

## Hørings svar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Psykiatrifonden takker regeringen for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi vil også gerne rose regeringen for at have nedsat kommissionen og for at tage den nødvendige beslutning at forandre strukturerne for vores sundhedsvæsen.

Med strukturreformen i 2007 lykkedes man med at skabe strukturer, der højnede behandlingskvaliteten for særligt kræft- og hjerteområdet. Men imens man lykkedes med den nødvendige specialisering af behandlingen for de store somatiske sygdomme, er der ikke sket samme kvalitetsløft for behandling af psykisk sygdom. Den organisatoriske og ledelsesmæssige adskillelse kan have været en medvirkende årsag hertil.

Et centralt eksempel herpå kan findes ved udviklingen af den akutte indsats. I forbindelse med strukturreformen i 2007 tilrettelagde Sundhedsstyrelsen det akutte beredskab med udgangspunkt i principperne for specialeplanlægning, hvilket udmøntede sig i en række anbefalinger for den akutte sundhedsindsats til somatiske patienter. Anbefalingerne fik en omfattende og strukturel betydning for udviklingen af det somatiske sygehusvæsen og førte til øget specialisering, en reduktion i antallet af sygehuse og en samling af behandlinger på færre steder med det formål at øge kvaliteten. Desuden kom speciallægerne i front i den akutte modtagelse på sygehuset. Anbefalingerne omfattede desværre ikke psykiatrien, hvilket førte til, at indsatserne på dette centrale tidspunkt ikke blev sammentænkt. Selvstændige anbefalinger for psykiatrien blev udgivet 2 år senere i 2009, men fik ikke en tilsvarende opmærksomhed og betydning for organisering og udvikling af området <sup>1</sup>.

Hvis regeringens ambition om at sidestille psykisk og fysisk sygdom skal lykkes, så kræver det et opgør med at tænke sundhedsvæsenet som to parallelle sundhedssystemer: et psykiatrisk og et somatisk.

Derfor har Psykiatrifonden budt ind med vores forslag om at integrere psykiatri og somatik, og værdsætter, at dette er afspejlet i rapporten som en af de seks tværgående anbefalinger.

**Læsevejledning:**

I det følgende vil vi uddybe og understøtte anbefalingen om at integrere psykiatrien og somatikken, samt fremhæve nogle af de udfordringer, som vi mener er afgørende at have for øje i udviklingen af sundhedsvæsenet. Derudover vil vi argumentere for, at socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien knyttes tættere sammen, blandt andet ved fælles lovgrundlag. Vi vil endvidere kommentere forslaget om nationale kvalitetsstandarder. Slutteligt vil vi kort forholde os til forvaltningsmodellerne, hvor vi peger på at samle ansvaret for særligt de mest sårbare borgere og patienter.

## Kommentarer til tværgående anbefaling 4: Ændringer af organiseringen på psykiatriområdet

Som en naturlig forlængelse af såvel det faglige oplæg som regeringens prioritering af psykiatrien har Sundhedsstrukturkommissionen taget psykiatriens udfordringer alvorligt og overvejet løsninger på disse på lige fod med sundhedsvæsenet i det hele taget. Psykiatrifonden støtter fuldt og helt op om kommissionens anbefaling 4 og præsenterer her en række centrale grunde til, at en integration vil være gavnlig for patienterne såvel som den langsigtede udvikling af psykiatrien og implementeringen af 10-årsplanen.

### **Ulighed i sundhed – mænd med skizofreni fylder ikke 66 år**

En del af Sundhedsstrukturkommissionens opdrag var, at deres forslag skulle skabe et sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt. Vi vil i den forbindelse bemærke, at dér hvor den geografiske forskel i middellevetid er størst – mellem Lolland kommune og Gentofte Kommune – er forskellen i middellevetid på 5,3 år<sup>ii</sup>. Hvis vi løfter blikket fra det geografiske og i stedet ser på mennesker med psykiske sygdomme, er uligheden langt højere. For depression, som 587.930 danskere lever med<sup>iii</sup>, er den forventede levealder hhv. 7,9 år kortere for mænd og 6,2 år kortere for kvinder<sup>iv</sup>, og depression tegner sig for hele 36 procent af alle tilkendte førtidspensioner<sup>v</sup>. Mennesker med svær psykisk sygdom som skizofreni kan se frem til et ca. 14 år kortere liv end baggrundsbefolkningens. Det vil sige, at hvor en gennemsnitlig dansk mand bliver 79 år gammel, så bliver den almindelige mandlige patient med skizofreni blot 65 år gammel<sup>vi</sup>.

