



PSYKIATRI
FONDEN ©

ET GODT LIV
TIL FLERE

TAL TIL PSYKEN

FAKTA OM PSYKISK SYGDOM OG SUNDHED

ORDVALG

Psykiastrifonden har i denne publikation valgt at anvende ordet “psykisk sundhed” i teksten som et gennemgående ordvalg. Psykisk sundhed sidestilles derfor med mental sundhed som er et andet meget anvendt ord. Psykiastrifonden anvender desuden betagelsen “psykisk sygdom” i teksten, som dækker feltet af psykiske lidelser, psykiske (helbreds) problemer og mentale (helbreds)problemer. I grafer, figurer og citater anvendes kildens oprindelige ordvalg, som også vil fremgå af kilde henvisningen.

DEFINITION AF PSYKISK SUNDHED

En tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskabet med andre mennesker¹.

DEFINITION AF PSYKISK SYGDOM

En tilstand hvor et menneske oplever psykiske symptomer i en kortere eller længere periode, som medfører alvorlig nedsættelse af livskvalitet, og funktionshæmning i arbejds- og privatlivet²

Udarbejdet af Psykiastrifonden

Bearbejdelse og analyse
Joan Bentzen, analytiker & Ph.d.
og Rizwan Paravaiz, cand. med.

Layout og redigering
Jan-Alexander Schmidt

FORORD AF ANNE LINDHARDT	4
KAPITEL 1: TAL TIL PSYKEN	11
KAPITEL 2: FOREKOMST AF PSYKISK SYGDOM	15
KAPITEL 3: PSYKISK SYGDOM OG UDDANNELSE	21
KAPITEL 4: PSYKISK SYGDOM OG ARBEJDSMARKEDET	25
KAPITEL 5: FYSISK OVERDØDELIGHED VED PSYKISK SYGDOM	31
KAPITEL 6: OMKOSTNINGER VED PSYKISK SYGDOM	35
KAPITEL 7: BØRN OG UNGE	43
KAPITEL 8: FOREBYGGELSE OG TIDLIG INDSATS	53
KAPITEL 9: KVALITET AF BEHANDLINGEN	59
REFERENCER	64

FORORD AF ANNE LINDHARDT FORMAND FOR PSYKIATRIFONDEN

Kære læser

Vi bruger statistik og dermed tal til at beskrive sundhedsvæsenet. Vi bruger dem til at planlægge og til at forske. I Danmark har vi enestående gode statistikker, der beskriver sygdommes udvikling og forløb. Vi ved f.eks. hvor mange der hvert år bliver behandlet for en psykisk sygdom. Vi ved hvor mange af disse der for første gang får behandling for en psykisk sygdom. Vi er interesserede i at vide hvordan går det dem i arbejdslivet. Hvad kan behandlingssystemet levere? Hvad er de samfundsmæssige konsekvenser? Er der mangler? Hvilken alder har de når de bliver syge? Hvilket køn har de? Hvordan virker behandlingen? Hvordan styrker man den psykiske sundhed, når man bliver psykisk eller fysisk syg? Hvad vil det overhovedet sige at være psykisk sund?

Det vi mangler i Danmark for at fuldende billedet, og som man har tal på i andre lande, er antallet af mennesker, som får en psykisk sygdom, uden at de søger specialiseret behandling. Her har vi anvendt tal fra lande, som har en vis lighed med Danmark. Disse tal viser, at det kan være flertallet, af dem som får en psykisk sygdom, der ikke søger behandling. Det skyldes sandsynligvis for en stor del det tabu som findes om psykiske sygdomme og betyder store menneskelige lidelser



Anne Lindhardt
Formand for Psykiatrifonden

Foto: Petra Theibel

og unødvendige samfundsudgifter.

Vi kan ikke undvære tallene, men det kan være svært at orientere sig i de mange former for tal og statistikker, der beskriver psykiske sygdomme, deres behandling og de vilkår mennesker med psykiske lidelser lever under. Tallene beskriver grupper, men ikke individer. Psykiske sygdomme er komplekse og ud over de symptomer sygdommene i sig selv giver, rammer de ind i menneskers trivsel og mulighed for at klare sig i uddannelses- eller arbejdslivet. Statistikker skal udvælges og fortolkes for at kunne bruges fornuftigt. Tallene bag statistikkerne kan indhentes på mange forskellige måder og det har igen betydning for, hvordan de kan fortolkes.

Her har vi sammenstillet nogle nøgletal fra de senere år, indhentet fra forskellige rapporter, der fortæller om forekomsten af sygdomme, om behandlingssystemet og om offentlig forsørgelse, om trivsel hos børn og unge og om sociale risikofaktorer. Vi prøver på denne måde at give et overblik på tværs og dermed at skabe en større sammenhæng.

Vi har valgt at fokusere på tal, der belyser en række af Psykiatrifondens egne indsatsområder og projekter. Vi benytter lejligheden til kort at beskrive disse, og får dermed også illustreret hvordan tal kan bruges og fortolkes i praksis.

Psykiatrifonden er en vidensorganisation. Vi indsamler og formidler viden. Vi skaber viden fra vores projekter. Vi har den ambition, at viden skal udnyttes så den kommer flest muligt til gavn. Vi

ønsker at medvirke til at dokumenteret viden kan anvendes og implementeres bredt.

Vi har fokus på forebyggelse. Det er vigtigt at undgå at sygdomme opstår. Det kalder man primær forebyggelse. Den sekundære forebyggelse handler om at kunne gribe ind så tidligt som muligt i en sygdomsudvikling for at undgå langvarige og alvorlige konsekvenser. Den tertiære forebyggelse handler om at sikre mennesker med vedvarende sygdom så gode liv uden alvorlige tilbagefald som muligt. For at kunne følge udviklingen over tid har man behov for gode statistikker, indsamlet på en ensartet måde, så man ved, at det man sammenligner fra det ene år til det andet, er det samme.

Der er behov for at kende risikogrupper og risikofaktorer, så man kan gribe ind ved de aller-første tegn på symptomer. Det kræver, at behandlingssystemet er tilgængeligt, fleksibelt og har den rette kapacitet.

Behandlingssystemet har ændret sig betragteligt inden for de senere år. Der lægges vægt på at mennesker er indlagte på døgnafdelinger kortest muligt. Dels fordi man mister noget af sin sociale kompetence og dermed evne til at fungere ved at være indlagt, men også fordi det er meget dyrt. I stedet tilbyder man ambulante behandling og i stigende grad en behandling, der er rettet mod bestemte diagnoser (specialiserede team). Med denne omlægning kan man behandle flere for de samme penge.

Regeringen udgav i 2014 en handleplan for

psykiatri. En af visionerne var at psykiske og fysiske lidelser skulle ligestilles. Der er derfor indført udrednings- og behandlingsret i psykiatrien, på linje med somatikken. Inden for en måned fra en henvisning skal der foreligge en diagnose og behandlingen skal være påbegyndt. Det er godt for mange, der ellers har skullet vente længe på at komme i behandling, og lever op til princippet om at gribe ind tidligt. Men det risikerer at presse systemerne, fordi de penge der er udmøntet til at få det til at fungere er få. Der sker derfor en omlægning af behandlings systemet så de svært og langvarigt psykisk syge patienter nedprioriteres for at man kan leve op til de politiske krav. Det bliver vigtigt at følge hvilke alvorlige konsekvenser det vil kunne få for de mennesker, der er syge over længere tid.

Vi har i Psykiatrifonden et særligt fokus på børn og unge. Det er i de tidlige år, man har størst mulighed for at forebygge, at psykiske problemer og mistrivsel udvikler sig til egentlige psykiske sygdomme. Vi mener, at der skal udarbejdes en national handleplan for børne- og unge området.

Vi har også samlet tal, der viser, at mennesker med alvorlige psykiske sygdomme desværre dør tidligere end andre. De dør af flere årsager: bivirkninger ved behandlingen, sygdommens indvirkning på livsstilen og i høj grad af udiagnosticerede og underbehandlede somatiske sygdomme.

Psykiske sygdomme koster meget for samfundet, foruden naturligvis for den enkelte. Det gør de dels fordi behandlingen koster penge, men endnu mere fordi der tabes arbejdsår under sygdommen, og

fordi der kommer sociale ydelser til. Vi viser også nogle tal for dette. Det demonstrerer, at det også samfundsmæssigt betaler sig at forebygge.

Psykiske sygdomme kan ramme os alle, men der er alligevel en tendens til at der optræder en social ulighed. Det demonstrerer igen kompleksiteten i psykisk sygdom og sundhed og i hvordan samfundsforhold spiller en stor rolle.

God fornøjelse med tal til psyken.

ANNE LINDHARDT

Formand for Psykiatrifonden



KAPITEL 1

TAL TIL PSYKEN

20 %

af befolkningen havde i løbet af ét år haft symptomer på mindst én psykisk sygdom.

TAL TIL PSYKEN

Af Rizwan Paravaiz, cand. med.

PSYKISK SYGDOM OG SUNDHED

Psykiatrifondens vision er et samfund, hvor færre bliver psykisk syge og hvor flere kommer sig - eller lever et godt liv med deres sygdom.

Psykiatrifonden arbejder derfor for at fremme danskernes psykiske sundhed, og for at ligestille fysisk og psykisk sygdom. Undersøgelser har vist, at i løbet af et år vil ca. 20 % af den voksne befolkningen have psykiske symptomer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme. Det svarer til 700.000-800.000 voksne danskere³.

PSYKISKE SYGDOMME, FOREKOMST OG OMKOSTNINGER

De psykiatriske diagnoser baseres, med enkelte undtagelser, på symptomer og ikke biologiske eller psykiske markører. Det skyldes, at vi kun i begrænset omfang kender til de processer i

hjernen som forårsager sygdommene. Diagnosen er den faglige betegnelse som sammenfatter en sygdomstilstand. Denne sammenfattende betegnelse er nyttig, når der skal træffes valg om behandling, når man forsøger at forudsige sygdommens udvikling, samt til kommunikation imellem behandlere og statistiske formål. Men det er vigtigt at påpege, at diagnosen er knyttet til sygdommen og at mennesket, som har sygdommen, er meget mere end bare diagnosen. Således HAR patienten skizofreni men ER ikke skizofren. På samme måde som patienten HAR diabetes og ikke ER sin diabetes.

De væsentligste psykiske sygdomme hos voksne kan inddeles i følgende hovedgrupper:

SKIZOFRENI OG ANDRE PRIMÆRT PSYKOTISKE SYGDOMME

Psykose (hallucinationer eller vrangforestillinger) er en uspecifik, sygelig reaktion – ligesom feber.

PSYKISK SUND SELVOM MAN HAR EN DIAGNOSE

I Psykiatrifondens arbejde er det ikke afgørende om vi som mennesker har en diagnose eller ej.

Vi er optaget af, at flere skal opleve at de trives, at flere får mulighed for at udfordre

deres evner, deltage i samfundslivet og håndtere almindelige dagligdags udfordringer og opgaver.

Vi har fokus på psykisk sundhed, og man kan godt være psykisk sund selvom man har en psykiatrisk diagnose. Vi er optagede af at skabe faorudsætningerne for et bedre liv.

Afhængig af den individuelle sårbarhed vil alle kunne udvikle psykose, hvis hjernen bliver overbelastet. Eksempelvis kan svær søvnmangel, stress og feber fremkalde psykotiske symptomer.

De psykotiske symptomer er fremtrædende i denne sygdomsgruppe som omfatter skizofrene sindslidelser, akutte og forbigående psykotiske tilstande og skizo-affektive lidelser. Der optræder fundamentale og karakteristiske forstyrrelser i opfattelse og tænkning samt uhensigtsmæssige eller nedsat følelsesmæssig reaktion (såkaldt negative symptomer). De psykotiske symptomer og påvirkningen af følelserne varierer i omfang og type, hvilket danner grundlaget for den specifikke diagnose. Herudover hører skizotypisk sindslidelse også til denne gruppe, selvom lidelsen er karakteriseret ved, at der ikke optræder psykotiske symptomer, men udelukkende negative symptomer.

AFFEKTIVE SINDSLIDELSER

Forandringer i stemningslejet er den grundlæggende forstyrrelse i denne gruppe af sygdomme. Enten i form af opstemthed, som er karakteristisk for mani, eller nedstemthed som er karakteristisk for depression.

