., Munk-Jørgensen P. & Bech P. De psykiatriske diagnoser. PsykiatriFondens Forlag; 2010

Christensen A.I., Davidsen M., Ekholm O., Hansen S.E., Holst M. & Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil. Sundhedsstyrelsen; 2011

Christensen A.I., Davidsen M., Ekholm O., Hansen S.E., Holst M. & Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil. Sundhedsstyrelsen; 2011

Christiansen E. Forebyggelse af psykiske sygdomme i den kommunale sektor. Notat fra Lægeforeningen, 9/3; 2012

Dalgard O.S., Mathisen K.S., Nord E, Ose S., Rognerud M. & Aarø L.E. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Norske folkehelseinstituttet; 2011. Diderichsen F., Andersen I. & Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen; 2011

De Utrolige År er en række veldokumenterede indsatser, som kan hjælpe børnene og styrke deres muligheder for et godt liv

Den relevante lovgivning er beskrevet nærmere i Forebyggelsespakken om mental sundhed. Sundhedsstyrelsen, 2012

Diderichsen F., Andersen I. & Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen; 2011. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre; 2011

Eplov L.F. & Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. Sundhedsstyrelsen; 2008

Forebyggelsespakken om mental sundhed, Sundhedsstyrelsen, 2012

Harder S. & Simonsen E. Udviklingspsykopatologi i Simonsen E. & Møhl B. (red). Grundbog i psykiatri Hans Reitzel, Kbh.; 2010, s. 101-117

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

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

Larsen K.J. & Clausen B. Kommunepakken: Forebyggelse af selvmordsadfærd blandt børn og unge. Center for Selvmordsforskning og Socialministeriet; 2006. Stephensen I.K., Clausen T.K., Kramme A.L., Mouazzene S. & Ladegourdie A.C.L. Kommunepakken: Selvmordsforebyggelse blandt ældre. Center for Selvmordsforskning og Socialministeriet; 2006. Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Sundhedsstyrelsen; 1998

Naylor C., Parsonage M., McDaid D., Knapp M., Fossey M. & Galea A. Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities. The King's Fund and Centre for Mental Health; 2012

PsykiatriFonden. Psykiske problemer er den primære årsag til frafald på erhvervsuddannelserne; 2011

Statens Folkhälsoinstitut. Barns och ungas hälsa. Kunsapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010; 2011

Sundhedsstyrelsen. Fremme af mental sundhed i kommunen – eksempler, muligheder og barrierer; 2009

Sundhedsstyrelsen. Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed; 2011

Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge; 2011

Søgaard, HJ: Psychometric analysis of Common Mental Disorders — Screening Questionnaire (CMD-SQ) in long-term sickness absence. Scand J Public Health November 2009 vol. 37 no. 8 855-863. <http://sjp.sagepub.com/content/37/8/855.short>

6

Den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder

6.1

Overblik

I dette kapitel beskrives den kommunale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder. Indsatser målrettet borgere med det formål at fremme mental sundhed og forebygge psykiske lidelser er beskrevet i kapitel 5. Da der er et vist overlap mellem disse indsatser, kan der ligeledes være et overlap mellem de to kapitler.

Psykiske vanskeligheder ses i alle aldersgrupper, og der er stor forskel på, hvor svære vanskeligheder den enkelte har. For at kunne tilbyde den rette indsats for den enkelte borger, er der behov for, at kommunerne har en bred vifte af indsatser. Det gælder både i forhold til de forebyggende indsatser (beskrevet i kapitel 5), de lettere indsatser og de 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. På voksenområdet kan det f.eks. være i form af sundheds-, omsorgs- og rehabiliterende indsatser gennem bostøtte, dagsaktivitet, botilbud med døgndækning, mens det på børneområdet kan være i form af PPR, specialundervisning og forskellige former for familieprogrammer og dagbehandlings-tilbud.

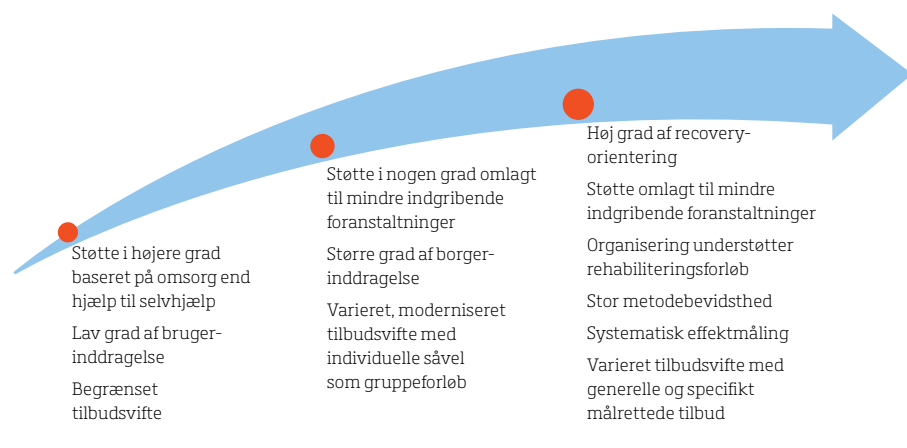
Rehabilitering og inklusion er blevet en kerneopgave for den sociale indsats for borgere med sindsslidelse, og med Danmarks ratificering af FN's Handicapkonvention er retten til inklusion og lige muligheder blevet klart formuleret. Kommunerne har siden år 2000 haft social rehabilitering og inklusion på dagsordenen. Samtidig har recovery-orienterede tilgange (beskrevet i kapitel 14) i stigende grad vundet indpas i den kommunale indsats. Der er dog forskel på implementeringen i kommunerne. Århus, Lyngby-Taarbæk og Odense er blandt de kommuner, der er længst med at iværksætte indsatser, der understøtter en recovery-orienteret tilgang. Den generelle opfattelse er, at recovery- og rehabiliteringstilgange må fastholdes og udvikles, også selv om de udfordrer mere traditionelle opfattelser af omsorg og tildeling af kompenserende hjælp.

Udover behovet for variation i indsatser, er der forskel på, hvilke tilbud de enkelte kommuner har etableret. Kommunerne overtog med kommunalreformen en del tidligere amtslige tilbud, og nogle af forskellene stammer fra forskelle i disse tilbud. Alle kommuner skal i henhold til lov om social service tilbyde opsøgende arbejde, bostøtte, dagtilbud og botilbud, men den enkelte kommune beslutter selv tilbuddenes omfang og karakter. De større kommuner vil typisk have flere, mere varierede og mere specialiserede tilbud end 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.

Forskelligheden af tilbuddene giver sig f.eks. til udtryk i modernisering af botilbud, antal og nyetablering af tilbud, omlægning af støtten til mindre indgribende foranstaltninger, graden af recovery-orientering og desuden lokale prioriteringer (forskil i serviceniveau). Figur 5.1 viser, hvordan variationen i kommunerne kan se ud, her inden for recovery-orientering.

FIGUR 6.1

Variation i kommunernes recovery-orienterede tilgang



Der er ligeledes forskel på, hvilke metoder de enkelte kommuner anvender. Mange steder er indsatsen baseret på socialpædagogiske og kognitive metoder, som f.eks. social færdighedstræning, miljøterapi, musikterapi, livshistoriefortælling, Åben Dialog og den motiverende samtale. Hertil kommer, at medarbejderne typisk har fokus på netværksarbejde, personlige mestringskompetencer, psykoedukation og medicin håndtering. Nogle steder er der, de senere år, iværksat et arbejde med evidensbaserede metoder, f.eks. Individual Placement Support (IPS), Illness Management and Recovery (IMR) og Critical Time Intervention (CTI).

Den enkelte kommune foretager registreringer til egen brug i sagsbehandlingen og til styring af tilbuddenes kapacitet og borgernes tildelte hjælp. Men de nationale registre indeholder udelukkende overordnede data af mere summarisk karakter, som ikke kan anvendes til monitorering. I 2007 blev der i forbindelse med kommunalreformen oprettet en 'Tilbudsportal' med henblik på at give kommunale sagsbehandlere mulighed for at søge efter og sammenligne kommunale, regionale og private tilbud på det sociale område og derved finde de bedste tilbud til den enkelte borger. Data fra Tilbudsportalen

kan ikke anvendes til monitorering, og på nuværende tidspunkt findes der således ikke en systematisk registrering af, hvilke tilbud der gives i kommunerne til borgere med psykiske vanskeligheder. Det betyder, at der på nuværende tidspunkt er et begrænset overblik over de konkrete indsatser og tilbud i kommunerne, da området ikke monitoreres.

Som led i en aftale mellem regeringen og Kommunernes Landsforening (KL) vil kommunerne fra 2013 foretage indberetning af oplysninger. Herefter vil der være mulighed for at få opgørelser om f.eks. målgrupper og brug af tilbudstyper, samt udviklingen heraf.

Der har været en markant udvikling i den kommunale indsats de senere år. Det kommer bl.a. til udtryk i:

- Politikker og strategier med et rehabiliteringssigte for at støtte borgeren til at blive selvhjulpne, i egen bolig og med uddannelse og job.
- Støttetilbud i grupper.
- Akuttilbud.
- Nye former for botilbud og øget støtte i egen bolig.
- Gradvist mere metodeorienterede tilbud.
- Mere specialiserede tilbud til flere og flere borgere med komplekse problemer.
- Erfaringer med nye fleksible former for tværsektorielle samarbejder (regionale psykiatri og kommunal, social indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder), tidlig kommunal støtte til indlagte borgere for at forebygge genindlæggelser mv.

I snitfladen mellem den sociale og psykosociale indsats og den sundhedsfaglige indsats, kan der opstå situationer, hvor mennesker med psykiske vanskeligheder 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. En del kommuner har derfor etableret døgnåbne tilbud til at håndtere disse situationer, enten i tilknytning til eksisterende tilbud som botilbud eller støtte- og kontaktperson ordninger, eller som selvstændige tilbud.

Disse tilbud, som ofte betegnes som akuttilbud, har til formål at kunne yde en hurtig social indsats og afhjælpe en konkret opstået situation. Samtidigt 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.

Der eksisterer i dag forskellige typer af akutte sociale tilbud til sindslidende. De varierer i organisering og indhold og er typisk udsprunget af lokale forhold og prioriteringer. Dette indebærer en stor variation i udbuddet. Akutte sociale tilbud består typisk af en eller flere af følgende grundfunktioner:

- Akutte sengepladser tilknyttet rådgivningsfunktion.
- Udgående rådgivning.
- Telefonrådgivning.

I satspuljeaftalen for 2008 blev der afsat midler til målrettede forsøg med akutte sociale tilbud til mennesker med psykiske vanskeligheder. Otte kommuner har deltaget i projektet, som udløb med udgangen af 2012. De foreløbige resultater har været positive, og projektet blev afsluttet med en evaluering i december 2012.

Udviklingen i viften af tilbud kan forventes at fortsætte i de kommende år. I en undersøgelse gennemført af KL i 2011 angav 85 pct. af de adspurgte kommuner, at de har

konkrete planer om at ændre i kommunernes samlede tilbudsvifte over for mennesker med en sindslidelse i de kommende år. Ud af disse forventer ca. halvdelen at etablere nye tilbud, og 40 pct. forventer at udvide eksisterende tilbud. Derudover har en tredjedel af kommunerne planer om at etablere mindre omfattende støtteformer.

Uanset om mange kommuner har udviklingstiltag på vej, er der behov for at styrke den kommunale indsats på en række områder, således at kommunernes mulighed forbedres for at modtage borgere, der udskrives tidligt fra sygehus. Det gælder udbredelsen af akutte sociale tilbud og styrkelse af kompetenceniveauet i forhold til psykiatri- og sundhedsfaglighed. Der er også behov for at sikre anvendelse af evidensbaserede indsatser og metoder.

6.2

Beskrivelse af udvikling og status – indsatsen over for voksne med psykiske vanskeligheder

De kommunale indsatser til voksne med sindslidelse er reguleret af lovgivning fra bl.a. beskæftigelsesområdet, uddannelsesområdet, sundhedsområdet og socialområdet.

Det er lov om social service (serviceloven), der danner rammen om den sociale indsats for voksne borgere med psykiske vanskeligheder. Kommunerne skal, ifølge servicelovens § 81, tilbyde en særlig indsats for voksne med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Målet med den sociale indsats for mennesker med sindslidelse er at yde støtte til at mestre et liv på egne præmisser. Det er centralt, at mennesker med psykiske vanskeligheder støttes i deres individuelle udvikling i stedet for udelukkende at modtage indsatser fra kommunen.

Den sociale indsats for mennesker med sindslidelse tager udgangspunkt i den sindslidendes samlede livssituation. Indsatsen skal derfor tage udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne, og tage højde for personens funktionsniveau, ressourcer, tidligere livsforløb, aktuelle samlivs-, børne-, job- eller uddannelsessituation samt sociale netværk m.v. Den konkrete sociale indsats udformes og tilrettelægges ud fra en samlet vurdering. Det betyder, at to borgere med samme psykiske lidelser ikke nødvendigvis får samme sociale indsatser.

6.2.1

Udredning og handleplaner

I dette afsnit beskrives først, hvordan borgeren udredes og udarbejdelse af eventuel handleplan med henblik på udførelse af den enkelte indsats. Beskrivelsen af indsatserne er inddelt i opøgende støtte- og kontaktskabende indsatser, indsatser målrettet boligforhold, indsatser i forhold til uddannelse og beskæftigelse, samt aktivitets og samværstilbud.

Inden en social indsats bevilliges, foretages en udredning og individuel vurdering af borgerens situation og behovet for støtte. På baggrund af udredningen kan kommunen vælge at udarbejde en handleplan.

Efter kommunalreformen og kommunernes overtagelse af det fulde myndighedsansvar har der været fokus på at udvikle metoder og redskaber til systematisk socialfaglig

udredning, udarbejdelse af handleplaner, bestilling af indsatser hos udførende enheder, opfølgning m.v.

KL og Social-, Børne og Integrationsministeriet har i fællesskab udviklet et it-understøttet system til en helhedsorienteret og sammenhængende sagsbehandling på voksenområdet (DHUV¹⁷). Systemet dækker det samlede sagsforløb.

Voksenudredningsmetode

I forbindelse med udredningen er der indført en voksenudredningsmetode (VUM), hvor borgerens samlede situation vurderes ud fra 11 temaer. VUM er inspireret af den internationale klassifikation af funktionsevne (ICF). Elementerne i VUM fremgår af figur 6.2. På baggrund af VUM kan den sociale, tværfaglige handleplan udarbejdes.

FIGUR 6.2

Voksenudredningsmetode



17 DHUV: Digitalisering Handicappede og Udsatte Voksne. Se mere om kravspecifikation af DHUV og VUM, evaluering af systemet og dets løbende udbredelse på: <http://www.servicestyrelsen.dk/dhuv>. Der er udviklet et tilsvarende sagsstøttesystem på børne- og ungeområdet kaldet DUBU.

Social handleplan

Når borgeren er udredt, kan kommunen vælge at udarbejde en social handleplan. Servicelovens § 141 foreskriver således, at kommunalbestyrelsen som led i indsatsen skal skønne, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde at udarbejde en handleplan for indsatsen. Kommunalbestyrelsen skal dog altid tilbyde at udarbejde en handleplan til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller borgere med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.

Handleplanen skal så vidt muligt udarbejdes i samarbejde med borgeren og omfatte:

- Formålet med den indsats, der iværksættes.
- Hvilken indsats, der er nødvendig for at opnå formålet.
- Den forventede varighed af indsatsen.
- Andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, sociale relationer m.v.

Handleplanen sikrer således, at både borger, pårørende og professionelle har samme mål med indsatsen, ligesom handleplanen prioriterer de forskellige dele af støtten. Det er f.eks. væsentligt, at de forskellige involverede fagprofessionelle yder støtten med sigte på egenmestring.

Handleplanen formidles til udføreren/-ne, der herefter ofte udarbejder en pædagogisk plan for den konkrete daglige udførelse af selve støtten.

Udfordringerne består oftest i at kunne balancere mellem at sætte tilstrækkelig klare mål i handleplanen og for den tildelte støtte, at det bliver retningsvisende for udførelsen hos de medarbejdere, der skal give støtten. Der skal dog stadig være mulighed for fleksibilitet i udførelsen, således at der ikke skal foretages hyppige re-visitationer med borgeren, som kan give unødigt utryghed.

6.2.2

Opsøgende støtte- og kontaktskabende indsatser

Kommunerne skal i henhold til servicelovens § 99 yde tilbud om en støtte- og kontaktperson til borgere med en sindslidelse. Siden 2006 har støtte- og kontaktpersonsordningen – udover sindslidende – også omfattet personer med stof- eller alkoholmisbrug og personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opretholde egen bolig.

Målgruppen for støtte- og kontaktpersonsordningen er borgere over 18 år, der bor i egen bolig eller er hjemløse, og som ofte er belastet af psykiske vanskeligheder, misbrugsproblemer og/eller andre sværere sociale problemstillinger. Formålet med ydelsen er at medvirke til, at borgeren med varigt nedsat funktionsevne og dennes familie kan leve et almindeligt liv som andre på samme alder og i samme livssituation. Støtten kan igangsættes på baggrund af en konkret henvendelse fra borgeren selv, borgerens nærmiljø, fra en samarbejdspartner til kommunen eller på baggrund af en opsøgende indsats i lokalmiljøet.

Støtte- og kontaktpersonsstøtten er en uvisiteret, opsøgende indsats, som ydes til nogle af de mest udsatte voksne, eventuelt som et supplement til anden støtte. I praksis

vil der dog ofte være tale om borgere, som har brug for støtte til netop at indgå i mere etablerede tilbud. Tilbuddet om støtte- og kontaktperson skal gives i dialog med og på borgerens præmisser, og borgeren har krav på anonymitet, modsat hvad der er tilfældet i andre tilbud efter serviceloven, hvor borgeren skal visiteres til en ydelse.

TABEL 6.1

Antal personer med en støtte-og kontaktpersonordning

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
4.979	4.915	5.095	5.055	5.331	5.645	4.213*	4.798	5.221	5.638	5.043

Kilde: Danmarks Statistik, 2010.

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

Støtte- og kontaktpersoner fungerer som individuelle støtte- og kontaktpersoner. De har typisk en relevant social og/eller sundhedsfaglig uddannelse samt erfaring med at arbejde med målgruppen af udsatte borgere.

Støtte- og kontaktpersonsarbejdet baserer sig på socialfaglige metoder. Ligesom andre områder inden for det socialfaglige felt, er der i de senere år sket en udvikling i det metodiske grundlag for at yde støtte- og kontaktpersonsstøtte. Fra 2007-2011 har Socialstyrelsen i samspil med tre store kommuner udviklet faglige metoder i forhold til de mest isolerede sindslidende, som bor i egen bolig (Isbryderprojektet). Det har medført, at der er sket en udvikling i det opsøgende, kontaktskabende og tværgående samarbejde om borgerne, samt systematisering omkring nogle af de anvendte metoder (Isolerede sindslidende i egen bolig, 2011).

I nogle tilfælde varer støtten i et par uger eller måneder, andre gange kan den strække sig over flere år (et gennemsnitligt forløb varer ca. 130 dage).

I 2009 var antallet af ansatte i støtte- og kontaktpersonsordningen 440 ansatte (opgjort i årsværk). Der er i gennemsnit 15 borgere pr årsværk. Tres procent af brugerne er mænd, 40 pct. er kvinder, og ca. halvdelen af brugerne er mellem 36-55 år. Blandt de afsluttede forløb er 39 pct. afsluttet med succes i den forstand, at borgeren har opnået kontakt til andre dele af det offentlige tilbud, eksempelvis sagsbehandler eller bo-støtte.

En tidligere evaluering af støtte- og kontaktpersonsstøtten konkluderer, at både administratorer, støtte- og kontaktpersoner samt brugere af ordningen generelt er tilfredse med ordningen, bl.a. fordi flere borgere beholder deres egen bolig ved hjælp af ordningen. Støtte- og kontaktpersonsstøtten kan således bidrage til, at borgeren fastholder en selvstændig tilværelse.

6.2.3

Boligforhold

Den kommunale indsats omkring bolig og boliv for mennesker med sindslidelse spænder vidt og omfatter såvel selve boligen som den støtte, der skal til for, at borgere kan bo i egen bolig. Nogle borgere bor i et længerevarende botilbud, fordi de forventes at have vedvarende behov for omfattende støtte hele døgnet, mens andre borgere har, som del af deres sociale handlingsplan, opstillet mål for at få egen bolig uden for

botilbuddets rammer. Atter andre borgere bor i almindelige lejeboliger efter almenboligloven, men kan i perioder have brug for, at der er kommunale akuttilbud som kan træde til i perioder, hvor borgeren oplever en forværring i sin psykiske tilstand.

Nogle borgere har på grund af deres funktionsniveau brug for meget omfattende støtte for at kunne forblive i egen bolig, mens andre har brug for mindre omfattende støtte, f.eks. i form af et par timers socialpædagogisk støtte. Støttede boformer og støtte til at bo i egen bolig omfatter ofte også støtte til andre dele af hverdagslivet. Kommunerne har i stigende grad fokus på, at tilbuddene har et udviklingsperspektiv frem for udelukkende et omsorgsperspektiv.

Indsatsen på boligområdet omfatter derfor:

- Indsatser med henblik på at fremme, at hjemløse flytter i bolig.
- Døgnbemandede længerevarende botilbud.
- Botilbud af mere midlertidig karakter f.eks. bofællesskaber med tilknyttet støtte.
- Socialpædagogisk støtte/bostøtte.
- Hjælp til sundhedsopgaver.
- Praktisk bistand og støtte til, at borgere kan bo i egen bolig med få timers støtte.
- Akuttilbud for at yde tilbud i kritiske perioder og undgå brud med hverdagslivet.

Efter kommunalreformen har flere kommuner samlet de sociale indsatser til målgruppen i integrerede kommunale løsninger, så borgerne kan få et inkluderende og sammenhængende tilbud dér, hvor de og eventuelt deres pårørende bor. Mange steder skal tilbudsviften ses i et kontinuum, hvor tilbuddet skaleres efter borgerens aktuelle og forventede fremadrettede behov.

Botilbud

Serviceovens § 107 tilbud er et midlertidigt, døgndækket tilbud målrettet mennesker med ”betydeligt nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer”, mens serviceovens § 108 er et længerevarende botilbud for mennesker, der ”på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis”.

Længerevarende botilbud efter serviceovens § 108 er til borgere, der har brug for et døgnbemandet tilbud over en længere periode. De længerevarende botilbud er i mange kommuner blevet moderniseret efter kommunalreformen. Tendensen er, at relativt færre skal bo i denne type botilbud, da mange med den rette støtte og motivation, bl.a. på grund af ændret medicin og behandling, kan klare sig med anden og mindre omfattende støtte, mens de der fortsat vurderes at befinde sig bedst i et længerevarende tilbud, skal tilbydes boliger, der er tidssvarende. Derfor er mange botilbud ombygget eller står over for en ombygning.

Ligeledes er de midlertidige botilbud efter serviceovens § 107 mange steder blevet omlagt eller erstattet af tilbud i almindelige boligområder, f.eks. lejlighedsfællesskaber eller andre former for bofællesskaber.

Tabel 6.2 viser, at antallet af beboere i midlertidige botilbud er steget fra 2001 til 2011, hvilket formentlig skyldes, at borgere, der tidligere ville have fået tildelt et længerevarende botilbud, i stedet får tildelt et midlertidigt botilbud.

TABEL 6.2

Antal beboere i midlertidige botilbud

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
287	411	396	344	351	344	-**	-**	2.219***	2.508	2.439

Kilde: Danmarks Statistik, 2010. Tallene omfatter sindslidende og personer med sociale problemer.

** Tallet for 2007 og 2008 er ikke opgjort pga. omstilling i forbindelse med kommunalreformen.

*** Tallet for 2009 er ikke direkte sammenligneligt med tidligere år pga. manglende indberetning.

TABEL 6.3

Antal beboere i længerevarende botilbud

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2.925	3.070	3.250	3.285	3.255	3.292	-**	-**	2.667***	3.004	2.521

Kilde: Danmarks Statistik, 2010. Tallene omfatter sindslidende og personer med sociale problemer

** Tallet for 2007 og 2008 er ikke opgjort pga. omstilling i forbindelse med kommunalreformen.

*** Tallet for 2009 er ikke direkte sammenligneligt med tidligere år pga. manglende indberetning.

Beboere i almennyttige boliger har en almindelig lejelovskontrakt. For at kommunerne kan have adgang til at tilbyde en almennyttig bolig til andre borgere med behov herfor, er det væsentligt, at borgere, der kan flytte i egen, selvstændig bolig ikke bliver boende i den almennyttige bolig. I nogle tilfælde ønsker borgeren ikke at flytte, og kommunen kan derfor komme i en situation, hvor der er mangel på almennyttige boliger.

Figur 6.3 viser udviklingen i tilbudsviften for henholdsvis mennesker med psykiske vanskeligheder, udviklingshæmning og autisme indenfor de seneste år.

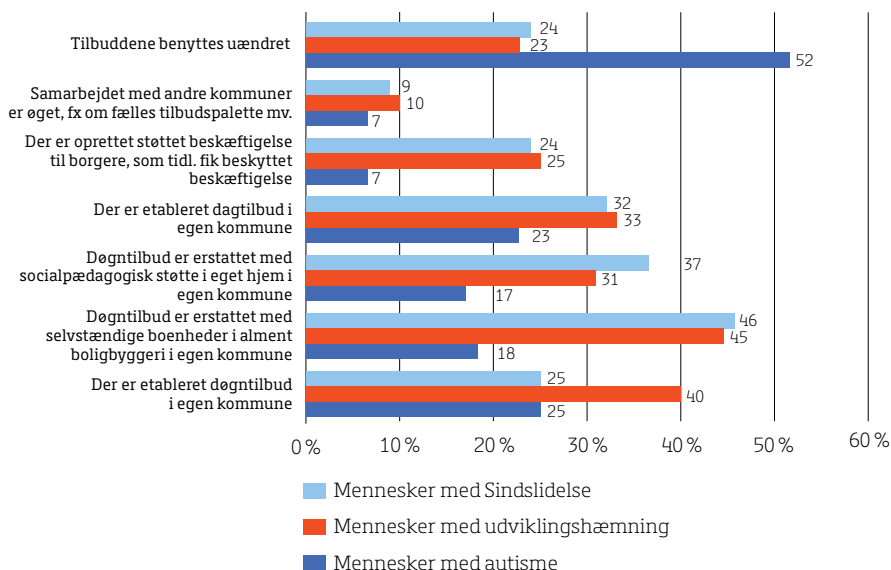
Både i længerevarende og midlertidige botilbud sættes der i stigende grad fokus på at arbejde recovery-understøttende og på, at botilbuddet såvel som de enkelte beboere indgår i tættere interaktion med det omkringliggende nærmiljø. Der er altså generelt en tendens til, at flere aktiviteter flyttes fra botilbuddets rammer ud i ordinære rammer i lokalsamfundet som led i en samlet kommunal strategi for udvikling af området.

46 pct. af respondenterne i KL's undersøgelse (jf. kilde under figur 6.3) svarer, at døgntilbud til sindslidende er erstattet med selvstændige boenheder i alment bolig-byggeri, og for 37 pct. er døgntilbud erstattet med døgndækket socialpædagogisk støtte i eget hjem.

Det sker ud fra et ideal om at skabe bevægelse mod mindre indgribende tilbud i egen bolig. Flere kommuner inddrager således udflytning som perspektiv helt fra indflytning (Ramian og Ahlgreen 2010). De opretter udslningsboliger eller afdelinger og omlægger mange botilbudspladser til tilbud om f.eks. § 85 støtte i eget hjem eller i boliger oprettet under almenboliglovens bestemmelser.

FIGUR 6.3

Udviklingen i tilbud



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, KL 2011

Samtidig er der, i takt med at borgerne udskrives tidligere med større behov for såvel behandling som social støtte, brug for at der etableres et tættere samarbejde med den ambulante psykiatri og de praktiserende læger, både omkring medicinering og omkring monitorering af borgerens generelle sundhedstilstand. Det kan f.eks. ske gennem større tilstedeværelse af den ambulante psykiatri på botilbuddene, både til at supervisere personalet og til at sikre en tilstrækkelig behandlingsindsats til de enkelte borgere. Disse aftaler kan beskrives i sundhedsaftalerne på det psykiatriske område.

Det er væsentligt, at udskrivinger koordineres mellem sygehuset og kommunen, således at det kan sikres, at kommunen er klar til at modtage borgeren. De overordnede aftaler for dette bør fastlægges i sundhedsaftalerne. Ligeledes bør det beskrives, hvordan region og kommune skal håndtere en situation, hvor borgeren ikke ønsker at modtage det botilbud, som kommunen tilbyder.

EKSEMPEL 6.1**Viborg Kommune – fra døgndækning til egen bolig med støtte og akut tilbud**

Viborg Kommune omlægger, som flere andre kommuner i disse år, sine indsatser, så de i højere grad imødekommer borgernes behov for støtte til at mestre eget liv. Omlægningerne omfatter, at der reduceres i de døgndækkede pladser, oprettes særskilte boliger til ældre med sindslidelse, etableres døgndækket akuttjeneste med gæstelejlighed med akutte problemstillinger og natydelser i eget hjem.

Reference:

http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_53139/scope_0/ImageVaultHandler.aspx

EKSEMPEL 6.2**Forebyggelsesteam i Vejle Kommune styrker borgernes egen mestring**

Vejle Kommune etablerede i 2009, med nationale puljemidler, et forebyggelsesteam for at reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser i psykiatrien gennem intensiv støtte i en periode på tre måneder til borgere, der har været indlagt i mere end 30 dage. Teamet består af dels støttepersoner i den kommunale sociale indsats og dels af sagsbehandlere fra henholdsvis den kommunale myndighedsafdeling og den regionale psykiatri. Med indsatsen gives der ekstra støtte under overgangen fra indlæggelse til egen bolig. 70% af borgerne kunne efter forløbet klare sig uden støtte. Der er ikke i forsøgsperioden sket uhensigtsmæssige genindlæggelser for de omfattede borgere. På baggrund af de positive resultater af projektet besluttede kommunalbestyrelsen i Vejle i efteråret 2012 at permanentgøre forebyggelsesindsatsen.

Reference:

http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_53136/scope_0/ImageVaultHandler.aspx

Bostøtte samt personlig og praktisk hjælp i egen bolig

Bostøtte er et tilbud om socialpædagogisk støtte, som ydes efter § 85 i serviceloven. Støtten ydes som hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Målet med støtten er at sætte borgeren i stand til at leve et selvstændigt liv uden støtte.

Som det fremgår af tabel 6.4, er der sket en markant stigning i antallet af borgere, der modtager socialpædagogisk støtte. Fra 2007-2010 er der næsten sket en fordobling i det samlede antal af modtagere af § 85-støtte. Stigningen er en konsekvens af, at det har været et mål at tilbyde mindre indgribende tilbud i egen bolig.

TABEL 6.4

Antal personer som modtager socialpædagogisk støtte*

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
3.747	3.799	4.230	5.137	5.399	5.790	7.614	9.719	11.934	13.501	14.732

Kilde: Danmarks Statistik, 2010.

* Tallene er usikre, da der ikke er ensartet registreringspraksis. Der skal især tages forbehold ved sammenligning før og efter kommunalreformen.

Hvor der tidligere var tradition for at yde bostøtte som individuel støtte i borgerens eget hjem, er der i stigende grad tendens til, at kommunerne sammensætter forskellige typer af forløb af varierende periode og intensitet. Støtten anvendes:

- Som tilbud til borgere, der vurderes at have et støttebehov, men som ikke har behov for den omfattende støtte, som et botilbud tilbyder.
- Som en del af en strategisk omlægning af støtten for borgere i døgntilbud.
- I overgangen fra indlæggelse til et liv i egen bolig.

Bostøtte ydes i flere kommuner såvel individuelt som i grupper eller i kombination heraf. Gruppeforløb kan være målrettet borgere med ensartede problemstillinger, kan handle om mestring af hverdage eller være specifikt målrettet f.eks. uddannelse og beskæftigelse.

SFI har foretaget en analyse af bostøtten, offentliggjort i 2012. Rapporten viser, at nogle kommuner bruger § 85 udviklingsorienteret, mens andre kommuner har mere fokus på en omsorgsorienteret tilgang. Der peges på et behov for at styrke fokus på at støtte beboeren i en styrket relation til netværk og omgivelser. Der er således ifølge undersøgelsen behov for at udvikle tilgangen til bostøtten, så den i højere grad er del af en rehabiliterende tilgang. Samtidig er der behov for at støtten i højere grad ydes på baggrund af en systematisk metodisk tilgang.

Udover bostøtte, kan der gives personlig og praktisk hjælp i eget hjem efter service-lovens § 83 (hjemmehjælp). Støtten kan gives alene eller sammen med bostøtte efter § 85. Hjemmehjælpen er den interne samarbejdspartner, der arbejdes mest sammen med i den sociale indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder. I Odense Kommune har man etableret 'hjemmehjælperkorps', der udelukkende har med sinds-lidende at gøre, og som fungerer som almindelig hjemmehjælp, hvor borgeren får hjælp til at holde sit hjem, men dette gøres ofte i samarbejde med borgeren. I enkelte sager gives en enkeltydelse i form af hovedrengøring, og efterfølgende visiteres den enkelte til hjemmehjælp for at hindre, at en lignende situation opstår.

Hertil kommer, at en lang række borgere modtager hjemmesygepleje i eget hjem. Det gælder generelt for borgere med sindslidelse, og i særdeleshed for mennesker med svære psykiske lidelser og med misbrug, hvor der er behov for et styrket samarbejde mellem hjemmesygepleje, psykiatri, kommunale sociale indsats og misbrugs-behandlingen.

6.2.4**Uddannelse og beskæftigelse**

Der er tiltagende fokus på rehabilitering af mennesker med psykiske vanskeligheder, hvorfor disse skal støttes til at opnå uddannelse eller beskæftigelse. Den beskæf-

tigelsesrettede indsats gives ud fra en konkret vurdering af den enkelte borgers behov og forudsætninger, samt den enkeltes helbredssituation og ressourcer. Der gives således ikke en særlig indsats for borgere med psykiske lidelser.

Sigtet med at yde en beskæftigelsesrettet indsats er, at borgere indsluses eller fastholdes på arbejdsmarkedet og dermed hjælpes til at kunne forsørge sig selv og sin familie. Borgere, der modtager kontanthjælp eller sygedagpenge mv., kan modtage vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik og løntilskud. Borgere med begrænsninger i arbejdsevnen f.eks. på grund af psykiske vanskeligheder, og som ikke kan hjælpes tilbage i job via ovennævnte tilbud, kan kommunen give tilbud om revalidering. Herudover kan kommunen give borgere med varige begrænsninger i arbejdsevnen tilbud om fleksjob, når særlige betingelser er opfyldt, og borgeren i øvrigt ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår. Der kan endvidere, som led i at understøtte borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet, gives støtte i form af mentorordning, hjælpemidler, befordringsgodtgørelse eller personlig assistance.

Som følge af det forøgede fokus på ledige borgere med psykiske vanskeligheder har flere jobcentre igangsat særlige tiltag f.eks. vedrørende screening (se kapitel 5), koordinering af sagsforløb, særligt tilrettelagte tilbud om f.eks. udredning, mestring, psykologbehandling og fysisk aktivitet.

På socialområdet gøres der også en række tiltag, f.eks. har en lang række kommuner gjort erfaringer med særligt tilrettelagte forløb til unge med komplekse psykiske vanskeligheder for at udrede, afklare og styrke de unges sociale og faglige kompetencer, samt motivere dem til at søge uddannelse og arbejde. Kommunerne etablerer også beskyttede beskæftigelsestilbud på ordinære arbejdspladser, men med tilstedeværelse af særlig støtte, hvor arbejdskraften leveres af borgere med sindslidelse. Endelig sker der enkelte steder afprøvning af den evidensbaserede metode, Individuel Placement Support, til beskæftigelse og rehabilitering.

Kommunerne skal, efter servicelovens § 103, tilbyde beskyttet beskæftigelse til personer under folkepensionsalderen, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning. Tabel 6.5 viser en svag stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser i beskyttet beskæftigelse.

TABEL 6.5

Antal mennesker med psykiske lidelser i beskyttet beskæftigelse

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1.298	1.286	1.419	1.551	1.678	1.780	1.557	1.208	1.727	1.649	2.180

Kilde: Danmarks Statistik, 2010.

Hvis man læser på en videregående uddannelse, har man mulighed for at søge om handicapstillæg ved siden af Statens Uddannelsesstøtte, hvis man har en varig psykisk eller fysisk funktionsnedsættelse.

EKSEMPEL 6.3

Gruppeforløb til sindslidende i Gladsaxe Kommune

Borgere med psykiske lidelser, som står uden for arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet, kan i Gladsaxe Kommune visiteres til korte, intensive gruppeforløb. Gruppeforløbene sætter fokus på de centrale temaer for hverdagslivet såsom fritid, job, pårørende og netværk, økonomi, kost og motion for at støtte borgerens psykosociale rehabilitering. Særligt for unge mellem 18 og 25 år er der fokus på uddannelse og beskæftigelse og muligheder for mentorordning.

Reference: Korte, intensive gruppeforløb for borgere i Gladsaxe Kommune med en psykisk lidelse, Gladsaxe, 2010.

6.2.5

Aktivitets- og samværstilbud

Kommunalbestyrelsen skal, ifølge servicelovens § 104, tilbyde aktivitets- og samværstilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller livsvilkår. Tabel 6.6 viser, at antallet af mennesker med sindslidelser i aktivitets- og samværstilbud er nogenlunde konstant, dog med en tendens til stigning i 2010 og 2011.

TABEL 6.6

Antal mennesker med sindslidelse i aktivitets- og samværstilbud (§ 104)

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
7.310	7.942	7.435	7.454	6.953	7.090	7.048	7.065	7.672	9.375	8.077

Kilde: Danmarks Statistik, 2010.

Rammerne for indholdet og organiseringen af indsatsen er brede. Der kan være målrettede aktiviteter, eksempelvis med henblik på kompetenceudvikling og beskæftigelse, men stederne kan også tilrettelægges som et fristed, der kan give gode betingelser for personlig udvikling. Hovedfokus er på, at målgruppen kan få mulighed for at komme hjemmefra og deltage i sociale aktiviteter. Der er i lovgivningen lagt op til, at der i videst muligt omfang skal være brugerinddragelse i forbindelse med de aktiviteter, som tilbydes på værestederne. Der kan både være tale om tilbud med visitation og åbne tilbud uden visitation.

I de senere år er der sket en udvikling af tænkning og praksis omkring være- og aktivitetssteder. Eksempelvis har Esbjerg, Odense og København kommuner udarbejdet en strategi for deres aktivitets- og samværstilbud, som en del af den overordnet strategi for de tre kommuners samlede sociale indsats i forhold til mennesker med psykiske problemstillinger. Generelt betyder det et stigende fokus på at opbygge fleksible tilbud, som bedre matcher forskellige borgeres svingende funktionsniveau. Der er imidlertid fortsat et potentiale for at styrke inddragelsen af såvel frivillige som den enkeltes netværk i indsatser til sindslidende.

Frivillige sociale indsatser

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 en mere formaliseret og forpligtende karakter, f.eks. i form af partnerskaber.

Der udarbejdes en årlig redegørelse af kommunernes samarbejde med frivillige organisationer lokalt, benævnt § 18-redegørelsen. I 2010 blev 5.161 frivillige sociale aktiviteter støttet efter servicelovens § 18. Fire procent af aktiviteterne var rettet mod mennesker med sindslidelse, og der er bl.a. givet støtte til motionsarrangementer, besøgsven-ordninger osv.

EKSEMPEL 6.4

Netværksfamilier skaber socialt netværk og reducerer behandlingsbehov

Projekt Netværksfamilier blev igangsat i 7 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 et ønske om at beholde relationen. En evaluering indikerer, på baggrund af beregninger af sparede udgifter til behandling, at tilbuddet er omkostningseffektivt.

Reference: http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Projekter/Netv%C3%A6rksfamilier/Netv%C3%A6rksfamilieprojektet_Abstraktbog%20-%202012-05-29.pdf

6.3

Beskrivelse af udvikling og status – indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder

Tal fra Danmarks Statistik viser, at godt 2,5 pct. af børnebefolkningen modtager støtte i form af forebyggende støtte eller anbringelse udenfor hjemmet i henhold til serviceloven.

En undersøgelse foretaget af Socialforskningsinstituttet fra 2008 viser, at hjemmeboende udsatte børn og unges primære vanskeligheder ofte er psykiske problemer og faglige skoleproblemer, samt at unges psykiske vanskeligheder ikke er diagnosticeret i samme omfang, som det gælder for de anbragte unge. Undersøgelsen konstaterer tillige, at anbragte børn er ringere stillet end andre børn, idet de oftere end andre børn har psykiske og sociale problemer. Kun halvdelen klarer en almindelig skolegang uden specialforanstaltninger. Endelig viser undersøgelsen, at både udsatte hjemmeboende og anbragte unge har meget få stabile venskaber.

KL har i samarbejde med en række kommuner fra 2010 til 2011 haft et satspuljefinansieret projekt om "Børn og unge med psykiske vanskeligheder". Projektet havde til formål at undersøge og afprøve nye kommunale handlemuligheder over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, således at kun de børn, der har brug for egentlig

psykiatrisk udredning og behandling henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Kommunerne iværksatte forskellige former for delprojekter, f.eks. forældreinstruktionsprogrammer, tværsektorielt samarbejde, evidensbaseret praksis og psykologbehandling til børn og unge. Projektet viste, at der var behov for, at erfaringerne fra projekterne formidles bredere til kommunerne, så de kan inspirere til implementering af indsatser og ny praksis for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

6.3.1

Pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR)¹⁸

Folkeskoleloven, serviceloven og lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, understreger vigtigheden af, at den enkelte kommune etablerer et tværfagligt samarbejde omkring børn og unge med særlige behov. Den kommunale organisering i forhold til disse tre lovgivninger kan være forskellig, men typisk vil der være tre forskellige faglige rådgivningssystemer: Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, rådgivningsgruppe med sagsbehandlere på børne- og familieområdet samt den kommunale sundhedstjeneste.

PPR er betegnelsen for den enkelte kommunes rådgivnings- og vejledningstilbud til børn, unge, familier, skoler og daginstitutioner vedrørende børn og unge mellem 0-18 år. Henvendelse til PPR kan ske gennem daginstitution eller skole, men også forældre eller andre kan henvende sig direkte. Anledningen til at inddrage PPR kan f.eks. være skoleproblemer, trivselsproblemer, familiære vanskeligheder, psykiske problemer eller fysiske og/eller udviklingsmæssige funktionsnedsættelser. PPR rummer brede pædagogisk-psykologiske og kliniske kompetencer, og i en del kommuner har PPR mulighed for at gå ind i kortere behandlingsforløb vedrørende angst og tvangsproblematikker hos børn og unge.

PPR har en central placering, når det handler om tidlig indsats og forebyggende arbejde i forhold til sårbare og udsatte børn og unge, idet de har til opgave at medvirke til sikring af tilstrækkelige udviklingsbetingelser for børn og unge. PPR kan tilbyde pædagogisk og psykologisk udredning, samtaler, vejledning og/eller henvisning til behandling eller specialundervisningsforanstaltninger, individuel vejledning vedrørende udskoling og overgang til uddannelser for elever med særlige behov, anonym vejledning, samt bidrage til procesorienterede indsatser i de miljøer, barnet befinder sig i. PPR spiller tillige en aktiv rolle i forhold til, at videregive viden til de personer, der har ansvar for børns læring, opdragelse og omsorg, samt at sætte fokus på problemfelter i forbindelse med børns opvækst.

6.3.2

Rådgivning og psykologhjælp

Kommunalbestyrelsen skal i henhold til § 11 i lov om social service sørge for, at forældre eller andre der sørger for et barn eller ung, kan få gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Rådgivningen skal kunne gives som et åbent og anonymt tilbud. Der er ingen aldersgrænse for retten til rådgivning. Rådgivningstilbuddet er et supplement til den tidlige og forebyggende indsats, og kan indebære konsulentbistand til børn, unge og familier, samt rådgivning om familieplanlægning.

¹⁸ Organiseringen i kommunerne vil ofte være en samling af forskellige funktioner, f.eks. socialrådgivere og psykologer. Betegnelserne kan variere, f.eks. er PPR, Børne- og Unge rådgivningen, og Forebyggelse og Sundhed nogle af eksemplerne.

I Danmark lever en stor gruppe af børn og unge i familier med misbrug eller psykiske lidelser, uden at de får den støtte og hjælp, de har behov for. En af årsagerne er, at der ikke i tilstrækkeligt omfang samarbejdes på tværs af de forskellige sektorer, der er i berøring med børnene, de unge og deres forældre. På den baggrund igangsatte Socialstyrelsen i 2006 projektet "Bedre tværfaglig indsats". Projektet resulterede i et idékatalog, der præsenterede en overordnet struktur for en samarbejdsmodel, anbefalinger til metoder og redskaber, eksempler på best practice og en vejledning til implementeringen af samarbejdsmodellen. I forlængelse af projektet udmeldte Socialstyrelsen i 2008 en ansøgningspulje, hvorfra kommuner kunne søge midler til at implementere samarbejdsmodellen, og 19 kommuner er aktuelt i gang med implementering af samarbejdsmodellen.

Der blev med Psykiatriaftalen for 2007 til 2010 afsat i alt 133,2 mio. kr. fra satspuljen over 4 år til at styrke indsatsen over for børn og unge med begyndende eller lettere psykiske vanskeligheder. Puljen blev bl.a. brugt til psykologbehandling i kommunerne og på ungdomsuddannelserne og havde til formål at afdække, om tidlig psykologbistand kan medvirke til at forebygge en eskalering af problemerne, sikre større psykisk trivsel og således mindske behovet for psykiatrisk udredning og behandling.

Evalueringsrapporten af satspuljeprojekterne i psykiatriaftalen 2007-2011 af Rambøll Management viste, at antallet af børn og unge med psykiske vanskeligheder i kommunerne og på ungdomsuddannelserne var højt, idet de kommuner, der havde gennemført projekter samlet set har gennemført behandling og/eller udredning for 1.629 børn og unge, hvoraf 1.211 har afsluttet et forløb. På ungdomsuddannelserne modtog i alt 5.278 unge behandling. En meget stor del var ikke kendte i det kommunale system i forvejen, i alt fald ikke i forhold til psykiske vanskeligheder. Resultatet af evalueringen var:

- I fem ud af syv projektkommuner er der sket et større fald i antal sengedage i børne- og ungdomspsykiatrien og en mindre stigning i antallet af patienter, sammenlignet med landsgennemsnittet.
- Psykologhjælpen har reduceret ventelisterne til børnepsykiatrien, om end det ikke er muligt at angive en præcis indikation af, hvor stor reduktionen er.
- Unge på ungdomsuddannelserne opnår en øget trivsel efter at have modtaget psykologhjælp. 77 pct. af de unge har oplevet en øget trivsel.
- Projekter og samarbejdspartnere angiver, at man vurderer, at indsatsen har haft en betydning i forhold til at reducere behovet for efterfølgende psykiatrisk behandling.
- Der opleves forbedringer i forhold til angst/bekymring, depression, mentalt velbefindende, selvkontrol, generel sundhedsopfattelse og energi/vitalitet.
- Indsatsen har haft en konkret betydning i forhold til at reducere frafaldet på ungdomsuddannelserne.

I forbindelse med Psykiatriaftalen 2011-2014 blev der afsat 51 mio. kr. til at fortsætte eksisterende og igangsætte nye projekter i kommuner, organisationer, og på uddannelsesinstitutioner med henblik på at etablere netværksgrupper for familier til børn med psykiske vanskeligheder, samt etableringen af en landsdækkende forebyggende psykologisk indsats for unge på erhvervsuddannelserne.

EKSEMPEL 6.5**Børnepsykologisk team i Aalborg**

Det børnepsykologiske team i Aalborg kommune er i dag en integreret del af kommunens børnerådgivning, og har siden 2007, som en del af konkretiseringen af psykiatritalen 2007 -2011, behandlet børn mellem tre og 13 år med lettere psykiatriske eller psykologiske problematikker. Det er typisk børn med angst, tvangstanker/-handlinger, udviklingsforstyrrelser og andre problemstillinger, som ikke skyldes belastende opvækstvilkår. Det børnepsykologiske team tilbyder udredning, rådgivning og behandling målrettet barnets problematik, og med et bredere perspektiv end blot diagnostisk afklaring. Mange af børnene har ikke en sag hos en rådgiver eller i PPR, og forældre kan henvende sig direkte til teamet.

EKSEMPEL 6.6**Ungekontakter i Århus**

Ungekontakten i Århus rådgiver og yder vejledning omkring ungdomslivsproblemer, psykiske problemer eller misbrugsproblemer for unge mellem 14-18 år. Rådgivningen er åben og anonym og unge, familie og andre personer omkring den unge, kan rette direkte henvendelse til Ungekontakten. Formålet med rådgivningstilbuddet er at forebygge sociale problemer, og hjælpe den enkelte over øjeblikkelige vanskeligheder. Rådgivningen beskæftiger sig desuden med udredningsopgaver, krise/akutfunktion, akutanbringelser samt faglig bistand til samarbejdspartnere.

EKSEMPEL 6.7**Forældrenetværksgrupper i Herlev**

Projekt Forældrenetværksgrupper i Herlev er målrettet forældre til børn i alderen 5-12 år med psykiske vanskeligheder. Ud over deltagelse i forældrenetværksgrupper, indebærer projektet tillige mulighed for at få individuelle rådgivningsforløb. Formålet med netværksgrupperne er at give forældrene mulighed for at få støtte til at håndtere de særlige udfordringer, der kan opstå, når man er forælder til et barn med psykiske vanskeligheder, og målet er således at øge den enkelte families trivsel og særlige ressourcer.

6.3.3**Barnets Reform**

ServiceLOVEN danner rammen om den sociale indsats for udsatte børn og unge. Formålet er, ifølge § 46, at sikre, at børn og unge har de bedst mulige opvækstvilkår, så de kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv, som deres jævnaldrende. Der lægges vægt på betydningen af, at der ydes en sammenhængende indsats, og at indsatsen sættes i værk så tidligt som muligt.

Barnets Reform, som samler en række lovændringer og centrale initiativer, har til hensigt at sikre en tidlig og tværfaglig indsats for at hindre, at udsatte børn og unges problemer vokser og bliver vanskelige at afhjælpe. Reformen har samlet set til formål at:

- Sikre kontinuitet i en anbringelse.
- Sikre stabil og nær voksenkontakt for udsatte børn.
- Styrke hensynet til barnets tarv frem for hensynet til forældrene.
- Sikre udsatte børns rettigheder.
- Sikre en tidligere indsats.
- Sikre mere kvalitet både i sagsbehandlingen og i indsatsen.
- Sikre bedre rammer for kommunernes indsats – herunder afbureaukratisering.

I formålsbestemmelsen (serviceloven § 46) er der formuleret fem konkrete opmærksomhedspunkter, som støtten til børn og unge i udsatte positioner skal relatere sig til:

- Kontinuitet.
- Personlig udfoldelse.
- Skolegang.
- Sundhed.
- Forberedelse til voksenlivet.

Med Barnets Reform er skabt nye muligheder for at styrke den tidlige indsats og det tværfaglige samarbejde. Reformen har bl.a. medført, at det er muligt for relevante fagpersoner at udveksle private oplysninger om et bestemt barn, hvis det vurderes at være af væsentlig betydning for den forebyggende og tidlige indsats; det såkaldte SSD-samarbejde¹⁹.

EKSEMPEL 6.8

Opkvalificering af den tidlige indsats i kommunerne – mere viden og bedre redskaber

Socialstyrelsen har igangsat et satspuljeprojekt hvor tidlig indsats er i fokus. I projektet "Opkvalificering af den tidlige indsats i kommunerne – mere viden og bedre redskaber" (oktober 2009 – december 2012) samarbejder fem kommuner og et forskningsinstitut om udvikling og afprøvning af en model til tidlig opsporing af børn i alderen 0-10 år, som befinder sig i en social udsat position. Modellen har til at formål at sikre, at der sættes hurtigt ind med støtte og hjælp for at undgå, at begyndende vanskeligheder og problemer vokser sig store og alvorlige.

Opsporingsmodellen bygger på tre værdier:

- Barnets adfærd skal ses og forstås i de sociale sammenhænge, barnet indgår i.
- Forældrene skal være aktive i samarbejdet med de professionelle.
- Samarbejde på tværs af fag og faggrupper skal vægtes højt, og der skal være fokus på at udnytte faglige ressourcer.

Reference: Socialstyrelsen.

¹⁹ Skole, skolefritidsordning, det kommunale sundhedsvæsen, dagtilbud, fritidshjem og myndigheder, der løser opgaver inden for området for udsatte børn og unge jf. serviceloven §49a.

6.3.4

Underretning

Efter servicelovens § 154 har alle borgere pligt til at underrette kommunen, hvis de får kendskab til, at et barn eller en ung udsættes for vanrøgt, vold, mishandling, seksuelle overgreb eller på anden måde lever under forhold, der bringer barnets/ den unges sundhed eller udvikling i fare. Derudover har fagpersoner en særlig udvidet underretningspligt (jf. servicelovens § 153).

Når kommunen modtager en underretning, foretager de en indledende vurdering af sagen. Hvis kommunen skønner, at der er forhold, der giver anledning til at tro, at barnet kan have behov for støtte, iværksættes en undersøgelse af barnets forhold efter servicelovens § 50, en såkaldt børnefaglig undersøgelse, som ligger til grund for en vurdering af, hvorvidt barnet og familien har behov for støtte. Endelig kan borgere, sagsbehandlere og fagpersoner i almenområdet, der er bekymrede for, at et barn eller en ung ikke får den støtte, som det har behov for, rette henvendelse til Ankestyrelsen. Ankestyrelsen kan beslutte at gå ind i en sag om særlig støtte til børn og unge og kan pålægge kommunen at handle i en konkret sag (jf. servicelovens § 65).

6.3.5

Børnefaglig undersøgelse

Kommunen skal i henhold til servicelovens § 50 undersøge forholdene nærmere, hvis der er grund til at tro, at et barn eller en ung har behov for særlig støtte. Undersøgelsen skal munde ud i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger i forhold til barnet og familien, og i givet fald hvilke. Ændringen i § 50 med Barnets Reform, handler om, at det ikke længere er et krav om, at der skal indhentes samtykke fra forældrene eller den unge over 15 til at lave undersøgelsen. Det er dog intentionen, at alle undersøgelser udarbejdes i samarbejde med barnet og familien, hvis det overhovedet er muligt.

Den børnefaglige undersøgelse inddrager viden fra flere forskellige parter dels viden fra de fagpersoner, der møder barnet og familien i dagligdagen, og dels fra barnet og barnets familie. Den børnefaglige undersøgelse understøtter det bærende element i Barnets Reform, som sætter barnet i centrum, og reformen har gjort det lettere at igangsætte og gennemføre en børnefaglig undersøgelse, og dermed giver den mulighed for at iværksætte en tidligere indsats.

6.3.6

Særlig støtte

Kommunen træffer på baggrund af en vurdering af familiens samlede situation en konkret afgørelse i den enkelte sag (serviceloven § 52, stk.2) om, hvorvidt barnets eller den unges behov har en sådan karakter, at der kan og bør gives tilbud efter servicelovens regler. Det betyder, at det ikke er muligt at afgrænse de typer af problemstillinger og behov, som kan udløse støtte efter servicelovens regler.

Tilbud om særlig støtte (serviceloven § 52 stk. 3) har til hensigt at hjælpe børn og unge i vanskeligheder med at skabe de bedst mulige opvækstvilkår, så de på trods af vanskelighederne kan opnå samme muligheder for personlig udfoldelse, udvikling og sundhed som deres jævnaldrende. Det er et krav, at støtten gives tidligt og sammen-

hængende, og at støtten udformes i hvert enkelt tilfælde på baggrund af en konkret vurdering. Barnets eller den unges synspunkter skal altid inddrages, og vanskelighederne skal så vidt muligt løses i samarbejde med familien. Der lægges afgørende vægt på, at støtten ydes ud fra barnets eller den unges bedste, samt barnet eller den unge får en stabil og god voksenkontakt og kontinuitet i opvæksten.

6.3.7

Børne- og undervisningsområdet

Til trods for at der i mange år har været en national politisk ambition om en inkluderende folkeskole, modtager flere og flere elever undervisning i specialklasser og specialskoler. Denne udvikling omfatter også børn og unge med psykiske lidelser.

Den stigende eksklusion er fortsat uanset, at udgangspunktet for lovgivning og andre initiativer er og har været, at elevers læring og udvikling i videst mulig omfang skal understøttes i den almindelige folkeskole og i elevens nærmiljø.

Rapporten "Specialundervisning i folkeskolen – veje til en bedre organisering og styring" fra juni 2010 pegede på mulige sammenhænge mellem en høj segregeringsgrad og kommunernes styring og organisering af området, herunder anvendelse af PPR. En arbejdsgruppe med repræsentanter fra regeringen og KL anbefalede som opfølgning på analysen, at kommunerne anvender inklusionsfremmende styringsmodeller, gør PPR mere efterspørgselsstyret og rettet mod skolernes behov for rådgivning og arbejder strategisk med medarbejdernes kompetenceudvikling.

