BEDRE PSYKIATRI
LANDSFORENINGEN FOR PÅRØRENDE

Bedre Psykiatris forslag til en 10-årsplan for psykiatrien

I efteråret 2020 begynder regeringen sit arbejde med en 10-årsplan for forbedring af psykiatrien. Bedre Psykiatri er involveret i arbejdet på flere planer. Her er de vigtigste af vores forslag til mål og indsatser, som vi tager med til arbejdet.

Det er afgørende for Bedre Psykiatri, at psykiatriplanen kommer til at indeholde konkrete mål for, hvordan indsatserne hjælper psykisk syge og deres pårørende. Derfor består den første del af vores forslag af otte mål, som psykiatrien bør måles på, og som den kommende plan skal bidrage til at opfylde. Den anden del af planen består af otte indsatsområder, som vil bidrage til at nå målene.

Otte forpligtende mål

Bedre Psykiatri foreslår, at hjælpen til mennesker med psykisk sygdom bliver målt på, om patienterne får et bedre liv med færre symptomer og bedre livskvalitet og i mindre grad på sekundære indikatorer som overholdelse af behandlingsgarantier, mængden af tvang, antallet genindlæggelser o. lign. Vi foreslår derfor otte konkrete og forpligtende mål, som regeringen skal arbejde på at opnå inden 2030. (Mål og indikatorer er udfoldet og beskrevet i bilag 1).

Mål 1:

90 pct. af patienterne i psykiatrien skal opleve at behandlingen hjælper dem

Adspurgt i LUP, Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, svarer et stort antal psykiatriske patienter, at behandlingen ikke hjælper dem.

Fakta – oplevet forbedring:
- Kun hvert tredje indlagte barn og kun to ud af tre indlagte voksne oplever, at de får det bedre af behandlingen på sygehuset. (LUP, 2019, Defactum)

Mål 2:

90 pct. af patienterne i psykiatrien skal opleve klinisk forbedring og bedre socialt funktionsniveau

Ligesom vi måler på overlevelse og funktionsniveau blandt somatiske patienter, bør vi måle på helbredelse hos psykisk syge. Der findes værktøjer til at måle klinisk forbedring. De bruges i udlandet fagligt og politisk, og har været brugt på forsøgsbasis i Danmark.

Fakta – klinisk forbedring:
- De fleste psykisk syge *kan* få det bedre. Fx oplever 60 pct. af alle med skizofreni forbedring. (Socialstyrelsen 2013)

Mål 3:

50 procent færre danskere skal have dårlig mental sundhed

Flere danskere har ifølge en række målinger fået dårligere mental sundhed de senere år. Dårlig mental sundhed give store sociale problemer og i værste fald føre til egentlig psykisk sygdom. Det er derfor afgørende, at kurven bliver knækket.

Fakta – mental sundhed:
- 13 pct. af alle danskere over 16 år oplever, at de har dårlig mental sundhed. (Den nationale Sundhedsprofil 2017, Sundhedsstyrelsen).

- Over 400.000 danskere fik antidepressiv medicin i 2017, (medstat.dk).

Mål 4:

Mindst 80 pct. kommer tilbage i arbejde indenfor et halvt år efter første kontakt med psykiatrien.

Beskæftigelse bør være både et centralt mål og et centralt middel i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom. Et mål fordi psykisk syge – ligesom alle andre, skal have mulighed for at deltage og bidrage i samfundet. Og et middel fordi forskningen viser, at arbejde og uddannelse er afgørende for, at psykisk syge kan blive raske.

Fakta – psykisk syge i arbejde:
- Kun hver anden psykisk syg, der var i arbejde før sygdom, kommer i dag tilbage i job indenfor et halvt år efter indlæggelse. I somatikken er det otte ud af 10. (De nationale sundhedsmål 2018)

- Kun 20 pct. af alle psykisk syge er i arbejde eller beskæftigelse. (KL 2017)

- Arbejde og uddannelse er afgørende for recovery. (OECD Publishing, 2012).

Mål 5:

Mindst 80 pct. af de unge med psykisk sygdom skal fastholde eller finde tilbage i uddannelse indenfor et halvt år efter første kontakt med psykiatrien.

Ca. 15.000 unge får hvert år psykisk sygdom. Mange dropper ud af deres uddannelse og ender i et liv på kanten af samfundet. Det bør være et afgørende mål og en integreret del af behandlingen at hjælpe flere unge med at fastholde eller vende tilbage til uddannelse.

Fakta – psykisk syge i uddannelse
- Mentale helbredsproblemer ligger bag op imod 60 pct. af alle frafald fra ungdomsuddannelserne. (Sundhedsstyrelsens vurdering, 2013)

Mål 6:

30 pct. færre pårørende er meget belastede af deres pårørendesituation.

Mange pårørende bliver så hårdt belastet af deres situation som pårørende, at de mister arbejde og familie og bliver socialt isoleret. Sådan behøver det ikke være. Med bedre undervisning, rådgivning og støtte kan langt flere pårørende blive integreret del af behandlingen, uden at det belaster dem unødigt.

Fakta – pårørende belastning
- 54 pct. af pårørende føler sig belastede i høj eller meget høj grad. (LUP, 2019 Defactum)

- 69 pct. af pårørende oplever, at belastningen går udover deres muligheder for at støtte den syge tilstrækkeligt i behandlingen (Bedre Psykiatri, undersøgelse 2018)

Mål 7:

Overdødelighed blandt psykisk syge skal reduceres med mindst 30 pct.

