

Bilag 1. Aftale om satspuljen på psykiatriområdet for 2014-2017

Opfølgning på Psykiatriudvalg

Partierne bag satspuljeaftalen på psykiatriområdet er enige om at afsætte 410 mio. kr. i aftaleperioden 2014-2017 til følgende overordnede indsatsområde:

- Opfølgning på psykiatriudvalgets rapport: "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser".

1. Opfølgning på psykiatriudvalg

Regeringen nedsatte i april 2012 et udvalg om psykiatri, som i oktober 2013 har afrapporteret. Psykiatriudvalgets rapport indeholder i alt 90 forslag, som er baseret på værdier om selvbestemmelse, inddragelse, recovery og inklusion.

Satspuljepartierne ønsker med denne aftale at følge op på psykiatriudvalgets forslag.

Initiativerne i satspuljeaftalen falder inden for fem temaer, som psykiatriudvalget har vurderet hensigtsmæssige at sætte ind på, hvis udfordringerne i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser skal imødekommes.

De fem temaer for satspuljeaftalen er:

- En hurtig og sammenhængende indsats
- Brugere og pårørende som en ressource i indsatsen
- Høj kvalitet i indsatsen gennem dokumentation og viden
- Mindre tvang og magtanvendelse
- Sundhed og forebyggelse

Med aftalen sikres en samlet indsats, der både skal løfte kvaliteten i forskellige indsatser og tilbud på sundhedsområdet og socialområdet, og som har fokus på at skabe bedre sammenhæng i den enkelte borgers forløb. Ansvar for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er delt mellem både kommuner og regioner, flere forvaltninger indenfor den enkelte kommune og mellem praksissektor og sygehusafdelinger i regionerne. Det stiller store krav til en tæt koordinering af indsatserne og fokus på gode og trygge overgange for borgerne. Samtidig er det afgørende, at indsatserne er målrettet det enkelte menneskes behov og situation.

Det gælder bl.a. behov for fleksible løsninger som akuttilbud og akutteams, der kan forebygge, at tilstanden forværres, og undgå unødvendige (gen)indlæggelser.

For at understøtte tilbud med et rehabiliterende sigte, og hvor medicinsk behandling ikke står alene, foreslår psykiatriudvalget, at ordningen med tilskud til behandling hos praktiserende psykolog gennemgås. Satspuljepartierne har med aftalen for 2012 afsat midler til evaluering af ordningen i 2015 med henblik på drøftelse i satspuljekredsen.

Et samlet psykiatriudvalg peger på, at der er behov for en langsigtet planlægning af psykiatrien, og peger på 10 væsentlige udfordringer for psykiatrien, som bl.a. handler om overførelighed, tvang, inklusion og ligestilling, sammenhæng, manglende brug af dokumenterede metoder og inddragelse af patienter/borgere og pårørende i indsatsen.

Mennesker med psykiske lidelser kan – afhængigt af kompleksitet – have behov for en sundhedsfaglig, socialfaglig og beskæftigelsesrettet indsats og/eller indsats i relation til skole eller undervisning. Det er afgørende, at den samlede indsats på tværs af sektorer, forvaltninger og fag sammentænkes og koordineres, hvis kvaliteten i indsatsen, skal forbedres.

Samtidig har myter og fordomme i forhold til psykiske lidelser en selvstændig stor betydning i forhold til bedringsmuligheder, livskvalitet og inklusion for personer, der rammes af sygdom, og kan forsinke, at personer opsøger og/eller får den rette hjælp i tide. En forbedring af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser kræver således en bred indsats, som inddrager såvel indsatsen og kulturen i kommuner og regioner samt holdninger i hverdagslivet, på arbejdspladser og i medierne.

Anvendelse af tvang i den regionale psykiatri har været et særligt vigtigt område for psykiatriudvalget, der finder det afgørende, at der kontinuerligt er fokus på, at indsatsen målrettes, så anvendelsen af tvang bringes ned på et absolut minimum. Satspuljepartierne er enige i behovet for, at der skal ske en målrettet indsats i forhold til at få anvendelsen af tvang bragt ned og finder, at det bl.a. skal ske ved at øge sygehusenes erfaringer med behandling uden anvendelse af tvang.

Psykiatriudvalget foreslår, at der fastsættes ambitiøse, nationale mål for markant og varig nedbringelse af tvang, men vurderer samtidig, at der vil være behov for en nærmere vurdering af sådanne mål med inddragelse af relevante parter. En markant og varig nedbringelse af tvang kræver en langvarig og omfattende omstilling af indsatsen i den regionale psykiatri. Satspuljepartierne har med flere satspuljeaftaler prioriteret initiativer til nedbringelse af tvang og har på den måde igennem flere år bidraget til fokus i regionerne på nedbringelse af tvang. Alligevel er der ikke sket en markant reduktion i anvendelsen af tvang. Med denne aftales initiativer sætter satspuljepartierne en udvikling i gang, som vil give regionerne ny viden og erfaring med afskaffelse eller markant reduktion i anvendelsen af tvang.

Satspuljepartierne tilslutter sig finanslovaftalens målsætning om en halvering af tvang i psykiatrien. Med den samlede aftale prioriteres psykiatrien højt, og der er enighed om løbende at følge op på udmøntningen af de konkrete initiativer. Udmøntningen af midlerne til forsøg med bæltfrit/vangsfri afdelinger skal ses i sammenhæng med partnerskaber om tvangsnedbrin-

gelse, jf. finanslovaften. Satspuljepartierne vil modtage status for realiseringen af målsætningen om halvering af tvang i psykiatrien i forbindelse med de årlige satspuljeforhandlinger.

Psykiatriudvalget foreslår ligeledes, at psykiatriloven gennemgås med henblik på en modernisering, herunder i forhold til formålsbestemmelser og overensstemmelse med den nye ramme og retning. Partiernes ordførere vil blive indbudt til forhandlinger i forbindelse med regeringens arbejde med modernisering og ændring af psykiatriloven.

2. En hurtig og sammenhængende indsats

2.1 Forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri

Psykiatriudvalgets kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser viser, at indsatsen er gået fra mere indgribende til mindre indgribende indsatser. Det betyder, at indsatsen i højere grad sker uden for hospitalerne, dvs. ambulante, hos lægen, i borgerens eget hjem eller på botilbud. Det er en tilsigtet udvikling, idet muligheden for, at den enkelte kan komme sig (recovery), er større, når indsatsen kan foregå i nærmiljøet i sammenhæng med øvrig støtte og indsats og tæt på uddannelse, arbejde, familie og netværk.

Samtidig med denne udvikling mod mindre hospitalisering og institutionalisering, er det vigtigt, at man i organiseringen af psykiatrien har fokus på at sikre en specialiseret indsats til mennesker med psykiske lidelser, særligt i skrøbelige situationer, f.eks. i den akutte fase eller lige efter indlæggelse.

Der er gode erfaringer med ambulante akutteams i Norge og England, som tilbyder akut behandling i hjemmet hele døgnet. De foreløbige erfaringer fra Norge viser bl.a., at akutteams øger kvaliteten i den akutte indsats, medvirker til færre indlæggelser og øger patienttilfredsheden.

Der findes også nationale erfaringer med akutte teams. I Region Hovedstaden har man i en årrække haft psykiatrisk udrykningstjeneste, som er et supplement til de psykiatriske skadestuer, når der i forbindelse med en akut opstået situation er brug for psykiatrisk udrykning. Herudover har Psykiatrisk Center Frederiksberg afprøvet en model med akutteams, hvor teamet også kan fungere som et subakut tilbud, der forebygger (gen-)indlæggelser.