Den stigende eksklusion er baggrunden for, at regeringen og KL har aftalt at arbejde for, at færre elever udskilles til specialklasser og specialskoler og for, at flere kommuner har iværksat en målrettet indsats for at nedbringe andelen af elever, der henvises til specialundervisning i specialklasser og specialskoler.

6.3.8

Nye rammer for inklusion

Folketinget har i foråret 2012 vedtaget en lovændring om inklusion af elever med særlige behov i den almindelige undervisning, der giver kommunerne friere rammer for at tilrettelægge undervisningen af elever med et støttebehov på under ni timer om ugen.

Loven medfører ikke direkte, at færre elever skal henvises til specialskoler og specialklasser, men giver kommunerne bedre mulighed for at tilrettelægge en inkluderende undervisning og for at yde en forebyggende indsats, der kan betyde, at færre elever ekskluderes.

Efter lovændringen er specialundervisningen: Undervisning i specialskoler og specialklasser samt undervisning i den almindelige folkeskole, der kun kan gennemføres med støtte i mindst ni undervisningstimer ugentligt.

Lovændringen betyder, at kommunerne får mere fleksible rammer til at tilrettelægge den inkluderende støtte for elever, som modtager mindre end ni timers støtte. Dermed forventes forslaget som fornævnt at understøtte en omstilling i kommunerne i retning af, at udskille færre elever til specialtilbud og dermed flytte ressourcer fra specialtilbud til en styrket og mere inkluderende almenundervisning.

Der er mange måder, hvorpå kommunerne kan skabe en mere inkluderende undervisning. Metoderne vil i høj grad variere efter elevens behov, lærernes kompetencer mv.

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår, at der efter kommunens afgørelse kan anvendes tolærerordninger og undervisningsassistenter, som både kan hjælpe den enkelte elev og klassen som helhed. Der kan desuden efter kommunens afgørelse gives personlig assistance til eleven med henblik på at hjælpe eleven til at overvinde praktiske vanskeligheder i forbindelse med skolegangen.

Det fremgår videre af bemærkningerne, at PPR kan understøtte omstillingen og i højere grad arbejde konsultativt i forhold til at rådgive skolerne om en inkluderende praksis, da de ikke længere skal foretage en udredning af de pågældende elever, før der kan iværksættes støtte.

Det fremgår af rapporten "Specialundervisning i folkeskolen – veje til en bedre organisering og styring" fra juni 2010, at kommunerne kan overveje forskellige organisationsformer for PPR herunder især, at PPR i højere grad organiseres ud fra, hvad skolelederne har brug for. En sådan ændring vil også kunne styrke indsatsen over for elever med særlige behov i den almindelige undervisning i folkeskolen.

6.3.9

Understøttende initiativer på det statslige område

Regeringen har igangsat en række initiativer, som skal understøtte de nye rammer på inklusionsområdet.

Der er på finansloven for 2012 afsat 6 mio. kr. om året til et nationalt ressourcecenter for specialundervisning og inklusion, der har til formål at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsamling, formidling og rådgivning om praksisnær viden om inklusionsfremmende indsatser og specialpædagogik.

Ressourcecentret skal bl.a. bidrage til, at den eksisterende viden om organisering og pædagogisk tilrettelæggelse af specialundervisning og inklusion gøres anvendelig for kommunerne og skolerne.

Et andet initiativ er en fælles forebyggelsesstrategi på Ministeriet for Børn og Undervisning og Social-, Børne- og Integrationsministeriets område i årene 2012 – 2015, hvortil der er afsat 100 mio. kr.

Strategien består af to initiativer. Det ene er *inklusionshandleplan* som skal understøtte, at kommunernes omstilling på dagtilbuds-, skole- og fritidsområdet til øget inklusion sker fagligt forsvarligt på baggrund af, at der sker en systematisk opbygning og formidling af viden om inklusion og et kompetenceløft af de lokale fagfolk. Strategien skal endvidere sikre, at inklusionsopgaven løftes ved en fælles indsats på tværs af forældre, skole, dagtilbud og de sociale myndigheder. Det andet er *måltrettet forebyggelse* i familien, f.eks. udvikling af forældreprogrammer mv. Inklusionshandleplanen forankres i Ministeriet for Børn og Undervisning. Der er afsat 60 mio. kr. til inklusionshandleplanen. Initiativet om måltrettet forebyggelse i familien forankres i Social-, Børne- og Integrationsministeriet.

Ungdomsuddannelser

Fra slutningen af 90'erne har der været stadig større fokus på, at flere unge skal have en ungdomsuddannelse. I de senere år har målsætningen været, at 95 pct. af en 2015-ungdomsårgang skal gennemføre en ungdomsuddannelse. Debatten om målsætningen har især henledt opmærksomheden på det store frafald fra ungdomsuddannelserne. I de sidste 10 år er det gennemgående kun ca. halvdelen af dem, som

påbegynder en erhvervsuddannelse, som også gennemfører den. For gymnasiernes vedkommende er det 80-90 pct.

Psykiatrifonden oplyser, at ca. hver fjerde ung ophører med uddannelsen på grund af personlige problemer. Dette har været kendt gennem flere år, og i lærer- og vejleder-kredse er den almindelige opfattelse, at problemet er voksende.

Kommunerne skal efter vejledningsloven gøre en særlig indsats for elever, der har en øget risiko for ikke at påbegynde eller gennemføre en ungdomsuddannelse, og for 9. og 10. klasse skal der tilrettelægges en særlig indsats ved overgangen til ungdomsuddannelserne, herunder etablering af en mentorordning.

Der er ikke fastsat nærmere retningslinjer for, hvem der tilhører målgruppen af udsatte unge, der er i risiko for ikke at påbegynde en ungdomsuddannelse. Fra 2010 er gennemførelsesvejledningen afskaffet til fordel for en institutionsforpligtelse til at fastholde elever og studerende i uddannelse. Det er hermed blevet muligt for uddannelsesinstitutionerne at fokusere fastholdelsesarbejdet på de unge, der er frafaldstruede og derfor kræver en særlig indsats. Den enkelte institution kan i højere grad tilpasse indsatsen til vilkårene på den enkelte skole, således at der f.eks. kan anvendes socialrådgivere, psykologer socialpædagoger og mentorer, der ikke allerede er tilknyttet institutionen.

Flere kommuner er involveret i samarbejder med de lokale ungdomsuddannelser om psykologordninger. Der har været nogen diskussion om de juridiske muligheder og begrænsninger for aktørernes handlemuligheder. Praksis viser, at kommunerne har en interesse i at støtte op om erhvervsskolernes arbejde på dette felt. Det sker ofte i sammenhæng med en fælles indsats omkring mentorordninger.

Ungdomsuddannelsesinstitutionerne kan i henhold til reglerne i bekendtgørelse nr. 873 af 1. september 2008 om særlige tilskud til specialpædagogisk bistand ved ungdomsuddannelser m.v. søge Kvalitets- og Tilsynsstyrelsen om et særligt økonomisk tilskud til bestemte former for specialpædagogisk støtte.

Specialpædagogisk støtte er støtteforanstaltninger, der iværksættes for at sikre, at den enkelte elev med særlige behov bliver i stand til at gennemføre uddannelse og dermed opnå den uddannelseskompetence og evt. videreuddannelseskompetence, som uddannelsen tager sigte på, uanset elevens handicap. Støtteforanstaltningerne iværksættes med det formål at kompensere elevens fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse i forbindelse med uddannelsen. Støtten kan f.eks. bestå i hjælpemidler, særligt udformede undervisningsmaterialer og støttetimer.

De mest anvendte støtteformer til elever med en psykisk funktionsnedsættelse er støttetimer med en faglig støttelærer og/eller timer med en mentor. Den faglige støttelærer er typisk en underviser ved uddannelsesstedet. Støttelæreren yder faglig sparring og vejledning til, at eleven kan udvikle strategier, der støtter indlæring og fastholdelse af faglig viden. Mentoren kan for eksempel være en ældre medstuderende. Mentorstøtten har til formål at støtte eleven i at indgå i studie og uddannelsesmiljøet, deltage i gruppearbejde, læsegrupper og i sociale sammenhænge. Samlet set har disse foranstaltninger til formål at støtte eleven med psykisk funktionsnedsættelse i at fastholde sin identitet som studerende ved at støtte og udvikle strategier til f.eks. at planlægge og strukturere studiehverdagen, til at skabe sammenhæng i pensum, studie- og eksamenskrav og til at deltage i studielivet.

Der har været en stigning i antallet af støttemodtagere med psykiske vanskeligheder og udviklingsforstyrrelser over de seneste år. Det hænger bl.a. sammen med en generel

tendens til stigning i antallet af ansøgere/modtagere af specialpædagogisk støtte. Den generelle stigning kan skyldes, at uddannelsesinstitutionerne er blevet mere opmærksomme på muligheden for at ansøge om specialpædagogisk støtte, herunder også de muligheder der er for støtte til elever og studerende med psykiske problemstillinger. Målsætningen om at 95 pct. af en 2015-ungdomsårgang skal gennemføre en ungdomsuddannelse, samt stigende tilgang til ungdomsuddannelserne kan være en forklaringsfaktor. Især fordi tilgangen bl.a. kan dække over elever, der måske ikke tidligere anså det som en mulighed at tage en uddannelse. Endelig er der kommet et øget fokus på unge med psykiske vanskeligheder.

EKSEMPEL 6.9

Psykologstøtte til unge på ungdomsuddannelser i Odense virker

Odense Kommune har i en flerårig projektperiode tilbudt psykologisk samtale-, rådgivnings- og vejledningstilbud til unge med begyndende eller lettere psykiske problemstillinger, og som er i risiko for at droppe ud af en produktionsskole eller erhvervsrettet uddannelse. Formålet med projektet har været at forebygge, at unges psykiske problemer udvikler sig til kroniske, behandlingskrævende lidelser og i samspil med uddannelsesstederne sikre, at elever med problemer får optimeret udbyttet af og fastholdes på uddannelsen. Med 4,5 psykologtimer i gennemsnit per elev lykkedes det at fastholde 82 % i relevant uddannelse eller beskæftigelse sammenholdt med landsgennemsnittet på 68 % på erhvervsuddannelserne.

EKSEMPEL 6.10

Psykiatrifondens ungdomsprojekt i Københavns og Frederiksberg kommuner

I 2007 igangsatte PsykiatriFonden 'Ungdomsprojektet', som har til formål at yde en tidlig indsats for unge, som oplever mistrivsel og støtte unge med psykiske problemer i uddannelse. Ved udgangen af 2011 har 959 elever været henvist til den psykologiske rådgivning og 644 elever er – eller har været – i et forløb hos psykologerne i rådgivningen. I alt er 7.400 elever blevet undervist i konceptet 'Tal om det', 'Unge og Rusmidler' eller 'Konflikthåndtering' og 2.328 studievejledere og lærere har deltaget i opkvalificerende kurser. Projektet er nu udelukkende et tilbud til erhvervsuddannelser og produktionsskoler i Københavns og Frederiksberg kommuner.

Reference: Psykiatrifonden

Referencer

Bengtsson S. & Røgeskov M. Et liv i egen bolig. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2012

Center for frivilligt socialt arbejde. Den frivillige sociale indsats – årsrapport 2010. København: Socialministeriet, 2011

Esbjerg Kommune. Præsentation af Masterplanen. Borger & Arbejdsmarked. Social & Tilbud. Esbjerg: Esbjerg Kommune, 2012

Folketingets Socialudvalg. Vejledning om botilbud mv. til voksne efter reglerne i almenboligloven, serviceloven og friplejeboligloven. København: Folketingets Socialudvalg, 2010

Jensen T.M. SKP'ere har brug for kompetenceløft. Bladet Socialpsykiatri, nr. 5, 2006

Johansen K.S. Dobbelt diagnose – dobbelt behandling. Praksisforskning i et misbrugspsykiatrisk dagtilbud. Glostrup: KABS VIDEN, 2009

Juliussen, F.B. 10 kommunale psykiatrikoordinatorer om den kommunale misbrugsbehandling. København: Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri (ViHS), 2012

Juliussen F.B. En anderledes brik? Medarbejdere med brugererfaring – en aktiv brik i rehabiliteringsarbejdet. København: Videnscenter for Socialpsykiatri, 2008

KREVI. Botilbudsområdet kort fortalt, Aarhus: KREVI, 2012

Københavns kommunes strategi omkring være- og samværsteder. København: Københavns Kommune, 2011

Lindstad J.M. Hjemløs i egen bolig – Hverdagslivet for tidligere hjemløse. København: CASA, 2008

Møller L. De unge har selv nøglen. Bladet Socialpsykiatri, nr. 3, 2011

Ramian K. & Ahlgreen B. Udflytning fra socialpsykiatriske botilbud – Hvordan reducerer man social udsathed. Aarhus: Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2010

Servicestyrelsen. Lovovervågning af støtte- og kontaktpersonordningen 2007-2009. Odense: Servicestyrelsen, 2009

Socialstyrelsen. Praksisudvikling baseret på aktuelt bedste viden. Eksempler og pointer fra praksis. Odense: Socialstyrelsen, 2011

Socialt Udviklingscenter & Videnscenter for Socialpsykiatri. Evaluering af Støtte- og kontaktpersonordning (SKP) i mindre kommuner og på området sindslidende med etnisk minoritetsbaggrund. København: Socialt Udviklingscenter & Videnscenter for Socialpsykiatri, 2004

Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service. Sociale tilbud og deres naboer. Idékatalog. Odense: Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service, 2007

Vista Balboa. Vista Balboa. Integreret indsats for mennesker med sindslidende og misbrug – et kommunalt tilbud i Odense kommune. Statusrapport 2010. Odense: Vista Balboa, 2010

Wulf-Andersen TØ. Hverdagslivet efter ophold i en støttebolig. Roskilde: Roskilde Universitet, 2010

Öjnhagen A. A review of systematic reviews, the effectiveness of psychosocial interventions for persons with severe mental illness. Lund: Department of clinical sciences, institute for evidence-based social work practice. Div. Psychiatry Lund University hospital, 2006

Artikel: Fra værested til mødested. 2010

Artikel: SKP-ordningens problemstillinger. 2009

Praksissektoren

7.1

Overblik

Praksissektoren består i denne sammenhæng af almen praksis, praktiserende psykologer og praktiserende speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. De nærmere vilkår for praksissektoren fastlægges i overenskomster mellem den respektive faglige organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Almen praksis er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet. I Danmark har den praktiserende læge funktioner i forhold til primær behandling og forebyggelse af sygdom og fungerer herudover som familielæge, tovholder og generalist. Derudover har almen praksis funktionen som gatekeeper til specialiseret behandling i sundhedsvæsenet. De praktiserende læger varetager den primære og almene lægebehandling hele døgnet – udenfor almen praksis' åbningstid varetages disse opgaver af lægevagten.

Praktiserende psykologer yder individuelt tilrettelagte behandlingsforløb samt par-, familie- eller gruppebehandling. Der varetages en række opgaver inden for psykologisk behandling: psykoterapi, samtaleterapi, psykoedukation, rådgivning og vejledning samt et bredt spektrum af psykologiske behandlingsopgaver – spændende fra lettere psykologiske problemer til egentlige psykiske lidelser, som kan behandles inden for en ambulant ramme.

Der er i alt ca. 1.400 praktiserende psykologer i Danmark, hvoraf 851 per 1. september 2012 har overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Disse psykologer kan behandle patienter indenfor praksisoverenskomstens rammer.

Praktiserende speciallæger i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri yder individuelt tilrettelagte behandlingsforløb samt par-, familie- eller gruppebehandling. Nogle patienter med særligt behov for kontinuitet vil have gavn af at blive behandlet i speciallægepraksis, idet de behandles af den samme speciallæge ved hver konsultation. Derimod vil patienter med behov for tværfaglig behandling ikke være velegnede til speciallægepraksis, da tværfaglig behandling (f.eks. af psykolog, diætist, ergoterape-

peut, fysioterapeut eller socialrådgiver) sjældent er en mulighed i speciallægepraksis. En formel aftale om, hvilke patienter, der bedst behandles i speciallægepraksis, kan f.eks. indgås som led i regionernes praksisplaner eller psykiatriplaner eller aftales konkret i forbindelse med udarbejdelse af forløbsprogrammer for psykiske lidelser.

7.2

Almen praksis

Almen praksis har en væsentlig rolle i forhold til at erkende, opspore og behandle psykiske lidelser. Den enkelte borger har ifølge 'Faktaark om almen praksis' gennemsnitlig syv kontakter til almen praksis i løbet af et år.

På baggrund af udenlandske undersøgelser har Dansk Psykiatrisk Selskab vurderet, at der i løbet af et år er ca. 20 pct. af den danske befolkning, svarende til 700.000-800.000 personer, som opfylder kriterierne for en veldefineret psykisk lidelse af ikke-psykotisk karakter, og at omkring 300.000 af disse ikke er i behandling herfor.

Dette er i overensstemmelse med en dansk auditundersøgelse, der har vist, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig hos deres praktiserende læge med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter.

Det blev i 2004 anslået, at psykiske forhold havde betydning for 10-30 pct. af henvendelserne til almen praksis, mens en undersøgelse fra 2008 fra Region Midtjylland viste, at psykiske årsager medvirkede til kontakten til almen praksis i 43 pct. af henvendelserne. Disse tal dækker dog kun over de tilfælde, hvor patientens symptomer erkendes som en psykisk lidelse, hvilket ifølge Munk-Jørgensen et al. formentlig kun sker i ca. 50 pct. af tilfældene.

Ifølge Goldberg behandles mere end 90 pct. af voksne patienter med psykisk lidelse udelukkende i almen praksis. I kortlægningen har der ikke kunne identificeres undersøgelser, der belyser hvor mange børn og unge, der behandles i almen praksis med psykiske lidelser. En undersøgelse fra Region Midtjylland af Larsen har vist, at etnisk danske borgere i alderen 25-79 år med psykisk lidelse har næsten dobbelt så mange kontakter til den praktiserende læge i forhold til mennesker uden psykisk lidelse. Dette kan skyldes en samtidig høj forekomst af somatiske sygdomme.

Der er således mange henvendelser til almen praksis vedrørende psykiske problemstillinger og lidelser. Da det ikke har været obligatorisk for almen praksis at kode henvendelsesårsagerne, er det ikke muligt at vurdere, om der er tale om en udvikling i antallet af henvendelser eller specifikke sygdomme. Fra 2013 bliver det obligatorisk for praktiserende læger at kode henvendelser vedrørende kroniske sygdomme samt ikke-psykotiske lidelser med ICPC-koder.

Udover varetagelsen af den direkte patientrettede behandling har almen praksis også en væsentlig opgave i forhold til de pårørende, herunder børn. Personalet i almen praksis kender ofte hele familien, og de problemstillinger som psykisk lidelse kan medføre for familien.

7.2.1

Behandlingsmuligheder

Behandlingsmuligheder i almen praksis for patienter med psykisk lidelse kan bestå af medicinsk behandling, støttende samtaler og eventuelt af egentlig samtaleterapi. Den praktiserende læge kan i henhold til overenskomsten tilbyde op til syv samtaleterapi-konsultationer per patient per år. Det er et krav i overenskomsten, at den praktiserende læge deltager i supervision, hvis han/hun vil tilbyde samtaleterapi. Den praktiserende læge skal selv arrangere og betale denne supervision. En DSI-rapport fra 2012 har beskrevet, at nogle praktiserende læger oplever begrænsningen i antallet af samtaleterapi-konsultationer som en barriere i forhold til at udføre samtaleterapi, ligesom det opleves som en barriere, at der ikke ydes særskilt honorering for deltagelse i supervision.

Der er ikke nogen formel uddannelse i samtaleterapi, hverken præ- eller postgraduat for praktiserende læger. Nogle praktiserende læger har deltaget i efteruddannelse, bl.a. i kognitiv terapi, men en engelsk undersøgelse af King fra 2002 har vist, at det som regel drejer sig om kortere kurser, som ikke har nogen effekt på behandlingen. Herudover har en evaluering af Fjeldsted af ordningen med psykologbehandlingen til patienter med let til moderat depression vist, at 29 pct. af de praktiserende læger tilbyder kognitiv adfærdsterapi til deres patienter.

Af tabel 7.1 fremgår antallet af samtaleterapiydelser i almen praksis fordelt på år og antal personer. Som det fremgår af tabellen, er antallet af ydelser kun ca. dobbelt så stort som antallet af personer. Antallet af samtaleterapiydelser opgøres udelukkende per kalenderår. Således vil en patient, der modtager fire samtaleterapiydelser i perioden oktober til december og yderligere fire samtaleterapiydelser i januar til marts ikke komme til at fremgå af opgørelserne, som havende overskredet grænsen på syv samtaler, selvom dette er tilfældet. Det er derfor ikke muligt at få retvisende tal for, hvor mange patienter, der når eller overskrider grænsen på de syv samtaler. Frem til 2010 var der en stigning i antallet af samtaleydelser, men herefter ses et fald. Dette skyldes formentligt, at der i 2011 i overenskomsten blev lavet en aftale om, at kun læger (og ikke f.eks. sygeplejersker ansat i almen praksis) kan udføre samtaleterapi samt muligheden for at henvise patienter med depression til en psykolog.

TABEL 7.1

Antal samtaleterapi ydelser i almen praksis fordelt på år

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Antal ydelser	163.892	187.256	200.436	234.377	264.651	294.553	300.407	334.268	275.013	172.211
Antal personer (unikke cpr-numre)	81.157	94.313	99.521	116.070	134.867	150.006	150.262	162.438	127.101	86.041

* Tallene dækker over perioden 1. januar–31. august 2012.

Hovedparten af de patienter med psykisk lidelse, som behandles i almen praksis, er voksne med ikke-psykotiske lidelser, særligt angst og depression. Disse lidelser er imidlertid underdiagnosticerede. Dette hænger bl.a. sammen med, at patienter 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 karakter, 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. behandling og henvisningskriterier.

Almen praksis varetager sjældent behandlingen af den psykiske lidelse hos patienter med psykotiske lidelser. Behandlingen af disse lidelser varetages oftest af sygehusene og distriktpspsykiatriske centre. I nogle tilfælde varetager almen praksis dog behandlingen af voksne patienter med psykotiske lidelser i stabile faser efter afslutning fra sygehussektoren, ligesom det ofte er den praktiserende læge, der står for medicinudskrivningen – også under ambulante forløb i sygehusregi. Herudover har de praktiserende læger en væsentlig opgave med at udfærdige erklæringer til tvangsindlæggelse i forbindelse med farlige eller helbredsruende tilstande ved psykotiske lidelser.

7.2.2

Behandling af børn og unge

I forhold til børn og unge med psykiske lidelser har almen praksis ansvaret for at erkende og opspore psykisk lidelse. Almen praksis har endvidere en opgave i at forebygge psykiske lidelser hos børn og unge, f.eks. via de forebyggende børneundersøgelser. Det kan også ske via andre henvendelser direkte fra den unge, f.eks. om prævention. Herudover har almen praksis en opgave i at behandle de lettere psykiske lidelser hos børn og unge, f.eks. lettere OCD, angst, depression og spiseforstyrrelser.

Det kan være vanskeligt for almen praksis at vide, hvornår børn og unge skal henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, og hvornår der i stedet bør tages kontakt til kommunens socialforvaltning eller PPR. Som hovedregel bør der henvises til kommunens socialforvaltning, hvis der er tale om reaktion på psykosociale problemer i familien herunder forældres psykiske lidelser. PPR involveres, hvis der er tale om kognitive problemer herunder problemer med indlæring, koncentration eller begavelse.

Som hovedregel skal børn og unge med psykiske lidelser ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, når de har alvorlig psykisk sygdom, eller den samlede problemstilling er for indviklet til, at barnet/den unge kan få tilstrækkelig hjælp hos den praktiserende læge eller i kommunen. Principielt bør der altid henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, når der er mistanke om eller påvist psykoser, svære affektive lidelser, tvangstilstande, nervøs spisevægring eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser. Desuden skal der henvises, når børn og unge foretager alvorlige selvmordsforsøg, samt når der påtænkes behandling med psykofarmaka. Det er således en børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeopgave at vurdere, om børn og unge under 18 år har behov for medikamentel behandling af psykisk lidelse. For at almen praksis kan henvise til børne- og ungdomspsykiatrisk udredning, er det nogle steder et krav, at der foreligger en vurdering fra PPR.

Samarbejde med og henvisning til andre fagpersoner

Almen praksis har mulighed for at henvise patienter med psykisk lidelse til praktiserende speciallæger i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri, praktiserende psykologer, distriktpsykiatrien samt psykiatriske sygehusafdelinger. Disse samarbejdspartnere er beskrevet andre steder i rapporten, og i dette afsnit beskrives udelukkende samarbejdet mellem almen praksis og samarbejdspartneren.

En undersøgelse af henvisningsmønsteret i almen praksis fra 2008 viste, at 1,8 ud af 1.000 konfrontationskontakter i almen praksis ender med en henvisning til psykolog, mens 1,5 ud af 1.000 konfrontationskontakter ender med en henvisning til praktiserende psykiater. Herudover henvises patienter med de sværeste og mest komplekse lidelser til de psykiatriske afdelinger og distriktpsykiatrien.

Der er ofte lang ventetid til behandling hos praktiserende psykiatere. Der er mulighed for at angive ventetid på sundhed.dk, hvilket 114 ud af 138 (83 pct.) klinikker har gjort (der kan være flere praktiserende psykiatere i den enkelte klinik). Den gennemsnitlige ventetid for ikke-akutte patienter er 28 uger. Tabel 7.2 viser ventetiden.

TABEL 7.2

Ventetid til praktiserende psykiatere for ikke-akutte tilstande

Ventetid	0-11 uger	12-25 uger	26-51 uger	Min. 52 uger
Antal praksis (%)	26 (23 %)	36 (32 %)	35 (31 %)	17 (15 %)

Kilde: sundhed.dk d. 26. oktober 2012

Almen praksis kan således opleve, at en henvisning til praktiserende psykiater ikke er en reel mulighed. Hvis den praktiserende læge vurderer, at patienten har behov for at blive set af en psykiater, kan det derfor være nødvendigt at henvise patienten til distriktpsykiatrien, men dette kræver, at patienten opfylder visitationskriterierne.

Lidelsens sværhedsgrad har stor betydning for, hvilken indsats patienten bør tilbydes. I referenceprogrammerne for henholdsvis angst og depression anbefales stepped care, hvor behandlingen af patienter med let og moderat angst og depression varetages af almen praksis, mens der ved moderat til svær lidelse henvises til henholdsvis psykolog, praktiserende psykiatere og sygehusvæsenets psykiatri.

Udover stepped care kan der være behov for egentlig shared care, hvor der er tale om et aftalt og struktureret samarbejde mellem den praktiserende læge, psykolog og/eller speciallæge i psykiatri. Shared care er en evidensbaseret model for behandlingen af mennesker med en ikke-psykotiske lidelser. Behandlingen, der er forankret i almen praksis, bygger på et tæt samarbejde mellem psykiatrien og almen praksis. Med aftalen om satspuljen for 2012-2015 er der afsat 100 millioner kroner til forsøg med shared care i alle regioner. Forsøget vil bygge på en fællesregional forståelse af modellen, målgruppen og organiseringen. På baggrund heraf gennemføres en samlet evaluering ud fra patientperspektiv, sundhedsøkonomi og den organisatoriske implementering. Herudover gennemføres en forskningsmæssig undersøgelse af effekten af behandlingsmodellen.

7.2.4

Sammenfatning vedrørende almen praksis

Almen praksis varetager primært behandlingen af voksne med ikke-psykotiske lidelser. Behandlingen af voksne med psykotiske lidelser samt børn og unge varetages således sjældent af almen praksis, og når almen praksis er involveret, bør det oftest ske i et samarbejde med speciallæger i psykiatri/børne- og ungdomspsykiatri. Psykiske problemstillinger og lidelser fylder meget i almen praksis, men på grund af manglende data er det ikke muligt at redegøre for udviklingen.

Almen praksis har fået mulighed for at henvise voksne patienter med depression og angst til psykologbehandling, ligesom der er mulighed for, at den praktiserende læge selv kan varetage samtaleterapi. Det er dog kun et mindretal af de praktiserende læger, der har uddannet sig i dette. Ventetiden hos praktiserende psykiatere kan medføre, at almen praksis ikke oplever henvisning hertil som en reel mulighed.

Det kan i nogle tilfælde være vanskeligt for almen praksis at vide, om børn og unge skal henvises til PPR eller til børne- og ungdomspsykiatrien.

7.3

Praktiserende psykologer

7.3.1

Behandling hos psykolog med tilskud

Der gives offentligt tilskud på 60 pct. af behandlingsudgiften for 11 grupper af patienter efter henvisning fra praktiserende læge. Det drejer sig dels om patienter, der har været udsat for en række specifikke hændelser, dels om voksne patienter med let til moderat depression og patienter mellem 18-38 år med let til moderat angst, herunder OCD. Den komplette liste fremgår af bilag 5. Som udgangspunkt gives der tilskud til behandlingsforløb på op til 12 samtalekontakter, men patienter med depression og angst kan genhenvises og få tilskud til yderligere 12 samtalekontakter.

For at en psykolog kan praktisere under overenskomsten – og dermed behandle patienter med offentligt tilskud – skal psykologen være autoriseret og besidde den nødvendige psykologfaglige kompetence. For at opnå autorisation skal psykologen efter bestået kandidateksamen have gennemgået et 2-årigt supervisorat praksisforløb. Autorisation tildeles af Psykolognævnet efter ansøgning.

Tabel 7.3 angiver udviklingen i antal af personer, der har modtaget behandling hos psykolog med tilskud. Børn og unge kan ikke henvises til psykolog for angst eller depression, men for de øvrige henvisningsårsager udgør børn og unge under 18 år 5-8 pct. af henvisningerne. Dog udgør unge kvinder under 18 år kun 2 pct. af de kvinder, der har fået foretaget abort på grund af misdannelser ved barnet, mens børn og unge udgør henholdsvis 10 pct. af røveri-, volds- og voldtægts ofre og 14 pct. af personer, der har forsøgt selvmord. Aldersopdelte tal er ikke vist i tabellen.

TABEL 7.3

Udvikling i antallet af personer, som modtager psykologhjælp med offentligt tilskud

Henvisningsårsag	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Røveri- volds- og voldtægts ofre	3.931	4.053	4.280	4.563	4.275	4.738	4.339	4.586	5.013
Trafik- og ulykkesofre	1.729	1.966	2.111	2.251	2.061	2.123	1.883	1.749	1.719
Pårørende til personer med alvorlig psykisk sygdom	4.187	4.524	5.065	5.681	5.800	6.160	6.353	6.728	6.809
Personer ramt af en invaliderende sygdom	6.856	7.477	8.223	9.224	10.059	11.397	11.721	11.656	11.717
Pårørende til personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom	5.268	5.732	6.483	7.246	7.770	8.287	8.626	8.837	8.995
Pårørende ved dødsfald	10.384	10.745	11.591	12.086	11.967	11.909	11.427	11.319	11.205
Personer, der har forsøgt selvmord	1.440	1.497	1.524	1.571	1.530	1.435	1.324	1.172	1.038
Kvinder, der får foretaget provokeret abort pga. misdannelser ved barnet	311	300	309	317	305	306	292	328	275
Personer under 18 år, som har været udsat for incest eller seksuelle overgreb			583	1.711	1.935	1.896	1.811	1.846	1.974
Let til moderat depression						9.616	21.944	27.273	29.585
Let til moderat angst, inkl. OCD									1.898
Ikke valid hovedgruppe som henvisningsårsag	58	32	92	519	1.059	800	489	325	320
Total antal unikke cpr-nr.	32.672	34.678	38.359	42.477	43.638	54.624	66.204	71.639	75.448

Kilde: CSC Scandihealth.

Som det ses af tabel 7.3, har der været en stor vækst i antallet af patienter, som modtager psykologbehandling med offentligt tilskud. Totalen i tabellen angiver unikke personer, og da en person kan henvises flere gange i løbet af et år under forskellige henvisningsårsager, er totalen mindre end summen af alle henvisningsårsagerne.

Det blev i 2008 muligt at henvise personer mellem 18 og 37 år med let til moderat depression til psykolog, og i 2011 blev det muligt at henvise patienter mellem 18 og 28 år med let til moderat angst herunder OCD til psykolog. Månedlige opgørelser over antallet af personer, der er i behandling hos psykolog pga. let til moderat angst viser, at antallet stiger jævnt fra 183 personer i juli 2011 til 2015 personer i september 2012 (ikke vist i tabellen). I 2012 blev begge ordninger udvidet, således at den øvre aldersgrænse for patienter med depression blev ophævet, og aldersgruppen for patienter med angst blev udvidet til 18-38 år.

Ordningen omkring henvisning af patienter med let til moderat depression til psykolog har været evalueret af Fjeldsted. Evalueringen viste, at kun 33 pct. af de patienter, som lægerne henviste til behandling, var omfattet af målgruppen for ordningen, mens 39 pct. ikke havde tegn på depression, og 28 pct. havde svær depression. Sundhedsstyrelsen har på denne baggrund udarbejdet retningslinjer for henvisning af patienter med angst og depression til psykolog. Det vil blive evalueret, om henvisningsretningslinjerne medfører, at flere patienter falder indenfor målgruppen.

Herudover viste evalueringen af ordningen med henvisning af patienter med let til moderat depression til psykolog, at der var god effekt af behandlingen (95 pct. af patienterne beskrev effekt af psykologbehandling, mens 87 pct. havde effekt målt ved en psykometrisk test). Det positive resultat skal dog tolkes med forsigtighed på grund af frafald af respondenter i opfølgningen, og især fordi der ikke indgik en kontrolgruppe i undersøgelsen.

Psykologerne angav i evalueringen, at deres dominerende terapiform over for deprimerede patienter var henholdsvis eklektisk terapi (kombination af flere metoder udvalgt til den enkelte klient), kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi og andet. Referenceprogrammet for unipolær depression anbefaler, at *"ved depression af let til moderat grad bør det overvejes at tilbyde patienten psykologisk behandling, der specifikt fokuserer på depression, f.eks. kognitiv terapi, problemløsningsterapi eller interpersonel terapi"*. Det bør forventes, at praktiserende psykologer efter implementering af retningslinjerne for henvisning til psykolog anvender de metoder, som der på det pågældende tidspunkt er bedst evidens for.

7.3.2

Behandling hos psykolog uden tilskud

Personer, som falder udenfor de 11 grupper af patienter, som kan henvises til psykolog med tilskud, kan selv henvende sig til en psykolog mod fuld egenbetaling. For nogle patienter vil sundhedsforsikringer eller arbejdspladsen dække egenbetalingen. For en mindre andel af patienterne betales behandlingen af kommunerne.

Mange psykologer i praksissektoren varetager også opgaver for kommunerne, herunder samarbejde med jobcentre og sygedagpengekontor. En stor del af psykologernes arbejde uden for overenskomstens rammer er behandling af stressrelaterede tilstande samt behandling af mennesker, som er sygemeldt igennem længere tid. Her er en del af opgaven tilrettelæggelse af en plan for tilbagevenden til arbejdet ofte i samarbejde med relevante samarbejdspartnere knyttet til f.eks. arbejdsplads, arbejdsprøvning, sygedagpengekontor eller revalidering. Herudover har psykologer en del vurderings- og testopgaver, eksempelvis vurdering af arbejdsevne.

Der findes ingen opgørelser over, hvor mange personer der har modtaget behandling hos psykolog uden tilskud.

7.3.3

Psykologbehandling af børn og unge

Der er en række psykologer, som er specialister i børnepsykologi eller børneneuro-psykologi. De varetager en række behandlingsopgaver i forhold til de børn og unge, som er dækket af praksisoverenskomsten og behandlingsopgaver i forhold til sårbare og behandlingskrævende børn og unge – i samarbejde med kommuner, behandlings-

institutioner og andre relevante samarbejdspartnere. Det er som udgangspunkt kommunerne, der skal sørge for adgang til psykologbehandling for patienter under 18 år ved lettere psykiske lidelser som depression, angst, OCD og spiseforstyrrelser i let-moderat grad.

7.4

Praktiserende speciallæger

Speciallæger, der arbejder i speciallægepraksis, kan både være deltids- og fuldtids-beskæftigede i speciallægepraksis. For at beregne kapaciteten i speciallægepraksis har Danske Regioner opgjort dette til 'fuldtidsheder'.

7.4.1

Praktiserende speciallæger i psykiatri

Der er i alt 124 'fuldtidsheder' blandt speciallægepraksis i psykiatri²⁰. Af delplan for psykiatri fra Region Hovedstaden fremgår det, at der er stor forskel på antallet af praktiserende speciallæger i forhold til antal indbyggere. Region Hovedstaden har således 1 speciallæge per 24.023 indbyggere, mens Region Nordjylland har 1 speciallæge per 57.697 indbyggere. Dertil kommer et antal praktiserende speciallæger i psykiatri, der arbejder uden for overenskomsten, og hvor patienterne (eller deres eventuelle sundhedsforsikring) betaler behandlingen selv.

Behandlingen i speciallægepraksis består dels af udredning med henblik på at stille en diagnose og udelukke somatiske sygdomme som årsag til psykiske symptomer. Herudover vurderes, om der er en eller flere psykiske lidelser (komorbiditet) såvel som sociale eller miljømæssige forhold, som kan forværre tilstanden. Behandlingen kan bestå af medicinsk behandling med samtalerapi og/eller psykoterapi. Der kan tilbydes flere typer af psykoterapi, individuel psykoterapi, parterapi og gruppeterapi. Alle speciallæger i psykiatri modtager som led i deres speciallægeuddannelse uddannelse i psykoterapi og har kendskab til flere former for psykoterapi. En vigtig del af behandlingen i speciallægepraksis er inddragelse af pårørende i behandling af patienten. Speciallægen samarbejder ofte med socialcenteret om afklaring i forhold til erhverv og sociale problemer. Afklaringen består bl.a. i at udforme statusattester og speciallægeerklæringer. Herudover kan speciallægen give telefonisk rådgivning til den praktiserende læge før eller efter et behandlingsforløb hos psykiateren.

Der er stor forskel i antallet af konsultationer, som den enkelte patient har. Det fremgår af en rapport fra Deloitte, at patienterne i 2011 i gennemsnit havde ni konsultationer hos speciallægen. Nogle patienter har udelukkende brug for et kort afklaringsforløb, hvor behandlingen påbegyndes, og patienten kan herefter følges i almen praksis, mens andre patienter har brug for længerevarende behandling med henblik på forebyggelse og kontrol af kronisk sygdom (f.eks. tilbagevendende alvorlig depressions- og angsttilstand eller tilbagevendende mani-depressive tilstande og personlighedsforstyrrelse). Nogle patienter har gavn af et længerevarende psykoterapiforløb, som kan give dem bedre selvforståelse, forbedre deres kommunikation og evne til at løse konflikter, forbedre deres evne til at vælge sunde relationer samt få viden om deres lidelse og kendskab til forebyggelse.

20 Sundhedsstyrelsen har pr. 1. januar 2009 opgjort antallet af erhvervsaktive speciallæger i specialet til i alt 817 læger.

Af en rapport om fremtidens speciallægepraksis fremgår det, at 56.562 patienter blev behandlet i speciallægepraksis under overenskomsten i 2009, mens det tilsvarende tal i 2011, ud fra rapporten om kapacitet i psykiatrien af Deloitte, var 57.706, hvilket er en stigning på 2 pct. Af tabel 7.4 fremgår udvalgte ydelser i speciallægepraksis. Som det fremgår af tabellen er antallet af nyhenviste patienter (1. konsultation) forholdsvis stabilt, mens antallet af senere konsultationer er let stigende. Der findes ingen opgørelser over, hvor mange personer der har modtaget behandling hos praktiserende speciallæger i psykiatri, der arbejder uden for overenskomsten.

TABEL 7.4

Udvalgte ydelser fra speciallægepraksis i psykiatri

Ydelse (ydelsesnr.)	2007	2008	2009	2010	2011
1. konsultation (0110)	25.431	24.856	24.644	24.643	24.312
Senere konsultationer (0120, 0130 og 0140)	209.548	213.086	218.847	220.309	222.339
Pårørendekonsultation (0150)	17.854	21.243	23.817	26.212	25.507
Individuel terapi (0210)	73.494	76.744	74.871	74.159	67.962
Par- og gruppeterapi for 2-6 personer (0222, 0232, 0233, 0234, 0235 og 0236)	7.399	7.619	7.443	8.061	7.463
E-mailkonsultation (0105)	945	2.336	3.666	5.599	6.825
Telefonkonsultation (0201 og 0202)	81.907	85.662	91.501	96.347	93.240

Kilde: Sygesikringsregistret.

Der foreligger kun få systematiske registreringer af diagnoser af patienter behandlet i psykiatrisk speciallægepraksis. I perioden 1996-2006 registrerede 37 praktiserende speciallæger diagnoser på i alt 35.205 patienter (Munk-Jørgensen). Undersøgelsen viste, at 41 pct. af patienterne havde en affektiv lidelse, 30-35 pct. havde en angst- eller stressrelateret lidelse og 10 pct. havde personlighedsforstyrrelser. Herudover har en gruppe (monitoreringsgruppen) bestående af 14 praktiserende psykiatere registreret data på patienter, der behandles i psykiatrisk speciallægepraksis. I perioden 1. november 2008 til 1. marts 2012 er der inkluderet 4.235 patienter. Af disse har 41 pct. en affektiv lidelse (hovedsageligt unipolære depressioner), 28 pct. har en angst- eller stressrelateret lidelse, 8 pct. har personlighedsforstyrrelser, 14 pct. har ADHD og andre adfærdsmæssige forstyrrelser, mens 3 pct. har psykoser, f.eks. i form af skizofreni. Behandlingen af ADHD i speciallægepraksis er således formentlig stigende.

7.4.2

Praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri

Der er i alt 16 'fuldtidsenheder' blandt speciallægepraksis i børne- og ungdomspsykiatri²¹. Der er stor forskel på antallet af praktiserende speciallæger i forhold til antal indbyggere. Ifølge Region Hovedstadens delplan for børne- og ungdomspsykiatri har

21 Sundhedsstyrelsen har pr. 1. januar 2009 opgjort antallet af erhvervsaktive speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri til i alt 136 læger.

Region Hovedstaden således 1 speciallæge per 233.336 indbyggere, mens Region Nordjylland har 1 speciallæge per 576.942 indbyggere. Dertil kommer et antal speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, der arbejder i speciallægepraksis uden for overenskomsten, og hvor familierne (eller deres eventuelle sundhedsforsikring) betaler behandlingen selv.

Behandlingen i speciallægepraksis består dels af udredning med henblik på at stille en diagnose og udelukke andre sygdomme. Herudover vurderes, om der er andre samtidige sygdomme (komorbiditet) såvel som sociale eller miljømæssige forhold, som kan forværre tilstanden. Behandlingen vil primært bestå i anbefaling af sociale og uddannelsesmæssige interventioner, rådgivning af forældre og netværk, psykoterapi i form af familierapi og/eller individuel terapi samt psykoedukation til patient og forældre. Hertil kommer psykofarmakologisk behandling i forskelligt omfang. Hvis speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri vurderer, at der er behov for den medicinske behandling, skal denne lægge en plan for behandlingen, herunder en plan for at monitorere effekten, komplikationer og bivirkninger. Den praktiserende læge kan overtage vedligeholdelsesbehandlingen, hvis det sker efter en konkret aftale og i samarbejde med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri.

Der er stor forskel i antallet af konsultationer, som den enkelte patient har. I 2011 havde patienterne gennemsnitligt, ifølge rapport af Deloitte, 12 konsultationer hos speciallægen.

Ifølge rapport fra udvalg om fremtidens speciallægepraksis blev 3.760 patienter behandlet i speciallægepraksis under overenskomsten i 2009, mens det tilsvarende tal i 2011 fra Deloitte's rapport var 4.049, hvilket er en stigning på 7 pct.. Af tabel 7.5 fremgår udvalgte ydelser i speciallægepraksis. Som det fremgår af tabellen, er antallet af nyhenviste patienter (1. konsultation) forholdsvis stabilt, mens antallet af senere konsultationer er stigende. Der findes ingen opgørelser over, hvor mange personer, der har modtaget behandling hos praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, der arbejder uden for overenskomsten.

TABEL 7.5

Udvalgte ydelser fra speciallægepraksis i børne- og ungdomspsykiatri

Ydelse (ydelsesnr.)	2007	2008	2009	2010	2011
1. konsultation (0110, 0111 og 0112)	1.464	1.462	1.397	1.575	1.486
Senere konsultationer (0130, 0131, 0132, 0133 og 0134)	13.213	14.074	15.214	16.344	16.157
E-mailkonsultation (0105)	1.475	2.451	3.477	3.237	3.189
Telefonkonsultation (0201)	11.988	11.605	11.790	11.547	10.392

Kilde: Sygesikringsregistret

Der foreligger ingen systematisk registrering af diagnoser for patienter behandlet i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis, men praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri beskriver, at der er tale om hele det diagnostiske spektrum og et stigende antal patienter med ADHD.

Referencer

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012 Jul 7;380(9836):37-43
- Bekendtgørelse af lov om psykologer m.v., LBK nr 229 af 08/03/2012
- Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper, BEK nr 663 af 25/06/2012
- Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. Rapport. 2004
- Dansk Psykiatrisk Selskab. Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. Rapport. 2001
- Danske Regioner og FAS. Rapport fra Udvalg om Fremtidens Speciallægepraksis. Danske Regioner 2010
- Davidson AS. Samtaletæring ind i den praktiserende læges hverdag. *Ugeskrift for Læger* 2010;172(27):2025-9
- Deloitte. Analyse af kapaciteten i psykiatrien. Kapacitetsudnyttelse. 2011
- DSAM. Klinisk vejledning for almen praksis. Angsttilstande. Diagnostisk og behandling. 2010
- DSAM. Klinisk vejledning for almen praksis. Unipolar depression. Diagnostisk og behandling. 2010
- Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog. For patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst. Sundhedsstyrelsen, 2012
- Faktaark om almen praksis. 25. september 2012. http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAAGERDK/Laegerdk/P_L_O/Om%20PLO/Tal%20og%20publikationer/Statisik%20om%20almen%20praksis
- Fjeldsted R, Christensen KS. Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Forskningsenheden for Almen Praksis. Aarhus Universitet, 2011
- Goldberg D, Goodyer I. The Origins and Course of common Mental Disorders. East Sussex: Routeledge; 2005
- Goldberg D. Epidemiology of Mental-Disorders in Primary-Care Settings. *Epidemiologic Reviews* 1995;17(1):182-90
- Hauge-Helgestad A, Johansen KS, Hansen J. Behandling af mennesker med angst og depression. Kortlægning af behandlingsfeltet og diskussion af perspektiverne ved indførelse af collaborative care. DSI 2012
- Henvisningsmønstret i almen praksis i Danmark. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. 2008
- King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2002 Apr 20;324(7343):947-951B

Kontakt- og sygdomsmønstret i almen praksis. KOS 2008. Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdelingen for Almen Medicin. Aarhus Universitet 2010

Larsen FB & Nielsen AL. Psykisk syges sundhed i region Midtjylland. En analyse baseret på hvordan har du det? 2006 og 2010. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Region Midtjylland. Maj 2012

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen – rapport fra udvalg vedrørende almen praksis. 2008

Monitoreringsgruppen. <http://www.monitoreringsgruppen.dk/>

Munk-Jørgensen P, Allgulander C, Dahl AA, Foldager L, Holm M, Rasmussen I, et al. Prevalence of generalized anxiety disorder in general practice in Denmark, Finland, Norway, and Sweden. *Psychiatric Services* 2006 Dec; 57(12):1738-44

Munk-Jørgensen P, Andersen BB. Diagnoses and Dropout Among Patients of Danish Psychiatrists in Private Practice. *Psychiatric Service*. 60: 1680-2. 2009

Overenskomst om Speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger (FAS) og Regionernes Lønnings og Takstnævn (RLTN) FAS 2011

Praktiserende lægers organisation (Organization of general practitioners). Landsoverenskomsten (Collective agreement between the Danish Regions and the Organisation of General Practitioners). Copenhagen: PLO; 2011

Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. Sundhedsstyrelsen. 2007

Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. Sundhedsstyrelsen. 2007

Region Hovedstaden. Koncern Plan og Udvikling. Delplan for børne- og ungdomspsykiatri. Planperiode 2008-2011. September 2008

Region Hovedstaden. Koncern Plan og Udvikling. Delplan for psykiatri. Planperiode 2008-2011. September 2008

Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser. VEJ nr. 9415 af 01/06/2012

8

Den regionale psykiatri

8.1

Overblik

Den sygehusbaserede psykiatri er forankret i regionerne og varetager diagnostik, behandling og forebyggelse af psykiske lidelser. Psykiatrien består af flere forskellige tilbud, ambulante såvel som stationære.

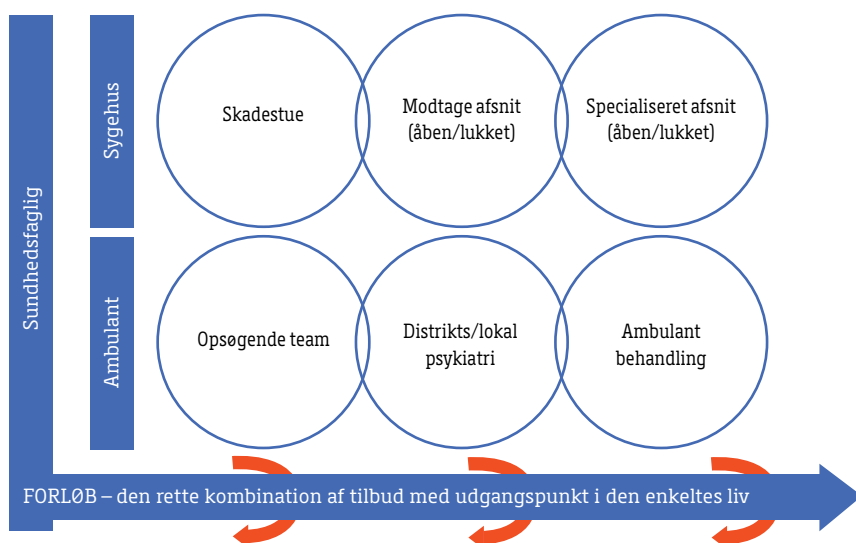
Sygehuspsykiatrien er organiseret i en voksenpsykiatri og en børne- og ungdomspsykiatri. Voksenpsykiatrien benævnes ofte blot psykiatrien – svarende til navnet på det lægelige speciale.

Mennesker med psykisk lidelse modtager ofte en kombination af tilbud inden for den regionale psykiatri, som illustreret i figur 8.1. Et patientforløb kan således bestå af flere forskellige regionale tilbud. Det stiller store krav til den interne koordination og samarbejdet mellem disse forskellige tilbud, således at den enkelte patient modtager et hensigtsmæssigt koordineret tilbud og oplever forløbet som sammenhængende og relevant. Tendensen i psykiatrien går mod stadig flere tilbud specifikt målrettet særlige patientgrupper og mere specialisering.

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, helhed i patientforløbene og den bedste udnyttelse af ressourcerne. Specialeplanlægningen skal desuden fremme den nødvendige opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse med henblik på fortsat opretholdelse og udvikling af sundhedsvæsenets ydelser. Den øgede specialisering stiller større krav til koordination og samarbejde om patientforløbene.

FIGUR 8.1

Den regionale psykiatri



8.1.1

Psykiatrien (voksen)

En stadig større andel af patienter med psykiske problemstillinger behandles ambulant. Omkring ¾ af aktiviteten er ambulant, og gennem årene er en stadig større del af indsatsen blevet omlagt fra stationære til ambulante tilbud.

I tabel 8.1 vises udviklingen i antal unikke patienter, der er henholdsvis indlagt, modtager ambulant behandling eller har skadestuebesøg. Det fremgår, at antal indlagte er faldet frem til 2007, hvorefter det stiger igen. Fra 2009-2011 har antal indlæggelser være nogenlunde stabilt. Antal patienter, der ses ambulant, er stigende over hele perioden, og der er fra 2001 til 2011 tale om en stigning på 33 pct.

TABEL 8.1

Udvikling i antal unikke personer behandlet i psykiatrien fra 2001-2011 (voksen)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Indlagte	25.864	22.844	22.766	22.406	21.967	21.886	21.630	22.001	23.533	23.490	23.670
Ambulante	59.038	61.849	63.983	66.380	68.411	68.921	70.148	71.210	74.796	76.845	78.651
Skadestue	20.603	21.200	22.243	22.395	24.440	25.581	25.031	24.766	26.146	26.539	27.960

Kilde: LPR. Data trukket den 7. august 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt/skadestue, region og år. Data er trukket på voksenpsykiatrisk afdeling.

I tabel 8.2 vises med nogle nøgletal udviklingen i kapaciteten i psykiatrien. Som det fremgår, er der et stigende antal patienter, der modtager behandling. Antallet af senge-dage er faldende, men antal udskrivninger er stigende, hvilket viser, at indlæggelserne er blevet kortere. Antal ambulante besøg er stigende.

TABEL 8.2

Udvikling i aktivitet i psykiatrien (voksen)

	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 rapporterne "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. 3500 samt ca. 1.500 deldøgnspladser.

De ambulante tilbud består af distriktpsykiatri, ambulatorier/klinikker samt forskellige former for opsøgende teams. Et distriktpsykiatrisk center²² er et lokalt forankret ambulant tilbud, som typisk retter sig mod at varetage komplekse ambulante forløb for kroniske eller langvarigt syge patienter, der har behov for en kontinuerlig og tværfaglig indsats, bl.a. patienter med svære langvarige psykoser, f.eks. skizofreni, affektive lidelser samt evt. også svære personlighedsforstyrrelser. Nogle klinikker tilbyder dagindlæggelse typisk målrettet til patienter med bestemte psykiske lidelser.

Der er endvidere, i stigende omfang, etableret ambulatorier/klinikker for patientgrupper med særlige problemstillinger som led i den generelle udvikling i psykiatrien med mere specialiserede tilbud. Opsøgende og udgående teams retter sig mod mennesker med psykiske lidelser, som af forskellige årsager har svært ved at fremmøde i andet tilbud, eller hvor en tæt opfølgning mhp. at undgå forværring eller indlæggelse findes hensigtsmæssig.

Den stationære indsats på sygehuse består af skadestue/akutmodtagelse, modtage-afsnit samt almenpsykiatriske og specialiserede afsnit. Hovedparten af indlæggelserne sker akut. Det drejer sig sædvanligvis om patienter med svære eller komplicerede psykiske lidelser, hovedsageligt lidelser som skizofreni, svære affektive lidelser, svære personlighedsforstyrrelser, svære spiseforstyrrelser eller selvmordsimpulser. Samtidig med at der gennem årene er sket et fald i sengekapaciteten, ses en stigning i antallet af indlæggelser og et fald i liggetiderne. Betydningen heraf for karakteren af tilbud vedrørende diagnostik, behandling, rehabilitering mv. er dårligt belyst.

22 I nogle regioner kaldes det distriktpsykiatri, i andre lokalpsykiatri og i andre ambulant behandling.

8.1.2

Børne- og ungdomspsykiatrien

Opgaverne i børne- og ungdomspsykiatri omfatter akut og elektiv udredning og behandling. Udredning og behandling foregår for størsteparten ambulant. Ifølge Danske Regioners "Benchmarking af psykiatrien" fra 2009 behandles ca. 93 pct. af børn og unge i ambulant regi og kun 7 pct. under indlæggelse.

I tabel 8.3 vises udviklingen i antal unikke børn og unge, der er henholdsvis indlagt eller modtager ambulant behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Det fremgår, at antal indlagte er forholdsvis stabilt over perioden. Antal patienter, der modtager ambulant behandling, stiger kraftigt over hele perioden. Der er fra 2001 til 2011 tale om en stigning i antal unikke patienter set ambulant på 172 pct..

TABEL 8.3

Udvikling i antal unikke personer behandlet i børne- og ungdomspsykiatrien fra 2001-2011

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Indlagte	1.093	905	910	954	1.005	958	1.089	1.207	1.268	1.215	1.133
Ambulante	8.318	9.570	10.471	11.527	12.690	13.831	15.203	17.056	18.795	20.701	22.612

Kilde: LPR. Data trukket den 7. august 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Data er trukket på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

I tabel 8.4 vises med nogle nøgletal udviklingen i kapaciteten i psykiatrien. Som det fremgår, er der et stigende antal patienter, der modtager behandling. Antallet af senge-dage er faldende, men antal udskrivninger er svagt stigende. Antal ambulante besøg er stigende.

TABEL 8.4

Udvikling i aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien

	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 rapporterne "Regionernes Økonomi og nøgletal" og "Benchmarking af psykiatrien". Antal patienter er unikke patienter i ambulant eller stationær behandling.

Aldersafgrænsning har over årene varieret mellem regionerne. Aldersafgrænsningen er nu i de fleste regioner fra 0-17 år, dog er aldersafgrænsningen i Region Syddanmark 0-19 år, hvilket kan have betydning for forskelle i antal patienter i henholdsvis børne-

og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Sammenligninger mellem regioner skal derfor tages med dette forbehold.

Antalsmæssigt fylder adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst og de psykiske udviklingsforstyrrelser meget. Mindre grupper såsom spiseforstyrrelser, psykotiske tilstande og angst- og tvangstilstande kræver mange ressourcer på grund kompleksitet i tilstand og behandling.

