

NOVEMBER 2012
SUNDHEDSSTYRELSEN

Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom

NOVEMBER 2012
SUNDHEDSSTYRELSEN

Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom

PROJEKTNR. A032908-001
DOKUMENTNR. 1
VERSION 4
UDGIVELSESDATO 12. november 2012
UDARBEJDET KBJO/HWJO/LIVE/MAAQ/KHCH
KONTROLLERET LIVE
GODKENDT KBJO

INDHOLD

1	Introduktion	7
1.1	Formål, afgrænsning og opdrag	7
1.2	Læsevejledning	8
2	Opsamling	10
3	Metode	17
4	Kommunale indsatser	21
4.1	Mental sundhed som tema i sundhedspolitikken	21
4.2	Organisering og samarbejde	23
4.3	Børn	25
4.4	Unge	31
4.5	Arbejdsmarkedsområdet	33
4.6	Ældre	37
4.7	Øvrige målgrupper i kommunerne	39
5	Regionale indsatser	41
5.1	Sygdomsspecifik psykoedukation	41
5.2	Generel psykoedukation/patientuddannelse	44
5.3	PsykInfo	44
5.4	Det regionale center for selvmordsforebyggelse	46
	Bilag 1: Spørgeskema til kommunerne	49
	Bilag 2: Spørgeskema til regionerne	52
	Bilag 3: Deltagere i interviewundersøgelsen	57

1 Introduktion

1.1 Formål, afgrænsning og opdrag

Formål med kortlægningen

For at skabe et solidt grundlag for den fremtidige indsats på psykiatriområdet har regeringen nedsat et psykiatriudvalg, som skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for mennesker med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt.

Udvalgets forslag falder i to dele. Del I indeholder konkrete forslag, der indebærer en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område. Del II indeholder nye forslag på området, der efter udvalgets opfattelse kan prioriteres.

Udvalgets samlede afrapportering forventes at foreligge medio 2013.

Som et led i forarbejdet til udvalgets del I har Sundhedsstyrelsen bedt COWI om at kortlægge den nuværende kapacitet af kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom. Af tidsmæssige årsager er kortlægningen blevet afgrænset til en række udvalgte indsatser (se nedenfor).

Udvælgelse af indsatser

Indsatserne er udvalgt af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL, Danske Regioner, Social- og Integrationsministeriet, Socialstyrelsen og Ministeriet for Børn og Undervisning. I udvælgelsen af indsatser til kortlægningen er der lagt vægt på:

- › Forebyggelsespotentialer: dvs. at indsatserne har en stor målgruppe og indebærer *tidlig* opsporing af symptomer og risiko for sygdom.
- › Specificitet: dvs. at indsatserne er tilstrækkeligt velafgrænsede og specifikke til, at dataindsamlingen kan gennemføres med valide resultater indenfor den afsatte tidsfrist.
- › Dækningsgrad ift. aldersgrupper: dvs. at indsatserne retter sig mod hhv. familier, børn, unge, voksne og ældre. At undgå overlap med andre kortlægninger der udføres under regeringens psykiatriudvalg, hvilket blandt andet indebærer, at kapaciteten af kommunernes sociale indsatser for mennesker med psykisk sygdom ikke er belyst i denne rapport.

COWIs opdrag

Opdraget til COWI har bestået af følgende tre komponenter:

1) Kortlægning af kapaciteten af følgende indsatser i kommunerne:

- › Opsporing af fødselsdepression via sundhedsplejen
- › Skoleprogrammer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning
- › Tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge
- › Opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre
Opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre via de forebyggende hjemmebesøg.

Via spørgeskemaundersøgelse ønskes det belyst, hvorvidt indsatsen findes i kommunen, antal årlige ydelser af tilbud, antal borgere der modtager tilbuddet, antal medarbejdere tilknyttet tilbuddet, samt skøn over årlige udgifter forbundet med tilbuddet.¹

2) Gennemførelse af en fokusgruppeundersøgelse med i alt 10 kommuner spredt ift. geografi, størrelse og socioøkonomiske nøgletal med henblik på at afdække bredden i den kommunale indsats til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom, og dermed supplere kortlægningen med et mere detaljeret billede af den kommunale forebyggelsesindsats vedrørende mental sundhed.

3) Kortlægning af kapaciteten af følgende indsatser i regionerne:

- › Tilbud om sygdomsspecifik psykoedukation
- › Tilbud om generel psykoedukation/patientuddannelse
- › Tilbud i regi af PsykInfo
Tilbud i regi af det Regionale Center for Selvmordsforebyggelse.

Via spørgeskemaundersøgelse ønskes det belyst, hvorvidt indsatsen findes i regionen, antal årlige ydelser af tilbud, antal borgere der modtager tilbuddet, antal medarbejdere tilknyttet tilbuddet, samt skøn over årlige udgifter forbundet med tilbuddet.

1.2 Læsevejledning

Som det fremgår ovenfor, består kortlægningen af data indsamlet fra to spørgeskemaundersøgelser foretaget blandt hhv. kommuner og regioner samt en interviewundersøgelse foretaget blandt udvalgte kommuner.

¹ Det skal bemærkes, at kommunerne ikke er lovmæssigt forpligtet til at foretage systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer. De udvalgte indsatser er anbefalet i Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke om mental sundhed fra juli 2012, som har til formål at styrke kommunernes indsats til fremme af mental sundhed. Flere kommuner er efterfølgende gået i gang med at implementere pakkens anbefalinger. Det planlægges at følge op på implementeringen af forebyggelsespakken, når kommunerne har haft lejlighed til at iværksætte aktiviteter på området.

Kapitel 2 sammenfatter fundene i kortlægningen og interviewundersøgelsen i en tematisk opsamling.

Kapitel 3 indeholder en præsentation af data indhentet fra kommunerne. Formålet med kapitlet er dels at gennemgå resultaterne fra den kvantitative undersøgelse, der omhandler de fem udvalgte indsatsområder. Desuden beskrives på baggrund af den kvalitative interviewundersøgelse den bredere ramme for kommunernes arbejde på området, omhandlende politik, samarbejdsrelationer, øvrige indsatser og øvrige målgrupper. Det er angivet, om data stammer fra den kvantitative eller den kvalitative undersøgelse. Data i tabeller stammer alle fra den kvantitative spørgeskemaundersøgelse.

Kapitel 4 indeholder en præsentation af de kvantitative data fra den regionale spørgeskemaundersøgelse. Data i tabeller stammer alle herfra.

Bilag 1 omfatter spørgeskema til kommunerne.

Bilag 2 omfatter spørgeskema til regionerne.

Bilag 3 viser en oversigt over interviewpersonerne.

Forkortelser er forklaret i fodnote ved første præsentation. **Mental sundhed** anvendes som en betegnelse for en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker. Mental sundhed rummer dermed to elementer. Dels en oplevelsesdimension: At opleve at have det godt, at være overvejende glad, i godt humør og tilfreds med livet. Og dels en funktionsdimension: At kunne klare dagligdags gøremål, som fx at købe ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, indgå i sociale relationer og at kunne håndtere de forskellige udfordringer, som en almindelig dagligdag kan byde på. **Mentale helbredsproblemer** anvendes som en fælles betegnelse for symptomer på de mere udbredte psykiske lidelser som depression, angst og adfærdsforstyrrelser. Ved **opsporing** forstås tidlig opsporing af symptomer på og risiko for sygdom.

Regionerne har angivet forskellige mål - både antal medarbejdertimer og årsværk - for deres personalekapacitet. For overblikkets skyld er opgørelsen i rapporten udarbejdet i **årsværk**, svarende til 1924 medarbejdertimer.

2 Opsamling

COWI har for Sundhedsstyrelsen kortlagt den regionale og kommunale forebyggelsesindsats omkring fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.

Formål med kortlægningen

Kortlægningen skal bidrage til Psykiatriudvalgets arbejde med at finde forslag til, hvordan indsatsen for mennesker med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Desuden skal kortlægningen danne grundlag for forslag til, hvordan den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område kan optimeres.

Metode

COWI har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alle kommuner og blandt alle regioner. 62 % af kommunerne og 100 % af regionerne har besvaret spørgeskemaundersøgelsen. Desuden har COWI gennemført en kvalitativ interviewundersøgelse med kommunale sundhedschefer/ressourcepersoner i 10 kommuner.

Udvalgte indsatsområder i kommunerne og i regionerne

Af tidsmæssige hensyn er kortlægningen af kommunale indsatser centreret omkring følgende indsatsområder:

- › Opsporing af fødselsdepression via sundhedsplejen
- › Skoleprogrammer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning
- › Tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge
- › Opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre
- › Opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre via de forebyggende hjemmebesøg.

Af tidsmæssige hensyn er kortlægningen af regionale indsatser fokuseret på følgende indsatsområder:

- › Tilbud om sygdomsspecifik psykoedukation
- › Tilbud om generel psykoedukation/patientuddannelse
- › Tilbud i regi af PsykInfo
- › Tilbud i regi af de regionale centre for selvmordsforebyggelse.

Øget fokus på mental sundhed i sundhedspolitikkerne

Den kvalitative undersøgelse af kommunerne viser, at fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom er et prioriteret indsatsområde, der over de senere år har fået mere fokus. Dette fremgår blandt andet af de nyere (2009 og frem) sundhedspolitikker, som i højere grad inddrager mental sundhed som selvstændigt indsatsområde, sammenlignet med første generation af sundhedspolitikker. Øget dokumentation på området, såsom sundhedsøkonomiske beregninger og sundhedsprofiler, beskrives endvidere i interviewene som medvirkende til en prioritering af mental sundhed.

Mental sundhed spænder bredt og understøttes af tværgående samarbejde

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

Indsatserne er i drift og er finansieret af egne midler

Spørgeskemaundersøgelsen blandt kommunerne viser, at størstedelen af indsatserne, der er spurgt til, er finansieret af kommunens egne midler, i modsætning til ekstern finansiering fra eksempelvis satspuljer. Derudover er langt de fleste i drift, jf. tabellen nedenfor.

Indsatsområde (n varierer)	Egne midler	Tidsubegrænset
Systematisk opsporing af fødselsdepression (n=46)	100 %	95 %
Programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning (n=44)	100 %	84 %
Tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge (n=38)	100 %	69 % (97 %)*
Systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene (n=15)	80 %	73 %
Systematisk anvendelse af forebyggende hjemmebesøg til opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre (n=13)	100 %	100 %

*28 % af kommunerne angav, at de havde flere tilbud, og at disse både var i tidsubegrænset og tidsbegrænset drift.

Måling af kapacitet i kommunerne - det overordnede billede

Generelt for indsatsområderne gælder det, at særligt kommunerne indenfor denne kortlægnings korte tidshorizont har vanskeligt ved at estimere det årlige antal ydelser, udgifter, personaleforbrug og i flere tilfælde antallet af borgere, der modtager tilbuddene. De færreste kommuner registrerer disse oplysninger på indsatsniveau, og i de få tilfælde, hvor det er angivet, er det ikke meningsfuldt at sammenligne indsatserne, da de eksempelvis varierer i varighed, personalesammensætning, målgruppe og indhold.

Overvejelser om kapacitetsudnyttelsen omfatter derfor udbredelse, metoder og kvalitet af tilbud. Undersøgelsen har indledningsvist kortlagt, at mange kommuner på nuværende tidspunkt ikke tilbyder alle de fem udvalgte indsatser. Dette gælder særligt indsatserne omkring opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcenteret og i de forebyggende hjemmebesøg. **Der kan derfor være mulighed for at øge anvendelsen af indsatserne på landsplan.** Ser man på de kommuner, der udbyder indsatserne,

viser undersøgelsen, at der kan være mulighed for at nå en **bredere del af borgerne i kommunen**. Dette gælder skolerne, og det gælder de indsatsområder, der omfatter opsporing (forebyggende hjemmebesøg, jobcentre og - i begrænset omfang - sundhedsplejen). Derudover fremgår det af undersøgelsen, at der på de indsatsområder, **hvor der anvendes opsporing, er potentiale for at indføre en mere systematisk tilgang**. Flere steder foretages et indledende subjektivt skøn over behov for nærmere udredning og indsats, hvilket til trods for personalets faglighed indebærer en risiko for ikke at identificere en mental problemstilling. Derudover benyttes meget **forskellige opsporingsredskaber**, fraset sundhedsplejen, der for hovedpartens vedkommende bruger samme redskab. Centrale anbefalinger i forhold til opsporingsredskaber kan være en mulighed for at sikre ensartethed og kvalitet i opsporingen.