Alvorligt psykisk syge lever i gennemsnit 20 år kortere end den øvrige befolkning. Mange dør af selvmord og ulykker, men de fleste dør for tidligt pga. usund livsstil, medicin, misbrug og uopdagede og ubehandlede fysiske sygdomme.

Fakta – overdødelighed:
- Alvorligt psykisk syge dør i gennemsnit 20 år tidligere end normalbefolkningen. (Wahlbeck et al. 2011)
- En tredjedel af overdødeligheden skyldes selvmord og ulykker. Derudover rammes mange af livstilssygdomme som kræft og hjerte-kar-sygdomme. (Psykiatriudvalget, 2013).

Mål 8:

Antallet af foranstaltningsdomme – tilfælde, hvor psykisk syge bliver idømt dom til behandling - skal halveres.

Antallet af psykisk syge, der udøver kriminalitet og får en foranstaltningsdom er eksploderet de senere år. Det skyldes både ressourcepresset på psykiatrien, der betyder at flere bliver sendt på gaden uden at være færdigbehandlet, og at tærsklen for anmeldelse og retsforfølgelse er blevet lavere.

Fakta – retspsykiatri:
- I 2017 blev der afsagt 775 foranstaltningsdomme. (Justitsministeriet 2018)

- at 74 % af patienterne i retspsykiatrien har fået utilstrækkelig behandling i perioden op til dommen. (Retspsykiatrisk klinik m.fl., Ahle 2019).

BEDRE PSYKIATRI
LANDSFORENINGEN FOR PÅRØRENDE

Indsatser, som skal sikre opfyldelse af de otte mål

Bedre Psykiatri har otte forslag til indsatsområder, der vil bidrage til, at målene bliver opfyldt og som derfor bør være centrale elementer i den 10-årige psykiatriplan, regeringen har lovet.

Nogle indsatser haster mere end andre, og det bør være en central del af 10-årsplanen at prioritere nogle indsatser før andre. Vi har markeret de indsatser, som vi mener haster mest, med røde bokse.

1. Bedre behandling og uddannelse

Den psykiatriske behandling hænger i alt for høj grad fast i forældede behandlingsmetoder og er i alt for høj grad baseret på ensidig medicinsk behandling. Der er brug for fornyet recoveryorienteret fokus og sund arbejdskultur og tværfaglighed, hvor udvikling og fastholdelse af ressourcer og kompetencer, selvstændighed og livskvalitet kommer i fokus.

HASTER!
Intensive senge haster, fordi alt for mange svært psykisk syge bliver ladt i stikken og dør for tidligt. Samtidig optager de en meget stor del af psykiatriens ressourcer.

- Flere intensive senge til de mest alvorligt syge
  En gruppe meget syge får ikke den hjælp, de har brug for, og optager en meget stor del af ressourcerne i psykiatrien[1]. Intensive sygehuspladser med højt specialiseret personale kan give de alvorligt syge langvarig ro og hjælp til at komme sig og samtidig frigøre sengepladser og ressourcer til andre patienter.

Fakta 1:
Pris for intensive behandlingspladser
Pris for intensiv indlæggelse til 1.500 patienter med mest alvorlig psykisk sygdom: 550 mio. pr. år. Investeringen vil frigøre 420 almindelige sengepladser, som andre patienter vil få gavn af.

- Mere terapi mindre medicin
  Medicin skal være et supplement og ikke den centrale behandlingsmetode. Behandlingen skal være baseret på terapi, relationsopbygning og tværfaglighed og medicinfri behandling skal være et tilbud for flere patienter.

- Forbyd bæltefiksering
  Så længe bæltefiksering er en mulighed vil det optræde som et alternativ til relationsopbygning, samtale, terapi og andre bedre men ressourcekrævende behandlingsformer. Det er derfor tid til at følge Norges og flere andre landes eksempler[2] og arbejde mod totalt forbud.

- Mere tid til patienterne
  Ressourcepresset på de psykiatriske afdelinger betyder, at psykiaterne og de øvrige behandlere ikke har tid til at lære patienterne og deres problemer og symptomer at kende. Bedre fordeling af opgaverne og flere medarbejdere på tværs af fagligheder[3] – fx specialpsykologer efter norsk forbillede[4], psykiatrisygeplejersker og socialrådgivere er nogle af de initiativer, der kan være med til at sikre mere tid til patienterne.

Fakta 2:
Stor gevinst ved bedre opgavefordeling
Psykiatere bruger mindre end en tredjedel af deres tid sammen med patienterne. Hvis de brugte halvdelen af deres tid på patientkontakt, ville hver patient kunne få mellem tre og fire timers ekstra tid med lægen om året. I dag er der ca. 1500 læger i psykiatrien (Danske Regioner, 2018)

- Afsæt flere penge til psykiatrisk forskning
  Der skal forskes mere i psykisk sygdom – særligt i behandling, der hjælper patienten med at blive rask[5]. Psykisk sygdom er en af de mest udbredte folkesygdomme og en af de sygdomme, der medfører de største samfundsomkostninger. Psykisk sygdom står for 25 pct. af sygdomsbyrden, mens fx kræft og kredsløbssygdomme står for hhv. 17 og 15 pct.[6]

- Mere psykiatri i lægeuddannelsen
  Psykiatri fylder kun tre pct. af hele medicinstudiet[7], og der er ikke krav om psykiatri på den kliniske basisuddannelse[8]. Samtidig er specialet psykiatri blandt lavest prioriterede[9]. Psykiatrifagene på medicinuddannelsen og på den kliniske basisuddannelse skal derfor styrkes. Og der skal stilles krav til bedre og mere standardiserede kompetencer i samtaleterapi i almen praksis[10]. Samtidig skal der nedsættes et udvalg, der skal komme med forslag til, hvordan psykiatriens image kan blive bedre, så flere vælger det som speciale.