Organiseringen af børne- og ungdomspsykiatrien er således udfordret af et stigende antal 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 2010 var 1,7 pct. af en børnepopulation i behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Ifølge Deloitte's 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 børnepopulation.

8.2

Beskrivelse af udvikling og status

I det følgende beskrives udviklingen, bl.a. med fokus på den aktuelle status for de forskellige indsatser i den regionale psykiatri. Alle fem regioner har til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg besvaret et spørgeskema. Der tages i den forbindelse forbehold for eventuelle misforståelser i tolkningen af svar.

8.2.1

Overordnet organisering

Tendensen i regionerne har generelt været, at psykiatrien organisatorisk er blevet samlet, typisk med fælles ledelse på tværs af matriklerne. Det ses af tabel 8.5, at der er flest matrikler, herunder også afdelinger/afsnit, i Region Hovedstaden. De øvrige regioner tegner sig for omtrent lige mange matrikler og afdelinger/afsnit, Region Nordjylland har dog noget færre end de øvrige regioner.

TABEL 8.5

Organisering af psykiatrien (voksen) fordelt på regioner

	Matrikler	Afdelinger/afsnit
Region Hovedstaden	12	82
Region Midtjylland	8	31
Region Syddanmark	6	34
Region Nordjylland	4	18
Region Sjælland	5	29

Kilde: Regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg

Besvarelserne viser, at regionerne har organiseret sig meget forskelligt for så vidt angår tilrettelæggelsen af åbne/lukkede afdelinger/afsnit. Nogle regioner opererer med en del lukkede afdelinger/afsnit, f.eks. Region Hovedstaden, hvor godt 40 pct. af afdelingerne/afsnittene er lukkede. Andre regioner opererer ikke eller kun i begrænset omfang med åbne/lukkede afdelinger/afsnit, f.eks. Region Midtjylland, hvor kun to afdelinger/afsnit er lukkede, men hvor de åbne afdelinger/afsnit typisk kan lukkes, hvis der er behov herfor.

Inden for børne- og ungdomspsykiatrien er der også en tendens til samling, typisk under fælles ledelse. Det ses af tabel 8.6 nedenfor, at antallet af matrikler med stationær kapacitet til børn og unge med psykiske lidelser er den samme i de tre største regioner og lidt færre i Region Sjælland og Region Nordjylland. I Region Nordjylland findes der kun stationær kapacitet i Aalborg. Samme billede gør sig gældende i forhold til antallet af afdelinger/afsnit, idet Region Hovedstaden dog tegner sig for flest afdelinger/afsnit.

TABEL 8.6

Organisering af børne- og ungdomspsykiatrien fordelt på regioner

	Matrikler	Afdelinger/afsnit
Region Hovedstaden	3	9
Region Midtjylland	3	5
Region Syddanmark	3	5
Region Nordjylland	1	2
Region Sjælland	1	3

Kilde: Regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg.

De regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg viser ikke klart, hvordan regionerne har organiseret sig i børne- og ungdomspsykiatrien, for så vidt angår tilrettelæggelsen af åbne/lukkede afdelinger/afsnit.

8.2.2

Patienter

De data, der præsenteres her, er trukket på henholdsvis voksenpsykiatrisk afdeling og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Data præsenteret giver således et billede af hvilke patientgrupper, der modtages i de respektive afdelinger. Antal er unikke personer, der har været i kontakt med psykiatrien enten ved indlæggelse, ambulant kontakt eller skadestuebesøg. Da nogle patienter eksempelvis vil modtage både behandling under indlæggelse og ambulant behandling, vil de optræde i begge kategorier.

Tabel 8.7 viser patienter fordelt på diagnosegruppe i 2011 og illustrerer hvor stor en andel, hver diagnose udgør af det samlede antal diagnoser. Tabellen viser, at mennesker med diagnoser inden for det skizofrene spektrum og affektive sindslidelser er dem, der hyppigst indlægges, behandles ambulant og ses i skadestue i voksenpsykiatrien. Men tabellen viser også, at mennesker med nervøse og stressrelaterede lidelser, organiske inkl. symptomatiske psykiske lidelser, og forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalder udgør en stor andel af dem, der behandles ambulant.

TABEL 8.7

Psykiatrien (voksne), 2011

Opgørelse for år 2011, voksne	Indlagte		Ambulante		Skadestue	
Diagnosekategori	Antal	Andele	Antal	Andele	Antal	Andele
DF00-DF09: Organiske inkl. symptomatiske psykiske lidelser	1.502	5 %	11.212	13 %	639	2 %
DF10-DF19: Psyk. lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	4.144	14 %	2.199	3 %	4.775	16 %
DF20-DF29: Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psyk., skizo-affektive psyk.	7.320	25 %	18.824	22 %	5.326	18 %
DF30-DF39: Affektive sindslidelser	7.144	25 %	20.103	24 %	7.015	24 %
DF40-DF49: Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	4.984	17 %	13.705	16 %	3.300	11 %
DF50-DF59: Adfærdssændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	143	0 %	1.747	2 %	191	1 %
DF60-DF69: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalder	1.644	6 %	7.109	8 %	1.275	4 %
DF70-DF79: Mental retardering (åndssvaghed)	164	1 %	2.021	2 %	176	1 %
DF80-DF89: Psykiske udviklingsforstyrrelser	129	0 %	722	1 %	170	1 %
DF90-DF98: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst	328	1 %	2.774	3 %	478	2 %
DF99: Psykisk lidelse uden specifikation	236	1 %	1.235	1 %	2.696	9 %
Øvrige diagnoser	1.110	4 %	3.573	4 %	3.238	11 %
I alt	28.848	100 %	85.224	100 %	29.279	100 %

Kilde:LPR. Data trukket den 7. august 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Data er trukket på voksenpsykiatrisk afdeling.

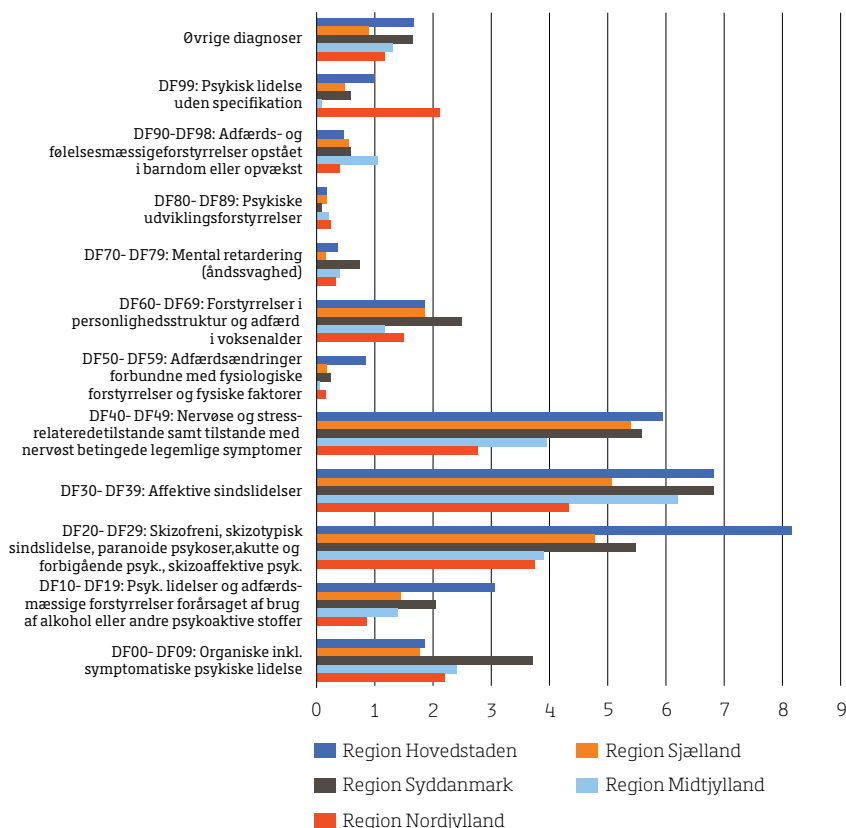
I figur 8.2 ses det samlede antal ambulante og indlagte patienter på voksenpsykiatriske afdelinger i 2011 per 1.000 indbyggere fordelt på regioner. Denne figur viser således den regionale variation i antal diagnoser sammenholdt med regionens størrelse.

Det fremgår, at der er stor variation i, hvilke patienter der behandles i voksenpsykiatrien på tværs af regionerne. Region Hovedstaden ser væsentlig flere patienter med skizofreni

end de øvrige regioner. Region Syddanmark skiller sig ud ved at have væsentlig flere patienter med organiske lidelser per indbygger, og Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Hovedstaden har flere patienter med affektive lidelser end de øvrige regioner per indbygger. Variationen i antallet af patienter med bestemte diagnoser på tværs af regionerne kan være udtryk for varierende sygelighed i befolkningen i regionerne, men det kan også være et udtryk for forskellig brug af diagnoser, hvilket også Danske Regioners benchmarking af området har peget på. Herudover kan det være udtryk for forskelle i organiseringen mellem praksissektor og psykiatrien samt mellem psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

FIGUR 8.2

Psykiatrien (voksne) – ambulant og indlagte per 1000 indbyggere i 2011



Kilde: LPR. Data trukket den 7. august 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år.

Data er trukket på voksenpsykiatrisk afdeling.

Tabel 8.8 viser børn og unge fordelt på diagnosegrupper i 2011, der har været i kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien enten ved indlæggelse eller ambulant kontakt. Tabellen viser, at det er børn og unge med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser

opstået i barndom eller opvækst og de psykiske udviklingsforstyrrelser, der udgør den største andel i børne- og ungdomspsykiatrien. De patienter, der hyppigst indlægges, er børn og unge med lidelser inden for det skizofrene spektrum, affektive lidelser og nervøse og stressrelaterede lidelser.

TABEL 8.8

Børne- og ungdomspsykiatrien, 2011

Opgørelse for år 2011, børn og unge	Indlagte		Ambulante	
Diagnosekategori	Antal	Andele	Antal	Andele
DF00-DF09: Organiske inkl. symptomatiske psykiske lidelser	20	2 %	33	0 %
DF10-DF19: Psyk. lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	36	3 %	199	1 %
DF20-DF29: Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psyk., skizoaffektive psyk.	225	17 %	729	3 %
DF30-DF39: Affektive sindslidelser	210	16 %	1.344	6 %
DF40-DF49: Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	246	19 %	2.571	11 %
DF50-DF59: Adfærdssændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	144	11 %	1.574	7 %
DF60-DF69: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalder	51	4 %	397	2 %
DF70-DF79: Mental retardering (åndssvaghed)	16	1 %	608	3 %
DF80-DF89: Psykiske udviklingsforstyrrelser	111	9 %	4.144	17 %
DF90-DF98: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst	164	13 %	11.057	47 %
DF99: Psykisk lidelse uden specifikation	5	0 %	43	0 %
Øvrige diagnoser	68	5 %	1025	4 %
I alt	1.296	100 %	23.724	100 %

Kilde: LPR. Data trukket den 7. august 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Data er trukket på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

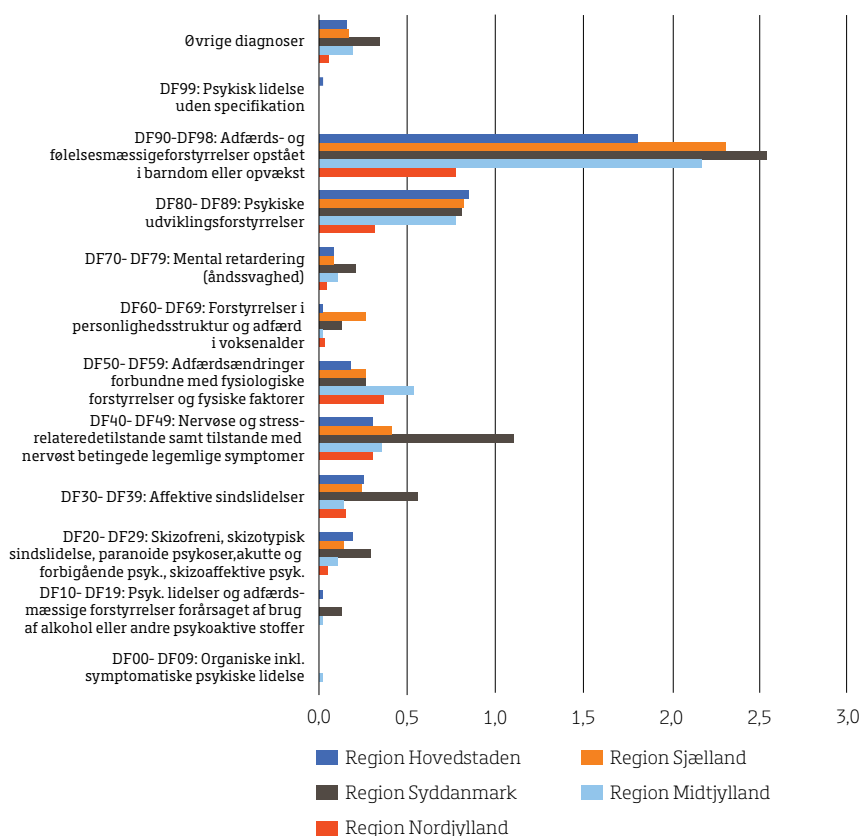
I statusrapporterne for børne- og ungdomspsykiatrien har det kunne konstateres, at en meget betydelig del af børn og unge med psykiatriske diagnoser indlægges og behandles i pædiatrisk regi. I 2010 var antallet af børn og unge, der indlægges og behandles i pædiatrien med psykiatriske diagnoser, tilnærmelsesvis det samme som i børne- og ungdomspsykiatrien, nemlig godt 1.200 heldøgnsindlagte i hvert speciale. Arbejdsgruppen bag statusrapporten i 2010 vurderede, at ca. halvdelen af disse patienter i pædiatrien hørte til i børne- og ungdomspsykiatrien, og alene blev indlagt i pædiatrien på baggrund af manglende børne- og ungdomspsykiatrisk akuttilbud og døgnind-

læggelseskapacitet. Trods udbygningen af aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrien igennem 10 år får disse således fortsat ikke et børne- og ungdomspsykiatrisk behandlingstilbud. Specialet har i væsentligt omfang hjemtaget de 15-17-årige fra de voksenpsykiatriske afdelinger, hvilket formentlig er det, der afspejles såvel i forhold til tvang som til forekomsten af en række diagnoser, som er sjældne blandt børn.

Af overvågningen beskrevet i statusrapporten fra 2011, fremgår udviklingen i diagnosefordelingen. Den diagnosegruppe, der er vokset mest, er gruppen af adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser i barndom og opvækst, herunder personer der har fået diagnosen 'hyperkinetisk forstyrrelse'. Det er samtidig bemærkelsesværdigt, at andelen af meget alvorlige diagnoser, trods den generelt store stigning i henvisningerne, forbliver nogenlunde konstant og afspejler således også en stigning i det absolutte antal af disse diagnoser over tiden. Årsager og forklaringer på disse observerede ændringer i den registrerede sygelighed hos børn og unge kendes ikke, men en del af forklaringen skal formentlig søges i det øgede antal 15-17 årige med diagnoser, der typisk tilhører voksenområdet.

Figur 8.3 viser antallet af ambulante og indlagte i 2011 i børne- og ungdomspsykiatrien fordelt på diagnoser. Det fremgår, at der er betydelig variation i antallet af børn og unge på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger med de forskellige diagnoser på tværs af regionerne. Særligt bemærkelsesværdigt er det lave antal af personer med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst, herunder personer der har fået diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse i Region Nordjylland, samt det høje antal med nervøse og stressrelaterede symptomer samt affektive sindslidelser i Region Syddanmark. Variationen i antallet af patienter med bestemte diagnoser på tværs af regionerne kan være udtryk for varierende karakteristika i befolkningen i regionerne, men det kan også være et udtryk for forskellig brug af diagnoser, hvilket også Danske Regioners benchmarking af området har påpeget. Det kan ligeledes være udtryk for forskelle i organiseringen mellem praksissektor og psykiatri, mellem psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri og endelig mellem pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Herudover kan henvisningspraksis fra PPR være varierende, ligesom øvrige tilbud i den enkelte kommune kan variere.

FIGUR 8.3

Børne- og ungdomspsykiatri – ambulant og indlagte per 1000 indbyggere i 2011

Kilde: LPR. Data trukket den 7. august 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år.

Data er trukket på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

*) I Region Syddanmark defineres 'børn og unge' som værende patienter, der ligger i aldersintervallet 0-19 år, mens intervallet i andre regioner er 0-17 år.

8.2.3**Den akutte indsats i psykiatrien**

Et bredt spektrum af mennesker med psykiske lidelser kan have brug for akut bistand med mange, meget forskellige karakteristika og behov. Der kan være tale om dels akutte livstruende tilstande som f.eks. akut delir eller svær selvmordsrisiko, dels tilstande med svær forpinthed og/eller angst som led i en psykotisk tilstand eller en svær depression. Der kan også være tale om adfærdsændring både som følge af stofpåvirkethed og/eller psykisk lidelse, f.eks. i form af udadreagerende og aggressiv adfærd eller tavs og forstenet adfærd, hvor det kan være vanskeligt at opnå en god kontakt. Tilstandsbilledet kan være skiftende inden for minutter til timer. Der kan være tale om en forværring af en kendt psykisk lidelse eksempelvis i form af angst eller forpinthed, hvor der primært er brug for omsorg og at genskabe tryghed.

Ligeledes kan behovet for akut psykiatrisk eller social indsats opstå på baggrund af netværkets sammenbrud eller forældre og/eller pårørendes behov for akut aflastning.

Den akutte psykiatriske indsats skal således kunne rumme mange forskellige akutte problemstillinger. Det stiller store krav til såvel indretning af omgivelserne, personalets kvalifikationer og kompetencer, samt omfanget af bemanning og sikkerhed for personalet og andre patienter.

Den akutte indsats kan opdeles i en præhospital indsats og en akut sygehusbaseret indsats. Den præhospital indsats i psykiatrien omfatter ambulancetjeneste, udryknings-tjeneste, samarbejde med politi, praktiserende læge og vagtlæge. Den akutte sygehus-baserede indsats omfatter psykiatriske skadestuer/modtagelser, psykiatriske senge-afsnit (direkte indlæggelse f.eks. ved tvangsindlæggelse), ambulante tilbud (akut henvendelse i dagtid), samt opsøgende/udgående mobile teams med akutfunktioner.

I tabel 8.9 vises tilbud særligt for mennesker med psykiske lidelser i de fem regioner. Region Hovedstaden har som den eneste region en psykiatrisk udrykningstjeneste, som tager sig af mennesker med svære psykiske lidelser. Udrykningstjenesten er bemanded af psykiatriske speciallæger og kan rekvireres i tidsrummet mellem kl. 16 og kl. 8 på hverdage og er døgndækkende i weekender og på helligdage.

TABEL 8.9

Den præhospital indsats

	Voksenpsykiatri	Børne- og ungdomspsykiatri	Antal kontakter i 2011
Region Hovedstaden	Den psykiatriske udrykningstjeneste		394 udrykninger 451 telefonydelser
Region Midtjylland	Psykiatriens Hus		443
Region Syddanmark	Akut telefonrådgivning (per 01.01.12), (Psykiatrisk Afdeling Kolding-Vejle) Visitationsambulatorium, (Psykiatrisk Afdeling Odense) Akut visitationsfunktion, (Psykiatrisk Afdeling Haderslev-Augustenburg)		
Region Nordjylland	Telefonrådgivning	Telefonrådgivning	2458 (ikke unikke cpr. nr.)
Region Sjælland	TOP – Tidlig opsporing af psykoser (opstart i 2012)	TOP – Tidlig opsporing af psykoser (opstart 2012)	

Kilde: "Analyse af kapacitet i psykiatrien", Deloitte 2012, samt regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg.

Mennesker med psykiske lidelser vil typisk få kontakt til den akutte psykiatri på én af følgende måder: Henvisning fra den praktiserende læge, vagtlæge, speciallæge, sygehusafdeling, ambulant tilbud eller udrykningstjeneste. En del patienter henvender sig endvidere på baggrund af råd fra et kommunalt tilbud, og en del patienter henvender sig selv i den psykiatriske skadestue.

Den konkrete akutte psykiatriske indsats bør først og fremmest afgøres af den pågældende patients sygdoms- og funktionsgrad samt akutte diagnosticerings- og behandlingsbehov, herunder sværhedsgraden af symptomer, grad af forpinthed og farlighed for både sig selv og andre.

I Sundhedsstyrelsens rapport om den akutte indsats i psykiatrien fra 2009 opdeles den akutte psykiatriske indsats i tre niveauer. Niveau 1 omfatter akut psykiatrisk indlæggelse med psykiatrisk observation, vurdering og evt. behandling døgnet rundt. Niveau 2 omfatter akut psykiatrisk observation og vurdering med henblik på rådgivning, behandling eller viderevisitation. Den akutte psykiatriske vurdering kan foregå ved en akut ambulant vurdering – evt. suppleret af observation i modtagelsen med eller uden indlæggelse i timer til døgn. I vurderingen indgår en risikovurdering. Niveau 3 omfatter ambulant akut vurdering og behandling. Nogle former for subakut/akut indsats i forbindelse med patienter med psykiske tilstande af uafklaret eller lettere karakter kan foregå ambulant, f.eks. i specialiseret ambulatorium eller i distriktskykiatri, ved hjælp af udrykningsteams, hjemmebehandlingsteams, opsøgende psykoseteams og lignende. En uddybning af de tre niveauer findes i bilag 6.

Den akutte aktivitet på psykiatriområdet er meget betydelig. Antallet af kontakter i voksenpsykiatrisk skadestue – var 52.870 i 2011, mens antallet for børn og unge (under 18 år) var 1773. Antallet har over årene har været stigende.

Sundhedsstyrelsens rapport om den akutte indsats i psykiatrien beskriver, at ca. 90 pct. af alle indlæggelser i det psykiatriske speciale er akutte, og at ca. 65 pct. af alle indlæggelser i det børne- og ungdomspsykiatriske speciale er akutte.

I tabel 8.10 vises antallet af skadestuer i regionerne. Det bemærkes, at Region Hovedstaden har det største antal skadestuer og også langt de fleste besøg per 1000 indbyggere, samt det højeste gennemsnitlige antal besøg (to besøg per person). En forklaring herpå kunne være, at det er et let-tilgængeligt tilbud, som er uvisiteret, og at der som følge heraf er en større efterspørgsel. En anden forklaring kunne være, at der er flere sårbare og mennesker med psykiske lidelser i Region Hovedstaden med behov for hjælp. Region Nordjylland og Region Midtjylland har visiterede skadestuer og har begge et lavere antal skadestuebesøg per 1000 indbyggere og et lavt gennemsnitligt antal besøg per person, hvor dog Region Sjælland er endnu lavere.

TABEL 8.10

Oversigt over psykiatrisk skadestue/akut modtagelse, voksenpsykiatri

	Region Hoved- staden	Region Sjælland	Region Syd- danmark	Region Midt- jylland	Region Nord- jylland	Hele landet
Antal psykiatrisk skadestue/akut modtagelse	7	3	3	4	1	13
Visitation	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja*	
Faglige kriterier for indlæggelse	Nej	Nej	Ja, for dele af regionen	Ja	Nej	
Antal skadestuebesøg	28.412	4.520	10.214	6.637	3.087	52.870
Antal besøg per 1000 indbyggere (over 18 år)	21,1	7,1	10,9	6,8	6,8	12,2
Antal personer i kontakt med skadestue	14.231	3.367	5.889	4.011	1.931	29.029
Gennemsnitligt antal besøg per person	2,00	1,34	1,73	1,65	1,60	1,82

Kilde: "Analyse af kapacitet i psykiatrien", Deloitte 2012, samt regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg.

* Dog ikke for aktuel patient eller inden for seneste år, i øvrigt uvisiteret rådgivning af psykiatrisk sygeplejerske.

Børn og unge modtages i dag i varierende omfang i den psykiatriske akutte modtagelse/skadestue for voksne afhængig af den lokale organisering, og derfor registreres mange børn og unge også her. Der er ikke registeret skadestuekontakter selvstændigt for børne- og ungdomspsykiatrien.

Det beskrives i Sundhedsstyrelsens statusnotat vedrørende udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed fra 2011, at nogle børn og unge med psykiske problemstillinger fortsat indlægges på pædiatrisk afdeling. Antallet af akutte indlæggelser af børn og unge med psykiatriske problemstillinger er derfor større, end det fremgår.

Af tabel 8.11 fremgår det, at Region Midtjylland er den eneste region, der har en egentlig børne- og ungdomspsykiatrisk akutmodtagelse, med eget todelt vagtlag med en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri i bagvagt døgnet rundt. De øvrige regioner har varierende bemanning – flere har speciallæge i bagvagt, men det fremgår ikke altid klart, om der uden for normal åbningstid benyttes samme vagtlag som for psykiatrien. Det fremgår desuden, at Region Hovedstaden samlet set har flest antal skadestuebesøg af børn og unge under 18 år, svarende til 3,8 per 1000 indbyggere.

TABEL 8.11

Oversigt over psykiatrisk skadestue/akut modtagelse, børne- og ungdomspsykiatri

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syd-danmark	Region Midt-jylland	Region Nord-jylland	Hele landet
Antal psykiatrisk skadestue/akut modtagelse	Benytter voksen-psykiatrisk skadestue	Benytter voksen-psykiatrisk skadestue	Benytter voksen-psykiatrisk skadestue	1	Benytter voksen-psykiatrisk skadestue	
Visitation	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	
(Uvisiteret rådgivning af psykiatrisk sygeplejerske)		Nej	Ja, for dele af regionen	Ja	Nej	
Faglige kriterier for indlæggelse	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	
Antal skadestuebesøg (under 18 år)	1.359	424	350	381	275	2.789
Antal skadestuebesøg (under 18 år) per 1000 indbyggere	3,8	2,3	1,3	1,3	2,2	2,3

Kilde: "Analyse af kapacitet i psykiatrien", Deloitte 2012, samt regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg.

Antallet af skadestuebesøg for børn og unge under 18 år er stigende over perioden 2001-2011. I 2001 var der 889 besøg svarende til 0,8 besøg per 1000 indbyggere.

8.2.4

Sygehusafdelinger

Psykiatri (voksen)

Det psykiatriske speciale har i henhold til Sundhedsstyrelsens specialebeskrivelse følgende hovedopgaver vedrørende voksne: Organiske psykiske lidelser, misbrugsrelaterede psykiatriske lidelser, skizofreni og andre psykoser, affektive lidelser, angst- og tvangslidelser, psykisk betingede legemlige symptomer og belastnings- og tilpasningsreaktioner, herunder kriser, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser, seksuelle afvigelser, psykiske lidelser hos oligofrene samt psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser opstået i barndom eller ungdom. Der er desuden inden for psykiatrien (voksen) særlige opgaver i forhold til retspsykiatri og selvmordsforebyggelse.

Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri beskriver, hvilke opgaver der er henholdsvis hoved- og specialfunktioner (herunder regions- og højt specialiserede funktioner), og fastsætter krav til placering og varetagelse af specialfunktioner.

Antallet af sengepladser i psykiatrien også per 1000 indbyggere er markant størst i Region Hovedstaden, hvilket ses af tabel 8.12 nedenfor. Tabellen viser desuden, at det samlede antal normerede sengepladser i alt udgør 2430 ekskl. retspsykiatri.

Region Hovedstaden tegner sig for flest indlæggelser per 1.000 indbyggere. Region Nordjylland har derimod færrest sengepladser og har også færrest indlæggelser per 1.000 indbyggere. Dette billede kan være et udtryk for, at der i Region Hovedstaden er flere svært syge og indlæggelseskrævende mennesker end i de øvrige regioner, eller det kan være udtryk for forskelle i indlæggelsestærskel på baggrund af den til rådighed værende kapacitet.

TABEL 8.12

Normerede sengepladser og indlæggelser per 1.000 indbyggere (ekskl. retspsykiatri)

	Antal normerede sengepladser	Antal indlæggelser per 1.000 indbyggere (over 18 år)	Antal normerede sengepladser per 1.000 indbyggere (over 18 år)
Region Hovedstaden	1.015	14,9	0,75
Region Midtjylland	378	8,0	0,39
Region Syddanmark	508	9,7	0,56
Region Nordjylland	231	6,8	0,50
Region Sjælland	298	11,4	0,47

Kilde: "Analyse af kapaciteten i psykiatrien", Deloitte 2012.

Rigsrevisionen vurderede i deres revisionsnotat om kapacitet i voksenpsykiatrien 2009, at tre regioner havde haft hyppig overbelægning i perioden 2007–2009, henholdsvis Region Nordjylland med overbelægning i 36 pct. af månederne og Region Midtjylland og Region Nordjylland, begge med overbelægning i 28 pct. af månederne. Rigsrevisionen fandt, at der ved overbelægning vil være et pres i retning af en hård prioritering af de enkelte patienters behov for sengebaseret behandling. Region Syddanmark tegner sig for mindst overbelægning.

Rigsrevisionen opsummerer i øvrigt vedrørende overbelægning, at de ansatte vil skulle behandle flere patienter end det normerede, at overbelægning kan øge risikoen for dårligere behandlingsresultater, fordi det går ud over roen og de trygge rammer, samt at snævre fysiske rammer øger risikoen for uro, stress og aggression og dermed risikoen for, at personalet må anvende tvangsforanstaltninger. En del af forklaringen på de periodevise overbelægnings kunne forklares med manglende kommunale tilbud til færdigbehandlede patienter.

Tabel 8.13 nedenfor viser den gennemsnitlige indlæggelsestid i voksenpsykiatrien opgjort i antal dage. Det fremgår, at der er generelt siden 2001 sket en betydelig udvikling hen imod kortere indlæggelser. Mest markant er udviklingen i Region Sjælland, hvor den gennemsnitlige indlæggelsestid siden 2001 er reduceret med godt 70 pct.. Udviklingen har været mindst markant i Region Nordjylland, hvor den gennemsnitlige indlæggelsestid i 2011 er noget højere end i de øvrige regioner. Udviklingen tyder således på, at tilbuddene i den stationære psykiatri generelt er blevet mindre omfangsrige end tidligere, om end med nogen variation på tværs af regionerne.

TABEL 8.13

Gennemsnitlig indlæggelsestid i voksenpsykiatrien i dage fordelt på regioner (ekskl. retspsykiatri)

	2001	2007	2011
Region Hovedstaden	40,8	32,0	16,0
Region Midtjylland	26,1	16,2	17,4
Region Syddanmark	24,3	19,5	18,0
Region Nordjylland	32,5	36,6	26,9
Region Sjælland	43,3	18,3	11,9

Kilde: "Analyse af kapaciteten i psykiatrien", Deloitte 2012.

I tabel 8.14 vises antallet af indlæggelser per person i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. Tabellen viser, at antallet af personer der har én indlæggelse er faldende, mens antallet af to eller flere indlæggelser er stigende. 42 pct. af patienterne har således behov for mere end én indlæggelse.

TABEL 8.14

Antal indlæggelser per person per år i børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri

	2005	2009	2010	2011
1	15145	15421	14986	14406
2	4317	4989	5190	5524
3	1594	1906	1883	1979
4	725	935	938	1083
5	377	460	518	549
6-10	459	674	757	791
11-15	133	125	150	193
16-20	26	54	34	61
21-30	15	33	51	40
Over 30	6	12	19	20

Kilde: LPR. Data trukket den 7. august 2012.

Note: Opgørelserne dækker over kombinationen af unik diagnose, cpr-nr., ambulant/indlagt, region og år. Data er trukket på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

De regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg viser, at en stor del af de stationære tilbud inden for voksenpsykiatrien er målrettet specifikke patientgrupper. Alle regioner har almene psykiatriske afdelinger/afsnit. Herudover tegner der sig et billede af, at der i de fleste regioner er målrettede tilbud til ældre (gerontopsykiatri) samt personer med affektive lidelser, psykoser, spiseforstyrrelse og dobbeltdiagnoser. Der findes desuden generelt intensive sengeafsnit, retspsykiatriske afsnit og akutte modtageafsnit. Nogle af de nævnte målrettede tilbud er specialfunktioner, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri.

Spørgeskemaundersøgelsen tyder på, at de stationære tilbud i Region Sjælland ikke er helt så patientgruppemålrettede som i de øvrige regioner, idet afdelingerne/afsnittene primært målretter sig i forhold til patienternes behov for skærmning i stedet for patient-grupper (diagnosegruppe).

Børne- og ungdomspsykiatri

I børne- og ungdomspsykiatrien varetages diagnostik og behandling af patienter primært med skizofreni og andre psykoser, affektive lidelser, angst- og tvangslidelser, misbrugsrelaterede psykiske tilstande, psykisk betingede legemlige symptomer, belastnings- og tilpasningsreaktioner, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser, psykiske lidelser hos mentalt retarderede, gennemgribende udviklingsforstyrrelser og adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser i barndommen, herunder ADHD, adfærdsforstyrrelser, emotionelle forstyrrelser og Tourettes syndrom.

Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri beskriver, hvilke opgaver der er henholdsvis hoved- og specialfunktioner (herunder regions- og højt specialiserede funktioner), og fastsætter krav til placering og varetagelse af specialfunktioner.

De regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg viser ikke klart, hvordan regionerne har organiseret sig i børne- og ungdomspsykiatrien, for så vidt angår tilrettelæggelsen af åbne/lukkede afdelinger/afsnit. Kun Region Hovedstaden har angivet, at tre ud af de ni afdelinger/afsnit er lukkede, mens resten er åbne.

Antallet af sengepladser i børne- og ungdomspsykiatrien er relativt ligeligt fordelt, når man ser på normerede sengepladser per 1000 indbyggere, dog ligger Region Syddanmark højest.

TABEL 8.15

Normerede sengepladser og indlæggelser per 1.000 indbyggere

	Antal normerede sengepladser	Antal indlæggelser per 1.000 indbyggere (under 18 år*)	Antal normerede sengepladser per 1.000 indbyggere (under 18 år*)
Region Hovedstaden	69	1,21	0,19
Region Midtjylland	49	1,29	0,17
Region Syddanmark	48	1,57	0,16
Region Nordjylland	9	1,29	0,07
Region Sjælland	32	1,39	0,18

Kilde: "Analyse af kapaciteten i psykiatrien", Deloitte 2012.

*) I region Syddanmark defineres 'børn og unge' som værende patienter, der ligger i aldersintervallet 0-19 år, mens intervallet i andre regioner er 0-17 år.

Tabel 8.16 nedenfor viser den gennemsnitlige indlæggelsestid i børne- og ungdomspsykiatrien opgjort i antal dage. Det fremgår, at indlæggelserne i Region Hovedstaden er betydeligt længerevarende end i de øvrige regioner. Region Nordjylland har den korteste gennemsnitlige indlæggelsestid.

Sammenlignet med voksenpsykiatrien, er den gennemsnitlige indlæggelsestid i børne- og ungdomspsykiatrien generelt væsentligt længere. Det kan f.eks. hænge sammen

med, at indlæggelse af børn og unge for psykisk lidelse er mere begrænset, og at børn og unge som indlægges, således er svært syge.

Sundhedsstyrelsens rapport om den fremtidige virksomhed i børne- og ungdomspsykiatrien anbefalede i 2001 en betydelig og målrettet udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien over en årrække på baggrund af ventetids- og kapacitetsproblemer. I 1996 var der i alt 194 heldøgnspladser, og i 2011 var der i alt 207 heldøgnspladser svarende til en vækst på i alt 13 pladser i løbet af 15 år.

TABEL 8.16

Gennemsnitlig indlæggelsestid i børne- og ungdomspsykiatrien i dage, fordelt på regioner

	2011
Region Hovedstaden	63,4
Region Midtjylland	35,6
Region Syddanmark	34,4
Region Nordjylland	24,1
Region Sjælland	43,8

Kilde: "Analyse af kapaciteten i psykiatrien", Deloitte 2012.

De regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under Regeringens psykiatriudvalg viser, at de stationære tilbud inden for børne- og ungdomspsykiatrien ikke er lige så målrettede specifikke patientgrupper, som det er tilfældet inden for voksenpsykiatrien. Udvikling af målrettede tilbud forudsætter et vist patientunderlag, hvilket givetvis er en del af forklaringen.

Alle regioner har almene børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/afsnit. Herudover tegner der sig et billede af, at der i de fleste regioner er et målrettet tilbud til spiseforstyrrede. Herudover findes der akutte modtageafdelinger. Der er flere målrettede tilbud i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner i form af afdelinger/afsnit målrettet til børn og unge med psykoser samt børn og unge med intensivt behov. Nogle af de nævnte målrettede tilbud er specialfunktioner, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri.

Samarbejde med somatiske afdelinger

Mange mennesker med psykiske lidelser lider også af somatisk sygdom, og der ses en overbidelighed blandt mennesker med psykiske lidelser pga. somatisk sygdom i forhold til den øvrige befolkning. Sundhedsstyrelsen har i sine anbefalinger vedrørende tilrettelæggelsen af psykiatrisindsatsen lagt vægt på, at sammenhængen mellem psykiatri og somatik styrkes for at sikre, at mennesker med psykiske lidelser også udredes og evt. behandles for somatisk sygdom, f.eks. ved patienter med komorbiditet af forskellig karakter, delir, afslusningsbehov, demens, spiseforstyrrelser eller afgiftning af patienter, der har forsøgt selvmord, herunder også fysisk, f.eks. at den akutte psykiatriske modtagelse placeres i nær fysisk/geografisk nærhed til den somatiske fælles akutmodtagelse. I flere regioner går udviklingen også i denne retning, hvilket bl.a. ses af regionernes psykiatriplaner.

Sundhedsstyrelsens specialevejledninger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri fastsætter anbefalinger og krav til psykiatriens samarbejde med andre somatiske specialer.

I de regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under Regeringens psykiatriudvalg bekræfter alle regioner, at der er skriftlige regionale og lokale retningslinjer for samarbejdet for voksenpsykiatrien mellem somatiske og psykiatriske afdelinger. For børne- og ungdomspsykiatrien har Region Sjælland udelukkende mundtlige aftaler mellem afdelingerne og pædiatriske afdelinger og andre somatiske afdelinger, mens de øvrige regioner har skriftlige retningslinjer. Det er dog tale om mange forskellige retningslinjer, og det er for nuværende ikke muligt at afgøre, om det relevante er tilstrækkeligt dækket.

8.2.5

De ambulante tilbud

Psykiatri (voksen)

De ambulante tilbud i psykiatrien har udviklet sig over en årrække. Således er der i dag en kombination af forskellige ambulante tilbud på tværs af regionerne. De ambulante tilbud er ofte tværfaglige og er i mange tilfælde med til at binde den indsats, der foregår under indlæggelse i sengeafdelingerne, primærsektoren og de socialfaglige indsatser sammen.

Det fremgår af de regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under Regeringens psykiatriudvalg, at terminologien for det ambulante tilbud er uensartet. Eksempelvis anvendes begrebet 'distriktpsykiatri' nogle steder, og andre steder bruges begrebet 'ambulant behandling' i stedet.

Forskellige terminologier på dette område er ikke et nyt fænomen. Således står der i Sundhedsstyrelsens rapport om målsætninger for kvalitet i distriktpsykiatrien fra 1998, at distriktpsykiatri er et begreb, som ikke er klart defineret. I en rapport fra DSI om behandling af mennesker med angst og depression fra 2010 anføres det, at de distriktpsykiatriske centre er organiseret forskelligt over hele landet, og at det derfor er vanskeligt at give et samlet overblik.

I Sundhedsstyrelsens rapport fra 1998 beskrives distriktpsykiatri som *"en organisationsform for psykiatrisk sygdomsbehandling (diagnosticering, behandling og pleje), som må rumme et ambulant, tværfagligt behandlingstilbud, være etableret lokalt, dvs. i det geografiske optageområde, og have et tæt samarbejde med andre berørte sektorer"*. Det beskrives videre, at det er det enkelte menneskes psykiske lidelse, som den manifesterer sig til en given tid, der er afgørende for, hvor den enkelte mest hensigtsmæssigt skal behandles. Distriktpsykiatri og sygehuspsykiatri bør derfor være tæt sammenhængende og oplevet af patienten som et samlet hele. Intentionerne herom blev imidlertid kun delvis opfyldt af mange forskellige grunde.

Som tidligere nævnt er der i de senere år sket en øget specialisering, og som følge heraf er der opstået en del specialiserede enheder rettet mod en bestemt målgruppe, og hvor der således opbygges en særlig viden på lige netop dette fagfelt. Principperne for organiseringen af tilbuddene til patienterne tager nu mere udgangspunkt i kompleksiteten af patientens sygdomssituation i form af såkaldt stepped care.

I tabel 8.17 præsenteres overordnede tal for ambulant behandling. Det fremgår, at Region Hovedstaden har flest ambulante besøg, nemlig 285.348 svarende til 212 per 1.000 indbyggere. Region Nordjylland har det færreste antal samlede besøg, nemlig

66.396, men det er Region Midtjylland, der har det færreste antal besøg per 1000 indbyggere på 131.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at ambulante besøg kan dække over flere forskellige ambulante tilbud af varierende karakter. Der er således i opgørelsen både tale om ambulante besøg og opfølgende besøg.

Der er en variation fra 7,7 til 12,3 ambulante besøg per patient. Region Midtjylland har færrest besøg per patient, og Region Hovedstaden har flest besøg per patient. Det gennemsnitlige antal besøg kan dække over en stor variation i antallet af besøg, den enkelte patient får. Danske Regioners benchmarking rapport fra 2009 viste, at Region Hovedstaden var den region med den største andel af patienter med ét ambulante besøg og samtidig den region med den største andel af patienter, der havde over 10 ambulante besøg om året.

TABEL 8.17

Ambulante besøg – voksne

	Antal ambulante besøg	Besøg per 1000 indbyggere	Ambulante besøg per patient	Antal personer (unikke cpr-nr.) i behandling
Region Nordjylland	66.396	146	10,2	6.483
Region Sjælland	95.788	150	9,8	9.750
Region Syddanmark	178.573	191	8,5	20.937
Region Hovedstaden	285.348	212	12,3	23.230
Region Midtjylland	128.120	131	7,7	16.550
Hele landet	754.225	173	10,0	75.692

Kilde: "Analyse af kapaciteten i psykiatrien", Deloitte 2012.

Note: Tallene er eksklusiv patienter med en retspsykiatrisk diagnose.

Det fremgår af de regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under Regeringens psykiatriudvalg, at den ambulante behandling er struktureret forskelligt i de enkelte regioner, både på tværs af regionerne og i den enkelte region. Det gør det vanskeligt ud fra spørgeskemaer at få overblik over behandlingstilbuddene, hvilke målgrupper der dækkes, samt hvor der eventuelt mangler tilbud.

I Region Sjælland har man en kombination af distriktpsychiatri, psykiatriske klinikker og ambulatorier. I Region Midtjylland er der en kombination af lokalpsykiatri, ambulatorier, team og klinikker. I Region Syddanmark er der en kombination af distriktpsychiatri, lokalpsykiatri og forskellige teams, herunder udredningsteam. I Region Nordjylland er der en kombination af distriktpsychiatri, klinikker, team og ambulatorier, og endelig er der i Region Hovedstaden en kombination af distriktpsychiatri og ambulatorier. Det virker som om, at der flere steder foregår en omstillingsproces i organiseringen af det ambulante tilbud.

Fordelingen mellem distriktpsychiatri/lokalpsykiatri og andre ambulante tilbud er forskellig mellem regionerne. I nogle regioner findes der en stor lokal-/distriktpsychiatri, og i andre regioner er alt organiseret som ambulante behandling. Der findes mange ambulante tilbud, der enten er målrettet specifikke målgrupper, eksempelvis spise-

forstyrrelser, angst og personlighedsforstyrrelser og desuden ambulante tilbud med en særlig organisationsform, eksempelvis daghospital med udgående funktion eller psykoterapeutisk afsnit.

Alle regioner har ambulante tilbud inden for affektive lidelser, selvmordsforebyggelse, oligofreni og retspsykiatri.

Herudover er der ambulante tilbud i varierende grad inden for PTSD og transkulturel psykiatri, sexologiske forstyrrelser, militærpsykiatri, OCD og angst, gerontopsykiatri, ADHD, personlighedsforstyrrelse, dobbeltdiagnoser, organiske lidelser, somatoforme lidelser og traumatiserede flygtninge.

Der er flere regioner, der har psykoterapeutiske ambulatorier, og enkelte regioner har gruppeanalytisk tilbud, døgndækkende hjemmebehandling og daghospital med udgående funktion.

De ambulante tilbud er som udgangspunkt tværfagligt organiseret. Sammensætningen af teams er dog forskellig, således er der ikke altid tilknyttet eksempelvis socialrådgiver.

I nogle regioner er det muligt for nye patienter at få akutte/subakutte tider i lokal-/ distriktpsykiatri og i andre ikke. Det er ikke helt klart, om det er muligt i de øvrige ambulante tilbud.

Børne og ungdomspsykiatri

I tabel 8.18 præsenteres overordnede tal for ambulant behandling. Det fremgår, at Region Hovedstaden har flest ambulante besøg, nemlig 42.866 svarende til 120,6 per 1.000 indbyggere. Det er dog Region Syddanmark, der har de fleste besøg per 1000 indbyggere, nemlig 142,5. Region Nordjylland har det færreste antal samlede besøg på 7.571 og også det færreste antal besøg per 1000 indbyggere, nemlig 61,1.

Der er en variation fra 4,8 til 7,1 ambulant besøg per patient. Region Sjælland og Region Syddanmark har færrest besøg per patient, henholdsvis 4,8 og 5,4, mens Region Hovedstaden har flest besøg per patient. Det gennemsnitlige antal besøg kan dække over en stor variation i antallet af besøg, den enkelte patient har.

TABEL 8.18

Ambulante besøg – børn og unge

	Antal ambulante besøg	Besøg per 1000 indbyggere	Ambulante besøg per patient	Antal personer (unikke cpr-nr.) i behandling
Region Nordjylland	7.571	61,1	7,2	1.055
Region Sjælland	16.726	92,3	4,8	3.474
Region Syddanmark	37.885	142,5	5,4	7.076
Region Hovedstaden	42.866	120,6	7,1	6.049
Region Midtjylland	28.694	100,8	5,7	5.043
Hele landet	133.742	110,4	6,0	22.199

Kilde: "Analyse af kapaciteten i psykiatrien", Deloitte 2012. Tal er eksklusiv patienter med en retspsykiatrisk diagnose.

I bilag 7 findes en oversigt over de ambulante tilbud i den enkelte region udarbejdet på baggrund af de regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under Regeringens psykiatriudvalg. Det fremgår, at alle regioner har særlige tilbud til børn og unge med spiseforstyrrelser og ADHD. Herudover er der i de forskellige regioner forskellige særlige tilbud, eksempelvis inden for angst, OCD og autisme. Flere regioner har opdelt det ambulante tilbud efter alder, men selve opdelingen er lidt forskellig fra region til region.

8.2.6

Udgående teams

Der er over en årrække oprettet forskellige typer af behandlingstilbud, som består af sundhedsprofessionelle, der yder behandling til mennesker med psykiske lidelser i deres eget hjem, dvs. udgående teams.

Der er ikke nogen entydig terminologi på området, og man taler eksempelvis om opsøgende team, akutte teams, mobile teams osv.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt regionerne lavet i forbindelse med arbejdet under Regeringens udvalg om psykiatri viser, at der for voksne findes en række udgående teams målrettet specifikke patientgrupper. I langt de fleste regioner er der oligofreni-teams, retspsykiatriske teams, opsøgende psykoseteams og gerontopsykiatriske teams. Herudover er der i flere regioner forskellige akutteams og affektive teams, og der er eksempler på teams målrettet misbrug, organiske lidelser, depression og PTSD.

Omfanget af udgående teams for voksne er størst i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark, og de forskellige teams er således også mest målrettede specifikke patientgrupper i disse tre regioner.

Spørgeskemaundersøgelsen viser desuden, at der for børn og unge tilsvarende findes en række udgående teams, dog kun i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark. I Region Midtjylland er de forskellige teams målrettet aldersgrupper, dvs. småbørn, skolebørn og unge. I de to øvrige regioner er der også teams målrettet børn og unge med spiseforstyrrelser og akutteam. I Region Syddanmark er der desuden et team målrettet ADHD og et team målrettet affektive lidelser.

8.2.7

OPUS

OPUS er et intensivt toårigt behandlingsprogram til unge med førstegangspsykose. Behandlingen integrerer de farmakologiske, psykosociale og psykoterapeutiske elementer af behandlingen. Der ydes bl.a. kognitiv terapi, psykoedukativ flerfamilie-gruppe og social færdighedstræning.

Petersen et al. har i et dansk klinisk randomiseret forsøg fundet, at behandling af mennesker med debuterende psykoser i henhold til OPUS forbedrede kliniske outcomes, også ved follow-up et og to år efter afslutningen af behandlingen.

I Region Syddanmark kalder man tilbuddet til unge med debuterende psykoser 'tidlig interventionsteam', hvor det i alle andre regioner hedder OPUS. Målgruppen er beskrevet lidt forskelligt i de fem regioner. I nogle regioner er tilbuddet til unge, der netop har fået en skizofreni-diagnose, og i andre regioner er det til unge, der for første gang får symptomer på en psykose. Aldersgruppen er rimeligt ensartet beskrevet og er fra 18 til 30-35 år.

Som det fremgår af tabel 8.19 nedenfor, er der forskellige antal teams i de fem regioner, hvilket formentlig afspejler regionernes størrelser.

TABEL 8.19

OPUS i de fem regioner

OPUS	Antal team	Antal patienter set i 2011	Optageområde	Ventetid (dage)
Region Nordjylland	1			
(oprettet ultimo 2011)	0	Dele af regionen	0	
Region Sjælland	3	223	Hele regionen	0
Region Syddanmark	3	192	Dele af regionen	?
Region Hovedstaden	7 [3]	865	Dele af regionen	20-251
Region Midtjylland	5	699	Dele af regionen	28-42

Kilde: Regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under Regeringens psykiatriudvalg.

Selvordsforebyggelse

WHO har anbefalet en særlig indsats for selvmordsbekæmpelse. Patienter, der har forsøgt selvmord eller truer med selvmord, udgør en højrisikogruppe, især i det umiddelbare efterforløb af behandlingen eller efter et selvmordsforsøg. Disse patienter har brug for en selvmordsforebyggende opfølgende indsats umiddelbart og i forlængelse af den akutte situation. Et let tilgængeligt tilbud uden ventetid er væsentligt. Der er dokumentation for, at en indsats efter det støttende og ledsagende princip har positiv effekt.

Sundhedsstyrelsen har med specialevejledningen for psykiatri styrket området og fastsat, at selvmordsforebyggelse for mennesker, der ikke har psykiske lidelser, og mennesker med psykiske lidelser i lettere grad er en specialiseret opgave (regionsfunktion), som varetages 1-2 steder i hver region. Der findes i alle regioner ambulante tilbud til selvmordsforebyggelse.

Forebyggelse af selvmordsrisiko indgår som en standard i Den Danske Kvalitetsmodel, som er obligatorisk for offentlige sygehuse samt private sygehuse, der behandler patienter for offentlige midler.

8.2.8

Forløbsprogrammer, kliniske retningslinjer og pakkeforløb i psykiatrien

En af de store udfordringer på psykiatriområdet er at sikre øget sammenhæng og ensartethed i indsatsen på tværs af landet. Denne kortlægning har peget på betydelig variation i udredning og behandling af psykiske lidelser på tværs af de fem regioner, hvilket også er resultatet af Danske Regioners benchmarking fra 2011. Endvidere står psykiatrien over for en udfordring med at få skabt øget sammenhæng mellem de forskellige tilbud i psykiatrien samt i forhold til andre sektorer, så patienten oplever sammenhængende og smidige patientforløb uden informationstab og brud.

Der arbejdes med styrkelse af sammenhæng og ensartethed i indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser på flere forskellige måder, f.eks. i form af forløbsprogrammer, kliniske retningslinjer og pakkeforløb.

Dansk Psykiatrisk Selskab har udarbejdet landsdækkende kliniske retningslinjer for elektrokonvulsiv terapi (ECT-behandling), og i samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab, desuden "Arytmirisiko ved antipsykotisk behandling". Herudover er Dansk Psykiatrisk Selskab i gang med at udarbejde landsdækkende kliniske retningslinjer for ADHD. Dansk Selskab for Psykofarmakologi har udarbejdet en række kliniske retningslinjer for brug af psykofarmaka. Endvidere har Selskab for Børne- og Ungdomspsykiatri i Danmark udarbejdet landsdækkende retningslinjer for børn og unge for depression, OCD, autisme, anoreksi og ADHD.

Sundhedsstyrelsen har tidligere udarbejdet referenceprogrammer for skizofreni, unipolar depression hos voksne og angstlidelser hos voksne. Der arbejdes nu på at udvikle nationale kliniske retningslinjer mere bredt, og der er i forhold til psykiatrien igangsat et arbejde med udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer for ADHD. Der findes desuden regionale kliniske retningslinjer og lokale retningslinjer. Der er ikke et overblik over, hvor dækkende disse retningslinjer er, og om de er forskellige på tværs af regioner.

Patientforløbsbeskrivelser beskriver en afgrænset patientgruppes vej gennem sundheds- og sygehusvæsenet – ideelt set hele forløbet. En patientforløbsbeskrivelse beskriver et standard-patientforløb og beskriver planlagte og koordinerede sundhedsfaglige handlinger, samarbejde, information og mål for forløbet. Patientforløbsbeskrivelser er tværfaglige og kan omfatte forløbsprogrammer og pakkeforløb. Forløbsprogrammer og pakkeforløb indeholder forskellige redskaber, som er målrettet en særlig patientgruppe.

Sundhedsstyrelsen har i sin nationale strategi for psykiatri fra 2009 peget på behovet for standardiserede forløbsprogrammer for udredning og behandling af relevante patientkategorier med udgangspunkt i kliniske retningslinjer. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given tilstand og indeholder en præcis beskrivelse af opgavefordeling, koordinering og kommunikation mellem de involverede parter.

Som det fremgår af tabel 8.20, findes der i dag regionale forløbsprogrammer for psykiatrien i Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Midtjylland, antallet af forløbsbeskrivelser er angivet i parentes.

Patientforløb i pakker er af Sundhedsstyrelsen defineret som sammenhængende forløb, hvor alle trin i udredning, behandling og efterkontrol er planlagt og forhåndsbooket for hele forløbet, fra patienten henvises, og blev udarbejdet med henblik på forløb på kræft- og hjerteområdet på baggrund af en aftale mellem regeringen og Danske Regioner. Pakkeforløbene fokuserer på henvisningskriterier for almen praksis og derudover indsatsen i sekundærsektoren.

Regionerne har udarbejdet pakkeforløb for ni områder inden for psykiatrien, som skal være implementeret fra januar 2013. Pakkeforløbene har til formål at sammenkæde styring af produktivitet, service og høj kvalitet i det enkelte behandlingsforløb. Der er i første omgang udviklet ambulante pakkeforløb på hovedfunktionsniveau inden for det ikke-psykotiske område (angst og social fobi, bipolar affektiv sindslidelse, depressiv enkeltepisode, periodisk depression, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser, reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktion samt OCD) samt en udredningspakke til patienter med uklare symptomer. Der er allerede implementeret pakkeforløb

i Region Hovedstaden for ikke-psykotiske lidelser. Pakkeforløbene indeholder systematisk screening for KRAM-faktorer, sundhedstjek og inddragelse af pårørende. Pakkeforløbene behandler ikke i den nuværende form sektorovergange og manglende sammenhæng i den regionale psykiatri.

Danske Regioner planlægger, at pakkeforløbene for det ambulante område skal færdiggøres i 2012, og at der skal udarbejdes pakkeforløb for de resterende ikke-psykotiske områder. Herefter skal der udarbejdes pakkeforløb for de psykotiske sygdomme.

TABEL 8.20

Patientforløbsbeskrivelser

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Syd-danmark	Region Nordjylland	Region Sjælland
Pakkeforløb	Ja (9)	Nej	Nej	Nej	Nej
Forløbs-beskrivelser	Nej	Ja (7)	Nej	Ja (3)	Ja (1)
Fagområder	Bipolar affektiv sinds lidelse, depressiv enkeltepisode, periodisk depression, OCD, belastnings- og tilpasningsreaktioner, personlighedsforstyrrelser, udrednings- og behandlingsopstart for ADHD, angst og social fobi, spiseforstyrrelser	OPUS, angst, tvang, traumatiserede flygtninge, demens, depression, ADHD		Almen psykiatrisk lidelse, skizofreni, affektiv lidelse	Skizofreni, demens er under udarbejdelse

Kilde: Regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg.

8.2.9

Recovery

Alle regioner arbejder med recovery principper. Nogle regioner har indskrevet det i psykiatriplaner eller i værdigrundlag. I Region Hovedstaden har man etableret et kompetencecenter for recovery, rehabilitering og shared care. I Region Sjælland har man etableret en klinisk stabsfunktion til at arbejde med brugerstyret psykiatri og recovery. For en mere detaljeret beskrivelse af recovery, se kapitel 15.