Tilbagevendende depression og bipolar affektiv

sindslidelse er de mest fremtrædende sygdomme i denne gruppe. Stemningsforstyrrelser med nedstemthed uden forekomst af maniske (eller hypomaniske) episoder definerer depressionsdiagnosen. Ved bipolar affektiv sindslidelse forekommer både maniske (eller hypomaniske) og depressive episoder. Ved øgning af sværhedsgraden af symptomer vil hjernen belastes og der vil være risiko for udvikling af psykose.

ANGST- ELLER FRYGT-RELATEREDE SYGDOMME

Angst er det dominerende symptom i denne gruppe. Foruden angstfølelsen vil der også være andre symptomer til stede, heraf mindst et kropsligt, eksempelvis hjertebanken, vejrtækningsbesvær, svedtendens eller rysten. De kropslige symptomer formidles via den del af nervesystemet som ikke er under viljens kontrol. Angst er en af de hyppigst forekomne lidelser i samfundet og afhængig af udløsende årsag, varighed og omstændigheder indeholder gruppen generaliseret angst, panikangst, enkelt fobi, socialfobi og agorafobi.

De to næste hovedgrupper af sygdomme adskiller fra de øvrige psykiske sygdomme ved at diagnosen tager udgangspunkt i de udløsende faktorer.

PSYKISKE SYGDOMME RELATERET TIL BRUG AF PSYKOAKTIVE STOFFER

Til denne gruppe medregnes sygdomme forårsaget af alkohol og psykoaktive stoffer (fx morfin, hash, benzodiazepiner, kokain, amfetamin, LSD og tobak)). Afhængig af hvilke stoffer der bruges, er effekten stimulerende, euforiserende eller beroligende sløvende og bedøvende. Behandlingen er ofte multifacetteret og kompleks og helt afhængig af om sygdommen befinder sig i akut-, abstinens- eller afhængigheds-fasen.

Alkohol er langt den hyppigste årsag til psykiske sygdomme i denne gruppe. Op imod 50 % af patienter, som indlægges på psykiatrisk afdeling, har et misbrug af alkohol, medicin eller andre psykoaktive stoffer.

NEUROKOGNITIVE SYGDOMME (ORGANISKE LIDELSER)

Demens er den dominerende sygdom i denne gruppe, hvoraf Alzheimers sygdom udgør 50-60 % og vaskulær demens (der skyldes forandringer i hjernens blodkar) ca. 25 %.

Demens er karakteriseret ved varig svækkelse af hukommelse og kognitive funktioner samt følelses- og/eller adfærdsmæssige forandringer. Forekomsten stiger betydeligt med alderen fra 1-2 % af de 60-70 årige, til 30-40 % af de 90 årige. Da antallet af ældre er stigende, vil antallet af ældre med demens sandsynligvis også stige markant over de næste årtier. Alzheimers sygdom kan pt ikke kureres eller forebygges.

GENNEMGANG AF ENKELT DIAGNOSER

Herunder gennemgås karakteristika og symptomer på enkelte diagnoser.

ADHD

Hyperkinetiske adfærdsforstyrrelser er

kendetegnet ved opmærksomhedsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet. Tilstanden ADHD opstår i den tidlige barnealder og fortsætter op i gennem skole og ungdomsalder. Hos nogle patienter består sygdommen i voksenalderen.

Symptomerne på ADHD er impulsivitet, opmærksomhedsproblemer og hyperaktivitet medfører mangel på vedholdenhed og konstant aktivitetsskifte. Herudover bidrager uhensigtsmæssige adfærd og begrænset omtanke til betydelig symptombelastning og tilpasningsvanskeligheder i skolen og socialt

POSTTRAUMATISK BELASTNINGSREAKTION (PTSD)

PTSD er en tilstand der opstår som en forsinket reaktion på et traume eller situation af exceptionel truende eller katastrofeagtig natur. Det kan fx være naturkatastrofer, krigsoplevelser, voldsomme ulykker eller voldtægt/overfald.

Karakteristiske symptomer er tilbagevendende genoplevelse af traumet i "flashbacks", påtrængende erindringer eller mareridt. Herudover opleves stærkt ubehag og undgåelse af alt, der minder om traumet. Fortrængning af dele eller hele oplevelsen kan også forekomme. Desuden kan man opleve vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed og alarmberedskab med fx søvnforstyrrelser, irritabilitet, vredesudbrud og koncentrationsbesvær.

PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER

Personlighedsforstyrrelser er udtalte forstyrrelser af personlighedsstrukturen og adfærdsmæssige tilbøjeligheder.

Forstyrrelserne debuterer i barnealderen eller ungdomsårene og består gerne hele livet. Forstyrrelserne inddrager centrale forhold af personligheden som holdninger, følelsesliv, impuls kontrol og forhold til andre mennesker. Ofte medfører forstyrrelserne en unuanceret, og

uhensigtsmæssig adfærd, som skaber problemer for patienten selv og omgivelserne.

Personlighedsforstyrrelserne inddeles efter de dominerende adfærdstræk

SPISEFORSTYRRELSER

Denne gruppe indeholder forstyrrelser med psykiske adfærdsforandringer i forbindelse med fysiologiske funktioner. De hyppigste spiseforstyrrelser omfatter anoreksi, bulimi og BED (tvangsoverspisning).

Anoreksi er karakteriseret ved tilsigtet vægttab, der er fremkaldt og vedligeholdt af personen selv. Vægttabet forsøges opnået med streng diæt, overdreven motionering, selv fremkaldte opkastninger, slankemidler eller afføringspiller. I nogle tilfælde er overdrevne vægttab livstruende. Bulimi er karakteriseret ved tilbagevendende spiseanfald, hvor der indtages store mængder mad. Dette skyldes en uimodståelig spisetrang og tab af kontrol over spisningen. Efterfølgende forsøges dette modvirket ved systematisk fasten, opkastning, motion eller indtagelse af slanke- og afføringspiller.

BED (tvangsoverspisning) er en spiseforstyrrelse karakteriseret ved spiseanfald som ved bulimi, men uden de efterfølgende systematiske forsøg på vægtregulering. Udover at være forpint af spiseforstyrrelsen, plages denne gruppe også ofte af stigmatiseringen ved at være overvægtig.

FIND MERE INFORMATION PÅ PSYKIATRIFONDEN.DK/DIAGNOSER



KAPITEL 2

FOREKOMST AF PSYKISK SYGDOM

FOREKOMST AF PSYKISK SYGDOM

Der ses ofte meget forskellige tal for hyppighed af psykiske sygdomme. Udover manglende præcis viden, kan forskel i angivelserne også skyldes at den karakteriseres på forskellige måder. Der kan være tale om forekomst på et givet tidspunkt, forekomst i løbet af et år (et større tal) eller forekomst i en levealder (et endnu større tal).

Desuden søger kun en mindre del af personer med psykiske lidelser behandling og for en del af dem, der rent faktisk får behandling sker dette hos den praktiserende læge, hos speciallæge eller hos en privatpraktiserende psykolog, hvorfra man ikke kender tallet for patienter med psykisk sygdom. Der er således to mørketal, hvilket gør det særdeles vanskeligt at estimere den nøjagtige forekomst.

I figur 1 er angivet andelen af befolkningen, som man formoder lider af forskellige psykiske sygdomme. Andelen er et gennemsnit af forekomsten ved befolkningsundersøgelser i en række europæiske lande⁵. En person kan have flere diagnoser, man kan således ikke lægge procenterne i Figur 1 sammen og få den samlede forekomst af

25 %

Psykiske sygdomme alene udgør næsten 25 % af den samlede sygdomsbyrde, og er den høeste enkeltårsag i verden⁴.

FIGUR 1: FOREKOMSTEN AF PSYKISKE SYGDOMME HOS VOKSNE

Psykiske lidelser	Andele (%) i Europa	Svarende til personer i Danmark a)
Angstlidelser	ca. 12 %	400.000
Bipolar lidelse	0,8 %	30.000
Depression	8 %	300.000
Medicinsk uforklarede symptomer	6 %	200.000
Misbrug	Alkohol 3 %	100.000
	Stoffer 0,3 %	15.000
Psykosesygdomme	3 %	90.000
Spiseforstyrrelser	0,4 %	14.000

a) Baseret på et befolkningstal på 3,5 mill. personer mellem 18-65 år

psykisk sygdom i Danmark.

Psykiske sygdomme er ofte svært hæmmende for en normal livsførelse. De er som regel ikke dødelige, men nedsætter funktions- og arbejdsevnen, så mennesker ud over behandling også kan have behov for praktisk hjælp, og eventuelt indlæggelse for at klare sig.

De fleste, der får en psykisk sygdom bliver raske igen. Man kan få en psykisk sygdom flere gange i livet, og hver gang blive rask. I visse tilfælde vedbliver den psykiske sygdom med at komme igen så hyppigt, at man vil have nogle blivende nedsættelser af sin evne til at fungere i arbejdslivet – og måske også have brug for støtte i hverdagslivet. Med begrebet ”recovery” (”at komme sig”) forstår man, at man på trods af fysiske eller psykiske skavanker får en god tilværelse med respekt, relationer og mening⁶.

FOREKOMST AF ANGST, DEPRESSION OG SKIZOFRENI I DANMARK

En opgørelse af de diagnosticerede tilfælde af angst (inkl. PTSD), depression og skizofreni (inkl. psykosesygdomme) i perioden 2010-2012 ses i figur 2⁷.

FIGUR 2: FOREKOMSTEN AF ANGST, DEPRESSION OG SKIZOFRENI I DANMARK, GENNEMSNIT FOR ÅRENE 2010-2012

	Incidens (rate pr. 100.00)		Prævalens (rate pr. 100.000)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Angst	254	360	1.847	2.943
Depression	146	235	1.153	2.078
Skizofreni	68	58	820	703

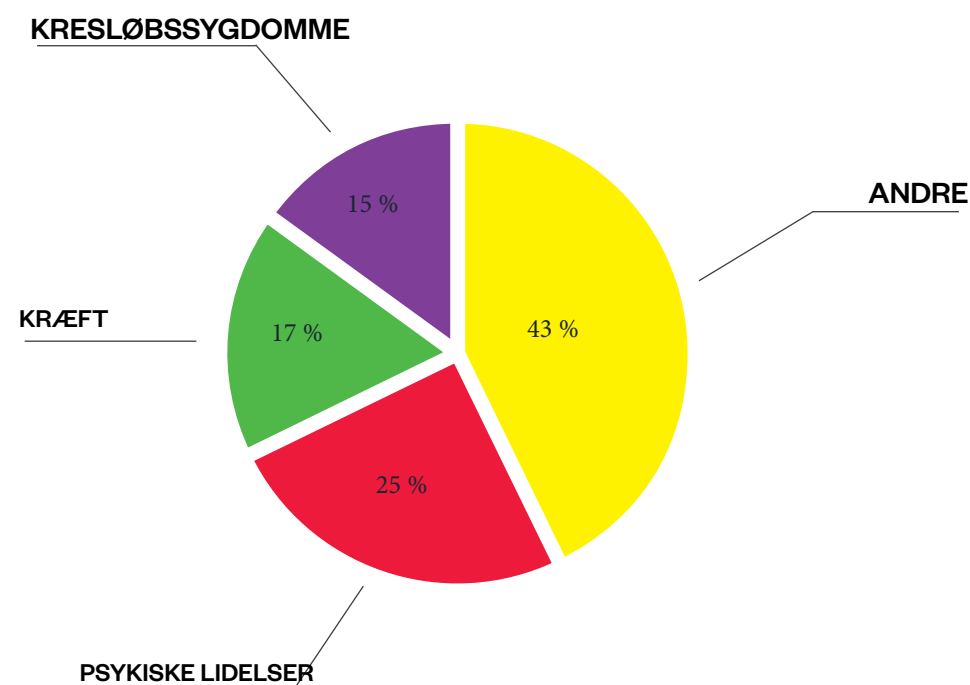
Tallene er baseret på oplysninger fra Landspatientregistret og inkluderer således kun de personer, der er diagnosticeret eller behandlet på hospitalet. Tallene inkluderer ikke personer, der er diagnosticeret og behandlet hos egen læge, hos psykolog eller som slet ikke har været i kontakt med sundhedssystemet. Det betyder, at de reelle tal for især angst og deprimerede nok er noget større end de angivne.