De danske erfaringer med akutteams i psykiatrien er dog sparsomme, og modellen har ikke været genstand for en effektevaluering, ligesom der også er behov for at afprøve akutteams mere bredt i regioner, hvor behandlingsbehov, geografi og befolkningssammensætning er anderledes.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afsætte midler til igangsættelse af forsøg med etablering af akutteams i flere regioner med henblik på at gennemføre en effektevaluering af akutte og subakutte tilbud i form af udgående teams i den regionale indsats. Effektevalueringen vil være et godt grundlag for regionernes overvejelser om at udbrede denne indsatsstype generelt. Initiativet skal ses i sammenhæng med initiativet om udbredelse af sociale akuttilbud i kommunerne.

Partierne er på den baggrund enige om at afsætte 8 mio. kr. årligt i perioden 2014-2017 til forsøg med ambulante akutteams i regionerne. Der vil i udmøntningen af puljen blive lagt vægt på en geografisk fordeling af midlerne.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Forsøg med ambulante akut-teams i den regionale psykiatri	8,0-	8,0	8,0	8,0	-

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra regionerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Der forudsættes regional medfinansiering af projekterne. Der afsættes 1 mio. kr. til en effektevaluering af projekterne i 2017.

2.2 Forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser

Uklar ansvars- og opgavefordeling og manglende viden om indsatser og kompetencer udgør en barriere for samarbejdet mellem sektorer, afdelinger og forvaltninger. Psykiatriudvalget foreslår på den baggrund, at der udarbejdes et generisk forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser, der beskriver organisering samt den generelle opgave- og ansvarsfordeling på tværs af sektorer og på tværs af sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

Kommuner og regioner har på det somatiske område siden 2010 arbejdet med systematisk implementering af Sundhedsstyrelsens generiske forløbsprogram for kronisk sygdom i lokale forløbsprogrammer. Herudover har Sundhedsstyrelsen udarbejdet specifikke forløbsprogrammer for rehabilitering på kræftområdet og hjerneskadeområdet. Disse forløbsprogrammer omfatter indsatser på social-, beskæftigelses- og/eller uddannelsesområdet, hvor disse er centrale for den sundhedsfaglige indsats og det samlede forløb.

Enkelte regioner og kommuner har udarbejdet forløbsprogrammer for psykiske lidelser bl.a. for skizofreni og depression med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske forløbsprogram.

For at understøtte en bedre sammenhæng og koordination i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, og en klar ansvarsfordeling mellem de involverede sektorer, er satspuljepartierne enige om at afsætte midler til udvikling af et generisk forløbsprogram målrettet psykiatrien. Den generiske model kan, hvor det vurderes relevant, endvidere indeholde uddybende beskrivelser om indsatsen for patientgrupper, der har et særligt behov for en specialiseret indsats og/eller koordinering på tværs af sektorer og fagområder f.eks. mennesker med en spiseforstyrrelse, mennesker med en psykisk lidelse og samtidigt misbrug, retspsykiatriske patienter og børn og unge med psykiske lidelser.

Hver region med tilhørende kommuner skal på baggrund af det generiske forløbsprogram udarbejde lokale forløbsbeskrivelser for mennesker med psykiske lidelser, som er tilpasset tilbud, arbejdsdeling og samarbejdsformer, som er gældende lokalt i den enkelte region og tilhørende kommuner f.eks. i regi af de forpligtende sundhedsaftaler. De lokale forløbsbeskrivelser vil bl.a. skulle indeholde en aftale om samarbejdet mellem den kommunale socialfor-

valtning, kommunale botilbud, PPR mv. og den regionale psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, herunder i relation til kommunernes muligheder for at få telefonisk rådgivning fra psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen vil i samarbejde udvikle det generiske forløbsprogram for psykiske lidelser med inddragelse af relevante parter fra beskæftigelses- og undervisningsområdet.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afsætte 13 mio. kr. til udvikling og implementering af forløbsprogram målrettet mennesker med psykiske lidelser, fordelt med 1 mio. kr. i 2014 til udvikling af en model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser og 6 mio. kr. årligt i 2015 og 2016 til støtte til kommuner og regioner til udvikling og implementering af lokale forløbsprogrammer.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser	1,0	6,0	6,0	-	-

Midlerne for 2015-2016 fordeles til regioner og kommuner på baggrund af fælles ansøgning om udvikling og implementering af lokale forløbsprogrammer.

2.3 Udbredelse af sociale akuttilbud

Et stigende antal borgere med en psykisk lidelse, der har behov for en social indsats, får tildelt en kommunal bostøtte i eget hjem, jf. servicelovens § 85. Udviklingen øger behovet for mere fleksible tilbud, der kan tilpasses borgernes til tider akutte behov.

En evaluering af et forsøg med sociale akuttilbud, der blev finansieret via midler fra satspuljen for 2008, viste, at sociale akuttilbud kan skabe en tryk overgang ved udskrivninger til egen bolig, og det blev vurderet, at akuttilluddene havde en forebyggende effekt i forhold til "omsorgsindlæggelser" i den regionale psykiatri. Psykiatriudvalget anbefaler bl.a. på den baggrund, at der sker en udbredelse af sociale akuttilbud i kommunerne til mennesker med en psykisk lidelse.

Satspuljepartierne er enige om at oprette en central ansøgningspulje, hvor nye kommuner kan ansøge om tilskud til etablering af sociale akuttilbud i ca. 20-25 kommuner i perioden 2014-2017 under forudsætning af, at kommunerne medfinansierer projektet. Formålet med initiativet er at sikre bred adgang til sociale akuttilbud for mennesker med psykiske lidelser, der bor i egen bolig samt at tilvejebringe dokumenteret viden om effekt og omkostningseffektivitet ved sociale akuttilbud.

Akuttilbud er et socialfagligt tilbud til mennesker med en psykisk lidelse, hvor borgeren selv kan henvende sig for at få omsorg, støtte og opfølgende hjælp. Akuttilluddene tilbyder bl.a. overnatningsmulighed, telefonrådgivning, personlig rådgivning og støtte samt evt. udgående funktioner. Der er personale tilgængeligt uden for normal arbejdstid.

Målet med tilbuddene er 1) at flere borgere kan opretholde et stabilt, selvstændigt og trygt liv i egen bolig med eller uden støtte 2) at flere borgere får mulighed for at flytte fra botilbud til egen bolig og 3) at forebygge uhensigtsmæssige genindlæggelser i behandlingspsykiatrien, herunder særligt genindlæggelser, der kan forebygges gennem en stabilisering af borgerens situation og akut støtte og omsorg i borgerens nærmiljø. Det forventes, at et fald i genindlæggelser i behandlingspsykiatrien vil bidrage til en bedre ressourceanvendelse, herunder også i kommunerne, som medfinansierer behandlingspsykiatrien. Kommunerne forudsættes på baggrund af projektets resultater selv at sikre forankring af tilbuddene uden statsligt tilskud efter 2017.

Kommunerne skal etablere samarbejde med brugernes bopælskommuner i forhold til at sikre sammenhæng til den kommunale bostøtte mv. samt samarbejde med regionerne i forhold til udskrivning efter indlæggelse og i forhold til den regionale akutindsats.

Der udarbejdes indledningsvist en modelbeskrivelse af tilbuddet og kvalificering af metoder i tilbuddene med henblik på en efterfølgende systematisk udbredelse i kommunerne samt for at kunne følge konkret op på effekterne. Modelbeskrivelsen kvalificeres med hjælp fra faglige eksperter, sparring med forsøgskommunerne mv. Ved udarbejdelse af modellen skal der tages stilling til, om det skal være et krav, at der indgås partnerskaber mellem kommuner på forhånd.