Endelig viser kortlægningen, at **kommunernes tilbud eller opfølgende tilbud på de fem indsatsområder varierer ift. karakter og omfang af tilbud**. Hvor det er muligt, kan der være et potentiale i at vurdere, om det er muligt i højere grad at iværksætte evidensbaserede programmer eller tilbud, hvor effekten i forhold til at forebygge psykisk sygdom og fremme mental sundhed allerede er påvist. I det efterfølgende uddybes de kommunale fund.

Indsatser er koncentreret om børne- og ungeområdet

Den kvantitative undersøgelse af kommunernes indsatser viser, at indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom i kommunerne er prioriteret på børne- og ungeområdet, Se tabel nedenfor. Dette bekræftes i den kvalitative undersøgelse.

Tabel 1 Oversigt over, hvor stor en andel af kommunerne der tilbyder udvalgte indsatsområder til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.

Indsatser	Andel
Systematisk opsporing af fødselsdepression (n=61)	79 %
Programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning i skolen (n=61)	79 %
Tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge (n=60)	73 %
Systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre (n=59)	24 %
Systematisk anvendelse af forebyggende hjemmebesøg til opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre (n=54)	26 %

Systematisk opsporing indenfor tre indsatsområder

Den kommunale kortlægning omhandlede tre opsporingsindsatser: Opsporing af fødselsdepression via sundhedsplejersken, opsporing af mentale problemer i jobcentre og i hjemmeplejen.

Overordnet viser spørgeskemaundersøgelsen blandt kommunerne, at det er muligt at udbrede den systematiske opsporing af risikofaktorer og symptomer på psykisk sygdom yderligere. Kommunernes indsats på området er stadig, særligt i jobcentre og i hjemmeplejen, i en udviklingsfase, hvor det kun er hhv. 24 % og 26 %, der gennemfører mere eller mindre systematiske opsporinger. Ses der på systematisk opsporing af fødselsdepressioner i den kommunale sundhedspleje, er denne udbredt i 79 % af kommunerne.

Variation i opsporingsredskaberne	Spørgeskemaundersøgelsen viser endvidere, at redskaberne til opsporing varierer i jobcentre og i hjemmeplejen (i jobcentre nævnes SCL 8-AD ² , BDI II ³ , screeningssamtaler og særligt udvalgte spørgeskemaer; i hjemmeplejen benyttes eksempelvis redskaberne SF-12 ⁴ , MMSE ⁵ , WHO-5 ⁶). Redskaberne benyttes til at opspore forskellige problematikker, eksempelvis generel mental helbredstilstand, demens, depression og angst. I sundhedsplejen anvender hovedparten af kommunerne det samme opsporingsredskab, Edinburgh Post-Natal Depression Scale ⁷ .
Opsporing foregår nogle steder kun blandt udvalgte grupper	I de kommuner, der har angivet, at de foretager systematisk opsporing, kan der endvidere ligge et potentiale i at gennemføre opsporing blandt <i>hele</i> målgruppen, og ikke blot af individer, der skønnes at være i høj risiko for at have mentale helbredsproblemer. Blandt de 45 kommuner, der har angivet, at de har en systematisk indsats til opsporing af fødselsdepression, angiver eksempelvis 40, at de foretager opsporingen blandt alle mødre eller alle forældre, mens fem kun foretager opsporing blandt mødre/forældre i risikogruppen. Samme tendens synes at gøre sig gældende i jobcentre og i hjemmeplejen. På ældreområdet viser kommentarerne i spørgeskemaundersøgelsen endvidere, at der - om muligt - kan være et potentiale i at komme ud til en større gruppe af ældre. Hvor kommunerne har angivet det, takker omkring halvdelen af ældre over 75 år ja til tilbuddet om det forebyggende hjemmebesøg. Erfaringsmæssigt tager psykisk sårbare og udsatte ældre dog ikke imod tilbuddet, hvilket vanskeliggør opsporing af mentale helbredsproblemer via de forebyggende hjemmebesøg.
Opsporing foretages flere steder som led i den daglige drift	Flere kommuner angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at opsporingsindsatsen foretages af personalet i sundhedsplejen/jobcentre/hjemmeplejen (efter mindre kompetenceudvikling) og integreres i den daglige drift uden betydelige ekstraomkostninger. Omkostningerne til opfølgende tilbud er, som nævnt tidligere, vanskelige for kommunerne at estimere.
Variation i de opfølgende tilbud på beskæftigelses- og ældreområdet samt i sundhedsplejen.	Inden for de tre indsatsområder, hvor der foretages opsporing, viser resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen en betydelig variation i de kommunale, opfølgende tilbud og i de personalegrupper, der varetager tilbuddene. På beskæftigelsesområdet omfatter det tilbud om mindfulness, psykologsamtaler, psykiatersamtaler, coach- og mentorforløb, evt. suppleret af tilbud om fysisk aktivitet. Forældre med risiko for/symptomer på fødselsdepression kan modtage tilbud som fx ekstra besøg af sundhedsplejersken, psykolog- og psykoterapeutsamtaler samt fødselsdepressionsgrupper.

² SCL 8-AD benyttes til opsporing af angst, depression og følelsesmæssige forstyrrelser. Søgaard, HJ: Psychometric analysis of Common Mental Disorders — Screening Questionnaire (CMD-SQ) in long-term sickness absence. Scand J Public Health November 2009 vol. 37 no. 8 855-863. <http://sjp.sagepub.com/content/37/8/855.short>

³ Becks Depression Inventory II

⁴ The 12-Item Short Form Health Survey

⁵ Mini Mental State Examination

⁶ WHO-Five Well-being Index

⁷ Benyttes til opsporing af fødselsdepression hos kvinder.

På ældreområdet kan de kommunale tilbud fx være aktivitetscentre, livsmodsgupper, rådgivning og samtale- og gruppeforløb. Der drages endvidere nytte af frivillige indsatser fx besøgsvenner.

Angivelserne af faggrupper i spørgeskemaundersøgelsen viser, at der i flere af de kommuner, der gennemfører tidlig opsporing, benyttes specialiseret personale såsom psykologer og psykiatere i de opfølgende tilbud.

Programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning på skoleområdet

På skoleområdet har 79 % af kommunerne i den kvantitative undersøgelse angivet, at de arbejder med programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning. Af disse kommuner angiver 52 %, at programmerne er iværksat på alle skoler i kommunen. Der foreligger derfor stadig udviklingsmuligheder i en udbredelse af evidensbaserede skoleprogrammer til flere skoler.

Stor variation i de valgte programmer

Derudover viser spørgeskemaundersøgelsen, at typerne af de anvendte programmer varierer. Mest udbredt er de evidensbaserede programmer (Familieklassekonceptet, LP⁸, PALS⁹, PMTO¹⁰ og De Utrolige År¹¹), men der henvises dog også til almindelige mobbe-politikker, trivselsmålinger, klasse-møder med konflikthåndtering etc.

Kommunerne nævner i de kvalitative interviews, at inklusion i højere grad vinder indpas i skolerne og på fritidsområdet, og at dette stiller krav til lærere og pædagoger. Det nævnes, at der er gode erfaringer med rådgiver- og ressourcefunktioner på skolen såsom socialrådgivere, AKT-vejledere¹² og familierådgivere. Øvrige tiltag til fremme af trivsel på skolerne kan være skilsmisse- og sorggrupper, stort fokus på opfølgning af fravær og løbende undervisningsmiljøvurderinger.

Tilbud målrettet psykisk sårbare unge

Den kvantitative undersøgelse viser, at 73 % af kommunerne har tilbud målrettet psykisk sårbare unge. Indsatserne er mangeartede, men koncentrerer sig især om rådgivning, akuttilbud, udgående tilbud eller gruppetilbud. Omfanget af indsatser er særligt stort i storbykommunerne, hvor misbrugsproblematikker og sociale problemer er koncentreret.

Det er kommunernes erfaring, at unge i overgangssituationer er særligt sårbare, og derfor nævnes der i interviewene eksempler på samarbejder med uddannelsesinstitutioner og særlige unge-organiseringer (i kommunen), der skal koordinere sårbare unges overgang fra børn til voksne.

Måling af kapacitet i regionerne - det overordnede billede

Selvom regionerne i højere grad end kommunerne har opgjort kapaciteten i indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom, er nogle områder stadig vanskelige at opføre. For den sygdomsspecifikke psykoedukation gælder det eksempelvis, at den flere steder er integreret i behandlingsforløbene, og at

⁸ Læringsmiljø og pædagogisk analyse

⁹ Positiv Adfærd i Læring og Samspil

¹⁰ Parent Management Training Oregon

¹¹ De Utrolige År er en række veldokumenterede indsatser, som kan hjælpe børnene og styrke deres muligheder for et godt liv.

¹² Adfærd, Kontakt, Trivsel

data om udgifter og personaleressourcer derfor er svære at udskille. For PsykInfo og de regionale centre for selvmordsforebyggelse er udgifter og personaleressourcer for de fleste regioner mulige at identificere, dog er der forskellig praksis for at registrere borgere tilknyttet institutionerne. Hvor det er muligt at sammenligne på tværs af regionerne, tegner der sig et overordnet billede af store variationer i de relative tal for hhv. patienter der modtager sygdomsspecifik psykoedukation samt i udgifter til PsykInfo og de regionale centre for selvmordsforebyggelse, jf. tabel nedenfor.

Tabel 2 Oversigt over antal patienter der modtager sygdomsspecifik psykoedukation samt i udgifter til PsykInfo og de regionale centre for selvmordsforebyggelse, pr. 1.000 borgere. Fordelt på regioner.

	Antal borgere, der årligt modtager sygdomsspecifik psykoedukation, pr. 1.000 borgere	Årlig udgift (kr.) til PsykInfo pr. 1.000 borgere	Årlig udgift (kr.) til det regionale center for selvmordsforebyggelse pr. 1.000 borgere
Midtjylland	3,6	3200	2900
Syddanmark	5,6	5100	8200
Hovedstaden	-	1500	2600
Sjælland	2,1	6200	1.000
Nordjylland	-	2600	-

Sygomsspecifik psykoedukation - i alle regioner

Alle regioner har sygdomsspecifik psykoedukation til mennesker med skizofreni, affektive lidelser og spiseforstyrrelser (for Region Hovedstaden som en integreret del af pakkeforløbene i ambulatorierne). For de øvrige sygdomsområder varierer udbuddet af sygdomsspecifik psykoedukation. Undervisningen varierer i form (dog primært gruppeundervisning), længde og indhold. Det samme gør sig gældende for antallet af patienter, der modtager undervisning. Dette svinger fra 2,1 pr. 1.000 borger i Region Sjælland til 5,6 pr. 1.000 borgere i Region Syddanmark.

Generel psykoedukation/patientuddannelse - ligger også i PsykInfo-regi

Region Midtjylland, Syddanmark og Nordjylland tilbyder generel psykoedukation/patientuddannelse til voksne, børn under 18 år og pårørende. For Region Midtjylland og Syddanmarks vedkommende henvises der til undervisning i regi af PsykInfo. Region Sjælland og Region Hovedstaden angiver, at de ikke tilbyder generel psykoedukation/patientuddannelse - begge regioner tilbyder dog i regi af PsykInfo gruppebaseret undervisning. Region Nordjylland gennemfører ca. 40 årlige forløb, og forløbene estimeres at koste regionen ca. 500 medarbejdertimer.

PsykInfo - stor berøring med borgerne

Alle regioner leverer foredrag/temaaftener i PsykInfo-regi. Alle regioner på nær Region Nordjylland tilbyder gruppebaseret undervisning (Region Nordjylland leverer undervisningen i andet regi) og telefonrådgivning, og alle regioner på nær Region Midtjylland tilbyder personlig rådgivning. I store tal har Region Midtjylland en årlig berøring med 5.600 borgere, Region Syddanmark med 8100 borgere (hertil kommer et uspecificeret antal borgere der modtager gruppebaseret undervisning) og Region Sjælland med 2.500 borgere. Af disse tal udgøres langt størstedelen af borgere, der kommer til oplysningsarrangementer.

Målgrupperne er alle borgere, herunder blandt andet kommunalt ansatte, virksomheder og uddannelsesinstitutioner. Budget og antal årsværk for PsykInfo varierer meget – fra 1.500 kr. pr. 1.000 borgere årligt i Region Hovedstaden til ca. 6.200 kr. pr. 1.000 borgere årligt i Region Sjælland.