VERDENSPLAN

På verdensplan udgør psykiske sygdomme den væsentligste sygdomsbyrde. Udviklingen fra 1990-2010 viser, at psykiske sygdomme nu alene svarer til knap 25 % af den samlede sygdomsbyrde⁸. I Danmark udgør psykiske sygdomme formentlig også den største sygdomsbyrde med 25 % af den samlede byrde efter WHO's målinger, og overgår kræft og kredsløbssygdomme.

Det ses tydeligt, at psykiske lidelser belaster mere pga. funktionsnedsættelse end ved for tidlig død. Behovet for ydelser og støtte fra samfundet er for nogle sygdomme mangeårigt og stort, da de mere alvorlige sygdomme oftest begynder i barn- og ungdommen.

FIGUR 3: SYGDOMSBYRDE I DANMARK⁹



KØNSFORSKELLE

Inden for de forskellige psykiske sygdomme ses kønsforskelle. Der er en overhyppighed af mænd, der bliver indlagt på grund af misbrug, og en overhyppighed af kvinder, der bliver indlagt på grund af angst, depression og personlighedsforstyrrelse¹⁰.

Kvinder i alle aldersgrupper angiver at have et

dårligere psykisk helbred end mænd. Andelen som angiver dårligt psykisk helbred falder med alderen indtil 75 år for begge køn. Andelen af kvinder med dårligt psykisk helbred er dobbelt så stor i alderen 16-24 år sammenlignet med mænd i samme alder (se figur 4)¹¹.

I flere undersøgelser har det vist sig, at fx minoritetsgrupper som seksuelle minoriteter og immigranter har større andel af psykiske

FIGUR 4: ANDELE SOM ANGIVER DÅRLIGT PSYKISK HELBRED¹²

Alder	Mænd	Kvinder
16-24 år	12,9 %	23,8 %
25-34 år	13,9 %	19,5 %
35-44 år	12,2 %	16,3 %
45-54 år	11,1 %	14,9 %
55-64 år	9,2 %	11,8 %
65-74 år	5,9 %	7,8 %
>75 år	9,0 %	13,1 %
I alt	10,7 %	15,5 %

sygdomme og psykiske problemer end majoriteten.

Dette skyldes sandsynligvis netop deres minoritetsstatus og den deraf følgende stigmatisering.^{13,14}

INDLÆGGELSER OG BEHANDLING

En psykiatrisk indlæggelse for 18-64 årige varede i 2016 i gennemsnit 24 dage. Der er sket et fald

i indlæggelsestiden på 3-4 dage siden 2012, svarende til et fald i antallet af sengepladser. I 2016 var ca. hver fjerde indlæggelse en genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivningen fra forrige indlæggelse.¹⁵

FIGUR 5 VOKSNE I BEHANDLING (UNIKKE PATIENTER) I PSYKIATRIEN (2016) OPDELT PÅ BOPÆLSREGION¹⁶

	Patienter i voksenpsykiatrien	Vækst i voksen-psykiatrien 2012-2016
Region Nordjylland	10.631	28 %
Region Midtjylland	10.631	20 %
Region Syddanmark	30.967	16 %
Region Hovedstaden	37.079	20 %
Region Sjælland	16.728	19 %
I alt	119.061	18 %



KAPITEL 3

PSYKISK SYGDOM OG UDDANNELSE

PSYKISK SYGDOM OG UDDANNELSE

Der er store uligheder for mennesker med psykiske sygdomme, der kan ses inden for forskellige områder:

- Uddannelsesniveau
- Oversygelighed
- Overdødelighed

UDDANNELSESNIVEAU

Der er en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og psykisk sygdom. Forekomsten af dårligt selv vurderet psykisk helbred er højest blandt personer, der er under uddannelse og næsten lige så højt blandt dem med grundskole som højeste gennemførte uddannelsesniveau. Det laveste niveau af dårligt psykisk helbred ses blandt personer med en lang videregående uddannelse. Dette er i overensstemmelse med, at psykisk sygdom er én af de væsentligste grunde til at unge mennesker har vanskeligheder ved at gennemføre en uddannelse.

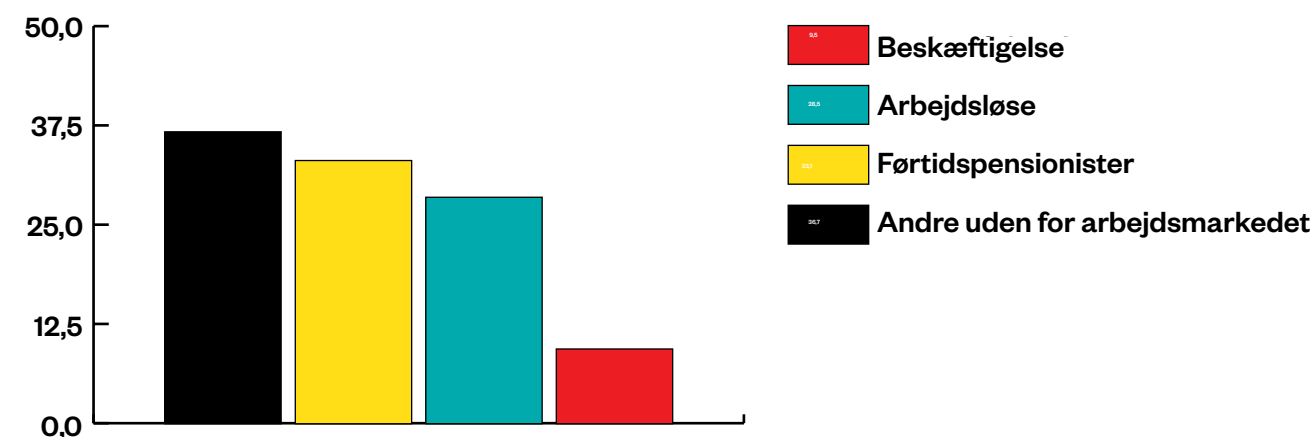
Både blandt mænd og kvinder er andelen, der siger de har et dårligt psykisk helbred størst blandt personer med 10 års skolegang eller derunder. Størst andel med god psykisk sundhed ses blandt mænd med 11-14 års uddannelse og kvinder med 13-14 års uddannelse¹⁷. Gifte har en lavere forekomst af dårligt psykisk helbred end enlige¹⁸.

Desuden rapporterer personer uden for arbejdsmarkedet, at de har et dårligere psykisk helbred end beskæftigede (figur 6,7). Andelen med dårligt mentalt helbred er steget med 30 % siden 2013 blandt alle i den erhvervsaktive alder, særligt blandt de unge kvinder.

FIGUR 6: SAMMENHÆNG MELLE UDDANNELSESNIVEAU OG DÅRLIGT PSYKISK HELBRED¹⁹

UDDANNELSE	PROCENT MED SELVRAPOORTERET DÅRLIGT PSYKISK HELBRED
UNDER UDDANNELSE	18,6 %
GRUNDSKOLE	17,2 %
KORT UDDANNELSE	12,7 %
KORT VIDEREGÅENDE UDDANNELSE	11,1 %
MELLEMLANG VIDEREGÅENDE UDDANNELSE	10,7 %
LANG VIDEREGÅENDE UDDANNELSE	9,9 %

FIGUR 7: SAMMENHÆNG MELLE UDDANNELSESNIVEAU OG DÅRLIGT PSYKISK HELBRED²⁰





KAPITEL 4

PSYKISK SYGDOM OG ARBEJDSMARKEDET

PSYKISK SYGDOM OG ARBEJDSMARKEDET

Personer uden for det ordinære arbejdsmarked har en høj grad af psykisk sygdom og er i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Især de ikke- arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere er hårdt ramt. Heriblandt har knap 5 % været på psykiatrisk skadestue, 4 % har været indlagt og 17 % har haft psykiatriske ambulante besøg. Foruden de ikke- arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere er sygedagpengemodtagere og personer på førtidspension ligeledes i høj grad i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen²¹.

Pr. 1. januar 2012 modtog knap 94.000 personer med alvorlig psykisk sygdom²² i aldersgruppen 16-66 år en offentlig forsørgelsesydelse. Knap 70.000 med tilsvarende sygdom, dvs. samme kontakt til behandlingssystemet, modtog ingen ydelser (Figur 8). Det bekræfter at psykiske sygdomme er svært funktionshæmmende og som tidligere nævnt udgør en stor del af et samfunds sygdomsbyrde.

57 % af de i alt ca. 164.000 alvorligt psykisk

syge, modtog en eller anden form for offentlig ydelse mens 43% er blevet forsørget af familien eller har kæmpet med at passe et arbejde trods deres psykiske sygdom. Andelen af borgere med en psykisk sygdom er højest blandt kontanthjælpsmodtagere og sygedagpengemodtagere (20 %). I gruppen af alvorligt psykisk syge kontanthjælpsmodtagere er kvinder og unge under 30 år overrepræsenterede. I gruppen af sygedagpengemodtagere med alvorlig psykisk sygdom er kvinder og borgere under 50 år overrepræsenterede²³.

59 % af ydelsesmodtagere med psykiske sygdomme er kvinder, og 53 % af alle ydelsesmodtagere er kvinder. Personer under 50 år er overrepræsenteret blandt ydelsesmodtagere med psykiske sygdomme i overensstemmelse med at psykiske sygdomme i høj grad viser sig i barn- og ungdom.

Psykisk sygdom kan føre til en nedsat funktions- og arbejdsevne, der gør det vanskeligt at varetage et arbejde. Det har store økonomiske

samfundsomkostninger, når borgere er syge og må have offentlige ydelser. For det enkelte menneske betyder det færre økonomiske ressourcer, en manglende social kontakt og nedsættelse af livskvaliteten.

FIGUR 8: ANTAL OG ANDEL AF PERSONER I ALDERSGRUPPEN 16 - 66 ÅR MED PSYKISKE LIDELSER, FORDELT PÅ YDELSE PR. 1. JANUAR 2012²⁴

YDELSE	ANTALLET PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER	ANTAL PERSONER SOM FÅR EN YDELSE	ANDEL AF PERSONER PÅ YDELSE MED PSYKISKE LIDELSER, PCT.
Personer i alt på ydelse	93.847	682.188	13,8
På A-dagpenge	7.457	150.697	5,0
På kontanthjælp mv.	28.509	140.448	20,3
På sygedagpenge	16.235	78.321	20,7
I fleksjob og ledighedsydelse	6.652	67.969	9,8
På førtidspension	34.994	244.721	14,3
Får ingen ydelse	69.372	-	-

FIGUR 9: KARAKTERISTIKA FOR MENNESKER SOM MODTAGER EN OFFENTLIG YDELSE PGA. PSYKISKE SYGDOMME I FORHOLD TIL ALLE YDELSESMODTAGERE²⁵

KARATERISTIKA		YDELSESMODTAGERE MED PSYKISKE LIDESLER I %	ALLE YDELSESMODTAGERE I %
KØN	KVINDER	59 %	53 %
	MAND	41 %	47 %
ALDER	16 - 29 ÅR	21 %	16 %
	30 - 49 ÅR	51 %	44 %
	50 - 66 ÅR	28 %	41 %
ETNICITET	DANSKERE	84 %	83 %
	INDVANDRERE & EFTERKOMMERE	15 %	16 %

PSYKISK FØRSTEHJÆLP I TIL UNGE, PÅ ARBEJDSPLADSEN OG I HVERDAGEN

Psykiatrifonden har siden 2013 udviklet og udbudt den danske version af kurser i Psykisk Førstehjælp. Formålet er, at flere danskere har handlemuligheder, når de møder et menneske med psykisk sygdom. Kurset sætter fokus på at øge viden og mindske fordomme om psykisk sygdom. I dag er der ca. 40 aktive instruktører i Psykisk Førstehjælp og 3800 personer har gennemført kurset.

Se mere på p1h.dk



KAPITEL 5

FYSISK OVERDØDELIGHED VED PSYKISK SYGDOM

FYSISK OVERDØDELIGHED VED PSYKISK SYGDOM

OVERDØDELIGHED OG OVERSYGELIGHED

Der er en oversygelighed og overdødelighed hos mennesker med skizofreni, bipolar lidelse og depression. Den forventede levetid er ca. 15 år kortere for kvinder med disse sygdomme og ca. 20 år kortere for mænd. Antallet af tabte leveår er størst for mennesker der lider af bipolar sygdom og skizofreni og lidt mindre ved depression. Selvom den forventede levetid for befolkningen generelt er steget igennem mange år, er der stadig en konstant forskel på levetiden for psykisk syge på 15-20 år.