Der gennemføres en evaluering af effekt og økonomien i modellen. Effektevalueringen skal sammen med den økonomiske analyse understøtte kommunernes beslutninger i forhold til videre forankring af de sociale akuttilbud.

Partierne er på den baggrund enige om at afsætte i alt 71 mio. kr. i perioden 2014-2017 til udbredelse af sociale akuttilbud i kommunerne. Der vil i udmøntningen af puljen blive lagt vægt på, at de deltagende kommuner søger at etablere samarbejde med andre kommuner, der ligger i geografisk nærhed, om brug af akuttilbuddet.

Mio. kr., 2014-til	2014	2015	2016	2017	Permanent
Udbredelse af sociale akuttilbud	10,0	20,0	20,0	21,0	-

2.4 En koordineret indsats for dobbeltbelastede

Behandlingen af borgere med dobbeltbelastning er delt mellem to myndigheder, hvor misbrugsbehandlingen er kommunal (undtagen for patienter, der er indlagt i psykiatrien) og den psykiatriske behandling er regional. Dette resulterer i et særligt behov for at sikre, at disse borgere i tilstrækkeligt omfang får en samtidig og koordineret behandling af deres misbrug og psykiske sygdom. I modsat fald er der risiko for underbehandling og i værste fald afvisning af borgere i henholdsvis psykiatrien eller misbrugsbehandlingen med begrundelse i, at de først skal i misbrugsbehandling, før de kan behandles for deres psykiske lidelse (eller omvendt). Psykiatriudvalget har på den baggrund vurderet, at der er behov for, at kommuner og regioner i langt højere grad koordinerer indsatsen bedre for borgere med en dobbeltbelastning, end det sker i dag.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afsætte midler til, at regioner og kommuner i fællesskab skal udarbejde en koordineret indsatsplan for dobbeltbelastede borgere. Indsatsplanen udarbejdes, så den konkret tilpasses den enkelte patients/borgers behov og skal dække den psykiatriske behandlingsindsats og misbrugsbehandlingen samt øvrige relevante indsatser på social- og beskæftigelsesområdet mv. Planen forpligter parterne til at koordinere sociale og sundhedsmæssige indsatser i et sammenhængende forløb for borgeren, og sikrer et fælles og klart defineret ansvar for, at borgere med dobbeltbelastning får den nødvendige behandling i et integreret og samtidigt forløb. Målgruppen for planen er mennesker med svære psykiske lidelser med samtidigt misbrug, som behandles ambulant i psykiatrien og/eller borgere, der er dobbeltbelastede og har meget komplekse sociale problemstillinger. Der vil forinden udarbejdelse af planen ske en konkret vurdering af behovet, ligesom der i særligt komplekse sager bør udpeges en koordinerende kontaktperson blandt borgerens eksisterende kontaktpersoner.

Initiativet implementeres som led i sundhedsaftalerne og Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen udarbejder forinden en vejledning til indholdet i indsatsplanen. Den konkrete arbejdstilrettelæggelse mellem kommune og region om udarbejdelse af planen aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne. Regionernes og kommunernes udarbejdelse af den koordinerede indsatsplan monitoreres som led i monitoreringen af sundhedsaftalerne.

Erfaringer fra satspuljeinitiativet (satspuljen for 2011) "Sindslidende med misbrug – en integreret indsats" inddrages.

Partierne er på den baggrund enige om at afsætte 6 mio. kr. årligt som varige midler til kommuner og regioner til udarbejdelse af den koordinerede indsatsplan. Der afsættes heraf et beløb til, at Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen udarbejder en vejledning om indholdet i indsatsplanen (ca. 1 mio. kr. i 2014).

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Koordineret indsats for dobbeltbelastede	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0

Midlerne udmøntes til regioner og kommuner via bloktilskuddet. Før udmøntningen skal initiativet forhandles med KL og Danske Regioner i henhold til DUT-princippet.

2.5 Udbredelse af tværfaglige, udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien

Børn og unge med svære psykiske lidelser eller psykosociale vanskeligheder er i risiko for at miste tilknytning til skolen og dermed hverdagslivet. Risikoen øges, hvis barnet er indlagt i børne- og ungdomspsykiatrien igennem længere tid.

For at understøtte, at indsatsen for børn og unge er mindst muligt indgribende og kan ske i nærmiljøet, skal kommunerne have mulighed for at få hjælp og rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien. Kommunerne skal bl.a. kunne få hjælp og rådgivning i forbindelse med afklaring af behandlingsbehov i forbindelse med visitation og henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien og rådgivning i forhold til støtte til børn og unge med psykosociale vanske-

ligheder eller psykiske lidelser. Denne hjælp og rådgivning kan et tværfagligt team fra børne- og ungdomspsykiatrien give.

Et sådant team skal samtidigt understøtte, at der allerede i forbindelse med indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien etableres et samarbejde med kommunen, herunder om barnets/den unges skole- og uddannelsessituation, så behandling og skolegang i videst muligt omfang sammentænkes og vælges med barnets og familiens bedste, som mål.

Det tværfaglige team bestående af fx børne- og ungdomspsykiater, psykolog og sygeplejerske skal i samarbejde med kommunens Psykologisk Pædagogisk Rådgivning (PPR) og andet relevant, kommunalt personale f.eks. socialrådgivere udarbejde en plan for barnets/den unges fastholdelse i skole- eller uddannelsesforløb samt forberede barnet/den unges udskrivning, herunder have en udgående funktion til barnets hjem, opholdssted mv. efter udskrivning, herunder i samarbejde med kommunen, således at der sker en tæt behandlende opfølgning i forhold til barnet og familien. Behandling og opfølgning vil kunne ske i barnets hjem, opholdssted mv. og nærmiljø og familien vil ved behov evt. kunne tilknyttes teamet i op til 6 måneder.

Forslaget ligger i forlængelse af psykiatriudvalgets forslag om at udbrede opsøgende og udgående teams i den regionale psykiatri, der i samarbejde med kommunerne kan sikre tidlig, helhedsorienteret og mindst mulig indgribende indsats. Partierne lægger vægt på, at det tværfaglige team dels styrker den psykiatriske behandling af de mest psykisk syge børn og unge, dels styrkes samarbejdet mellem kommunens socialforvaltning, PPR, skole/uddannelsesinstitution og børne- og ungdomspsykiatri, og kommunernes muligheder for f.eks. telefonisk at få rådgivning og hjælp i forbindelse med afklaring og håndtering af børn og unge med psykiske vanskeligheder øges.

Regioner og kommuner skal indgå aftale om rammerne for samarbejdet mellem de tværfaglige, udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien og relevante parter i kommunen f.eks. PPR, socialforvaltning og skole samt uddannelsesinstitutioner mv.

Partierne er på den baggrund enige om at afsætte 5 mio. kr. i 2014 og 6,0 mio. kr. årligt fra 2015-2017 til udbredelse af tværfaglige, udgående teams for børn og unge, der i forlængelse af indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien er i risiko for at miste tilknytning til skole og hverdagsliv som følge af psykosociale vanskeligheder eller fordi de har været indlagt i børne- og ungdomspsykiatrien.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Udbredelse af tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien	5,0	6,0	6,0	6,0	-

Midlerne fordeles på baggrund af ansøgninger fra regionerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen. Der afsættes 1 mio. kr. til en effektevaluering af projekterne.

3. Borgere og pårørende som en ressource i indsatsen

3.1 Forsøg med ansættelse af medarbejdere, brug af frivillige og brug af mentorer med brugerbaggrund i den regionale og kommunale indsats

Der er stigende forskningsmæssigt belæg for, at mennesker, der har gennemlevet psykiske vanskeligheder og recoveryprocesser kan udgøre en unik og virksom ressource i indsatsen over for andre mennesker med psykiske lidelser. På den baggrund anbefaler psykiatriudvalget, at kommuner og regioner afprøver inddragelse af personer med brugerbaggrund i behandlingsindsatsen og i støttetilbud til mennesker med psykiske lidelser.