Et år efter diagnosticering af somatisk sygdom har patienter med samtidig psykisk lidelse (uanset psykiatrisk diagnose), når der sammenlignes med somatiske patienter uden samtidig psykisk lidelse, generelt en højere risiko for død. Det hænger bl.a. sammen med, at patienter med psykisk lidelse modtager en mindre optimal behandling i det somatiske sundhedsvæsen<sup>vii</sup> samt at den somatiske sygdom ofte vil være mere fremskreden hos mennesker med samtidig psykisk sygdom, fordi symptomerne fra den psykiske sygdom skygger for den uopdagede somatiske sygdom<sup>viii</sup>. Dette problem benævnes i forskningslitteraturen 'diagnostic overshadowing' og er en tendens til at tilskrive symptomer på potentielt livstruende uopdagede somatiske sygdom, den allerede kendte psykiske sygdom. Denne stigmatisering bliver forstærket af, at psykiatri og somatik er strukturelt adskilt. En integration af somatik og psykiatri vil sandsynligvis reducere 'diagnostic overshadowing' betragteligt, da de lægelige specialer i langt højere grad vil kunne drage nytte af hinanden og samarbejde om patienterne.

Når vi har en patientgruppe, der systematisk modtager for sen og for dårlig behandling i sundhedsvæsenet, med overdødelighed til følge, så er vi nødt til at indrette sundhedsvæsenet efter det. Her spiller sundhedsstruktur en vigtig rolle, og man har politisk en mulighed for at skabe en struktur, der forstærker stigmatisering, eller som nedbryder den.

### **Somatisk og psykisk sygdom hænger sammen**

En dansk analyse<sup>ix</sup> fra 2023 baseret på 1.304.993 patienter viste, at ikke nok med, at der blandt psykiatriske patienter er en stor andel, der har et somatisk behandlingsbehov, så går sammenhængen også den anden vej. Som illustreret i tabel 1 var det blandt patienter med lungekræft 10 procent, der havde en samtidig psykisk sygdom, og blandt patienter med leversygdomme var der tale om knap 25 procent, der havde en samtidig psykisk sygdom. Også når det kommer til selvmordsforsøg er integrationen af psykiatri og somatik særdeles væsentlig, da det ofte hænder, at mennesker, der kommer ind i somatikken efter et selvmordsforsøg, bliver hjemsendt, efter de fysiske skader er behandlet uden at være tilset psykiatrisk. Dette er særligt et problem, man finder i områder, hvor der er langt mellem de akutte psykiatriske tilbud. Der er dermed en gruppe, der er i ekstremt høj risiko for at forsøge at tage deres eget liv, som allerede er kendt af sundhedssystemet, men som pga. manglende samarbejde ikke bliver ordentligt tilset, og hvor den nødvendige selvmordsforebyggelse udebliver.

Fysisk og mental sundhed hænger sammen, og psykiatrien og somatikken har ikke alene mange snitflader, men er ligefrem indbyrdes afhængige, når målet er den bedste behandling af danskerne. Dette bør afspejles i indretningen af sundhedsvæsenet.