Fakta 3:
Pris for opkvalificering af almen praksis.
Det vil koste ca. 29 mio. kr. at efteruddanne alle 3.400 alment praktiserende læger i standardiseret samtaleterapi.

131.000 personer får hvert år samtaleterapi hos egen læge pga. psykiske problemer. (Sundhedsministeriet, 2018)

2. Bedre hjælp til og inddragelse af pårørende

De pårørende er afgørende for den syges muligheder for at få det bedre[11]. Derfor er det afgørende, at de pårørende bliver mere inddraget og får bedre støtte, så de kan være der for den syge[12].

HASTER!
Bedre inddragelse og støtte af pårørende haster, fordi de pårørende bliver pålagt mere og mere ansvar og bliver mere og mere belastede, efterhånden som psykiatrien bliver mere presset på ressourcer.

- Obligatorisk inddragelse
  Det skal være en pligt for personalet at kontakte og inddrage de pårørende. Fx ved tidsgrænser på, hvor længe, der må gå, inden de pårørende bliver kontaktet og tilbudt samtaler og en forpligtelse til at samtale og hjælpe børn af forældre med psykisk sygdom og søskende som pårørende efter norsk forbillede[13].

- Psykoedukation
  Mennesker med psykisk sygdom har markant større chance for at blive raske, hvis deres pårørende får indsigt og viden om sygdommen. Undervisning for pårørende – også kaldet psykoedukation[14] – skal derfor være en rettighed for alle pårørende.

- Mere støtte til pårørende
  Det er ekstremt belastende at være pårørende til en psykisk syg. Det går ikke kun udover den pårørende men også den syge. Pårørende bør derfor have ret til gratis psykologhjælp og omsorgsdage[15].

Fakta 4:
Pris for undervisning til alle pårørende
Det vil koste 100 mio. pr. år at tilbyde undervisning til én pårørende for hver af de godt 34.000 nye patienter i psykiatrien.

Pengene kommer dog igen. Ifølge en beregning, Copenhagen Business School har lavet for Bedre Psykiatri viser, bedre pårørendeinddragelse kan spare samfundet 1,5 mia. kr. hvert år. (CEBR, 2011)

3. Bedre hjælp til psykisk syge med misbrug

Psykisk syge med misbrug bliver kastet frem og tilbage mellem sektorerne og får ikke den hjælp, de har brug for.

HASTER!
Bedre hjælp til psykisk syge med misbrug haster, fordi der bliver flere og flere af dem og fordi mange af dem får alvorlige sociale problemer. Samtidig optager de en meget stor andel af psykiatriens ressourcer.

- Ansvaret skal samles i regionerne
  I dag er det regionerne, der har ansvaret for at behandle sygdommen og kommunerne, der har ansvaret for at behandle misbruget. Det er uholdbart. Det samlede ansvar bør samles i regionerne, hvor den højeste specialisering ift. psykisk sygdom er[16].

- Nye afdelinger til de mest syge og misbrugende
  Hver region skal derfor oprette afdelinger, hvor de mest syge med det mest alvorlige misbrug kan få længerevarende specialiseret psykiatrisk behandling med særlig fokus på misbrug. Afdelingerne skal tage afsæt i behandlingen på M for psykisk syge med misbrug på Psykiatrisk center Sct. Hans[17].

Fakta 5:
Pris for intensiv behandling for dobbeltdiagnosticerede
40.000 danskere har dobbeltdiagnose (VIVE 2018). Hvis én pct. af dem skal have intensiv behandling, som på Afd. M på Skt. Hans, vil det koste 216 mio. kr. årligt.

4. Akutpsykiatrien skal styrkes

Alt for mange psykisk syge bliver afvist eller får for dårlig hjælp, når de opsøger akut hjælp[18].

HASTER!
Det haster at forbedre akutpsykiatrien, fordi presset på psykiatrien mærkes meget tydeligt her. Mange bliver afvist, og det kan have alvorlige konsekvenser – både for de syge, de pårørende og de øvrige omgivelser.

- Flere akutsenge
  Der bør oprettes flere akutte senge, så flere mennesker med akut opstået sygdom kan komme indenfor og få ro og en ordentlig vurdering fra en speciallæge.

- Specialiseret personale i akutmodtagelsen
  Der skal altid være psykiatripersonale og fokus på misbrug i den psykiatriske akutmodtagelse. Mange oplever i dag at blive modtaget og vurderet (og ofte afvist) af personale uden erfaring med psykiatri og misbrug[19].

- Kommunale akuttilbud
  Alle kommuner skal[20] have akuttilbud til psykisk syge, så psykisk syge har et sted at henvende sig, inden symptomerne bliver så alvorlige[21], at behandling og (gen-)indlæggelse bliver nødvendigt. Tilbuddet kan oplagt ligge i et Psykiatriens Hus.

- Flere psykiatriambulancer
  Alle udrykninger til sager med mennesker med psykisk syge skal ske med ambulancer med psykiatrisk personale. Det bidrager til at afdramatisere situationen og nedbringe antallet af tvangsindlæggelser.

Fakta 6:
Pris for psykiatriambulancer i hele landet
Psykiatriambulancer i hele landet, baseret på regionernes areal, vil koste ca. 106 mio. kr. årligt.