Center for selvmordsforebyggelse

I regi af de regionale centre for selvmordsforebyggelse tilbyder alle regioner information og undervisning, og som angivet i specialevejledningerne for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri en specialiseret indsats overfor hhv. selvmordstruede børn, unge og voksne, samt børn og voksne der har forsøgt selvmord.¹³

De regionale centres ressourcer og antallet af behandlede patienter varierer. Region Syddanmark har årligt kontakt med over 2.000 borgere, der enten er i behandling, til undervisning eller i rådgivning. Region Sjælland angiver at have 161 borgere knyttet til centeret. Region Syddanmark har over 20 årsværk ansat, mens Region Sjælland har 2,5 årsværk. Dette afspejles også i de årlige udgifter forbundet med centrene: disse varierer fra ca. 8.200 kr. pr. 1.000 borgere i Region Syddanmark til ca. 1.000 kr. pr. 1.000 borgere i Region Sjælland.

¹³ I Region Sjælland tilbydes børn under 15 år, der er selvmordstruede eller har forsøgt at begå selvmord behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

3 Metode

Kortlægningen består af en spørgeskemaundersøgelse blandt landets 98 kommuner, en spørgeskemaundersøgelse blandt de fem regioner og interviews/fokusgruppeinterviews med deltagelse fra 10 kommuner.

Gennemførelsen af ovenstående er sket i perioden 26. september til 6. november 2012.

3.1.1 Spørgeskemaundersøgelser

Formål med undersøgelserne

Formålet med spørgeskemaundersøgelserne til kommunerne og regionerne er at afdække kapaciteten til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom på landsplan. Af tidsmæssige årsager er kortlægningen blevet afgrænset til en række udvalgte kommunale og regionale indsatser. Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL, Danske Regioner, Social- og Integrationsministeriet, Socialstyrelsen og Ministeriet for Børn og Undervisning valgt at fokusere spørgeskemaet på fem centrale indsatser inden for emnet for kommunerne og fire for regionerne. Inden for hver af de centrale indsatser er der spurgt til antal årlige ydelser af tilbud, antal borgere der modtager tilbuddet, medarbejdere tilknyttet tilbuddet, skøn over de årlige udgifter forbundet med tilbuddet, etc.

Udvælgelse af indsatser

I udvælgelsen af indsatsområderne er indgået overvejelser om forebyggelsespotentiale, specificitet, dækningsgrad og at undgå overlap med andre kortlægninger under regeringens psykiatriudvalg (se kapitel 1.1).

For kommunernes vedkommende blev følgende indsatsområder udvalgt:

- › Opsporing af fødselsdepression via sundhedsplejen
- › Skoleprogrammer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning
- › Tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge
- › Opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentre
- › Opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre via de forebyggende hjemmebesøg.

For regionernes vedkommende blev følgende indsatsområder udvalgt:

- › Tilbud om sygdomsspecifik psykoedukation
- › Tilbud om generel psykoedukation/patientuddannelse
- › Tilbud i regi af PsykInfo
- › Tilbud i regi af det Regionale Center for Selvmordsforebyggelse.

Via spørgeskemaundersøgelser var det ønsket at få belyst, hvorvidt indsatsen findes i kommunen/regionen, antal årlige ydelser af tilbud, antal borgere der modtager tilbuddet, antal medarbejdere tilknyttet tilbuddet, samt skøn over årlige udgifter forbundet med tilbuddet.

Pilottest	For at sikre relevansen af spørgeskemaerne blev de pilottestet i tre kommuner og én region. Pilottestene gav anledning til en række justeringer i spørgsmålene.
Følgrebrev	Med invitationerne til spørgeskemaundersøgelserne sendte COWI endvidere et følgebrev fra Sundhedsstyrelsen.
Udsendelse	<p>Spørgeskemaet til kommunerne blev udsendt d. 8. oktober med frist d. 22. oktober. Se skemaet i bilag 1. De, der ikke havde besvaret, fik udskudt fristen til d. 25. oktober. Blandt de, der ikke havde svaret her, gennemførte COWI en rundringning for at påminde om undersøgelsen og høre, om der var spørgsmål. De sidste besvarelser blev modtaget d. 30. oktober.</p> <p>Spørgeskemaet til regionerne blev udsendt d. 12. oktober med frist d. 29. oktober. Se bilag 2. D. 25. oktober blev der udsendt en påmindelse om undersøgelsen, og d. 30. oktober blev sidste svar modtaget.</p>

3.1.2 Interviews

Interviews med kommunale sundhedschefer/ ressourcpersoner	For at supplere den kvantitative undersøgelses nedslagsområder og give et dyberegående billede af kommunernes arbejde på området gennemførtes en række interviews (4 fokusgruppeinterviews, 1 telefoninterview) med kommunale sundhedschefer/ressourcepersoner på området. Der deltog personer fra i alt 10 kommuner.
Interviewguide	<p>Alle deltagere modtog en interviewguide mhp. forberedelse af emnerne inden interviewene. Interviewene var semistrukturerede, og emnerne for interviewene omhandlede:</p> <ul style="list-style-type: none">› Kommunale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom› Politik for mental sundhed› Kommunens organisering på området› Kompetencer› Rekruttering og tidlig opsporing› Kapacitet og udviklingsmuligheder, herunder økonomi› Samarbejde, herunder med frivillige. <p>12 kommuner blev inviteret, og 10 kommuner deltog i interviewene. Udvælgelsen af kommuner er sket på baggrund af geografi, størrelse og socioøkonomi, vurderet</p>

ud fra det socioøkonomiske nøgletal¹⁴. Nedenfor er en oversigt over de deltagende kommuner. Kommunerne er tilnærmelsesvist geografisk fordelt, og både store og mindre kommuner er repræsenteret. Der er en lille overrepræsentation af kommuner med et socioøkonomisk indeks over 1, dvs. kommuner der har et større udgiftsbehov end gennemsnittet. Deltagere i interviewene er angivet i bilag 3.

Tabel 3 Oversigt over kommuner, som har deltaget i interviews, herunder kommunernes geografi, socioøkonomi og størrelse

Kommune	Region	Socioøkonomisk nøgletal	Indbyggere
Haderslev	Syddanmark	1,03	56.000
Sønderborg	Syddanmark	1,02	76.000
Odense	Syddanmark	1,15	192.000
Frederikshavn	Nordjylland	1,07	61.000
Aalborg	Nordjylland	0,99	201.000
Aarhus	Midtjylland	1,08	315.000
Holstebro	Midtjylland	0,84	57.000
Gladsaxe	Hovedstaden	1,04	65.000
København	Hovedstaden	1,34	549.000
Vordingborg	Sjælland	1,09	46.000

Spørgeskemaundersøgelserne

3.1.3 Spørgeskemaernes repræsentativitet

Svarprocenten for den regionale undersøgelse er 100 %, og datamaterialet er derfor repræsentativt for alle regioner.

Af tabellen nedenfor fremgår det, at 61 af alle kommuner (62 %) udfyldte spørgeskemaet omhandlende udvalgte indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom.

Svarprocenten varierer med regionstilhørsforhold. Andelen af kommuner fra Region Nordjylland, der har svaret, er eksempelvis 45 %, mens andelen af kommuner fra Region Sjælland, der har svaret, er 76 %.

Der er en større andel af store kommuner, 69 %, der har besvaret spørgeskemaet, i forhold til andelen af små kommuner (55 %). Endelig er der set på det socioøkonomiske indeks for kommunerne. Gennemsnittet for de besvarende kommuner er 0,98 for de deltagende kommuner (gennemsnit for alle kommuner = 1), medianen er 0,92.

Tabel 4 Fordeling af besvarelser på hhv. region og kommunestørrelse

¹⁴ Nøgletallet måler kommunens relative udgiftsbehov i forhold til andre kommuner på basis af en række socioøkonomiske kriterier, der indgår med forskellig vægt i beregningen. Det er kriterier som fx. 'Antal 20-59-årige uden beskæftigelse' og 'Antal psykiatriske patienter'. En værdi over 1 betyder, at kommunen har et større udgiftsbehov relativt til gennemsnittet af kommunerne. www.noegletal.dk.

	Spørgeskema om indsatser		Alle kommuner
	Antal	Procent	Antal
Alle	61	62 %	98
Region			
Midtjylland	11	58 %	19
Syddanmark	14	64 %	22
Hovedstaden	18	62 %	29
Sjælland	13	76 %	17
Nordjylland	5	45 %	11
Kommunestørrelse*			
Lille	18	55 %	33
Mellem	21	63 %	33
Stor	22	69 %	32
Socioøkonomisk nøgletal	Gennemsnit deltagende kommuner		Gennemsnit alle kommuner
	0,98		1

* Kommunerne er opdelt i tre grupper efter antal indbyggere. 'Lille' omfatter den tredjedel af kommunerne, der har det laveste indbyggertal og 'stor' den tredjedel af kommunerne med det højeste indbyggertal.

Der er en acceptabel kvantitativ repræsentation af kommuner i undersøgelsen. Der er en tendens til, at lidt flere store kommuner og kommuner med lavere udgiftsbehov end gennemsnittet har svaret på spørgsmålet. Der ses endvidere en vis geografisk skævhed i besvarelsen, og endelig kan kommunerne i højere grad have tendens til at svare, når de har relevante indsatser at rapportere. Samlet set kan det betyde, at resultaterne viser en større dækningsgrad af indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske sygdom, end hvis alle kommuner havde svaret.

4 Kommunale indsatser

Det følgende kapitel bygger på data fra både de kvalitative interviews og spørgeskemaundersøgelsen med kommunerne. Formålet med kapitlet er både at præsentere omfanget og karakteren af de fem indsatsområder, der er udvalgt som nedslagspunkter i den kvantitative undersøgelse, men også at give et bredere billede af kommunernes arbejde på området. Kapitlet er struktureret omkring sundhedspolitik, organisering, børn, unge, arbejdsmarkedsområdet, ældre samt øvrige målgrupper i kommunen.

Udgifter til og kapacitet af tilbuddene er ikke muligt at estimere

I gennemførelsen af både de kvalitative og de kvantitative undersøgelser blev det klart, at det for kommunernes vedkommende ikke er muligt at opgøre udgifterne til indsatserne indenfor en kort tidshorisont. Få kommuner har forsøgsvis angivet timeforbrug til en given indsats, men indsatserne består af forskellige elementer, har forskellig varighed, omfatter forskellige målgrupper og antal borgere og har forskellig bemanding. Sammenligning mellem kommunerne giver derfor ikke mening. De steder, hvor der benyttes opsporing, har flere kommuner angivet, at dette sker som et led i den normale praksis, uden ekstraomkostninger af betydning.

Bredt indsatsområde

Kommunerne arbejder med mange indsatser, der direkte eller indirekte berører mental sundhed. Indsatser til fremme af mental sundhed er ofte integreret i kommunens forebyggende indsatser på småbørnsområdet, på skole- og uddannelsesområdet, på arbejdsmarkedsområdet og ældreområdet. Indsatserne kan derfor have gavnlige effekter ikke bare i forhold til at fremme mental sundhed, men også ved eksempelvis at fastholde unge i uddannelse, reducere kriminalitet, støtte udsatte unge, reducere antallet af førtidspensioner og/eller reducere antallet af specialundervisningstimer. Omvendt kan indsatser, hvis primære formål er at forebygge kriminalitet eller fastholde unge på uddannelser have en gavnlig effekt på den mentale sundhed.

4.1 Mental sundhed som tema i sundhedspolitikken

Er mental sundhed prioriteret i kommunale sundhedspolitikker?

Med henblik på at vurdere den kommunale prioritering af indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom er kommunerne i interviewene blevet spurgt, om de har prioriteret mental sundhed i deres sundhedspolitikker.

Ingen af de interviewede kommuner har en selvstændig politik på området. Mental sundhed er integreret i sundhedspolitikkerne i højere eller mindre grad. I nogle kommuner er mental sundhed et særskilt indsatsområde, i andre er det integreret i en stor del af de foreslåede aktiviteter i politikkerneuden at være selvstændigt prioriteret.

Det påpeges i de kvalitative interviews, at sundhedspolitikkerne er blevet mere fokuserede på målgrupper og temaer i "anden generations sundhedspolitikker" efter kommunalreformen. Dette har også betydet **et øget fokus** på mental sundhed.

Tendensen til det stigende fokus på mental sundhed ses også i en oversigt over de nyeste sundhedspolitikker. KL har i januar 2012 udarbejdet et kort notat over 25 kommuners sundhedspolitikker¹⁵. De 25 politikker er kendetegnet ved at være udarbejdet i 2009 eller senere. Her fremgår det, at 19 ud af de 25 kommuner har fokus på mental sundhed. Derudover er indsatser til fremme af social lighed et højt prioriteret emne i sundhedspolitikkerne. Disse indsatser har relevans for fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom, idet der er betydelige sammenfald mellem determinanter af betydning for social ulighed i sundhed og for mental sundhed.¹⁶ Således er der stor sandsynlighed for, at kommuner, der har iværksat indsatser til reduktion af social ulighed, højst sandsynligt også vil fremme mental sundhed og forebygge psykisk sygdom.