Tabel 1: Andel af patienter med psykisk lidelse blandt den samlede gruppe med en pågældende somatisk sygdom<sup>x</sup>

Sygdomme	Andel med samtidig psykisk lidelse (%)
Akut koronarart syndrom	9.6 %
Stroke	12.2 %
Lungekræft	10.2 %
Brystkræft	8.7 %
Lungebetændelse	15.6 %
Leversygdom	24.5 %
Kronisk obstruktiv lungesygdom	15.5 %
Diabetes type 2	12.8 %

### Medarbejderfastholdelse

Allerede i 2005, forud for implementeringen af strukturreformen, kunne man i Ugeskrift for Læger læse følgende profetiske analyse:

"Psykiatrien har som arbejdsområde vanskeligt ved at rekruttere sundhedsfaglig arbejdskraft. Både sygeplejersker og læger finder arbejdsopgaverne belastende og specialet perifert, fordi de psykiatriske sygehuse ofte er bygningsmæssigt og ledelsesmæssigt adskilt fra de øvrige specialer. Sker der en yderligere adskillelse af ansvaret for psykiatrien fra det øvrige sundhedsvæsen, vil rekrutteringsproblemerne blive uoverskuelige.<sup>xii</sup>"

Psykiatrien har i dag store udfordringer med at fastholde og rekruttere personale med de rette uddannelser og kompetencer, og den yderligere adskillelse af psykiatrien fra resten af sundhedsvæsenet har bidraget hertil. For at løse problemet bør man se på de årsager, som medarbejderne begrundet deres ønske om at forlade den offentlige psykiatri med. Her svarer næsten halvdelen af alle psykiatere i såvel børne- og ungdomspsykiatrien som voksenpsykiatrien, at problemer med "ledelse og samarbejde"<sup>xii</sup> er blandt hovedårsagerne til, at de vil forlade den offentlige psykiatri til fordel for den private.

Det er Psykiatrifondens vurdering, at en genforening af somatik og psykiatri vil styrke samarbejdet mellem specialerne betragteligt og dermed hæve behandlingskvaliteten og fagligheden i begge sektorer. Med en fælles organisering vil det være lettere at organisere fælles

procedurer for udredning, implementering af retningslinjer og behandling af fysiske sygdomme blandt psykiatriske patienter, og det vil være lettere at organisere samarbejde om psykiatriske sygdomme blandt patienter i somatikken.

Ved at fjerne barrierer for samarbejde og udveksling af information bidrager man til et fælles fagligt miljø, der giver bedre forudsætninger for forskning og udvikling. Dette vil yderligere bidrage til rekruttering og fastholdelse af det sundhedsfaglige personale i både somatikken og psykiatrien.

### **Flere muskler til at implementere 10-årsplanen**

Regeringen har taget et vigtigt skridt for at forbedre psykiatrien, da man har aftalt at afsætte 3,2 mia. yderligere til området. Det fortjener stor ros. Vi ser dog alligevel grund til at bemærke, at man også tidligere har præsenteret langsigtede planer for psykiatrien, uden af disse er blevet succesfuldt implementeret. Dette var for eksempel tilfældet med planen "Vi løfter i fællesskab – en samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025<sup>xiii</sup>" fra 2018. Selvom man afsatte midler til implementering af enkelte anbefalinger, blev de fleste af anbefalingerne aldrig realiseret, og et samlet strategisk og vedvarende løft udeblev. Dette må ikke gentage sig.

Psykiatrifonden ser integrationen af somatik og psykiatri som en af forudsætningerne for, at det denne gang lykkes med implementering af psykiatriplanen. Det skyldes, foruden de allerede beskrevne forhold (medarbejderfastholdelse, overdødelighed, bedre forudsætning for forskning og udvikling), at man ved en integration kan få de store sygehuse til at byde ind og bidrage til at få de mange initiativer i planen virkeliggjort. På samme måde som det er lykkedes netop de store sygehuse at løfte kræft- og hjerteområdet.

Psykiatrifonden ser således ingen modsætning mellem sundhedsstrukturkommissionens anbefaling 4 og det arbejde, der lige nu pågår i regi af 10-årsplanen. Tværtimod vil netop en integration af somatik og psykiatri bidrage væsentligt til de organisatoriske muskler, som kræves for at implementere planen, og hvis fravær kan have bidraget til, at tidligere planer ikke blev implementeret.