I bl.a. England, Skotland, Canada, USA og Australien gennemføres såkaldte "peer to peer" programmer (bruger til bruger) og der er gode erfaringer med anvendelse af "peer workers" dvs. medarbejdere med brugerbaggrund i både den sundhedsfaglige indsats og i den sociale indsats. Erfaringerne viser, at tidligere brugere er gode til at få kontakt med patienterne og motivere dem til behandling i erkendelsen af, at det er muligt at komme sig, da peer-workeren netop er et eksempel på dette. Herudover kan ansættelse af medarbejdere med brugerbaggrund være en effektiv måde til at flytte medarbejdernes syn på, hvad patienten kan, og dermed fremme en anden tilgang til mennesker med psykisk lidelse – med troen på, at det er muligt at komme sig.

Konkret har brug af tilbud om bruger-støtte vist positive effekter i forhold til øget trivsel, reduktion i indlæggelsesgrad og -varighed, reduktion af misbrug, styrkelse af sociale netværk og oplevelse af tilhørsforhold til lokalsamfundet, øget oplevelse af håb, som forskning har vist er en afgørende faktor for recovery og øget oplevelse af magt over egen situation, som ligeledes er udpeget som afgørende faktor i recoveryprocessen.

I Danmark er der i enkelte regioner og kommuner gjort erfaring med ansættelse af medarbejdere med brugerbaggrund i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. I Lyngby-Taarbæk Kommune uddannes medarbejdere med brugererfaring, og i Region Hovedstaden har man ansat medarbejdere med brugererfaring på fire døgnafsnit. Medarbejdere med brugererfaring varetager bl.a. opgaver indenfor rådgivning og undervisning af patienter og personale, har en informativ og brobyggende funktion ved indlæggelse og udskrivning samt deltagelse i afsnittenes aktiviteter.

Psykiatriudvalget peger desuden på, at brug af mentorer, hvor borgeren får én – både personlig og professionel – sparringspartner, som ikke har "myndighedsfunktion" er relevant for mennesker med psykiske lidelser, herunder i forhold til fastholdelse i beskæftigelse og uddannelse. Brug af frivillige mentorer med brugerbaggrund kan – i forhold til at sikre, at funktionen kan bevæge sig på tværs af sektorer og myndigheder – understøtte øget kontinuitet i borgerens forløb.

De danske erfaringer med ansættelse af medarbejdere med brugerbaggrund og brug af frivillige med brugerbaggrund, herunder mentorer er imidlertid sparsom og står svagt internationalt set, hvor man i en række lande har gennemført nationale peer-programmer.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afsætte midler til inddragelse af mennesker med brugerbaggrund i den regionale og kommunale indsats for mennesker med psyki-

ske lidelser. Midlerne skal anvendes til uddannelse og inddragelse af medarbejdere, frivillige eller mentorer med brugererfaring. Initiativet understøtter den nye ramme og retning i psykiatrien med fokus på den enkeltes mulighed for at komme sig på trods af en psykisk lidelse, øget selvbestemmelse og inddragelse af patientens/ borgerens ressourcer i indsatsen samt inklusion af mennesker med psykiske lidelser på arbejdsmarkedet. Der afsættes derudover et beløb til en ansøgningspulje til brugerorganisationer, der ønsker at organisere medarbejdere, frivillige eller mentorer med brugerbaggrund i den regionale og kommunale psykiatri, herunder etablere netværk, sparring, rådgivning og supervision mv.

Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, Danske Regioner, KL, patientforeninger og andre relevante parter vil til brug for udmøntning af puljen drøfte kriterier for ansøgningerne, herunder rammer for en model for ansættelse af medarbejdere med brugererfaring i dansk kontekst.

Partierne er enige om at afsætte 35 mio. kr. i perioden 2014-2017 til forsøg med inddragelse af personer med brugerbaggrund i den regionale psykiatri og i de kommunale sociale tilbud enten som ansatte i ordinære stillinger eller i fleksjob og som frivillige. Der vil i udmøntningen af puljen blive lagt vægt på en geografisk fordeling af midlerne.

Mio. kr., 2014-til	2014	2015	2016	2017	Permanent
Forsøg med ansættelse af medarbejdere, brug af frivillige, brug af mentorer med brugerbaggrund	10,0	8,0	8,0	9,0	-

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra regioner og kommuner og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen. Der afsættes 1 mio. kr. til en evaluering af initiativets resultater med henblik på at skabe et kvalificeret beslutningsgrundlag i kommuner og regioner om en efterfølgende forankring og udbredelse lokalt.

3.2 Koncept for systematisk inddragelse af pårørende

I regional regi er der gode erfaringer fra "projekt pårørende i psykiatrien". De deltagende psykiatriske enheder oplevede store forbedringer og øget tilfredshed blandt de pårørende uden, at der blev tildelt flere økonomiske midler. Fra projektet findes gode erfaringer med, hvordan medarbejdere i psykiatrien meget enkelt kan sikre bedre pårørendeinddragelse og skabe en mere ligeværdig dialog med de pårørende.

Psykiatriudvalget vurderer, at der er behov for at sætte øget fokus på at sikre gode rammer og strukturer for pårørendeinddragelse. Psykiatriudvalget anbefaler derfor, at kommuner og regioner udarbejder en plan for systematisk inddragelse af pårørende.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at iværksætte et arbejde vedrørende udarbejdelse af planer for inddragelse af pårørende, herunder børn som pårørende. Der skal således udvikles et koncept og en fremgangsmåde, som kommuner og regioner kan tage udgangspunkt i, når de skal lave planer for inddragelse af pårørende. Dette koncept udarbejdes nationalt i et samarbejde med KL, Danske Regioner og bruger- og pårørendeorganisationer på området m. fl. Planen skal styrke regionerne og kommunernes inddragelse af pårørende,

således at pårørende i højre grad anderkendes og indgår som en ressource i indsatsen. Planen skal sikre en tidlig og struktureret inddragelse. Inddragelsen af pårørende kan gennemføres på flere måder f.eks. som uddannelse, familieintervention, psykoedukation og individuelle samtaler mv. Endvidere er det vigtigt, at planen også omfatter en beskrivelse af, hvilket informationsmateriale, de pårørende skal have udleveret, f.eks. informationsmateriale om sygdommen og om, hvordan man som pårørende håndterer rollen. Derudover skal planen også omfatte inddragelse af pårørende ved overgang mellem sektorer, f.eks. i tilfælde hvor borgere overgår fra regional behandling til en kommunal indsats. Det er dog centralt, at inddragelse af de pårørende skal ske til gavn for borgeren og med borgerens fulde accept. Der kan ved udarbejdelse af planen tages udgangspunkt i erfaringerne fra kommunale og regionale pårørendepolitikker og fra "projekt pårørende i psykiatrien".

Partierne er enige om at afsætte 9,6 mio. kr. i perioden 2014-2017 til udvikling af koncept samt til understøttelse af kommuners og regioners udarbejdelse af en plan for pårørendeinddragelse.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Koncept for systematisk inddragelse af pårørende	3,6	2,0	2,0	2,0	-

Midlerne vil blive fordelt på baggrund af ansøgninger fra regioner og kommuner og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen.

4. Høj kvalitet i indsatsen gennem dokumentation og viden

4.1 Forskningsstrategi og pulje til konkrete forskningsprojekter

For at kvaliteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser kan udvikles og øges er der behov for mere målrettet forskning og viden om effektive indsatser, metoder og behandlingsformer.