8.2.10

Sammenhæng i den regionale psykiatri

I Sundhedsstyrelsens nationale strategi beskrives, at den psykiatriske patient skal opleve sammenhæng i indsatsen – ikke kun i form af en velplanlagt indsats i den enkelte enhed, men også på tværs, internt i sygehusvæsenet, såvel som på tværs af sektorer

og myndigheder. Koordination, kontinuitet og forpligtende klare aftaler om samarbejde og ansvar mellem alle involverede skal foreligge og fungere i praksis. Patientens delplaner skal hænge sammen og integreres.

Mårettethed, sammenhæng og systematik gennem alle faser i behandlingssystemet er nøgleord for kvalitet i det psykiatriske behandlingsarbejde.

Samarbejdet internt i sekundær sektor er således særdeles vigtigt for kvaliteten i behandling og for det enkelte menneske med psykisk lidelse, ligesom samarbejdet på tværs af sektorer er det.

I en rapport fra Sundhedsstyrelsen fra 2011 analyseres patientforløb for mennesker med psykisk sygdom og dom til behandling. Ved gennemgang af sagerne blev det vurderet *"at der var manglende opfølgning, som i et vist omfang var forårsaget af utilstrækkelig koordination mellem de involverede instanser. Dette skyldtes både manglende kendskab til andre myndigheders handlemuligheder, forskellige behandlerkulturer, manglende kendskab til den enkelte patients samlede situation samt manglende generel viden om psykiske sygdomme. Desuden var der en vis usikkerhed blandt de involverede instanser om, hvilke oplysninger der må videregives til andre og i hvilke situationer, da videregivelsen kan ske efter flere forskellige regelsæt afhængig af konteksten: serviceloven, sundhedsloven, psykiatriloven og persondataloven. Desuden kan personalet i visse situationer være usikre over for, om relevante tiltag over for en patient kan blive betragtet som en tilsidesættelse af patientens selvbestemmelsesret"*. Det er således klart, at ikke alle patienter i dag oplever et sammenhængende koordineret system.

I rapporten "Kritisk hændelse i psykiatrien i Region Midtjylland" fra 2012 beskriver man udover manglende sammenhæng på tværs af sektorer, også manglende sammenhæng i regionen og man skriver, at *"man har været langt væk fra en praksis, hvor den ambulante psykiatri er primær, og hvor overlægen i den stationære psykiatri naturligt lytter til, hvad der besluttes i ambulant regi. Optimalt set skal den stationære psykiatri yde assistance til den ambulante psykiatri, når der er behov for indlæggelse"*.

I de regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens psykiatriudvalg spørges der til, om der findes skriftlige procedurer eller instrukser for samarbejdet mellem sygehus og lokal-/distriktspsykiatri. Kun Region Hovedstaden har svaret nej til spørgsmålet. Flere regioner har kommentarer til spørgsmålet og svarer således:

Region Hovedstaden: Distriktspsykiatrien (lokalpsykiatrien) er en del af de psykiatriske centre (sygehuse). Ledelsen i distriktspsykiatrien er en del af ledelseslaget på de psykiatriske centre. Der er desuden et tæt løbende klinisk samarbejde mellem behandlere i distriktspsykiatrierne og de psykiatriske centre.

Region Midtjylland: Psykiatrien er et hospital, hvor ambulatorierne er organisatoriske selvstændige enheder med høj grad af samarbejde med sengeafsnittene. Termerne sygehus og lokalpsykiatrien giver således ikke mening.

Region Sjælland: Spørgsmålet er uklart. Psykiatrien, herunder sygehus og distriktspsykiatri, er under samme ledelse, og der er retningslinjer for samarbejdet.

På baggrund af kommentarerne kan det konkluderes, at regionerne arbejder hen imod, at de ambulante tilbud og det sygehusbaserede tilbud tænkes sammen under en fælles ledelse. Udfordringen kan være, at ambulante tilbud og sygehusbaserede tilbud mange steder er beliggende på forskellige matrikler. Herudover stiller den øgede specialisering nye krav til at sikre sammenhængende patientforløb.

Det er uklart, om behandlingsansvaret i dag er entydigt placeret, eller om behandlingsansvaret skifter alt efter, hvor patienten befinder sig.

Rapporten "Kritisk hændelse i psykiatrien i Region Midtjylland" fra 2012 konkluderer, at de involverede fagprofessionelle og ledere er enige i, at et større helhedssyn og bedre samarbejde vil gavne arbejdet og dermed borgeren, men peger i sammenhængen på andre aktørers manglende bidrag til samarbejdet. Det er efterfølgende bemærket, at det er afgørende, at de organisatoriske rammer understøtter koordineringen og samarbejdet omkring borgeren, således at hver enkelt aktørs faglige indsats bidrager til den fælles opgave og påpeger yderligere behovet for ledelsesfokus på koordinering.

EKSEMPEL 8.1

Psykiatriens hus i Silkeborg

Silkeborg Kommune og Region Midtjylland har etableret Psykiatriens Hus i Silkeborg med såvel seks regionale som 6sekskommunale akutpladser. Formålet med samlingen af tilbud er at reducere forekomsten af uheldsmæssige indlæggelser. Det understøttes af daglig koordinering mellem regionale og kommunale tilbud, støttepersoner og hjemmebehandlingsteams. De foreløbige resultater er, at antallet af indlæggelser er faldet med 21 % i perioden fra 2007-2010, og genindlæggelser er faldet med 17 %.

Reference:

http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_53137/scope_0/ImageVaultHandler.aspx

Referencer

CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Kritisk hændelse i psykiatrien i Region Midtjylland 2012. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012

Deloitte. Landspatientregistret. Analyse af kapaciteten i psykiatrien. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2012

Dansk Psykiatrisk Selskab & Dansk Selskab for Almen Medicin. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. København: Dansk Psykiatrisk Selskab & Dansk Selskab for Almen Medicin, 2004

Danske Regioner. Benchmarking af psykiatrien 2010. København: Danske Regioner, 2011

Danske Regioner. Benchmarking af psykiatrien – herunder nøgletal for aktiviteten i 2009. København: Danske Regioner, 2010

Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Øst, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Skizofreni. Børn og unge. National årsrapport 2012. Aarhus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2012

Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Øst, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Skizofreni. Voksne. National årsrapport 2012. Aarhus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2012

NIP (Det Nationale Indikatorprojekt)

Region Hovedstaden. Psykiatriplan 2007. Hillerød: Region Hovedstaden, 2007

Region Midtjylland. Opdateret Psykiatriplan for Region Midtjylland.
Viborg: Region Midtjylland, 2011

Region Midtjylland. Opgørelse over fald i indlæggelser og genindlæggelser, notat.
Viborg: Region Midtjylland, 2012

Region Midtjylland. Psykisk syge har massivt brug for sundhedsvæsenet.
Viborg: Region Midtjylland, 2012

Region Nordjylland. Psykiatriplan for Region Nordjylland. Aalborg: Planlægning, Kvalitet og Analyse, Region Nordjylland, 2008

Region Syddanmark. Fremtidens psykiatri. Psykiatriplan i Region Syddanmark.
Vejle: Region Syddanmark, 2008

Sundhedsstyrelsen. Børne- og ungdomspsykiatri, specialevejledning.
København: Sundhedsstyrelsen, 2008

Sundhedsstyrelsen. Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse, redegørelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2001

Sundhedsstyrelsen. Den akutte indsats i psykiatrien, 2009

Sundhedsstyrelsen. Målsætninger for kvalitet i Børne- og ungdomspsykiatrien.
København: Sundhedsstyrelsen, 1998

Sundhedsstyrelsen. Rapport for specialet: Børne- og ungdomspsykiatri.
København: Sundhedsstyrelsen, 2008

Sundhedsstyrelsen. Rapport for specialet: Psykiatri. København:
Sundhedsstyrelsen, 2008

Sundhedsstyrelsen. Psykiatri, specialevejledning. København: Sundhedsstyrelsen, 2008

Sundhedsstyrelsen. Udvikling i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed 2007-2010. København: Sundhedsstyrelsen, 2011

Petersen et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. BMJ 2005;331:602

Regionale spørgeskemaer til brug for arbejdet under regeringens udvalg om psykiatri

9

Udviklingen i udredning og behandling

9.1

Udredning og typer af behandling

Udredning og behandlingen af psykiske lidelser bygger på en bio-psyko-social sygdomsforståelse. Der er således forskellige typer af behandlingsmetoder og det vil ofte være relevant med en kombination af forskellige typer af behandling. Der vil her blive redegjort for udviklingen og status i forhold til udredning og diagnosticering, og for behandling med psykofarmaka og andre biologiske behandlingsmetoder, psykoterapi og andre behandlingsmetoder, herunder psykosociale metoder.

9.2

Udredning og diagnosticering

9.2.1

Overblik

Formålet med den psykiatriske udredning er at finde ud af, hvad patienten fejler for at kunne sikre en god behandling. Der indgår mange elementer i den psykiatriske udredning herunder oplysninger fra patienten selv, meget gerne også fra de pårørende, blodprøver og andre somatiske undersøgelser samt eventuelt billeddiagnostiske undersøgelser af hjernen (MR og CT scanning). Man undersøger både for psykiatrisk og for somatisk lidelse, idet der ofte optræder legemlig sygdom sammen med den psykiatriske lidelse (komorbiditet), og begge dele skal naturligvis behandles.

Psykiatriske lidelser afgrænses på basis af en defineret gruppe af symptomer, som kan variere hos den enkelte over tid. I de diagnostiske klassifikationslister er der opstillet kriterier for, hvilke symptomer der skal være til stede for at stille en diagnose. I Danmark

anvendes WHO's diagnosesystem ICD-10²³. Der arbejdes i WHO-regi løbende med at udvikle diagnosesystemet, så det er så præcist og brugbart som muligt, og så det er i overensstemmelse med ny videnskabelig viden. Det skal bemærkes, at man i USA benytter et andet system, DSM IV²⁴. Dette system ligner på mange måder WHO's system og anvendes i Danmark indimellem til forskning. Dele af systemet indgår i Danmark til en bedømmelse af den sociale funktion.

Det diagnostiske interview er et struktureret eller semistruktureret interview baseret på videnskabeligt anerkendte manualer. Det diagnostiske interview gennemføres med henblik på at afdække diagnostiske og differentialdiagnostiske alternativer. Der findes forskellige systematiske metoder til at udføre et diagnostisk interview. SCAN er det, der bruges hyppigst, men der findes også OPCRIT og SCID. Der findes desuden en række standardiserede skalaer – nogle, hvor vurderingen foretages af den sundhedsprofessionelle og nogle, hvor vurderinger foretages af én selv – såkaldte selvvruderende skalaer. Eksempelvis bruges Hamilton skalaen til vurdering af graden af depression.

De ovennævnte undersøgelsesmetoder er alle relevante hos børn og unge. De diagnostiske og funktionsmæssige metoder kræver som hovedregel, at både patient og forældre deltager i interviews og inddrages i bedømmelser. Endvidere vurderes samspillet mellem barnet og forældrene. Da børne- og ungdomspsykiatrien i høj grad omhandler forskellige udviklingsbetingede lidelser, er vurderingen af udvikling særlig vigtig, hvorfor undersøgelserne ofte suppleres med psykologiske undersøgelser.

Den kliniske undersøgelse af børn under 12 år suppleres endvidere ofte af observationer i barnets normale miljø i hjemmet, skolen og/eller fritidsinstitution. En helt særlig undersøgelse er legeobservationen, hvor barnet i et standardiseret legerum vurderes med henblik på udvikling og evt. forstyrrelse af social kontakt, opmærksomhed, fantasi og legeevne.

9.2.2

Udredning – faglige udvikling og status

I benchmarking rapporten fra Danske Regioner i 2009 beskrives, at der er relativt store forskelle i diagnosefordelingen på tværs af regionerne, hvilket kapitlet i denne rapport om sekundærsektoren også understøtter.

Det har været vanskeligt at identificere data til beskrivelse af udredningen. Der findes dog i det Nationale Indikator Projekt (NIP) indikatorer for udredning, hvorfor de er gengivet her.

NIP er en klinisk kvalitetsdatabase og omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser. Såvel standarder som indikatorer er beregnet til både internt brug i de enkelte sundhedsinstitutioner med henblik på fortløbende kvalitetsudvikling, understøttelse af rationel dialog mellem det faglige og ledelsesmæssige niveau, samt til ekstern brug i offentligheden med formidling af information om den sundhedsfaglige kvalitet til borgere og patienter. Psykiatrien monitoreres med NIP-skizofreni og NIP-depression. NIP-Depression startede d. 1. januar 2011, og det er således et meget nyt register, og som følge heraf er datasikkerheden fortsat usikker. Resultaterne offentliggøres på

23 International classification of diseases, 10. udgave

24 Diagnostic and statistical manual, 4. version

sundhed.dk og herudover offentliggøres årsrapporter med henblik på formidling og kvalitetsudvikling.

Årsrapporten for NIP-skizofreni fra januar til december 2011 viser, at:

- 71 pct. af *voksne* med nyopdaget skizofreni undersøges ved hjælp af et standardiseret diagnostisk redskab. Resultatet er forbedret i forhold til sidste år og to regioner lever op til standarden, der siger, at 80 pct. bør have en undersøgelse ved hjælp af et diagnoseredskab. For *børn og unge* er det 91 pct. med nyopdaget skizofreni, der undersøges ved hjælp af et standardiseret diagnostisk redskab.
- 94 pct. af *voksne* med nyopdaget skizofreni blev på landsplan undersøgt af en speciallæge. Resultatet er sammenligneligt med sidste års resultat, men standarden der siger, at 98 pct. af patienter med nyopdaget skizofreni bør have vurderingen, er stadig ikke opfyldt på landsplan. Tre regionsresultater opfylder standarden, når der tages højde for den statistiske usikkerhed. For *børn og unge* er det 100 pct. med nyopdaget skizofreni, der på landsplan blev undersøgt af en speciallæge.
- 44 pct. af *voksne* med nyopdaget skizofreni får bedømt bl.a. deres hukommelse og opmærksomhed (kognitiv funktion) ved en psykolog. Standarden siger, at 50 pct. bør have bedømt deres hukommelse og opmærksomhed ved en psykolog, og er således opfyldt i tre regioner, hvis man tager højde for den statistiske usikkerhed. Der er tilbagegang i opfyldelsen af standarden fra sidste års resultat. For *børn og unge* er det 82 pct. med nyopdaget skizofreni, der får bedømt bl.a. deres hukommelse og opmærksomhed (kognitiv funktion) ved en psykolog.
- 81 pct. af *voksne* med nyopdaget skizofreni får bedømt deres behov for social støtte ved en socialrådgiver. Resultatet opfylder i alle 5 regioner den fastsatte standard på 80 pct., men der har været en tilbagegang i opfyldelsen siden sidste års opgørelse. For *børn og unge* er det 93 pct. med nyopdaget skizofreni, der får bedømt deres behov for social støtte ved en socialrådgiver.
- 40 pct. af *voksne* med nyopdaget skizofreni kom i behandling inden for seks måneder efter deres første symptomer. Resultatet lever ikke op til den fastsatte standard på landsplan, men der har været en fremgang fra sidste års resultat. To regioner opfylder standarden. For at behandlingsenhederne kan komme hurtigere i kontakt med patienterne, er der nødvendigt, at regionerne fokuserer på øget oplysningsindsats i befolkningen, samt skaber let tilgængelige muligheder for behandling af patienter med nyopdaget skizofreni. Dette bør ske i et samarbejde med kommuner, praktiserende læger og uddannelsesinstitutioner. For *børn og unge* er det 51 pct. med nyopdaget skizofreni, der kom i behandling inden for 6 måneder efter deres første symptomer.

Årsrapporten for NIP-depression fra januar til december 2011 viser, at ingen af regionerne opfylder alle indikatorerne på udredning. I årsrapporten forklares en del af den manglende målopfyldelse med, at der er tale om en ny registreringspraksis, men der gives også bud på andre forklaringer. Årsrapporten redegør for følgende indikatorer:

- Ingen regioner opfylder målene for indikatoren *vurdering ved speciallæge ved indlæggelse/start ambulant kontakt* og der ses ingen udvikling gennem året. Manglen på psykiatriske speciallæger er den umiddelbare forklaring på den manglende opfyldelse af indikatoren, men går man tallene nøjere efter, ses der afdelinger, hvor man har få speciallæger, men alligevel har en høj grad af målopfyldelse samtidig med, at visse afdelinger med mange speciallæger halter langt bagefter. Så anvendelsen af ressourcer samt manglende registrering er også en del af svaret.

- Ingen regioner opfylder målene for indikatoren *initial somatisk udredning ved indlæggelse/start ambulant kontakt*. Syv ambulante afdelinger har dog opfyldt standarden. Forskellig registreringspraksis og forståelse af datadefinitionerne er en medvirkende forklaring til den manglende indikator opfyldelse, ligesom mange ambulante afdelinger endnu ikke har udstyr og fysiske rammer til en somatisk undersøgelse af patienterne. Det erindres også om, at har somatisk udredning fundet sted hos egen læge og er dokumenteret i henvisningen, skal den ikke gentages på den psykiatriske afdeling.
- Ingen regioner opfylder målene for indikatoren *udredt sociale støttebehov under indlæggelse/ambulant kontakt*. Det skal understreges, at denne sociale udredning ikke nødvendigvis skal foretages af en socialrådgiver. Ofte vil det være plejepersonalet, der foretager og dokumenterer udredningen. Da der mange steder er tradition for, at det er læger, der udfylder registreringsskemaer, kan sygeplejens dokumentation komme til at mangle i opgørelserne.
- Ingen regioner opfylder målene for indikatoren *vurdering ved HAM-D17 ved indlæggelse/start ambulant kontakt og vurdering ved HAM-D17 ved udskrivelse/afslutning ambulant kontakt*. En enkelt afdeling opfylder allerede standarden. Særligt universitetsafdelingerne har tradition for at anvende det interviewbaserede semistrukturerede spørgeskema HAM-D17 i undersøgelsen af depressive patienter. Andre afdelinger anvender andre typer spørgeskemaer eller udelukkende almindeligt klinisk interview. Disse afdelinger skal derfor først til at implementere anvendelsen af HAM-D17, hvilket bl.a. kræver uddannelse af personalet for at undersøgelsen bliver valid. Den ekstra uddannelsesmæssige belastning af afdelingerne ved dette tiltag skal ikke underkendes.
- Ingen regioner opfylder indikatoren *undersøgt for selvmordsrisiko ved indlæggelse/start ambulant kontakt og ved udskrivelse*. Problematikken om manglende indberetninger tydeliggøres, når man ser på indikatoren vedrørende undersøgelse for selvmordsrisiko ved indlæggelse. Denne er opfyldt i mellem 13 pct. og 50 pct. af tilfældene. Disse lave tal skyldes manglende indberetning, fordi selvmordsvurdering rutinemæssigt foretages ved indlæggelse og jo ofte udgør selve indikationen for indlæggelse af en deprimeret patient. Tilsvarende viser et journalaudit fra Region Hovedstaden meget høj grad af opfyldelse af selvmordsscreening i forbindelse med indlæggelsen.

Såvel den regionale benchmarking, som data fra NIP tyder altså på, at der mellem regionerne er forskelle på kvalitet og indhold i udredningen, eksempelvis hvor stor en andel af patienter, der udredes ved speciallæge, brugen af diagnostiske interviews, forskelle i brug af spørgeskemaer og mulighed for somatiske undersøgelser.

9.3

Psykofarmakologi og andre biologiske behandlingsmetoder

9.3.1

Overblik – psykofarmakologisk behandling

Psykofarmaka omfatter som udgangspunkt lægemidler indenfor ATC-grupperne N05 og N06. Denne rapport omfatter undergrupperne: Antipsykotika inkl. lithium (N05A), benzodiazepiner mod angst (N05BA), benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler

mod søvnbesvær (N05CD og N05CF), antidepressiva (N06A), herunder SSRI (N06AB) og psykostimulerende midler, herunder midler mod ADHD (N06BA).

Når Sundhedsstyrelsen godkender et lægemiddel til markedsføring, vurderes det, om der for det enkelte lægemiddel er et positivt forhold mellem effekt og bivirkninger ved behandling af den pågældende sygdom (indikation).

I Danmark har læger fri ordinationsret. Det betyder, at lægen ikke er forpligtet til kun at anvende markedsførte lægemidler på de af Sundhedsstyrelsen godkendte indikationer. Hvis en læge ud fra sin viden og erfaring skønner, at et bestemt lægemiddel vil gavne en patient på andre indikationer (sygdomme) end det er godkendt til, må lægen gerne ordinere lægemidlet i den konkrete situation. Valg af konkret behandlingstilbud til den enkelte patient er altid en konkret lægefaglig vurdering i samråd med patienten.

Opgørelsen af brugen af psykofarmaka gør bl.a. brug af følgende tekniske begreber: Brugere, ny bruger, varig bruger og defineret døgndosis.

En *bruger* er defineret som en person der har indløst mindst én recept på det respektive lægemiddel eller lægemiddelgruppe i løbet af et år. Brugere som udelukkende har fået lægemidlet under indlæggelse indgår ikke, idet forbruget på sygehuse ikke registreres på personniveau.

Hvis der er tale om brugere, som er i vedvarende behandling, defineres disse som *varige brugere*. Herudover anvendes begrebet *nye brugere* defineret som en person, der ikke tidligere har indløst recept på det respektive lægemiddel eller lægemiddelgruppe i en nærmere defineret periode²⁵. I denne rapport er udvikling i brugere over tid korrigeret for udviklingen i befolkningstallet, og angives dermed som *brugere per 1.000 indbyggere*, hvilket vil sige den andel af befolkningen i procent, der i et givent år har indløst recept på det aktuelle lægemiddel.

En *defineret døgndosis (DDD)* er en standardiseret enhed til at sammenligne og måle forbruget af lægemidler over tid. DDD fastsættes til, hvad der svarer til en gennemsnitligt daglig vedligeholdelsesdosis af det pågældende lægemiddel anvendt på hovedindikationen til en voksen person²⁶.

I denne rapport anvendes begrebet *DDD per 1.000 indbyggere per døgn* for forbruget, da der således korrigeres for udviklingen i befolkningstallet. Forbruget i både primær- og sygehussektor er omfattet, med mindre andet er angivet.

Omsætning er i denne rapport defineret som den totale samfundsmæssige pris for det respektive lægemiddel eller lægemiddelgruppe inkl. patientens egenbetaling, regionernes (sygesikringens og i nogle tilfælde sygehusenes) og kommunernes andel, moms grossist og apoteksavance.

Flere psykofarmaka anvendes i bredt omfang til andre indikationer end psykiske lidelser f.eks. nervesmerter, og det er ikke muligt at skelne, hvilken del af forbruget der anvendes på den ene eller den anden indikation, hvilket kan have betydning for fortolkning af lægemiddelforbrugsudviklingen. Relevante situationer kommenteres under de enkelte afsnit.

Omvendt er der en del lægemidler, som tilhører gruppen af antiepileptika, som også anvendes til behandling af psykiske lidelser, f.eks. pregabalin mod generaliseret angst,

25 F.eks. inden for de seneste to år eller anden relevant periode i forhold til den aktuelle sygdom eller symptom. Se de enkelte afsnit.

26 F.eks. er DDD for det antipsykotiske lægemiddel Seroquel (quetiapin) 400 mg, mens den for Zyprexa (olanzapin) er 10 mg.

lamotrigin og valproat som stemningsstabiliserende ved bipolar affektiv lidelse og clonazepam, som ofte anvendes hos patienter med angst eller misbrug. Igen er det ikke muligt at adskille, hvor stor en del af forbruget der blevet anvendt til henholdsvis epilepsi og de nævnte psykiske lidelser. Rapporten beskriver derfor ikke udviklingen i forbruget af antiepileptika.

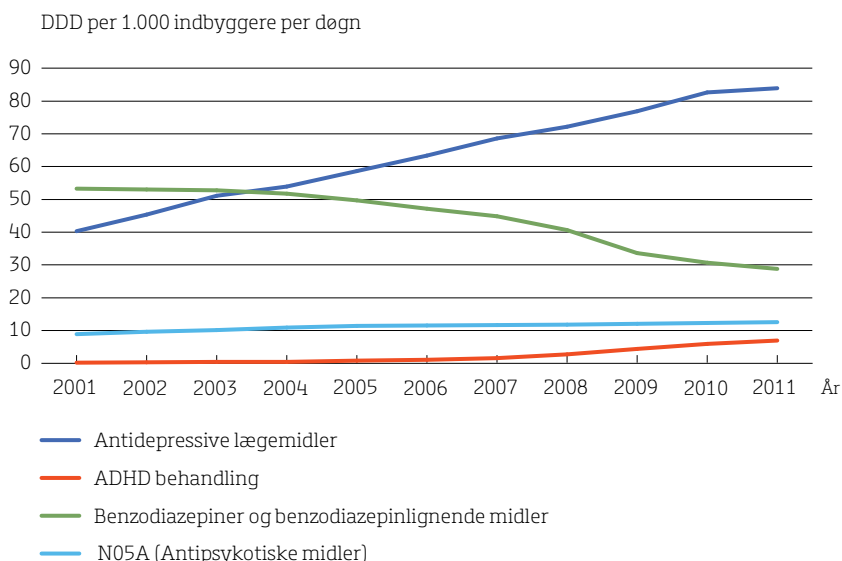
9.3.2

Udvikling i forbruget af psykofarmaka

I figur 9.1 ses udviklingen i det totale forbrug (fra både apotek i primærsektor og fra sygehusapotek) af de forskellige grupper af psykofarmaka.

FIGUR 9.1

Udviklingen i forbrug af psykofarmaka, 2001-2011



Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret, SSI.

Datagrundlag: Samlet forbrug i både primær- og sygehussektor. Antipsykotika: N05A inkl. Litium. Benzodiazepiner: N05BA, N05CD og N05CF, samt clonazepam (N03AE01). Antidepressiva: N06A på nær bupropion, som specifikt anvendes til rygestop. ADHD behandling: Kun methylphenidat og atomoxetin.

Forbruget af antidepressiva er fordoblet i perioden, hvorimod forbruget af benzodiazepiner er faldet med 46 pct.. Forbruget af antipsykotika er steget med 34 pct., og forbruget af medicin mod ADHD er steget fra stort set ingenting til 7,0 DDD per 1.000 indbyggere per døgn i 2011.

Med undtagelse af antipsykotika ligger stort set hele forbruget af psykofarmaka i primærsektoren. Det vil sige, at medicinen er købt på et privat apotek, og forbruget er således inklusiv ordinationer fra praktiserende speciallæger og læger på ambulatorier og sygehusafdelinger. Det er kun 1 pct. af forbruget af de antidepressive lægemidler

og af ADHD-medicinen, der bruges under indlæggelse på sygehus. For benzodiazepiner er det 4 pct. af forbruget.

For antipsykotika er det 13 pct. af forbruget, der ligger i sygehussektoren og 87 pct. i primærsektoren. Sygehussektorens forbrug kan også være udleveret vederlagsfrit til særlige patientgrupper i ambulant behandling. Dette har været muligt siden 2008.

Udviklingen for de enkelte lægemiddelgrupper beskrives i det følgende.

Antipsykotika

Antipsykotika er én af hjørnestenene i behandlingen af mennesker med skizofreni og andre psykotiske tilstande, men nogle af disse lægemidler har også veldokumenteret effekt på især forebyggelse og behandling af maniske episoder ved bipolære lidelser, samt forebyggelse af nye maniske episoder. Enkelte antipsykotika er godkendt til andre indikationer såsom supplerende behandling af svær depression, hvor antidepressiva har været uden effekt (quetiapin), kortvarigt ved vedvarende aggressiv adfærd hos børn over 5 år med gennemgribende udviklingsforstyrrelser, samt til ældre med moderat til svær Alzheimers demens (risperidon). Effekten over for Tourettes syndrom er velkendt, men ingen af stofferne er godkendt specifikt hertil.

Herudover er der et betydeligt forbrug til behandling af angst, uro, søvnbesvær, delirøse tilstande og adfærdsforstyrrelser hos især ældre, som hverken er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens godkendte indikationer eller evidensbaseret. Antipsykotika har både hyppige og alvorlige bivirkninger, og er hos ældre forbundet med en markant risiko for død²⁷.

Gruppen af antipsykotika opdeles overordnet i 1. og 2. generations antipsykotika, hvor den primære forskel er grad af ekstrapyrimidale bivirkninger (bevægelsesforstyrrelser, muskelstivhed, fattig mimik, rysten), som generelt er mindre udtalt ved 2. generations antipsykotika. Den øgede risiko for død hos ældre gælder alle antipsykotika. ATC-gruppen omfatter desuden lithium (N05AN01), som fortrinsvis anvendes som stemningsstabiliserende medicin ved bipolær lidelse.

Det totale forbrug af antipsykotika (DDD/1000 indb./døgn) er steget med 34 pct. fra 2001-2011, mens andelen af brugere i befolkningen kun er steget med 8 pct., hvilket bl.a. skal ses i forhold til, at andelen af befolkningen med diagnosen skizofreni har været forholdsvis stabil. Stigning ses kun i primærsektoren. Forbruget i sygehussektoren er derimod uændret. Den umiddelbart store stigning i DDD skyldes et generelt skift fra 1. til 2. generations antipsykotika, da DDD-værdien for 1. generationsantipsykotika ofte er sat for højt i forhold til den dosis som anvendes i praksis, hvorimod DDD-værdien for 2. generations antipsykotika ofte er sat for lavt.

Omlægningen fra billige 1. generations antipsykotika til dyre 2. generations antipsykotika har medført en stigning på 176 pct. fra kr. 374 mio. i 2001 til over 1 milliard i 2011.

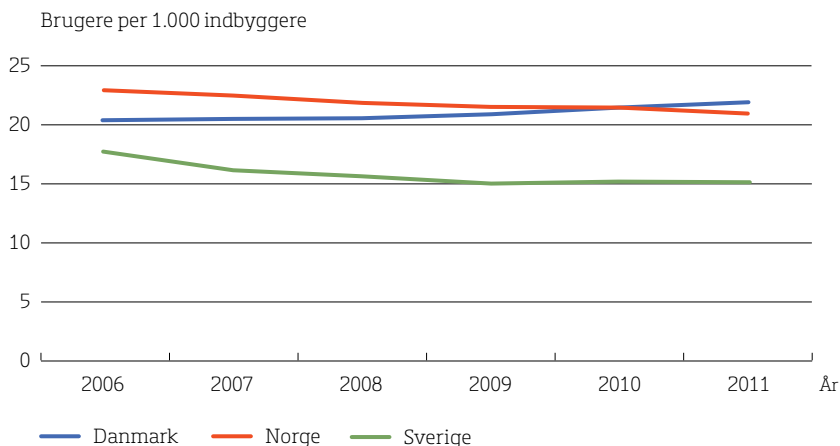
Forbruget af antipsykotika er på niveau med Norge og Sverige og er illustreret i figur 9.2. Danmark og Norge har et forbrug svarende til ca. 2 pct. af befolkningen. I Sverige er det 1,5 pct.²⁸

27 http://irf.dk/dk/anmeldelser/studieanmeldelser/markant_oeget_doedelighed_ved_brug_af_antipsykotika_til_dementie_02.htm

28 Data tilbage til 2006 fra Folkehelseinstituttet. Legemiddelstatistik 2011 og 2012 og Den svenske Socialstyrelses statistikdatabase.

FIGUR 9.2

Forbrug af antipsykotika i skandinaviske lande

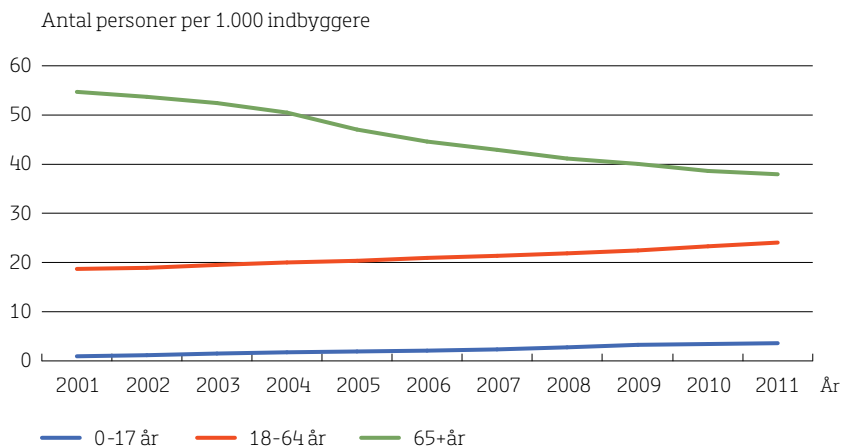


Kilde: Lægemiddelregisteret. Datagrundlag: Alle i ATC-gruppe N05A.

Andelen af nye brugere af antipsykotika, defineret som personer, som ikke har indløst recept på et antipsykotikum inden for de sidste to år, er på 10 år steget med 14 pct.. Stigningen ses fra 2008, hvor indikationen for quetiapin (Seroquel), som er det mest solgte antipsykotikum, blev udvidet til at omfatte bl.a. depressive episoder ved bipolar lidelse.

I 2011 havde ca. 121.200 personer indløst recept på et antipsykotikum, hvilket svarer til 2,2 pct. af befolkningen. Heraf var ca. 32.400 nye brugere. Figur 9.3 viser, at udviklingen i aldersgrupperne er forskellig. Mens forbruget hos de 18-64 årige er steget med 29 pct., er forbruget hos de +65 årige faldet med 31 pct. i tråd med nye udmeldinger fra Sundhedsstyrelsen og Institut for Rational Farmakoterapi i 2004, 2005 og 2007 om mere restriktiv brug af antipsykotika til ældre²⁹. I 2011 fik 35.413 ældre over 65 år et antipsykotikum (4 pct.), hvilket er på niveau med tal fra Norge (3-4 pct.) og Sverige (3 pct.). Forbruget hos de 0-17 årige er relativt lavt, men er til gengæld steget med 286 pct. fra ca. 0,1 pct. af alle 0-17 årige i 2001 til ca. 0,4 pct. i 2011.

29 http://irf.dk/dk/publikationer/rational_farmakoterapi/maanedsbld/2004/nr_6_juni_2004.htm http://irf.dk/dk/publikationer/vejledninger/aeldre_med_demens_.htm
http://irf.dk/dk/publikationer/rational_farmakoterapi/maanedsbld/2007/maanedsbld_nr_7_august_2007.htm

FIGUR 9.3**Antal personer behandlet med antipsykotika**

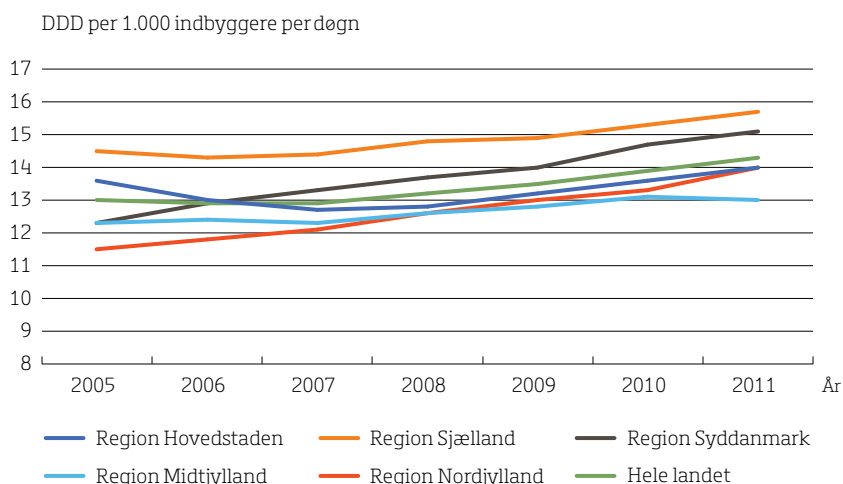
Kilde: Lægemiddelregisteret. Datagrundlag: Personer som har indløst mindst en recept på et antipsykotikum (N05A) i løbet af et år.

Variationen mellem de fem regioner ses i figur 9.4, og varierer i 2011 fra 13 DDD/1000 indb./døgn i Region Midtjylland til 15,7 DDD/1000 indb./døgn i Region Sjælland. Forbruget stiger fra 2005-2011 i samtlige regioner, men der er en vis variation. Det seneste år er forbruget i Region Midtjylland faldet en smule (1 pct.).

Der er ikke nogen åbenlys forklaring på de regionale forskelle i ændringer over tid. Forklaringer på faldende forbrug skal dog med alt sandsynlighed findes i gruppen af ældre jf. figur 9.3, men en rapport med opgørelser fra de tidligere amter viser, at det tidligere Århus Amt havde et markant lavere forbrug af antipsykotika hos ældre pga. af en intensiv indsats på dette område. I 2006 gennemførte Frederiksborg amt ligeledes en intensiv indsats målrettet de ældre, hvilket kan være en medvirkende årsag til Region Hovedstadens faldende forbrug i 2006 og 2007. Region Hovedstaden er i 2011 den region, som har det laveste forbrug i primærsektoren, men til gengæld det højeste forbrug i sygehussektoren.

FIGUR 9.4

Forbrug af antipsykotika per region



Kilde: Lægemiddelregisteret. Datagrundlag: DDD solgt fra sygehusapotek eller apotek i primærsektor korregeret for indbyggertal i de forskellige regioner.

Udvikling i forbruget af de enkelte stoffer viser generelt en stigning i de nyere 2. generations antipsykotika (f.eks. quetiapin, olanzapin, risperidon, aripiprazol) og et fald i de gamle 1. generations antipsykotika (f.eks. levomepromazin, flupentixol, zuclopentixol), som ikke længere anbefales som førstevalg. Den mest markante stigning ses for quetiapin, som efter en udvidelse af den godkendte indikation til også at omfatte depressive episoder ved bipolær affektiv lidelse i 2008 og unipolær depression i 2011, har været det mest solgte antipsykotikum.

Lægemiddelstatistikregisteret rummer ikke valide oplysninger om, hvilke psykiske lidelser de enkelte antipsykotika bliver brugt til. Typen af antipsykotika, brugerens alder og oplysninger om, hvem der fortrinsvis udskriver den første recept (almen praksis, sygehus eller speciallæge) kan dog give et bud på, om der er tale om skizofreni eller anden psykotisk lidelse eller en bipolær affektiv lidelse, hvor behandlingen ofte begynder på et sygehus, eller om der er tale om tilstande som angst, uro, søvnbesvær, organisk delir og depression, hvor behandlingen ofte begynder i almen praksis.

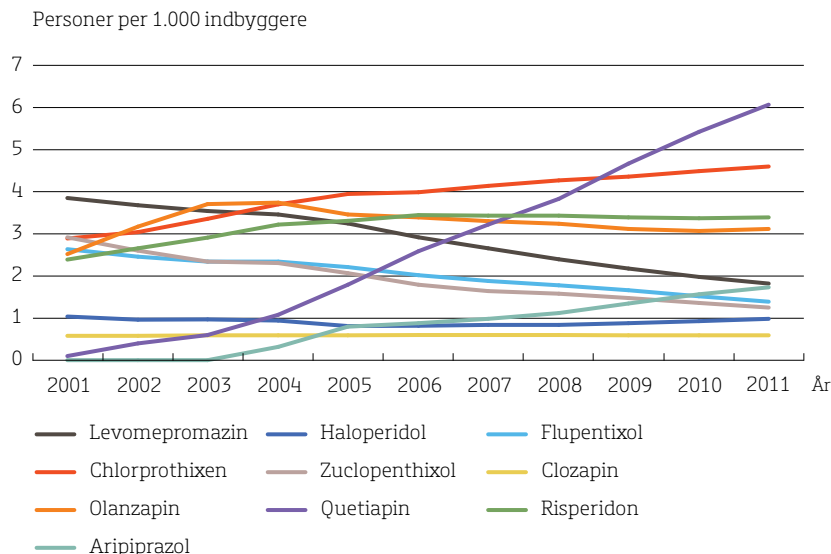
Hos de +65 årige er det oftere almen praksis, som udskriver den første recept på antipsykotika. Hyppigst haloperidol, risperidon, quetiapin, som ofte anvendes ved adfærdsforstyrrelser eller psykotiske symptomer ved delir eller demens. Hos både de 0-17 årige og de 18-64 årige påbegyndes behandlingen ofte med en recept fra en sygehuslæge på stofferne chlorprothixen eller quetiapin. Almen praksis udskriver også hyppigst den første recept på quetiapin til personer mellem 18-64 år, hvilket giver en indikation af, at stoffet i vid udstrækning anvendes til ikke-psykotiske tilstande, f.eks. angst, uro og søvnbesvær.

Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år angiver, at højdosisstoffer (f.eks. levomepromazin, chlorprothixen) bør undgås pga. risikoen for antikolinerge og kardiovaskulære bivirkninger, der – især hos ældre – kan medføre konfusion og udtalt sedation. Selvom antallet af personer som

anvender chlorprothixen generelt er steget, er anvendelse hos de ældre over 65 år faldet lidt. Samtidig er forbruget af de øvrige højdosis antipsykotika faldet.

FIGUR 9.5

De ti mest anvendte antipsykotika



Kilde: Lægemiddelregisteret. Datagrundlag: De 10 antipsykotika (n05A) for hvilke flest personer har indløst recept i 2011.

Antidepressiva (N06A)

Hovedindikation for antidepressiva er, som navnet antyder, behandling af forskellige typer af moderat til svær depression, herunder forebyggelse og behandling af depressive episoder ved bipolær lidelse. Antidepressiva anvendes også i vid udstrækning ved en række andre psykiske lidelser såsom behandling af generaliseret angst, social angst, OCD og posttraumatisk stresstilstand (PTSD). Nogle få af midlerne anvendes desuden ved somatiske lidelser såsom neuropatiske smerter og stressinkontinens.

De forskellige antidepressiva opdeles efter deres virkningsmekanisme i de ældre tricykliske antidepressiva (TCA), serotonin-reuptake hæmmerne (SSRI), serotonin-noradrenalin-hæmmerne (SNRI), samt enkelte nyere stoffer med andre virkningsmekanismer. Virkningsmekanismen har især betydning for hyppigheden og typen af bivirkninger, og i nogle tilfælde også for effekten.

SSRI er normalt førstevalg ved depression og de fleste andre psykiske lidelser pga. færre bivirkninger og oftest ligeværdig effekt med de øvrige typer af antidepressiva. Ved manglende effekt af et SSRI skiftes oftest til et SNRI eller i særlige tilfælde et TCA, såfremt de øvrige midler har været uden effekt. TCA har i antidepressive doser flere alvorlige bivirkninger og kontraindikationer end de øvrige stoffer, og frarådes generelt til behandling af ældre. TCA er derimod førstevalg ved behandling af neuropatiske smerter, hvor dosis ofte er mindre. Et stigende forbrug af TCA er derfor ikke nødvendigvis et

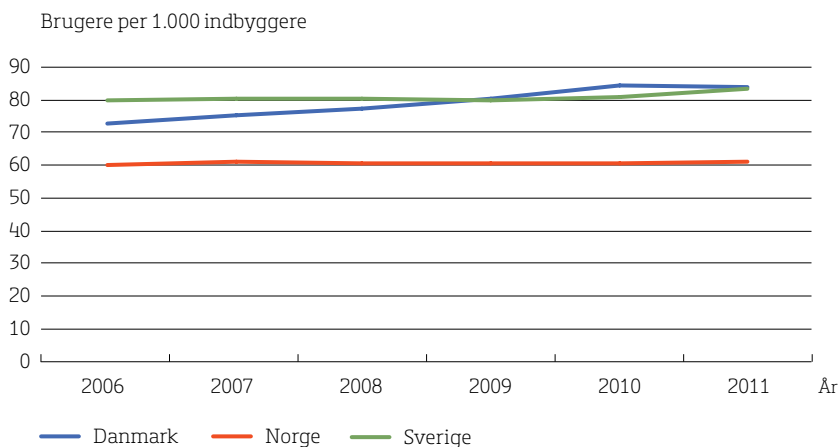
udtryk for et uhensigtsmæssigt forbrug, men det er ikke muligt at se, hvor meget der bliver anvendt på de forskellige indikationer.

Forbruget af antidepressiva er fra 2001 til 2011 mere end fordoblet. I samme periode er andelen af personer i befolkningen, som har indløst recept på et antidepressivum steget med 53 pct.. Der er tale om en forholdsvis jævn stigning frem til 2010, hvorefter stigningen er stagneret. Det vides ikke om stigningen er et udtryk for, at der reelt er flere, der diagnosticeres med en moderat eller svær depression og angstlidelse, eller om det skyldes indikationsskred, hvor flere med mild depression, stress mv. behandles. Skift af behandlingsstrategi for angst, hvor man i dag anbefaler SSRI frem for benzodiazepiner, forklarer kun en lille del af stigningen. Kun ca. 1 pct. af forbruget ligger i sygehus-sektoren, men her er forbruget til gengæld faldet 8 pct. fra 2010-2011.

Omsætningen faldt fra 2001 til 2011 med 34 pct., idet meromkostningen til nyere og dyrere lægemidler opvejes af patentudløb på flere af de hyppigst anvendte antidepressiva. Figur 9.6 viser, at andelen af den danske befolkning, som har fået recept på et antidepressivum i 2011 svarer til Sverige, hvor det er ca. 8 pct., hvorimod det er ca. 6 pct. af befolkningen i Norge. Til gengæld har Danmark et lavere forbrug af benzodiazepiner end både Sverige og Norge, hvilket alt i alt indikerer et mere hensigtsmæssigt forbrugsmønster i forhold til behandling af angsttilstande.

FIGUR 9.6

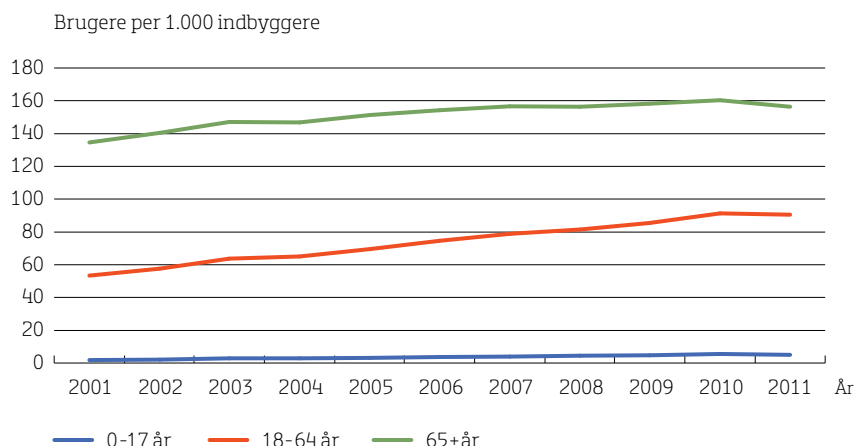
Forbrug af antidepressiva i skandinaviske lande



Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret. Datagrundlag : Personer som har indløst mindst en recept på et antidepressivum (N06A).

En stigende andel af befolkningen behandles med antidepressiva. Til gengæld ser vi ikke den samme stigning i nye brugere fra år til år, defineret som de behandlede personer, som ikke har indløst recept på et antidepressivum de forrige to år. I 2011 havde ca. 461.00 personer indløst recept på et antidepressivum svarende til 8,3 pct. af befolkningen. Heraf var 99.000 nye brugere, som ikke havde været i behandling med antidepressiva de forudgående to år. Forbruget af antidepressiva stiger generelt med alderen, hvilket illustreres i figur 9.7.

FIGUR 9.7

Forbruget af antidepressiva i forskellige aldersgrupper

Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret. Datagrundlag: Personer som har indløst mindst en recept i løbet af et år på N06A på nær bupropion, som specifikt anvendes til ryggestop.

En nærmere analyse af data viser dog et lille fald omkring efterlønsalderen, hvorefter forbruget igen stiger³⁰. Hos personer over 85 år fik 26 pct. et antidepressivum i 2011. I denne aldersgruppe anvendes antidepressiva hyppigt til ældre med både depression og demens. Her viste en nylig undersøgelse, at antidepressiva ikke har klar effekt, men hyppigt gav bivirkninger i form af sløvhed eller kvalme. Institut for Rationel Farmakoterapi anbefalede på denne baggrund, at behandlingen hos denne patientgruppe blev revurderet³¹.

Der er næsten dobbelt så mange kvinder som mænd, der behandles med antidepressiv medicin. Der er ikke nævneværdig forskel mellem de fem regioner i udviklingen i forbruget af antidepressiva siden 2005. Region Midtjylland har i alle årene det højeste forbrug per indbygger og Region Hovedstaden det laveste.

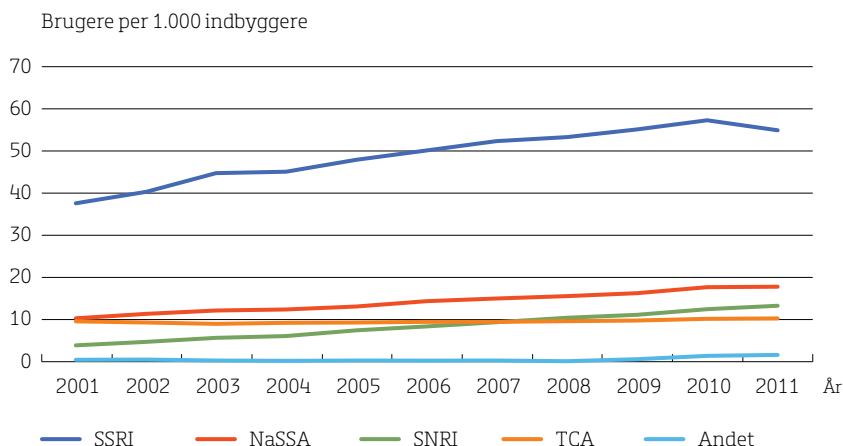
Figur 9.8 viser udviklingen i forbruget af de forskellige typer af antidepressiva. SSRI udgør den største del af forbruget. Forbruget af både SSRI og nyere antidepressiva (f.eks. mirtazepin, venlafaxin o.lign.) er steget fra 2001 til 2011, hvorimod forbruget af de ældre såkaldte TCA er faldet lidt hos de +65 årige i overensstemmelse med, at man generelt bør være tilbageholdende med at anvende disse stoffer ved depression hos ældre pga. stoffernes bivirkningsprofil.

30 <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Analyser%20og%20rapporter/Lagemiddelforbrugsanalyser/2012/Antidepressiva.aspx>

31 http://irf.dk/dk/anmeldelser/studieanmeldelser/demens_og_depression_antidepressiva_er_ikke_bedre_end_placebo.htm

FIGUR 9.8

Udviklingen i forskellige antidepressiva



Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret. Data forklaring: **SSRI**: Fluoxetin, citalopram, paroxetin, sertralin, fluvoxamin og escitalopram. **NaSSA**: Mianserin og mirtazapin. **SNRI**: Venlafaxin og duloxetin. **TCA**: Imipramin, clomipramin, trimipramin, lofepramin, amitriptylin, nortriptylin, doxepin, dosulepin, amoxapin og maprotilin. **Andet**: Reboxetin, agomelatin og nefazodon.

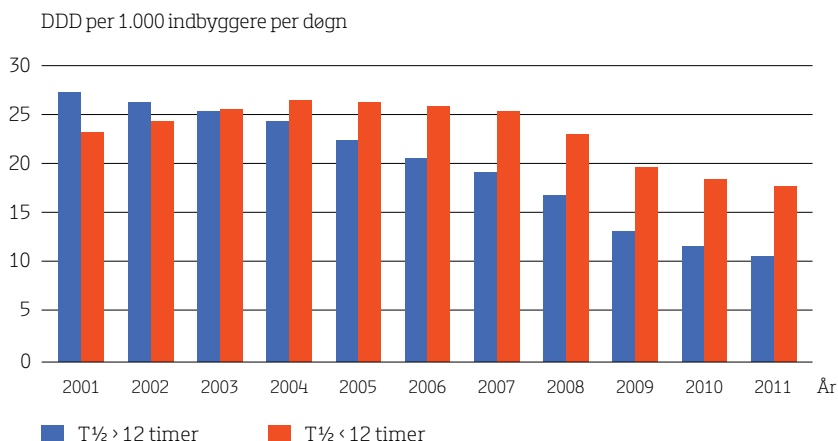
Benzodiazepiner

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler er bl.a. godkendt til behandling af angst, søvnproblemer, epilepsi og feberkrampe. Da virkningsmekanismen er stort set den samme, behandles midlerne i det følgende under ét. Stofferne adskiller sig fra hinanden ved at have forskellige halveringstider, dvs. hvor lang tid de bliver i kroppen efter indtagelse. Jo længere tid et benzodiazepin bliver i kroppen, jo større er risikoen for, at medicinen også virker i dagtiden, og dermed påvirker bl.a. evnen til at køre bil og betjene maskiner. I praksis anbefaler man derfor ikke brug af midler, som har en halveringstid på mere end 12 timer til behandling af angst og søvnbesvær.

Benzodiazepiner har en god umiddelbar effekt på angst eller søvnbesvær, men ved daglig brug aftager den angstdæmpende effekt efter få måneder og den søvnfremkaldende effekt allerede efter få uger. Herefter er der kun bivirkningerne tilbage såsom svimmelhed, døsighed, hukommelses- og koncentrationsbesvær. Benzodiazepiner er stærkt afhængighedsskabende, og stopper man behandlingen brat ses abstinenssymptomer som angst, uro og søvnbesvær (f.eks. kan man i en periode sove endnu dårligere, end før man fik medicinen), og nedtrapning skal derfor ske over lang tid.

Forbruget af benzodiazepiner har generelt været faldende efter flere intensive kampagner på området. Det største fald ses fra 2008 til 2009, hvor Sundhedsstyrelsen i august udsendte en vejledning med skærpede regler for kørekort, efterfulgt af Institut for Rationel Farmakoterapi's kampagne rettet mod både læger, praksispersonale og patienter. De skærpede regler betyder, at man ikke kan få fornyet sit kørekort, når man fylder 70 år, hvis man er i behandling med et benzodiazepin med lang halveringstid (>12 timer). I praksis medførte Institut for Rationel Farmakoterapi's kampagne også et fald i benzodiazepiner med kort halveringstid.

FIGUR 9.9

Forbrug af benzodiazepiner med kort og lang halveringstid

Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret, SSI.
 Datagrundlag: N05BA, N05CD og N05CFN03AE01.

I 2011 var der ca. 382.200 personer, der indløste mindst én recept på et benzodiazepin. Heraf købte 42 pct. medicin til max 30 dages behandling (max 30 DDD), som er grænsen for fornuftig brug af midlerne jf. Sundhedsstyrelsens vejledning. Kun 45.527 personer (12 pct.), købte 365 DDD eller mere, hvilket kan bruges som et groft skøn for, hvor mange personer, der er i kronisk behandling. Antallet af personer, der købte mere end 365 DDD er halveret fra 2002 til 2011, og antallet som købte mellem 31–365 DDD er reduceret med 35 pct.³² En tidligere analyse fra Lægemiddelstyrelsens afdeling for Statistik og Analyse (nu Statens Serum Institut) viste, at kun få patienter skiftede til anden psykofarmakologisk behandling. Ca. 7 pct. skiftede til et antidepressivum, mens kun ca. 2,5 pct. skiftede til et antipsykotika (fortrinsvis chlorprotixen eller quetiapin)³³.

Forbruget i Danmark ligger generelt lavere end både Norge, Sverige, Finland og Island. Der er stor regional variation i forbruget. Region Midtjylland har igennem mange år haft det laveste forbrug, hvilket direkte skyldes en mangeårig indsats i det tidligere Ringkøbing Amt, som er videreført i regionen.

Psykostimulerende midler/ADHD medicin

Gruppen omfatter lægemidlerne methylphenidat, atomoxetin, modafinil, amfetamin og dexamfetamin, som fortrinsvis anvendes til behandling af ADHD. Flere af stofferne er godkendt til behandling af narkolepsi, men en artikel af Pottegård et al. fra 2012 skriver, at forbruget hertil i praksis udgør meget lidt.

På trods af at medicinen har været anvendt mod opmærksomhedsforstyrrelser hos børn siden 60'erne, ved man meget lidt om langtidseffekten og ikke mindst langtids-

32 <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Analyser%20og%20rapporter/Lagemiddelforbrugsanalyser/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Analyser%20og%20rapporter/Laegemiddelforbrugsanalyser/2012/Fup%20og%20fakta%20om%20danskernes%20brug%20af%20sove medicin%20og%20beroligende%20midler.ashx>

33 <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Analyser%20og%20rapporter/Lagemiddelforbrugsanalyser/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Analyser%20og%20rapporter/Laegemiddelforbrugsanalyser/2009/Markant%20fald%20i%20forbruget%20af%20sove.ashx>

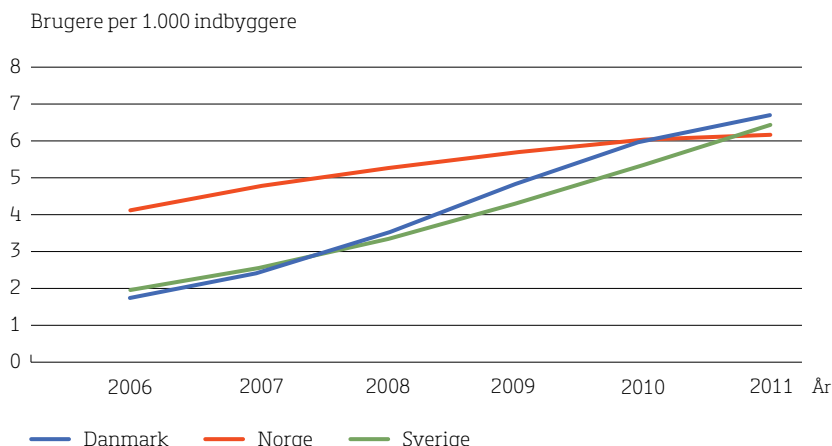
bivirkninger. De få systematiske undersøgelser der findes har ikke kunnet påvise en langvarig effekt af behandlingen. Medicin mod ADHD er udelukkende godkendt til børn fra 6-18 år.