Det er dog væsentligt at holde en streng styring med de midler, regeringen har afsat til at gennemføre 10-årsplanen. Dette berøres kort i kommissionens kapitel 16 om 'Ledelse af bedre sammenhæng og kvalitet i psykiatrien'. For at mindske risikoen for, at nogle af de midler, som regeringen har afsat i det historiske løft af psykiatrien på

3,2 mia., ikke bliver anvendt efter hensigten, opfordrer Psykiatrifonden til, at man i regi af det nationale psykiatriråd definerer en række parametre, der gør det muligt at følge udmøntningen af midlerne.

Disse parametre bør bl.a. inkludere:

- Udviklingen i antallet af sengepladser i psykiatrien, herunder i retspsykiatrien
- Udgiftsniveauet på psykiatriområdet
- Udviklingen i anvendelsen af tvang i psykiatrien
- Antal sundhedsfagligt personale ansat i psykiatrien
- Caseload, opgjort som patienter pr. læge
- Antal normerede sengepladser i psykiatrien

## Bedre sammenhæng mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri

En dansk studie undersøgte i 2018 den somatiske komorbiditet hos beboere på 4 psykiatriske bosteder under daværende Psykiatrisk Center Hvidovre<sup>xiv</sup>. I det studie fandt man somatisk komorbiditet hos 92 procent af de patienter, der ville lade sig undersøge. Hos 40 procent af patienterne fandt man væsentligt forhøjet dødsrisiko på grund af for eksempel nydiagnosticeret eller underbehandlet type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) eller mangelfuld medicinsk forebyggelse af blodpropper hos patienter med tidligere blodprop i hjerte eller hjerne. Hos 15 procent af patienterne fandtes der tegn på akut livstruende sygdom eller indikation for udløsning af kræftpakkeforløb.

Psykiatrifonden mener, at løsningen på den dårlige sundhedstilstand blandt beboerne på de socialpsykiatriske bosteder er at sikre et samlet ansvar for den specialiserede socialpsykiatri, herunder borgere visiteret på servicelovens § 107 og § 108, og den regionale behandlingspsykiatri. Vi mener derfor, at det er en fejltagelse, når Sundhedsstrukturkommissionen i alle tre forvaltningsmodeller placerer socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien i hver sin myndighed.

Psykiatrifonden mener i stedet, at det store overlap mellem borgerne i socialpsykiatrien og patienterne i behandlingspsykiatrien bør føre til at samle ansvaret for borgeren under én myndighed. Dette har en række fordele.

For det første vil det føre til bedre sammenhæng for borgeren lige fra indlæggelse til udskrivelse til opfølgning efter indlæggelse. At løse dette problem bør være en særlig stor prioritet med tanke på, at

Rigsrevisionen i juni 2023 udtalte kritik over, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet, regionerne og kommunerne ikke havde sikret, at borgere med indlæggelser i psykiatrien og efterfølgende ophold i sociale botilbud har modtaget det lovpligtige sammenhængende forløb i forbindelse med deres udskrivelse. Regionerne havde i 73 procent af de over 4.000 undersøgte sager ikke overholdt psykiatrilovens krav om, at borgere skal udskrives fra indlæggelse med en udskrivelsesaftale, og kommunerne visiterede ikke i tilstrækkeligt omfang udskrevne borgere til tilbud, som var godkendt til at dække borgernes behov. For eksempel blev borgere med dobbeltdiagnose i over 50 procent af tilfældene visiteret til et botilbud, som ikke var godkendt til at håndtere både psykiske lidelser og misbrug.

For det andet vil der skabes et større incitament til at udvikle de forebyggende og udgående indsatser og sikre, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til stede. Dette gælder fx botilbudsteams, hvor sundhedsfagligt personale fra psykiatrien jævnligt følger op på borgere, der bor på psykiatrisk botilbud og udgående akutindsatser, der kan handle umiddelbart ved borgerens behov for hjælp. En bedre forebyggende indsats hos de mest syge psykiatriske patienter vil også nedbringe antallet af patienter, der bliver indlagt med tvang. Dette vil igen reducere antallet af risikodøgn i den regionale behandlingspsykiatri, hvilket vil bidrage til øget tryk, sikkerhed og behandlingskvalitet, som igen forbedrer arbejdsmiljøet i psykiatrien og øger muligheden for rekruttering og fastholdelse.