Psykiatriudvalget peger i sin rapport på, at der - for at understøtte en udvikling mod højere kvalitet og mere evidensbaseret og effektiv indsats - er behov for strategiske overvejelser om fokus på og prioritering af forskning inden for hele det psykiatriske område, herunder både sundhedsforskning og socialforskning med afsæt i psykiatrisk, somatisk og socialpædagogiske forskningsfelter og med inddragelse af såvel lægevidenskabelig som ikke-lægevidenskabelig forskningstradition. Samtidig skal forskningen understøtte de faglige målsætninger for området, herunder bidrage til den nye ramme og retning, som psykiatriudvalget har beskrevet.

En styrket evidensbaseret indsats for mennesker med psykiske lidelser kræver således forskning i bred forstand, hvilket indebærer, at hele paletten af forskningsmetoder tages i brug. Strategien skal således både omfatte forskning på områder inden for et traditionelt, biomedicinsk forskningsparadigme f.eks. afprøvning af medicin i lodtrækningsforsøg (randomiserede studier) og på områder, hvor forskning i højere grad bygger på kvalitative forskningsmetoder f.eks. ved afdækning af patienters/borgeres barrierer for at søge behandling og

støtte eller ved undersøgelse af værdien i borger/pårørendeinddragelse. Hertil kommer behov for sundhedstjenesteforskning, herunder forskning i organisering, tilrettelæggelse og sammenhæng samt forskning i og udvikling af ny viden om metoder, der har dokumenteret effekt, herunder i relation til sammenhæng, effektivitet og økonomi.

En forskningsevaluering gennemført i Region Hovedstaden har vist, at der er behov for en målrettet indsats for at styrke forskningen inden for psykiatrien. Målet er, at psykiatrien fremover skal kunne markere sig i konkurrencen med de somatiske hospitaler om forskningsmidler f.eks. hos Det Strategiske Forskningsråd og i forhold til Det Frie Forskningsråd.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at prioritere midler til udarbejdelse af en national strategi for forskning i forhold til både den kommunale og regionale indsats for mennesker med psykiske lidelser samt afsætte midler til en pulje til igangsættelse af konkrete forskningsprojekter på psykiatriområdet. Partierne er endvidere enige om at nedsætte en bredt sammensat ekspertgruppe, som på baggrund af en kortlægning af forskningsaktiviteten på sundheds- og socialområdet udarbejder en strategi for den fremadrettede udvikling af forskning på psykiatriområdet.

Ekspertgruppen sekretariatsbetjenes af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen, og puljen til igangsættelse af forskningsprojekter varetages af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i samarbejde.

Partierne er enige om at afsætte 2 mio. kr. i 2014 til kortlægning og udarbejdelse af strategi for forskning på psykiatriområdet og 3 mio. kr. i 2014 og 4 mio. kr. årligt i 2015-2017 til en pulje til forskningsprojekter på sundheds- og socialområdet.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Forskningsstrategi og pulje til konkrete forskningsprojekter	5,0	4,0	4,0	4,0	-

Midler til forskningsprojekterne fordeles på baggrund af ansøgninger fra forskningsinstitutioner mv. og udmøntes på baggrund af temaer udpeget i forskningsstrategien.

4.2 Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen

Psykiatriudvalget peger på, at det er en udfordring i den sociale indsats for mennesker med en psykisk lidelse, at der kun er få evidensbaserede og omkostningseffektive metoder afprøvet i en dansk kontekst samt at udbredelsen af effektfulde metoder er varierende.

Kommunerne har øget fokus på rehabiliterende og mindre indgribende indsatser i borgerens nærmiljø til borgere med en psykisk lidelse, der har behov for en social indsats. Der er samtidig sket en stigning i antallet af borgere med psykiske lidelser, der får tildelt en bostøtte i eget hjem.

Satspuljepartierne er derfor enige om, at afsætte midler til at afprøve rehabiliterende metoder med dokumenteret effekt i den kommunale bostøtte til mennesker med en psykisk lidelse. Ini-

tiativet skal skabe et vidensgrundlag for forankring og udbredelse af metoderne i kommunerne.

Forsøgene skal skabe positive resultater for borgerne, og gøre det muligt for dem at tage ansvar for eget liv, så de på sigt kan klare sig i egen bolig uden - eller med mindre indgribende - indsatser. Målet er endvidere, at flere borgere med en psykisk lidelse kan flytte fra et bosted til egen bolig. Derudover forventes forsøgene at kunne bidrage til, at der sker færre u hensigtsmæssige genindlæggelser i behandlingspsykiatrien, at flere borgere kan indgå i sociale aktiviteter og holde fast i meningsfulde relationer (familie, venner, uddannelse, arbejde, mv.) samt at flere borgere kan uddanne sig eller opnå beskæftigelse, herunder også beskyttet beskæftigelse f.eks. i socialøkonomiske virksomheder.

Konkret afprøves to rehabiliterende metoder med dokumenteret effekt i bostøtten til mennesker med en psykisk lidelse:

1) Projekt "Den gode indflytning". En vidensbaseret metode¹ afprøves i et antal kommuner. Der er tale om koordinerende sagsbehandlere, som retter sig mod målgruppen af personer med en psykisk lidelse, der vurderes klar til at flytte i egen bolig fra et botilbud eller efter en indlæggelse med den rette rehabiliterende støtte.

2) Projekt "Recovery plan". En vidensbaseret metode² afprøves i et antal kommuner. Metoden indeholder et gruppebaseret undervisningsforløb i bostøtten for mennesker med psykiske lidelser. Det er et centralt element i metoden, at der udarbejdes en "personlig arbejdsbog".

Der gennemføres evaluering af effekt og økonomien i modellen. Effektevalueringen skal sammen med den økonomiske analyse understøtte kommunernes beslutninger i forhold til videre forankring af metoderne i bostøtten og i forhold til en udbredelse til andre kommuner.

Partierne er på den baggrund enige om at afsætte i alt 25 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at afprøve dokumenterede metoder i den kommunale bostøtte.

Mio. kr., 2014-til	2014	2015	2016	2017	Permanent
Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen	6,0	6,0	6,0	7,0	-

¹ Critical Time Intervention

² Wellness Recovery Action Plan

5. Mindre tvang og magtanvendelse

5.1 Forsøg med bæltefri/ tvangsfrie³ afdelinger

Det er vigtigt, at der arbejdes målrettet på at få anvendelsen af tvang ned i regionerne, særligt den fysiske tvang med bælte og remme. På trods af flere nationale gennembrudsprojekter om nedbringelse af tvang er der ikke de seneste 10 år set et nævneværdigt fald i andelen af indlagte psykiatriske patienter, som udsættes for tvang. Brugen af langvarige tvangsfikseringer har flere gange givet Europarådets Torturforebyggelseskomité anledning til at kritisere Danmark. Psykiatriudvalget peger på den baggrund på behovet for afprøvning af nye metoder med henblik på nedbringelse af tvang og, hvis muligt, afskaffelse af visse former for tvang.

Både på baggrund af danske og internationale erfaringer med reduktion af tvang har det vist sig vigtigt, at der i forbindelse med forsøg med afskaffelse af tvang er fokus på såvel patienternes sygdomsudvikling og ændring i adfærd, personalets kompetencer og normering samt ledelsesopbakning. Der er således behov for en særlig opmærksomhed på patienters sårbarhed f.eks. i forbindelse med kommunikationsproblemer, som kan hænge sammen med psykotiske forstyrrelser, omstillinger i forhold til ændringer på afsnittet, flytninger mv. samt i forhold til mulige konflikter mellem bestemte patienter, vikarer mv. og indtagelse af stoffer.