Årsager til øget fokus på mental sundhed

Fokus på forebyggelse af området nævnes af de interviewede kommuner at være øget på grund af de **menneskelige og ikke mindst økonomiske konsekvenser**, som mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom har. Selvom det nævnes, at sundhedsområdet ikkeer så hårdt ramt af lavkonjunkturer og besparelser, som andre områder, angiver kommunerne, at deres økonomi er under pres. Samtidig peges der på, at der er et konstant behov for at synliggøre besparelspotentialet for forbyggende indsatser på området.

En øget **synliggørelse af omfang og konsekvenser** af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom angives desuden at have været med til at sikre et politisk fokus på mental sundhed. Det gælder eksempelvis de nationale sundhedsprofiler, skolebørnsundersøgelsen (HBSC¹⁷) og sundhedsøkonomiske beregninger. Dokumentation for sammenhængen mellem indsats og fremtidig besparelse bidrager til at legitimere igangsætningen af nye tiltag på området.

Det fremgår af den kvantitative undersøgelse, at størstedelen af de fem undersøgte indsatsområder er finansieret af kommunerne selv. Der peges dog også på, at **centrale midler er med til at styre**, hvilke indsatsområder der skal fokuseres på. Dette

¹⁵Kommunale sundhedspolitikker - en oversigt over indsatsområder, målgrupper og mål i 25 kommuner.

¹⁶ Forebyggelsespakken om mental sundhed. Sundhedsstyrelsen, 2012.

¹⁷ Health Behaviour in School-aged Children, en international undersøgelse af skolebørns sundhed, foretaget af WHO, som Danmark bidrager til (Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet)

gælder særligt for mindre kommuner, der i høj grad er afhængige af eksterne midler til igangsættelse af projekter.

Endelig har Sundhedsstyrelsens **forebyggelsespakke om mental sundhed** skærpet opmærksomheden på, hvilke indsatser der skal fokuseres på indenfor mental sundhed. Pakken er baseret på den bedst foreliggende evidens og nævnes i interviewene som værende med til at legitimere forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på området. Desuden anføres det, at den bidrager til at sikre retning i de kommunale ydelser. Blandt de interviewede kommuner havde to kommuner systematisk gennemgået indsatserne i forebyggelsespakken. Her vurderede man, at omtrent halvdelen eller flere af indsatserne var tilfredsstillende implementeret i kommunen. For de øvrige kommuners vedkommende var der på interviewtidspunktet kun et fåtal af indsatserne i forebyggelsespakken, der vurderedes at være implementeret.

4.2 Organisering og samarbejde

4.2.1 Tværgående samarbejde

Har kommunen en tværgående organisering på området?

Idet indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom spænder over mange forvaltningsområder, er kommunerne i interviewene blevet spurgt, hvordan de har organiseret deres indsats på området. De fleste kommuner har besvaret spørgsmålet på vegne af hele sundhedsområdet, idet der ikke i nogle af de interviewede kommuner findes en særskilt organisering omhandlende fremme af mental sundhed og/eller forebyggelse af psykisk sygdom.

De interviewede kommuner angiver, at den **tværgående tankegang vinder mere og mere indpas** i kommunernes tilrettelæggelse af forebyggende indsatser. Nogle kommuner har tilbage fra strukturreformen arbejdet målrettet med en tværgående tilgang til forebyggelse. Derudover nævnes det i interviewene, at der fra centralt hold har været et klart fokus på tværgående samarbejde, i form af publikationer og krav i puljemiddelansøgninger. Endelig er der gode erfaringer med, at tværgående samarbejde har en række synergieffekter, og at det fx er muligt at udnytte kontakten med borgerne bedre.

Et parameter, der nævnes at have betydning for samarbejdet, er forskellige **forvaltningskulturer og rammer**. Eksempelvis kolliderer regelbundenhed og tidsfrister på arbejdsmarkedsområdet med den mere frivillighedsprægede tilgang på sundheds- og særligt socialområdet. Det angives i flere interviews, at der tilskyndes tværgående samarbejde mellem kommunale forvaltninger og områder fra ressortministerier samt styrelser. Med henblik på at understøtte de kommunale indsatser påpeges det af flere kommuner, at der med fordel kunne gennemføres en **højere grad af tværgående samarbejde på nationalt niveau**.

4.2.2 Samarbejde med almen praksis

Den kommunale indsats til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom sker til dels i samarbejde med almen praksis. Samarbejdet er særligt relevant, når almen praksis opsporer patienter, der er målgruppen for et kommunalt

tilbud. Desuden samarbejdes der omkring mennesker med psykisk sygdom, som ud over den psykiske diagnose ofte har en oversygelighed af livsstilssygdomme så som diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom eller muskelskeletlidelser¹⁸. Kommunernes sociale indsats overfor mennesker med psykisk sygdom er dog ikke fokus i denne rapport (jf. afsnit 1.1).

Det beskrives i interviewene, at samarbejdet med de praktiserende læger kan være præget af forskellige incitamentsstrukturer. Det kan være vanskeligt for kommunerne at etablere et nært samarbejde med de praktiserende læger, der skal forlade deres praksis, hvis de skal mødes. Flere kommuner påpeger dog, at de har et godt samarbejde, der er baseret på målrettede, længerevarende indsatser fra begge parter side. Det angives endvidere, at det kommunalt lægelige udvalg, som beskrevet i lægernes nye overenskomst¹⁹, har revitaliseret samarbejdet.

4.2.3 Samarbejde med psykiatere

Der er ikke nogen entydighed om samarbejdet med psykiatere fra privat eller regionalt regi. Respondenterne i interviewundersøgelsen repræsenterer i høj grad den primære forebyggelse, dvs. den forebyggelse der finder sted blandt raske borgere (herunder risikogrupper) med henblik på at fremme sundhed og forhindre sygdom. Respondenterne har således i mindre grad kontakt med psykiatere i regionalt eller privat regi. Billedet er derfor fragmenteret.

Som en følge af ventetiden på udredning hos privatpraktiserende psykiatere - særligt på børneområdet - peger nogle af kommunerne på, at deres fokus ift. sårbare borgere i højere grad er blevet skærpet og målrettet. Det angives i interviewene, at borgere der er psykisk sårbare, så vidt det er muligt, søges hjulpet i kommunalt regi før henvisning til psykiatrisk udredning. Flere kommuner angiver endvidere som en kvalitativ kommentar i spørgeskemaundersøgelsen, at de benytter sig af psykiatere i kommunale tilbud til forebyggelse af psykisk sygdom.

4.2.4 Samarbejde med frivilligområdet

Fokus på at inddrage frivillige

De interviewede kommuner ser **muligheder i mere samarbejde med frivillige organisationer** med henblik på at supplere kerneydelsen.

Kommunerne giver talrige eksempler på frivillige indsatser, der omhandler eksempelvis besøgsvenner, lokale idrætsforeninger, patientforeninger, netværksgrupper, etc.

¹⁸ Naylor C., Parsonage M., McDaid D., Knapp M., Fossey M. & Galea A. Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities. The King's Fund and Centre for Mental Health; 2012.

¹⁹ Med den nye overenskomst for almen lægegerning af 1. april 2011, er det blevet fastsat, at der i alle kommuner skal etableres kommunalt lægelige udvalg (KLU), bestående af lokale praktiserende læger og repræsentanter for kommunen.

Samtidig nævnes vigtigheden af at **overveje omfanget og indholdet af den frivillige indsats**. Flere kommuner har en frivillighedspolitik, hvor der er foretaget overvejelser om karakteren og afgrænsningen af opgaverne, om administration og organisering, ansvar og evt. aflønning. Flere større kommuner angiver i interviewene, at de har dedikerede ressourcer på området. Disse beskæftiger sig eksempelvis med kortlægning af de mange og foranderlige tilbud, hjælp til at udarbejde vedtægter samt formidling af kontakt.

4.3 Børn

Stort fokus på børneområdet

Generelt viser både interviewene og spørgeskemaundersøgelsen, at der er stort fokus på børneområdet, hvor kommunen har en nær tilknytning til borgerne qua sundhedsplejerskens besøg, daginstitutioner og skoler. Kommunerne har mangeårig erfaring med sundhedsfremme på børneområdet, ligesom personalet i høj grad består af sundhedsfaglige ansatte såsom sundhedsplejersker, kommunallæger og psykologer. Flere af de interviewede kommuner gennemfører deres egne spørgeskemaundersøgelser for at vurdere skolebørns trivsel og sundhed. På børneområdet er flere indsatser med betydning for det mentale sundhedsområde vedtaget i speciallovgivning.

4.3.1 Opsporing af fødselsdepression

Sammenhæng mellem børns og forældres psykiske helbred

Børn, hvis forældre har specifikke sundhedsproblemer, har større risiko for selv at få samme form for problemer. Eksempelvis har børn hvis mødre har psykiske problemer, forøget risiko for også selv at have en dårlig mental helbredstilstand, herunder adfærdsproblemer²⁰.

Forekomsten af fødselsdepression er ca. 10 % hos mødre op til et halvt år efter fødslen og ca. 6 % hos fædre²¹.

Fire ud af fem kommuner gennemfører systematisk opsporing af fødselsdepression

79 % (48 ud af 61) af de deltagende kommuner angiver, at de gennemfører en systematisk opsporing af nybagte forældre for fødselsdepression som en integreret del af de forebyggende hjemmebesøg af sundhedsplejersker. Heraf finansierer alle kommunerne opsporingen vha. egne midler, og 95 % af indsatserne angives at være i drift.

²⁰ Johansen A mfl. Danske børns sundhed og sygelighed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, februar 2009.

²¹ Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for Svangreomsorgen, 2009.

Tabel 5 Oversigt over andelen af kommuner, der gennemfører hhv. systematisk opsporing af fødselsdepression i sundhedsplejen, andre indsatser til opsporing af fødselsdepression i sundhedsplejen, eller ikke har indsatser til opsporing af fødselsdepression i sundhedsplejen.

Fødselsdepression (n=61)	Andel
Systematisk opsporing af fødselsdepression	79 %
Andre indsatser*	13 %
Ingen indsatser til opsporing af fødselsdepression	8 %
I alt	100 %

*Fx åben rådgivning, mødregruppetilbud for psykisk sårbare, tilbud til unge mødre under 23 år med særlige behov, fokus på det gode samspil hos alle forældre og børn med udgangspunkt i ICDP²², som sundhedsplejerskerne er efteruddannede i.

Blandt de kommuner, der har en systematisk opsporing af fødselsdepression, benytter 85 % Edinburgh Post-natal Depression Scale som redskab²³. Én kommune angiver derudover at anvende Gottland-skalaen, der er målrettet fædre.

Blandt de kommuner, der har en systematisk opsporing af fødselsdepression, er målgruppen hovedsagligt mødre, jf. nedenstående oversigt. Syv af de deltagende kommuner angiver, at de målretter indsatsen mod højrisikoforældre/-mødre.

Tabel 6 Oversigt over andelen af kommuner, der gennemfører systematisk opsporing af fødselsdepression fordelt på målgruppe.

Målgruppe (n=48)	Andel*
Alle forældre	31 %
Alle mødre	58 %
Forældre i særlig risiko	8 %
Mødre i særlig risiko	10 %
Andre	25 %

*Bemærk at procenterne ikke summer til 100, da det var muligt at angive flere valgmuligheder.

Henvisningsmuligheder

24 % af kommunernes henvisningsmuligheder angives at være samtalegrupper for forældre med fødselsdepression, mens 9 % af kommunerne tilbyder samtale ved psykolog.

Flere kommuner angiver i de kvalitative interviews, at de har **kompetenceudviklet sundhedsplejerskerne**, så de kan opspore mentale helbredsproblemer blandt forældrene. Forskellige **forældreprogrammer**, som fx "De Utrolige År" nævnes endvidere, omend dette ikke synes udbredt. Med hjælp fra satspuljemidler er der iværksat

²² International Child Development Program

²³ Se også Svendsen, M. et al: Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand. Tamarapport om børn født i 2010. Statens Institut for Folkesundhed.

familieambulatorier i alle regioner. Familieambulatorierne nævnes i interviewene som en ressource i kommunernes og regionernes samarbejde om at give misbrugeres børn en god start på livet.