## Kvalitetsudvikling i socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien.

I sundhedsstrukturkommissionens anbefaling 3 om en national sundhedsplan er et af forslagene, at "kvalitetsstandarder skal udvikles mod at gå på tværs af sektorer, stille krav til samarbejde i det primære sundhedsvæsen og styrke monitorering og eventuelt kombinere kravene med økonomiske incitament". Psykiatrifonden støtter denne anbefaling og opfordrer til, at man ved implementeringen af anbefaling 3 også inddrager psykiatrien. Men hensyn til forslaget om kvalitetsstandarder mener Psykiatrifonden, at dette arbejde ydermere bør samtænkes med udviklingen af socialpsykiatrien. I regi af det nationale psykiatriråd er det blevet foreslået, at man i løbet af 2025 fokuserer på opbygning og omlægning af kapaciteten og løft af kvaliteten i socialpsykiatrien, med fokus på at skabe tilstrækkelige og dokumenteret virksomme tilbud

gennem en national udviklingsstrategi. Psykiatrifonden finder det nærliggende, at dette arbejde samtænkes med en eventuel kvalitetsplan for sundhedsvæsenet. På den måde vil man sikre, at udviklingen af psykiatrien bredt set følger udviklingen af somatikken.

### **Øget kvalitet og tilgængelighed i tilbud nærmest borgerne**

Psykiatrifonden vil opfordre til, at man i en kommende sundhedsreform har et dedikeret fokus på at løfte kvaliteten af de psykiatriske tilbud, der er nærmest borgeren. Dette gælder foruden socialpsykiatrien også de lettere og forebyggende tiltag og almen praksis.

Mindst 500.000 danskere henvender sig årligt hos almen praksis med psykiske problemer, og danske såvel som internationale undersøgelser viser, at 20-30 procent af de patienter, der henvender sig i almen praksis, lider af en eller flere psykiske lidelser, hvor depression og angst er blandt de hyppigste. Men til trods for, at antallet af mennesker med affektive lidelser er steget markant de seneste år, ligger antallet af voksne i samtalerapi i almen praksis på samme niveau som i 2009<sup>xv</sup>. Det tyder dermed på, at der er et misforhold mellem ressourcerne, viden og kompetencerne i almen praksis på den ene side og den stigende sygdomsbyrde, som psykisk sygdom udgør på den anden.

For den kommunale socialpsykiatri er der en særlig udfordring med medarbejdernes kompetenceniveau. En nyere undersøgelse af de kommunale socialpsykiatriske tilbud har vist, at det kun er 55 procent af medarbejdere på døgntilbud for voksne og 48 procent af anbringelsessteder til børn og unge, der har en uddannelse inden for social- eller sundhedsområdet<sup>xvi</sup>.

For de lette og forebyggende tiltag på voksenområdet er udfordringerne særligt uklare rammer for visitationen, stor variation i hvilke indsatser de forskellige kommuner tilbyder, samt mangel på klare aftaler om samarbejde og kommunikation mellem såvel almen praksis og kommuner som internt mellem forvaltninger i kommunerne. Ifølge Sundhedsstyrelsens faglige oplæg er det "en udfordring, at der ikke er etableret et tilstrækkeligt overblik over de tilgængelige tilbud i kommunerne eller viden om, hvem der kan henvises, samt hvilke visitationskriterier der er til de forskellige kommunale tilbud<sup>xviii</sup>". Endeligt er en stor del af udfordringen, at der mange steder ikke er et tilstrækkeligt udbud af tidlige og forebyggende indsatser.

## Samlet myndighedsansvar for behandling

Baseret på ovenstående punkter opfordrer Psykiatrifonden til, at man i en kommende ændring af sundhedsstrukturen skaber et samlet og entydigt ansvar for behandlingen af borgere med psykisk sygdom under samme myndighed. Psykiatrifonden mener, at en sådan struktur vil skabe forudsætningerne for at give patienter sammenhængende behandling og ensartet kvalitet – samt for optimal brug af faglige kompetencer og økonomiske ressourcer.