OVERDØDELIGHEDEN KAN I NOGEN GRAD FORKLARES VED:

- Somatiske sygdomme som hjertekarsygdomme, KOL og diabetes som følge af risikofyldt livsstil
- Højere selvmordsrater og ulykker
- Bivirkninger ved psykofarmaka
- Forskelsbehandling i sundhedssystemet

Størstedelen af de tabte leveår skyldes somatiske sygdomme som hjertekarsygdomme og apopleksi. Årsagerne til somatiske sygdomme er flere, og kan bl.a. skyldes at psykisk syge ikke har ændret livsstil med rygestop, sundere kost og motion. Medarbejdere inden for psykiatrien har desuden primært fokus på psykosociale problemer hos deres patienter, og i mindre grad på patientens fysiske helbredstilstand. Andre væsentlige barrierer er, at psykisk syge ofte har en anden tærskel for at opsøge praktiserende læge, har bivirkninger ved medicin, og i mindre grad tilbydes medicinsk eller kirurgisk behandling. Desuden kan der være udfordringer forbundet med at koordinere forløb mellem forskellige offentlige instanser.

Undersøgelser har vist, at mennesker med psykiske sygdomme har samme interesse som andre for at ændre deres livsstil i forhold til rygning, kost og fysisk aktivitet, for at skabe mere livskvalitet og glæde i hverdagen²⁶.

PSYKIATRIEN I FREMTIDEN

Flere midler til behandling, væk med aldersbegrænsning og brugerbetaling på psykologhjælp og bedre forebyggelse og efterbehandling. Det er opskriften på, hvordan vi får skabt mere lighed i sundhed

Og Psykiatrifonden ønsker et opgør med uligheden, og visionen på langt sigt er klar:

I 2036 er der ikke en overdødelighed hos psykiatriske patienter, som vi ser i dag, fordi forebyggelse af usund livstil er en del af behandlingen, og fordi psykiatrien er blevet ligestillet med det fysiske sundhedsvæsen.

Det sociale lighed i sundhed er også blevet større, fordi der er øget fokus på risikogrupper, der er særligt disponeret for at udvikle psykisk sygdom. Det er fx børn af forældre med psykisk sygdom, familier med lav indkomst og socialt udsatte. Det gælder også de grupper af flygtninge og indvandrere, hvor mange er alvorligt traumatiseret og skal have samme mulighed for et godt liv som andre. Derfor er der i 2036 særlige screeningsværktøjer og tilbud til risikogrupper, der sikrer en tidlig indsats over for mistrivsel og en større robusthed overfor psykisk sygdom.



KAPITEL 5

OMKOSTNINGER VED PSYKISK SYGDOM

OMKOSTNINGER FOR SAMFUNDET

De samlede direkte og indirekte samfundsmæssige omkostninger ved psykisk sygdom er estimeret til 55 mia. kr. årligt i Danmark. De direkte omkostninger til behandling udgør kun ca. 10 %. Hovedparten af omkostningerne skyldes førtidspensionering, langvarigt sygefravær og nedsat individuel arbejdssevne²⁷.

Psykiske sygdomme er årsag til 50 % af alle langtidssygemeldinger. Blandt de psykiske sygdomme bidrager depression (40,5%), angst (14,6%) og misbrug (10,9%) mest til den samlede sygdomsbyrde. Fra 1990 og frem til 2010 voksede den psykiatriske sygdomsbyrde med 37,6%²⁸.

OMKOSTNINGER VED ANGST, DEPRESSION OG SKIZOFRENI I DANMARK

Omkostningerne ved hospitalsindlæggelse, lægebesøg, medicin, sygedage og førtidspensioner

er opgjort i tiden 2010-2012 for personer diagnosticeret med angst (inkl. PTSD), depression og skizofreni (inkl. psykosesygdomme)²⁹ se figur 10. Opgørelsen indeholder ikke fx udgifter til kontanthjælp. Det indebærer, at tallene er mindre end de reelle udgifter til de tre sygdomme.

FIGUR 10: OMKOSTNINGER TIL UDVALGTE PSYKISKE SYGDOMME I DANMARK ÅRLIGT I PERIODEN 2010-2012 (2012-KR)

	Omkostninger i alt (mio. kr.)		
	Mænd	Kvinder	I alt
Angst	4.428,2	5.127,1	9.555,3
Depression	1.499,4	2.824,2	4.323,6
Skizofreni	5.237,7	3.021,8	8.259,5
I alt	11.165,3	10.973,1	22.138,4

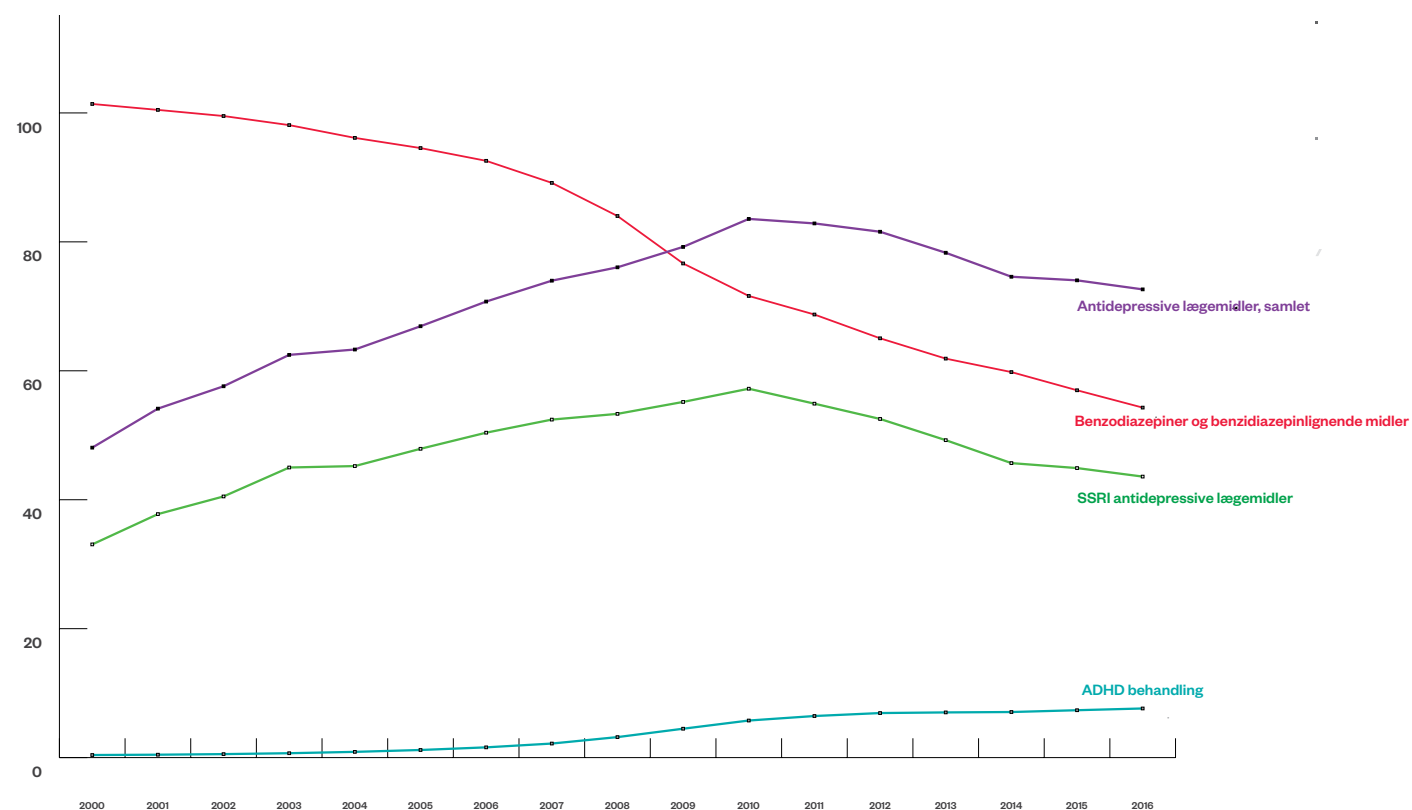
FIGUR 11: UDGIFTER FORDELT PÅ FORSKELLIGE BEHANDLINGER PÅ PSYKIATRIOMRÅDET PR. ÅR (2011)³⁰

Indsats	Udgifter	Omgang
Regional børne- og ungdomspsykiatri	1,1 mia. kr.	21.000 personer
Voksenpsykiatri	5,4 mia. kr.	93.500 personer
Speciallægepraksis (psykiatri)	Ingen fyldestgørende data	57.700 (voksne) / 235.000 besøg
Privatpraktiserende psykologer	210 mio. kr.	75.500 personer med tilskud fra det offentlige
Retspsykiatriske specialfunktioner	800 mio. kr.	300 sengepladser (tal fra 2001)
Kommunal indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder	Forebyggende foranstaltninger: 1,5 mia. kr. Anbringelser: 4,8 mia. kr.	5.500 døgnpladser
Kommunal indsats for voksne med psykiske vanskeligheder	Botilbud: 3,4 mia. kr. Socialpædagogiske tilbud: 1,5 mia. kr.	7.600 pladser i botilbud 16.000 pladser i dagtilbud
PPR (Pædagogisk-psykologisk rådgivning)	1,3 mia. kr. (heraf 0,4 mia. kr. til børn og unge med psykiske vanskeligheder)	
Kommunal forebyggelse og fremme af mental sundhed	Det er ikke muligt at vurdere ressourceforbruget for mennesker med psykiske lidelser hos almen praktiserende læge, da der ikke foregår nogen central indsamling af sygdomsmønstret i almen praksis. Undersøgelser viser dog, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig til deres praktiserende læge med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter, særligt med angst og depression.	
Praktiserende læge (i almen medicin)	Det er ikke muligt at vurdere ressourceforbruget for mennesker med psykiske lidelser hos almen praktiserende læge, da der ikke foregår nogen central indsamling af sygdomsmønstret i almen praksis. Undersøgelser viser dog, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig til deres praktiserende læge med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter, særligt med angst og depression.	

FORBRUG AF MEDICIN

Forbruget af medicin er for langt de fleste præparater faldende fra 2009 til nu se figur 12. Der ses dog en stigning i forbruget af (ADHD-medicin).³¹

FIGUR 12: UDVIKLING I FORBRUG AF MEDICIN



PSYKIATRIFONDEN MENER

At behandling med medicin kan i kortere eller længere perioder være nødvendigt, men kan aldrig stå alene. Udover medicinen skal anvendes oplysning om sygdommen (psykoedukation) og psykoterapi. For en række lidelser er psykoterapi den foretrukne behandling.

Vi ved for lidt om hvorvidt der foregår overmedicinering f.eks. således at man får medicin for længe eller i for store doser.

Ligeledes ved man ikke tilstrækkeligt om hvorvidt alle de der måtte have brug for medicin - får det i rette form og dosis.

Psykiatrifonden opfordrer til undersøgelser af brug af lægemidler der finansieres af neutrale kilder uden om lægemiddelindustrien. Det skal ligeledes undersøges om der bliver tilbudt psykoterapi i tilstrækkeligt omfang og til rette tid. Den rette behandling til rette tid medvirker til at man kans fastholdes i arbejde eller uddannelse.