Samtidigt skal der kunne tildeles intensiv, individuel personalestøtte til akut dårlige patienter, målrettet anvendelse af støttende og beroligende aktiviteter samt brug af mindre afsnit, f.eks. skærmede afsnit og time-out rum (som allerede eksisterer på mange lukkede afsnit), hvor det er muligt at skabe ro og overskuelige rammer.

Endeligt vil der være behov for særlige kompetencer hos personalet bl.a. i forhold til f.eks. konflikthåndtering, deeskalering og kognitiv terapi. Endvidere vil der være behov for forskellige aktivitetsmuligheder, herunder fysioterapeutiske indsatser, samt et fysisk miljø, der virker beroligende.

Der skal i forsøgsperioden på de bæltefri/tvangsfrie afsnit være mulighed for i situationer, hvor en patient bliver voldso og udadreagerende at iværksætte nødvendige tiltag, herunder f.eks. skærmning, rolige rum med mulighed for deeskalering og i den yderste konsekvens overflytning af patienten til et andet afsnit. En sådan overflytning vil alene kunne ske efter ensartede kriterier, fastlagt for samtlige afsnit, der er involveret i projektet. Udgangspunktet er, at kun i alleryderste nødsretstilfælde kan en patient overflyttes til en anden afdeling med henblik på tvang.

Satspuljepartierne er med udgangspunkt i ovenstående enige om at afsætte midler til afprøvning af metoder, der giver de psykiatriske afdelinger erfaringer med afskaffelse af fysisk tvang på udvalgte, lukkede afsnit i en forsøgsperiode. Midlerne skal bl.a. anvendes til at etab-

³ Tvang i psykiatrilovens forstand er defineret som anvendelse af foranstaltning for hvilket, der ikke foreligger et samtykke. På tvangsfrie afdelinger vil der ikke kunne anvendes foranstaltninger af nogen art uden patientens samtykke bortset fra i nødretstilfælde.

lere et behandlingsmiljø på afsnittene, der forebygger situationer, hvor tvang ellers ville have været anvendt f.eks. kognitiv miljøterapi, aktiviteter, deeskalerings- og time-out muligheder, øget patient- og pårørendeinvolvering. Partierne lægger vægt på, at forsøget tager udgangspunkt i erfaringer fra gennembrudsprojekterne om nedbringelse af tvang i psykiatrien. Det er en forudsætning for gennemførelse af projektet, at reduktionen i den fysiske tvang ikke resulterer i, at anvendelsen af andre former for tvang eller medicin stiger. Partierne ser således dette forsøg som et vigtigt skridt mod et langsigtet og ambitiøst mål om maksimal nedbringelse af tvangsanvendelse på landsplan.

Initiativet udmøntes og følges tæt i regi af Sundhedsstyrelsen, der udarbejder de nærmere faglige kriterier for projekterne.

Satspuljepartierne tilslutter sig finanslovsaftalen vedrørende mindre tvang i psykiatrien, og udmøntning af midlerne til forsøg med bæltefri/tvangsfri afdelinger skal ses i sammenhæng med partnerskaber om tvangsnedbringelse jf. finanslovsaftalen.

Satspuljepartierne tilslutter sig finanslovsaftalens målsætning om en halvering af tvang i psykiatrien, og udmøntning af midlerne til forsøg med bæltefri/tvangsfri afdelinger skal ses i sammenhæng med partnerskaber om tvangsnedbringelse jf. finanslovsaftalen.

Partierne er enige om at afsætte 73,6 mio. kr. i perioden 2014-2017 til afprøvning af metoder til afskaffelse af den fysiske tvang på udvalgte psykiatriske afdelinger i en forsøgsperiode.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Forsøg med bæltefri/tvangsfrie afdelinger	21,6	17,0	17,0	18,0	-

Midlerne fordeles på baggrund af ansøgninger fra regionerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen vil administrere og følge projektet tæt, herunder udviklingen i anvendelsen af medicin og andre tvangsformer på de bæltefri afdelinger. Der afsættes 1 mio.kr. til en effektevaluering af projekterne.

5.2 Forebyggelse af magtanvendelse på botilbud

En aktuell undersøgelse viser, at 46 pct. af alle socialpædagoger har været udsat for trusler inden for de sidste 12 måneder og 38 pct. af alle socialpædagoger har været udsat for vold (Konflikt og vold, SUS, 2013). International forskning dokumenterer, at et fokusskifte fra restriktiv magtanvendelse og sanktioner til forebyggelse og konflikthåndtering nedbringer forekomsten af vold og magtanvendelse inden for handicapsektoren og herunder også psykiatriområdet. Psykiatriudvalget peger på den baggrund på, at det er relevant at styrke fokus på forebyggelse af vold og magtanvendelse på de socialpsykiatriske botilbud, så hverken personale eller borger lider unødigt overlast.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afsætte midler til afprøvning af en internationalt kendt metode til forebyggelse af vold og magtanvendelse⁴, i en dansk kontekst på botilbud for mennesker med en psykisk lidelse. Hovedprincippet i metoden er at søge fredelige løsninger med borgeren i centrum. Der er endnu ikke danske effektmålinger af metoden, men det vurderes på baggrund af tilgængelig forskning, at anvendelsen af metoden kan få omfanget af vold og magtanvendelse til at falde på botilbud for mennesker med en psykisk lidelse.

Med forsøgene sigtes der mod at reducere antallet af indberetninger vedrørende "udfordrende adfærd" og magtanvendelser over for borgere på de involverede botilbud for mennesker med psykiske lidelser, og der sigtes mod at borgere og medarbejdere skal opleve at have bedre redskaber til at forebygge konflikter og magtanvendelsessituationer.

Metoden afprøves via halvårige undervisningsprogrammer for både fagpersonale og beboere på botilbud. Der afsættes midler til en evaluering af udviklingen i antallet af konflikter samt magtanvendelser i projekterne før og efter undervisning i metoden. For at understøtte brugen af metoden efter undervisningsprogrammet afholdes netværksmøder for projektkommunerne, og fagmedarbejderne støttes i at arbejde resultatbaseret, så de fastholder fokus på at reducere antallet af magtanvendelser og løbende kan følge resultatet af deres indsats.

Partierne er på den baggrund enige om at afsætte 1 mio. kr. årligt i perioden 2014-2017 til afprøvning af metoden på botilbud for mennesker med en psykisk lidelse.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Forebyggelse af magtanvendelse på botilbud	1,0	1,0	1,0	1,0	-

Metoden afprøves på en række bosteder i tre kommuner. Kommunerne kan ansøge om at afprøve metoden lokalt.

6. Sundhed og forebyggelse

6.1 Regionale tværfaglige teams vedr. medicin

Mange mennesker med psykiske lidelser oplever en næsten symptomfri tilværelse som følge af en kombination af medicinsk behandling, samtaleterapi og psykoedukation mv. Der er imidlertid en mindre andel af patienter, som er vanskelige at behandle, og som eksempelvis har behov for medicin i højere doser end vanligt eller brug for flere forskellige typer medicin samtidigt.

Kortlægningen under psykiatriudvalget har vist, at der er stor utilsigtet variation i regionernes brug af psykofarmaka. Patienter med kompleks medicinering kan have særlige behov for op-

⁴ Low Arousal

følgning og monitorering af effekt og bivirkninger. Medicinering er et lægeligt ansvar og kan delegeres til andet personale. De fagpersoner, der varetager medicineringsopgaver på sygehuset, i almen praksis eller speciallægepraksis samt i kommunale botilbud, kan have brug for at få specialiseret rådgivning og hjælp herunder til ned- eller udtrapning af patienters medicin mv.