Methylphenidat (Ritalin) har været på markedet i Danmark i mange år, men blev stort set ikke anvendt før 2003, hvor det blev godkendt til behandling af ADHD, og den første langtidsvirkende formulering af methylphenidat³⁴ (Ritalin Uno) blev introduceret. Forbruget af medicin mod ADHD er siden steget kraftigt hos både børn og voksne. Methylphenidat er førstevalg og udgør i praksis størstedelen af forbruget, og blev anvendt af 86 pct. af brugerne i 2011. Dernæst følger atomoxetin, som kom på markedet i 2006, og i 2011 blev anvendt af 18 pct.³⁵ af brugerne. De øvrige stoffer udgør kun en lille del af forbruget.

Forbruget af ADHD medicin er steget kraftigt i både Danmark, Norge og Sverige de sidste fem år, og andelen af brugere per 1.000 indbyggere er i 2011 på samme niveau.

FIGUR 9.10

Forbruget af ADHD medicin i skandinaviske lande

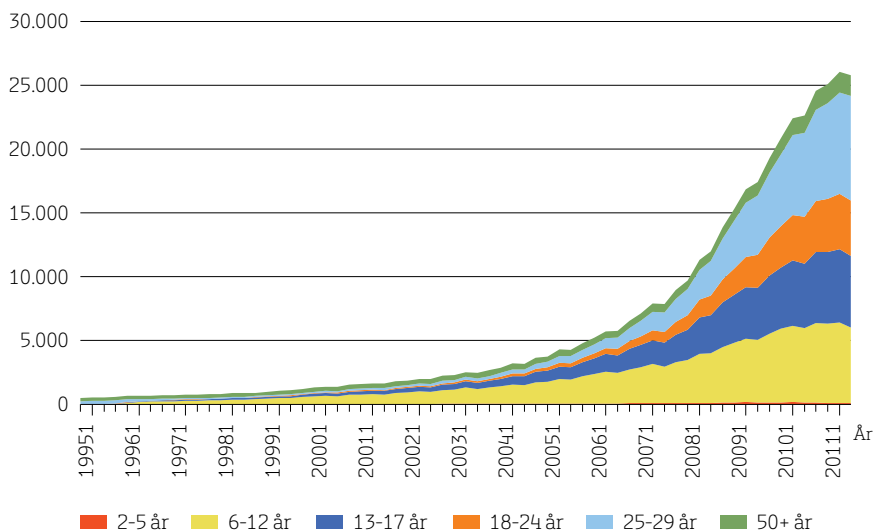


Kilde: Lægemiddelregisteret. Datagrundlag: Antal personer, som har indløst mindst en recept på N06BA.

Det er ikke muligt at sammenligne de samme aldersintervaller, da der anvendes forskellige opdelinger. I 3. kvartal 2011 var der 25.287 varige brugere af ADHD medicin. Heraf var halvdelen over 17 år, og dermed uden for den godkendte indikation. I denne aldersgruppe er der også dobbelt så mange, som ophører med behandlingen allerede efter en enkelt recept, hvilket kunne tyde på, at behandlingen i flere tilfælde ikke har haft den tilsigtede effekt, f.eks. pga. usikkerhed om diagnosen. Blandt de voksne stoppede 14 pct. behandlingen allerede efter første recept. Hos de 6-12 årige var det kun 6 pct.

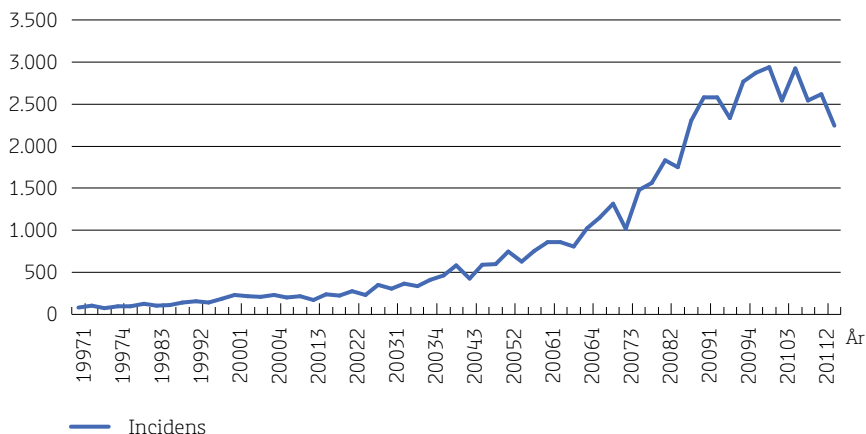
34 Almindelige tabletter har meget kort virkningstid, hvilket betyder, at børnene skal tage medicin i skoletiden.

35 Samme person kan godt have anvendt både methylphenidat og atomoxetin i løbet af et år. Derfor er summen ikke 100 pct..

FIGUR 9.11**Udviklingen i varige brugere af ADHD medicin**

Kilde: Lægemiddelregisteret. Datagrundlag: Prævalente (varige) brugere af methylphenidat eller atomoxetin.

Antallet af nye brugere har ligeledes været kraftig stigende frem til 2011, men synes herefter at stagnere som tegn på, at brugen af ADHD-medicin har nået et stabilt niveau.

FIGUR 9.12**Antal nye brugere af ADHD medicin**

Kilde: Lægemiddelregisteret. Datagrundlag: Incidente (nye) brugere af methylphenidat eller atomoxetin.

I en artikel af Pottetgård et al. Vises, at praktiserende læger ofte påbegynder ADHD behandling hos især voksne patienter. Blandt de 18-49 årige udskrives op mod 18-20 pct. af førstegangsrecepterne af praktiserende læger. Ifølge Sundhedsstyrelsens gældende vejledning på området er det en opgave for speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri at vurdere, hvornår et barn eller en ung med psykisk lidelse har behov for medikamentel behandling, og at indlede denne. Det udelukker dog ikke, at behandlingen for patienter, hvor førstegangsrecepten er udstedt af praktiserende læge, kan være opstartet efter samråd med en børne- og ungepsykiater. Den gennemsnitlige dosis medicin der udskrives til ADHD patienter, er steget til op mod det dobbelte gennem de sidste 10 år. Stigningen ses i alle aldersgrupper.

Forbruget af medicin mod ADHD viser stor regional variation med ca. dobbelt så stort forbrug i 2011 i Region Midtjylland (9,8 DDD per 1.000 indbyggere) i forhold til Region Syddanmark (4,3 DDD per 1.000 indbyggere) og Region Hovedstaden (5,2 DDD per 1.000 indbyggere), som er de to regioner, der bruger mindst. Endelig ses en markant stigning i den gennemsnitlige medicindosis, som hver enkelt barn eller voksen indtager daglig.

Børn og unge (0-17 årige)

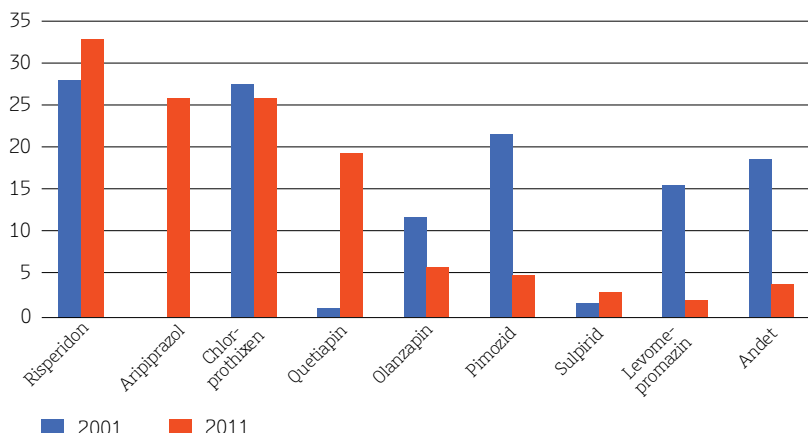
Hos børn og unge er det især stigningen i forbruget af midler mod ADHD, der har været i fokus de seneste år. Endvidere ses der en stigende anvendelse af både antipsykotika og antidepressiva. Brugen af benzodiazepiner til angst eller søvnproblemer er derimod yderst beskeden.

Antipsykotika

Antallet af børn og unge, som behandles med antipsykotika, er steget markant de sidste 10 år fra ca. 0,1 pct. af alle 0-17-årige i 2001 til ca. 0,4 pct. i 2011. Af Sundhedsstyrelsens vejledning fremgår det, at 2. generations antipsykotika generelt er førstevalg, og der er da også et generelt skift fra 1. til 2. generations antipsykotika. Især ses et skift fra pimoqid til aripiprazol og quetiapin (se figur 9.13). Den første recept på et antipsykotikum lyder oftest på chlorprotixen og quetiapin, hvoraf ingen er godkendt til børn og unge under 18 år.

FIGUR 9.13

Hyppigst anvendte antipsykotika hos børn og unge



Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret. Datagrundlag: Alle 0-17 årige der har indløst mindst en recept på antipsykotika (N05A) i hele 2001 eller 2011. Bemærk at samme person kan have indløst recept på mere end ét antipsykotikum, hvorfor summen overstiger 100 pct.. Kategorien 'Andet' dækker over flere forskellige 1. generations antipsykotika.

Risperidon er det eneste antipsykotikum, som er godkendt til behandling af mindre børn (kortvarigt ved vedvarende aggressiv adfærd hos børn over fem år med gennemgribende udviklingsforstyrrelser). Aripiprazol er godkendt til skizofreni hos unge fra 15 år og opefter, mens ingen af de øvrige er godkendt til personer under 18 år. Lægemiddelstatistikregisteret rummer ikke valide oplysninger om indikationer, men en tidligere analyse har vist, at antipsykotika ofte anvendes til børn og unge under 18 år, som er i behandling med medicin mod ADHD.

I 2011 fik 3701 børn og unge under 18 år en recept på et antipsykotikum. Heraf fik 1.697 (46 pct.) et middel, som var godkendt inden for det pågældende aldersinterval. Det betyder omvendt, at mindst³⁶ 2.004 børn og unge (over halvdelen) har fået antipsykotikum, som ikke er børneindikation. Ser man på brugere under 15 år, hvor risperidon er det eneste godkendte stof, anvendte godt halvdelen af brugerne risperidon. Herefter var de hyppigst anvendte stoffer aripiprazol efterfulgt af chlorprothixen og quetiapin.

For behandling med antipsykotiske lægemidler til børn og unge gælder, at både start- og vedligeholdelsesbehandling skal varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. I op mod 26 pct. af tilfældene er det imidlertid en alment praktiserende læge, som udskriver den første recept til personer under 17 år. Det udelukker ikke, at behandlingen er initieret i samråd med psykiater, men bør være genstand for nærmere undersøgelse³⁷.

36 Samme barn kan godt have fået mere end ét antipsykotikum i løbet af et år.

37 Tallet kan være overestimeret, da det er en kendt fejl, at recepter fra special- eller sygehuslæger af og til indberettes, som om de er fra patientens praktiserende læge i apotekssystemerne.

Benzodiazepiner

Ifølge Sundhedsstyrelsens gældende vejledning skal børn og unge med psykiske lidelser kun undtagelsesvis behandles med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler. Brugen af benzodiazepiner hos børn og unge er da også meget beskedent. Hos de mindste børn ses et forbrug af diazepam svarende til, at det anvendes ved feberkrampe eller epilepsi. Forbruget er endvidere aftaget over de sidste 10 år. Hos de unge ses et lille forbrug af benzodiazepinlignende sovemidler (f.eks. 184 personer blandt de 17-årige), men forbruget har været aftagende siden 2005. Til gengæld ses et stigende forbrug af melatonin, som ofte anvendes til søvnforstyrrelser hos børn med ADHD (se dette afsnit).

Antidepressiva

Brugen af antidepressiva til børn- og unge har været stigende gennem de sidste 10 år. Fra 2010 til 2011 ses dog et lille fald hos de 13-17 årige parallelt med, at Sundhedsstyrelsen indskærpede, at opstart af børn og unge med antidepressiva er en specialist-opgave.

I 2011 fik over 6.000 børn og unge et antidepressivum fordelt med 698 personer hos de 7-12 årige (ca. 0,2 pct.). For de 13-17 årige var antallet på 5.387 (1,5 pct.). I praksis bruges ingen antidepressiva til børn under 7 år³⁸.

Kun to antidepressiva er godkendt til behandling af børn og unge. Fluoxetin er godkendt til depression hos børn fra 8 års-alderen. Sertralin er godkendt til behandling af OCD hos børn fra seks år og opefter. I 2011 fik ca. 60 pct. af de 0-17 årige brugere et af de antidepressiva, som var godkendt til de aktuelle aldersinterval. En betragtelig del (1.442 børn og unge i 2011) behandles dog fortsat med citalopram, selvom brugen af citalopram er faldet efter, at IRF³⁹ i maj 2011 pointerede, at citalopram og andre SSRI uden børneindikation ikke er førstevalg til børn og unge.

Medicin mod ADHD

Blandt børn og unge er brugen af ADHD-medicin generelt eksploderet de seneste 10 år. Forbruget er stigende i alle aldersgrupper dog meget større hos drenge end hos piger. For begge køn er der flest brugere blandt de 13- 17 årige. For drengene ses det efterfølgende største forbrug hos de 6-12 årige, hvorimod det hos pigerne er blandt de 18-24 årige, hvilket tyder på, at pigerne generelt får stillet diagnosen senere i livet end drengene. I det sidste års tid synes tilvæksten i nye brugere dog at være aftaget som muligt tegn på, at forbruget har nået et stabilt niveau.

Den gennemsnitlige daglige dosis til børn og unge er samlet set fordoblet de sidste 10 år. I aldersgruppen 6-12 år er den mediane daglige dosis af methylphenidat f.eks. steget fra 21 mg i 2002 til 35 mg i 2012. For de 10 pct. af børnene, der anvender de højeste doser, er den gennemsnitlige dosis steget fra 33 mg til 62 mg daglig.

38 I medstat er registreret 41 børn under syv år, som fortrinsvis er recepter på amitriptylin og nortriptylin (ældre type af antidepressiva).

39 http://irf.dk/dk/aendrede_retningslinjer/antidepressiva_til_boern_og_unge.htm

Modsat tendensen hos voksne er det hos børn og unge sjældent den praktiserende læge, der skriver den første recept. Til gengæld er det ofte den praktiserende læge, der efterfølgende skriver de næste recepter, og de indgår således i vedligeholdelsesbehandlingen.

Brugere af ADHD-medicin har også en større tendens til at købe medicin mod andre psykiatriske lidelser. Særligt har mange yngre brugere under 18 år et forholdsmæssigt højt forbrug af antipsykotika og antidepressiva sammenlignet med børn og unge, som ikke bruger ADHD-medicin. Således sås samtidig brug af antipsykotika hos brugere af ADHD-medicin hos 7 pct., hvilket er 19,5 gange højere end hos børn og unge, som ikke bruger ADHD-medicin. For antidepressiva var det 5 pct., hvilket er fem gange hyppigere end hos de som ikke bruger ADHD-medicin (2). Da en del børn med ADHD samtidig lider af Tourettes syndrom, OCD eller andre psykiske lidelser kan polyfarmaci i nogle tilfælde være relevant, men risici herved og ikke mindst den kardiovaskulære risiko er dårligt belyst.

Samtidig ses et højt samtidigt forbrug af melatonin hos især de helt yngste (20 pct. af de 2-5 årige). Melatonin er et relativt uskadeligt middel mod søvnforstyrrelser, som også har nogen dokumenteret effekt hos børn med ADHD.

Polyfarmaci

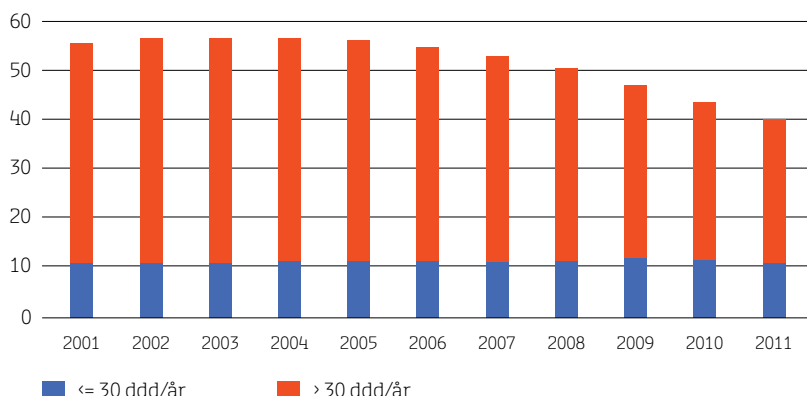
I 2006 viste en undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen, at mennesker i behandling med både antipsykotika og benzodiazepiner havde en øget risiko for at dø i opgørelsesperioden i forhold til dem, der ikke var i kombinationsbehandling med disse lægemidler. Dette er genfundet i en ny undersøgelse. I øvrigt fandt man, at personer som samtidig fik antipsykotika og antidepressiva havde en nedsat risiko for at dø, end de som fik antipsykotika alene.

Det er derfor interessant at se på, hvor mange mennesker der samtidig er i behandling, og hvordan dette har udviklet sig. Figur 9.14 viser, at der siden 2005 er færre personer som behandles med antipsykotika og benzodiazepiner samtidig. Fra ca. 56 pct. i 2005 til 40 pct. af antipsykotikabrukerne i 2011. Det er desuden det længerevarende forbrug af benzodiazepiner (>30 DDD), der falder. I 2011 var det 29 pct., der købte mere end 30 DDD, mod 45 pct. i 2005. Den andel som kun bruger benzodiazepiner kortvarigt (mindre end 30 DDD på et år) er stort set uændret (11 pct.).

En nærmere analyse viser, at mange af brugerne er de samme år efter år. Knap 50 pct. optræder i tre eller flere år. Hele 6 pct. i alle 11 år, omkring 3 pct. i henholdsvis 10, 9, 8 og 7 år. En tredjedel af brugerne optræder kun et enkelt år.

FIGUR 9.14

Antipsykotika og samtidig brug af benzodiazepiner – alle diagnoser

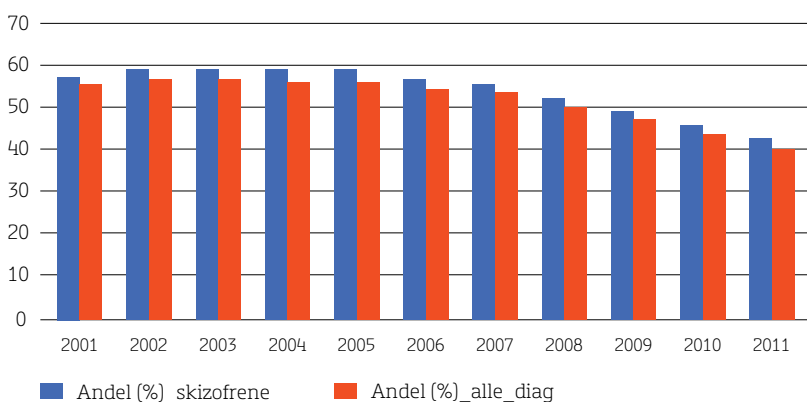


Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret, SSI. Datagrundlag: Procent af antipsykotikabrugere (to køb af samme antipsykotika inden for et løbende år) i alderen 18-64 år, der har købt et benzodiazepin (N05B, N05CD, og clonazepam) og/eller et benzodiazepinlignende middel (N05CF) mindst én gang inden for 90 dage før/efter køb af et antipsykotika (N05A).

Ses alene på mennesker med skizofreni ændres billedet ikke markant. Der er en lidt højere andel af mennesker med skizofreni, der er i behandling med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler end set i forhold til det samlede antal behandlede (alle diagnoser). Men det er helt samme udvikling.

FIGUR 9.15

Antipsykotika og samtidig brug af benzodiazepiner hos mennesker med skizofreni

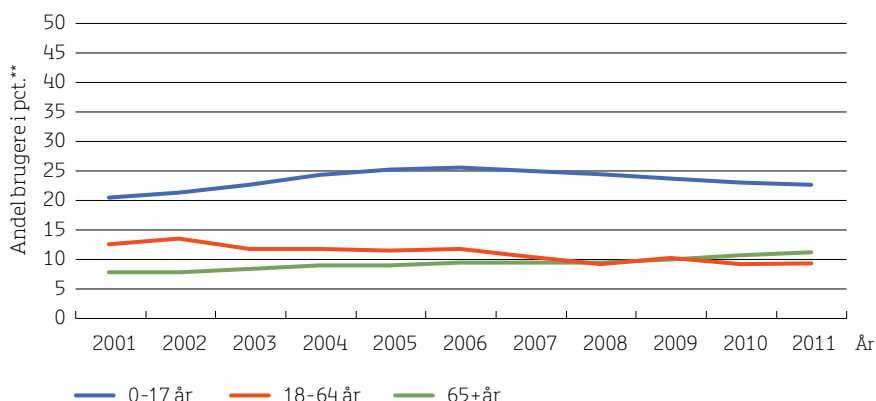


Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret, SSI.

Sundhedsstyrelsens undersøgelse fra 2006 viste, at polyfarmaci med to eller flere antipsykotika var meget udbredt. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2007 skal man som udgangspunkt kun behandle med ét antipsykotikum ad gangen. I 2011 anvendte 23 pct. af de 18-64-årige mere end ét antipsykotika ad gangen. Tallet skal dog kun ses som et groft skøn, idet nogle af disse kan være i gang med et længerevarende skift fra ét middel til et andet. Til gengæld er personer ikke talt med, hvis der er gået mere end et halvt år mellem køb af samme lægemiddel (se definitionen i figurteksten). Populationen af antipsykotikabrugere omfatter også andre og mindre alvorlige diagnoser end skizofreni, hvor der i mindre grad er behov for polyfarmaci.

FIGUR 9.16

Samtidig brug* af flere antipsykotika uafhængigt af diagnose



Kilde: baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregisteret, SSI. Datagrundlag: * Samtidig brug er defineret som dem, der har købt mere end ét ATC inden for N05A inden for en periode på 30 dage, og at dette er sket med den samme kombination af lægemidler mindst to gange inden for et halvt år (183 dage).

**Andelen er beregnet ud fra brugere, der har købt samme ATC mindst to gange inden for et år. Det vil sige, at engangsbrugere er sorteret fra. Hvis man i stedet beregner andelen ud af alle brugere af N05A inkl. engangsbrugere, får man et lavere tal, f.eks. 20 pct. 18-64 årige i 2011 i stedet for 23 pct.. Det er dog den samme udvikling.

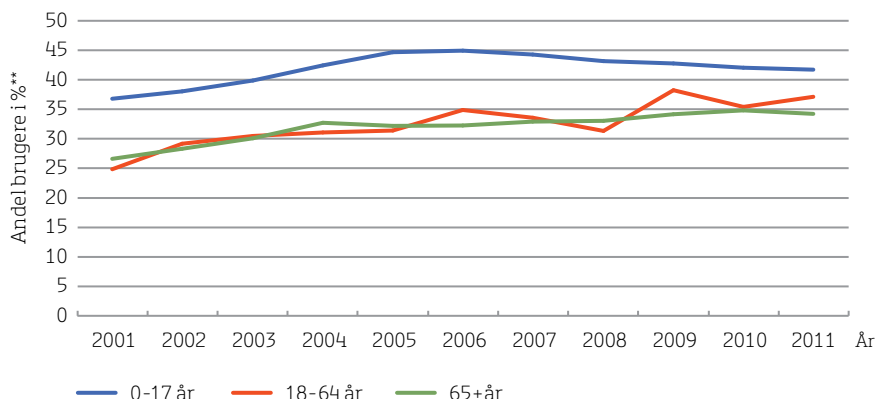
Ser man alene på personer med diagnosen skizofreni er andelen af antipsykotikabrugere med polyfarmaci markant højere, omkring 42 pct. for de 18-64 årige, jf. figur 9.17. Hos næsten hver fjerde af disse indgik clozapin som det ene antipsykotika. De 42 pct. stemmer nogenlunde overens med, at man i NIP fandt, at 37 pct. af mennesker med skizofreni med ambulant kontakt anvendte mere end ét antipsykotikum i 2011.

Ca. 9 pct. af antipsykotikabrugerne med en skizofreni-diagnose var i 2011 udsat for massiv polyfarmaci i form af samtidig brug af tre eller flere antipsykotika. I 2001 var det nogenlunde den samme andel. I den mellemliggende periode ses en stigning frem til 2005, hvor forbruget i form af polyfarmaci topper, og herefter et lille fald frem mod 2011, hvorved vi ender på samme niveau som i 2001.

Sundhedsstyrelsens indskærpelse om, at polyfarmaci er undtagelsen og ikke reglen, har kun medført et meget beskedent fald i andel brugere med polyfarmaci.

FIGUR 9.17

Samtidig brug* af flere antipsykotika hos mennesker med skizofreni***



Kilde: Baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregisteret og LPR. Datagrundlag:

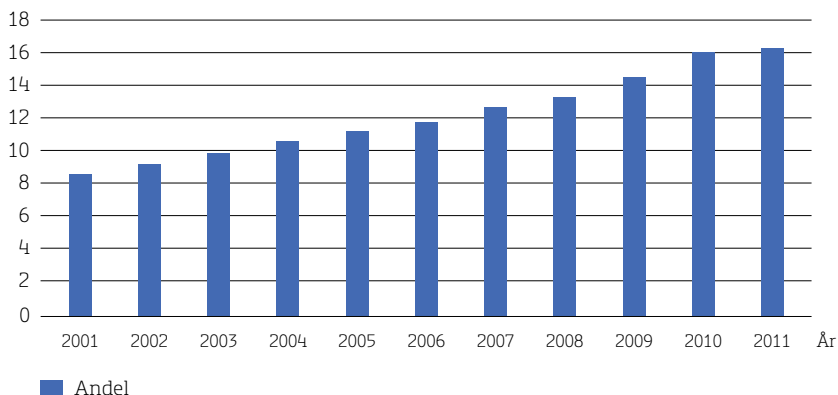
* Samtidig brug er defineret som dem, der har købt mere end ét ATC inden for N05A inden for en periode på 30 dage, og at dette er sket med den samme kombination af lægemidler mindst to gange inden for et halvt år (183 dage).

** Andelen er beregnet ud fra brugere, der har købt samme ATC mindst to gange inden for et år. Det vil sige, at engangsbrugere er sorteret fra. Næsten alle brugere af N05A er dog flergangsbrugere, når man ser på brugerne med en skizofreni-diagnose, så det ændrer ikke så meget.

*** Mennesker, der på et eller andet tidspunkt siden 1994, har fået en skizofreni-diagnose (DF20x) i LPR.

Samtidig brug af antipsykotika og epilepsimedicin ved skizofreni

Nogle mennesker med skizofreni har komorbiditet. Et samtidigt forbrug af epilepsimedicin, som også anvendes til flere psykiske lidelser, kan derfor være en indikator herpå. Nedenfor ses, at polyfarmaci med antipsykotika og epilepsimedicin er stigende gennem hele perioden. Stigningen drives først og fremmest af pregabalin, som er godkendt til generaliseret angst, efterfulgt af lamotrigin og valproat, der begge anvendes som stemningsstabiliserende medicin ved bipolær affektiv sindslidelse.

FIGUR 9.18**Andelen af mennesker med skizofreni i behandling med antipsykotika og epilepsimedicin**

Kilde: Baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregisteret og LPR.

9.3.3**ECT****Overblik**

ECT (*electro convulsive therapy*) er den engelske betegnelse for elektrokonvulsiv terapi, som består i – under bedøvelse – at fremkalde et generaliseret krampeanfald ved at lede en svag elektrisk strøm gennem hjernen. Behandlingen gives normalt i serier på 8-12 behandlinger, fordelt på tre dage om ugen. ECT er en gennemprøvet og udbredt behandlingsform, som især benyttes ved svære former for depression, mani og visse psykotiske tilstande. ECT har forskellige bivirkninger, umiddelbart efter behandling kan der forekomme hovedpine og tendens til muskelsmerter. Den hyppigste kognitive bivirkning er hukommelsesforstyrrelser. Almindeligvis fortager hukommelsespåvirkning sig efter nogle uger, men der er tilfælde, hvor hukommelsespåvirkningerne er langvarige eller kroniske.

Beskrivelse af udviklingen og status

Dansk Psykiatrisk udarbejdede i 2002 landsdækkende kliniske retningslinjer for ECT-behandlingen og retningslinjerne er blevet opdateret i 2011. I dag benyttes ECT til ca. 5 pct. af alle indlagte psykiatriske patienter. I tabel 9.1 findes data fra LPR, der beskriver antallet af behandlinger med ECT. Det blev obligatorisk at registrere ECT-behandling pr. 1. januar 2003, hvilket forklarer, at der er et stort spring i tallene fra 2002 til 2003. Fra 2005-2010 har antallet af behandlinger været mellem 18.558 og 20.911.

TABEL 9.1

ECT-behandling

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	996	1.178	4.636	5.080	6.673	7.120	6.789	6.438	6.478	6.998	7.496
Region Midtjylland	601	1.573	4.864	5.169	5.209	5.439	5.138	5.081	5.588	5.553	5.559
Region Nordjylland	0	10	814	708	1.099	1.384	1.431	1.167	1.781	2.060	1.701
Region Sjælland	541	845	1.360	1.544	1.456	1.774	1.758	1.875	1.818	1.858	1.871
Region Syddanmark	1.100	1.119	3.655	4.199	4.121	3.983	4.482	4.241	4.236	4.442	3.838
I alt	3.238	4.725	15.329	16.700	18.558	19.700	19.598	18.802	19.901	20.911	20.465

Kilde: LPR data. Antal ECT-behandlinger.

Tabel 9.2 viser antallet af ECT-behandlinger, der gives i gennemsnit per person.

TABEL 9.2

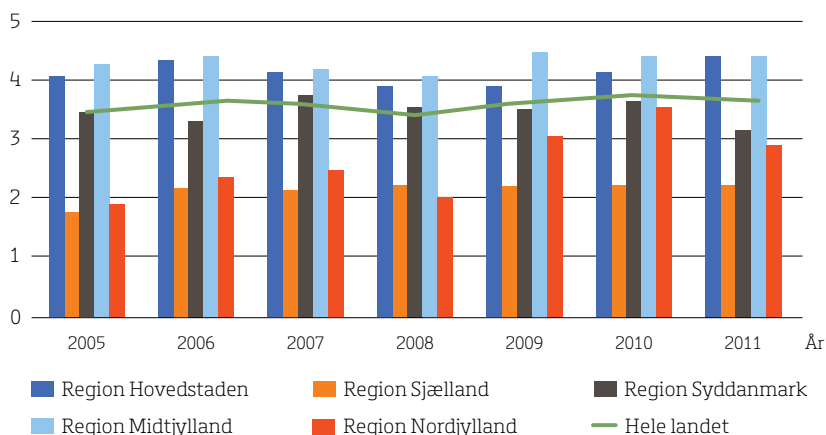
Gennemsnitligt antal ECT-behandlinger på voksenpsykiatrisk afdeling

År	Antal ECT-behandlinger per år	Antal personer omfattet af ECT-behandling	Gennemsnitlig antal ECT-behandlinger per person
2003	14.913	1.399	10,7
2004	16.229	1.559	10,4
2005	18.043	1.775	10,2
2006	19.152	1.773	10,8
2007	19.060	1.773	10,8
2008	18.242	1.683	10,8
2009	19.445	1.785	10,9
2010	20.363	1.899	10,7
2011	19.950	1.813	11,0

Kilde: Kilde: LPR data. Antal ECT-behandlinger.

Regional variation i behandling med ECT kan ses i figur 9.19. Figuren viser antallet af ECT behandlinger i forhold til befolkningen. Region Nordjylland og Region Sjælland ligger noget lavere end de fem andre regioner.

FIGUR 9.19

ECT-behandling

Kilde: LPR data. Andel af ECT-behandlinger per 1000 indbyggere.

9.4**Psykotering****9.4.1****Overblik**

Psykotering er systematisk samtalebehandling af psyken (tanker, følelse, og kropslige oplevelser) med det formål at fjerne eller mindske symptomer, bidrage til den psykiske udvikling og derved bedre den psykosociale og interpersonelle funktion.

Centralt i den psykoterapeutiske behandling er kommunikationen mellem terapeut og patient/klient, men til forskel fra almindelig medmenneskelig samtale og rådgivning indgår der i psykotering en sammenhængende teori om psyken normale og patologiske funktion samt nogle heraf afledte teknikker, som terapeuten behersker. Der er glidende overgange mellem medmenneskelige samtaler, coaching, vejledning, undervisning, psykoedukation, supervision og psykotering. Psykotering udføres af specialuddannede fagprofessionelle. Psykoterapeutisk behandling forestås sædvanligvis af psykologer og psykiatere. For begge faggrupper er det muligt at opnå speciallægegodkendelse som psykoteraapeut, og man benytter de faglige videnskabelige selskabers uddannelseskrav og godkendelser til kvalitetssikring.

I børne- og ungdomspsykiatrien har man siden 2008 intensiveret og opgraderet den grundlæggende psykoteringuddannelse for børne- og ungdomspsykiatere. Den nye grunduddannelse vil være fuldt implementeret i 2020. I voksenpsykiatrien er der ikke sket en tilsvarende opgradering. Den nye specialpsykologuddannelse i henholdsvis psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, som er i værksat af Danske Regioner rummer også en sikring i uddannelse og træning i psykotering.

Psykotering kan foregå som individuel terapi, gruppeterapi eller par/familieterapi. Nedenfor beskrives de væsentligste former for psykotering.

Kognitiv adfærdsterapi tager udgangspunkt i tænkningen (og dennes virkning på følelserne) med fokus på nutiden og konkrete psykiske symptomer, f.eks. angst, tvangshandlinger eller depression. Et grundlæggende princip i behandlingen er samarbejdet mellem terapeut og patient og strukturerede hjemmeopgaver, som lærer patienten at blive opmærksom på såkaldte "automatiske negative tanker" og erstatte disse med såkaldte "alternative tanker", som er mere realistiske og nuancerede. Terapien består typisk af 10-20 sessioner.

Interpersonel terapi tager udgangspunkt i en kortlægning af aktuelle konflikter mellem patienten og dennes nærmeste omgivelser. Målgruppen er især patienter med depressive tilstande, hvor patienten lærer at løse sine konflikter på konstruktiv vis. Terapien består typisk af 10-20 sessioner.

Dialektisk adfærdsterapi tager udgangspunkt i en biosocial model om en forstyrret følelsesregulering hos patienten. Terapien anvendes især til patienter med svære personlighedsforstyrrelser, hvor selvskadende adfærd er fremtrædende. Den væsentligste målgruppe er patienter med svær grad af emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse. Behandlingen består bl.a. af individuel terapi, færdighedstræning og mulighed for telefonisk kontakt med terapeuten uden for behandlingssessionerne. Der er som regel behov for længere tids behandling.

Psykodynamisk psykotering tager udgangspunkt i en forståelse af den tidlige barndoms betydning for personens senere udvikling. Det antages, at en medfødt sårbarhed gør nogle mennesker særligt følsomme over for visse oplevelser med tab og traumer, som en mere robust konstitution vil klare uden nævneværdige mén. Terapeuten fokuserer på sammenhænge mellem personens tidligere oplevelser og aktuelle reaktionsmønstre, for gennem belysning af de individuelle problemer at opnå en grundlæggende ændring af en skadelig og uhensigtsmæssig adfærd. Der arbejdes ud fra en forståelse af ubevidste tanker og følelsers betydning, der arbejdes med relationen mellem patient og behandler og med at skabe forståelse og mening i de intrapsyriske processer, der udspiller sig.

Systemisk terapi dækker over en temmelig bred vifte af praktiske og teoretiske retninger med det fællestræk, at der fokuseres på mellemmenneskelige relationer. En grundantagelse er, at menneskelige problemer opstår og vedligeholdes i sociale samspil og derfor også må behandles gennem inddragelse af større systemer. Under systemisk terapi regnes terapiformer som familieterapi og narrativ terapi.

Musikterapi tager udgangspunkt i at skabe kontakt og kommunikation med mennesker, der ikke kan eller tør udtrykke sig på anden vis. Musikterapi kan anvendes uddybende som en del af behandlingen, f.eks. hos patienter uden sprog eller med svært forstyrret kontakt til omverdenen som eksempelvis børn med autisme, mennesker med svære psykoser og demenssygdomme eller døende patienter.

Tegneterapi tager udgangspunkt i patientens tegninger eller malerier med mulighed for at arbejde med symboler, før-sproglige oplevelser og ubevidst materiale, der på forskellig vis udtrykkes i billedet. I en dialog mellem terapeut og patient reflekteres over billederne. Behandlingen bruges især i børnepsykiatrien, men kan også anvendes til andre.

Udvikling og status

De sidste 10 år har der været en tendens til at opfatte psykiatrisk behandling som enten psykofarmakologisk eller psykoterapeutisk. Det må betragtes som en uheldig udvikling med afledte effekter som manglende tilbud om psykoterapi til personer med psykotiske tilstande og et mindsket engagement for den lægelige videreuddannelse inden for psykoterapi.

Opsplitning er i modsætning til det teoretiske fundament for psykiatri om en integreret bio-psyko-social model. I de faglige miljøer, især inden for voksenpsykiatrien, har der været bekymring for, om denne tendens samtidig har mindsket fokus på udvikling af basale færdigheder inden for samtaleteknik, kommunikation, empati og evnen til at opnå samarbejde og behandlingsalliance med patienten, som det er nødvendigt at mestre inden for alle aspekter af psykiatrisk behandling.

Behandlere og personale opererer i dag i så mange forskellige kontekster, at den enkelte professionelle skal kunne anvende meget forskellige terapeutiske teknikker afhængigt af typen af samtale. Der vil hele tiden være en glidende overgang mellem støttende, explorerende, supervisorende og reelt terapeutiske samtaler.

Psykoterapi bruges også i stor udstrækning, når patienten ikke selv oplever sig belastet af symptomer. Det ses bl.a. hos mennesker med spiseforstyrrelser.

I nogle tilfælde kan den professionelle vurdere, at lidelserne har en anden årsag end patienten, dette ses eksempelvis hos nogle patienter med psykotiske symptomer. Man har tidligere talt om, at nogle af disse typer af patienter kan være uegnede til terapi. I dag søger man at bruge den terapi, der er bedst egnet til den enkelte person og dennes psykopatologi, inddragende personens kognitive evner, alder, sociale funktion, netværk osv.

Der anvendes som oven for skitseret en række forskellige psykoterapeutiske metoder. Den kognitive adfærdsterapi er fremherskende mange steder, bl.a. fordi der er tale om korttidsterapi, og fordi der ved randomiserede undersøgelser er påvist effekt af denne terapiform. Den dynamisk orienterede terapi kan ligeledes fremvise effekt ved randomiserede undersøgelser dog i mindre udtalt omfang. Der arbejdes her støttende eller indsigtgivende, og længden af terapien varierer.

Det er et tilbagevendende fund i forskning, der sammenligner forskellige psykoterapiretninger, at der er en positiv behandlingseffekt af de såkaldte non-specifikke faktorer, som indgår i alle psykoterapeutiske retninger, og som især omhandler følgende elementer: Patientens positive opfattelse og engagement i de terapeutiske opgaver, terapeutens accept og empati over for patienten samt begges gensidige respekt og enighed om mål og midler i terapien. På den baggrund er der en bevægelse væk fra psykoterapier, hvor analyse og fortolkning af patientens symptomer foretages alene af terapeuten hen mod en samtalebehandling, der bygger på fælles problemformulering, målformulering og effektevaluering.

Der er i dag en stigende specialisering, hvor det enkelte behandlingssted specialiserer sig i specifikke terapiformer til specifikke problemer. Der bliver større og større forskelle på terapiteknikkerne i takt med denne specialisering. Dette ses især inden for de forskellige diagnosegrupper i almenpsykiatrien og i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor psykoterapien udover den specifikke psykopatologi inddrager viden om barnets udviklingstrin, symptomernes ustabilitet i barndommen og familiens resurser og netværk.

Indenfor voksenpsykiatrien er tilbud om psykoterapeutisk behandling især blevet udviklet til patienter med ikke-psykotiske lidelser som depressive og angst-tilstande, samt spise- og personlighedsforstyrrelser.

For patienter med psykotiske lidelser tilbydes psykoterapi ikke i samme omfang, selvom der også her er evidens for positiv effekt. En undtagelse er unge med debuterende psykose, hvor forskningsprojektet OPUS har vist gode resultater. Det Nationale Skizofreniprojekt påviste i et studie ligeledes effekt af dynamisk terapi ved patienter med debuterende skizofreni. Der er etableret uddannelser i psykoseterapi, der arbejder med såvel dynamisk som kognitive principper.

I tabel 9.2 findes antal børn og unge, der modtager psykoterapi og i tabel 9.3 antallet af voksne, der modtager psykoterapi. I perioden 2005-2006 blev der indført en registreringsvejledning i den regionale psykiatri, hvor en række koder herunder psykoterapi blev gjort obligatoriske at registrere. Der er derfor kun medtaget tal fra 2006-2011.

TABEL 9.3

Børn og unge – psykoterapi

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gennemsnitligt antal behandlinger per person under indlæggelse	5	6	4	5	3	4
Gennemsnitligt antal behandlinger per person, ambulant	7	7	8	8	8	8
Total antal behandlinger under indlæggelse	169	278	175	229	82	51
Total antal behandlinger ambulant	13.433	15.135	18.096	20.950	21.350	22.762
Antal personer behandlet per år under indlæggelse	32	46	39	50	25	14
Antal personer behandlet per år, ambulant	1.911	2.019	2.302	2.493	2.738	2.859

Kilde : LPR. Data er trukket den 7. november 2012.

TABEL 9.4

Voksne – psykoterapi

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gennemsnitligt antal behandlinger per person under indlæggelse	3	4	3	3	4	3
Gennemsnitligt antal behandlinger per person, ambulant	11	11	10	10	10	10

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total antal behandlinger under indlæggelse	432	789	555	475	521	465
Total antal behandlinger, ambulant	139.733	142.226	141.424	142.779	152.414	162.767
Antal personer behandlet per år under indlæggelse	143	180	161	160	145	158
Antal personer behandlet per år, ambulant	13.179	13.271	13.811	14.157	14.943	16.143

Kilde : LPR. Data er trukket den 7. november 2012.

International forskning har vist, at effekten af psykoterapi er stor – større end megen medicinering af somatiske sygdomme. Der foregår i dag ikke rutinemæssig effektmåling af de enkelte patienters udbytte af terapi eller den enkelte terapeuts effektivitet. Det skyldes bl.a. problemer med at måle forandringer på psyken. Der er dog i disse år fokus på, uafhængigt af terapietning, at udvikle instrumenter til løbende effektmålinger af den enkelte terapi, som dog i sig selv viser sig at have helbredende effekt. Dette faktum har stor betydning for, hvordan man skal forske i effekt af psykoterapi.

9.5

Andre behandlingsmetoder

9.5.1

Overblik

Der findes en række forskellige behandlingsmetoder i psykiatrien. Nedenfor er nogle af de vigtigste beskrevet.

Miljøterapi

Miljøterapi er en behandlingsmodel, der bevidst tilstræber at organisere behandlingsmiljøet således, at det fremmer helingsprocessen og udviklingen hos patienten. Det indebærer, at man arbejder målrettet med de elementer i miljøet, der kan påvirke patienten. Relationer, såvel mellem fagprofessionelle og patienter samt imellem patienterne selv, er meget vigtige. De fysiske rammer, tilrettelæggelsen af hverdagen, aktiviteter i og uden for afsnittet indgår alle i det terapeutiske miljø. Patientmøder og gruppemøder på afsnittet, træning i sociale færdigheder, inddragelse af pårørende er alle elementer i tilrettelæggelse af et helende miljø. Patienter påvirkes såvel af de enkelte elementer, som af kulturen og etikken på afsnittet som helhed. I miljøterapi arbejder behandlingspersonalet bevidst med begge dele. Miljøet skal tilrettelægges således, at det forholder sig til de forskellige faser i patientens sygdom og helbredelse, samt forholder sig de forskellige behov patienter med forskellige diagnoser har.

Miljøterapeutiske behandlingsformer udgør en betydningsfuld del af moderne psykiatrisk behandling, og flere har forsøgt at undersøge effekten af sådanne interventioner. Undersøgelser af denne art er imidlertid forbundet med metodiske vanskeligheder. Der er dog udbredt konsensus om, at miljøterapi er god klinisk praksis, og det anbefales, at miljøterapeutiske behandlingsformer anvendes som en integreret del af indlæggelsesforløbet.

Psykoedukation

Psykoedukation er betegnelsen for systematisk undervisning af patienter og/eller pårørende i emner relateret til konkrete psykiske lidelser. Formålet er, at patienten opnår øget forståelse af symptomer, forløb og årsagssammenhænge og formår at samarbejde med pårørende og behandlere om at opnå så gode livsvilkår som muligt.

Formålet med undervisning af patienter er sekundær forebyggelse, dvs. uddannelse i at mestre den eksisterende tilstand, forebygge tilbagefald og fremme rehabilitering. Psykoedukation skal tilpasses til, om patienten er i en akut fase eller i en mere stabil fase.

Familieinterventioner herunder pårørendeuddannelse

For de pårørendes vedkommende er formålet at give en større indsigt i den psykiske lidelses årsag og fremtrædelsesform således, at de pårørende mere hensigtsmæssigt kan forvalte den nødvendige støtte til at fremme patientens recovery. Samtidig tilstræbes, at give de pårørende mulighed for at forholde sig til det svære livsvilkår det er, når en nærtstående bliver psykisk syg.

Psykoedukative og adfærdsorienteede familieinterventioner bygger på, at de pårørende er værdifulde samarbejdspartnere, og at information og støtte til familien kan forbedre forløbet af den psykiske lidelse. Familieintervention er en del af den samlede behandling og ikke et alternativ til anden behandling.

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.

Fra et Cochrane-review og en metaanalyse er der god dokumentation for at psykoedukativ familieintervention mindsker antallet af psykotiske tilbagefald og genindlæggelser af mennesker med skizofreni.

Social færdighedstræning

Social færdighedstræning øger evnen til at forstå og handle i sociale situationer, og til at håndtere problemer, konflikter og følelsesladede situationer. Det drejer sig bl.a. om konkret træning i at løse problemer, at kommunikere klart og tydeligt og samtidig forholde sig konstruktivt til eventuelle symptomer.

Social færdighedstræning er træning i relevante færdigheder for mennesker, der af den ene eller anden grund kan ventes at have særlige problemer med at klare sig i almindelig social omgang på arbejdspladser, i familier og andre steder. Der arbejdes ofte i grupper, og gruppeprocessen er en meget væsentlig aktiv komponent i behandlingen.

Social færdighedstræning sigter på at udvikle de færdigheder, der sætter individet i stand til at klare sig i en given social sammenhæng, dvs. at løse praktiske problemer, engagere andre mennesker i en relation, mobilisere et støttende netværk, bo selvstændigt og klare et arbejde.

Flere studier peger på, at manglende sociale færdigheder er tæt forbundet med et dårligt forløb af den psykiske lidelse målt som social isolation og dårlig livskvalitet, hvorimod graden af psykotiske symptomer ikke betyder nær så meget for det sociale udfald.

Fysisk træning

Mennesker med psykiske lidelser er i gennemsnit i dårligere fysisk form end den øvrige befolkning, hvilket sandsynligvis skyldes fysisk inaktivitet. Fysisk træning kan føre til en bedring af træningstilstanden hos mennesker med psykiske lidelser og derved mindske risiko for somatisk overdødelighed. Ved lette til moderate former for depression er der en vis dokumentation for effekten af fysisk aktivitet, som derfor kan supplere eller erstatte anden behandling.

Ved paniklidelse, generaliseret angstlidelse, skizofreni, somatiseringslidelse og alkoholafhængighed/misbrug foreligger tillige en vis dokumentation af behandlingseffekt. Fysisk træning kan formentligt mindske symptomer på angst og depression hos nogle mennesker med psykiske lidelser. Der er mangel på store kontrollerede undersøgelser.

Ernæringsterapi

Formålet med behandlingen er at genoprette og stabilisere patientens fysiske tilstand. Hvordan den konkret skal udformes afhænger af, hvilken spiseforstyrrelse der er tale om, og hvor alvorlig den er. For svært underernærede patienter med anorexia nervosa drejer det sig i første omgang om at få patienten op i vægt. Metoderne hertil varierer. Der lægges i dag vægt på at opnå en behandlingsalliance med patienten og støtte dennes motivation for selv at spise og tage på i vægt, men brug af sonde og evt. tvangsbehandling kan være nødvendig.

For patienter med bulimi og overspisning, samt de patienter med anorexia nervosa, der har fået stabiliseret deres vægt, består denne del af behandlingen primært i kostvejledning og pædagogisk vejledning om kroppens behov samt udarbejdelse af kostplaner til støtte for den enkelte patient i at opnå sunde spisevaner. Spisningen, som ofte er kaotisk, skal struktureres om sunde, regelmæssige måltider.

9.5.2

Udvikling og status

De fleste regioner har i varierende grad tilbud inden for de her omtalte behandlingsformer. Men der er et indtryk af, at omfanget er varierende både mellem afdelinger og mellem ambulante tilbud og på tværs af regionerne. Data på området er behæftet med stor usikkerhed, da registreringspraksis er varierende.

Kommunerne tilbyder også indsatser som eksempelvis psykoedukation, ligesom der foregår psykoedukativ aktivitet i andre sammenhænge, f.eks. via patient- og pårørende-foreninger.

NIP-skizofreni har nogle få indikatorer på familieinterventioner og psykoedukation:

- 82 pct. af pårørende til patienter med nyopdaget skizofreni tager imod tilbud om kontakt med patientens behandlere. Regionernes resultater varierer betydeligt mellem 72 pct. og 94 pct. og to regioner opfylder standarden på mindst 90 pct., når der tages højde for den statistiske usikkerhed.

- 58 pct. af pårørende til patienter med kendt skizofreni tager imod tilbud om kontakt med patientens behandlere. Standarden, som er hævet fra 50 pct. forrige år, siger at 60 pct. af pårørende til patienter med kendt skizofreni bør have kontakt med patientens behandlere. Tre regioner opfylder standarden, når der tages højde for den statistiske usikkerhed.
- 44 pct. af patienter med nyopdaget skizofreni har modtaget undervisning i deres sygdom efter et aftalt forløb inden for to år. Samtlige regioner lever op til standarden, der siger, at mindst 40 pct. af patienter med nyopdaget skizofreni bør have undervisning i deres sygdom efter et aftalt forløb inden for to år.

EKSEMPEL 9.1

Det danske stemmehørernetværk

Stemmehørernetværket blev dannet i 2005. I dag er der omkring 80 stemmehørergrupper på landsplan i Danmark. De findes på hospitalerne, bostederne og i byerne. De findes til unge og gamle, og grupperne styres af både mennesker, der selv hører stemmer og af ikke stemmehørere. Ideen til disse selvhjælpsgrupper stammer fra den hollandske psykiater Marius Rommes arbejde og forskning, der viser, at dét at høre stemmer ikke i sig selv er symptom på sygdom, men noget den enkelte kan lære at leve med og få kontrol over. Det danske Stemmehørernetværk er også inspireret af 'Hearing Voices' i England og har været med til at udvikle metoder og behandlingsstrategier for at hjælpe mennesker, som har svært ved at håndtere deres stemmer, så de kan mestre dem og erobre deres liv igen. Stemmehørernetværket underviser både i og udenfor Danmark, samt yder telefonisk rådgivning og hjælp til at starte nye grupper.

Reference: Det Danske Stemmehørernetværk <http://www.stemmehoerer.dk>

Referencer

Dansk Psykiatrisk Selskab. ECT-vejledning. København: Dansk Psykiatrisk Selskab, 2011

Glintborg D. & Bonnichsen B. Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer hos ældre + 65 årige brugere af antipsykotika på plejehjem og i hjemmeplejen i Allerød, Hillerød og Slangerup kommune. Region Hovedstaden: Forebyggelsesrådet, Frederiksborg Amt, 2006

NIP-skizofreni, 2011

NIP-depression, 2011

Pottegård A., Bjerregaard B.K., Glintborg D., Kortegaard L.S., Hallas J. & Moreno S.I. The use of medication against attention deficit hyperactivity disorder in Denmark: a drug use study from a patient perspective. Eur J Clin Pharmacol 2012, July 19 (online version)

10

Tvang i psykiatrien

10.1

Overblik

Da den personlige frihed er en grundlæggende menneskerettighed er det fastsat i grundlovens § 71, at frihedsberøvelse kun må ske med hjemmel i lov, hvilket er årsagen til psykiatrilovens særlige regler om frihedsberøvelse. Anvendelse af tvang er et meget alvorligt indgreb i selvbestemmelsesretten. Derfor er der i psykiatriloven opstillet strenge betingelser for tvangsanvendelse. Hvis disse betingelser ikke er opfyldt, er det ulovligt at iværksætte tvangsindgrebet.

Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling må kun finde sted efter reglerne i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, jf. LBK nr. 1729 af 02/12/2010.

Psykiatrilovens mindstemiddelsprincip fastlægger, 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 herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelse eller ulempe. Endelig må tvang ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

I visse tilfælde vil det ifølge gældende lovgivning være udtryk for 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.

Fordi tvangsanvendelse er så indgribende, er der også adskillige retssikkerheds-garantier knyttet til beslutninger om tvangsanvendelse. Bl.a. skal patienter, der udsættes for tvang, have beskikket en patientrådgiver, tvangen skal protokolføres og indberettes, og patienten har mulighed for at klage over tvangsindgrebet. Der er således, udover den rent lægefaglige, også en juridisk tilskyndelse til kun at benytte tvang, når det er helt nødvendigt.

Tvangsforanstaltninger må kun anvendes på psykiatriske eller børne- og ungdoms-psykiatriske afdelinger på offentlige sygehuse.

Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien indgår som en standard i Den Danske Kvalitetsmodel, som er obligatorisk for offentlige sygehuse samt private sygehuse, der behandler patienter for offentlige midler.

Der er forskellige typer af tvangsanvendelse. De forskellige typer af tvangsanvendelse kan ses i tabel 10.1.

TABEL 10.1

Typer af tvang

Frihedsberøvelser	Tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel
Tvangsbehandlinger	Tvangsmedicinering, ECT under tvang, tvangsernæring og tvangsbehandling af legemlig lidelse
Tvungen opfølgning efter udskrivning	Tvungen medicinsk behandling efter udskrivning
Fiksering mv.	Tvangsfiksering (med bælte, med remme, med handsker), anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, behandling med beroligende medicin, beskyttelsesfiksering og personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang

10.2

Beskrivelse af udviklingen og status

I det følgende vil udviklingen inden for de forskellige typer af tvang for henholdsvis børn/unge og voksne blive beskrevet. Det bygger på datamateriale fra tvangsregisteret.

De præsenterede tal på tvangsforanstaltninger for voksne med psykiske lidelser, er foranstaltninger der er foregået på voksenpsykiatriske afdelinger. De præsenterede tal for tvangsforanstaltninger for børn og unge er trukket ud fra to aldersperioder nemlig 0-14 år og 15-17 år. Trækket er udarbejdet således, fordi der i særdeleshed i begyndelsen af perioden 2001-2011 var en større andel af børn, der var indlagt på voksenpsykiatriske afdelinger. Det skal generelt bemærkes, at registreringen for børn og unge først anses for komplet fra 2004. I visse tilfælde præsenteres der data for både voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Der præsenteres undervejs både tal for antal personer (indlagte) berørt af den pågældende tvangsforanstaltning og det samlede antal tvangsforanstaltninger. Den samme person kan godt omfattes af flere tvangsforanstaltninger.

10.2.1

Samlede antal berørt af tvang

Antallet af indlagte i **voksenpsykiatrien** ligger mellem ca. 23.000 og 25.000 per år i den angivne periode. Tabel 10.2 viser andelen af indlagte i voksenpsykiatrien berørt af tvang i perioden.

Andelen af indlagte i voksenpsykiatrien, hvor brug af mindst én af de ovenfor skitserede tvangsforanstaltninger, har ligget imellem 20 og 22 pct. per år i perioden 2001-2010, mens der i 2011 blev benyttet tvang i 22,9 pct. af tilfældene i forbindelse med indlagte i psykiatrien.