5. Bedre sammenhæng

Psykisk syge er blandt de patienter, der oplever de værste konsekvenser af manglende sammenhæng i sundhedsvæsenet.

- Psykiatriens hus
  Alle kommuner skal have et Psykiatriens hus, hvor de kommunale socialpsykiatriske og regionale behandlingsmæssige tilbud bliver samlet under et tag. Det vil bidrage til, at patienterne modtager et samlet og gennemtænkt behandlingstilbud på tværs af sektorer.

Fakta 7:
Pris for Psykiatriens hus i alle kommuner
Ud fra anlægspriser i eksisterende psykiatrihuse i København og Aarhus vil den samlede anlægspris for etablering af psykiatrihuse i alle kommuner blive cirka 292 mio. kr.

- Pårørendekoordinatorer i alle regioner og kommuner
  Koordinatorerne kan hjælpe de pårørende med at finde vej i behandlingssystemet og støtte dem i deres rolle som brobyggere og tovholdere[22].

- Psykiatri i sundhedshusene
  Det nære sundhedsvæsen med den praktiserende læge i centrum er afgørende for den tidlige indsats for psykisk syge. Med flere psykologer og psykiatrisygeplejersker i de lokale sundhedshuse vil flere kunne få hurtigere, bedre og billigere behandling, så flere alvorlige sygdomstilfælde kan tages i opløbet.

- Kontaktperson til udskrevne og afsluttede patienter
  Alle psykisk syge får beskikket / tilknyttet en kontaktperson, når de bliver udskrevet. Kontaktpersonen skal hjælpe dem opsøge og få den hjælp, de har brug for og ret til – både i behandlingssystemet og i kommunen. Ordningen er bl.a. kendt fra OPUS[23].

6. Bedre bosteder

Alt for mange bosteder for mennesker med psykisk sygdom er i realiteten passive opholdssteder, hvor beboerne risikerer at synke ned i misbrug og passivitet fremfor at få det bedre[24].

- Større krav
  Kravene til bostederne skal skærpes og konkretiseres, så de i højere grad end i dag lever op til servicelovens krav om at "forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem […] aktivitet, behandling, omsorg og pleje[25]". Recovery, udvikling og aktivitet skal i centrum, og bostederne skal have bedre værktøjer til at håndtere misbrug og kriminalitet[26].

- Styrket faglighed
  Det kræver højere faglighed[27], hvis bostederne skal kunne leve op servicelovens krav. Bostederne skal derfor have bedre mulighed for at ansætte flere psykiatrisygeplejersker og psykologer og for at videreuddanne og sikre fælles faglig forståelse i personalet.

- Bedre fysiske rammer
  De fysiske rammer skal i højere krav understøtte ambitionen om aktiviteter, udvikling og trivsel. Det kræver fx mere plads, moderne køkken- og badefaciliteter, mere hjemmelighed og rammer, der lægger bedre op til en mere aktiv og meningsfuld hverdag[28].

7. Bedre hjælp til børn og unge

Alt for mange børn og unge bliver ramt af psykisk sygdom og alt for mange - særligt piger – er bekymrede, ensomme eller triste. Det vurderes, at mentale helbredsproblemer er årsagen til op mod 60 procent af tilfælde af frafald på ungdomsuddannelser (SST, 2013). På landsplan er omkring 60 pct. af unge med psykisk sygdom enten i gang med en uddannelse eller i beskæftigelse. Til sammenligning gælder det mere end 80 pct. af alle unge (OIMB, 2018). Lidt over 35 pct. af modtagerne af sociale indsatser med psykiske vanskeligheder i alderen 18-24 år har afbrudt en ordinær ungdomsuddannelse eller en højere uddannelse og er aktuelt ikke i gang med en (SIM, 2018).

- Super PPR
  Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) har et stort potentiale til at give mere og bedre hjælp til børn og unge med psykiske problemer eller sygdom. Det kræver ressourcer til at yde egentlig forebyggelse, støtte og behandling gennem opsøgende arbejde i daginstitutioner, skoler og uddannelsesinstitutioner og styrket behandling og familierådgivning.

Fakta 8:
Pris for bedre PPR
Beregninger viser, at det vil koste 2,65 mia. kr. at styrke PPR i hele landet, hvilket svarer til 1.930 kr. pr. barn/unge. Dette er et konservativt og forsigtigt skøn.

- Børn- og ungekommission
  Der er brug for mere og bedre viden om omfanget af og baggrunden for børn og unges mistrivsel og sygdom. Det kan en kommission være med til at sikre. Med afsæt i kommissionens anbefalinger skal der udarbejdes en national handlingsplan for forebyggelse af psykisk mistrivsel blandt børn og unge.

8. Bedre hjælp til at komme i arbejde

En psykiatrisk diagnose er i dag en enkeltbillet ud af arbejdsmarkedet for alt for mange mennesker[29]. Sådan bør det ikke være, og sådan behøver det ikke at være. Beskæftigelse er et vigtigt element i recovery-processen (OECD Publishing, 2012). Selvom arbejde kan indebære en række risikofaktorer for individets mentale helbred, betragtes det at arbejde hovedsageligt som en fordel for individet, idet der skaber indkomst, struktur og sociale interaktioner, hvilket også er vigtige aspekter for personer med lettere psykiske lidelser (Bowling, 1995).