Derudover angives i spørgeskemaundersøgelsen en række øvrige tilbud, der iværksettes afhængig af symptomernes alvorlighed:

- › Tværfaglig gruppe for kvinder med efterfødselsreaktion
- › Individuel samtale med psykolog
- › Ekstra besøg ved sundhedsplejersken
- › Henvisning og indsats i samarbejde med egen læge
- › Særlig fødselsdepressionsgruppe forestået af sundhedsplejersker
- › Henvisning til distriktspsykiatriens akutteam
- › Individuelle samtaleforløb med fædre (ikke nok til at etablere grupper)
- › Individuelt samtaleforløb med psykoterapeut

Kommuner, der har angivet, at de ikke har systematisk opsporing, henviser til en række lignende tilbud.

Faggrupper involveret i de opfølgende tilbud

Størstedelen af de ovenstående opfølgende indsatser (84 %) angives i spørgeskemaundersøgelsen at involvere en sundhedsplejerske. Det kan fx være ekstra besøg eller fødselsdepressionsgrupper. 36 % af indsatserne forestås af psykologer og over 11 % af socialrådgivere. Øvrige faggrupper nævnes at være praktiserende læge, psykoterapeut, familiebehandler, sagsbehandler og jordemoder. Som oftest er psykolog- og psykiaterbehandling iværksat efter henvisning fra egen læge.

Antallet af gennemførte opsporinger og efterfølgende behandlinger/tilbud

Det angives af et par kommuner i spørgeskemaundersøgelsen, at omtrent 90 % af målgruppen tager imod tilbuddet. Hvor det er angivet, identificerer kommunerne omkring 10 % mødre, der har behov for tilbud/behandling, hvilket stemmer overens med forekomsten af fødselsdepression på nationalt niveau.

Udgifterne til tilbud og behandling er ikke direkte sammenlignelige, da de rummer forskellige elementer. Blandt de kvalitative kommentarer angives det flere steder, at arbejdet med at opspore forældre/mødre for fødselsdepression er omkostningsneutralt, idet det indgår i sundhedsplejerskens servicetilbud.

4.3.2 Programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning

Mental sundhed og trivsel blandt skolebørn

Der er klar sammenhæng mellem antal tegn på dårlig mental sundhed og lav livstilfredshed blandt børn mellem 11 og 15 år²⁴. Skolebørnsundersøgelsen fra 2010 viser, at blandt de 11-15-årige børn og unge har 22 % været nervøse og 38 % haft svært ved at falde i søvn mindst én gang i løbet af den sidste uge. Andelen af børn og unge i denne aldersgruppe, som bliver mobbet mindst et par gange om ugen, er 6 %, mens 16-26 % har været udsat for mobning i løbet af et skoleår. Mel-

²⁴ Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke - Mental Sundhed. 2012

lem 13 % og 22 % af 11-15-årige børn og unge angiver, at de ikke har nære venner²⁵.

Skolerne er forpligtede til at udarbejde **mobbestrategier eller -politikker** i henhold til lovgivningen.²⁶ Derudover er det lovpligtigt at indberette fravær i folkeskolen²⁷. Fravær er ofte et symptom på dårlig trivsel, og flere af de interviewede kommuner nævner, at de har en strategi for identifikation af **bekymrende fravær** i skolerne og for opfølgning på dette.

Mere end tre fjerdedele af kommunerne har programmer til forebyggelse af mobning og fremme af trivsel på skoler

Derudover kan skolerne implementere programmer, der omhandler trivsel og forebyggelse af mobning. I spørgeskemaundersøgelsen er der angivet en række eksempler på dette i forbindelse med spørgsmålet om, hvorvidt kommunerne har iværksat programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning. 79 % (48 ud af 61) af de deltagende kommuner angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at én eller flere af kommunens skoler har iværksat sådanne programmer. Herudaf angiver alle kommunerne, at de finansierer programmerne ved hjælp af egne midler (i modsætning til ekstern finansiering, der eksempelvis kan være centrale puljemidler), og at 84 % af programmerne er i drift.

Nedenstående oversigt viser, hvor stor en del af kommunerne, der anvender hvilke evidensbaserede programmer på minimum én skole. Det program, der benyttes hyppigst, er Familieklassen²⁸, der anvendes i 42 % af kommunerne. LP-modellen benyttes i 29 % af kommunerne, mens 21 % anvender PALS og 10 % anvender PMTO og De Utrolige År. Programmer som ICDP, MST²⁹ og PATHS³⁰ er mindre udbredt på skolerne i de deltagende kommuner.

²⁵ Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2010. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2011. <http://www.hbsc.dk/downcount/HBSC-Rapport-2010.pdf>

²⁶ Skolerne er i henhold til Folkeskoleloven § 52, pkt. 1 og Bekendtgørelse nr. 320 af 26/03/2010 om fremme af god orden i folkeskolen forpligtede til at udarbejde et værdiregelsæt. Værdiregelsættet skal indeholde en antimobbestrategi og være retningsgivende for god adfærd og respektfulde relationer mellem eleverne og mellem eleverne og lærerne. Det er skolebestyrelsen på den enkelte skole, der skal fastsætte skolens værdiregelsæt i samarbejde med skolelederen.

²⁷ Jf. § 39, stk. 1, i lov om folkeskolen og Bekendtgørelse nr. 822 af 26/07/2004 om elevers fravær fra undervisningen i folkeskolen.

²⁸ Familieklassen er en empowerment- og selvteknologi, som er rettet mod dels at forbedre relationer både i familien og i skolen, og dels mod eleven, elevens selvopfattelse, lærerens forståelse af eleven og forældrenes syn på sig selv (Knudsen, 2010).

²⁹ Multisystemisk Terapi.

³⁰ Promoting Alternative THinking Strategies.

Tabel 7 Oversigt over andelen af kommuner, der anvender evidensbaserede programmer på mindst én skole fordelt på programmer.

Programmer (n=48)	Andel*
Familieklassen	42 %
LP	29 %
PALS	21 %
PMTO	10 %
De Utrolige År	10 %
ICDP	6 %
MST	4 %
PATHS	0 %

*Bemærk at procenterne ikke summer til 100, da det var muligt at angive flere valgmuligheder.

Udover ovennævnte programmer angiver enkelte af kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen, at de blandt andet benytter konflikthåndteringskurser, Social Pejling³¹, Tackling³², forebyggende klasse-møder med fokus på konflikthåndtering og trivsel, trivselsmålinger ved hjælp af "Termometret" fra DCUM³³, mobbepolitik, etc.

I den kvalitative undersøgelse angives det herudover, at **inklusion** (hvor barnet er i den almindelige klasse) af socialt udsatte børn og børn med psykiatriske diagnoser er et nøgleord i skolen og i stigende grad også på fritidsområdet. Inklusionen stiller stigende krav til lærere og pædagogers evne til at håndtere disse børn og til rådgivning fra relevante ressourcepersoner.

Udbredelse af programmerne i kommuner

For at vurdere, hvor udbredte programmerne er, er de kommuner, der har systematiske indsatser til opsporing, i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt om, hvor stor en procentdel af skolerne, der har iværksat programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning. Se tabellen nedenfor. 52 % af kommunerne angiver, at alle skolerne i kommunen har iværksat programmerne. Flere angiver dog, at de har (lovpligtig) mobbepolitik på alle skolerne, hvorfor den reelle andel, der har særlige programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning, formentlig er mindre.

13 % af kommunerne angiver, at mellem halvdelen og alle skoler har iværksat programmer og 13 % angiver, at mellem 1 og halvdelen af skolerne har iværksat programmer.

Tabel 8 Fordeling af kommuner, som har programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning på hhv. alle kommunens skoler, på mere eller mindre end halvdelen af kommunens skoler eller kommuner som ikke har angivet svar/har ingen opgørelse.

	Andel af kommunens skoler,
--	-----------------------------------

³¹ Social Pejling er en metode til forebyggelse af risikoadfærd (www.socialpejling.dk).

³² "Tackling" er undervisningsmateriale til unge om sundhedsadfærd (www.sst.dk).

³³ Dansk Center for Undervisningsmiljø.

	der har iværksat programmer (n=48)
Alle	52 %
Mere end halvdelen	13 %
Mindre end halvdelen	13 %
Intet svar/Ingen opgørelse	23 %
I alt	101 %

Faggrupper

I spørgeskemaundersøgelsen angives det, at de faggrupper, der typisk er ansvarlige for skolernes indsatser omkring fremme af trivsel og forebyggelse af mobning, er AKT-lærere og skoleledere, jf. tabellen nedenfor. Derudover angiver en del kommuner, at en række andre faggrupper ligeledes er ansvarlige for indsatsen i kommunerne. Eksempler på andre faggrupper er SSP³⁴-koordinatore, lærere og pædagoger, familieeksulenter, vejledere fra familierådgivningen og inklusionsvejledere.

Tabel 9 Oversigt over andelen af faggrupper, som er ansvarlige for skolernes indsatser til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning.

Faggrupper (n=43)	Andel*
Skoleleder	60 %
AKT-lærer	67 %
Sundhedsplejerske	13 %
Psykolog	31 %
Andre	63 %

*Bemærk at procenterne ikke summer til 100, da det var muligt at angive flere valgmuligheder.

Ressourcer tilknyttet skolerne

Kommunerne i interviewene beskriver også, at de har gode erfaringer med forskellige **ressourcer/rådgivere tilknyttet skolerne**: Familierådgiver, ressourcepersoner, AKT-vejleder, trivselsgrupper (der består af sundhedsplejerske, PPR³⁵, SFO³⁶) og tilknyttede socialrådgivere. I Københavns Kommune har man med succes afprøvet et projekt med tilknytning af socialrådgivere til skolerne, hvilket nu udbredes til alle skolerne. En anden kommune, Aalborg, har iværksat et **omfattende trivselsprojekt**, der omhandler eksempelvis trivselspersonale på alle skoler, skilsmisse- og sorggrupper, klasseledelse, fast tilknyttede socialrådgivere, en ansvarlig skoleledelsesrepræsentant, stort fokus på fravær og løbende undervisningsmiljøvurderinger.

Forskel på kommunernes betingelser på skole- og daginstitutionsområdet

De mindre land-/udkantskommuner beskriver i de kvalitative interviews, at daginstitutions- og skoleområdet har vanskelige kår pga. sammenlægninger og besparelser. Det betyder mindre fokus på trivselsindsatser, og at opmærksomheden til det enkelte barn kommer under pres. Disse sammenlægninger genkendes ikke i hovedstads- og storbykommunerne, hvor børnetallet er i vækst.

³⁴ Skole, Socialforvaltning og Politi.

³⁵ Pædagogisk Psykologisk Rådgivning.

³⁶ Skolefritidsordninger.

4.4 Unge

Mental sundhed og trivsel blandt unge

5 % af unge mellem 15-24 år føler sig ofte isoleret fra andre, og 9 % føler ofte at de savner nogen at være sammen med. 4 % af unge mellem 15-24 år angiver, at de har forsøgt at begå selvmord, heraf angiver halvdelen, at de har forsøgt mere end én gang. 9 % af unge angiver, at de på et tidspunkt har udøvet selvskadende adfærd i form af at skære sig selv³⁷.

Unge fremhæves også i de kvalitative interviews som en målgruppe, der er særlig sårbar. Når de unge påbegynder en ungdomsuddannelse har kommunen en langt mindre grad af berøring med dem end i kommunalt skoleregi, og der stiftes måske først bekendtskab med disse unge, når de opsøger kommunen for at få økonomisk hjælp. Dette gælder særligt de unge, som mistrives og er utilpassede, men som ikke nødvendigvis har en psykiatrisk diagnose. Det kan være unge, der har svært ved at indrette sig efter kravene på en ungdomsuddannelse typisk på erhvervsskole eller teknisk skole. Det kan også være unge, der har et begyndende misbrug af alkohol eller hash, er på kant med loven, eller unge der bliver hjemløse, når de ikke længe-re kan bo hos forældrene.

Ofte er problemerne relaterede. Eksempelvis nævnes det i én kommune, at hvis andelen af unge med et hashmisbrug kunne nedbringes, ville en stor del af frafaldet på ungdomsuddannelserne reduceres.

4.4.1 Indsatser målrettet psykisk sårbare unge

Tre fjerdedele af kommunerne har indsatser på området

I spørgeskemaundersøgelsen er der spurgt, om kommunen har tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge, som fx telefonlinjer, akutte overnatningspladser eller udgående støtte. 72 % (44 ud af 60) af kommunerne har beskrevet, at de har indsatser på dette område, og herudaf angiver alle kommunerne, at de selv finansierer indsatserne, og at størstedelen af tilbuddene angives at være i drift³⁸.