Det delte myndighedsansvar er som allerede beskrevet i dag en hindring for dette. For eksempel har det taget flere år for kommuner og regioner at blive enige om fordelingen af ansvaret for dobbeltdiagnosepatienter, fordi man ikke kunne blive enige om målgruppens størrelse, hvem der skulle betale, og hvem der skulle have ansvaret for behandlingen.

Det opdeltede myndighedsansvar er en central årsag til manglende sammenhæng i sundhedssystemet, som særligt rammer mennesker med psykisk sygdom.

Sundhedsstrukturkommissionen er kommet med gode tværgående anbefalinger, som bør indføres uanset forvaltningsmodel. Men hvis man virkelig vil ulighed i sundhed til livs, kan disse ikke stå alene. Det vil kræve et fælles myndighedsansvar, så borgerne ikke bliver reduceret til udgifter, der skubbes mellem opdeltede, trængte budgetter.

Psykiatrifonden ser som supplement hertil et behov for at udvikle integrationsmodeller i psykiatrien for at forhindre, at mindre psykiske sygdomme udvikler sig til alvorlige tilstande. Angst og depression står for ca. halvdelen af alle tilkendte førtidspensioner, svarende til 5.414 førtidspensioner årligt. En stor del af dem ender på pension uden at have modtaget et sammenhængende behandlingsforløb, hvilket understreger behovet for en mere helhedsorienteret tilgang til behandling af psykiske sygdomme.

Psykiatrifonden foreslår derfor etableringen af videnscentre, der kan fungere som ekspertisecentre for både forskning og klinisk behandling af almindelige psykiske sygdomme som depression og angst. Disse centre kan tilbyde specialiserede behandlingstilbud baseret på den nyeste forskning og sikre, at flere får adgang til kvalificeret hjælp i tide.

Depression og angst er blandt de mest udbredte psykiske sygdomme og har stor indvirkning på livskvaliteten. Dette medfører også, at de to

sygdomme tilsammen tegner sig for 4 millioner sygedage årligt og et årligt produktionstab på knap 36 milliarder. Det er derfor vigtigt at fokusere på tidlig og effektiv behandling, som kan reducere risikoen for, at disse tilstande udvikler sig til kroniske forløb. Videnscentre kan bidrage til at udvikle individuelt tilpassede behandlingsforløb, der tager højde for den enkeltes behov.

### **Retspsykiatrien**

Psykiatrifonden finder det mangelfuldt, at kommissionen slet ikke forholder sig til de udfordringer, sundhedsvæsnet har ift. at håndtere de mange behandlingsdømte mennesker med psykiske lidelser.

Over 80 procent af alle påbegyndte indlæggelser og 60 procent af alle sengedagene for retspsykiatriske patienter sker på almene psykiatriske afdelinger<sup>xviii</sup>. Dette er problematisk af flere grunde. For det første presser det kapaciteten i den almene psykiatri, der i forvejen mangler både hænder og senge. For det andet skaber det en urimelig og unødigt risiko for de øvrige patienter, der er indlagt med potentielt meget farlige mennesker. For det tredje har personalet på de almene afdelinger hverken de nødvendige kompetencer eller beføjelser, som man har på en retspsykiatrisk specialafdeling, som for eksempel Sikringen.

Psykiatriloven (Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien) er ikke blevet tilstrækkeligt moderniseret, siden den blev vedtaget i 1989. I mellemtiden af antallet af retspsykiatriske patienter vokset eksponentielt og er i runde tal steget fra ca. 400 i 1980 til 900 i 1995 til 1.600 i 2005 og til 4.000 i dag<sup>xix</sup>.

I og med, at denne markante udfordring for såvel den almene psykiatriske del af sundhedsnævnet som for retspsykiatriske patienters behandlingskvalitet helt udestår fra kommissionens beretning, opfordrer Psykiatrifonden til, at man opretter en kommission med det formål at granske det retspsykiatriske område og bedre sikkerheden for såvel patienterne som alt personale.