Nogle sygehuse har gode erfaringer med tværfaglige teams, der rådgiver praktiserende læger og sygehuslæger om kompleks medicinering f.eks. på psykiatrisk afdeling på Odense Universitetshospital, ligesom der er eksempler på gode erfaringer med samarbejde mellem den regionale psykiatri og kommunale botilbud om medicinering f.eks. i Region Hovedstaden.

De eksisterende tværfaglige teams om medicin er imidlertid ikke landsdækkende, og der er behov for at øge patientsikkerheden og kvaliteten i behandlingen for mennesker med psykiske lidelser gennem mere sikker og kompetent håndtering af medicin på sygehusafdelinger, i praksissektoren og i kommunen.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afprøve brugen af tværfaglige teams om medicin i hver af de 5 regioner, som vil kunne tilbyde rådgivning og hjælp til personalet på sygehusafdelinger, i praksissektoren og i den kommunale indsats om medicinering. Teamet kan bl.a. bistå relevante medarbejdere i regioner, praksissektor og kommuner i forbindelse med ned- og udtrapning af medicin, årlig medicingennemgang af patienter med farmakologisk risikoprofil samt rådgivning om medicin mv. Teamet sammensættes eksempelvis af farmakologer, farmaceuter, psykiatere, børne- og ungdomspsykiatere og andre læger.

Partierne er enige om at afsætte 40 mio. kr. i perioden 2014-2017 til forsøg med etablering af tværfaglige teams vedr. medicinering i alle regioner.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Regionale tværfaglige teams vedr. medicinering	10,0	10,0	10,0	10,0	-

Midlerne fordeles på baggrund af ansøgninger fra regionerne og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Der forudsættes regional medfinansiering af projekterne. Der afsættes 1 mio.kr. til en effektevaluering af projekterne.

6.2 Sundhedsfremme målrettet mennesker med psykiske lidelser

Mennesker med alvorlige former for psykiske lidelser som f.eks. skizofreni, affektive lidelser og misbrug lever i gennemsnit mellem 15 og 20 år kortere end befolkningen som helhed. Den øgede dødelighed skyldes en kombination af flere faktorer, herunder øget risiko for ulykker og selvmord, øget risiko for at dø af somatiske livsstilssygdomme, som yderligere kan forstærkes af bivirkninger ved især antipsykotisk medicin, mv. Samtidigt er mennesker med psykiske lidelser i større i risiko for at miste tilknytning til sociale netværk og opleve ensomhed. Dette har også indflydelse på livskvalitet og sygdomsudvikling og dermed levetid.

Satspuljepartierne er enige i psykiatriudvalgets forslag om at sætte mål for nedbringelse af overdødelighed hos mennesker med psykiske lidelser, og der igangsættes et arbejde med fastsættelse af sådanne mål.

Undersøgelser viser, at der er forhøjet forekomst af metabolisk syndrom hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser i Danmark, som er forstyrrelser i kroppens omsætning af næringsstoffer, der omfatter højt blodtryk, høje insulinværdier, overvægt og høje kolesterolværdier. Hertil kommer, at der er studier, der tyder på, at mennesker med psykiske lidelser ikke i tilstrækkelig grad bliver undersøgt for somatisk sygdom, og som følge heraf ikke modtager tilstrækkelig rådgivning og behandling for somatisk sygdom. Overdødeligheden betinget af somatiske sygdom særligt type-2 diabetes, hjertekarsygdomme og visse kræftsygdomme kan skyldes en øget forekomst af livsstilsrisikofaktorer, f.eks. som følge af, at mennesker med psykiske lidelser erfaringsmæssigt ryger mere, spiser usundt og dyrker for lidt motion.

Undersøgelser viser imidlertid, at mennesker med psykiske lidelser er motiverede for at ændre sundhedsvaner, og der er således behov for, at der bliver taget de rette initiativer til forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme. Det er samtidigt almindeligt kendt, at bl.a. fysisk aktivitet har en betydelig sundhedsfremmende og forebyggende effekt på en række sygdomme, som hjertekarsygdomme, type-2 diabetes, metabolisk syndrom samt tidlig død.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at etablere udviklingsprojekter i kommunerne, der skal afprøve metoder til motivation af mennesker med psykiske lidelser samt til udvikling og etablering af sundhedstilbud og trivselsfremmende tilbud, herunder med fokus på fysisk aktivitet, netværksdannelse og trivsel. Partierne lægger i forbindelse med udmøntning af puljen vægt på, at kommunerne med henblik på, at flere borgere med psykiske lidelser benytter sig af sundheds- og trivselsfremmende tilbud som f.eks. motionsaktiviteter, inddrager frivillige, foreninger, herunder idrætsklubber og aftenskoler, og etablerer samarbejde mellem den kommunale sygepleje, sundhedscenter, botilbud og væresteder mv. med henblik på at forebygge somatisk sygdom, ensomhed, selvmord og mistrivsel hos mennesker med psykisk sygdom.

Partierne er enige om at afsætte 28 mio. kr. i 2014-2017 til udviklingsprojekter i kommunerne til fremme af sundhed og forebyggelse af somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser herunder i samarbejde med frivillige og foreningslivet.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Sundhedsfremme målrettet mennesker med psykiske lidelser	11,0	5,0	5,0	7,0	-

Midlerne fordeles på baggrund af ansøgninger fra kommuner og private ansøgere og efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Der afsættes 1 mio. kr. til effektevaluering af projekterne med henblik på udbredelse af erfaringerne.

6.3 Partnerskaber om mental sundhed på arbejdspladser

En aktiv indsats for sundhedsfremme og forebyggelse på arbejdspladser kan sikre et bedre psykisk arbejdsmiljø for medarbejderne, forebygge psykisk nedslidning og være medvirkende til at undgå udvikling af arbejdsbetingede psykiske lidelser.

Arbejdspladser kan, for at sikre et godt psykisk arbejdsmiljø for medarbejdere med psykiske lidelser eller vanskeligheder, udarbejde særlige politikker og procedurer til inklusion af medarbejdere med psykiske vanskeligheder og til skånsom tilbagevenden til arbejdet efter sygefravær grundet mentale vanskeligheder. Det er samtidigt vigtigt, at arbejdspladser råder over lederkompetencer vedr. psykisk arbejdsmiljø og forebyggelse af stress hos medarbejdere, herunder brug af redskaber til opsporing og håndtering af stress og mentale vanskeligheder.

I Canada har man udarbejdet specifikke og nationale målsætninger for forbedring af den mentale sundhed på arbejdspladser. Som led i dette arbejde er der udviklet en national standard for mental sundhed målrettet arbejdspladserne, som er udarbejdet i et partnerskab af bl.a. myndigheder, fagforeninger og arbejdsgiverforeninger. Standarden indeholder anvisninger til en systematisk tilgang til at fremme mental sundhed på arbejdspladserne, herunder i forhold til at identificere dårligt arbejdsmiljø og mobning, implementering af indsatser der fremmer mental sundhed samt anvisninger i forhold til opfølgning på arbejdspladsvurderinger.

Standarden er frivillig og kan bruges som værktøj på arbejdspladserne i forhold til at udvikle arbejdsmiljøpolitikker og vurdere, hvordan arbejdspladsen ligger i forhold til standarden.

I dansk kontekst har Sundhedsstyrelsen udviklet en 5-trinsmodel for sundhed og trivsel på arbejdspladser, der kan give konkret inspiration til systematisk og strategisk arbejde med sundhedsfremme i virksomheder. 5-trinsmodellen indgår f.eks. i kåringen af Danmarks Sundeste Virksomhed – en årlig konkurrence blandt virksomheder, som Sundhedsdoktor, Dansk Erhverv og Dansk Firmaidræt Forbund står bag.