TABEL 10.2

Antal indlagte i psykiatrien og andelen af indlagte berørt af tvang i perioden 2001-2011

År	Antal voksne indlagt i psykiatrien	Antal voksne omfattet af tvang	Andel omfattet af tvang i procent
2001	24.509	5.041	20,6 %
2002	24.524	5.130	20,9 %
2003	24.494	4.911	20,0 %
2004	23.945	4.890	20,4 %
2005	23.537	4.957	21,1 %
2006	23.389	4.895	20,9 %
2007	23.106	4.958	21,5 %
2008	23.195	5.193	22,4 %
2009	24.912	5.403	21,7 %
2010	24.751	5.389	21,8 %
2011	24.772	5.671	22,9 %

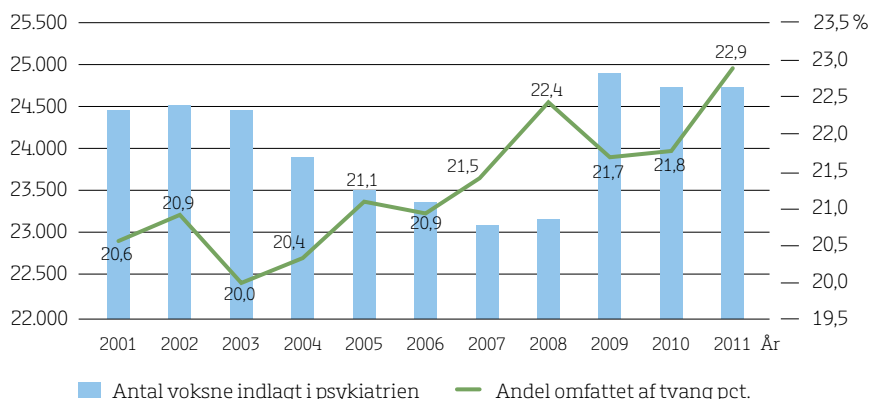
Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Antal indlagte er med unikke cpr-nr. på en voksenpsykiatrisk afdeling.

Tabel 10.2 er grafisk præsenteret i figur 10.1.

FIGUR 10.1

Antal indlagte i psykiatrien og andelen af indlagte berørt af tvang i perioden 2001-2011



Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Antal indlagte er med unikke cpr-nr. på en voksenpsykiatrisk afdeling.

I Sundhedsstyrelsens redegørelse "Børne- Ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse" fra 2001 indgik det som anbefaling, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i højere grad skulle bringes i stand til selv at rumme vanskelige, angst, aggressive og selvdestruktive unge, så i øvrigt uhensigtsmæssige overførsler til voksenpsykiatriske afdelinger kunne undgås. Udviklingen i relation hertil kan i et vist omfang vurderes via tvangsstatistikken. Tabel 10.3 viser det samlede antallet af **børn og unge**, som har været berørt af tvang i perioden 2001–2011.

TABEL 10.3

Antal børn og unge udsat for tvang i psykiatrien i perioden 2001-2011

År	Antal unge omfattet af tvang			Antal unge indlagt i psykiatrien			Andel omfattet af tvang procent		
	0-14 år	15-17 år	I alt	0-14 år	15-17 år	I alt	0-14 år	15-17 år	I alt
2001	44	125	166	270	454	714	16,3 %	27,5 %	23,2 %
2002	44	120	159	286	507	785	15,4 %	23,7 %	20,3 %
2003	56	130	182	331	540	861	16,9 %	24,1 %	21,1 %
2004	52	141	188	325	585	905	16,0 %	24,1 %	20,8 %
2005	56	137	190	348	603	940	16,1 %	22,7 %	20,2 %
2006	46	146	188	303	569	867	15,2 %	25,7 %	21,7 %
2007	55	139	193	314	587	895	17,5 %	23,7 %	21,6 %
2008	60	150	204	341	713	1.034	17,6 %	21,0 %	19,7 %
2009	46	175	216	389	770	1.150	11,8 %	22,7 %	18,8 %
2010	75	150	219	393	735	1.115	19,1 %	20,4 %	19,6 %
2011	59	139	191	392	655	1.031	15,1 %	21,2 %	18,5 %

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Tallene viser antal personer, der var i aldersgruppen ved datoen for start på tvangsforanstaltning. Summen af de 0-14 årige og 15-17 årige er ikke nødvendigvis lig det samlede antal, da en person kan være indlagt det samme år på begge sider af sin 15 års fødselsdag og derfor tæller med i begge aldersgrupper i det pågældende år.

Det fremgår, at det absolutte antal personer under 18 år berørt af tvang er steget frem til 2010, men er faldet fra 219 i 2010 til 191 i 2011. Det samlede antal indlæggelser er ligeledes steget frem til 2010, men faldet fra 1115 i 2010 til 1031 i 2011. Sættes antallet af unge omfattet af tvang i relation til antallet af psykiatriske indlæggelser i perioden, ses en tilnærmelsesvis konstant andel af personer under 18 år berørt af tvang på ca. 20 pct. Den er dog faldet til 18,5 pct. i 2011, hvilket er det laveste i hele perioden.

10.2.2

Frihedsberøvelser

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse (jf. psykiatrilovens § 5 og § 10) må kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet (behandlingsindikation – gule papirer), eller fordi den pågældende frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig

selv eller andre (farlighedsindikation – røde papirer). Tilbageførsel (jf. psykiatrilovens § 10 a) kan anvendes i de tilfælde, hvor en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt person har forladt en psykiatrisk afdeling, og den pågældende ikke frivilligt er vendt tilbage.

Det samlede antal personer i voksenpsykiatrien udsat for frihedsberøvelser er steget fra 3.504 i 2001 til 4.396 i 2011 og tvangsindlæggelser er steget fra 1.804 i 2001 til 2.753 i 2011. Den samme person kan både være tvangsindlagt og efterfølgende tvangstilbageholdt, hvorfor antallet af personer der frihedsberøves er mindre end det samlede antal tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser.

Tabel 10.4 viser andelen af patienter, som er blevet tvangsindlagt ud af det samlede antal indlagte personer. Tabellen viser, at andelen har været stigende hele perioden igennem og ligger imellem 7,3-11,1 pct. Den højeste andel af tvangsindlæggelser var i 2011, hvor den var på 11,1 pct., mens samme andel i starten af perioden (år 2001) var på 7,3, pct. hvilket giver en stigning på 3,8 procentpoint i den angivne periode.

TABEL 10.4

Antal personer i voksenpsykiatrien omfattet af frihedsberøvelse, tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i 2001-2011

År	Personer omfattet af frihedsberøvelser	Personer omfattet af tvangsindlæggelser	Personer omfattet af tvangs-tilbageholdelser	Andelen af tvangsindlæggelser af antal indlagte
2001	3.504	1.804	2.012	7,3 %
2002	3.619	1.841	2.080	7,5 %
2003	3.556	1.849	2.042	7,5 %
2004	3.586	1.994	1.949	8,3 %
2005	3.738	2.073	2.029	8,8 %
2006	3.765	2.152	1.981	9,2 %
2007	3.849	2.195	2.071	9,5 %
2008	3.985	2.407	2.011	10,4 %
2009	4.222	2.557	2.132	10,3 %
2010	4.243	2.605	2.151	10,5 %
2011	4.396	2.753	2.168	11,1 %

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Antal indlagte er med unikke cpr-nr. på en voksenpsykiatrisk afdeling. Den samme person kan være omfattet af både tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, hvorfor den samme person kan være i begge grupper. Antal personer omfattet af frihedsberøvelser er altså mindre end det samlede antal personer omfattet af tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser.

Det samlede antal iværksatte tvangsindlæggelser i voksenpsykiatrien er steget fra 2.148 i 2001 til 3.239 i 2011. Nogle mennesker tvangsindlægges flere gange i det samme år. Det gennemsnitlige antal tvangsindlæggelser per person er steget fra 1,11 i 2005 til 1,18 i 2011.

TABEL 10.5

Gennemsnitlige antal tvangsindlæggelser per person i voksenpsykiatrien

År	Samlede antal tvangsindlæggelser	Antal tvangsindlagte	Gennemsnitlige antal tvangsindlæggelser per person
2005	2.308	2.073	1,11
2009	2.985	2.557	1,17
2010	3.027	2.605	1,16
2011	3.239	2.753	1,18

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Antal indlagte er med unikke cpr-nr. på en voksenpsykiatrisk afdeling.

Hvis en tvangsindlagt eller frivilligt indlagt patient ønsker sig udskrevet, og overlægen vurderer ikke at kunne efterkomme dette ønske, kan patienten tvangstilbageholdes.

Det samlede antal tvangstilbageholdelser i psykiatrien for voksne kan ses i tabel 10.6. I 2011 var der 3.715 tvangstilbageholdelser årligt. Andelen, der er startet som tvangsindlæggelse, er imellem 27 pct. og 34 pct..

TABEL 10.6

Samlede antal tvangstilbageholdelser i voksenpsykiatrien

År	Tvangstilbageholdelser i voksenpsykiatrien	Heraf påbegyndt under tvangsindlæggelse	Andel påbegyndt under tvangsindlæggelse	Heraf påbegyndt efter frivillig indlæggelse	Andel påbegyndt efter frivillig indlæggelse
2005	3.233	885	27 %	2.348	73 %
2006	3.269	944	29 %	2.325	71 %
2007	3.427	1.044	30 %	2.383	70 %
2008	3.466	1.122	32 %	2.344	68 %
2009	3.623	1.147	32 %	2.476	68 %
2010	3.677	1.238	34 %	2.439	66 %
2011	3.715	1.218	33 %	2.497	67 %

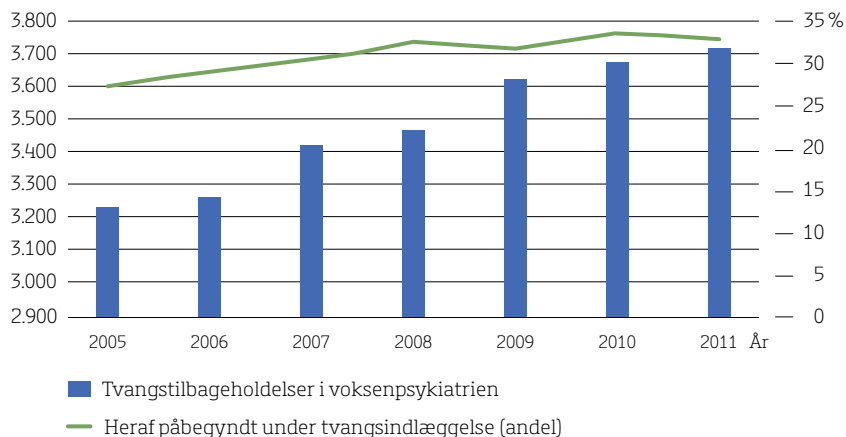
Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

I figur 10.2 er tallene fremstillet grafisk. Antal tvangstilbageholdelser er stigende fra 2005 til 2011. Fra 2007 er andelen, der starter som tvangsindlæggelser, på ca. 30 pct. Det betyder, at ca. 70 pct. af tvangstilbageholdelser sker efter en frivillig indlæggelse.

FIGUR 10.2

Antal tvangstilbageholdelser og andelen af tvangstilbageholdelser der startede som tvangsindlæggelse i perioden 2005-2011



Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

I tabel 10.7 og 10.8 fremgår andelen af henholdsvis tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser der sker med begrundelsen, at udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet (helbredsindikation – gule papirer), eller fordi den pågældende frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (farlighedsindikation – røde papirer). Andelen, der tvangsindlægges på farlighedsindikation, er stigende fra 47,6 pct. i 2001 til 56,2 pct. i 2011. Andelen, der tvangstilbageholdes på farlighedsindikation, er stigende fra 23 pct. i 2001 til 34,8 pct. i 2011.

TABEL 10.7

Tvangsindlæggelser opdelt på farlighedsindikation og helbredsindikation

År	Antal tvangsindlæggelser	Helbredsindikation*	Farlighedsindikation**	Andel – Helbredsindikation	Andel – Farlighedsindikation
2001	1.877	982	894	52,3 %	47,6 %
2002	1.950	972	975	49,8 %	50,0 %
2003	1.970	959	1.006	48,7 %	51,1 %
2004	2.181	1.016	1.165	46,6 %	53,4 %
2005	2.308	1.090	1.218	47,2 %	52,8 %
2006	2.404	1.121	1.283	46,6 %	53,4 %
2007	2.467	1.137	1.330	46,1 %	53,9 %
2008	2.742	1.226	1.516	44,7 %	55,3 %
2009	2.986	1.316	1.670	44,1 %	55,9 %

År	Antal tvangsindlæggelser	Helbredsindikation*	Farlighedsindikation**	Andel – Helbredsindikation	Andel – Farlighedsindikation
2010	3.028	1298	1.730	42,9 %	57,1 %
2011	3.247	1421	1.826	43,8 %	56,2 %

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 27. november 2012.

Data er det samlede antal tvangsindlæggelser på voksenpsykiatrisk afdeling.

* Teksten i bekendtgørelsen er: "Udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet".

** Teksten i bekendtgørelsen er: "Den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre".

TABEL 10.8

Tvangstilbageholdelser opdelt på farlighedsindikation og helbredsindikation

År	Antal tvangsindlæggelser	Helbredsindikation*	Farlighedsindikation**	Andel – Helbredsindikation	Andel – Farlighedsindikation
2001	2.366	1.816	545	76,8 %	23,0 %
2002	2.466	1.807	658	73,3 %	26,7 %
2003	2.483	1.741	740	70,1 %	29,8 %
2004	2.273	1.567	706	68,9 %	31,1 %
2005	2.466	1.667	799	67,6 %	32,4 %
2006	2.454	1.711	743	69,7 %	30,3 %
2007	2.539	1.654	885	65,1 %	34,9 %
2008	2.492	1.649	843	66,2 %	33,8 %
2009	2.648	1.769	879	66,8 %	33,2 %
2010	2.616	1.774	842	67,8 %	32,2 %
2011	2.677	1.745	932	65,2 %	34,8 %

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 27. november 2012.

Note: Data er det samlede antal tvangsindlæggelser på voksenpsykiatrisk afdeling.

* Teksten i bekendtgørelsen er: "Udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet".

** Teksten i bekendtgørelsen er: "Den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre".

Det samlede antal frihedsberøvelser for **børn og unge** er faldet siden 2008 og var i alt 127 i 2011 fordelt på 28 i aldersgruppen 0-14 år og 103 i aldersgruppen 15-17 år. I perioden har antallet af frihedsberøvelser i aldersgruppen 0-14 år ligget mellem 17 og 37 i absolutte tal, og i aldersgruppen 15-17 år har det ligget mellem 78 og 131.

Den samme person kan både være tvangsindlagt og efterfølgende tvangstilbageholdt, hvorfor antallet af personer der frihedsberøves er mindre end det samlede antal tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser. Antallet af tvangsindlæggelser er steget fra 2001 og frem til 2007, hvorefter det ligger nogenlunde stabilt. Antallet af tvangstilbageholdelser er forholdsvis stabilt.

TABEL 10.9

Antal tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelse for børn og unge 2001-2011

År	Tvangsindlæggelse			Tvangstilbageholdelse			Frihedsberøvelser		
	0-14 år	15-17 år	I alt	0-14 år	15-17 år	I alt	0-14 år	15-17 år	I alt
2001	9	25	34	12	59	71	20	78	98
2002	8	28	36	10	59	69	17	81	98
2003	9	41	49	19	68	84	26	100	122
2004	7	50	57	18	70	87	24	109	132
2005	8	46	54	15	64	79	20	102	122
2006	9	52	61	11	59	70	19	103	122
2007	13	63	76	12	58	70	25	112	137
2008	20	57	77	15	77	91	33	124	155
2009	13	75	88	9	71	76	21	131	147
2010	17	55	71	20	69	86	37	107	140
2011	19	66	85	14	54	65	28	103	127

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 24. oktober 2012.

Note: Tallene viser antal unikke personer, der var i aldersgruppen ved datoen for start på tvangsforanstaltning. Summen af 0-14 og 15-17 årige er ikke nødvendigvis lig det samlede antal, da en person kan være indlagt det samme år på begge sider af sin 15 års fødselsdag og derfor tæller med i begge aldersgrupper i det pågældende år. Den samme person kan være både tvangsindlagt og efterfølgende tvangstilbageholdt, hvorfor den samme person kan være i begge grupper.

Som det ses af tabel 10.10 ligger det samlede antal tvangsindlæggelser for voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien højere i 2011 i forhold til 2005, hvor årene 2009 til 2011 ligger på niveau med hinanden. I samme periode er den gennemsnitlige varighed af tvangsindlæggelser faldet fra 25,4 i 2005 til 19,2 i 2011, hvilket svarer til en reduktion på knap 24,5 pct.. Den gennemsnitlige summerede varighed af bæltefikseringerne per person er faldet fra 29,9 til 23,6. Tallene viser altså, at der er flere tvangsindlæggelser, herunder flere tvangsindlæggelser af den enkelte, men at de samtidig er blevet kortere.

TABEL 10.10

Gennemsnitlige antal tvangsindlæggelser for voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien

År	Antal tvangsindlæggelser i året	Gennemsnitlige antal tvangsindlæggelser per person	Gennemsnitlig varighed af tvangsindlæggelser	Gennemsnitlige summerede varighed per person
2005	2.365	1,17	25,4	29,9
2009	3.111	1,23	20,1	24,8
2010	3.137	1,23	19,8	24,4
2011	3.343	1,23	19,2	23,6

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier. Tallene er for indlagte i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Tvangsbehandling

Tvangsbehandling (jf. psykiatrilovens § 12 og § 13) må kun finde sted, såfremt betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Der må kun anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosis og med færrest mulige bivirkninger. Beslutning om tvangsbehandling træffes af overlægen, der samtidig træffer bestemmelse om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse. En klage over overlægens beslutning om tvangsbehandling har i almindelighed opsættende virkning. Dette betyder, at tvangsbehandlingen først må iværksættes, hvis det psykiatriske patientklagenævn i sin afgørelse af klagesagen godkender tvangsbehandling.

Afgørelse af klager over tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, skal som udgangspunkt træffes inden syv hverdage efter klagens modtagelse.

Det samlede antal personer i **voksenpsykiatrien**, hvor der iværksættes tvangsbehandling er steget fra 702 i 2001 til 940 i 2011, hvilket kan ses i tabel 10.11. Tvangsbehandling kan ske med medicin, med ECT, som tvangsernæring og behandling af somatisk lidelse.

Antal voksne personer, der påbegynder et tvangsbehandlingsforløb med medicin er steget fra 566 i 2001 til 612 i 2011, mens modtagere af tvangsernæring er faldet fra 50 i 2001 til 27 i 2011, og modtagere af ECT med tvang er steget fra 91 i 2001 til 104 i 2011, ligesom personer som behandles for somatisk lidelse med tvang er steget fra 119 i 2001 til 270 i 2011.

TABEL 10.11

Antal voksne personer omfattet af tvangsbehandlingsforløb i psykiatrien

	I alt	Medicin	ECT	Ernæring	Somatisk lidelse
2001	702	566	91	50	119
2002	724	542	80	39	125
2003	712	514	86	51	130
2004	754	533	86	29	150
2005	732	527	91	24	137
2006	747	538	86	38	150
2007	717	523	74	30	148
2008	762	539	86	43	177
2009	809	562	82	29	205
2010	826	565	90	28	206
2011	940	612	104	27	270

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Den samme person kan være behandlet med flere former for tvangsbehandling, hvorfor den samme person kan optræde i flere grupper.

Hovedparten af de voksne, der modtager tvangsbehandling med medicin, har diagnoser inden for det skizofrene og affektive spektrum.

I tabel 10.12 ses det gennemsnitlige antal ECT-behandling per person med tvang. Gennemsnittet er 6,1 behandling og det er steget fra 4,9 behandlinger i 2001 til 6,1 behandlinger i 2011. Tallene kan sammenlignes med det totale antal ECT-behandlinger per år per person i perioden, som var 10,7 i 2001 og 11 i 2011.

TABEL 10.12

Gennemsnitligt antal ECT-behandlinger med tvang i voksenpsykiatrien

År	Antal ECT-behandlinger per år	Antal personer omfattet af ECT-behandling med tvang	Gennemsnitligt antal ECT-behandlinger med tvang per person
2001	373	76	4,9
2002	394	69	5,7
2003	340	61	5,6
2004	496	84	5,9
2005	498	90	5,5
2006	532	85	6,3
2007	596	74	8,1
2008	569	90	6,3
2009	497	84	5,9
2010	546	89	6,1
2011	637	104	6,1

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 27. november 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Det samlede antal **børn og unge**, hvor der iværksættes tvangsbehandling, er steget fra 21 i 2001 til 31 i 2011. Det laveste antal var 17 i 2002 og 19 i 2009 og de højeste var 36 i 2008 og 43 i 2010.

I tabel 10.13 ses tvangsbehandling af børn og unge med medicin, tvangsernæring og behandling af somatisk lidelse fra 2001-2011. ECT er ikke medtaget, da det kun er forekommet én gang i perioden.

TABEL 10.13

Antal tvangsbehandlingsforløb for børn og unge 2001-2011

År	Medicin			Ernæring			Legemlig lidelse		
	0-14 år	15-17 år	I alt	0-14 år	15-17 år	I alt	0-14 år	15-17 år	I alt
2001	2	8	10	1	8	9	0	4	4
2002	1	3	4	0	8	8	1	5	6
2003	0	6	6	9	8	17	0	4	4
2004	0	8	8	3	13	16	0	6	6
2005	5	16	21	9	6	15	2	2	4

	Medicin			Ernæring			Legemlig lidelse		
År	0-14 år	15-17 år	I alt	0-14 år	15-17 år	I alt	0-14 år	15-17 år	I alt
2006	3	10	12	12	8	19	0	4	4
2007	2	7	9	6	8	14	2	6	8
2008	2	7	9	12	15	26	0	4	4
2009	2	6	8	3	10	12	1	2	3
2010	3	12	15	12	7	19	2	12	14
2011	5	7	12	7	7	13	1	6	7

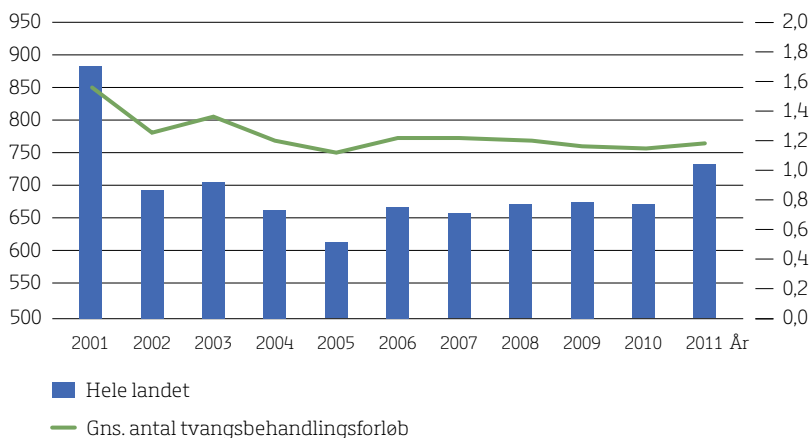
Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 24 oktober 2012.

Note: Tallene viser antal unikke personer, der var i aldersgruppen ved datoen for start på tvangsforanstaltning. Summen af 0-14 og 15-17 årige er ikke nødvendigvis lig det samlede antal, da en person kan være indlagt det samme år på begge sider af sin 15 års fødselsdag og derfor tæller med i begge aldersgrupper i det pågældende år. Den samme person kan være behandlet med flere former for tvangsbehandling, hvorfor den samme person kan optræde i flere grupper.

Det samlede antal tvangsbehandlingsforløb for voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien med medicin er faldende, og det gennemsnitlige antal gange per person ligger stabilt på ca. 1,2 fra 2005 og frem.

FIGUR 10.3

Antal tvangsbehandlingsforløb med medicin og gennemsnit per person i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien



Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Fiksering og fysisk magtanvendelse

Tvangsfiksering (jf. psykiatrilovens § 14) må kun anvendes for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, at en patient forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper med-patienter eller, at en patient over hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Det er således ikke en betingelse, at patienten er sindssyg eller i en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed. Beslutning om tvangsfiksering træffes af en læge, efter at denne har tilsat patienten. Dog træffes beslutning om, at der foruden bælte, tillige skal anvendes hånd- eller fodremme af en overlæge. En patient, der er fikseret skal have fast vagt, jf. psykiatrilovens § 16. Tvangsfiksering kan kun ske ved at anvende bælte, hånd- og fodremme samt handsker.

Det samlede antal foranstaltninger i **voksenpsykiatrien** med bæltefiksering er faldende, som illustreret i tabel 10.14. Antal personer, der er omfattet af bæltefiksering, er svingende i perioden mellem 1.683 og 1.917.

TABEL 10.14

Antal bæltefikseringer i voksenpsykiatrien

År	Antal bæltefikseringer	Antal personer omfattet af bæltefiksering	Antal bæltefikseringer per person
2001	6.021	1.898	3,2
2002	6.514	1.917	3,4
2003	6.373	1.712	3,7
2004	4.597	1.683	2,7
2005	5.136	1.710	3,0
2006	5.602	1.683	3,3
2007	5.736	1.719	3,3
2008	5.227	1.843	2,8
2009	5.537	1.866	3,0
2010	4.481	1.741	2,6
2011	4.816	1.902	2,5

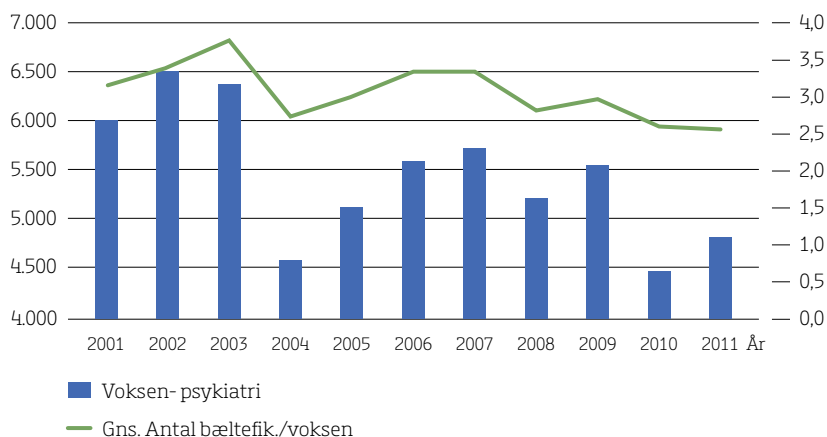
Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Figur 10.4 viser, at det gennemsnitlige antal bæltefikseringer per voksen er faldende.

FIGUR 10.4

Antal bæltefikseringer hos voksne



Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Det samlede antal bæltefikseringer hos **børn og unge** har siden 2004 ligget nogenlunde stabilt mellem 63 og 86. Andelen af indlagte børn og unge, der oplever bæltefiksering, har ligget mellem 6-8 pct. I 2011 var den på 8 pct.

TABEL 10.15

Antal bæltefikseringer for børn og unge i perioden 2001-2011

År	0-14 år	15-17 år	I alt
2001	5	48	52
2002	8	39	46
2003	9	40	48
2004	8	59	66
2005	17	62	77
2006	10	64	73
2007	10	53	63
2008	15	63	76
2009	9	63	70
2010	20	70	86
2011	20	60	79

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Tabel 10.16 viser antal bæltefikseringer per person i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. Det samlede antal personer i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien, der oplever én bæltefiksering, er steget fra 989 i 2005 til 1215 i 2011 og to bæltefikseringer er steget fra 300 i 2005 til 326 i 2011. Antal personer, der oplever tre eller flere bæltefikseringer, er faldet fra henholdsvis 153 til 134 og fra 331 til 302.

TABEL 10.16

Antal bæltefikseringer per personer i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2001-2011

År	I alt	1 fiksering	2 fikseringer	3 fikseringer	>3 fikseringer
2005	1.773	989	300	153	331
2009	1.941	1.129	329	158	325
2010	1.825	1.112	294	147	272
2011	1.977	1.215	326	134	302

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier. Antal personer med påbegyndt fiksering i det pågældende år. Tallene er for indlagte i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Det gennemsnitlige antal bæltefikseringer per person i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien ses i tabel 10.17 og er faldet fra 3,3 til 2,6, hvor den gennemsnitlige varighed af en fiksering er steget fra 27 til 29,3 timer. Den gennemsnitlige summerede varighed per person er faldet fra 88,9 i 2005 til 77,4 timer i 2011.

TABEL 10.17**Antal og varighed af bæltefikseringer i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien**

År	Antal bæltefikseringer per år	Gennemsnitligt antal bæltefikseringer per person	Gennemsnitlig varighed af fiksering	Gennemsnitlig summeret varighed per person
2005	5.829	3,3	27,0	88,9
2009	5.941	3,1	26,7	81,8
2010	5.035	2,8	28,4	78,4
2011	5.223	2,6	29,3	77,4

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Antal personer med påbegyndt fiksering i det pågældende år. Tallene er for indlagte i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Det ses også af tabel 10.17, at der i 2011 var i alt 5223 antal fikseringer i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien – 4550 af disse havde en varighed på under 48 timer, heraf var 2653 fikseringer under 12 timer. 673 fikseringer var over 48 timer, heraf var 459 over tre døgn.

Nedenfor ses i tabel 10.18 andelen af bæltefiksering i den enkelte region i forhold til antal indlagte personer i regionen. Andelen viser de regionale forskelle i, hvor mange gange indlagte i gennemsnit bæltefikseres.

TABEL 10.18**Antal bæltefikseringer i forhold til antal personer, der indlægges i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i den pågældende region**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Region Nordjylland	3,5	4,0	2,4	2,3	2,3	2,0	2,8	4,2	4,4	3,8	3,4
Region Midtjylland	4,1	3,3	4,2	3,4	4,5	5,3	4,9	3,7	3,7	3,7	3,1
Region Syddanmark	2,8	3,0	5,3	3,6	3,0	4,0	2,7	3,0	2,7	2,3	2,5
Region Hovedstaden	2,8	3,3	2,9	2,5	2,9	2,9	3,2	2,7	2,2	2,3	2,2
Region Sjælland	3,2	3,9	4,3	2,3	2,7	3,0	2,8	2,4	2,4	2,2	2,5

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

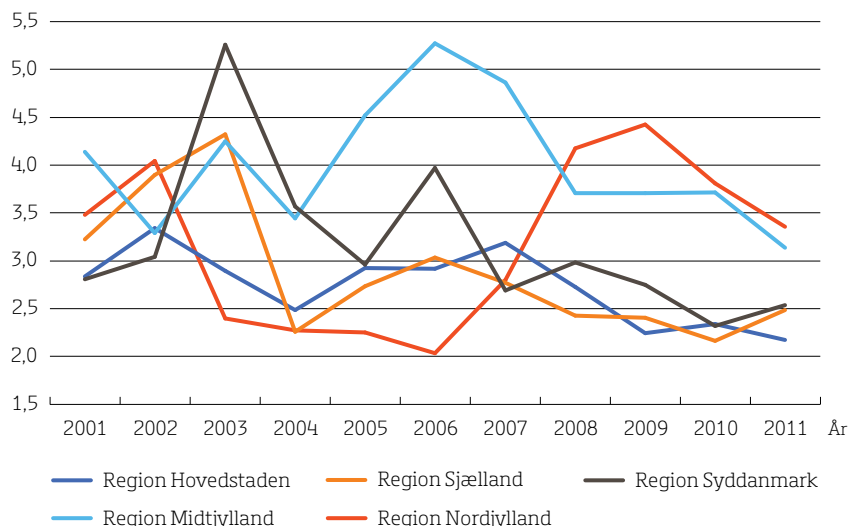
Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Tallene er for indlagte i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Figur 10.5 viser grafisk det gennemsnitlige antal bæltefikseringer per region.

FIGUR 10.5

Antal bæltefikseringer i forhold til antal personer, der indlægges i den pågældende region



Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Anvendelse af fysisk magt (jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1) kaldes også **fastholdelse**. Fastholdelse må kun anvendes for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, at en patient forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller, at en patient øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Det er således ikke en betingelse, at patienten er sindssyg eller i en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed.

Antal personer i **voksenpsykiatrien**, der har oplevet fastholdelse, er faldet fra 1228 i 2001 til 833 i 2011, hvilket fremgår af tabel 10.19. Det samlede antal foranstaltninger for voksne i form af fastholden er faldet fra 2986 i 2001 til 1948 i 2011, hvilket svarer til et fald på 35 pct.

TABEL 10.19

Fastholdelse af personer indlagt i voksenpsykiatrien 2001-2011

År	Antal fastholdelser i året	Antal personer omfattet af fastholdelse
2001	2.986	1.228
2002	2.765	1.076
2003	2.554	1.039
2004	2.297	1.022
2005	2.520	981
2006	2.356	991

År	Antal fastholdelser i året	Antal personer omfattet af fastholdelse
2007	2.186	848
2008	1.808	887
2009	1.828	823
2010	1.849	828
2011	1.948	833

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Fastholdelse af **børn og unge** kan ses i tabel 10.20 og har ligget mellem 7-12 pct. af antal indlagte i perioden. I 2010 og 2011 har det ligget på 9 pct.

TABEL 10.20

Fastholdelse af børn og unge i perioden 2001-2011

År	0-14 år	15-17 år	I alt
2001	32	55	86
2002	28	55	81
2003	35	48	83
2004	29	70	96
2005	39	51	87
2006	25	68	89
2007	25	68	89
2008	26	51	73
2009	27	69	93
2010	45	61	103
2011	33	62	92

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Anvendelse af **beroligende lægemidler i akutte situationer** (jf. psykiatrilovens § 17, stk. 2.) må kun benyttes, hvis det er af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand. Der stilles ved anvendelse af denne form for tvangsindgreb ikke krav om, at personen skal være sindssyg eller farlig. Det skal bemærkes, at anvendelse af beroligende medicin efter denne bestemmelse ikke er en tvangsbehandling i psykiatrilovens forstand. Som beroligende medicin anvendes oftest benzodiazepin eller anti-psykoterika, i særlige tilfælde kan der benyttes antipsykoterika med længere virkning såsom Cisordinol Acutard.

Antal personer i **voksenpsykiatrien**, der har fået akut beroligende medicin med tvang, er steget fra 1.570 i 2001 til 1.940 i 2011. I tabel 10.21 illustreres det samlede antal gange, der er givet akut beroligende medicin med tvang, hvor det er steget fra 4.206 i 2001 til 6.639 i 2011. Herudover vises, at antallet af gange den enkelte udsættes for akut beroligende medicin ligeledes er stigende.

TABEL 10.21

Beroligende medicin med tvang hos voksne

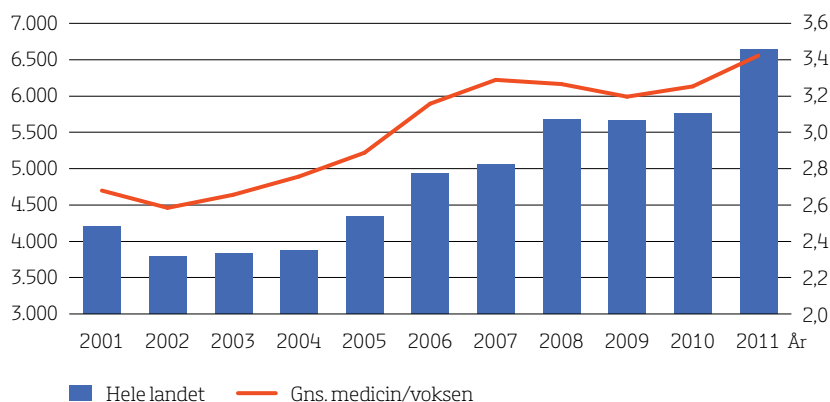
År	Antal foranstaltninger med beroligende medicin	Antal personer omfattet af fastholdelse	Gennemsnit
2001	4.206	1.570	2,7
2002	3.795	1.469	2,6
2003	3.839	1.445	2,7
2004	3.872	1.405	2,8
2005	4.345	1.505	2,9
2006	4.936	1.563	3,2
2007	5.066	1.540	3,3
2008	5.680	1.739	3,3
2009	5.671	1.774	3,2
2010	5.760	1.770	3,3
2011	6.639	1.940	3,4

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Tabel 10.22 er illustreret i figur 10.6.

FIGUR 10.6

Beroligende medicin med tvang hos voksne

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Antal **børn og unge**, der har fået akut beroligende medicin med tvang, ligger forholdsvis stabilt i perioden 2004-2011 og ses i tabel 10.22. I perioden 2008-2011 svarer det til 5 pct. af de indlagte børn og unge.

TABEL 10.22

Beroligende medicin med tvang hos børn og unge

År	0-14 år	15-17 år	I alt
2001	5	15	20
2002	4	17	21
2003	3	7	10
2004	6	42	48
2005	16	41	56
2006	8	46	54
2007	10	30	40
2008	14	37	49
2009	9	47	55
2010	17	43	57
2011	15	37	51

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

I tabel 10.23 præsenteres andelen af gange, der gives beroligende medicin i den pågældende region i forhold til antal indlagte personer i den enkelte region. Andelen viser de regionale forskelle i, hvor mange gange indlagte i gennemsnit gives beroligende medicin.

TABEL 10.23

Antal gange der gives beroligende medicin i forhold til antal indlagte i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i den pågældende region

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Region Nordjylland	3,0	2,9	2,2	2,5	2,3	2,0	3,0	2,7	2,7	3,0	3,6
Region Midtjylland	2,9	2,4	2,6	2,8	3,2	3,7	3,6	3,8	3,8	3,5	3,8
Region Syddanmark	2,8	2,7	2,8	2,7	2,6	3,1	3,8	3,1	3,0	3,1	3,3
Region Hovedstaden	2,6	2,7	2,7	2,9	3,1	3,4	3,1	4,3	3,2	3,4	3,4
Region Sjælland	2,4	2,1	2,1	2,4	2,5	2,8	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7

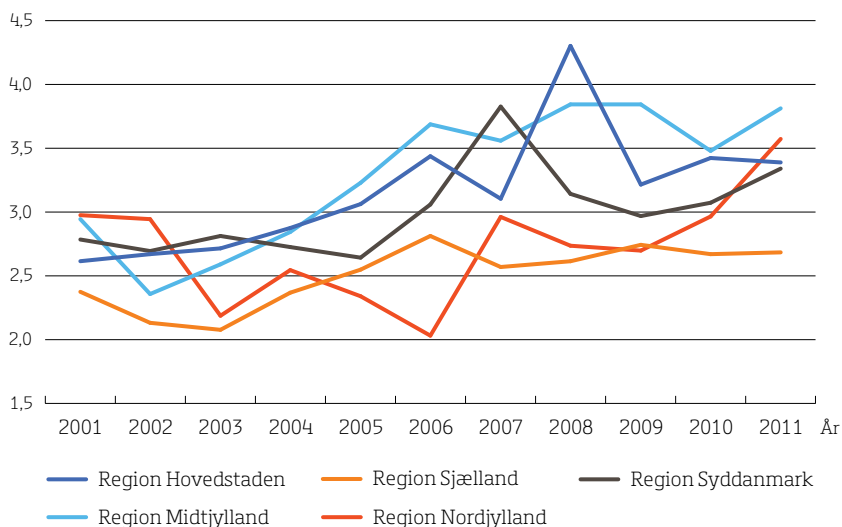
Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

I figur 10.7 findes en grafisk præsentation.

FIGUR 10.7

Andelen af gange der gives beroligende medicin i forhold til antal indlagte personer i voksenpsykiatrien



Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.
Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Personlig skærmning (jf. psykiatrilovens § 18 c) kan kun anvendes for at afværge, at patienten begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller for at afværge, at en patient forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre. Ved personlig skærmning forstås foranstaltninger, hvor ét eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Denne tvangsforanstaltning blev tidligere også benævnt 'fast vagt'.

Antal personer udsat for personlig skærmning i **voksenpsykiatrien** er opgjort fra 2006 til 2011 og kan ses i tabel 10.24 nedenfor.

TABEL 10.24

Personlig skærmning i voksenpsykiatrien

Årstal	Antal personer	Antal foranstaltninger
2006	2	2
2007	102	126
2008	102	119
2009	90	97
2010	73	84
2011	71	81

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.
Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Antal **børn og unge** udsat for personlig skærmning fra 2006 til 2011 ligger mellem 6 og 14.

Aflåsning af døre i afdelingen, dog ikke af døre til patientstuer, kan foretages over for patienter, der er frihedsberøvede, eller over for patienter for hvem der er risiko for, at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare eller patienter, der selv anmoder herom.

Antal personer i **voksenpsykiatrien**, hvor denne foranstaltning har været taget i anvendelse, var 505 i 2001 og 571 i 2011. Det laveste antal var 476 i 2006 og det højeste var 600 i 2004.

Antal **børn og unge**, hvor denne foranstaltning har været benyttet, ligger mellem ca. 20 og 30.

For patienter, hvor det antages, at de efter udskrivning ikke selv vil søge den behandling eller sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en **udskrivningsaftale** mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Hvis en patient ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale udarbejdes en **koordinationsplan** af den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder.

I tabel 10.25 vises antal af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i voksenpsykiatrien.

TABEL 10.25

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i voksenpsykiatrien

År	Antal personer omfattet af udskrivningsaftaler	Samlet antal udskrivningsaftaler	Antal personer omfattet af koordinationsplaner	Samlet antal koordinationsplaner
2007	136	147	32	37
2008	160	183	62	74
2009	194	205	58	65
2010	333	391	119	151
2011	413	470	176	210

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Tvungen opfølgning efter udskrivning (jf. psykiatrilovens §13) kan ske, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse findes at være en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, og hvis samtlige af nedenstående kriterier er opfyldt:

- Patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst tre gange.
- Patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.
- Patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt.
- Patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse har været ordineret opfølgende behandling ved et udgående psykiatriteam, men har undladt at følge den ordinerede medicinske behandling.

Tvungen opfølgning efter udskrivning er indført i psykiatriloven som en 4-årig forsøgsordning med virkning fra d. 1. oktober 2010. Som det fremgår af tabel 10.26, har den kun været begrænset anvendt.

TABEL 10.26

Tvungen opfølgning efter udskrivning

År	Hele landet	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland
2010	1	0	0	0	0	1
2011	18	1	6	5	5	1

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Data trukket den 8. august 2012.

Note: Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj. er ikke inkluderet i opgørelserne over de enkelte tvangskategorier.

Eksempel 10.1

Brugerstyrede senge (Norge)

Enkelte steder i Norge har man erfaringer med brugerstyrede krise-indlæggelser. Formålet er at give mulighed for at komme en periode med forværring/krise i forkøbet, at styrke patienternes autonomi og tryghed samt at nedbringe anvendelsen af tvang.

En bærende ide ved brugerstyrede senge i hospitalspsykiatrien er at sikre organisatoriske og faglige rammer, der kan imødekomme patientens behov, og at det er patienten selv, der bestemmer, hvornår der er behov for indlæggelse.

I Norge blev sengene på en specialiseret afdeling benyttet af patienter, som var kendt i afdelingen hovedsageligt med diagnosen skizofreni. Patienterne havde i deres tidligere sygdomsforløb været udsat for tvangsforanstaltninger. Adgangen til at benytte brugerstyrede senge blev beskrevet i en kontrakt mellem patient og afdeling, hvor det bl.a. fremgik, at patienten havde ret til at benytte sengene uden først at henvende sig til læge, at opholdet maksimalt kunne vare fem døgn, og at der ville være en karensperiode på 14 dage mellem to kriseindlæggelser.

Resultatet af det norske projekt med brugerstyrede senge viste, at indlæggelsesfrekvensen blev øget, men at den samlede indlæggelsestid faldt med 33 %. Den samlede tid for tvangsindlæggelse blev halveret. I gennemsnit brugte patienterne krisepladsen fem gange årligt og varigheden af opholdet var 2,5 døgn. Projektet konkluderede, at en kontraktmæssig patientrettighed i form af brugerstyret indlæggelse kan øge patientens autonomi og sænke tærsklen for indlæggelse og dermed øge patienten og de pårørendes tryghed.

Reference: Heskestad et al, Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse, Tidsskrift for Den norske legeforening, 2008; 128:32-5, Hanneborg et al, Sluttrapport – Brukerstyrte innleggelser i åpen DPS døgn, August 2009- desember 2010

Referencer

Sundhedsstyrelsen. Anvendelse af tvang i psykiatrien.
København: Sundhedsstyrelsen, 2007

Sundhedsstyrelsen. Anvendelse af tvang i psykiatrien 2008.
København: Sundhedsstyrelsen, 2010

Sundhedsstyrelsen. Anvendelse af tvang i psykiatrien 2010 – med opgørelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. København: Sundhedsstyrelsen, 2011

Sundhedsstyrelsen. Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning
København: Sundhedsstyrelsen, 2009

11

Komorbiditet

11.1

Overblik

11.1.1

Generelt om komorbiditet

Forekomsten af to eller flere samtidig tilstedeværende sygdomme betegnes som komorbiditet. Udgangspunktet er et fokus på den bestemte sygdom, som medfører, at patienten bliver indlagt eller søger behandling. I den forbindelse vil andre samtidige tilstedeværende sygdomsproblemer som oftest blive benævnt som komorbiditet.

I registersammenhæng vil dette typisk optræde som henholdsvis aktionsdiagnosen og bidiagnoser. Aktionsdiagnosen vil typisk være det, der er registreret som den aktuelle årsag til indlæggelse og behandling og derfor fremstå som hoveddiagnosen. Det er imidlertid ikke nødvendigvis sådan, at aktionsdiagnosen er den væsentligste diagnose for patienten set i et længere og bredere perspektiv.

I forbindelse med kronisk sygdom har man for at imødegå dette og sikre, at alle de tilstedeværende sygdomssymptomer mv. får tilstrækkelig opmærksomhed forsøgsvis indført begrebet multimorbiditet. Generelt gælder, at tilstedeværelse af komorbiditet gør både diagnostik og behandling mere kompleks.

Komorbiditet, dvs. tilstedeværelse af flere forskellige sygdomme på en gang, må ikke forveksles med det forhold, at en person igennem kortere eller længere tid kan få flere og skiftende psykiatriske diagnoser efterhånden som patientens sygdomssymptomer udvikler sig, og dermed kan give anledning til afklaring i form af såkaldte differential diagnostiske overvejelser – og evt. revision af den psykiatriske diagnose. Mange psykiske lidelser kan f.eks. i deres tidlige faser mangle karakteristiske kernesymptomer. Det gælder f.eks. skizofreni, hvor de såkaldte negative symptomer bl.a. social tilbage-trækning og passivitet kan forveksles med depression.

Det er også vigtigt i forbindelse med udredning af psykiske symptomer f.eks. konfusion, angstanfald etc. at afklare om disse symptomer har en somatisk sygdomsbaggrund f.eks. dehydrering, ondt i brystet, forhøjet stofskifte, CNS-lidelser/neurologisk lidelse mv., og at der dermed er et behov for en somatisk behandling. Omvendt kan tilsyneladende somatiske symptomer, såsom hjertebanken, vejrtrækningsbesvær og svimmelhed have en baggrund i en psykisk lidelse såsom angstlidelser og PTSD.

Tilstedeværelse af flere sygdomme eller symptomer på samme tid dvs. komorbiditet er uhyre almindeligt i psykiatrien. Der kan helt overordnet peges på nogle kombinationer og mønstre af komorbiditet, som forekommer ofte.

11.1.2

Mennesker med psykiske lidelser og somatisk komorbiditet

Nogle psykiatriske lidelser er ofte forbundet med bestemte somatiske følgetilstande. Der kan i den forbindelse peges på, at mennesker med spiseforstyrrelser har en risiko for at udvikle en lang række somatiske komplikationer og følgetilstande.

Hyppige somatiske komplikationer ved sværere anoreksi er bl.a. hormonelle forstyrrelser, osteoporose, kardiomyopati, infektion, hypogonadisme, væksthæmning, cerebral atrofi, hypokalæmi og eventuelt vitaminmangelsygdomme (rakitis). Anoreksi kan således udvikle sig til en akut somatisk livstruende sygdom f.eks. på baggrund af væske og elektrolytforstyrrelser. Derfor er det også væsentligt, at der for denne type patienter stilles krav, f.eks. i Sundhedsstyrelsens specialevejledning om et samarbejde mellem somatik og psykiatri.

Bulimipatienten har generelt mindre somatisk risiko, men ved hyppig opkastningsadfærd ses der risiko for elektrolytforstyrrelser samt tandskader. Ved BED dvs. overspisning er der en risiko for komplikationer forbundet med svær overvægt herunder: Type 2 diabetes, hjertekarsygdom, forhøjet blodtryk, åndedrætsbesvær, slidgigt, galdesten og apopleksi mv.

Herudover er der en stor gruppe psykiatriske patienter, som på baggrund af misbrug af alkohol eller stoffer eller pga. rygning mv., har fået en række somatiske følgetilstande. Det kan typisk dreje sig om neurologiske skader og f.eks. levercirrose samt kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) mv. Gruppen af psykiatriske patienter med stofmisbrug vil tillige kunne have pådraget sig karakteristiske infektionslidelser som hepatitis, HIV mv.

Den psykofarmakologiske behandling kan i sig selv give anledning til udvikling af en række somatiske lidelser, hvorfor det er vigtigt at aktivt tilbyde patienterne både forebyggelse og behandling.

Omvendt er der også en ny og øget viden om, at nogle patientgrupper med somatisk sygdom har særlig risiko for at udvikle psykiatrisk komorbiditet, f.eks. har hjertepatienter større risiko for at udvikle depression.

Erkendelse af disse risici tillige med den påviste overdødelighed blandt psykiatriske patienter har inden for de senere år klargjort vigtigheden af somatisk forebyggelse, udredning og behandling som en integreret del af indsatsen over for de psykiatriske patienter. Dette område er yderligere beskrevet i kapitlet om overdødelighed.

Mennesker med flere psykiske lidelser

Især i relation til angstlidelser og depression findes høje forekomster af komorbiditet. For patienter med angst- og tvangslidelser kan der peges på en særlig hyppig forekomst af depression, samt alkohol og andet misbrug. To tredjedele af OCD- patienter vil således udvikle depression.

Patienter med PTSD vil ofte præsentere sig med depressive klager og angst udover eventuelle somatiske symptomer bl.a. søvnproblemer. Det vides generelt, at patienter med angstlidelser har en signifikant overdødelighed af somatiske lidelser og en forhøjet risiko for selvmordsadfærd.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens referenceprogram for depression, at mennesker med depression almindeligvis har en comorbid psykiatrisk diagnose, f.eks. inden for angstområdet som socialfobi, panikangst eller personlighedsforstyrrelser (40-80 pct. af tilfældene). Behandlingen af depression har her førsteprioritet. Personer med personlighedsforstyrrelser har ligeledes en høj forekomst af depression (over 50 pct.).

Definitivt kan man ikke have akut eller kronisk psykose eller skizofreni og samtidig diagnosen unipolar depression, men depressive symptomer kan forekomme forud (den prodromale fase) og i efterforløb. Her kan der være differentialdiagnostiske vanskeligheder i relation til de såkaldte negative symptomer, såsom inaktivitet, social tilbagetrækning og glædesløshed.

Misbrug af alkohol, benzodiazepiner, andre receptpligtige lægemidler, hash og stoffer (ecstasy, amfetamin mv.) kan være almindelig forekommende. For psykotiske og skizofrene patienter kan stoffer indgå som en slags selvmedicinering mod negative symptomer. Dobbelt diagnose patienterne kan ofte have netop denne selvbehandlingsadfærd, hvilket i betydelig grad kan komplicere eller have en meget uheldig indflydelse på mulighederne for en effektiv behandling. Generelt gælder, at misbrug også er hyppigt forekommende ved personlighedsforstyrrelser.

På det børne- og ungdomspsykiatriske område gælder herudover, at en række tilstande f.eks. ADHD vil forekomme med en komorbiditet fra diagnosegruppen 'udviklingsforstyrrelse, specifikke udviklingsforstyrrelser'. I børne- og ungdomspsykiatrien vil man kunne beskrive børnenes situation ved hjælp af en såkaldt multiaxial diagnostik, hvor F-diagnosen suppleres med en Z-diagnose, der beskriver de livsomstændigheder som kan indgå som en betydelig komorbiditetsfaktor, f.eks. i relation til stillingtagen til akut indlæggelse og lign. Z-diagnoser kan således beskrive vanrøgt, problemer vedrørende opdragelse mv.

Referencer

Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne 2007. København: Sundhedsstyrelsen, 2007

Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angst og tvangslidelser 2007. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen, Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling, 2005

12

Mennesker med dobbeltdiagnoser

12.1

Overblik

Mennesker med dobbeltdiagnoser defineres af WHO som *"samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser"*. Det drejer sig altså om mennesker, der samtidig med en psykisk lidelse, har et misbrug af rusmidler.

Socialt udviklingscenter (SUS) beskriver i flere rapporter, at dobbeltdiagnose begrebet benyttes forskelligt blandt fagprofessionelle, og at nogen slet ikke kender til begrebet. Mennesker med dobbeltdiagnoser er ikke en homogen gruppe, og det kan være vanskeligt præcist at angive antallet af mennesker med dobbeltdiagnoser. Afgrænsninger af både misbrug og psykiske lidelser kan være vanskeligt. Herudover kan misbruget være mere eller mindre erkendt og nogle mennesker med misbrug vil have en underliggende ikke erkendt psykisk lidelse. Mange mennesker med dobbeltdiagnoser har udover misbrugs- og psykiske problemer også sociale problemer af forskellig karakter.

SUS har i rapporten "Vidensbase- Indsatser for mennesker med sindslidelse og misbrug" ud fra litteraturen beskrevet, at mennesker med sindslidelser og misbrug kan opdeles i fire målgrupper afhængig af den psykiske lidelses sværhedsgrad (svær over for let/moderat) og typen af misbrug (alkohol/stofmisbrug). Denne opdeling kan benyttes i dels beskrivelsen af forekomst og dels i beskrivelsen af indsatsbehovet. En vigtig pointe er, at målgruppen er meget heterogen selv inden for hver af de fire målgrupper.

Kommunerne fik med kommunalreformen myndighedsansvaret for misbrugsbehandlingen dvs. visitation og behandling af alkoholmisbrug og stofmisbrug. Regionerne har ansvaret for behandling af både den psykiske lidelse og misbruget under indlæggelse på sygehus. Ved udskrivning har sygehuset ansvaret for at kontakte det kommunale misbrugssystem med henblik på at videreføre den iværksatte misbrugsbehandling, dette gælder også når det er distriktpsykiatrien, ambulant tilbud eller praktiserende læge, der varetager den videre behandling.

Efter servicelovens § 101 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at tilbyde behandling af stofmisbrugere, herunder også stofmisbrugere med sindslidelse. Tilbuddet skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen med anmodning om at komme i behandling. Garantien indebærer en ret for stofmisbrugeren til at modtage og en pligt for kommunalbestyrelsen til at tilbyde social behandling inden for fristen. Samtidig har stofmisbrugeren en ret til at vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, kommunen har visiteret til.

12.2

Beskrivelse af status og udviklingen

12.2.1

Forekomst

SUS beskriver i rapporten "Vidensbase – Indsatser for mennesker med sindslidelse og misbrug", at der ikke findes opgørelser over, hvor mange mennesker med sindslidelse og misbrug der findes i Danmark. Der findes estimater fra Norge og England, der dog heller ikke er entydige.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at forskellige opgørelser og estimater af målgruppens størrelse baseres på vidt forskellige grundlag og metoder. Derfor fremkommer der forskellige tal, der i udgangspunktet må fortolkes ud fra det perspektiv, som målgruppen er undersøgt ud fra – altså kommuner, indlagte osv. Det følgende er derfor udelukkende estimater, der forsøger at opgøre forekomsten mennesker med dobbeltdiagnoser inden for forskellige målgrupper.

En spørgeskemaundersøgelse af Bækgård et al i 2010 viser, at 0,4 pct. af indbyggerne havde psykisk lidelse og misbrug, hvilket giver et skøn på 22.000 mennesker med dobbeltdiagnoser i Danmark. Dette tal siger kun noget om, hvor mange mennesker med dobbeltdiagnoser der er kendt i kommunerne og SUS vurderer på baggrund af spørgeskemaundersøgelser, at tallet formentlig er noget større og formentlig stigende.

Undersøgelserne fra SUS vurderer, at der er sket en stigning i antallet af unge med psykisk lidelse og misbrug i løbet af de senere år, men mener ikke der er tale om en reel stigning, men et øget fokus på området.

I en undersøgelse af Sønderby et al. fra 2006 estimeres, at 30-50 pct. af alle indlagte på psykiatriske afdelinger har et misbrugsproblem.

De retspsykiatriske patienter udgør en særlig udfordring. Det fremgår af Danske Regioners rapport "Retspsykiatri og sikkerhed" fra 2011, at over halvdelen af de retspsykiatriske patienter har et diagnosticeret misbrug. Rapporten viser også, at kun 25 pct. er i behandling for deres misbrug.

I en rapport fra DSI baseret på registerundersøgelser angives, at antallet af patienter med dobbeltdiagnoser er steget fra knap 8000 i 2000 til 11.000 i 2008, hvilket svarer til en stigning på 43 pct. Denne patientgruppe udgør knap 10 pct. af det samlede antal patienter med psykiatriske diagnoser.

Der er i forskellige rapporter angivet tal for dobbeltdiagnoser trukket i LPR registeret. Det fremkommer ikke altid klart, hvordan disse tal trækkes, hvilket kan give anledning til, at tallene er forskellige og usammenlignelige. I tabel 12.1 ses tal for dobbeltdiagnoser. Der er

trukket på psykiatrisk diagnose og samtidig misbrugsdiagnose, som hoved- eller bidiagnose. Det fremgår af tabel 12.1, at der er en stigning i den regionale psykiatri af mennesker med dobbeltdiagnoser. Der ses en stigning fra 2001 på i alt 2994 til 5677 i 2011.