UDVIKLINGEN I UDGIFTER TIL VOKSENPSYKIATRIEN

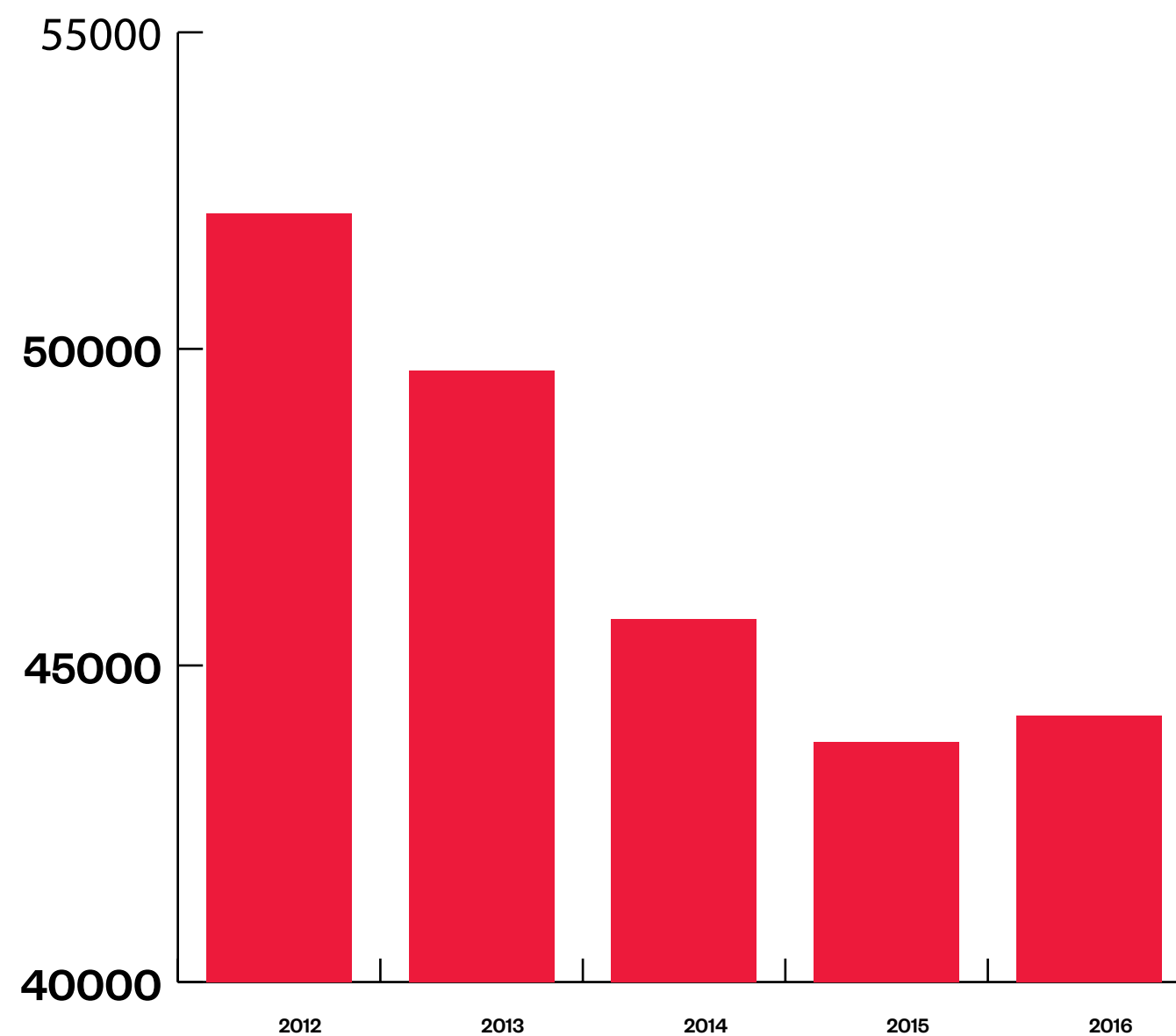
I perioden 2012-2016 er antallet af patienter i voksenpsykiatrien på landsplan steget med 19 %, mens udgifterne per patient er faldet med ca. 5000 kr., svarende til 7,6 % se figur 13.

Fra 2007-2012 er der en stigning i antallet af ambulante forløb. Udviklingen i psykiatrien har i mange år været præget af en reduktion i sen-

gekapacitet grundet omlægning til øget ambulant behandling og kortere indlæggelsesforløb.

Denne ændring har haft sit toppunkt for en del år siden, og stigningen i antal ambulante patienter skyldes flere nye patienter de senere år.

FIGUR 13 UDVIKLINGEN I UDGIFTER TIL VOKSENPSYKIATRIEN 2012-2016 (I 2016-KRONER)³²





KAPITEL 7

**BØRN & UNGE
- PSYKIATRIFONDENS MÆRKESAG**



BØRN OG UNGE

Psykiatrifondens mærkesag er trivsel hos børn og unge. Skal samfundet for alvor gøre noget ved mistrivsel og psykisk sygdom skal vi starte med at forebygge hos børn og unge - og gerne i de helt tidlige år. Børn, der ikke trives, har en større risiko for at udvikle alvorlige psykiske symptomer og sygdomme, der kan vare ved i ungdommen og som voksen.

Skolebørnsundersøgelsen i 2010 viste, at 15-20 % af alle børn og unge mellem 11-15 år mistrives i de danske skoler. 25 % føler sig af og til ensomme, og 5 % føler sig ofte ensomme. Flere drenge end piger kan ikke lide at gå i skole, og andelen stiger med alderen for begge køn, men piger mistrives psykisk i langt højere grad end drenge. Psykisk mistrivsel i barndom og ungdom er forbundet med en øget risiko for bl.a. depression og mistrivsel som voksen³³.

TRIVSEL OG MISTRIVSEL HOS BØRN OG UNGE

At opleve et enkelt symptom en gang imellem giver

ikke anledning til stor bekymring. For de børn og unge, som oplever tre eller flere symptomer dagligt, kan det gå ud over deres generelle trivsel, sociale funktion og indlæring i skolen³⁴.

ÅRSAGER TIL BØRN OG UNGES PSYKISKE MISTRIVSEL

Alle børn kan erhverve en sårbarhed for at udvikle psykisk sygdom eller psykiske problemer. Sårbarheden kan ligge i generne, eller udvikles i det helt tidlige samspil med de nære omsorgspersoner, oftest forældrene. Både gode og dårlige oplevelser former den personlige udvikling, selvom der ikke er en direkte årsags-virkning-sammenhæng.

Både arvelige og miljømæssige faktorer er derfor årsag til psykisk sygdom. Derfor kan nogen børn, som har en medfødt modstandsdygtighed klare sig igennem svære oplevelser, mens der hos andre børn ikke skal så meget til for at udløse psykisk mistrivsel³⁵. Børn og unge der mistrives har oftere indlæringsproblemer og sværere ved at

12 INDIKATORER

PÅ PSYKISK MISTRIVSEL HOS BØRN OG UNGE

1. KED AF DET 'NÆSTEN HVER DAG' ELLER 'MERE END EN GANG OM UGEN'
2. IRRITABEL/IDÅRLIGHUMØR 'NÆSTEN HVER DAG' ELLER 'MERE END EN GANG OM UGEN'
3. NERVØS 'NÆSTEN HVER DAG' ELLER 'MERE END EN GANG OM UGEN'
4. SVÆRT VED AT FALDE I SØVN 'NÆSTEN HVER DAG' ELLER 'MERE END EN GANG OM UGEN'
5. FØLER SIG 'ALTID' ELLER 'FOR DET MESTE' UDEFOR
6. FØLER SIG 'ALTID' ELLER 'FOR DET MESTE' HJÆLPELØS
7. FØLER SIG ENSOM 'MEGET OFTE' ELLER 'OFTE'
8. SVARER 'HELT UENIG' ELLER 'UENIG' TIL SÆTNINGEN: 'ANDRE ELEVER ACCEPTERER MIG, SOM JEG ER'
9. SVARER 'JEG KAN SLET IKKE LIDE DEN' ELLER 'JEG KAN IKKE RIGTIGT LIDE DEN' TIL SPØRGSMÅL OM SKOLEN
10. SVARER 'ALDRIG' ELLER 'SJÆLDENT' TIL SPØRGSMÅLET: 'HVOR TIT FØLER DU DIG TRYK I SKOLEN?'
11. SVARER 'MEGET' ELLER 'NOGET' TIL SPØRGSMÅLET OM AT FØLE SIG PRESSET AF SKOLEARBEJDET
12. SVARER FRA 0 TIL 5 TIL SPØRGSMÅLET 'HER ER ET BILLEDE AF EN STIGE. TRIN 10 BETYDER 'DET BEDST MULIGE LIV' OG TRIN 0 BETYDER 'DET VÆRST MULIGE LIV'. HVOR PÅ STIGEN SYNES DU SELV, DU ER FOR TIDEN?'

INDEN FOR DE SENESTE 6 MÅNEDER

gennemføre skolegang og uddannelsesforløb. Op mod 60 % af eleverne på erhvervsskolerne peger på psykisk mistrivsel som den primære årsag til frafald³⁶.

Selvom der findes en række risikofaktorer for udvikling af psykiske helbredsproblemer, vides det ikke præcist, hvorfor børn og unge udvikler psykisk mistrivsel. Der er børn der udvikler alvorlige psykiske symptomer og helbredsproblemer i normalt fungerende familier, og børn som vokser op i familier præget af alvorlige sociale og helbredsmæssige problemer, der bliver helt velfungerende³⁷.

Børn kan imidlertid klare mange svære ting, hvis der er nogen der støtter dem og taler om de svære ting.

FORMER FOR MODSTANDSKRAFT HOS ET BARN KAN VÆRE:

- God begavelse
- Humor
- Evne til at se det meningsfulde i selv meget svære ting
- Evne til at knytte bånd til andre, som giver børnene kontakt og styrker selvfølelsen og tro på sig selv

OMKOSTNINGER

For børn og unge mellem 1-24 år er psykiske helbredsproblemer den største sygdomsbyrde, og udgør over 50 % af den samlede sygdomsbyrde på børne- og ungeområdet.³⁸

Beregninger viser, at det koster samfundet cirka 72 milliarder kroner om året i udgifter og tabte indtægter, at omkring 4.900 unge ud af en ungdomsårgang på cirka 63.000 personer marginaliseres og bliver udstødt fra uddannelse og arbejdsmarked³⁹. Der er derfor gode argumenter for at fokusere på forebyggelse blandt børn og unge (jf. kapitel om forebyggelse og tidlig indsats).

BØRN I PSYKIATRIEN

Ca. 80.000 børn og unge i Danmark vokser op i familier med psykisk sygdom⁴⁰. Disse børn har en øget risiko for selv at udvikle psykiske sygdomme og op mod halvdelen får psykiske problemer. Ca. 10-15 % børn og unge har på et tidspunkt haft behov for behandling i forbindelse med en psykisk sygdom⁴¹.

Aktuelt henvises ca. 1,4 % af en børne- og ungepopulation. Den politiske målsætning i Danmark er en kapacitet svarende til 2 %. De væsentligste psykiske forstyrrelser hos børn ses i figur 14. Antallet fordelt på regioner ses i figur 15.

Siden 2007 er der kommet knap 100 flere indlagte børn mellem 0-14 år med et overtal af indlagte piger i forhold til drenge.

I perioden 2012-2016 er antallet af patienter i børne- og ungespsykiatrien på landsplan steget med 25 %, mens udgifterne per patient er faldet med ca. 8.000 kr., svarende til 15 %.