Kategorier af tilbud

Kommunerne har beskrevet deres tilbud kvalitativt i spørgeskemaundersøgelsen³⁹. Nedenfor angives en oversigt over, hvor stor en andel af kommunerne, der har hvilke tilbud. Tilbuddene er opdelt i de hyppigst angivne kategorier. Den første kategori, **rådgivning og samtaleforløb**, omhandler rådgivning, omfattende telefonrådgivning og personlig rådgivning. Målgrupperne er overvejende aldersbestemte (fx samarbejde med Børnetelefonen), men der tilbydes også specifik rådgivning til eksempelvis familier, til elever på navngivne gymnasier, til børn af misbrugere, til børn/unge der selv har et misbrug eller børn med selvskadende adfærd. I de større

³⁷ Nielsen et al: Når det er svært at være ung i Danmark - unges trivsel og mistrivsel i tal, CEFU, 2010.

³⁸ Fordi der kunne være flere tilbud omfattet af spørgsmålet, var det muligt for kommunerne både at angive at tilbuddene var i drift, var tidsbegrænsede eller var begge dele. 69 % angav at de var i drift, 3 % angav at de var tidsbegrænsede, 28 % angav at de havde tilbud der både var i drift og som var tidsbegrænsede. Se evt. spørgeskema i bilag 1.

³⁹ KREVI er endvidere ved at udarbejde en undersøgelse omhandlende kommunale tilbud til udsatte unge.

kommuner er tilbuddene flere og mere varierede. Nogle kommuner udbyder også samtaleforløb ved psykolog, eksempelvis i regi af projekt Livsmod, der er målrettet unge med selvskadende/suicidal adfærd.

I den kvalitative undersøgelse nævnes brugen af coach, der knyttes til den unge. Det nævnes, at der er gode erfaringer med coaches, men at det tager tid at skabe den nødvendige tillid og personlige relation til den unge. Hvis dette lykkes, er det til gengæld det, der vurderes at kunne gøre forskellen for en udsat ung.

Udgående tilbud omfatter eksempelvis støttepersoner, kontaktpersoner eller familiekonsulenter, der visiterer den unge efter behov, eksempelvis af familierådgivningen.

Akuttilbud omfatter tilbud, der har døgnåbent eller som kan mobiliseres omgående. Eksempler herpå er væresteder/døgnvagter, døgnåben rådgivning, akutplejefamilier.

Gruppetilbud omfatter selvhjælpsgrupper, samtalegrupper, netværksgrupper med specifikke målgrupper såsom stille/ensomme piger, sorggrupper, børn af psykisk syge forældre, skilsmissebørn, børn i alkoholfamilier etc.

Tabel 10 Oversigt over andelen af kommuner, der i spørgeskemaundersøgelsen har angivet at de har tilbud til psykisk sårbare unge. Tilbuddene er kategoriseret under hhv. rådgivning og samtaleforløb, udgående tilbud, akuttilbud og gruppetilbud rettet mod psykisk sårbare børn og unge.

Tilbud (n=40)	Andel*
Rådgivning og samtaleforløb	75 %
Udgående tilbud	28 %
Akuttilbud, væresteder, midlertidige boliger	38 %
Gruppetilbud	33 %

*Bemærk at procenterne ikke summer til 100, da det var muligt at angive flere valgmuligheder.

Øvrige tilbud til psykisk sårbare unge

Øvrige tilbud i spørgeskemaundersøgelsen består eksempelvis af:

- › Døgninstitutioner
- › Forebyggelsespsykolog til sårbare unge i gråzonen hvor familien ikke har en social sag
- › Praktisk pædagogisk bistand i hjemmet
- › Ny skolestart
- › Fritidstilbud til sårbare unge
- › Forebyggende SSP-tilbud om samtaler med unge med trivselsproblemer herunder misbrug

Eksempler på samarbejde med uddannelsesinstitutioner...

I den kvalitative undersøgelse fremhæves det, at **unge er særligt sårbare i situationer, hvor der sker brud, hvor ansvaret stiger, og hvor der skal etableres nyt netværk.** En sådan typisk situation kan være at flytte hjemmefra og ved starten på en ungdomsuddannelse. Flere kommuner beskriver i interviewundersøgelsen indsatser i uddannelsesregi, hvor man nogle steder har etableret et **nært samarbejde mellem kommu-**

ner og ungdomsuddannelser om eksempelvis misbrugsrådgivning⁴⁰. I Aarhus Kommune nævnes endvidere eksempel på udarbejdelse af uddannelsesplaner for de unge i folkeskolen, samt opfølgning ved uddannelsesvejleder til de unge er 20 år. I Sønderborg er der udviklet et undervisningskoncept for 10. klasse og første årgang på ungdomsuddannelserne til at understøtte overgangen, og lærerne er blevet kompetenceudviklet via et særligt undervisningsprogram.

... og særlig organisering

I flere kommuner har man endvidere indrettet en **organisering**, der sikrer et bedre samarbejde omkring de unge. Odense Kommune har en organisering, hvor der fokuseres meget målrettet på unge. Der ansættes fagpersoner, der kender ungdomsmiljøerne og kun beskæftiger sig med unge, og kommunen forsøger at knytte få, men tætte bånd mellem de unge og fagpersonerne. I Aalborg Kommune har et ungdomscenter til formål at varetage sårbare unges tarv, fra de går ud af folkeskolen til de fylder 25 år. I Sønderborg Kommune er der etableret et tværgående samarbejde om overgangssituationerne i den unges liv.

Faggrupper i kommunale tilbud

I spørgeskemaundersøgelsen angiver 77 % af kommunerne, der har tilbud til sårbare unge, at de anvender socialrådgivere i tilbuddene. 67 % anvender psykologer og 64 % anvender pædagoger i deres tilbud. Derudover angiver 61 % af kommunerne at de anvender andre faggrupper og institutioner såsom sundhedsplejersker, uddannelsesvejledere, lærere, familiebehandlere, psykiatere, psykoterapeuter mm.

4.5 Arbejdsmarkedsområdet

Mental sundhed blandt borgere i jobcenteret

Blandt personer på dagpenge ses en overhyppighed af psykiske problemer⁴¹, og omkring en femtedel af alle langtidssygemeldte har en uopdaget psykisk lidelse⁴².

Kommunen har derfor i jobcenteret berøring med voksne borgere, der er udsatte i forhold til at udvikle mentale helbredsproblemer. Det nævnes i interviewene, at der er **stigende fokus på indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom i jobcentrene**. Dette forklares ved det øgede politiske fokus på at øge beskæftigelsen og den deraf afledte puljeudmøntning på området.

Generelt set beskriver kommunerne i interviewundersøgelsen et **stadig tættere knyttet tværgående samarbejde mellem sundhedsafdelingerne og jobcentrene**. Flere kommuner beskriver en "konsulentordning", hvor jobcentrene køber enten komponenter eller hele pakker til brug for aktiveringsindsatsen, hos sundheds/forebyggelsescenteret. Også eksterne parter inddrages i tilbuddene fx det lokale fitnesscenter.

⁴⁰ Sundhedsstyrelsen afprøver i øjeblikket indsatser omhandlende samarbejdet mellem ungdomsuddannelser og kommunen i projektet "Unge, alkohol og stoffer".

⁴¹ Diderichsen, F. Et al. Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011.

⁴² Danske Regioner mfl. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Debatoplæg.

4.5.1 Systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene

En tredjedel af kommunerne angiver at de systematisk opsporer mentale helbredsproblemer i jobcentrene

73 % af kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen svarer, at de ikke har en systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene. Blandt dem, der har, angiver 80 % af kommunerne, at indsatserne er finansieret ved egne midler, og 73 % at indsatserne er i drift.

54 % af kommunerne har andre indsatser, og 19 % angiver, at de ikke har indsatser på området, jf. tabellen nedenfor.

Tabel 11 Oversigt over andelen af kommuner, der gennemfører hhv. systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene, har andre tilbud til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene eller har ingen indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene.

Jobcentre (n=59)	Andel
Systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene	27 %
Andre indsatser	54 %
Ingen indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene	19 %
I alt	100 %

Opsporingsredskaber varierer

Kommuner, der har angivet, at de foretager en systematisk opsporing, angiver forskellige opsporingsredskaber. Fem kommuner angiver, at de bruger navngivne spørgeskemaer. Der nævnes spørgeskemaet SCL 8-AD, som også er anvendt i forbindelse med projektet TTA⁴³ og BDI II. Derudover nævnes andre metoder; screeningsamtaler, ressourcemodeller, vurdering af funktionsevne, særligt udviklede spørgeskemaer. Andre kommuner angiver, at de kun opsporer, når der er tale om risikogrupper, eller at de anvender lægeerklæringer.

54 % af kommunerne angiver, at de benytter sig af andre indsatser. Disse består af:

- Særlige kursusforløb målrettet personer der er sygemeldt af psykiske årsager
- Målrettet samarbejde med praktiserende læger og speciallæger
- Coaching/mindfulness
- Afklarende samtale med psykolog/psykiater
- Tilbud målrettet stress, angst og depression evt. hos private aktører.

Systematisk opsporing - af udvalgte målgrupper

Målgruppen for indsatserne varierer afhængigt af jobcenteret. Nedenfor er kategoriseret de forskellige grupper: Sygemeldte, matchgruppe II⁴⁴ og III⁴⁵ og andre. Størstedelen af indsatserne er målrettet sygemeldte.

⁴³ Tilbage Til Arbejdet.

⁴⁴ Matchgruppe II er de indsatsklare borgere, som ikke er parate til at tage et ordinært arbejde, men som kan deltage i en beskæftigelsesrettet indsats med aktive tilbud (www.ams.dk)

Tabel 12 Oversigt over andelen af kommuner, der gennemfører indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene, fordelt på målgruppe.

Målgruppe (n=16)	Andel
Sygemeldte	50 %
Matchgruppe II	19 %
Matchgruppe III	12 %
Andre*	19 %
I alt	100 %

* Andre inkluderer kontanthjælpsmodtagere, personer med stress, smerter o.a., unge psykisk sårbare.

For størstedelen af indsatserne gælder det dog, at indsatserne ikke er målrettet alle, men kun - på forskellig vis - udvalgte grupper inden for den pågældende kategori. Eksempelvis angives det i kommentarfeltet til spørgsmålet, at det er:

- › "Sygemeldte, hvor det vurderes relevant"
- › "Inden første samtale på jobcenteret har været en telefonisk kontakt, hvor de relevante borgere identificeres og indkaldes til en screeningsamtale med sygedagpengesagsbehandler og psykolog"
- › "Unge psykisk sårbare Match 2"
- › "Sygemeldte borgere med stress og depression".

Opfølgende indsatser

Kommunerne har forskellige tilbud, som de kan henvise borgerne til. En del af tilbuddene omfatter stresshåndteringskurser og psykoekudation. I spørgeskemaets fritekstfelt har 93 % (14 ud af 15) kommuner angivet, at de har andre tiltag. Der nævnes eksempelvis coachforløb, mentorforløb, samtaleforløb, kurser i angst, motionstilbud. Flere af tilbuddene leveres af det kommunale sundhedscenter eller af eksterne leverandører.

Nordfyns Kommune angiver at have inddraget en kommunal psykiater, der varetager udredning, støttende samtaler og psykiatrisk speciallægeerklæring. Derudover har kommunen tilbud om superviseret motion og vejledning om kost, motion og sundlivsstil ved fysioterapeut.

Aabenraa Kommune beskriver, at de har et Helbredsafklarende RessourceCenter - bl.a. til psykoekudation, smertehåndtering, stresshåndtering, psykologsamtaler, kostvejledning og motion.

Tabel 13 Oversigt over andelen af kommuner, der gennemfører indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i jobcentrene fordelt på typen af tilbud.

Tilbud (n=15)	Andel*
---------------	--------

⁴⁵ Matchgruppe III er de midlertidigt passive borgere, som har så alvorlige problemer, at de p.t. hverken kan arbejde eller deltage i en beskæftigelsesrettet indsats eller aktive tilbud (www.ams.dk).

Kommunal/regional psykoedukation	27 %
Kurser i mindfulness	20 %
Stresshåndtering	33 %
Forløb med kommunal psykolog	13 %
Andre	100 %

*Bemærk at procenterne ikke summer til 100, da det var muligt at angive flere valgmuligheder.

I den kvalitative undersøgelse bekræftes billedet af indsatser, der omfatter forskellige metoder og forskellige målgrupper. Indsatserne omfatter eksempelvis coachforløb til alle nyledige, der på baggrund af opsporing vurderes at have behov, psykiske afklaringsforløb for kontanthjælpsmodtagere, særlige stress- og angstforløb for borgere med disse diagnoser etc. Nogle få steder beskrives tiltagene som åbne, ellers er de visiterede. Flere steder kombineres tiltagene med fysisk aktivitet.