### **Opsummering**

Overordnet opretholder og understøtter en adskilt struktur forskelsbehandling mellem patienter med psykisk og somatisk sygdom. Dette ses blandt andet afspejlet ved gentagne brud på patientrettighederne, manglende sammenhæng i patientforløb samt fraværende og mangelfuld behandling for somatisk sygdom hos patienter med psykisk sygdom. Det har medført en markant ulighed i

sundhed, der målt på antallet af tabte leveår langt overstiger uligheden mellem Gentofte og Guldborgsund.

Med den kommende sundhedsstrukturereform står vi med en unik mulighed for at reducere ulighed i sundhed. Samtidig kan vi med strukturelle greb få endnu mere ud af regeringens investering i psykiatrien, forhindre medarbejderflugten og omsider ligestille somatisk og psykisk sundhed til stor gavn for patienterne.

Ved at styrke samarbejdet mellem hhv. somatikken og psykiatrien og socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien skaber man incitament til at samarbejde om patienten. Det giver mere sammenhængende patientforløb, reducerer ulighed i sundhed og forlænger livet for nogen af dem, der dør for tidligt.

I er velkomne til at kontakte os for uddybning af hørings svar.

De venligste hilsner  
Psykiatrifonden

## REFERENCER

---

<sup>i</sup> Sundhedsstyrelsen, "Fagligt oplæg til en 10-årsplan - Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, s. 46. prioriterede indsats"

<sup>ii</sup> Ugeskrift for Læger, Overdødelighed på Lolland-Falster er forbundet med tilflytning  
Elsebeth Lyngé & Therese L.F. Holmager, 2021

<sup>iii</sup> Sundhedsstyrelsen, Sygdomsbyrderapporten, 2023

<sup>iv</sup> A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study, Plana-Ripoll et al. - The Lancet - 2019 I: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32316-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32316-5)

<sup>v</sup> Sundhedsstyrelsen, Sygdomsbyrderapporten, 2023

<sup>vi</sup> Psykiatrifonden, Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark, marts 2024

<sup>vii</sup> Behandlingsrådet, "Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser", jan. 2023

<sup>viii</sup> Bueter, A. Diagnostic Overshadowing in Psychiatric-Somatic Comorbidity: A Case for Structural Testimonial Injustice. *Erkenn* 88, 1135–1155 (2023).: <https://doi.org/10.1007/s10670-021-00396-8>

<sup>ix</sup> Behandlingsrådet, "Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser", jan. 2023

<sup>x</sup> Psykiatrifonden, Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark, marts 2024:

[https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Tal\\_og\\_fakta\\_om\\_psykisk\\_sygdom\\_i\\_Danmark\\_2023.pdf](https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Tal_og_fakta_om_psykisk_sygdom_i_Danmark_2023.pdf)

<sup>xi</sup> Jesper Poulsen, Ugeskrift for Læger: "Psykiatrien er en del af et sammenhængende sundhedsvæsen", 1. nov. 2005

- 
- <sup>xii</sup> Overlægeforeningen og Foreningen af Yngre Læger: Afvandring fra den offentlige psykiatri, 2024
- <sup>xiii</sup> VLAK Regeringen, "Vi løfter i fællesskab En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025", 2018
- <sup>xiv</sup> Rokkjær N, Sølund S. Nine deaths among 29 patients with severe mental illness identified with high mortality using SSEPP. Nord J Psychiatry. 2018 Nov;72(8):543-548. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30261795.: <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1489893>
- <sup>xv</sup> Sundhedsstyrelsen, Bilagsrapport, Fagligt oplæg til en 10-årsplan, Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, jan. 2022
- <sup>xvi</sup> Social- og Ældreministeriet, Kort fortal - Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til forskellige målgrupper, sep. 2021
- <sup>xvii</sup> Sundhedsstyrelsen, "Fagligt oplæg til en 10-årsplan - Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, s. 123."
- <sup>xviii</sup> Sundhedsstyrelsen, Bilagsrapport, Fagligt oplæg til en 10-årsplan, Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, jan. 2022
- <sup>xix</sup> Se Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Justitsministeriet og Socialministeriet: PSYKISK SYGDOM OG KRIMINALITET, 2006 samt Dansk Psykiatrisk Selskabs 'Hvidbog', 2021