EN RÆKKE SOCIALE RISIKOFAKTORER FOR UDVIKLING AF PSYKISKE HELBREDSPROBLEMER⁴²

SAMFUNDSSTRUKTURELLE RISIKOFAKTORER

- At vokse op i fattigdom
- At være flygtning/have forældre som er flygtninge, og som evt. har været udsat for traumatiske oplevelser

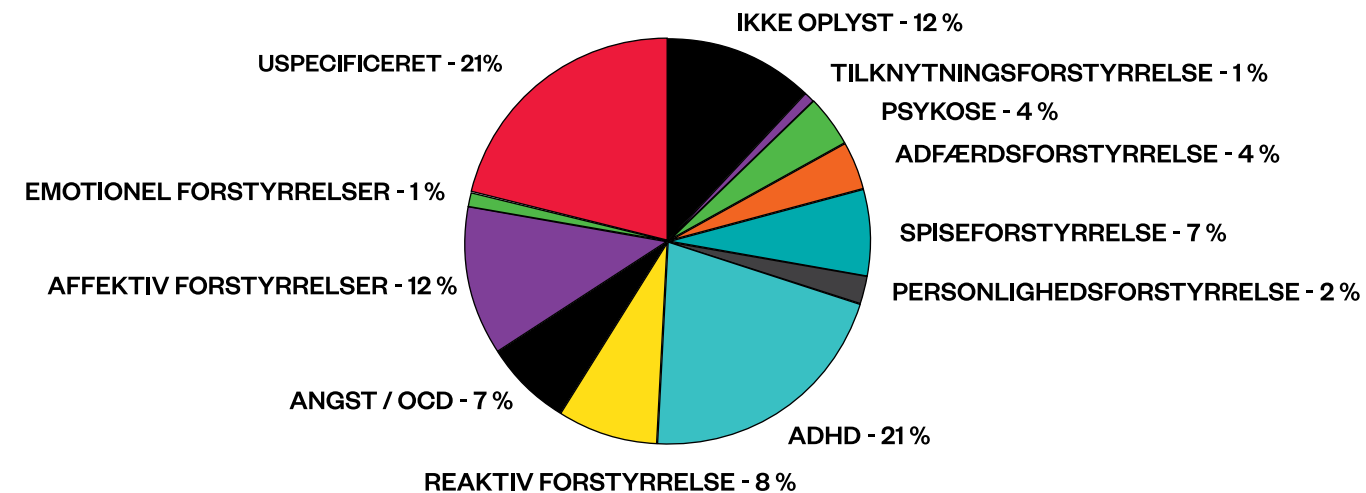
SKOLE OG LOKALSAMFUND

- At være marginaliseret, dårligt integreret eller være udsat for mobning i institutioner, skole og lokalområde

FAMILIE

- At have forældre, som har langvarig psykisk lidelse
- At have forældre, som har misbrugsproblemer
- At være udsat for omsorgssvigt, mishandling eller overgreb

FIGUR 14: DIAGNOSER BLANDT NYHENVISTE BØRN OG UNGE⁴³



FIGUR 15: BØRN I BEHANDLING I PSYKIATRIEN (2016) OPDELT PÅ BOPÆLSREGION⁴⁴

	PATIENTER I BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN	VÆKST I BØRNE- OG UNGEPSYKIATRIEN 2012-2016
REGION NORDJYLLAND	2.320	54 %
REGION MIDTJYLLAND	7.115	38 %
REGION SYDDANMARK	7.204	10 %
REGION HOVEDSTADEN	8.389	18 %
REGION SJÆLLAND	5.374	32 %
I ALT	30.199	25 %

UNGES PSYKISKE HELBRED

Ungdomsprofilen fra 2014 viste, at blandt gymnasieelever og elever på erhvervsskoler havde over 40 % af pigerne og over 20% af drengene et eller flere psykiske eller trivselsmæssige problemer. Det kan fx være psykosomatiske symptomer som hovedpine, lav livstilfredshed, tristhed og dårligt humør eller selvskadende adfærd. Unge på erhvervsskoler rapporterer oftere om disse symptomer end gymnasieelever, og piger er som nævnt oftere ramt end drenge.⁴⁵

Kønsforskellen afspejler sig også i antallet af unge, der er diagnosticeret i hospitalsvæsenet med angst eller depression.⁴⁶

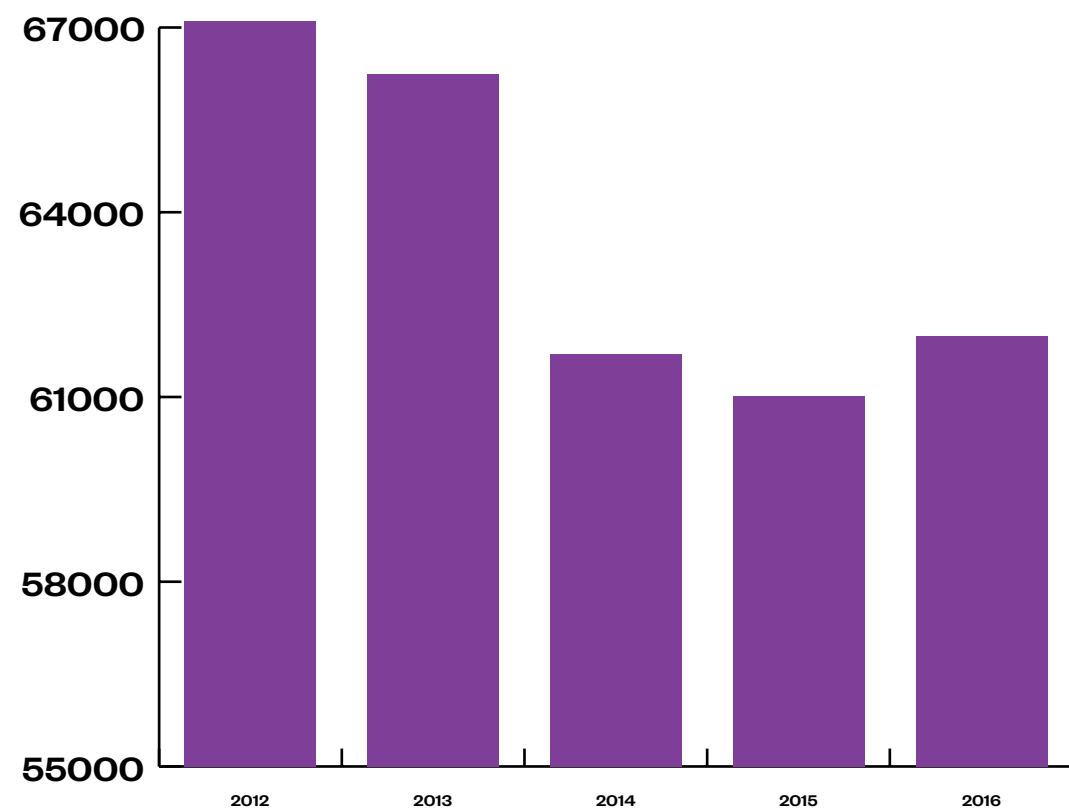
Tallene er baseret på oplysninger fra Landspatientregistret og inkluderer således kun de personer, der er diagnosticeret eller behandlet på hospitalet. Tallene inkluderer ikke personer, der er diagnosticeret og behandlet hos egen læge, hos

psykolog eller som slet ikke har været i kontakt med sundhedssystemet. Det betyder, at de reelle tal for angst og deprimerede nok er noget større end de angivne.

Det ses af nedestående at piger og unge kvinder har ca. dobbelt så stor risiko for at blive diagnosticeret med angst eller depression. Sundhedsstyrelsen har offentliggjort tal fra 2016 over forekomsten af ADHD, spiseforstyrrelser og angst/depression i aldersgruppen 0-18 år.⁴⁷

Tallene er baseret på oplysninger fra Landspatientregistret og fra Lægemiddelstatistikregistret, og inkluderer således kun børn, der er diagnosticeret eller behandlet på hospital eller som får receptpligtig medicin for deres sygdom. Især den reelle forekomst af angst/depression må formodes at være højere.

FIGUR 16: HELDØGNSINDLÆGGELSER 2012-2016 FOR BØRN 0-14 ÅR⁴⁸



FIGUR 17: FOREKOMSTEN AF ANGST OG DEPRESSION HOS BØRN OG UNGE I DANMARK, GENNEMSNIT FOR ÅRENE 2010-2012⁴⁹

	Incidens (rate pr. 100.000)		Prævalens (rate pr. 100.000)	
	Drenge	Piger	Drenge	Piger
Angst (0-15 år)	133	209	955	1.551
Angst (16-24 år)	492	871	1.593	3.354
Depression (0-15 år)	24	48	161	340
Depression (16-24 år)	202	471	687	1.754

HVORFOR FÅR SÅ MANGE UNGE EN ANGSTDIAGNOSE?

Psykiatrifonden gennemførte i efteråret 2017 en undersøgelse af, hvad der stresser og presser de unge. Der blev indsamlet svar fra ca. 1.600 personer i alderen 16-24 år. Blandt de unge, der er under uddannelse sagde 4 ud af 10, at de kun er tilfredse med deres præstationer, når de får topkarakterer, og 3 ud af 10 mener, at deres forældre forventer, at de får 10 eller 12 i de fleste fag.

Samtidig viste de unge at have en stor tiltro til, at de kunne opnå lige hvad de ville, hvis bare de prøvede hårdt nok – 72% var enige i dette. Med et stort forventningspres om bl.a. gode faglige præstationer og en samtidig tro på, at man selv er ansvarlig for alle sine succeser kan man godt forstå, at de unge oplever, at de er pressede og stressede – for hvad sker der, når (de faglige) succeser udebliver og det kun er én selv, der har ansvaret? Svaret kan være, at man oplever stress og angst.

Et stort mindretal (ca. 30%) af de unge deler sjældent eller aldrig deres nederlag og sorger med deres forældre, mens ca. 25% ikke deler nederlag og sorger med deres venner. Mange af dem, synes at det er for privat, forventer ikke at vennerne vil forstå dem eller vil ikke belaste forældrene. Eller de skammer sig og føler sig unormale.

Det er bekymrende, at unge ikke i højere grad deler de svære ting i deres liv med deres netværk. Det er en ensom oplevelse at føle, at man er alene med de svære ting i ens liv, og noget som også øger risikoen for stress og angstsymptomer.

På baggrund af denne undersøgelse igangsatte Psykiatrifonden i 2018 en tre-årig kampagne, ”Sig det højt”.

Sig det højt er en 3-årig kampagneindsats som har til formål at nedbryde tabuet om angst blandt unge og hjælpe de unge med at dele svære følelser med hinanden.

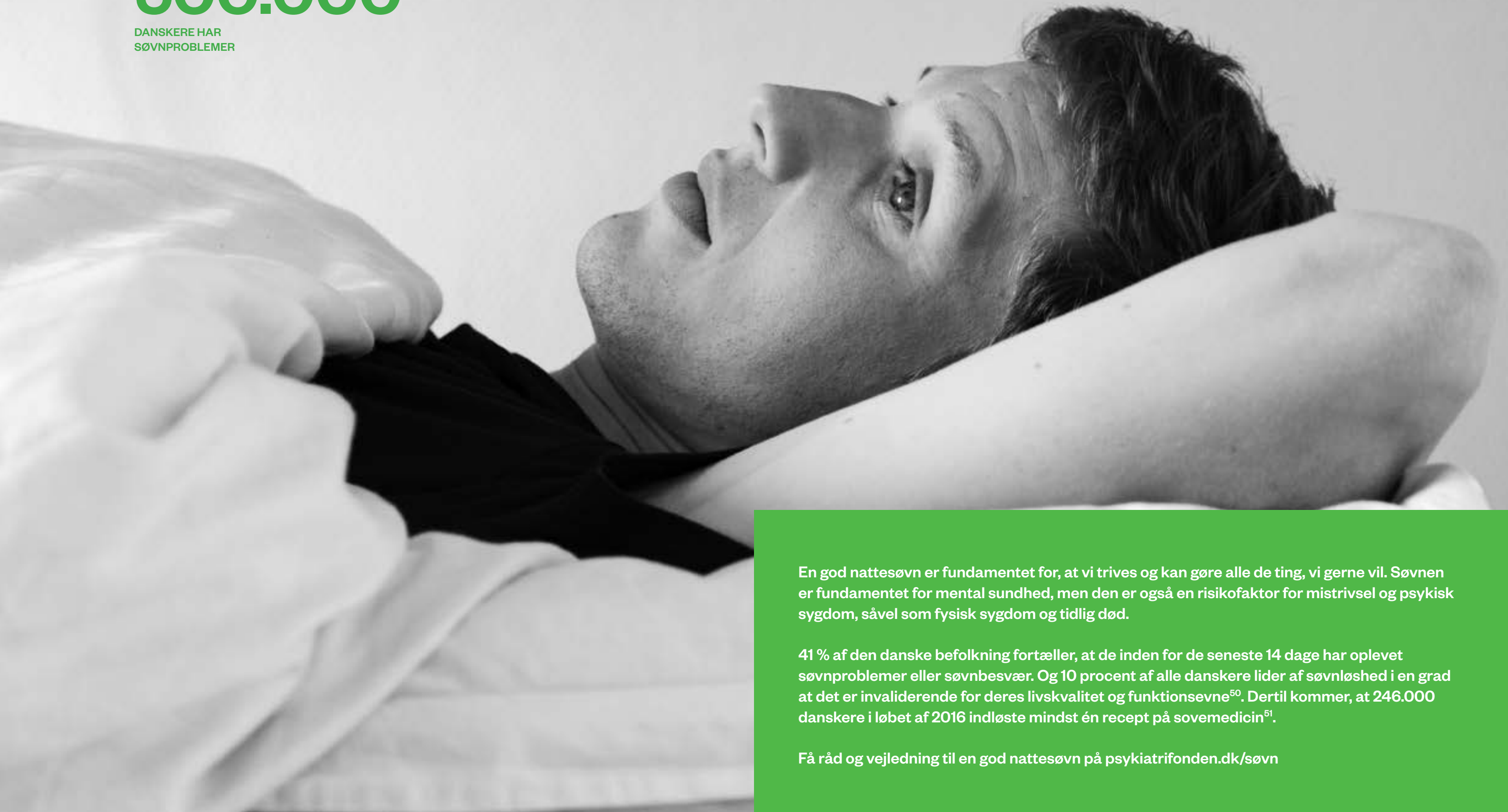
Kampagnen består af tre dele:

- Et korps af unge kvinder, der selv har oplevet angst, tager ud på ungdomsuddannelser og faciliterer snakken om pres, stress og angst blandt de unge.
- Et samarbejde med bloggere og Youtubere, der er populære hos de unge, for at nedbryde tabuet om angst og det at have det psykisk dårligt.
- Et tiltag for forældre, der skal opfordre dem til at dele de ting, som de selv fandt svære i deres barndom og ungdom. Fx ved at forældrene skriver et brev eller indspiller en film til ”deres unge jeg”.