Indsatserne på området skal ses i lyset af, at muligheden for refusion for denne type indsatser nu er ophørt, og at kommunerne derfor selv skal finansiere disse indsatser. I interviewene nævner kommunerne, at årsagen til, at kommunerne selv investerer midler i sundhedsindsatser på arbejdsmarkedsområdet er positive erfaringer de tidligere har indhøstet. For de interviewede kommuner er det dog generelt, at der ikke er gennemført systematiske effektevalueringer af tiltagene.

Kommunerne i den kvalitative undersøgelse beskriver også Arbejdsmarkedsstyrelsens projekt "Plads til alle" omhandlende rehabilitering til borgere i matchgruppe III, hvor jobcentrene skal lave en helhedsvurdering af borgeren og en efterfølgende handleplan.

Faggrupper

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at de faggrupper, der primært anvendes i kommunernes indsatser, er fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, psykiatere og socialrådgivere.

4.6 Ældre

Mental sundhed og trivsel blandt ældre

Blandt ældre mellem 65-74 år er 5 % ofte alene, selvom de havde lyst til at være sammen med andre, og blandt ældre over 74 år er andelen 10 %⁴⁶. 5 % af de ældre mellem 65-84 år lider af kronisk angst eller depression og 3 % lider af anden psykisk lidelse/"dårlige nerver"⁴⁷.

De mentale helbredsproblemer hos ældre, som er særligt relevante for kommunens arbejde knytter sig til ensomhed, depression, demens og selvmord.

Arenaen for forebyggelse og opsporing ligger primært i hjemme- og ældreplejen. Det er lovpligtigt at tilbyde alle borgere over 75 år et forebyggende hjemmebesøg en gang årligt. Formålet er at vurdere ældre borgeres aktuelle livssituation uden at

⁴⁶ Sundhedsprofil2010.dk

⁴⁷ Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark - analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen, 2010.

fokuserer på et bestemt problem eller en bestemt sygdom. Besøget skal afdække, om der er behov for sociale eller sundhedsmæssige foranstaltninger.

Flere kommuner angiver i både interview- og i spørgeskemaundersøgelsen, at de også tilbyder enke- og enkemandsbesøg samt særlige besøg til ældre med anden etnisk baggrund end dansk.

4.6.1 Opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre

En fjerdedel af kommunerne opsporer mentale helbredsproblemer ved de forebyggende hjemmebesøg

26 % af kommunerne angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at de systematisk benytter de forebyggende hjemmebesøg til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre. Herudaf finansierer 93 % af kommunerne tiltagene ved egne midler (resten er eksterne midler såsom puljemidler), og alle kommunerne angiver, at tiltagene er i drift.

44 % angiver, at de ikke bruger de forebyggende hjemmebesøg til systematisk at opspore mentale helbredsproblemer, men at de har andre tiltag. 30 % angiver, at de ikke har tiltag til opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre.

Tabel 14 Oversigt over andelen af kommuner, der hhv. systematisk anvender forebyggende hjemmebesøg til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre, anvender andre tiltag til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre, eller har ingen tiltag til opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre.

Ældre (n=54)	Andel
Kommunen anvender systematisk de forebyggende hjemmebesøg til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre.	26 %
Har andre tiltag	44 %
Har ingen tiltag til opsporing af mentale helbredsproblemer blandt ældre.	30 %
I alt	100 %

Opsporingsredskaber varierer

Blandt de, der har angivet, at de foretager en systematisk opsporing, benytter fem kommuner redskaber som depressionstest, SF-12, MMSE-test og WHO-5. De resterende ni kommuner nævner, at de bruger egen spørgeguide, funktionsområderne fra Fælles Sprog⁴⁸ eller individuel samtale.

Andelen af ældre, der modtager forebyggende hjemmebesøg varierer

Det forebyggende hjemmebesøg er et tilbud. I de tre kommuner i spørgeskemaundersøgelsen, der angiver hvor mange hjemmebesøg, der foretages, er procentdelen af ældre over 75 år, der modtager et hjemmebesøg hhv. 39, 49 og 54.

⁴⁸ Fælles Sprog er en begrebsramme rettet mod ældre- og handicapområdet udviklet af KL, som kommunerne kan anvende til at beskrive de kommunalt visiterede borgeres funktions-evne samt de ydelser der leveres kommunalt, sikre gode afgørelser på myndighedsområdet og sætte fokus på leverandørernes opgaver og dokumentation af indsatser (www.kl.dk).

Opfølgende indsatser

Meget få af kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen har statistik på, hvor mange ældre med mentale helbredsproblemer de har identificeret i opsporingen, og hvilke tilbud de ældre tilbydes eller henvises til.

Den opfølgende indsats afhænger af den ældres behov og spænder fra lokale aktivitetscentre, caféer og netværksgrupper (fx "enkegruppen") til henvisning til Center for Selvmordsforebyggelse eller psykiatriske hospitalsafdelinger. Nedenfor er angivet eksempler på kommunale og regionale tilbud.

Tilbud til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom i kommunen omfatter:

- › Kommunal/regional psykoedukation
- › Demenskoordinator/-team
- › Mindfulness-kurser
- › Psykiatrideling i ældre- og handicapforvaltning
- › Psykiatrisk sygeplejerske
- › Livsmodsgruppe
- › Frivillige indsatser (fx sorggrupper, besøgsvenner, støtte/kontaktordninger)
- › Rådgivning
- › Væresteder
- › Samtaler med forebyggende medarbejdere
- › Netværksgrupper fx til enkemænd.

Faggrupper, der anvendes i de kommunale, opfølgende tilbud

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at de faggrupper, der anvendes i de kommunale tilbud for størstedelens vedkommende omfatter sygeplejersker, kommunal læger og hjemmesygeplejersker. Af øvrige faggrupper nævnes også pædagoger, ergo- og fysioterapeuter, socialrådgivere og SOSU-assistenten.

Af regionale tilbud nævner kommunerne:

- › Egen læge
- › Center for selvmordsforebyggelse
- › Psykiatriske hospitalsafdelinger
- › Hukommelsesteam i Region Hovedstaden.

"Hjælp til selvhjælp"

På det kommunale ældreområde⁴⁹ er den tilgang, der benævnes "hjælp til selvhjælp", fremtrædende blandt de interviewede kommuner. Kommunerne beskriver i forskellige termer bevægelsen mod et øget fokus på selvstændighed og selvhjulpenhed, eksempelvis "hjælp til selvhjælp", "længst tid i eget liv", "længst tid i eget hjem". Essensen er at skabe større livskvalitet og uafhængighed ved at give borgerne handlekompetence og redskaber til at klare sig selv. Erfaringen er, at gennem dialog og inddragelse kan kommunen identificere de specifikke behov, hver enkelt borger har, behov som kan være vidt forskellige, men som kan gøre stor forskel for den enkeltes mulighed for at mestre tilværelsen.

⁴⁹ Tendensen ses ikke blot på ældreområdet men til en vis grad også på unge- og arbejdsmarkedsområdet.

Denne ændring i holdning til borgere og velfærdsydelser er kilde til diskussion i kommunerne, hvor der flere steder pågår innovations/forandringsprojekter, der skal sikre, at kommunen mestrer overgangen til den nye tilgang. Som udviklingsområder nævnes udvikling af personalets kommunikationsegenskaber, således at alle medarbejdere har kompetence til at få borgerens stemme frem.

Ingen af kommunerne har angivet en skønnet årlig udgift til opsporing og tilbud på området. Én kommune angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at opsporingen ikke betyder ekstraudgifter i forhold til hjemmebesøgene.

Kommuner, der ikke har systematisk opsporing

Blandt de kommuner, der angiver, at de ikke har nogle systematiske indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, svarer 60 % at de har andre tiltag. De fleste heraf angiver, at en vigtig del af samtalens fokusområde er mental sundhed (som fx er angivet i en kommunal samtaleguide). Hvis der er mistanke om problemer med mental sundhed, orienteres der om netværksgrupper, aktivitetscentre, frivillige besøgsvenner etc., og der iværksættes kommunale indsatser eller henvises til regionale tilbud.

4.7 Øvrige målgrupper i kommunerne

I de kvalitative interviews blev det fremhævet, at der er iværksat en række indsatser særligt omhandlende forebyggelse af psykisk sygdom for de kommunale medarbejdere. Desuden foregår der i de fleste kommuner patientuddannelse af patienter med kronisk sygdom; som en komponent i denne patientuddannelse indgår blandt andet redskaber til patientens håndtering af sin sygdom.

4.7.1 Medarbejdere

Kommunerne er Danmarks største arbejdsplads, hvorfor indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom på den kommunale arbejdsplads udgør et væsentligt forebyggelsespotential.

Generelt set fremgår det af interviewene, at **kommunerne har stærkt fokus på medarbejdernes sundhed og trivsel**. I alle de interviewede kommuner er der udviklet medarbejderpolitikker med fokus på blandt andet stress, trivsel og nedbringelse af sygefravær. Én kommune nævner, at medarbejderpolitikken har været udviklet ved en bred, involverende proces, som i sig selv var med til at italesætte både fysiske og psykiske helbredsproblemer. Det klare fokus på nedbringelse af sygefravær i denne kommune vurderes da også at have haft en effekt.

Indsatser

Blandt de interviewede kommuner iværksættes der flere steder indsatser, der skal hjælpe medarbejderne med at forebygge samt tidligt at identificere og håndtere mentale helbredsproblemer, såsom identifikation af stress hos kollegaer, konflikt-håndteringskurser, kurser i mindfulness, motionstilbud. I flere af kommunerne gennemføres systematiske trivselsundersøgelser blandt medarbejderne, og der stilles både intern og ekstern (fx krisepsykolog) ekspertise til rådighed til behandling af stress og mistrivsel. Overordnet set er det særligt frontpersonalet, der har behov for tilbuddene, men der nævnes også en tendens til, at mellemledere opsøger behandling for stress.

4.7.2 Kronisk syge

Borgere med langvarig sygdom som diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjerte-karsygdomme eller muskelskeletlidelser har to til tre gange så stor risiko som resten af befolkningen for at have mentale helbredsproblemer i form af depression, angst eller demens⁵⁰.

Størstedelen af **kommunerne tilbyder kurser til håndtering af kronisk sygdom**; dette kan være sygdomsspecifikke kurser eller generelle kurser⁵¹. Et gennemgående element i kurserne er at styrke deltagerens personlige ressourcer til egenomsorg og håndtering af hverdagen i lyset af en kronisk sygdom.

⁵⁰ Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke, Mental Sundhed. 2012.

⁵¹ Norman, K. & Blom, A. Patientrettet forebyggelse i kommunerne. Center for Interventionsforskning, Statens Institut for folkesundhed, SDU, 2011.

5 Regionale indsatser

Kapitlet præsenterer data indsamlet ved den kvantitative spørgeskemaundersøgelse. Formålet med kapitlet er at give et billede af regionernes indsatser på de fire udvalgte indsatsområder.

Opgørelse af kapacitet

Regionerne har til dels samme udfordring som kommunerne i forhold til opgørelsen af kapaciteten af indsatserne. Det har dog i højere grad været muligt at opgøre udgifter, medarbejdertimer/årsværk, antal borgere/forløb for indsatserne. For en række af indsatserne har det ikke været muligt at udskille data fra driften, idet indsatsen var integreret i behandlingsforløbene.

5.1 Sygdomsspecifik psykoedukation

Sygdomsspecifik psykoedukation indebærer undervisning i en særlig diagnose med henblik på at øge deltagerens viden og handlekompetence i forhold til deres sygdom.

Sygdomsspecifik psykoedukation tilbydes i alle kommuner

Alle regionerne tilbyder sygdomsspecifik psykoedukation. Region Midtjylland og Region Sjælland tilbyder på nuværende tidspunkt psykoedukation for alle nedestående diagnoser, mens de øvrige regioner i varierende grad har sygdomsspecifikke tilbud. Mest udbredt er psykoedukation indenfor affektive lidelser, spiseforstyrrelser og skizofreni-området.

Tabel 15 Oversigt over, hvilke diagnoser regionerne tilbyder psykoedukation indenfor.

Hvilke diagnoser tilbyder regionerne psykoedukation indenfor?	Skizofreni og det skizofrene spektrum (a)	Affektive lidelser (b)	Nervøse og stressrelaterede tilstande (c)	Personlighedsforstyrrelser (d)	Spiseforstyrrelser (e)	Hyperkinetisk forstyrrelse(f)
Midtjylland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Syddanmark	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja*	Nej
Hovedstaden	Ja	Ja**	Ja**	Ja**	Ja**	Nej
Sjælland***	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Nordjylland	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja

*Psykoedukation til patienter med spiseforstyrrelser opstartes i 2013.**For affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelse indgår sygdomsspecifik psykoedukation som en integreret del af pakkeforløbene i ambulatorierne. ***Ad a) Regional manual udarbejdet. Ad b) og d) og g): Regional manual udarbejdes inden udgangen af 2012. Ad c) Manual for psykoedukation til angst og ADHD udarbejdes foråret 2013.