Satspuljepartierne er derfor enige om at afsætte midler til etablering og drift af et nationalt partnerskab mellem staten, kommuner, regioner og erhvervslivet og øvrige parter som patientforeninger og arbejdstagerorganisationer mv. Formålet er at etablere et forpligtende samarbejde om mental sundhed med arbejdsgiverne, der skal bidrage til afstigmatisering og inklusion. Som led i partnerskabet udarbejdes en national standard, som arbejdspladser kan måles på f.eks. i forhold til støtte ved tilbagevenden efter sygefravær og integration af medarbejdere, der har haft psykiske problemer eller lidelser gennem en aktiv "tilbage-til-arbejdet" politik på arbejdspladsen.

Der afsættes på den baggrund 7 mio. kr. i perioden 2014-2017 til etablering og drift af et partnerskab om mental sundhed på arbejdspladser.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Partnerskab om mental sundhed på arbejdspladser	4,0	1,0	1,0	1,0	-

Det forudsættes, at deltagere i partnerskabet vil skulle medfinansiere partnerskabet, herunder aktiviteter og drift efter 2017.

6.4 Uddannelsestilbud vedr. spiseforstyrrelser til kommunale fagpersoner og praktiserende læger

Det fremgår af psykiatriudvalgets rapport, at forekomsten af spiseforstyrrelser blandt højrisikogrupper "yngre kvinder" vurderes at være henholdsvis 0,3 pct. for anoreksi, 2 pct. for bulimi og 3 pct. for overspisning. Antallet af voksne med en spiseforstyrrelse, der får ambulant behandling, er i perioden 2001 til 2011 steget fra ca. 1.200 til ca. 1.800 personer. Antallet af børn og unge med spiseforstyrrelser, der får behandling i den regionale psykiatri, er ligeledes steget fra ca. 500 i 2001 til knap 1.000 i 2011. Udvalget peger på, at der for mennesker med spiseforstyrrelser, som ofte har behov for langvarig lægefaglig behandling og samtidig eller efterfølgende indsats i kommunalt regi, har særligt behov for en samordnet indsats mellem regioner og kommuner.

De to foreninger "Pårørende til personer med Spiseforstyrrelse" og "LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelse og selvskade" har i fællesskab udarbejdet et oplæg til en 3-årig uddannelsesindsats for kommunale fagpersoner – sygeplejersker, sundhedsplejersker, pædagoger, lærere m.fl. – og praktiserende læger.

For at understøtte en udvikling, hvor man i patientens nærmiljø bliver bedre til at behandle, forebygge, støtte og rehabilite, er satspuljepartierne enige om at afsætte midler til projektet med henblik på at sikre, at fagprofessionelle i kommunerne får øget viden og redskaber, der kan gøre dem i bedre stand til at yde hjælp, rådgivning og støtte til mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade samt deres pårørende.

På den baggrund gives et samlet tilskud på 5,8 mio. kr. til finansiering af projektet i perioden 2014-2016.

Mio. kr., 2014-til	2014	2015	2016	2017	Permanent
Uddannelsestilbud vedr. spiseforstyrrelser til kommunale fagpersoner og praktiserende læger	5,8	-	-	-	-

6.5 Psykiatritopmøde 2014-2015

Med satspuljeaftalen for 2013-2016 blev der afsat 1,1 mio. kr. til foreningen Det Sociale Netværk til afholdelse af foreningens Psykiatritopmøde i 2013.

Satspuljepartierne er enige om, at Psykiatritopmøderne bidrager til opbygning af viden, erfaring og konkret information for psykiatrien generelt set, og partierne er derfor enige om at afsætte midler til afholdelse af et årligt Psykiatritopmøde i perioden 2014-2015. Satspuljepartierne ønsker med bevillingen at understøtte topmødets udviklende og tværpolitiske funktion.

Der afsættes på den baggrund 2,0 mio. kr. til afholdelse af et årligt Psykiatritopmøde i perioden 2014-2015.

Mio. kr., 2014-pl	2014	2015	2016	2017	Permanent
Psykiaitopmøde 2014-2015	2,0	-	-	-	-

10. Oversigt over fordeling af satspuljen på psykiatrimrådet 2014-2017

Opfølgning på Psykiatridvalg	2014	2015	2016	2017	I alt
En hurtig og sammenhængende indsats, herunder					
Forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri	8,0	8,0	8,0	8,0	32,0
Forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser	1,0	6,0	6,0	-	13,0
Udbredelse af sociale akuttilbud	10,0	20,0	20,0	21,0	71,0
Koordineret indsats for dobbeltbelastede (P)	6,0	6,0	6,0	6,0	24,0
Udbredelse af tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien	5,0	6,0	6,0	6,0	23,0
Brugere og pårørende som en ressource i indsatsen					
Forsøg med ansættelse af medarbejdere, brug af frivillige, brug af mentorer med brugerbaggrund	10,0	8,0	8,0	9,0	35,0
Koncept for systematisk inddragelse af pårørende	3,6	2,0	2,0	2,0	9,6
Høj kvalitet i indsatsen gennem dokumentation og viden					
Forskningsstrategi og pulje til konkrete forskningsprojekter	5,0	4,0	4,0	4,0	17,0
Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen	6,0	6,0	6,0	7,0	25,0
Mindre tvang og magtanvendelse					
Forsøg med bælefri/tvangsfrie afdelinger	21,6	17,0	17,0	18,0	73,6
Forebyggelse af magtanvendelse på botilbud	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0
Sundhed og forebyggelse					
Regionale tværfaglige teams vedr. medicinering	10,0	10,0	10,0	10,0	40,0
Sundhedsfremme målrettet mennesker med psykiske lidelser	11,0	5,0	5,0	7,0	28,0
Partnerskab om mental sundhed på arbejdspladser	4,0	1,0	1,0	1,0	7,0
Uddannelsesstilbud vedr. spiseforstyrrelser til kommunale fagpersoner og praktiserende læger	5,8	-	-	-	5,8
Psykiaitopmøde 2014-2015	2,0	-	-	-	2,0
I alt	110,0	100,0	100,0	100,0	410,0

Administration mv.

Af bevillingen til de nævnte indsatsområder kan der reserveres op til 3 % til administration mv. (heraf 2/3 til lønsum). Det reelle træk på de pågældende puljer opgøres ved årets udgang som de faktisk afholdte administrationsomkostninger, jf. Økonomistyrelsens vejledning.

Dokumentation og opfølgning

Overordnet set har aftalen til formål at sikre en målrettet anvendelse af de afsatte ressourcer til forankring, kvalitetsudvikling og fortsat udbygning af tilbuddene til sindslidende, handicappede og andre særligt udsatte grupper. Derfor stilles der en række krav om mål og dokumentation af de projekter, der søger om økonomisk støtte.

Mål og dokumentation

Projekter, der søger om puljemidler afsat med aftalen, skal opstille klare mål/succeskriterier i projektbeskrivelsen og heri redegøre for, hvordan de vil dokumentere de opstillede mål.

I projektbeskrivelsen skal projekterne præcisere, hvordan de vil forbedre indsatsen og udvikle og anvende indikatorer, som dokumenterer resultaterne af indsatsen.

Projekterne følger årligt op på projekternes resultater, og det er et krav at projektet afrapporterer om mål, effekt, gennemførelsen m.v. Det sker gennem statusrapporter typisk midtvejs og ved afslutningen af et projekt. Inden for hvert projekt skal der efter projektperioden kunne påvises konkrete forbedringer for deltagerne i projekterne. Efter puljens udløb foretages en samlet evaluering af de iværksatte projekter i forhold til de opstillede mål.