Kampagnen er støttet af Lemvig-Müller Fonden og Det Obelske Familiefond.

400- 500.000

DANSKERE HAR
SØVNPROBLEMER



En god nattesøvn er fundamentet for, at vi trives og kan gøre alle de ting, vi gerne vil. Søvn er fundamentet for mental sundhed, men den er også en risikofaktor for mistrivsel og psykisk sygdom, såvel som fysisk sygdom og tidlig død.

41 % af den danske befolkning fortæller, at de inden for de seneste 14 dage har oplevet søvnproblemer eller søvnbesvær. Og 10 procent af alle danskere lider af søvnløshed i en grad at det er invaliderende for deres livskvalitet og funktionsevne⁵⁰. Dertil kommer, at 246.000 danskere i løbet af 2016 indløste mindst én recept på sovemedicin⁵¹.

Få råd og vejledning til en god nattesøvn på psykiatrifonden.dk/søvn



KAPITEL 8

FOREBYGGELSE OG TIDLIG INDSATS



**DEFINITION AF:
FOREBYGGELSE
SUNDHEDSRELATERET
AKTIVITET, DER
SØGER AT FORHINDRE
OPSTÅEN OG UDVIKLING
AF SYGDOMME,
PSYKOSOCIALE
PROBLEMER,
ELLER ULYKKER OG
DERMED FREMMER
FOLKESUNDHEDEN⁴⁸**

FOREBYGGELSE OG TIDLIG INDSATS

Vidensråd for Forebyggelse udgav i september 2014 rapporten ”Børn og unges mentale helbred”. Rapporten beskriver en stigende tendens i Danmark og internationalt, hvor flere børn og unge har psykiske symptomer og psykiske sygdomme. De psykiske symptomer er fx ensomhed, stress og selvskaade, og de psykiske sygdomme er fx ADHD, depression, angst mv. Børn og unges psykiske mistrivsel eller svære og ubehandlede psykiske lidelser vil ofte følge med ind i voksenlivet. Det er derfor centralt at fokusere på forebyggelse og tidlig indsats for at sikre, at de psykiske symptomer eller sygdomme for det første ikke opstår, og for det andet ikke udvikler sig eller forværres⁵².

Der er ikke lang tradition for at sætte fokus på forebyggelse af psykisk sygdom. Der er dog god evidens for, at psykisk sygdom kan helbredes eller have færre konsekvenser ved en tidlig indsats, og i nogle tilfælde helt kan undgås ved at forebygge.

YDERLIGERE DEFINITION AF FOREBYGGELSE:

- Primær: Forebygge at en sygdom opstår
- Sekundær: Tidlig opsporing og behandling
- Tertiær: Forebygge tilbagefald/forværring

TIDLIG FOREBYGGENDE INDSATS

Det er ofte for sent at bryde den negative sociale arv, når unge påbegynder en ungdomsuddannelse. I stedet skal den forebyggende indsats starte, når børn begynder i vuggestue eller børnehave. Det er muligt at identificere børn med negativ social arv allerede i den tidlige barndom. En forebyggende indsats i de helt tidlige år vil gavne børnenes læring og indlæringssevne resten af deres liv⁵³.

Human kapital er den viden og erfaring et menneske tilegner sig gennem investering i dets læring og udvikling. Økonomisk investering i human kapital i de tidlige år er mere indbringende end investeringer senere i livet. En tidlig og intensiv pædagogisk indsats kan forbedre

underprivilegerede og understimulerede børns kompetencer⁵⁴.

DISKRIMINATION OG STIGMATISERING

Personer med en psykisk sygdom oplever ofte diskrimination og stigmatisering pga deres sygdom. Det viser bl.a. en undersøgelse fra organisationen EN AF OS, som har indsamlet oplysninger om netop dette emne fra ca. 1.600 personer med psykisk sygdom. Fx siger ca. 40% af de adspurgte, at de ofte har skjult deres psykiske sygdom for andre og at de ofte har undladt kontakt med andre mennesker pga deres psykiske sygdom. De fleste personer i undersøgelsen oplever i et eller andet omfang diskrimination fra venner, familie og (potentielle) kærester. Samlet set oplever 91% af de adspurgte diskrimination på et eller flere områder⁵⁵.

I 2016 spurgte Psykiatrifonden 4.000 personer om bl.a. deres kendskab til psykisk sygdom. Her svarede ca. 20% at de ikke vidste, om man

kunne blive helbredt for en psykisk sygdom. Og kun lidt over 1/3 mente, at man kunne blive helt rask. Der er altså plads til forbedring, hvad angår vidensniveau om psykisk sygdom blandt den brede befolkning.

Oplysning og samtale om, hvad psykisk sygdom i virkeligheden indebærer er vigtigt for at nedbryde fordomme og modvirke diskrimination. Et respektfuldt sprogbrug er ligeledes vigtigt. Fx ER mennesker ikke deres psykiske sygdom, de HAR en psykisk sygdom.

Et flertal af personer med en psykisk sygdom oplever, at medierne omtaler psykisk sygdom negativt, og de svarer, at de bliver triste og vrede over denne mediedækning. Kun et fåtal er uberørte og ligeglade med medieomtalen ligesom meget få mener, at den negative omtale ikke er medvirkende til at bekræfte fordomme i befolkningen⁵⁶.

**GØR NOGET AKTIVT, GØR NOGET SAMMEN,
GØR NOGET MENINGSFULDT- DET ER
MOTTOET FOR ABC FOR MENTAL SUNDHED**

ABC for mental sundhed skal pege på faktorer og handlemuligheder, der påvirker den mentale sundhed positivt, og her viser undersøgelser, at den mentale sundhed kan trænes og styrkes akkurat som vores fysiske sundhed – fx ved at være en del af fællesskaber, engagere sig i en hobby eller hjælpe andre.

ABC for mental sundhed er et partnerskab mellem en række kommuner, organisationer og forskere og er støttet af Nordea-fonden og arbejder for at skabe bedre rammer for mental sundhed for danskerne. Psykiatrifonden er partner i ABC for mental sundhed.

Læs mere på abcmentalsundhed.dk

BØRN OG UNGES PSYKISKE HELBRED ER EN MÆRKESAG FOR PSYKIATRIFONDEN

I 2015 nedsatte vi et advisory board med deltagelse af nogle af Danmarks klogeste hoveder, når det gælder børns psykiske helbred og trivsel.

I 2016 kulminerede advisory boards arbejde med rapporten "Forebyggelse af psykisk sygdom hos børn og unge", der pegede på seks konkrete tiltag, der øger børn og unges trivsel og nedsætter risikoen for psykisk sygdom.

TILTAGENE I FOREBYGGELSESPLANEN ER:

- Tidlig indsats i familierne – sundhedsplejerskerne screener for problemer med kontakt og tilknytning i familier med små børn.
- Adfærdsproblemer hos børn i børnehaver – pædagoger trænes i anerkendende og positiv pædagogik og arbejder efter metoderne i programmet "De utrolige år".
- Fokus på bekymrende skolefravær – skoleledelsen adviserer sundhedsplejersken om de elever, der har en fraværsprocent på over 10. Sundhedsplejersken undersøger årsagen til fraværet og familierne tilbydes relevant hjælp.
- Generel undervisning i psykisk trivsel i grundskolen – elever i grundskolen undervises struktureret i psykisk trivsel.
- Børn som pårørende – forældre får støtte til at være en god forælder ved svær sygdom – der tilbydes forældretræning til forældre med svær psykisk eller fysisk sygdom, hvis disse har mindreårige børn.
- Hjælp til de skoleelever, der trives dårligt, men ikke har en psykiatrisk diagnose – der gives et relevant tilbud til de unge, der har symptomer på angst, depression eller adfærdsproblemer, men som ikke er så syge, at de rummes af det psykiatriske system.
- Rapporten blev fulgt op en konference på Christiansborg i april 2016, og Psykiatrifonden arbejder fortsat for, at tiltagene implementeres, således at ingen unge i fremtiden vokser op uden at have mødt mindst ét tiltag mod psykisk mistrivsel.

Kilde: Psykiatrifondens Forebyggelsesplan "Forebyggelse af psykisk sygdom hos børn og unge", 2016.



KAPITEL 9

KVALITET AF BEHANDLINGEN



KVALITET AF BEHANDLINGEN

PAKKEFORLØB

1. januar 2013 implementerede regionerne pakkeforløb til en række sygdomme inden for psykiatriområdet⁵⁷. Pakkeforløb er et standardforløb for behandlingen af en bestemt sygdom (diagnose), hvor undersøgelser og behandlinger er bestemt og beskrevet på forhånd. Pakkeforløb i psykiatrien skal sikre sammenhæng, og en ensartet høj kvalitet i undersøgelse og behandlingsforløb. Målet med pakkeforløb er bedre forløb for patienter og pårørende, og dermed flere gode leveår for psykisk syge mennesker. Pakkerne skal dog ikke være mere fastlagte end at de tillader individuel tilpasning.

UDREDNINGS- OG BEHANDLINGSGARANTIEN

Folketinget vedtog i juni 2014 en ændring af sundhedsloven. Ændringen betyder, at patienter med psykiske sygdomme får samme rettigheder som patienter med fysiske lidelser i forhold til frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og

differentieret ret til behandling⁵⁸.

Den 1. september 2014 blev der indført en ny udrednings- og behandlingsgaranti for borgere med alvorlig psykisk sygdom. Udrednings- og behandlingsgarantien giver borgere ret til at blive udredt og få igangsat deres behandling på sygehuset inden for 2 måneder. Hvis lægen mener, at der er tale om så alvorlig sygdom, at det ikke kan vente, sættes behandlingen i gang indenfor 1 måned. De nye rettigheder gælder for børn, unge og voksne. Borgere med et behov for akut behandling på et sygehus har stadig ret til udredning og behandling med det samme⁵⁹.

Borgeren skal være henvist fra praktiserende læge, speciallæge eller Pædagogisk Psykologisk Rådgivning. Sygehuset der modtager henvisningen vurderer, om der er behov for mere udredning end det den praktiserende læge har foretaget, eller om henvisningen er så klar, at behandlingen kan gå i gang. Hvis regionens sygehuse ikke kan udrede

PSYKIATRIFONDEN MENER

Behandling er vigtig, og Psykiatrifonden lægger pres på politikerne for at investere mere i behandlingspsykiatrien og i andre dele af sundhedssystemet, der behandler psykisk sygdom. Især behandling som helbreder eller styrker patienten i sin recoveryprocess. Behandling kan dog ikke

alene løse den enkeltes udfordringer med at mestre dagligdagen og finde mening i tilværelsen.

Arbejdet med at styrke den enkeltes "hverdagsrehabilitering" og modstandskraft og evne til at mestre tilværelsen er ikke udviklet tilstrækkeligt eller sat i system i Danmark.

eller igangsætte behandling inden for tidsfristen, har borgeren ret til udvidet frit sygehusvalg. Hvis patienten selv vælger et sygehus med lang ventetid, og ikke tager imod regionens tilbud om behandling hurtigere et andet sted, kan det betyde, at behandlingen ikke bliver sat i gang inden for 2 måneder⁶⁰.

Pr. 1. september 2015 bliver udrednings- og behandlingsgarantien skærpet, så borgeren får ret til at blive undersøgt og behandlet på sygehuset inden for 1 måned⁶¹.