- Fleksibel beskæftigelsesordning for psykisk syge
  Arbejdsløse psykisk syge har brug for at kunne flekse mellem forskellige grader af beskæftigelse i takt med symptomerne. Der er derfor brug for en ordning, som giver mulighed for at trappe beskæftigelsesindsatsen op og ned uden at den økonomiske tryghed forsvinder.
- Folketinget afsætter penge til at videreuddanne medarbejdere på jobcentre. Uopdaget og ubehandlet psykisk sygdom står hos mange i vejen for succesfuld beskæftigelsesindsats. Jobkonsulenter bør derfor have kompetencer til at opdage og håndtere psykisk sygdom og til at samarbejde bedre med behandlingspsykiatrien[30].

Fakta 9
Gevinst ved beskæftigelse af psykisk syge
Gevinsten ved, at en ledig psykisk syg finder ordinær beskæftigelse er ca. 682.000 kr. over seks år.

Kun 33 pct. af psykisk syge er i arbejde eller uddannelse (Analyse, KL, 2017)

BEDRE PSYKIATRI
LANDSFORENINGEN FOR PÅRØRENDE

Uddybning af forslag til mål

Her beskriver vi de otte forpligtende mål, der indgår i Bedre Psykiatris forslag til en 10 årsplan for psykiatrien. Der er tale om en overordnet beskrivelse af mål, baggrund, data og metode.

Nr.	Mål:	Beskrivelse:	Årlig udvikling	Referencer/register
1	Mindst 90 pct. af de patienter, der er i kontakt med psykiatrien, skal opleve, at behandlingen hjælper dem.	Målet beror på andelen af svar fra patienter, pårørende og forældre (selvrapporterede data) i de to bedste svarkategorier ("i meget høj grad", "i høj grad") kombineret med svarkategorien "I nogen grad" rundet op til 30 pct. (27,8 pct.) som inden 2030 udgør et af to mest positive svarkategorier.	Årlig vækst på 3 procentpoint svarende til 291 patienter om året, der angiver at have fået det bedre af behandlingen.	Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser Psykiatri Nationale rapporter af Defactum, Danske Regioner. *Spørgsmål: Fået det bedre af behandlingen.
2	Mindst 90 pct. Af patienter i psykiatrisk behandling skal opleve en signifikant klinisk forbedring og bedre socialt funktions-niveau fra kontakt (baseline) til afslutning.	Målet beror på brug af HoNOS-redskabet, som er forskningsmæssig valideret, god evidens og klinisk anbefalet[31]. HoNOS (Health of Nation Outcome Scales) rating skalaen er et instrument, der bruges til at klarlægge, hvilke problemer der har ført til, at en person kommer i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, og om der er sket en løsning eller forbedring af disse problemer under behandlingsforløbet. HoNOS indeholder 12 punkter, som spænder fra psykiske forhold til sociale omstændigheder og levevilkår. Hvert punkt bedømmes på en skala fra 0 til 4 af trænet sundhedspersonale. Efter australsk forbillede skal målingen baseres på hvorvidt patienten har oplevet enten: væsentlig forbedring, væsentlig forringelse eller ingen væsentlig ændring[32], som identificeres mellem baseline og ved afslutning af behandlingen[33].	*Der må forventes en forsinkelse i målingen, eftersom redskabet kræver implementering og systematisk og obligatorisk indsamling af data på tværs af de psykiatriske afsnit i hele landet.	*Ny landsdækkende register-måling (fx Landspatientregisteret) HoNOS har været benyttet på Psykiatrisk Center Nordsjælland i forbindelse med indlæggelser siden januar 2000 frem til 2013[34]. HoNOS har tilsvarende været forsøgsvist afprøvet i psykiatrien i Region Midtjylland[35]. Begge med gode resultater og erfaringer. I Australiens handlingsplan for psykiatrien (2017-2022 – femte plan) er HoNos redskabet benyttet systematisk og obligatorisk i behandlingen og som politisk mål for psykiatriens udvikling og fremskridt[36] (officielt anvendt siden 1999). Tilsvarende monitoreres udvikling obligatorisk ved HoNOS redskabet i England (officielt dataregisteret siden 2003) og New Zealand (anvendt siden 2004)[37]
3	Mindst 50 pct. færre danskere skal have dårlig mental sundhed	Af VLAK regeringens handlingsplan for psykiatri 2018 (Vi løfter i fællesskab) blev der sat et konkret mål om at andelen af unge, der har dårligt mental sundhed, skal senest i 2025 være faldet med 25 procent[38]. Dette mål udvider regeringens målsætning, og indbefatter alle danskere over 16 år og dermed fordobler målsætningsandelen, inden for en tidsramme af fem ekstra år frem mod 2030.	Årligt fald på 5 procentpoint.	Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil[39] Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed - Selvrapporterede data (SIF)
4	Mindst 80 pct. af de psykisk syge, der tidligere har været i arbejde, kommer tilbage i	Måles som tilknytning til arbejdsmarkedet: Indikator for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet efter indlæggelse for et sygdomsforløb skal modsvare andelen af fysisk syge som er i arbejde efter indlæggelse 2017.	Årlig vækst på 3 procentpoint	Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL – Nationale mål for sundhedsvæsenet[40].