TABEL 12.1

Antal personer med dobbeltdiagnoser

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alkohol	1.970	2.044	2.061	2.296	2.340	2.576	2.499	3.371	2.829	2.817	2.986
Narkotika	1.284	1.435	1.486	1.731	1.760	2.108	2.199	3.080	2.811	2.954	3.388
I alt	2.994	3.198	3.246	3.680	3.720	4.194	4.229	5.766	5.067	5.139	5.677

Kilde: LPR. Data trukket den 10. oktober 2012.

Note: Både en DF* (ekskl. DF10-19) og en DF10-19* (ekskl. DF17*) skal være registreret som diagnose (aktions- eller bidiagnose).

SUS har forsøgt at estimere størrelsen af de forskellige målgrupper med dobbeltdiagnoser og angiver samtidigt, at der er store usikkerheder og metodiske vanskeligheder.

TABEL 12.2

Antal fordelt på målgrupper

Målgruppe	I Danmark
Svær sindslidelse og stofmisbrug	Ingen data
Svær sindslidelse og alkoholmisbrug	Ca. 15.000
Let sindslidelse og stofmisbrug	Ingen data
Let sindslidelse og alkoholmisbrug	Min. 75.000

Kilde: "Vidensbase – indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug", SUS, 2011.

Samlet set tyder udviklingen altså på, at der er en stigning i antallet af mennesker med dobbeltdiagnoser. Det behøver ikke betyde, at der er en reel stigning, men kan i stedet være udtryk for, at der er stigende opmærksom på at få diagnosticeret en eventuel underliggende psykiatrisk lidelse hos mennesker med misbrug. Der er formentlig dog stadig en underdiagnosticering både i den regionale og kommunale sektor.

12.2.2

Indsatser

Den ambulante misbrugsbehandling er overgået til kommunerne, men behandling af abstinensstilstande under indlæggelse varetages oftest fortsat af de psykiatriske afdelinger. Behandling af psykiske lidelser kompliceret af misbrug samt psykiatriske følgetilstande til misbrug behandles fortsat i sekundærsektoren.

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, der skal tage udgangspunkt i en grundig udredning af personens livssituation. Den sociale støtte

skal have særligt fokus på brugernes boligsituation og på støtte til praktiske gøremål i hverdagen. Endvidere skal brugerne også støttes i kontakten med andre offentlige myndigheder. Flere studier anbefaler, at en sådan indsats forankres i psykiatrien. Samtidig peger forskning dog også på, at andelen af brugere med dobbeltproblematik i misbrugsbehandlingssystemet er højere end i psykiatrien.

Det er ikke i litteraturen entydigt, hvor indsatsen over for borgere med mindre svære psykiske lidelser og misbrug skal forankres. Nordisk litteratur peger på, at indsatsen for personer med lettere psykiske lidelser kan forankres i misbrugsbehandlingssystemet. Behandlingen skal tilrettelægges fleksibelt og den skal være længerevarende. Der gøres fra SUS opmærksom på, at der ikke findes mange undersøgelser/litteratur specifikt rettet mod mennesker med sindslidelser og alkoholmisbrug til trods for, at det drejer sig om en relativ stor gruppe.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2006 en MTV⁴⁰ om alkoholbehandlingsområdet og i 2008 rådgivningsmaterialet "Kvalitet i alkohol behandlingen". Rapporterne peger på betydningen af tilstrækkelig sundhedsfaglig ekspertise, psykiatrisk vurdering, udredning af somatisk komorbiditet, abstinensbehandling og anden behandling herunder farmakologisk behandling.

SUS estimerer på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse i rapporten "En tværfaglig udfordring", at 39 pct. af mennesker med dobbeltdiagnoser er i ambulant behandling for misbrug, 6 pct. er i døgnbehandling for misbruget, 37 pct. er i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri, 19 pct. er i behandling hos praktiserende psykiater og 6 pct. modtager et integreret tilbud med målrettet behandling. Sidstnævnte gælder især for mennesker med svære psykiske lidelser og stofmisbrug. Otte procent skønnes ikke at modtage behandling for deres psykiske lidelse, mens 33 pct. skønnes ikke at modtage behandling for deres misbrug.

Statens Institut for Folkesundhed har i rapporten "Alkoholbehandling i kommunerne" fra 2012 konkluderet på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse, at kvaliteten af alkoholbehandlingen fortsat varierer meget mellem kommunerne, både hvad angår fagsammensætning og behandlingsmetoder, herudover er det ikke alle kommuner, der gør brug af evidensbaserede metoder i behandlingen.

Mennesker med dobbeltdiagnoser modtager i dag stærkt varierende tilbud og desuden en kombination af tilbud både i den regionale psykiatri, praksissektoren og den kommunale sektor.

Behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser stiller store krav til koordination og samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling og psykosociale indsats, hvis denne komplicerede patientgruppe skal håndteres rigtigt. 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, hvilket foregår få steder i dag. Der ligger således en stor opgave i at få tilrettelagt denne behandling bedst muligt, både hvad angår indførsel af evidensbaserede metoder og hvad angår samarbejde og koordination.

40 Medicinsk Teknologi Vurdering

EKSEMPEL 12.1**Bedre psykiatrisk udredning i Århus Kommunes misbrugscenter**

Projektet startede i september 2006 med et samarbejde mellem Århus Kommune og teamet for misbrugspsykiatri i Region Midtjylland. Baggrunden var, at mange misbrugere viste sig at have psykiske lidelser uden at have været i behandling. I projektet blev i alt 500 socialt udsatte borgere tilbudt en undersøgelse af en psykiater, og 84 % af dem fik efterfølgende stillet en psykiatrisk diagnose. Udredningen vurderes at have sikret misbrugerne et bedre liv og en større gavn af de sociale tilbud, og indsatsen er i dag integreret i misbrugscentrets praksis.

Reference: <http://cfm.foundry.aarhuskommune.dk/>

EKSEMPEL 12.2**Integreret tilbud reducerer genindlæggelser og misbrug**

Vista Balboa i Odense Kommune er et helhedsorienteret, integreret tilbud til mennesker med svære psykiske lidelser og et samtidigt misbrug. I tilbuddet ydes koordineret social støtte, psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling for at fremme, at målgruppen bliver mere selvhjulpne og får en bedre livskvalitet.

Vista Balboa har siden 2001 kvalitetsovervåget indsatsen i tilbuddet ved hjælp af Den Danske Kvalitetsmodel med standarder, audit og opgørelser. Herigennem er det bl.a. konstateret, at tilbuddet fastholder kontakten til så godt som 100 % af de indvisiterede brugere, nedbringer de psykiatriske indlæggelser med 54 %, reducerer hashmisbrug og blandingsmisbrug med henholdsvis 40 % og 60 %. Senest har tilbuddet gennemført et alkoholprojekt, der har medført markant reduktion i alkoholforbruget.

Reference: www.odense.dk/vistabalboa

Referencer

Brasch et al. Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. København: Socialt Udviklingscenter SUS, 2011

Christensen I., & Hagensen P. Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose. København: Socialt Udviklingscenter SUS, 2009

Hagensen et al. En tværfaglig udfordring. Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2011

Statens Institut for Folkesundhed, alkoholbehandling i kommunerne, 2012

Sundhedsstyrelsen, kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale, 2009

13

Overdødelighed

13.1

Overblik

Mennesker med psykiske lidelser er som tidligere nævnt ikke en homogen gruppe og har lidelser af forskellig sværhedsgrad og dermed forskellige behandlingsbehov.

Undersøgelser viser, at nogle mennesker med psykiske lidelser lever mellem 15 og 20 år kortere, sammenlignet med befolkningen som helhed. Det er især mennesker med mere alvorlige former for psykiske lidelser som skizofreni, men også patienter med affektiv lidelse og misbrug.

Den øgede dødelighed skyldes en kombination af flere faktorer:

- Højere forekomst af selvmord og ulykker.
- Komplikationer og bivirkninger ved nogle psykofarmakologiske lægemidler.
- Mindre adgang til somatiske sundhedsydelser end befolkningen i øvrigt.
- Højere forekomst af 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 forstærkes af bivirkningerne ved psykofarmaka og særligt antipsykotika.

Overdødeligheden betinget af somatiske sygdomme skyldes bl.a. type 2 diabetes og hjertekarsygdomme. Disse kan skyldes livsstilsfaktorer som dårlig kost, rygning og for lidt motion, men også psykofarmakologisk behandling, 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 psykofarma-

kologisk behandling give hjerterytmeforstyrrelser i form af forlænget QT-interval⁴¹ på hjertekardiogrammet, hvilket menes korreleret til øget risiko for pludselig hjertedød. Samtidig brug af antipsykotika og benzodiazepiner resulterer ligeledes i øget dødelighed.

Hvorvidt dødeligheden ved ubehandlet skizofreni er højere, end ved medicinsk behandlet skizofreni er omdiskuteret, fordi forskningen på området ikke er entydig.

Adgangen til sundhedsvæsenet kan opdeles i den *formelle* adgang til sundhedsvæsenet, som bestemmes af forhold i systemet og den *faktiske* adgang til sundhedsvæsenet, som bestemmes af en kombination af egenskaber ved systemet og det enkelte menneske. Den faktiske adgang for mennesker med psykiske lidelser er formentlig mindre end for befolkningen i øvrigt. Der forekommer som følge heraf både underdiagnosticering og underbehandling.

Ovenævnte problemstillinger fordrer tæt samarbejde og sammenhæng mellem psykiatrien og såvel almen praksis (shared care) som det øvrige sygehusvæsen. 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.

13.2

Beskrivelse af status og udviklingen

I det følgende beskrives overdødeligheden i Danmark og sammenlignet med udlandet. Herudover beskrives de forskellige faktorer, der medvirker til overdødeligheden og hvordan man har forsøgt at imødegå problemet.

13.2.1

Forventet levetid for patienter med psykiske lidelser

Wahlbeck et al. har i en artikel i 2011 beskrevet forventet levetid for patienter med psykiske lidelser i Danmark, Finland og Sverige. Tabel 13.1 er udarbejdet på baggrund af denne artikel og viser udviklingen i forventet levetid for henholdsvis kvinder og mænd i perioden 1997-2001 og 2002-2006. Tabellen viser, at kvinderne i perioden 2002-2006 lever 17,1 år kortere og mændene 21,9 år kortere end den øvrige befolkningen.

TABEL 13.1

Forventet restlevetid ved 15 år for mænd og kvinder

	1997-2001	1997-2001	2002-2006	2002-2006
Køn	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
Samlede risiko population (n)	38.050	34.769	40.002	36.616

41 Langt QT betyder, at afstanden mellem Q-takken og T-takken på hjertekardiogrammet er for lang. Det kan medføre alvorlige rytmeforstyrrelser som f.eks. hjertekammerflimren og hjertestop.

	1997-2001	1997-2001	2002-2006	2002-2006
Dødelighed i risiko population per 100.000	3.090	3.638	2.553	3.920
Fraktionen mellem observeret dødelighed og forventet dødelighed				
15-29	13,1	13,3	10,9	11,7
30-44	10,5	11,9	9,7	11,6
45-59	5,7	5,9	6,0	6,3
60-75	2,7	3,1	3,1	3,1
75+	1,4	1,8	1,4	1,8
Total	2,5	2,9	2,5	3
Observeret/forventet sygdom	2,1	2,4	2,1	2,5
Observeret/forventet selvmord	37,9	25,8	38,8	25,1
Observeret/forventet anden udefrakommende årsag	5,7	7,1	7,1	6,1
Forventet levealder, år				
Risiko population	46,9	36,7	48,3	39
Generelle population	64,4	59,7	65,4	60,9
Forskel i forventet levealder	17,4	23	17,1	21,9

Kilde: Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders, Wahlbeck et al., The British Journal of Psychiatry, published online May 18, 2011.

Forskellen i forventet levealder i Danmark er større for mænd end for kvinder. For mænd falder forskellen mellem perioderne 1997-2001 og 2002-2006 fra 23,0 år til 21,9 år og for kvinder fra 17,4 til 17,1 år.

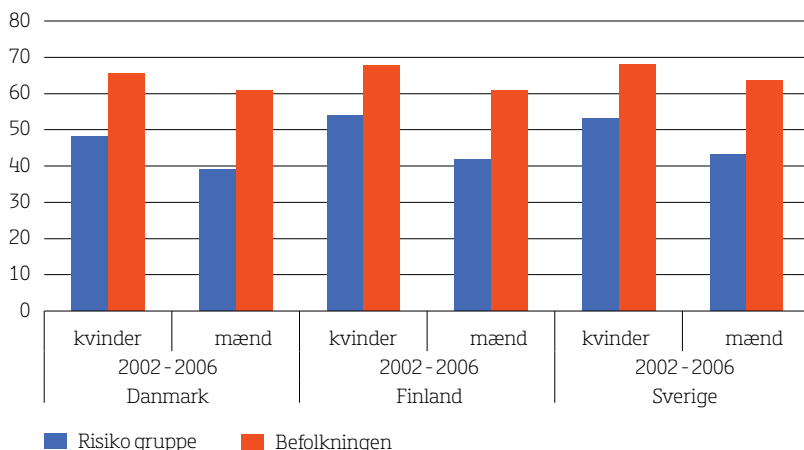
Risikoen for, at mennesker med psykiske lidelser dør sammenlignet med den øvrige befolkning, er faldende for de 15-29 årige og de 30-44 årige, dog mest markant for den yngste gruppe. For de øvrige grupper er risikoen stigende.

Risikoen for selvmord blandt mennesker med psykiske lidelser er svagt stigende for kvinder og svagt faldende for mænd.

I figur 13.1 sammenlignes forventet levetid hos mennesker med psykiske lidelser og den øvrige befolkning. Det fremgår af figuren, at levetiden for mennesker med psykiske lidelser sammenlignet med befolkningen i øvrigt er lavere i Danmark end i Finland og Sverige.

FIGUR 13.1

Forventet levetid ved 15 år i Danmark, Finland og Sverige 2002-2006



Kilde: Graf udarbejdet på baggrund af tal fra outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders, Wahlbeck et al., The British Journal of Psychiatry, published online May 18, 2011.

Overdødeligheden i Danmark for mennesker med psykiske lidelser er således høj. Herudover er forskellen i forventet levetid mellem mennesker med psykiske lidelser og mennesker uden psykiske lidelser større i Danmark end i eksempelvis Finland og Sverige. Dette kan skyldes en højere forekomst af selvmord og ulykker, men kunne også skyldes underdiagnosticering og underbehandling af somatiske sygdomme.

13.2.2

Metabolisk syndrom

Metabolisk syndrom er en gruppering af risikofaktorer for udvikling af hjertekarsygdom og type 2 diabetes. Den Internationale Diabetes Foundations definition af metabolisk syndrom er forøget abdominal omfang, samt forhøjet blodtryk, forhøjede niveauer af triglycerid og kolesterol eller forhøjet blodsukker. Den præcise definition kan ses i bilag 8.

Incidensen af metabolisk syndrom i befolkningen er generelt stigende, men incidensen er større hos patienter med alvorlige psykiske lidelser og i særlig grad for patienter i antipsykotisk behandling.

Et dansk tværsnitstudie af Vinberg et al. fra 2011 fandt en incidens på 26 pct. for metabolisk syndrom⁴² hos patienter med affektive lidelser, hvilket kan sammenlignes med en anden dansk undersøgelse, hvor incidensen var 16 pct. i befolkningen generelt.

En anden dansk undersøgelse af Krane-Gartiser et al. fra 2011 undersøgte forekomsten af metabolisk syndrom i to distriktspsykiatriske centre i København. Ved gennemgang af 170 patienter i antipsykotisk behandling fandt man, at 81 pct. af patienterne ikke havde fået gennemgået de fem risikofaktorer for metabolisk syndrom i de sidste otte måneder. Blodtryk var målt hos 11 pct. af patienterne, HDL-kolesterol og triglyceridniveauer var målt hos 10 pct., fastebloodsukker hos 8,5 pct. og abdominal omfang hos 4 pct. Ved

42 Anvendelse af National Cholesterol Education Programme (NCEP) kriterierne.

undersøgelse af de 170 patienter fandt man, at 48,2 pct. opfyldte International Diabetes Foundation (IDF) kriterier for metabolisk syndrom sammenlignet med 29,6 pct. i en alders- og kønsmatchet almindelig befolkningsgruppe.

Sundhedsstyrelsen har i vejledningen om behandling med antipsykotiske lægemidler fra 2007 beskrevet hvilke undersøgelser, der skal foretages i forbindelse med antipsykotisk medicinsk behandling.

Undersøgelser viser altså, at der er en forhøjet forekomst af metabolisk syndrom hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser i Danmark, og det sidste af de omtalte studier tyder på, at patienterne ikke i tilstrækkelig grad bliver undersøgt herfor og som følge heraf ikke modtager rådgivning og behandling.

13.2.3

Komplikationer og bivirkninger til psykofarmakologisk behandling

Det er velkendt, at antipsykotisk medicin kan medføre alvorlige bivirkninger, der i nogle tilfælde kan være dødelige. Risikoen synes øget ved samtidig behandling med benzodiazepiner, hvorimod samtidig behandling med antidepressiva ser ud til at reducere risikoen for død.

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde primo 2012 oversigter (DAP⁴³) over formodede bivirkninger på alle lægemidler. En DAP viser alle de formodede bivirkninger, der er indberettet til Sundhedsstyrelsen på et aktuelt præparat. Disse bliver offentliggjort for at skabe åbenhed om formodede bivirkninger ved medicin.

Sundhedsstyrelsen viste i 2006 i analysen "Forbruget af antipsykotika blandt 18-64 årige patienter med skizofreni, mani eller bipolar affektiv sindslidelse", at alt for mange patienter var i samtidig behandling med flere antipsykotiske lægemidler (polyfarmaci). Herudover fandt man, at der var en øget dødelighed, hvis patienterne var i behandling med antipsykotiske lægemidler og sove- og nervemedicin.

Dansk Cardiologisk Selskab og Dansk Psykiatrisk Selskab har i fællesskab i 2011 udgivet en vejledning om risikoen for hjerterytmeforstyrrelse ved behandling med psykofarmaka. Denne vejledning giver en oversigt over risikoen ved de fleste psykofarmaka og giver vejledning om forebyggelsen af den medicinrelaterede hjertesygdom.

Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler fra 2007 pålægger den ansvarlige speciallæge at lægge en plan for overvågning af effekt, bivirkninger og komplikationer. Dette omfatter, at der regelmæssigt bliver taget elektrokardiogram (EKG), så man tidligt kan afsløre hjerterytmeforstyrrelser.

Det ser ud til, at der er en stigning i indberetninger af bivirkninger til psykofarmakologisk behandling.

43 DAP står for Drug Analysis Prints og indeholder alle de bivirkninger, der indberettes i Danmark. Man kan ikke drage konklusioner om sikkerhed og risiko ved medicin udelukkende ud fra oplysningerne i DAP. At en bivirkning bliver indberettet, er ikke ensbetydende med, at der er en sikker sammenhæng mellem medicinen og bivirkningen. Når læger, patienter eller pårørende melder bivirkninger, behøver de blot at have en formodning om, at det er medicinen, der er skyld i bivirkningen.

EKSEMPEL 13.1

Overvågning af lægemidler i psykiatrien

Sundhedsstyrelsen og psykiatrien i Region Nordjylland er ved at opstille et monitoreringsprogram, der kan give de regionale myndigheder et grundlag for at følge udviklingen i ordinationerne af psykofarmaka. Overvågning sker med udgangspunkt i overmedicinering og ordinationer, der ikke er i overensstemmelse med gældende vejledninger. Monitoreringsprogrammet vil blive tilrettelagt, så der vil kunne ses på regionale forskelle i anvendelse af psykofarmaka, ligesom der bliver set på trends i ordinationspraksis over tid.

13.3.4

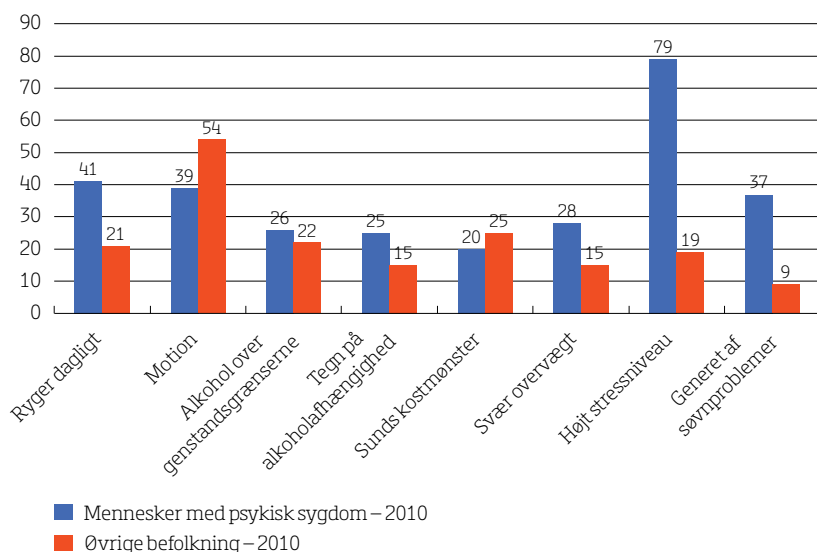
Livsstilelsrisikofaktorer hos mennesker med psykiske lidelser

Det er velkendt, at livsstilelsfaktorer har betydning for udviklingen af metabolisk syndrom og andre livsstilelsygdomme.

I Region Midtjylland har Enhed for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling på baggrund af selvrapporterede data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?" fra 2006 og 2010 bl.a. analyseret livsstilelsrisici hos mennesker med psykiske lidelser.

Undersøgelsen viser, at mennesker med psykiske lidelser har en betydelig højere belastning med livsstilelsrisici end den øvrige befolkning, hvilket også er velkendt fra litteraturen. Figur 13.2 viser forskellen i livsstilelsrisici for mennesker med psykiske lidelser og den øvrige befolkning.

FIGUR 13.2

Risikofaktorer forbundet med livsstil

Kilde: Larsen FB & Nielsen AL. Psykisk syges sundhed i region Midtjylland. En analyse baseret på **"Hvordan har du det?", 2006 og 2010**. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Region Midtjylland. Maj 2012.

Tabel 13.2 viser udviklingen fra 2006 til 2010. Andelen af mennesker med psykiske lidelser, der ryger dagligt, var faldet fra 44 pct. til 41 pct., mens andelen med tegn på alkoholafhængighedssyndrom var faldet fra 27 pct. til 25 pct. Andelen, der dyrker idræt eller motion, var øget fra 35 pct. til 39 pct. Faktorer som alkoholafhængighed, højt stressniveau, søvnløshed, overvægt og usunde spisevaner var imidlertid alle stigende.

TABEL 13.2

Risikofaktorer forbundet med livsstil

	2006			2010		
	Psykisk sygdom	Øvrig befolkning	Forskel i pct. point	Psykisk sygdom	Øvrig befolkning	Forskel i pct. point
Rygning						
Ryger dagligt	44	26	18	41	21	20
Fysisk aktivitet						
Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden	35	46	11	39	54	15
Alkohol						
Drikker over genstandsgrænserne	22	16	6	26	22	4

	2006			2010		
	Psykisk sygdom	Øvrig befolkning	Forskel i pct. point	Psykisk sygdom	Øvrig befolkning	Forskel i pct. point
Tegn på alkoholafhængighed	27	15	12	25	15	10
Kost						
Usundt kostmønster	18	14	4	20	12	8
Middelsundt kostmønster	64	65	1	60	64	4
Sundt kostmønster	17	21	4	20	25	5
Overvægt						
Svær overvægt	23	13	10	28	15	13
Stress						
Højt stressniveau	78	19	59	79	19	60
Søvn						
Meget generet af søvnproblemer	27	5	22	37	9	28

Kilde: Larsen FB & Nielsen AL. Psykisk syges sundhed i region Midtjylland. En analyse baseret på **"Hvordan har du det? 2006 og 2010"**. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Region Midtjylland. Maj 2012.

Undersøgelsen har også spurgt til motivation for at ændre sundhedsvaner. Generelt viser den, at mennesker med psykiske lidelser er mere motiverede end den øvrige befolkning for at for at ændre sundhedsvaner. Eneste undtagelse er rygning, hvor motivationen er på linje med den øvrige befolkning.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at det er en bred målgruppe, der har besvaret spørgeskemaet. Der kan således både være tale om mennesker med lettere psykiske lidelser og patienter med mere alvorlige psykiske lidelser. Det kan således være vanskeligt at overføre data til alle patientgrupper.

Der er en øget forekomst af livsstilsrisikofaktorer hos mennesker med psykiske lidelser. Hvorvidt der i dag bliver taget de rette initiativer til forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med psykiske lidelser er uvist.

13.3.5

Selv mord

Det vides fra danske undersøgelser, at selvmordsrisikoen for patienter der indlægges med psykiske lidelser, er højest under indlæggelse og i den første periode efter udskrivelse. Det er endvidere påvist, at nylige tidligere selvmordsforsøg er en klar risikofaktor for senere selvmord blandt patienter indlagt med psykiske lidelser. Patienter, der har forsøgt selvmord i ugen inden den psykiatriske indlæggelse, har således en meget forhøjet selvmordsrate.

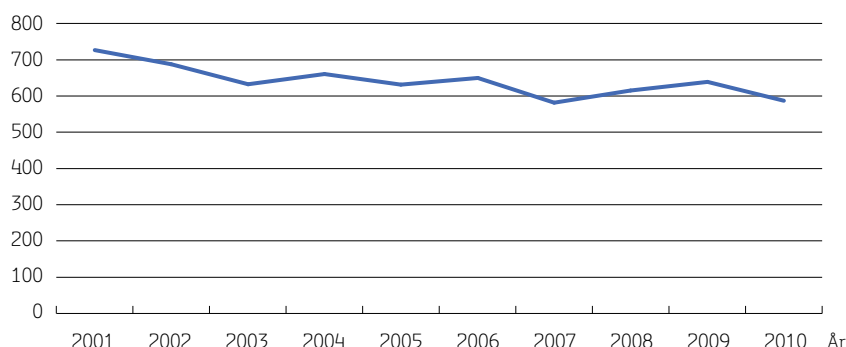
I Danmark er antallet af selvmord faldet drastisk fra over 1.600 personer i 1980 til ca. 650 i 2004, og siden har det ligget stabilt på dette niveau. I figur 13.3 kan man se udviklingen fra 2001-2010. Danmark er det land i verden, hvor faldet i antal selvmord i de seneste årtier har været størst, og i forhold til en lang række andre lande er

selvmordsraten relativt lav. Set i forhold til Norden er selvmordsraten i Danmark, Sverige og Norge i de seneste år nogenlunde ens, hvorimod Finland har en markant højere selvmordsrate for mænd.

Antal dødsfald ved selvmord per 100.000 indbyggere i 2008 var henholdsvis 12 i Sverige og 11 i Danmark i henhold til LPR, dødsårsagsregisteret og oplysninger fra det svenske Nomesko-sekretariat. Patienter, som mindst én gang har været indlagt på psykiatrisk afdeling, tegner sig for ca. halvdelen af selvmordene i Danmark.

FIGUR 13.3

Selvmord i Danmark



Kilde: Center for Selvmordsforskning.

Psykiatriske lidelser er forbundet med en øget risiko for selvmord. Patienter, som mindst én gang har været indlagt på psykiatrisk afdeling, tegner sig for omkring halvdelen af selvmordene i Danmark, og selvmordsrisikoen er 20 gange større for denne gruppe end for baggrundsbefolkningen.

Fra 1981 til 1997 faldt selvmordshyppigheden med samme hastighed blandt psykiatriske patienter som for baggrundsbefolkningen. Der foreligger en undersøgelse fra 2011, som viser, at selvmord under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling har været faldende frem til 2006.

Selvmordsrisikoen er forhøjet ved samtlige psykiske lidelser, men den er højst ved affektiv lidelse og skizofreni.

Årsagerne til selvmord blandt patienter med psykiske lidelser er ikke entydigt klarlagt. Et væsentligt element er selve sygdommens karakter og den belastning, denne medfører. De ovenfor nævnte forhold peger dog på, at en let tilgængelighed, herunder mulighed for indlæggelse samt en relevant og tæt opfølgning, specielt i den første tid efter indlæggelsen, vil være væsentlige tiltag til forebyggelse af gennemførte selvmord. Tilstrækkeligt personale og hensigtsmæssig indretning af afdelingerne må også vurderes at have forebyggende effekt på gennemførelse af selvmord.

Forskningen viser, at selvmord og selvmordsforsøg udspringer af mange forskellige forhold og årsagsfaktorer. 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

egentlig forebyggelse som med diagnostik og behandling og hurtig opfølgning, når dette er relevant.

I nogle tilfælde er der behov for en akut indsats, hvorfor let adgang til psykiatrisk vurdering, intensiveret ambulant behandling eller indlæggelse er væsentligt, i andre tilfælde vil der være behov for en længerevarende, men eventuelt mindre intensiv indsats med fokus på f.eks. sociale problemer.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2007 publikationen "Vurdering og visitation af selvmords-truede – rådgivning til sundhedspersonale." Målet med rådgivningsmaterialet er en opkvalificering af sundhedspersonales identifikation, vurdering og visitation af selvmord-struede bl.a. som støtte til udarbejdelse af lokale instrukser samt i relation til sundheds-aftaler mellem region og kommuner på området.

I specialevejledningerne for psykiatri og børne- ungdomspsykiatri 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. I relation til bl.a. indlagte 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.

13.3.6

Underdiagnosticering og underbehandling af somatisk lidelse

Den faktiske adgang for mennesker med psykiske lidelser til sundhedsydelser i det somatiske sundhedsvæsen er formentlig mindre end for befolkningen i øvrigt.

Begrænsningen i den faktiske adgang kan både skyldes, at mennesker med psykiske lidelser kan være længere om at søge læge eller slet ikke søger læge i det somatiske sundhedsvæsen, men kan også skyldes, at sundhedsprofessionelle ikke er opmærksomme på somatiske sygdomme eller ikke tilbyder 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.

I en artikel fra 2011 af Thornicroft beskrives, at der er evidens for, at mennesker med psykiske lidelser behandles mindre omhyggeligt og effektivt for deres somatiske lidelser end den øvrige befolkning. Der henvises til en artikel, hvor patienter med komplikationer til diabetes og psykiske lidelser i mindre grad blev indlagt, end patienter der udelukkende havde komplikationer til diabetes. En dansk artikel af Laursen et al. viser, at mennesker med svær psykisk lidelse og hjertesygdom har en øget dødelighed i forhold til mennesker, der udelukkende har hjertesygdom, og at mennesker med psykiske lidelser og hjertesygdomme gennemgår færre invasive procedurer. Gruppen af mennesker med psykiske lidelser og hjertesygdomme har kun marginalt flere kontrolbesøg, end gruppen der udelukkende har hjertesygdom, hvilket får forfatterne til at konkludere, at behandlingen af denne gruppe hverken er tilstrækkelig intensiv eller tilstrækkelig effektiv. En anden artikel fra USA viser, at mennesker med psykiske lidelser og hjertesvigt modtager en dårligere kvalitet i behandlingen, end indlagte der kun har hjertesvigt. Artiklen viser, at

denne gruppe har en større risiko for genindlæggelse og død i årene efter udskrivning.

Der tegner sig således et billede af, at patienter med psykiske lidelser har en øget forekomst af forskellige somatiske lidelser, men at de ikke bliver tilstrækkelig monitoreret, udredt eller behandlet for disse.

Referencer

Joukamaa et al. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *The British Journal of Psychiatry* 2006;188(2): 122-127

Larsen F.B. & Nielsen A.L. Psykisk syges sundhed i region Midtjylland. En analyse baseret på hvordan har du det? 2006 og 2010. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012

Laursen et al. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 2009;66(7): 713-720

Liggins J. & Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry* 2005;27(5): 359-364

Olsen L.R., Mortensen E.L., & Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109(2): 96-103

Rathore et al. Mental disorders, quality of care, and outcomes among older patients hospitalized with heart failure: an analysis of the national heart failure project. *Archives of General Psychiatry* 2008;65(12): 1402-1408

Thornicroft G., Rose D. & Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry* 2007;19(2): 113-122

Tiihonen J., Lönngqvist J., Wahlbeck K., Klaukka T., Niskanen L., Tanskanen A. & Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11study). *Lancet* 2009;374:620-27

Tiihonen J., Suokas J.T., Suvisaari J.M., Haukka J. & Korhonen P. Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 2012;69(5): 476-83

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

14

Retspsykiatri

14.1

Overblik

Ifølge straffelovens § 16 er personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige pga. sindssygdom eller tilstande der må ligestilles hermed, straffrie. I stedet for straf idømmes en særforanstaltning efter straffelovens § 68 i form af én af følgende foranstaltninger:

- Dom til *ambulant behandling* ved psykiatrisk afdeling, som i udgangspunktet indebærer ambulant psykiatrisk behandling (og tilsyn fra kriminalforsorgen), men som hovedregel også giver mulighed for, at overlægen sammen med kriminalforsorgen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.
- Dom til *behandling* på psykiatrisk afdeling som indebærer, at den behandlingsdømte som udgangspunkt indlægges på en psykiatrisk afdeling, men herefter kan udskrives igen efter afgørelse fra overlægen. Behandlingsdommen vil da blive udmøntet som ambulant behandling (med tilsyn af kriminalforsorgen), men med mulighed for genindlæggelse, hvis patientens tilstand forværres, eller der er risiko for ny kriminalitet. Overlægen har sammen med kriminalforsorgen adkomst til at træffe bestemmelse om, hvorvidt patienten skal genindlægges.
- Dom til *anbringelse* i psykiatrisk afdeling, som indebærer, at den anbringelsesdømte indlægges på en psykiatrisk afdeling og ikke kan udskrives, før retten ændrer foranstaltningen til en behandlingsdom. Anbringelsesdom anvendes ved alvorlig kriminalitet og betyder ofte mange års indlæggelse, som afhængig af patientens tilstand kan foregå på enten hoved- eller regionsfunktionsniveau på retspsykiatrisk afdeling. I særligt alvorlige tilfælde kan retten dømme til anbringelse på Sikringsafdelingen ved Nykøbing Sjælland.

Desuden giver straffelovens § 69 mulighed for at idømme en særforanstaltning, hvis gerningsmanden befandt sig i en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner, og det skønnes mere formålstjenligt end straf til at forebygge ny kriminalitet.

Domme efter straffelovens § 16 og § 69 ikendes med afsæt i en mentalobservation af personen.

14.2

Beskrivelse af udviklingen og status

Igennem den seneste årrække har regionerne samlet behandlingen af flere af de retspsykiatriske patienter på specialiserede enheder. Retspsykiatriske patienter varetages i psykiatrien på flere specialiseringsniveauer. Flertallet behandles stadig på hovedfunktionsniveau i almenpsykiatrien (i samarbejde med regionsfunktion), mens en mindre, men dog stigende, gruppe behandles på regionsfunktionsniveau. I Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri er retspsykiatrisk behandling af patienter med svær sygdomsgrad og/eller høj farlighed en regionsfunktion.

I tabel 14.1 ses udviklingen i antallet af unikke personer med et retsligt forhold i hoved- eller bidiagnose⁴⁴. Det vides dog, at registreringspraksis på området er særdeles uensartet, og tallene er således behæftet med meget stor usikkerhed. Ser man alligevel på tallene, tyder de på, at antallet af retspsykiatriske patienter i perioden 2007 til 2011 er steget med mere end 50 pct., og i forhold til 2001 er der sket mere end en tredobling af antallet.

TABEL 14.1

Antal unikke cpr-numre med et retsligt forhold behandlet i 2001-2011

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1.292	1.481	1.678	1.870	2.112	2.427	2.510	3.010	3.441	3.721	3.904

Kilde: LPR, "Analyse af kapaciteten i psykiatrien", Deloitte, 2012.

Note: Eksklusiv Sikringsanstalten i Nykøbing Sj.

Deloitte's analyse af kapaciteten fra 2012 viser, at antallet af personer med en retspsykiatrisk foranstaltning har været stigende på landsplan og i alle regioner i årene 2001-2011. Ser man på år 2011 er der flest i Region Midtjylland og Region Hovedstaden og færrest i Region Sjælland (eksklusiv Sikringsanstalten).

I figur 14.1 fremgår udviklingen i antal foranstaltningsdomme fra 2001 til 2011 for henholdsvis mennesker med psykiske lidelser og dømt efter straffelovens § 69 vist som et indeks. Det fremgår, at der er en lidt uens udvikling, men at det for begge kategorier gælder, at antallet af domme er mere end fordoblet i 2011 i forhold til 2001. I 2007 ses et fald, som formentlig skyldes færre behandlede sager i forbindelse med retsreformen. Herefter stiger antallet igen.

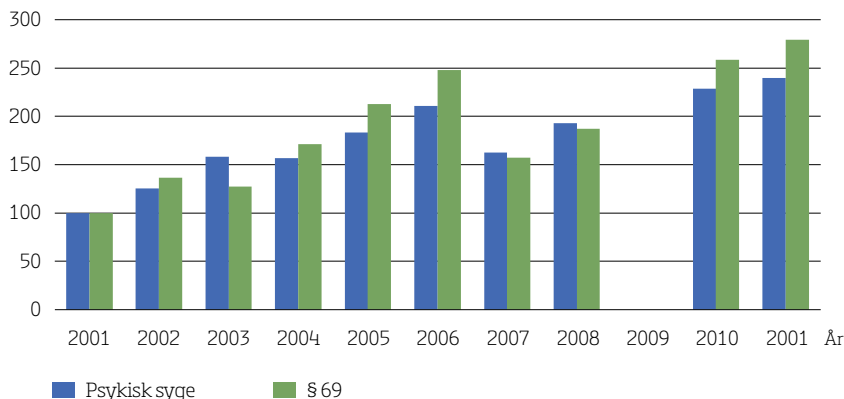
Der er flere forskellige mulige forklaringer på denne udvikling. Hvorvidt udviklingen afspejler en reel vækst i antallet af mennesker med psykiske lidelser, som begår kriminalitet, fordi de ikke bliver opdaget eller behandlet i tide, eller om udviklingen

44 Udtræk fra LPR baserer sig på koderne: DZ0460 Retspsykiatrisk undersøgelse, DZ0461 Dom til psykiatrisk behandling, DZ0462* Dom til psykiatrisk anbringelse, DZ0463 Civilretslig psykiatrisk undersøgelse, DZ0464 Socialretslig psykiatrisk undersøgelse, DZ0468 Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning, DZ0469 Retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning uden specifikation.

afspejler en anden holdning eller praksisændring på området vides ikke, men der peges i flere sammenhænge særligt på sidstnævnte.

FIGUR 14.1

Indekstal for foranstaltningsdomme fordelt efter den dømtes mentale tilstand



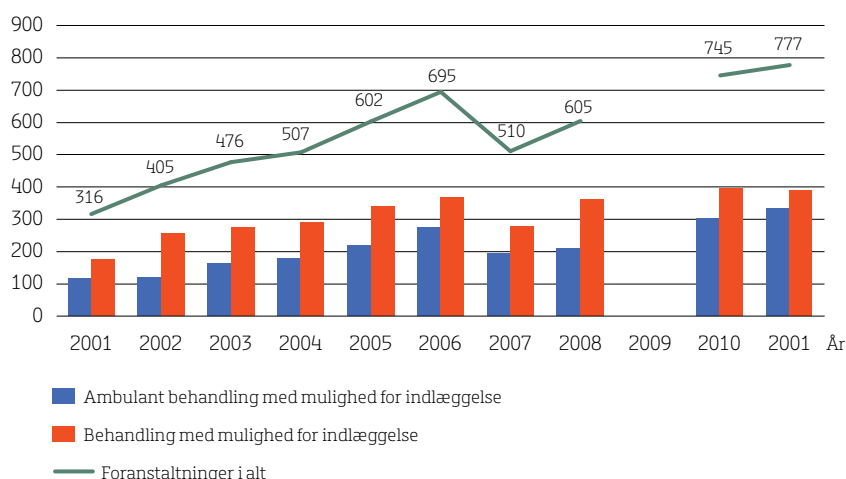
Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor.

Note: Der forefindes ikke tal for 2009.

I figur 14.2 er udvalgte foranstaltningsdomme til mennesker med psykiske lidelser og dømte i henhold til straffelovens § 69 afbilledet for 2001 til 2011. Det drejer sig om foranstaltningerne 'Ambulant behandling med mulighed for indlæggelse' og 'Behandling med mulighed for indlæggelse', som dækker godt 90 pct. af samtlige foranstaltningsdomme.

Som det ses af figuren, er antallet af foranstaltningsdomme til ambulant behandling med mulighed for indlæggelse steget markant og er næsten tre gange større i 2011 end i 2001. Tilsvarende ses der en stigning i antallet af foranstaltningsdomme til behandling med mulighed for indlæggelse til over det dobbelte i 2011 i forhold til i 2001.

FIGUR 14.2

Foranstaltningsdomme fordelt efter foranstaltningens art

Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor

Note: Der forefindes ikke tal for 2009.

I tabel 14.2 fremgår antallet af foranstaltningsdomme til mennesker med psykiske lidelser og dømte efter § 69 fra 2001 til 2011 fordelt efter kriminalitetens art. Det ses af tabellen, at dommene især falder inden for vold mod tjenestemænd og simpel vold, herunder også trusler i den forbindelse. Alvorligere kriminalitet ser ud til at udgøre en begrænset del af den samlede kriminalitet blandt denne gruppe.

Tabellen viser også, at der gennem årene er sket en stigning i antallet af foranstaltningsdomme. Stigningen har primært baggrund i voldskriminalitet og trusler herom. Særligt er antallet af foranstaltningsdomme for vold mod tjenestemænd steget betydeligt i perioden svarende til knap fire gange så mange i 2011 som i 2001. Herudover er antallet af domme for både alvorligere og simpel vold steget over perioden. Domme pga. alvorligere vold er ca. fordoblet i 2011 i forhold til i 2001. Endvidere er antallet af foranstaltningsdomme for trusler ca. tredoblet fra 2001 til 2011. Også antallet af domme for tyveri, røveri og andre formueberøvelser er steget betydeligt i perioden.

TABEL 14.2

Foranstaltningsdomme (ekskl. 2009) fordelt efter kriminalitetens art

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011
Incest	0	1	0	0	2	0	1	3	0	1
Voldtægt mv.	4	7	6	7	10	7	9	1	4	5
Samleje med barn mv.	9	10	6	5	6	8	5	10	9	5
Blufærdighedskrænkelser	9	2	6	8	5	9	7	9	7	6
Andre sædelighedsforbrydelser	0	0	0	2	1	2	1	3	2	6
Vold mod tjenestemand	53	62	99	111	155	174	119	122	194	182
Drab	8	5	4	4	1	3	6	3	6	6
Forsøg på drab	4	4	9	2	6	6	4	3	3	7
Simpel vold	43	68	69	79	111	123	83	109	114	115
Alvorligere vold	34	43	65	54	55	79	56	62	75	76
Særlig alvorlig vold	1	2	1	2	3	1	0	2	0	4
Vold i øvrigt	7	6	7	12	5	13	9	18	14	15
Kvalificeret brandstiftelse	0	2	1	2	4	8	4	6	0	2
Brandstiftelse i øvrigt	39	54	42	48	51	55	37	37	43	33
Frihedsberøvelse	2	5	2	1	3	2	1	0	1	1
Trusler	16	19	26	27	35	45	31	31	57	50
Tyveri	21	30	49	48	38	38	38	53	59	75
Røveri	35	41	41	30	44	42	39	60	46	77
Andre formueforbrydelser	7	14	12	13	19	17	11	18	16	25
Andre straffelovs-overtrædelser	15	16	20	31	31	40	34	36	64	55
Særlovs-overtrædelser	9	14	11	21	17	23	15	19	32	42
I alt	316	405	476	507	602	695	510	605	746	788

Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor.

Note: Der forefindes ikke tal for 2009.

En dansk undersøgelse beskrevet i Ugeskrift for Læger i 2010 viser, at udviklingen i foranstaltningsdomme er foregået parallelt med udviklingen i frihedsstraffe for vold mod privatpersoner. Dette tyder på, at de samme samfundsmæssige forhold, herunder anmeldelsestilbøjelighed, politimæssige prioritering og retspraksis ligger bag stigningen både generelt og blandt psykiatriske patienter. Der ses dog en større stigning i domme for vold mod offentlig myndighed blandt psykiatriske patienter. Undersøgelsen peger på,

at denne stigning f.eks. kan skyldes forhold, der medfører flere konfrontationer, og ændret praksis, f.eks. i forhold til hvor ofte vold mod personale anmeldes.

Undersøgelsen viser desuden, at foranstaltningsdomme udgør en meget lille del af den samlede kriminalitet i Danmark. I 2006 udgjorde foranstaltningsdomme ca. 3 pct. af det samlede antal domme.

Ved tilfælde af ikke-personfarlig kriminalitet fastsættes en længstetid for foranstaltningen på fem år, såfremt foranstaltningen medfører eller giver mulighed for, at den dømte anbringes i institution. I sager, hvor foranstaltningen ikke giver mulighed for anbringelse (f.eks. foranstaltninger som alene indebærer tilsyn eller pligt til at følge et ambulant psykiatrisk behandlingsforløb), skal der fastsættes en længstetid, som ikke må overstige tre år. I sager, der vedrører personfarlig kriminalitet⁴⁵, fastsættes i almindelighed ikke en længstetid. Hvorvidt en forbrydelse kan betegnes som personfarlig, afhænger af en konkret vurdering af forbrydelsens beskaffenhed og omstændighederne, under hvilke forbrydelsen blev begået. Tidsbegrænsningen af foranstaltningsdommen skal revurderes i hvert enkelt tilfælde årligt.

Institut for Menneskerettigheder og Rådet for Socialt Udsatte redegjorde i 2006 for, at der langt fra altid er overensstemmelse mellem arten af den begåede lovovertrædelse og den dom, som bliver idømt, når det gælder mennesker med psykiske lidelser. Redegørelsen viste, at f.eks. vold mod tjenestemænd ofte medførte dom til behandling med mulighed for indlæggelse med længstetid på fem år eller uden tidsbegrænsning. På den baggrund konkluderedes det i redegørelsen, at der bør sikres proportionalitet, således at en evt. foranstaltningsdom ikke kan være af længere varighed end den frihedsstraf, lovovertrædelsen sædvanligvis ville kunne udløse. Nye tal fra Justitsministeriets forskningskontor viser, at denne domspraksis fortsat finder sted, jf. tabel 14.3 nedenfor, og der er ingen tegn på, at kurven flader ud.

I tabel 14.3 fremgår antallet af foranstaltningsdomme til mennesker med psykiske lidelser og dømte i henhold til § 69 fra 2001 til 2011 fordelt efter foranstaltningens længstetid. Det fremgår af tabellen, at der er ca. dobbelt så mange personer i 2011 som i 2001, som får en foranstaltningsdom uden fastsat længstetid. Antallet af foranstaltningsdomme med en længstetid på fem år er steget markant i perioden svarende til ca. tre gange så mange i 2011 som i 2001. Andelen af foranstaltningsdomme uden fastsat længstetid og andelen med en længstetid på fem år er nogenlunde konstant gennem årene set i forhold til det samlede antal foranstaltningsdomme. Dette er bemærkelsesværdigt set i lyset af, at de største stigninger i foranstaltningsdommene ligger i bl.a. vold mod tjenestemænd, simpel vold og tyveri.

TABEL 14.3

Foranstaltningsdomme (ekskl. 2009) fordelt efter foranstaltningens længste tid*

Længstetid (§16 stk. 1 og § 69)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011
Nej	137	174	200	188	233	269	189	225	259	304
1 år	1	1	4	5	4	2	2	1	1	5
2 år	4	0	0	2	2	2	1	0	1	0

45 Jf. § 68 a, stk. 2 og § 69 a, stk. 2: Drab, røveri, frihedsberøvelse, alvorlig vold, trusler, brandstiftelse, voldtægt eller anden alvorlig sædelighedsforbrydelse eller forsøg på en af disse forbrydelser.

Længstetid (\$16 stk. 1 og § 69)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011
2 år og 6 måneder	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3 år	13	18	13	22	24	26	16	15	16	15
4 år	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 år	159	212	258	290	339	396	302	364	469	463
Indtil 18 år	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
I alt	316	405	476	507	602	695	510	605	746	788

Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor.

Note: Der forefindes ikke tal for 2009.

Referencer

Danske Regioner. Fakta om retspsykiatri, notat. København: Danske Regioner, 2010

Danske Regioner. Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed. København: Danske Regioner, 2011

Deloitte. Landspatientregistret. Analyse af kapaciteten i psykiatrien. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2012

Institut for Menneskerettigheder. Brug af særforanstaltninger over for psykisk syge kriminelle i et menneskeretligt perspektiv. København: Institut for Menneskerettigheder og Rådet for Socialt Udsatte, 2006

Justitsministeriets Forskningskontor. Nye foranstaltningsdomme i 2010 samt forløbet af domme afsagt i 2005. København: Justitsministeriets Forskningskontor, 2011

Justitsministeriets Forskningskontor. Nye foranstaltningsdomme i 2011 samt forløbet af domme afsagt i 2006. København: Justitsministeriets Forskningskontor, 2012

Kramp P. & Bock C. Dansk retspsykiatri, notat, 2008

Kriminalforsorgen. Behandlingsdømte: <http://www.kriminalforsorgen.dk/Behandlings-d%C3%B8mte-84.aspx>

Sorensen et al. Evaluering af tidsbegrænsning af foranstaltninger. København: Justitsministeriets Forskningskontor, 2010

Stevens H. et al. Dom til psykiatrisk behandling. Ugeskrift for læger 2012;172(35):2366-2370

Straffeloven, LBK nr. 1062 af 17/11 2011

Sundhedsstyrelsen. Psykisk syge kriminelles forløb. København: Sundhedsstyrelsen, 2011

Region Midtjylland. Retspsykiatriske patienter i Region Midtjylland – tendenser fra tværsnitundersøgelserne 2008-2012. Viborg: Region Midtjylland, 2012

Region Midtjylland. Tværsnitundersøgelse af den retspsykiatriske patientgruppe i Region Midtjylland, d. 24. januar 2012. Viborg: Region Midtjylland, Planlægning, 2012

15

Perspektiver

Arbejdsgruppen har i løbet af arbejdet peget på nogle områder, der er værd at beskrive nærmere. Det drejer sig om rehabilitering og recovery, Åben Dialog – netværks og dialogbaseret behandling, civilsamfundet og velfærdsteknologi.

15.1

Rehabilitering og recovery

Historisk har der været en forståelse af, at mennesker med psykiske lidelser ikke blev raske. Denne opfattelse har været med til at give en opfattelse af, at mennesker med psykiske lidelser ikke var i stand til at tage kontrol over eget liv og at komme sig.

Det har dog vist sig, at 60 pct. af de som får de sværeste psykiatriske diagnoser kommer sig, hvor ca. 25 pct. kommer sig helt og ca. 35 pct. kommer sig således, at de med støtte får mulighed for at indgå i arbejde, uddannelse og familieliv. Med denne dokumentation er der kommet yderligere fokus på, at rehabilitering er relevant også for mennesker med de sværeste psykiske lidelser.

Tidligere har begrebet rehabilitering været anvendt i forskellige sammenhænge ofte synonym med genoptræning, revalidering, men i dag er der konsensus om en bredere begrebsforståelse. I hvidbogen for rehabilitering defineres rehabilitering som:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats".

Rehabilitering er:

- En strategi, hvor målet er at den syge opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt.
- En kompleks tværfaglig og tværsektoriel proces, hvor hver faggruppe bidrager med deres faglighed og kompetencer i et formaliseret samarbejde.
- En metode, idet der gøres brug af fælles metoder på tværs af faggrupper og sektorer.

Målgruppen for rehabilitering er mennesker med psykiske lidelser, som har behov for en regional, såvel som en kommunal indsats.

Recovery som bedst oversættes til dansk med 'at komme sig' er blevet en central del af rehabilitering. Recovery tager udgangspunkt i det enkelte menneske og betyder, at man arbejder bevidst med at fremme menneskers mulighed for at komme sig. Det gælder i den direkte kontakt med den enkelte uanset om det er i den sundhedsfaglige eller socialfaglige indsats og uanset om det er i regioner eller kommuner.

At komme sig betyder ikke nødvendigvis, at man bliver fuldstændig symptomfri eller helbredt. Man kan godt være kommet sig, selvom man fortsat har visse symptomer eller vanskeligheder, hvis disse ikke forhindrer én i at leve et liv, som man selv anser for at være tilfredsstillende. Nogle har opdelt recoverybegrebet i en klinisk recovery og en personlig recovery, h Klinisk recovery forstås som fuldstændig remission af symptomer over en to-årig periode, samt et liv uafhængig af ekstern supervision, med fuldtids eller deltidsarbejde og med venner med hvem aktiviteter kan deles, mens personlig recovery forstås som en personlig og unik proces, hvor det handler om for den enkelte at skabe mening og formål i livet.

Rehabilitering ved psykiske lidelser har således til formål at understøtte mennesker med psykiske lidelser i vedkommendes recovery proces og at tilbyde indsatser, der giver personen med en psykisk lidelse størst mulighed for at:

- Være så fri for symptomer som muligt.
- Genvinde sit tidligere funktionsniveau eller opnå højest mulig funktionsevne, forebygge tilbagefald, senfølger eller yderligere reducere af funktionsevnen.
- Deltage aktivt i rehabiliteringsprocessen, lære færdigheder og få støtte, samt opnå følelsen af at have kontrol over sygdommen.
- Være mental og fysisk sund og opnå ligestilling i forhold til øvrige borgere med hensyn til personlighed, frihed i hverdagslivet og deltagelse i samfundslivet.

EKSEMPEL 15.1

IMR i distriktpsykiatrisk center Frederiksberg

Illness Management and Recovery (IMR) er et undervisningsbaseret systematisk rehabiliteringsprogram, der bygger på recovery-tankegangen. Hjælp til at opsætte individuelle meningsfulde mål for tilværelsen og udvikling af mestringsstrategier. Hypotesen er, at selv om der kan findes evidens for flere psykosociale interventioner, når de betragtes isoleret, vil en mere samlet og intensiv indsats øge den samlede effekt. Stress-sårbarhedsmodel (biologisk sårbarhed, stresspåvirkning og individets mestring) samt transteoretisk model (Stages of Changes) – til at skabe mestring og ændringer i faser, bl.a. via motiverende samtaler og gruppeforløb.

I distriktpsykiatrisk center på Frederiksberg undersøger man, i et randomiseret design, effekten af IMR som gruppeintervention sammenlignet med standardbehandling til at rehabilitere mennesker med skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse.

Tidligere randomiserede forsøg viser, at IMR på gruppebasis kan implementeres med god effekt og høj trofasthed. Der har dog været metodologiske begrænsninger, hvorfor det er vigtigt at fastslå, om der er effekt af IMR. Dette ph.d.-studie kan derved bidrage i forhold til den samlede evidens, der foreligger om henholdsvis IMR samt om recovery-tankegangen i forhold til psykiatrisk behandling.

Reference: <http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/Centre/Psykiatriske+centre/Psykiatrisk+Center+Frederiksberg/>

EKSEMPEL 15.2

Recovery i Gladsaxe kommune

I Gladsaxe Kommune arbejdes der konkret med recovery. I Gladsaxe Kommunes 'Plan 2020' står indledningsvis, at "Borgere med psykosociale handicap kan i mødet med Gladsaxe Kommune forvente, at hjælpen tager udgangspunkt i borgerens ønsker om et selvstændigt og meningsfuldt liv. Og det er vel at mærke individuelt, hvad der er et meningsfuldt liv. Ligesom et selvstændigt liv ikke nødvendigvis er det samme som at kunne klare sig selv på alle livets områder". For at få en fælles forståelse af recovery har medarbejdere og brugerne gennemgået et fælles kompetenceforløb om forståelsen af recovery.

Reference: www.glagsaxe.dk

15.2

Åben dialog – netværk og dialogbaseret behandling

Åben Dialog som relations- og netværksorienteret tilgang er udviklet i Finland i 1990'erne af psykolog Jaakko Seikkula og kolleger, og er efterfølgende videreudviklet bl.a. med inspiration fra psykiater Tom Andersen fra Tromsø, Norge. Seikkula et al. har publiceret om tilgangen fra 2001 og frem. Tilgangen har inspireret andre nordiske lande og er i en dansk kontekst taget i brug og udviklet i f.eks.. Herning og 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 Sjælland.

Åben Dialog er en aktivt inkluderende, ligeværds- og dialogbaseret tilgang til at behandle mennesker med psykiske lidelser, og præmissen er, at mødet mellem patient, netværk og behandler skal ske tidligt i behandlingsforløbet, og i øjenhøjde med patienten. Patienten og dennes netværk er udgangspunktet for, og også af betydning for planlægningen af behandlingen. Behandlingen består primært i samtaleterapi, herunder reflekterende samtale med patienten og dennes netværk, men der inddrages også andre former for mere traditionel behandling, herunder medicinsk behandling. Behandlerne stiller deres viden til rådighed for patienten, men det er patienten, der træffer beslutningen sammen med dennes netværk og behandlerteamet.