REGERINGENS UDVALG OM PSYKIATRI

Regeringen nedsatte i 2012 et udvalg, der "skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt". Udvalgets samlede rapport forelå oktober 2013. På baggrund af udvalgets rapport udarbejdede regeringen en handleplan for psykiatrien, der skal styrke indsatsen for mennesker med psykiske sygdomme.

Ifølge sundhedsministeren skal handlingsplanen ses som et væsentligt bidrag til at ligestille patienter med psykisk sygdom og fysisk sygdom. Der skal være et ligeværd mellem

fysisk og psykisk sygdom, der både viser sig i sundhedsvæsenet, i den kommunale sociale indsats og i samfundet som helhed⁶².

I forbindelse med handleplanen blev der tilført ressourcer til psykiatriområdet. Regeringens handleplan skal ses i forhold til den udvikling der har været det seneste årti, hvor psykiatriområdet er blevet nedprioriteret i forhold til de somatiske sygdomme. De sidste mange år har der været et økonomisk efterslæb på det psykiatriske område i forhold til det somatiske område, og dette er langt fra kompenseret.

RECOVERY

Recovery betyder at "man kommer sig". Recoverybegrebets indtræden i psykiatrien har betydet, at man anskuer sygdomsforløbet især for skizofreni og skizofrenilignende psykoser på en helt anden og langt mere optimistisk måde.

Der har tidligere været en tendens til at betragte skizofreni som en kronisk sygdom. Skizofreni sås som en sygdom, som trods behandling forværredes og helt overvejende endte med at være alvorligt invaliderende. Forskning har imidlertid vist, at mange kommer sig enten helt eller delvist

Nogle får kun en enkelt eller få psykoseperioder og bliver igen raske. En stor gruppe har fortsat symptomer og funktionsnedsættelse, men er i stand til at leve en tilfredsstillende tilværelse med eller uden behandling og støtte. Recovery er forbundet med håb og optimisme, som har stor betydning for den enkeltes livskvalitet.

DER ER FORSKELLIGE ELEMENTER I RECOVERYBEGREBET SOM OFTE OPDELES I KLINISK OG PERSONLIG RECOVERY:

- Klinisk recovery er den objektive konstaterbare vedvarende eller langvarige forbedring i patientens tilstand mht. til forekomsten af symptomer og socialt funktionsniveau i forhold til privatliv og arbejde. Måling af disse forhold i årelange forløb har vist at nogle bliver helt raske. Andre får forskellige ofte over tid vekslende kombinationer af symptom- og funktionsniveau som er langt bedre end de tidligere pessimistiske forventninger. De foranstaltninger som fremmer klinisk recovery kaldes rehabilitering.
- Personlig recovery er den oplevelse af livskvalitet, meningsfuldhed, kontrol over sin situation og håb, som patienten udvikler under sit sygdomsforløb, selv om dette fortsat medfører begrænsninger. Det er i høj grad en menneskelig udvikling som pt. selv styrer, men omgivelserne og behandlingen skal tilrettelægges så den i størst mulig udstrækning fremmer en positiv process.

For at mennesker med psykiske lidelser kan komme sig, er det nødvendigt med et koordineret og tværfagligt samarbejde mellem de offentlige instanser og en respektfuld og ligeværdig inddragelse af patienten/klienten, for at denne kan få det fulde udbytte af indsatsen.

NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJER

Nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der kan bruges

som beslutningsstøtte af sundhedspersonale. Retningslinjerne behandler udvalgte aspekter af diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper. Retningslinjerne er baseret på videnskabelig evidens og den bedste praksis. Formålet er at understøtte en ensartet indsats på tværs af hele landet.

På psykiatriområdet er der udgivet to kliniske retningslinje: ADHD for børn⁵⁷ og ADHD for voksne⁵⁸ ADHD er den hyppigste psykiatriske diagnose blandt børn og unge, og tilsvarende er anvendelsen af ADHD-medicin til børn og unge steget markant det seneste årti. Der vil i de kommende år blive udarbejdet flere kliniske retningslinjer på psykiatriområdet⁶³.

PATIENTTILFREDSHED OG PATIENTOplevelser⁶⁴

Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser i psykiatrien (LUP Psykiatri) viser, at både patienter og forældre til psykisk syge børn og unge overordnet set er tilfredse med deres forløb i psykiatrien. I 2017 var 83% af de ambulante patienter og 70 % af forældrene til de ambulante børn og unge patienter i høj grad eller i meget høj grad tilfredse med deres forløb i psykiatrien, og 78% hhv. 76% var tilfredse med behandlingen.

Indlagte patienter var generelt mere utilfredse end ambulante patienter. Således var kun 40% af de indlagte børn og unge og 73% af de voksne i høj grad eller i meget høj grad tilfredse med deres behandling i psykiatrien i 2017. Disse forskelle hænger måske sammen med, at kun 26% af de indlagte børn og unge i høj grad eller i meget høj grad mener, at behandlingen har hjulpet. De tilsvarende tal for de indlagte voksne er 65% og for de ambulante patienter i voksenpsykiatrien 60%.

PATIENT- OG PÅRØRENDEINDDRAGELSE

Patienter mener generelt, at personalet inddrager de pårørende i udredning og behandlingen af deres sygdom. Blandt de ambulante patienter i børne- og ungdomspsykiatrien angiver 96% dette, mens tallet for de indlagte patienter i voksenpsykiatrien er 77%. Op til 22 % af patienterne oplever imidlertid, at der er sket fejl (større eller mindre) i deres behandlingsforløb.

KOMMUNIKATION OG INFORMATION

Blandt de indlagte patienter i børne- og ungepsykiatrien svarer 49 % at de i høj grad eller meget høj grad får den information om deres behandling, som de har brug for. Dette gælder for 60% af de voksne indlagte patienter og for 77-78% af de ambulante patienter (både børn og voksne).

RECOVERY – KAN MAN KOMME SIG AF PSYKISK SYGDOM

Recovery – at komme sig – er et varmt emne i psykiatrien i disse år. Hvor patienter med alvorlig psykisk sygdom tidligere groft sagt skulle indstille sig på et liv på piller og

førtidspension, er der i dag fokus på håb og patientens egne mål i forhold til at leve et godt liv – helt eller delvist uden sygdom. Det er gode takter, men vi skal også passe på, at recovery-tilgangen ikke bliver misbrugt.

REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen, Fremme af mental sundhed – baggrund, begreber og determinanter, 2008.
2. WHO, <http://www.who.int.features/factfiles/mental-health/en>.
3. Folkesundhedsrapporten 2007, Statens Institut for Folkesundhed.
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders. *Lancet* 2013;382:1575–86.
5. Wittchen H-U & Jacobi F: Size and burden of mental health disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15;357-376.
6. Per Vendsborg, personlig kommunikation.
7. Flachs EM et al., «Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme».
8. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders. *Lancet* 2013;382:1575–86.
9. Sundhedsstyrelsen, Forebyggelsespakke mental sundhed, 2012.
10. Statens Institut for Folkesundhed, Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007.
11. Sundhedsstyrelsen, Den nationale sundhedsprofil 2013, 2014.
12. Sundhedsstyrelsen, Danskernes sundhed, Den nationale sundhedsprofil 2017, 2018.
13. Kristiansen M et al: Health effects of migration. *Danish Medical Bulletin* 2007.
14. Lewis NM: Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America.
15. KL & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsyndelser og arbejdsmarkedstilknytning, 2014.
16. Benchmarking af psykiatrien 2016, 2017, Danske Regioner.
17. Sundhedsstyrelsen : Mental sundhed blandt voksne danskere, baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005, 2010.
18. Sundhedsstyrelsen: Mental sundhed blandt voksne danskere, baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 20015, 2010.
19. Sundhedsstyrelsen, Den Nationale Sundhedsprofil 2017, 2018.
20. Sundhedsstyrelsen, Den Nationale Sundhedsprofil 2017, 2018.
21. KL & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsyndelser og arbejdsmarkedstilknytning, 2014.
22. Personer der inden for 1 år (2011) har haft minimum to ambulante kontakter til hospital, speciallæge eller privatpraktiserende læge (samtaletterapi) og/eller minimum to indlæggelsesdage eller et skadestuebesøg efterfulgt af mindst en ambulant kontakt
23. Regeringens udvalg om psykiatri, Kortlægning af kapacitet en i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – bilagsrapport 1, 2013.
24. Regeringens udvalg om psykiatri, Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – bilagsrapport 1, 2013.
25. Regeringens udvalg om psykiatri, Kortlægning af kapacitet en i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – bilagsrapport 1, 2013.
26. M. Nordentoft, J. Krogh, P. Lange, A. Moltke, Psykisk sygdom og ændringer i livsstil, Vidensråd for forebyggelse, 2012.
27. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde, 2010.
28. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders. *Lancet* 2013;382:1575–86.
29. Flachs EM et al., «Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme».
30. Regeringens udvalg om psykiatri, Kortlægning af kapacitet en i indsatsen for

mennesker med psykiske lidelser – bilagsrapport 1, 2013.

31. Medstat, 2016.

32. Benchmarking af psykiatrien 2016, 2017, Danske Regioner.

33. Medstat.

34. Statens Institut for Folkesundhed, Skolebørnsundersøgelse 2010, 2011

35. Psykiatrifonden, Psykiatri-Information, december 2013, nr. 4.

36. EUD undersøgelse, Psykiatrifonden, 2011.

37. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2014:1-184

38. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundheds- og Forebyggelsesudvalget januar 2013, svar på spørgsmål 290, <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/spm/290/svar/1032882/1221572.pdf>.

39. CBS & Skandia, Udenforskabets pris, 2014

40. Tal omregnet på baggrund af Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke mental sundhed, 2012.

41. Jørgensen, Forebyggelse af psykiske sygdomme, 2010 (kapitel 7).

42. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2014:1-184

43. Holstein BE et al; Psykisk mistroivsel blandt 11-15 årige. Sundhedsstyrelsen, 2011.

44. Anne Illemann Christensen, Veronica Pissinger, Christina Viskum Lytken Larsen, and Janne Schumann Tolstrup, 'Mental sundhed blandt unge: resultater fra Ungdomsprofilen 2014', Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

45. Flachs EM et al., 'Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme', Sundhedsstyrelsen, København, 2015.

46. Sundhedsstyrelsen, 'Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelse', 2017.

47. Benchmarking af psykiatrien 2016, 2017, Danske Regioner.

48. Anne Illemann Christensen, Veronica Pissinger, Christina Viskum Lytken Larsen, and Janne Schumann Tolstrup, 'Mental sundhed blandt unge: resultater fra Ungdomsprofilen 2014',

Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

49. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, and Juel K, 'Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013', Sundhedsstyrelsen, København, 2014.

50. Medstat.

51. Sundhedsstyrelsen, Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, 2005.

52. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2014:1-184.

53. Helene S. Nielsen, Et økonomisk perspektiv på uddannelsesindsatser, Aarhus Universitet, 2012.

54. Heckman J., Invest in Early Childhood Development: Reduce Deficits, Strengthen the Economy, University of Chicago, 2012.

55. Pernille Skovbo Rasmussen and Peter Ejbye-Ernst, 'Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom – Opfølgende undersøgelse (2013-2015) som et led i landsindsatsen EN AF OS', KORA.

56. 'Medieundersøgelse i En af os panelet', 2016.

57. Danske regioner: <http://www.regioner.dk/>

psykiatri/pakkeforl%C3%B8b+i+psykiatrien.

58. Sundhedsministeriet : <http://www.sum.dk/Sundhed/Psykiatri/Udredningsret>

59. Danske regioner: <http://www.regioner.dk/psykiatri/ret+til+unders%C3%B8gelse+eller+behandling>.

60. Regeringen: Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, 2014.

61. Sundhedsstyrelsen: National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, 2014.

62. Sundhedsstyrelsen: National klinisk retningslinje For udredning og behandling af ADHD hos voksne, 2015.

63. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer>.

64. 'Psykiatri, Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser', Defactum, 2018.



ER LIVET SVÆRT FOR DIG - ELLER FOR NOGEN DU KENDER?

Ingen problemer er for små eller for store. Når livet er svært, er det vigtigt at række ud og tale med nogen – uanset, om det gælder dig selv eller nogen, du har tæt på. Hver dag året rundt sidder vores dygtige, faguddannede frivillige klar ved telefoner, chat og brevkasse.

Få hjælp på 3925 2525
eller chat på ring-chat-skriv.dk

**DU KAN STYRKE
VORES RÅDGIVNING**

**STØT PÅ
MOBILEPAY 40 170**