	arbejde indenfor et halvt år efter deres første kontakt med psykiatrien.	I 2017 er halvdelen (50 pct.) af dem, der var i arbejde, inden de blev indlagt på en psykiatrisk afdeling, er i arbejde igen et halvt år efter, de er udskrevet. Til sammenligning er 80 pct. af fysisk syge i arbejde efter indlæggelse.		
5	Mindst 80 pct. af børn og unge under uddannelse, fastholder eller finder tilbage i uddannelse indenfor et halvt år efter deres første kontakt med psykiatrien.	Dette mål beror på samme forventet andel, *som mål nr. 4* ift. at 80 pct. af børn og unge, under uddannelse, fastholder eller finder tilbage i uddannelse indenfor et halvt år efter deres første kontakt med psykiatrien.		Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL – Nationale mål for sundhedsvæsenet[41]. **(Nationale mål 2018 indgår indikator uden tal: Tilknytning til uddannelse for unge med psykiske lidelser (under udvikling – mulig sammenkobling med arbejdsmarkedsindikatoren undersøges)*
6	30 pct. færre pårørende er meget belastede af deres pårørendesituation.	Målet beror på andelen af pårørende til voksne indlagte og ambulante patienter, der har svaret (LUP 2018), at de i meget høj grad føler sig tynget (tidligere belastet) som pårørende. Beregnet som vægtet gennemsnit af svarkategorien "I meget høj grad føler sig tynget" (30 pct.)	Årligt fald på 3 procentpoint.	Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser Psykiatri Nationale rapporter 2018 **Fakta om svarpersonerne. Spørgsmål: Føler sig tynget*
7	Over-dødelighed blandt psykisk syge skal reduceres med mindst 30 pct.	I FNs Verdensmål (2015-2030) skal tidlig dødelighed, som følge af ikke-smitsomme sygdomme, reduceres med en tredjedel gennem forebyggelse og behandling inden 2030[42]. Målet for overdødelighed blandt psykisk syge skal følge samme ambitionsniveau som for ikke-smitsomme sygdomme dvs. Kræft, Diabetes, Hjerte-kar-sygdomme og Lungesygdomme som KOL jf. FNs verdensmål. Med en reduceret overdødelighed menes det, at psykisk syges middellevetid skal stige og komme tættere på middellevetiden for en gennemsnitlig dansker. Overdødeligheden skyldes både en øget risiko for ulykker og selvmord samt komplikationer og bivirkninger til psykofarmakologiske lægemidler. Overdødeligheden skyldes også mindre adgang til somatiske sundhedsydelser end befolkningen i øvrigt. Dette giver en øget risiko for at dø af somatiske og kroniske sygdomme, som yderligere forstærkes af bivirkningerne ved psykofarmaka og antipsykotika især. Særligt type 2 diabetes og hjertekarsygdomme er forklaringen på overdødeligheden ved fysiske sygdomme hos psykisk syge. Disse kan skyldes livsstilsfaktorer som dårlig kost, rygning og for lidt motion, men også psykofarmakologisk behandling. Da nogle præparater øger risikoen for udvikling af det såkaldte metaboliske syndrom, som igen øger risikoen for	Årligt fald i overdødelighede n på 3 procentpoint	Register – levealder på patienter i psykiatrien – follow-up Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og Sundhedsstyrelsen.

		type 2 diabetes og hjertekarsygdomme.[43]		
8	Antallet af foranstaltnings domme – tilfælde, hvor psykisk syge bliver idømt dom til behandling - skal halveres.	Målet beror på en halvering af antallet af foranstaltningsdomme svarer cirka til niveauet for 2001 (362 domme) 2017 niveau = 775[44].	Årligt fald på ca. 41 foranstaltningsd omme	Justitsministeriet forskningskontor – Register for foranstaltningsdomme

Referencer til faktabokse

Fakta 1: Pris for flere senge til de mest syge: (Kilde: Egne beregninger; Sundhedsdatastyrelsen, 2018, Danske Regioner 2019, DSI 2012)
Fakta 2: Stor gevinst ved bedre opgavefordeling (Kilde: Egne beregninger; Sundhedsdatastyrelsen, 2018, Danske Regioner 2018; KMPG-analyse 2018)
Fakta 3: Pris for opkvalificering af almen praksis. (Kilde: Egne beregninger på takster for PLO Efteruddannelse 2019)
Fakta 4: Pris for undervisning til alle pårørende. (Kilde: DRG-takster 2018, Sundhedsdatastyrelsen 2018, Cochrane 2014; Cuijpers 1999) / Inddragelse giver samfundsgevinst. (Kilde: CEBR, 2011)
Fakta 5: Pris for intensiv behandling for dobbeltdiagnosticerede. (Kilde: Egne beregninger; VIVE, 2018, Region Hovedstaden 2016)
Fakta 6: Psykiatriambulancer i hele landet. (Kilde: Egne beregninger; Region Hovedstaden 2018)
Fakta 7: Pris for Psykiatriens hus i alle kommuner. (Kilde: Egne beregninger; Århus Kommune og Region Midtjylland 2018, Region Hovedstaden og Københavns Kommune 2018).
Fakta 8: Pris for bedre PPR (Kilde: Egne beregninger; PPR Herlev og PPR Aalborg, VIVE 2018).
Fakta 9: Gevinst ved beskæftigelse af psykisk syge (Kilde: VIVE, 2015)