Åben Dialog er i udgangspunktet fra Finland bygget over syv principper:

Hurtig hjælp: Det professionelle team sætter sig hurtigt (som udgangspunkt indenfor 24 timer) i forbindelse med den kriseramte borger og dennes netværk og arrangerer det første møde. Formålet er hurtigst muligt at integrere ambulans behandling med patientens hverdagsliv og dermed ofte at undgå indlæggelse.

Socialt netværksperspektiv: Patienterne, deres familie, og andre nøglepersoner i deres sociale netværk inviteres til de første møder for at mobilisere støtte til patient og familie.

Fleksibilitet og mobilitet: Indsatsen tilrettelægges fleksibelt og tilpasses de specifikke eller foranderlige behov i hvert tilfælde og man bruger de terapeutiske metoder, der er bedst i det enkelte tilfælde.

Ansvar: Den i teamet, der først er blevet kontaktet, har ansvar for at organisere det første netværksmøde, hvor der tages beslutning om den evt. fortsatte behandling, som teamet tager vedvarende ansvar for.

Psykologisk kontinuitet: Teamet tager ansvar for den integrerede behandling både under indlæggelse og ambulans.

Tolerance over for usikkerhed: Almindeligvis bliver der ikke lavet detaljerede behandlingsplaner i krisefasen, men der er løbende regelmæssig kontakt. Teamet undgår forhastede beslutninger om medicinering og behandling. I stedet skræddersys indsatsen successivt og konkret til det enkelte unikke individ.

Dialogbaseret: Fokus er primært at fremme dialog og sekundært at skabe forandring hos patienten eller i familien. Gennem dialogen opnås nye forståelser og større handlegkraft i eget liv.

Sammenfattende kan man sige, at principperne forudsætter, at indsatsen påbegyndes hurtigst muligt, og at patientens netværk – på dennes præmisser – inddrages mest muligt heri. Der skal være fleksibilitet og bevægelighed i behandlingen, og der skal placeres et entydigt ansvar for behandling og kontakt med patienten. Behandlingsteamet sammensættes, så der sikres en kontinuitet i behandlingen, således at patienten ikke møder nye behandlere hele tiden, og der skabes trykthed omkring patientens situation og i bestræbelserne på at mobilisere familiens og netværkets psykologiske ressourcer. Endelig skal der være fokus på, hvilken form for dialog der anvendes i netværket. Denne bør tage udgangspunkt i en reflekterende og ikke fortolkende forståelse af, hvad patienten siger, ligesom der ikke tales om patienten, når denne ikke er til stede. At sætte ord på de oplevelser, der ligger forud for en psykisk krise eller et psykotisk sammenbrud viser sig ofte i sig selv at skabe mening og være helende for patienten og dennes familie.

Der findes i dag muligheder for uddannelse i Åben Dialog og relations- og netværksorienteret tilgang, både nationalt og internationalt. Der tilbydes masteruddannelse i Tromsø og Finland, hvor behandlingsmetoderne oprindeligt er udviklet. I Århus Kommune er der etableret kurser i Åben Dialog, som kan uddanne ca. 30 personer årligt. Kurset er ikke formelt kompetencegivende. Der er fra flere steder ønske om, at der også i Danmark etableres en masteruddannelse inden for Åben Dialog. Der vil formentlig de kommende år være en stigende efterspørgsel fra kommuner og regioner om kompetenceudvikling af deres medarbejdere inden for Åben Dialog-principperne.

Der har været afholdt et inspirationsmøde om Åben Dialog i 2012 i Danmark. Efterfølgende er der udarbejdet et katalog over relations- og netværksorienterede tiltag i dansk psykiatri/psykosocial indsats. Kataloget kan findes i bilag 9.

EKSEMPEL 15.3

Åben dialog i Odsherred

I Odsherred kommune og i Region Sjællands distriktpsykiatri har flere medarbejdere i en årrække arbejdet med afsæt i Åben Dialog og relations- og netværksarbejde. I to kommunale projekter "Med drømme som mål" (2008-2011) og "Et samtidigt ansvar" (2009-2012) har dette arbejde i stigende grad handlet om en helhedsorientering og koordinering af de fagprofessionelles indsats over for udsatte borgere.

Folkesundhed og kvalitetsudvikling i Region Midtjylland har udarbejdet en analyse af den form for Åben Dialog, der har været anvendt i Odsherred Kommune.

Reference: <http://www.odsherred.dk/lib/file.aspx?fileID=7364&target=blank>

EKSEMPEL 15.4

Skiftesporet i Herning

Skiftesporet er et psykosocialt behandlingstilbud organiseret i Herning Kommune. Et livslærested for unge og yngre voksne med psykisk sårbarhed, der har brug for hjælp og støtte til at finde og genfinde sig selv i livet. Skiftesporet tilbyder flere former for psykosocial behandling, alle med et livslæreperspektiv og byggende på stedets fælles referenceramme.

I alle Skiftesporets tilbud arbejdes der med netværks- og relationsforståelse ud fra Åben Dialogs syv grundprincipper. Boenhedens målgruppe er unge med psykotiske eller nær-psykotiske oplevelser. Dagenheden tilbyder aktiviteter i forpligtende fællesskaber. Til personer med spiseforstyrrelser, unge med personlighedsforstyrrelse eller ADHD tilbydes forløb med netværksmøder, gruppe- og individuelle samtaler. Herudover har Skiftesporet et skoletilbud for Erhvervsskolerne i Herning, der via samtaler med eleven og dennes netværk forebygger frafald grundet psykiske problemer.

Reference: www.skiftesporet-herning.dk

Civilsamfundet

Der findes i Danmark en lang række NGO- organisationer vedrørende psykiske lidelser, som udgør væsentlige aktører i relation til oplysnings- og informationsvirksomhed, varetagelse af interesser og rettigheder og konkret rådgivning hver med deres forskellige vægtning og profilering. Nogle foreninger er brede og repræsenterer både patienter og pårørende og hele spektret af sindslidelser. Andre er mere fokuserede f.eks. på en specifik diagnose eller problematik.

Der findes organisationer, hvis primære formål er oplysning, mens andre er fokuseret på rådgivning f.eks. i form af telefonrådgivning. Der findes også en række organisatoriske tiltag på myndighedsniveau, f.eks. kan nævnes de regionale PsykInfo'ere, som typisk har et tæt samarbejde med lokale brugerorganisationer mv.

Brugernetværk og –organisationer varetager informations- og formidlingsopgaver ofte i andre rammer og på andre måder, end hvad der kan tilbydes i professionelt regi, f.eks. i sundhedsvæsenet og yder menneskelig og evt. praktisk støtte og rådgivning til patienter og pårørende i vanskelige situationer.

Bruger-, pårørende og patientorganisationer er også en central kilde til viden om, hvorledes psykiske lidelser ytrer sig i dagligdagen, hvilke behov og udfordringer man møder som psykisk syg og hvilken hjælp og støtte, der kan være brug for såvel som patient som pårørende. Samtidig kan organisationerne beskrive variationen i de pågældendes livssituation og behov, samt hvordan mennesker med psykisk lidelse, familien og de pårørende bedst kan støttes. Vigtigheden af dialog mellem de professionelle og brugernetværk og organisationer fremhæves da også i mange sammenhænge, bl.a. fra offentlige myndigheders side.

Brugerperspektiv og -tilkendegivelser indgår således integreret i evalueringen af sundhedsvæsenets ydelser, f.eks. via de landsdækkende tilfredshedsundersøgelser.

Foreningerne indgår typisk i løbende dialog med myndighederne i varierende omfang, f.eks. som høringspart ved fremlæggelse af lovforslag med relevans for området og deltager i arbejdsgrupper, styregrupper m.v. nedsat af myndighederne.

15.3.1

Empowerment

Begrebet empowerment har gennem de senere år vundet stadigt større indpas og kan beskrives som den proces at styrke handleevne og kontrol. WHO har igennem en meget lang årrække fremhævet vigtigheden af empowerment i relation til psykiske lidelser. Empowerment kan forstås på flere niveauer: Individ- og familieniveau, forenings- og paraplyniveau samt på samfundsniveau. Der er en stigende erkendelse og anerkendelse af, at empowerment på alle disse niveauer er vigtigt og spiller en væsentlig rolle for personer med psykiske lidelser.

Empowerment på *individniveau* styrker patientens mulighed og evne til egenomsorg og til mestring af livet med en psykisk lidelse (recovery). Som væsentlige elementer indgår, at patienten deltager i beslutninger om eget liv, har adgang til netværk til andre i samme situation, har adgang til information om psykiske lidelsers natur og mulige forløb, og adgang til viden om støttemuligheder, rådgivning og samarbejde med fagprofessionelle.

Empowerment på *foreningsniveau* bidrager til, at patienter og pårørende på gruppe-niveau kan formulere sig og eksempelvis rejse generelle krav, endvidere gennem netværksdannelse og adgang til informationer kan supplere den information, der ydes i den offentlige sektor. Samtidig kan foreninger og paraplyorganisationer selv have behov for empowerment, så de bliver i stand til at varetage deres formål og f.eks. den opgave det er at etablere og vedligeholde netværk, arrangere forskellige typer af aktiviteter, der kan dække medlemmernes behov, og så de på adækvat vis kan fungere som talerør for deres medlemmer.

Empowerment på *samfundsniveau* kan sikre muligheder og rettigheder f.eks. gennem oplysnings- og rådgivningsindsatser og gennem sikring af rammerne for egenomsorg, f.eks. ved rehabiliteringsindsatser, tildeling af relevante hjælpemidler, bosteder mv. Samfundsniveauet kan være med til at sikre rammerne for individers og foreningers virke og udvikling, f.eks. i boligområder, på arbejdspladser og i skoler og uddannelsesinstitutioner. Og endelig vil samfundsniveauet i en løbende interaktion med de øvrige niveauer kunne styrke og forbedre egen indsats, herunder i psykiatrien og i sundhedsvæsenet generelt, samt i andre sammenhænge, hvor 'systemet' møder mennesker med psykiske lidelser, f.eks. jobformidling, hjemmepleje, politi, medier, mv.

Empowermentbegrebet handler om at reducere afmagt og styrke magt over egen situation for grupper eller individer, som ikke har ligeværdighed. Empowerment er således også en vej og et redskab til at bekæmpe stigmatisering.

15.3.2

Afstigmatisering

Stigmatisering omfatter udstødning og stempling og udgør en af de alvorlige barrierer for, at mennesker med psykiske lidelser kan fungere og forblive inkluderet i samfundslivet i bred forstand. Stigmatisering af mennesker med psykiske lidelser kan medføre øgede vanskeligheder oven i de vanskeligheder sindslidelsen medfører i sig selv. Selvstigmatisering og frygt for omgivelsernes reaktioner og fordomme kan medføre, at man ikke søger hjælp i rette tid.

På et overordnet plan kan myter, fordomme og lav status også have negativ indflydelse på f.eks. rekruttering af personale og tildeling af midler. Erkendelsen af stigmatiseringens negative betydning for mennesker med psykiske lidelser og vigtigheden af at bekæmpe denne, er i den seneste årrække kommet mere i fokus, hvilket verden over har medført iværksættelse af antistigmatiseringskampagner. I Danmark etableredes i 2011 således en bred organisation bestående af repræsentanter fra alle interessenter med henblik på en langsigtet og gennemgribende indsats for bekæmpelse af stigmatiseringen af personer med psykiske lidelser.

EKSEMPEL 15.5

En af os og Time to change

Den fælles landsdækkende indsats skal imødegå stigmatisering og fremme tolerance og åbenhed over for mennesker med psykisk sygdom. Den overordnede vision er, at gøre livet bedre for alle ved at fremme inklusion og bekæmpe diskrimination forbundet med psykiske lidelser.

Indsatsen er startet i 2011 og fortsætter frem til 2015, og har bl.a. fået inspiration fra en tilsvarende engelsk kampagne "Time to change". Indsatsen rummer fem overordnede indsatsområder, hvor målgrupperne er brugere og pårørende, unge (især under uddannelse), arbejdsmarkedet, personale på sundheds- og det sociale område, medierne og den brede befolkning.

Bag kampagnen står frivillige, organisationer og myndigheder: Det Sociale Netværk af 2009, PsykiatriFonden, TrygFonden, regionerne, Danske Regioner, KL, Socialministeriet og Sundhedsstyrelsen.

Kampagnen ledes nationalt af EN AF OS-sekretariatet, Komiteen for Sundhedsoplysning i København.

Referencer: www.en-af-os.dk og www.time-to-change.org.uk

15.4

Velfærdsteknologi

Der er stort fokus på at finde nye, effektive måder til løsning af opgaver i den offentlige sektor. Begrebet velfærdsteknologi anvendes som et paraplybegreb om teknologiske løsninger i den offentlige sektor. Her præsenteres nogle få eksempler fra psykiatrien.

Et eksempel er telemedicin, som inden for psykiatrien benævnes 'telepsykiatri'. DSI har i 2009 gennemgået den internationale litteratur vedrørende telepsykiatri i form af videokonferencer. En videokonference kan anvendes til f.eks. virtuel patientbehandling, virtuelt samarbejde mellem fagprofessionelle og fjernundervisning/-supervision. DSI peger på, at telepsykiatri kan bidrage til 1) en bedre balance mellem specialisering og nærhed, idet patienter kan modtage f.eks. specialiseret behandling, selvom ansigt-til-ansigt konsultation ikke er mulig 2) at psykiatere m.fl. kan undgå transport og dermed bruge tiden mere effektivt og 3) en øget involvering af den praktiserende læge (shared care) m.fl. i behandlingen. Der pågår i Danmark en række initiativer til afprøvning og evaluering af telepsykiatri.

I august 2012 udgav regeringen, Danske Regioner og KL en national handlingsplan for udbredelse af telemedicin. I handlingsplanen indgår bl.a. planer om udbredelse af telepsykiatri i form af videokonference og virtuelt samarbejde samt internetpsykiatri, dvs. virtuel behandling af mennesker med psykiske lidelser i form af videokonference med psykiater og selvhjælpsprogrammer. Den nationale handlingsplan for telemedicin indgår i regeringens økonomiaftaler for 2012 og 2013 med både regioner og kommuner.

Der afprøves aktuelt både videokonference og virtuelt samarbejde i regionerne mellem psykiatriske afdelinger og mellem psykiatriske afdelinger og kommunale botilbud for at styrke et tværgående samarbejde. Endvidere gøres der erfaringer med internetpsykiatri til patienter med let til moderat depression, som er en patientgruppe i stor vækst.

Endvidere afprøves internetpsykiatri som et tilbud til patientgrupper, som ikke profiterer af tilbud om fremmøde til ambulant behandling på klinik/ambulatorium, f.eks. unge med skizofreni, som tilbydes ambulant behandling virtuelt ved brug af Ipad's, samt ældre med svær depression.

Sundhedsstyrelsens vejledning (nr. 9719 af 09/11/2005) beskriver ansvarsforholdene mv. ved lægers brug af telemedicin. Anvendelse af telepsykiatri vil herudover skulle vurderes nøje i forhold til gældende lovgivning, samt lægers pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også i forhold til målgrupper. Telemedicin kan ikke anvendes til mennesker med svære psykiske lidelser, og når der anvendes tvangsforanstaltninger.

Der er flere steder i landet projekter med brug af velfærdsteknologi i form af smartphones og applikationer som hjælperedskaber for patienter med psykisk lidelse.

Et eksempel er 'Monarca' – en applikation til smartphones, som anvendes som et værktøj i behandlingen af patienter, der har bipolar affektiv lidelse. Formålet med applikationen er, at patienten får monitoreret sin tilstand dagligt med henblik på identifikation af prodromale symptomer på affektive episoder (dvs. tidlige symptomer på udvikling af psykotisk tilstand), så patienten kan reguleres medicinsk eller adfærdsmæssigt i tide.

Et andet eksempel er anvendelse af smartphones med f.eks. individuel kalenderfunktion og kriseplan til børn og unge med ADHD for at hjælpe dem med at få struktur på hverdagen, øge selvstændigheden og sikre indtagelse af eventuel medicin, f.eks. ved brug af kalenderfunktion, kriseplaner m.m.

Referencer

Balleby M.S. & Søjberg L.M. Åben Dialog i Odsherred. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012

Bille P. & Johansen L. Åben dialog – praksisforskning om patienter og pårørendes oplevelser. Roskilde: Psykiatrien Roskilde Amt, 2005

Bjergborg M (bearbejdning). En helt anden hjælp – den korte. Recovery i et bruger- og pårørende perspektiv. Odense: LAP – Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere & København: Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI, 2006

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering. At implementere recovery-orientering – et nyt udgangspunkt for organisatoriske forandringer. Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, 2009

Deegan P. Recovery as a journey of the heart. Psychiatric Rehabilitation Journal (1996);19(3): 91-97

Department of Health, UK National Health Service. The journey to Recovery: the Government's vision for mental health care. UK: 2001

Digitaliseringsstyrelsen: <http://www.digst.dk/da/Velfaerdsteknologi/Telemedicin-og-sundheds-it/Telemedicinske-projekter/Internetpsykiatri>, 2012

Digitaliseringsstyrelsen: <http://www.digst.dk/da/Velfaerdsteknologi/Telemedicin-og-sundheds-it/Telemedicinske-projekter/Telepsykiatri>, 2012

- Eiterå A. Om mennesker og systemer i bevægelse. Fokus på familien 2010;4:335-35
- Hjortbak B.R., Bangshaab J., Johansen J.S., Lund H. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark, 2011
- Jacoby A.S., Faurholt-Jepsen M., Vinberg M., Frost M., Bardram J. & Kessing L.V. Elektronisk monitorering af patienter med bipolar affektiv sindslidelse. Ugeskrift for Læger 2012;174(44):2707-2710
- Johansen L. & Weber K. Åben Dialog – nu og i fremtiden?: Erfaringer med at indføre elementer af Åben Dialog-tænkningen i sygehuspsykiatrien 2004-2006. Roskilde: Roskilde Universitet, 2007
- Marselisborg Centret. Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Aarhus: MarselisborgCentret, 2004
- National handlingsplan for udbredelse af telemedicin. København: Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet samt Finansministeriet, 2012
- Projektbeskrivelse for satspuljeprojektet Den gode psykiatriske afdeling fra Distrikt Køge, Region Sjælland, 2010
- Seikkula J., Alakare B. & Aaltonen J. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Longterm stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. Psychosis 2011;3(3): 192–204
- Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J., Haarakangas K., Keränen J. & Lehtinen K. Five years experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. Psychotherapy Research 2006;16: 214–228
- Slade M. 100 idéer til recovery-orienteret arbejde. København: Videnscenter for Socialpsykiatri, 2009
- Sundhedsstyrelsen. Vejledning (nr. 9719 af 09/11/2005) om ansvarsforholdene mv. ved lægers brug af telemedicin: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10132>. København: Sundhedsstyrelsen, 2005
- Alain Topor: At komme sig, 2000
- Vange B., Christensen D., Hansen A., Hansen L, Steinicke A. & Müller-Nielsen K. Fire åbne samtaler og én lukket – en ungdomspsykiatrisk praksisbeskrivelse. Fokus på familien 2009;37:256-270. Universitetsforlaget
- Voss H. Telepsykiatri i Danmark – hvad ved vi fra udlandet? Udenlandske erfaringer med anvendelse af videokonference i psykiatrien. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2009

16

Referencer til samlet rapport

Der er indsat specifikke referencer efter hvert kapitel. Nedenstående referencer er brugt som referencer til den samlede rapport.

Bengtsson S. Danmark venter stadig på sin psykiatrireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2011

Christensen J. & Tybring C.D. Scenarier for bedre psykiatrisk behandling. Behandling efter referenceprogrammerne – hvad koster det for voksne med debuterende angsttilstande, depression og skizofreni. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2012

Dansk Psykiatrisk Selskab. Hvidbog 2012-2020. København: Dansk Psykiatrisk Selskab, 2011

Danske Regioner. Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling. København: Danske Regioner, 2011

Kommunernes Landsforening. Den nære psykiatri – en styrket kommunal indsats. København: Kommunernes Landsforening, 2011

Madsen M.H., Hvenegaard A. & Fredslund E.K. Opgaveudvikling på psykiatriområdet – opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2011

Sundhedsstyrelsen. National strategi for psykiatri. København: Sundhedsstyrelsen, 2009

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Arbejdsgruppens sammensætning

Bilag 2: Opgavebeskrivelse

Bilag 3: Mental sundhed

Bilag 4: Metodebeskrivelse for kortlægning af forebyggelsesindsats

Bilag 5: Bekendtgørelse af lov om psykologer

Bilag 6: Akutniveau 1-3

Bilag 7: Ambulante tilbud i Børne- og ungdomspsykiatrien

Bilag 8: IDF definition

Bilag 9: Katalog over åben dialog

Bilag 1

Arbejdsgruppens sammensætning

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 Distriktpsychiatri
Ledende oversygeplejerske Inge Voldsgaard	Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker
Speciallæge i almenmedicin Annette Davidsen	Dansk Selskab for Almen Medicin
Næstformand Pernille Jensen	Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering
Udviklingschef Niels Aagaard Nielsen	Dansk Sygeplejeråd
Ledende psykolog Gunvor Brandt	Dansk Psykolog forening
Praktiserende speciallæge i psykiatri Poul-Erik Carlsen	Lægeforeningen
Sundhedsfaglig konsulent Ulla Rosenkvist	FOA
Formand Anne Lindhardt	Psykiatrifonden
Udviklingskonsulent Karl Bach Jensen	LAP

Repræsentant	Organisation
Afdelingschef Elinor Kyhnauf	Faglig repræsentant for kommunerne
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 Skafte	Social- 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

* Senere ændret til Social- Børne- og Integrationsministeriet

** Senere ændret til Undervisningsministeriet.

Sekretariat	Kontakt detaljer
Assisterende læge Helene Probst	Sundhedsstyrelsen
Chefkonsulent Charlotte Hosbond	Sundhedsstyrelsen
Specialkonsulent Zubair Butt Hussein	Sundhedsstyrelsen
Overlæge Marianne Jespersen	Sundhedsstyrelsen
Afdelingslæge Dorthe Goldschmidt	Sundhedsstyrelsen
Farmaceut Dorte Glintborg	Sundhedsstyrelsen

Bilag 2

Opgavebeskrivelse

Opgavebeskrivelse for arbejdsgruppe 2 om udvikling i diagnoser og behandling

Baggrund

Antallet af personer, der får en psykiatrisk diagnose, er vokset de seneste 10 år. Inden for børne- og ungdomspsykiatrien er der sket en mærkbar stigning. Her ses f.eks. en markant stigning i antallet af børn, der bliver behandlet for opmærksomhedsforstyrrelser herunder primært ADHD. I 2001 fik 2.512 børn og unge således denne diagnose, mens antallet i 2010 var steget til 9.810.

Der ses også en stigning i antallet af mennesker med ikke-psykotiske sygdomme som angst, depression og nervøse stresstilstande. Tilstande som bl.a. kan være årsag til højt sygefravær og førtidspension. I tilknytning hertil er der i de sidste 10 år er sket en fordobling i forbruget af antidepressive lægemidler i befolkningen.

Også på det retspsykiatriske område ses en markant stigning. Antallet af retspsykiatriske patienter er således fordoblet gennem de seneste 20 år.

Årsagerne til udviklingen kendes umiddelbart ikke. Sundhedsstyrelsens følgegruppe for børne- og ungdomspsykiatri konstaterer, for så vidt angår børne- og ungdomspsykiatrien, at det ud fra et epidemiologisk synspunkt næppe er sandsynligt, at der i løbet af så kort en årrække kan forekomme en så øget sygelighed. Følgegruppen peger i den forbindelse bl.a. på øget opmærksomhed, bedre diagnostik, flere behandlingsmuligheder, herunder medicinsk, mindre stigmatisering og bedre tilgængelighed i psykiatrien som mulige årsager til udviklingen.

Udvalget om psykiatri har til opdrag at analysere udviklingen i diagnoser og behandling. Udvalget skal således, jf. kommissoriet: 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.

Med henblik på at udarbejde en delanalyse til udvalget nedsættes en underarbejdsgrupper med følgende repræsentanter:

- Sundhedsstyrelsen (Formand)
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
- Dansk Selskab for Distriktspsykiatri
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker
- Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering
- LAP
- Dansk Psykolog Forening
- FOA
- Lægeforeningen
- Sundhedskartellet
- PsykiatriFonden
- Faglig repræsentant fra regionerne
- Faglig repræsentant fra kommunerne
- Statens Serum Institut
- Socialstyrelsen
- Social-, Børne- og Integrationsministeriet
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Ministeriet for Børn og Undervisning

Opgavebeskrivelse – Udvikling i diagnoser – Del 1

Arbejdsgruppen skal beskrive det psykiatriske sygdomsmønster, herunder kortlægge udviklingen i psykiatriske diagnoser med fokus på de diagnoser, der har oplevet den største stigning inden for de seneste 10 år. Arbejdsgruppen skal herunder kortlægge og beskrive:

- Udviklingen i de diagnoser inden for børne- og ungdomspsykiatrien, der har oplevet størst stigning.
- Udviklingen i diagnoser inden for voksenpsykiatrien med særlig fokus på ikke-psykotiske lidelser.
- Udviklingen i antallet af patienter med dobbeltdiagnoser (psykisk sygdom og misbrug).
- Udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter.
- Udviklingen i dødeligheden blandt patienter med psykisk sygdom.
- Udviklingen i antallet af personer med en psykisk lidelse samtidigt med en somatisk lidelse.

Arbejdsgruppen skal pege på mulige årsager til udviklingen i diagnoser og beskrive prognosen for de væsentligste diagnoser.

Arbejdsgruppen skal vurdere udviklingen i forhold til viden om forekomsten af psykiske sygdomme, og skal i sin vurdering sammenholde udviklingen i Danmark med udviklingen i lande, Danmark normalt sammenlignes med. Arbejdsgruppen skal endvidere belyse, om der er regionale forskelle i udviklingen i diagnoser og i givet fald belyse årsagerne hertil.

Opgavebeskrivelse – Udvikling i behandling – Del 2

Arbejdsgruppen skal kortlægge udviklingen i behandlingsmuligheder for mennesker med psykisk sygdom. Arbejdsgruppen skal herunder beskrive:

- Udviklingen inden for udredning, diagnosticering og behandling af patienter med psykisk sygdom med fokus på bl.a. diagnostiske metoder og tidlig diagnosticering samt psykofarmakologiske, psykoterapeutiske og psykosociale behandlingsmetoder samt evidens på området. Specifikt ønskes anvendelse af ECT-behandling, forbruget af antipsykotisk medicin, forbruget af medicin blandt børn og unge, forbruget af SSRI præparater i befolkningen, polyfarmaci, forbrug af afhængighedsskabende medicin og anvendelsen af telemedicinske løsninger belyst.
- Udviklingen i udrednings- og diagnosticeringsmuligheder og -metoder vedrørende psykiske sygdomme blandt børn og unge samt behandlingsmuligheder, herunder evidens for og forbruget af medicin blandt børn og unge.
- Udviklingen i relation til rehabilitering og recovery.
- Udviklingen i anvendelse af tvang i psykiatrien.
- Udviklingen i behandlings- og støttemuligheder på det kommunale område bl.a. med fokus på indhold i misbrugsbehandling, akuttilbud, dagtilbud, støtte/kontaktordninger, specialundervisning, pædagogisk, psykologisk og psykosocial indsats og botilbud.
- Udviklingen i anvendelse af personale opgjort på personalegrupper i såvel behandlingspsykiatrien som socialpsykiatrien.

Arbejdsgruppen skal vurdere udviklingen de seneste 10 år og så vidt muligt sammenholde udviklingen med lande, Danmark normalt sammenlignes med.

Arbejdsgruppen skal desuden belyse, om der er væsentlige regionale forskelle i diagnosticering og behandling af personer med psykisk sygdom samt i kommunale tilbud/indsatser og pege på mulige årsager hertil.

Tidsplan

- Juni – Arbejdsgruppens 1. møde.
- November 2012 – Endelig afrapportering til psykiatriudvalget.

Arbejdsgruppen kan afgive delrapporter til udvalget løbende.

Bilag 3

Mental sundhed

I det følgende beskrives de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser som kan gennemføres i kommunalt regi. Indsatserne er inddelt under fire overskrifter, henholdsvis rammer, tilbud, information og tidlig opsporing. Dernæst beskrives, hvilken lovgivning indsatserne sorterer under. Afsnittet er baseret på Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke om mental sundhed, som består af en række anbefalinger for den kommunale indsats for fremme af mental sundhed baseret på den bedst foreliggende dokumentation.⁴⁶ Forebyggelsespakken om mental sundhed udkom juli 2012, og der pågår i øjeblikket et arbejde i kommunerne med at systematisere og justere indsatsen til fremme af mental sundhed i forhold til pakkens anbefalinger.

Rammer

Kommunal politik for mental sundhed som en del af sundhedspolitikken: Kommunen har en tværgående politik for mental sundhed som en integreret del af sundhedspolitikken. Politikken indeholder vedtagne mål og planer for en indsats for fremme af mental sundhed for børn og unge, voksne/ældre samt sårbare og udsatte borgere.

Sammenhængende børnepolitik: På børne- og ungeområdet samordnes den kommunale politik for mental sundhed med den sammenhængende børnepolitik, som kommunen bør udarbejde i henhold til servicelovens § 19 stk. 2.

Tværgående kommunal indsats: Fremme af mental sundhed foregår som en tværgående indsats i kommunen med en fast forankring og tydelig ansvarsplacering.

Tilbud

Hjemmebesøg af sundhedsplejerske: Kommunen sikrer minimum fem forebyggende hjemmebesøg af sundhedsplejerske i barnets første leveår til alle familier med henblik på at støtte den tidlige tilknytning mellem barn og forældre og understøtte barnets generelle trivsel og udvikling.

⁴⁶ Forebyggelsespakken om mental sundhed, Sundhedsstyrelsen, 2012.

Forældreuddannelse: Kommunen tilbyder forældreuddannelse til førstegangsførelse for at styrke deres viden og færdigheder omkring betydningen af mental og fysisk sundhed for barnets udvikling og hele familiens sundhed og trivsel.

Tidlig indsats for sårbare familier: Kommunen sikrer en målrettet indsats for at nå og støtte socialt og psykisk sårbare familier, f.eks. familier med forældre, der selv har været udsat for omsorgssvigt, der har alkohol- eller stofproblemer, som har et handicap eller lider af langvarig eller livstruende sygdom. Sårbare forældre og børn vil ofte have brug for en tidlig, familieorienteret, tværfaglig og tværsektoriel indsats for at sikre barnets udvikling og trivsel.

Børns trivsel i dagtilbud: I dagtilbud arbejdes målrettet med at fremme kognitiv, emotionel og social udvikling. Det drejer sig om at skabe fællesskaber, hvor alle børn har et tilhørsforhold, adgang til fortrolige voksne, udviklingsmuligheder, og hvor der ikke foregår mobning. Det involverer også særlig støtte til familier med sociale og mentale problemer.

Børns trivsel i skolen: Skoler implementerer indsatser til fremme af kognitiv, emotionel og social udvikling, opbygning af sociale fællesskaber og forebyggelse af mobning. Det bør sikres, at der sættes systematisk ind i forhold til indlæringsproblemer og adfærdsvanskeligheder, samt at alle børn får oplevelsen af at mestre skolearbejdet.

Deltagelse i fritidsaktiviteter: Udsatte børn og unge integreres i almindelige fritidsaktiviteter, f.eks. sport, spejder eller musik, med henblik på at skabe nye sociale relationer og øget livskvalitet. Kommunerne bør samarbejde med frivillige organisationer, etablere fritidsvejledning, kompetenceudvikling og kombinere vejledningen med muligheder for økonomisk støtte til børnene og til aktiviteter.

Forebyggelse af frafald på ungdomsuddannelser: Der etableres partnerskaber mellem kommune og ungdomsuddannelser med henblik på at forebygge frafald på ungdomsuddannelserne ved hjælp af sociale og pædagogiske indsatser, der fokuserer på fællesskab, tilhørsforhold og mestring. Desuden sikres god adgang til psykologisk rådgivning, mentorordninger og tilbud om støttegrupper.

Aktivering af unge ledige: Unge ledige sikres aktivering med udgangspunkt i individuelle forløb med henblik på at opbygge kompetencer og indgå i et uddannelsesforløb.

Reduktion af stress og fremme af trivsel på kommunale arbejdspladser: Der udarbejdes lokale politikker for reduktion og håndtering af stress samt fremme af trivsel på kommunale arbejdspladser⁴⁷. Der tages højde for at sikre medarbejdere indflydelse på eget arbejde, udviklingsmuligheder i arbejdet, samt en rimelig balance mellem arbejdskrav og muligheder for at løse arbejdsopgaver i form af ressourcer og kompetencer. Data fra APV omkring det psykiske arbejdsmiljø inddrages løbende i forbindelse med implementering af politikker til reduktion af stress samt fremme af trivsel.

Tilbagevenden til arbejde efter sygefravær: Der etableres politikker og procedurer på kommunale arbejdspladser for at sikre en skånsom tilbagevenden til arbejdet efter perioder med længerevarende sygefravær, herunder muligheder for fleksible arbejdskrav, samt evt. adgang til forskellige typer af job med varige fleksible arbejdskrav, f.eks. fleksjob.

⁴⁷ Arbejdstilsynet. Arbejdsbetinget stress; 2006.

Trivselsfremme for ældre i plejecentre og i hjemmeplejen: Aktiviteter i ældrecentre og i hjemmeplejen tilrettelægges med henblik på at fremme trivsel, sociale relationer, fysisk aktivitet, samt forebygge ensomhed, depression, demens og funktionstab. Det kan være nødvendigt med opsøgende indsatser over for ældre borgere af anden etnisk oprindelse end dansk for at imødegå sproglige og kulturelle barrierer for deltagelse og kontakt.

Implementering af pakker for selvmordsforebyggelse: Kommunen implementerer Socialministeriets pakker for selvmordsforebyggelse blandt henholdsvis børn og unge og blandt ældre⁴⁸. Pakkerne anviser, hvordan kommunen kan sikre beredskab, organisering og samarbejde om indsatsen, samt opkvalificering af relevante personalegrupper.

Støtte til udsatte borgere: Kommunen etablerer indsatser til støtte af udsatte borgere, som ofte har psykiske lidelser og livsstilssygdomme. For socialt udsatte, der ikke er brugere af sociale tilbud, er det nødvendigt med en tværfaglig, opsøgende indsats, som fungerer på de udsattes præmisser (f.eks. teams med gadesygeplejersker/ socialsygeplejersker samt ordninger med støtte- og kontaktpersoner).

Kursus i håndtering af langvarig stressbelastning, angst og depression: Borgere, som har eller er på vej til at udvikle langvarig stressbelastning, angst og/eller depression, tilbydes kursus i håndtering af disse tilstande med fokus på at mestre dagligdagen, kommunikation og sociale relationer. Kurset kan ikke erstatte udredning og behandling.

Kurser i håndtering af kronisk sygdom: Kommunen tilbyder kurser til borgere med kronisk sygdom og pårørende i håndtering af symptomer, mentalt helbred, dagligdagen, kommunikation og sociale relationer – gerne i samarbejde med andre kommuner eller regionen. Kurset kan ikke erstatte udredning og behandling.

Information

Formidling af information: Kommunen informerer løbende borgerne om indsatser til fremme af mental sundhed og sikrer information til borgerne om psykiske lidelser (f.eks. via samarbejde med den regionale PsykInfo).

Formidling af information om rådgivningstjenester: Kommunen informerer unge på skoler og ungdomsuddannelser om, hvordan de kan få hurtig hjælp, f.eks. via opsætning af plakater og uddeling pjecer med oplysning om hotline-telefon tjenester. Materiale kan rekvireres hos den regionale PsykInfo, PsykiatriFonden eller Livslinien.

48 Larsen K.J. & Clausen B. Kommunepakken: Forebyggelse af selvmordsadfærd blandt børn og unge. Center for Selvmordsforskning og Socialministeriet; 2006. Stephensen I.K., Clausen T.K., Kramme A.L., Mouazzene S. & Ladegourdie A.C.L. Kommunepakken: Selvmordsforebyggelse blandt ældre. Center for Selvmordsforskning og Socialministeriet; 2006. Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Sundhedsstyrelsen; 1998.

Tidlig opsporing

Screening for fødselsdepressioner: Som et led i sundhedsplejens hjemmebesøg screenes for risikomarkører for fødselsdepression af begge forældre, når barnet er seks-otte uger. Forældre, der viser sig at være i risiko for fødselsdepression, tilbydes særlig støtte, f.eks. samtalegrupper, udredning og evt. behandling.

Screening af spædbørn: Via sundhedsplejen screenes spædbørn i alderen 9-10 måneder for begyndende psykiske udviklingsforstyrrelser eller helbredsproblemer. Screeningen finder sted i barnets hjem og udføres af sundhedsplejersker, der er uddannet i screeningsmetoden. Forældre til børn, som screenes positive, tilbydes rådgivning og vejledning.

Tidlig indsats for børn med sociale og mentale problemer: Kommunen sikrer en sammenhængende indsats via SSD-samarbejdet (det tidlige tværfaglige samarbejde mellem Socialforvaltning, skole, sundhedspleje og dagtilbud) for at støtte børn og unge med tidlige tegn på sociale og mentale problemer, f.eks. problematisk adfærd som fravær og rusmiddelbrug, samt unge med selvmordsrisiko.

Adgang til socialrådgivere i dagtilbud og skoler: Der sikres adgang til socialrådgivere i dagtilbud og på skoler for at fremme en tidlig indsats omkring børn og familier med behov for særlig støtte.

Tidlig opsporing af dårlig mental sundhed i jobcentre: Kommunen sikrer tidlig opsporing af dårlig mental sundhed i regi af jobcentre med henblik på visitation til kommunale trivselsfremmende tilbud eller – ved behov – henvisning til nærmere udredning i almen praksis for langvarig stressbelastning, angst og/eller depression.

Opsporing af mistrivsel blandt ældre: De forebyggende hjemmebesøg og indsatsen i hjemmeplejen målrettes til at opspore ensomhed, depression, selvmordsrisiko og demens med henblik på henvisning til kommunale og frivillige tilbud og/eller udredning og behandling.

Bilag 4

Metodebeskrivelse for kortlægning af forebyggelsesindsats

De kortlagte indsatser er udvalgt af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Social-, Børne- og Integrationsministeriet, Socialstyrelsen og Ministeriet for Børn og Uddannelse. I udvælgelsen af indsatser til kortlægningen er der lagt vægt på:

- Forebyggelsespotentiale: dvs. at indsatserne har en stor målgruppe og indebærer tidlig opsporing af symptomer og risiko for sygdom.
- Specificitet: dvs. at indsatserne er tilstrækkeligt velafgrænsede og specifikke til, at dataindsamlingen kan gennemføres med valide resultater inden for den afsatte tidsfrist.
- Dækningsgrad i forhold til aldersgrupper: dvs. at indsatserne retter sig mod henholdsvis familier, børn, unge, voksne og ældre.
- At undgå overlap med andre kortlægninger, der udføres under regeringens Udvalg om Psykiatri, hvilket bl.a. indebærer, at f.eks. kapaciteten af kommunernes sociale indsatser for mennesker med psykiske lidelser ikke er belyst i denne rapport.

Kortlægningen har været centreret omkring følgende indsatsområder:

- Opsporing af fødselsdepression via sundhedsplejen.
- Skoleprogrammer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning.
- Tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge.
- Opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre.
- Opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre via de forebyggende hjemmebesøg.

Via spørgeskema til alle kommunerne er der blevet spurgt til, hvorvidt indsatsen findes i kommunen, antal årlige ydelser af tilbud, antal borgere der modtager tilbuddet, antal medarbejdere tilknyttet tilbuddet, samt skøn over årlige udgifter forbundet med tilbuddet. 62 pct. af kommunerne har besvaret spørgeskemaundersøgelsen.

Derudover har COWI gennemført en fokusgruppeundersøgelse med kommunale sundhedschefer/ressourcepersoner i 10 kommuner spredt i forhold til geografi og størrelse med henblik på at afdække bredden i den kommunale indsats for fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske lidelser, og dermed supplere kortlægningen med et mere detaljeret billede af den kommunale forebyggelsesindsats omkring mental sundhed. I det følgende præsenteres en tematisk gennemgang af data fra både den kvantitative og kvalitative undersøgelse (for tabeller og en mere udførlig beskrivelse henvises til COWI's rapport).

Bilag 5

Bekendtgørelse af lov om psykologer

Ifølge Bekendtgørelse af lov om psykologer m.v. (LBK nr. 229 af 08/03/2012) gives der 60 pct. offentligt tilskud til psykolog til patienter, der:

1. Har været ofre for røveri, vold eller voldtægt.
2. Har været ofre for trafikulykker eller andre ulykker.
3. Er pårørende til alvorligt psykisk syge personer.
4. Er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom.
5. Er pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom.
6. Er pårørende ved dødsfald.
7. Har forsøgt selvmord.
8. Har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge.
9. I den de er fyldt 18 år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb.
10. Har en let til moderat depression, jf. bilag 1 (i bekendtgørelsen), og på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år.
11. Lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, jf. bilag 1 (i bekendtgørelsen), og på henvisningstidspunktet er i aldersgruppen 18 til og med 38 år.

Bilag 6

Den akutte psykiatriske indsats

Niveau 1 omfatter akut psykiatrisk indlæggelse med psykiatrisk observation, vurdering og evt. behandling døgnet rundt.

Niveau 1 omfatter f.eks. patienter med: Livstruende tilstande, herunder delir, alvorlig selvmordsrisiko, svær psykotisk forpintethed, ofte med adfærdsændringer, toksiske psykoser, svære affekttilstande, komorbiditet i form af samtidig psykisk sygdom og somatisk alvorligt truende tilstand, f.eks. ved spiseforstyrrelser eller svære abstinenser.

Niveau 2 omfatter akut psykiatrisk observation og vurdering med henblik på rådgivning, behandling eller viderevisitation. Den akutte psykiatriske vurdering kan foregå ved en akut ambulant vurdering – evt. suppleret af observation i modtagelsen med eller uden indlæggelse i timer til døgn. I vurderingen indgår en risikovurdering.

Niveau 2 omfatter f.eks. patienter med: Psykotiske tilstande – enten nydebuterende eller recidiverende – hvor patienten akut er præget af forpintethed og uro og har vanskeligt ved at varetage basal egenomsorg, adfærdsændring, hvor der er mistanke om en psykotisk tilstand, udadreagerende adfærd, herunder selvskadende adfærd, og hvor der er mistanke om selvmordsrisiko, behov for en anden vurdering, dvs. hvor vurdering af patienten ikke kan foregå tilstrækkeligt i ambulant regi, abstinens tilstande, herunder truende delir, tilpasningsreaktioner og affekttilstande, herunder krisereaktioner, svær affektiv lidelse.

Niveau 3 omfatter ambulant akut vurdering og behandling. Nogle former for subakut/akut indsats i forbindelse med patienter med psykiske tilstande af uafklaret eller lettere karakter kan foregå ambulant, f.eks. i specialiseret ambulatorium eller i distriktpsykiatri, ved hjælp af udrykningsteams, hjemmebehandlingsteams, opsøgende psykoseteams og lign.

Niveau 3 omfatter patienter med kendt psykisk sygdom, som allerede er i behandling, eller patienter med ukendt psykisk sygdom med akut behov for bistand evt. uden for dagtid på hverdage. Patienten kan have behov for en vurdering med henblik på diagnosticering, justering af medikamentel behandling, vurdering af behov for henvisning til yderligere udredning eller intensivering af plejestøtte enten i eget hjem eller under indlæggelse.

Bilag 7

Ambulante tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien i de fem regioner

Region Hovedstaden	Hvem henvender tilbuddet sig til?	Antal patienter set i 2011
Ungdomspsykiatrisk ambulatorium – Hillerød, Glostrup, Bispebjerg	Alle unge med psykiatriske lidelser eller symptomer herpå visiteret til ambulant behandling eller undersøgelse	1.509
Børnepsykiatrisk ambulatorium – Hillerød, Glostrup, Bispebjerg	Alle børn med psykiatriske lidelser eller symptomer herpå visiteret til ambulant behandling eller undersøgelse	3.795
Ambulant spiseforstyrrelses-behandling samlet	Børn og unge med DF5-diagnose eller symptomer herpå	235
Ambulant ADHD-behandling samlet	Børn og unge med ADHD eller symptomer herpå	1.827
Bornholm børn og ungdomspsykiatrisk ambulatorium	Alle børn og unge med psykiatriske lidelser visiteret til ambulant behandling eller symptomer herpå	300
I alt		7.666
Region Sjælland	Hvem henvender tilbuddet sig til? Beskriv målgruppe (evt. diagnoser i henhold til ICD-10)	Antal patienter set i 2011
4 Børne- og ungdomspsykiatriske klinikker i Roskilde (2), Holbæk og Næstved	Alle børn 0-17 år inkl., se specialevejledning for Børne- og ungdomspsykiatri, bilag 1	3.126
1 klinik for spiseforstyrrelser, i Roskilde	Regionsfunktion for patienter med spiseforstyrrelser modtager alle patienter med alvorlige spiseforstyrrelsesdiagnoser i alle aldersgrupper inkl. voksne.	190
I alt		3.316

Region Nord	Hvem henvender tilbuddet sig til? Beskriv målgruppe (evt. diagnoser i henhold til ICD-10)	Antal patienter set i 2011
Børne- og ungdomspsykiatrisk dagafdeling	Børn i alderen 0-11 år, der har biologiske og organiske udviklingsforstyrrelser og dertil knyttede adfærdsforstyrrelser.	62
Børneambulatoriet	Børn i alderen 0- 14 år. Mange af børnene er henvist, fordi der er mistanke om sygdomme som udviklingsforstyrrelser (f.eks. ADHD), Aspergers Syndrom eller autisme.	527
Ungeambulatoriet	Unge i alderen 15-17 år med sygdomme som udviklingsforstyrrelser (f.eks. ADHD), OCD og skizofreni.	330
Spiseforstyrrelsesenheden	Børn og unge mellem 0-17 år samt yngre voksne fra 18 til 30 år med spiseforstyrrelser (DF50).	225
ADHD-enheden	Børn og unge mellem 0-17 år med ADHD (DF90.0 DF90.1 DF90.8 og DF98.8).	14
Friklinikken	Patienter fra 0-17 år på hovedfunktionsniveau med særligt fokus på lettere tilfælde inden for ADHD, autisme, angst og OCD (DF84 DF42 DF90.0 DF90.1 DF90.8 og DF98.8).	35
I alt		1.193
Region Syddanmark	Hvem henvender tilbuddet sig til? Beskriv målgruppe (evt. diagnoser i henhold til ICD-10)	Antal patienter set i 2011
Spiseteam Kolding	14-19 årige	4.310
Neuroteam Kolding	14-19 årige	
Børneteam Kolding	3-13 årige	
Neuroteam Kolding	3-13 årige	
Affektivt team Kolding	3-13 årige	
Børnepsykiatrisk team Aabenraa	3-13 årige	1.992
Ungdomspsykiatrisk team Aabenraa	14-19 årige	
Børnepsykiatrisk Team Augustenborg	3-13 årige	
Ungdomspsykiatrisk Team Augustenborg	14-19 årige	
Børneteam 1 Odense	0-5 årige	
ADHD Team 5 Odense	4-17 årige	1.475
Autisme Team 6 Odense	5-17 årige	
Børne- og Ungeteam 2-3-4 Odense	5-17 årige	
Børneambulatorium Esbjerg	3-13 årige	
Ungeambulatorium Esbjerg	14-19 årige	
Team for selvmords- forebyggelse Esbjerg	4-17 årige	7.777
I alt		

Region Midtjylland	Hvem henvender tilbuddet sig til? Beskriv målgruppe (evt. diagnoser i henhold til ICD-10)	Antal patienter set i 2011
Småbørnspsykiatrisk afsnit, Herning	Afsnittet består af Småbørnspsykiatrisk Ambulatorium og Småbørnspsykiatrisk Dagafsnit. I alderen 0-6 år.	120
Småbørns afsnit A, Risskov	Afsnittet er et såkaldt alment småbørnsafsnit for børn i alderen 0-6 år med ambulatorium og et dagafsnit med plads til 6 børn.	221
Småbørns afsnit B, Risskov	Afsnittet er et specialafsnit for småbørn fra 0-6 år og består af et ambulatorium og et dagafsnit med plads til 9 børn. Børn med gennemgribende udviklingsforstyrrelser/ autismspektrum forstyrrelser. Børn der har vanskeligheder med socialt samvær og kommunikation, samt børn med specifikke og generelle indlæringsvanskeligheder.	323
Skolebørnspsykiatrisk afsnit, Herning	Afsnittet er et alment børnepsykiatrisk ambulatorium for skolebørn i alderen 7-14 år. Hovedvægt på ADHD og Autisme spektrum forstyrrelse.	495
Skolebørnspsykiatrisk afsnit, Viborg	Børnepsykiatrisk Afsnit er et alment børnepsykiatrisk afsnit bestående af et ambulatorium for skolebørn i alderen 7-13 år. Hovedvægt på ADHD og Autisme spektrum forstyrrelse.	416
Skolebørnspsykiatrisk afsnit C, Risskov	Afsnittet er et alment børnepsykiatrisk ambulatorium. Hovedvægt på børn med depression, psykotiske reaktioner, svære tilfælde af angst og spiseforstyrrelser. Desuden børn med udviklingsforstyrrelser både af gennemgribende karakter (infantil autisme, Aspergers syndrom) og specifik karakter (opmærksomhedsforstyrrelser m.m.).	434
Skolebørnspsykiatrisk afsnit D, Risskov	Afsnittet er et specialafsnit og består af et ambulatorium (udredning), en OCD enhed (udredning og behandling) og en ADHD klinik (behandling). Børn i alderen 7-13 år med hyperkinetiske forstyrrelser. Svære forstyrrelser af opmærksomhed i kombination med Aspergers syndrom, Tourettes syndrom, adfærdsforstyrrelser, sociale funktionsvanskeligheder, specifikke indlæringsvanskeligheder eller angst/depression samt obsessive kompulsive tilstande (OCD, svære tvangstanker og -handlinger) (F60-F69).	1.224
Ungdomspsykiatrisk afsnit, Herning	Afsnittet består af et ambulatorium, der varetager udredning og behandling. Unge i alderen 14-17 år med alle forskellige psykiatriske diagnoser. Hovedvægt på unge med depression, psykotiske reaktioner, svære tilfælde af angst. Desuden unge med udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser mv.	516

Ungdomspsykiatrisk ambulatorium, Risskov	Alderen 14-17 år med alle forskellige psykiatriske diagnoser. Unge med psykose-skizofreniformer og misbrug, svære affektive lidelser, svære udviklingsforstyrrelser, svær OCD og andre angstlidelser. Desuden unge med udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser mv.	555
Center For Spiseforstyrrelser, Risskov og Herning	Sværeste former for spiseforstyrrelser og består af ambulatorium og dagafsnit. Dagafsnittet tager sig af udredningen og den opfølgende behandling af patienten. Ambulatoriet er både Risskov og Herning	673
Ungdomspsykiatrisk Sengeafsnit Opus team, Risskov, BUC	Behandlingen af unge, hvor der er mistanke om skizofreni eller skizotypiske lidelser, inden den unge fylder 18 år.	63
I alt		5.040

Bilag 8

Definition af det metaboliske syndrom

The International Diabetes Federation (IDF) definition of the metabolic syndrome.

According to the IDF definition, having the metabolic syndrome requires having:

Central obesity (defined as waist circumference ≥ 94 cm for Europid men and ≥ 80 cm for Europid women)

plus any two of the following four factors:

- Raised fasting triglycerides level: ≥ 1.7 mmol/l (150 mg/dl) and/or treatment for dyslipidaemia.
- Reduced fasting high-density lipoprotein-cholesterol: < 1.03 mmol/l (40 mg/dl) in males and < 1.29 mmol/l (50 mg/dl) in females and/or treatment for dyslipidaemia.
- Raised blood pressure: systolic blood pressure ≥ 130 or diastolic blood pressure ≥ 85 mm Hg and/or treatment for hypertension.
- Raised fasting plasma glucose: ≥ 5.6 mmol/l (100 mg/dl) and/or previously diagnosed type 2 diabetes.

Bilag 9

Katalog over Åben Dialog

På et nyligt affholdt inspirationsmøde om Åben Dialog i Danmark pegede deltagerne på en række barrierer for videreudviklingen af den åbne dialog og derudover blev der udarbejdet et katalog over Åben Dialog.

Barriererne var bl.a., at øget specialisering i psykiatrien kan vanskeliggøre kontinuiteten i behandlingen, omstruktureringer kan betyde at velfungerende teams brydes op, ensidig diagnostisk-medicinsk tilgang vanskeliggør relationsarbejdet, forcerede patientforløb og snævre pakkedøsninger mindsker tolerancen over for usikkerhed, den måde ambulante ydelser registreres på tilgodeser ikke teamarbejde og netværksinddragelse, vanskeligheder med at få ressourcer til tværfaglig efteruddannelse af teams samt manglende forskning på området.

Dokumentation for betydningen/virkningen af en relations- og netværksorienteret tilgang i dansk psykiatri/psykosocial indsats gengives her:

- Åbne samtaler i ungdomspsykiatrien (Lars Hansen og Maria Houlin, Børne- og Ungdomspsykiatri Augustenborg) i bogen: "Perspektiver på Klinisk psykologi" er redigeret af Ask Elklit, Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet
- [Fire åbne samtaler og én lukket](#) – en ungdomspsykiatrisk praksisbeskrivelse af Birgitte Vange, Dorte Christensen, Anette Hansen, Lars Hansen, Alis Steinicke og Klaus Müller-Nielsen. <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm317038>
- "At hjælpe og møde mennesker, hvor de er". En evaluering af Ungdomspsykiatrisk Kriseteam i Sønderjyllands Amt. Morten Kjær Jensen og Anne Flemmert Jensen, Panopticon. April 2001 (vedhæftet)
- Artikler af Jaako Seikkula, se bl.a.: <http://www.taosinstitute.net/jaako-seikkula-phd>
 - "Åben dialog og netværksarbejde", Jaakko Seikkula, Hans Reitzels forlag 2008
 - "Sociale netværk i dialog", Jaakko Seikkula, Tom Arnkil, Akademisk forlag 2008

- Reflekterende processer samtaler og samtaler om samtalerne, Tom Andersen, Dansk psykologisk forlag 2005
- Lone Johansen & Kirsten Weber: Åben dialog – nu og i fremtiden. Erfaringer med at indføre elementer af Åben Dialog-tænkningen i sygehuspsykiatrien 2004-2006
- Pia Bille og Lone Johansen: Åben Dialog – praksisforskning om patienter og pårørendes oplevelser Psykiatrien Roskilde Amt, november 2005
- Projekt "Den gode psykiatriske afdeling" Psykiatrien Øst, Region Sjælland.
Se projektets hjemmeside: www.regionsjaelland.dk/dengodepsykiatriskeafdeling
Se også: http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Psykiatriomraadet/Den_gode_psykiatriske_afdeling.aspx
- Pernille Bjørk Andersens hjemmeside: www.som-et-spejl.dk
- "Samtale gjorde Finn stærk" i Sund i Syd 1, 2012 s. 12 – 13. <http://www.e-pages.dk/sundisyd/46/>
- "Åben dialog i Odsherred" evaluering v. CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (Aarhus) af projektet "Et samtidigt ansvar"
- Hjemmeside om Odsherred projekt: Et samtidigt Ansvar: <http://www.odsherred.dk/page4762.aspx>
- Astrid Eiterå: Om mennesker og systemer i bevægelse. Fokus på familien, år. 38, (2010) nr., 4, ss. 335-353. (vedhæftet)
- Ph.d. afhandling vedrørende dobbeltdiagnose-området: Birgitte Thylstrup: Dual Diagnosis and Treatment Relations, Københavns Universitet, Institut for Psykologi, 2009
- Ph.d. afhandling af Katia Dupret Søndergaard: Innovating mental health care – a configurative study in intangible, incoherent and multiple efforts (<http://www.dasts.dk/wp-content/uploads/Soendergaard-2009.pdf>)
- Eva Kjellberg (red.) Man kan inte så noga veta – Barnpsykiatriska utredningar tillsammans med socialtjänsten. Praktik och forskning genom reflekterande processer. Mareld 2001
- Karl Bach Jensen: Skift spor! Psykosocial indsats for unge med psykiske lidelser på Skiftesportet i Herning. VFC Socialt Udsatte, 2006
- Ny engelskssproget DVD: Open Dialogue: a documentary on a Finnish alternative approach to healing psychosis. Daniel Mackler. <http://www.iraresoul.com/dvd.html>

Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser
– udvikling i diagnoser og behandling.
Bilagsrapport 2

Regeringens udvalg om psykiatri, 2013.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen er elektronisk tilgængelig via hjemmesiden for
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: www.sum.dk

Publikationen kan bestilles hos
schultzboghandel.dk
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Tlf. 43 22 73 00
Fax 43 63 19 69
www.schultzboghandel.dk

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: Oktober 2013

Design: BGRAPHIC

Tryk: Rosendahls - Schultz Grafisk

ISBN: 978-87-7601-348-6 (trykt udgave)
ISBN: 978-87-7601-349-3 (elektronisk udgave)

Regeringens udvalg om psykiatri har udarbejdet hovedrapporten 'En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser' med tilhørende to bilagsrapporter. Såvel hovedrapport som bilagsrapporter er at finde på hjemmesiden for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse – www.sum.dk