Referencer til øvrigt materiale

---

[1] Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (2018) Patienterne med de højeste udgifter i psykiatrien
[2] Kilde: Tvangsbegrensningsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten Norges offentlige utredninger (2019): 14. Derudover Island, England og Holland. Kilde: Sundhedsstyrelsen (2009) Tvangsforanstaltninger i Psykiatrien - en udredning
[3] I Norge er der oprettet en en tverrfaglig videre-utdanning i psykisk helsearbeid side 1998 i kølvandet på Opptrappingsplanen. En viktig faktor for å etablere denne utdanningen var ønsket om å gi flere yrkesgrupper kompetanse og styre de ulike yrkesgruppene til å samarbeide mer. (Borge et al. 2018 Hvem er dagens psykisk helsearbeider – tjue år etter Opptrappingsplanen? TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID · Volum 15 · Nr. 4 · 2018 · Side 272–272) Se også analyserne: KPMG og Struensee & Co (2018) Kapacitetsanalysen af psykiatrien; Regeringens styringseftersyn (2018) – tillægsrapport: Kapacitetsanalyse af psykiatrien. Analyserapport. 30. maj (2018); Lægeforeningen (2018) Styrk psykiatrien nu – det vedrører os alle.
[4] Kilde: Notat om psykologers vilkår i Norge. Erfaringer fra psykisk helsevern. Dansk Psykologforeningen
[5] Kilde: COWI 2014 FORSKNING TIL GAVN FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER – EN KORTLÆGNING AF FORSKNINGSMILJØER OG FORSKNINGSAKTIVITETER I DANMARK.
[6] Kilde: Sundhedsstyrelsen (2012) FOREBYGGELSESPAKKE mental sundhed // Se også Sundhedsstyrelsen 2015 – Sygdomsbyrden i Danmark. Sundhedsstyrelsen 2012 FOREBYGGELSESPAKKE mental sundhed
[7] Sammenlagt udgør psykiatriområdet som et afgrænset speciale 11,5 obligatoriske ECTS-point på uddannelsen (ud af 360 ECTS point svarer det til 3 pct.). Derudover er der mulighed for at tegne sig en psykiatrisk profil via kurserne; ”Specialefokuseret kursus og eksamen i børne- og ungdomspsykiatri”, ”Specialefokuseret kursus og eksamen i psykiatri: Psykotiske lidelser i skizofrenispektret”, ”Specialefokuseret kursus og eksamen i psykiatri: affektive lidelser”, ”Specialefokuseret kursus og eksamen i psykiatri: sexologi”, som alle er på 15 ECTS-point og består af 222 klinikundervisningstimer samt det mindre valgfag ”Kursus i basal og klinisk sexologi” på 2,5 ECTS-point. Alle kurserne er placeret på kandidatuddannelsens 5. semester. Kilde: Notat Medicinstudiet, Københavns Universitet 2018
[8] Den kliniske basisuddannelse omfatter en 12-måneders reservelægeansættelse fordelt med seks måneder i to specialer hhv. sygehus og sygehus/almen praksis. https://medicinsktidsskrift.dk/behandlinger/psykiatri/1635-politisk-beslutning-gavner-almen-praksis-men-skader-psykiatrien.html / https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=105099
[9] Kilde: Jensen et al. (2013) Medicinstuderende og yngre lægers speciale- og karrierevalg. KORA // Holm-Pedersen (2006) Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale. DSI.
[10] Praktiserende læger har i dag lov til at tilbyde samtaleterapi i almen praksis – op til syv halvtimers konsultationer i løbet af et år. Men der er ikke krav til, hvilke metoder lægerne bruger, når de samtaler med patienterne. Kilde:

Forskningsenheden for Almen Praksis (FEAP) (2016) http://feap.au.dk/aktuelt/nyheder/nyhed/artikel/praktiserende-laeger-skal-laere-patienter-at-loese-hverdagsproblemer/
Kilde: KORA (2012) Behandling af mennesker med angst og depression.
https://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i3824/Behandling-af-mennesker-med-angst-og-depression
Kilde: Dagens medicin (2008) Praktiserende læger undgår samtaleterapi https://dagensmedicin.dk/praktiserende-lager-undgar-samtaleterapi/
Nb. Læger der yder samtaleterapi skal i relevant omfang deltage i supervisionsmøder enten internt mellem alment praktiserende læger eller eksternt med psykolog eller psykiater. Der ydes ikke særskilt honorering for deltagelse i supervisionsmøder" Kilde: Overenskomst PLO (2018) http://okportalen.dk/

[11] Flere undersøgelser har dokumenteret de behandlingsmæssige fordele ved pårørendeinddragelse. Fx en stor metaanalyse om skizofrenipatienter i 2018 (Ashcroft et al 2018). Se flere studier på Bedre Psykiatris Vidensbank, Inddragelse af Pårørende

[12] Det er langt fra alle pårørende, der bliver inddraget i behandlingen. Det viser en undersøgelse fra Bedre Psykiatri. Kilde: BP (2018) Undersøgelse af pårørendeinddragelse i psykiatrien (2018).

[13] Kilde: Helsedirektoratet (2017) - Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

[14] Kilde: Pratt m.fl. (2006) The role of the family in psychiatric rehabilitation – Psychiatric rehabilitation second edition; Murray-Swank (2005) Family Psychoeducation as an Evidence-Based Practice. Se flere på Bedre Psykiatris Vidensbank, Inddragelse af Pårørende

[15] I 2012 tilkendegav 3 ud 4 pårørende, at omsorgsdage for pårørende ville indvirke overvejende positivt på deres familie- og arbejdsliv og ikke mindst kunne forbedre helbredelsen af den psykiske syge markant. Kilde: BP Research (2012). Pårørendes socioøkonomiske situation.

[16] Kilde: Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. (2004) A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. Psychiatr Rehabil J. 2004 Spring;27(4):360-74; SFI (2013) Integrerede Indsatser for mennesker med psykIske lidelser, en forskningsoversigt.

[17] Kilde: Om afdeling M. læs mere her Roskilde: se link. // Rapport VIVE (2018) "Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet - samfundsøkonomiske aspekter".

[18] Kilde: Bedre Psykiatri (2016) Pårørendes syn på psykiatrisk skadestue

[19] 45 pct. af arbejdstiden på psykiatriske akutmodtagelser bruges på misbrugsrelaterede henvendelser. Kilde: Danske Regioner (2018) - Analyse.

[20] Iflg. servicelovens § 82 c. kan kommunalbestyrelsen oprette og drive sociale akuttilbud.

[21] Se erfaringer fra: Deloitte (2017) Udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig afsluttende evaluering.

[22] Se erfaringer fra Pårørenderepræsentanter, Sikker Psykiatri projekt (2018) link, fra Norge, Stavanger Kommune, Region hovedstadens pårørendementor link Region Hovedstadens forældrementorer link.

[23] Kilde: Nordentoft et al. (2009) Psykose hos unge // SUS (2009), Den Koordinerende Kontaktperson.

[24] En undersøgelse fra Bedre Psykiatri viser bl.a. at hver tredje pårørende oplever, at den syges tilstand har ændret sig negativt under ophold på bosted. (Kilde: (2018) Pårørendes syn på bosteder, Bedre Psykiatri 2018)

[25] Servicelovens § 81.

[26] Politianmeldt vold og trusler mod beboere på socialpsykiatriske botilbud er steget i perioden fra 2007 til 2016. (Kilde: Institut for menneskerettigheder (2019) VOLD OG TRUSLER PÅ BOTILBUD. Tilsvarende vold mod ansatte på bosteder er på sit højeste siden 2005. Kilde: Socialministeriet (2016) Analyse af ansatte på bosteder. Misbrug spiller en afgørende rolle i en stor del af voldstilfældene på bostederne. (Kilde: SFI, (2017) VOLDSFOREBYGGELSE PÅ BOTILBUD OG FORSORGSHJEM link).

[27] Undersøgelse fra SFI påpeger, at botilbuddene benytter et stort antal forskellige metoder, hvoraf ikke alle er fagligt begrundede. De metoder, der er bedst belyst, og som der er mest evidens for effekten af, er nogle af dem, der er mindst kendt og benyttet. (Kilde: SFI (2015) METODER I BOTILBUD, SFI, 2015 link) // SFI (2017) VOLDSFOREBYGGELSE PÅ BOTILBUD OG FORSORGSHJEM, SFI, 2017 link). En undersøgelse fra 2016 har tillige fremhævet det forhold i relation til den socialfaglige tilgang, at flere af fagpersonerne har vanskeligt ved at konkretisere den faglige referenceramme til pædagogiske strategier i relation til den enkelte borger. Kilde: Defactum (2016) Vold på botilbud og forsorgshjem.

[28] En undersøgelse fra Defactum 2016 konkluderer, at de fysiske rammer har spillet en væsentlig rolle for voldsepisodernes udvikling på botilbuddene Kilde: Defactum, (2016) Vold på botilbud og forsorgshjem,

[29] Kun 20 pct. af psykiatriske patienter i alderen 18-64 år er i ordinær beskæftigelse. Kilde: KL (2017) Udvikling i beskæftigelse blandt psykiatriske patienter. Halvdelen af dem, der var i arbejde, inden de blev indlagt på en psykiatrisk afdeling, er i arbejde igen et halvt år efter, de er udskrevet. Kilde: SUM (2018) Nationale mål for sundhedsvæsenet 2017. Syv ud af ti førstegangsdiagnosticerede er tilknyttet arbejdsmarkedet seks år før diagnosen stilles mod otte ud af ti i hele befolkningen. Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (2018) Førstegangsdiagnosticerede patienter i psykiatrien. Forløb i sundhedsvæsenet og udvikling i arbejdsmarkedstilknytning
[30] Tre ud af fire kommuner gennemfører ikke systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene. Kilde: Statens institut for folkesundhed (2017) Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2017. I følge OECD er jobcentrene i Danmark dårlige til at tackle psykisk sygdom. Kilde: OECD (2013) Mental Health and Work Denmark.
[31] Kilde: James M, Painter J, Buckingham B, Stewart MW. (2018) A review and update of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). BJPsych Bull. 2018 Apr;42(2):63-68. doi: 10.1192/bjb.2017.17. Epub 2018 Mar 5.
[32] Kilde: Change in mental health consumer's clinical outcomes, 2018. Identifying and definitional attributes
[33] Kilde: Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan
[34] Kilde: Region Hovedstadens psykiatriske om HoNOS
[35] Kilde: Region Midtjylland 2016 AFRAPPORTERING HoNOS-undersøgelsen ultimo 2016
[36] Kilde: Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan
[37] Kilde: RC PSYCH Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)
[38] Kilde: VLAK 2018 'Vi løfter i fællesskab' – En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025
[39] Kilde: Sundhedsstyrelsen 2018 Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017
[40] Kilde: Nationale Mål for Sundhedsvæsenet 2018
[41] Kilde: Nationale Mål for Sundhedsvæsenet 2018
[42] Kilde: UN's Susstainable Development Goals
[43] Kilde: Sundhedsstyrelsen 2012 KORTLÆGNING AF INDSATSEN FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER – udvikling i diagnoser og behandling
[44] Kilde: JUSTITSMINISTERIETS FORSKNINGSKONTOR DECEMBER (2018) NYE FORANSTALTNINGSDOMME I 2017