I Region Syddanmark tilbydes endvidere psykoedukation til demente i tidligt stadium, og i Region Nordjylland tilbydes psykoedukation indenfor demens, selvmordsforebyggelse og autisme.

Alle regioner tilbyder psykoedukation til hhv. voksne og børn med de pågældende diagnoser for børn dog kun udvalgte diagnoser i Region Hovedstaden. Alle regioner tilbyder psykoedukation til pårørende.

Undervisningsrammer og form

Undervisningen foregår primært på sygehusene i de psykiatriske afdelinger og i grupper. I Region Sjælland foregår lidt over halvdelen af undervisningen dog som individuelle forløb. Region Hovedstaden angiver, at når det skønnes nødvendigt, tilbydes individuelle forløb.

Varighed

Varigheden af gruppeforløb varierer afhængig af diagnosen og angives at være 6-10 sessioner i Region Syddanmark, 8-14 sessioner i Region Hovedstaden, 2-10 sessioner med mulighed for forlængelse i Region Nordjylland, 6-8 sessioner i Region Sjælland. Region Sjælland angiver, at de individuelle forløb varer knap 4 sessioner i gennemsnit.

Indhold

Undervisningens indhold varierer afhængig af diagnose, målgruppe og individuelle hensyn, men består af en række faste komponenter: sygdomslære, behandling, mestringsstrategier, love og rettigheder, sundhed/livsstil og familie/netværk.

Tabel 16 Oversigt over indholdet af psykoedukation i de enkelte regioner.

	Indhold
Midtjylland	De er varierende.
Syddanmark	Der forekommer variationer afhængig af diagnose og målgruppe. Generelt vil sygdomslære, behandling, rettigheder, mestring og recovery indgå som faste elementer.
Hovedstaden	Emner varierer og er afhængig af diagnose og funktionsniveau og individuelle hensyn. Elementer kan være stress-sårbarhedsmodellen, diagnose, symptomer, advarselstegn, prognose og kriseplan. Baggrund, biokemi, medicin, motivation, familie & netværk, kost.
Sjælland	Kan fx være: Stress og sårbarhed, viden om sygdommen, behandling, mestring af symptomer, love/regler og e-journal, sundhed og livsstil, relationer og recovery (temaer i manualen for skizofreni)
Nordjylland	Info om lidelsen, sygdomsforløb, symptomer, årsager, behandling, mestringsstrategier, aktivitetsplanlægning, KRAM* - sundhedsfremme, forebyggelse, familie/netværk samt sociale rettigheder og tilbud

*Kost, Rygning, Alkohol og Motion

Antal patienter I Region Midtjylland og Region Syddanmark var der hhv. 4.573⁵² og 6.782 patienter i forløb. Region Sjælland havde i alt 1.681⁵³ forløb, heraf 580 forløb i børne- og ungdomspsykiatrien. Alle tal er fra 2011. I Region Nordjylland og i Region Hovedstaden har man ikke opgjort antal patienter.

Relativt set leverer Region Syddanmark 5,6 psykoedukationer pr. 1.000 borgere, mens Region Sjælland leverer 2,1 pr. 1.000 borgere.

Hvor det nævnes, er det primært affektive lidelser, angst og fobier samt hyperkinetiske forstyrrelser, der undervises i.

	Antal patienter i sygdomsspecifikt psykoedukationer	Antal patienter i forløb pr. 1.000 borgere
Midtjylland	4.573	3,6
Syddanmark	6.782	5,6
Hovedstaden	Registreres ikke	-
Sjælland	1.681*	2,1
Nordjylland	Ikke opgjort	-

*Heraf 580 forløb i børne- og ungdomspsykiatrien.

Årsværk Region Syddanmark angiver, at der bruges 4,2 årsværk⁵⁴ på sygdomsspecifik psykoedukation. Region Nordjylland anslår, at der bruges 1,3 årsværk⁵⁵ årligt. De øvrige regioner har ikke registreret personaleforbruget. Region Sjælland angiver, at timetal og udgifter ikke registreres særskilt, da psykoedukationen er integreret i patientbehandlingen i afdelingerne.

Faggrupper I alle regioner er der tilknyttet psykologer, psykiatere og sygeplejersker til den sygdomsspecifikke psykoedukation. Socialrådgivere er i fire ud af fem regioner tilknyttet psykoedukationen. I varierende omfang tilknyttes ergoterapeuter og fysioterapeuter, diætister, social- og sundhedsassistenter og pædagoger. I Region Syddanmark inddrages patient- og pårørendeorganisationer efter behov.

Årlige udgifter Region Syddanmark angiver, at udgiften til sygdomsspecifik psykoedukation er lidt over to mio. kr. omfattende de årlige lønudgifter. Region Nordjylland angiver, at udgiften udgør de årlige lønudgifter svarende til estimeret 1,3 årsværk. De øvrige regioner har ikke opgjort udgifterne.

Formaliseret samarbejde med kommunerne Region Midtjylland angiver at have et formaliseret samarbejde med mere end halvdelen af kommunerne omhandlende patientedukation i PsykInfo regi. For Region Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden angives samarbejdet at være uformelt, eksempelvis i form af gensidig assistance ved undervisning. Region Nordjylland angiver ikke at have samarbejde med kommunerne.

⁵² Tallet dækker kun over ambulante gruppeforløb, som er de eneste regionen har mulighed for at måle.

⁵³ Bestående af 8091 besøg.

⁵⁴ 8137 medarbejdertimer.

⁵⁵ 2500 medarbejdertimer.

5.2 Generel psykoedukation/patientuddannelse

Den generelle psykoedukation omfatter undervisning, der er målrettet psykisk sygdom generelt, herunder sygdomslære og håndtering af sygdom. Formålet med generel psykoedukation/patientuddannelse er at styrke deltagernes personlige ressourcer til egenomsorg og håndtering af hverdagen i lyset af den kroniske sygdom.

Tilbud om psykoedukation og patientuddannelse

Tre ud af fem regioner - Midt, Syd og Nord - tilbyder patienter med psykisk sygdom generel psykoedukation eller generel patientuddannelse. I Region Midtjylland og Syd sker uddannelsen i regi af PsykInfo. Region Hovedstaden og Region Sjælland angiver, at de ikke tilbyder generel psykoedukation/generel patientuddannelse, dog tilbydes der gruppebaseret undervisning i begge regioners PsykInfo, jf. afsnit 5.3. Der henvises derfor til dette afsnit for information om undervisningens kapacitet og ressourcer.

Region Nordjylland tilbyder generel psykoedukation til voksne, børn og pårørende. Der gennemføres omkring 40 forløb årligt i regi af de relevante afdelinger. Uddannelsen estimeres at koste regionen ca. 500 medarbejdertimer årligt fordelt på psykologer, sygeplejersker, pædagoger, psykiatere og socialrådgivere.

5.3 PsykInfo

PsykInfo benævner de regionale Psykiatriske Informationscentre. Centrenes formål er at tilbyde information og rådgivning om psykisk sygdom og psykiatrien. Kommunerne nævner PsykInfo som havende stor nytteværdi i forhold til at sikre information om psykisk sygdom og til at sikre nødvendige tiltag til afstigmatisering af psykisk sygdom.

Tilbud i PsykInfo regi

Regionerne tilbyder alle foredrag/temaaftener i regi af PsykInfo. Derudover tilbydes telefonrådgivning og gruppebaseret undervisning i alle regioner, på nær Region Nordjylland hvor gruppebaseret uddannelse tilbydes i afdelingsregi. Alle regioner på nær Region Midtjylland tilbyder personlig rådgivning.

Ud over de ovenstående nævnte aktiviteter angives en række andre funktioner, blandt andet arbejdes der med afstigmatiseringskampagnen "EN AF OS". PsykInfo fungerer også som udgående undervisningsfunktion, fx nævnes i Region Syddanmark og Sjælland undervisning til uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser, kommunale jobcentre, daginstitutioner, sundhedsplejer og lærere, jf. nedenfor.

Tabel 17 Oversigt over øvrige aktiviteter, som PsykInfo står for i de enkelte regioner.

	Andet
Midtjylland	Fx Weekendseminarer og netværksgrupper for pårørende, kampagne "EN AF OS", Udvikling af skriftlig og hjemmesidebaseret patientinformation, Bogsalg
Syddanmark	Fx naturvejledning for psykisk syge, undervisning af professionelle i kommunale og regionale afdelinger. Samtalekurser for medarbejdere der skal have pårørendesamtaler hvor børn og unge er pårørende. Undervisning i jobcentre om psykisk sårbare og psykisk sygdom og af pædagoger i dagsinstitutioner, sundhedsplejersker, lærere mv.
Hovedstaden	Regional koordinator for landskampagnen "EN AF OS", webbaseret information,

	brugerflader på sociale medier, borgerrettede events
Sjælland	Undervisning med grundviden om psykisk sygdom til skoler og arbejdspladser, studerende m.v. Har desuden stande på markeder/festivaler og torvedage som led i landskampagnen "EN AF OS"
Nordjylland	Kampagneforløb "EN AF OS". Events og teaterformidling.

Målgruppe

Målgruppen for PsykInfos aktiviteter i regionerne er meget bred og omfatter alle borgere, herunder patienter, pårørende, kommuner, patientforeninger, virksomheder. Desuden angives uddannelsesinstitutioner som målgruppe.

Borgere og undervisningsforløb

Samlet set leverer PsykInfo i Region Midtjylland, Syd og Sjælland ydelser til hhv. 5.600, 8.142 (samt borgere i undervisningsforløb) og 2.515 borgere, jf. nedenfor. Størstedelen af borgerne deltager i oplysningsarrangementer. Antallet af undervisningsforløb eller -sessioner i de tre regioners PsykInfo'er ligger mellem 10 (Region Sjælland) og 72 (Region Syddanmark), det bemærkes af Region Sjælland, at man forventer en stigning i tallet. Region Hovedstaden har grundet nylig opstart af PsykInfo ikke oplyst antallet af forløb, og Region Nordjylland leverer som før nævnt undervisningen i andet regi. For de øvrige aktiviteter registreres ikke antallet af borgere.

Tabel 18 Oversigt over omfanget af oplysningsarrangementer og rådgivninger, undervisningsforløb pr. år samt det samlede antal borgere, der har modtaget tilbud fra PsykInfo pr. år i Region Midtjylland, Syd og Sjælland.

	Oplysningsarrangementer og rådgivninger	Undervisningsforløb/årligt	Antal borgere i alt, der har modtaget tilbud fra PsykInfo/årligt
Midtjylland	50	30	5.600*
Syddanmark	118 arrangementer 3.520 rådgivninger	72	8.142**
Hovedstaden	Ikke opgjort	Ikke opgjort	Ikke opgjort
Sjælland	20 arrangementer 395 rådgivninger	10	2.515***
Nordjylland	Ikke opgjort	Ikke opgjort	Ikke opgjort

*heraf 600 borgere i undervisningsforløb, 5.000 til arrangementer, **heraf 3.250 rådgivninger, 4.892 til offentlige foredrag. Hertil kommer deltagere i de 72 undervisningsforløb: mellem 10-100 i hvert forløb, samt naturvejledning til 1.667 borgere og offentlige medarbejdere, *** heraf 120 borgere i undervisning, 395 i rådgivning, 2.000 til arrangementer. Region Sjælland har angivet, at tallene er fra 2011, de øvrige har ikke angivet tal.

Årsværk og udgifter

Nedenfor er opgivet PsykInfos forbrug af årsværk. Desuden er angivet den årlige udgift til PsykInfo. Opgørelsen viser en betydelig variation i udgifter pr. 1.000 borgere, hvor PsykInfo i Region Sjælland anvender 6.200 kr. pr. 1.000 borgere, mens PsykInfo i Region Hovedstaden anvender 1.500 kr. pr. 1.000 borgere.

Tabel 19 Oversigt over årsværk i PsykInfo samt udgifter til PsykInfo i de enkelte regioner.

	Årsværk	Kroner	Udgift pr. 1.000 borgere
Midtjylland	5,2*	4.000.000	3.200 kr.
Syddanmark	9,5	6.085.000	5.100 kr.
Hovedstaden	3	2.600.000	1.500 kr.
Sjælland	4,1**	5.100.000	6.200 kr.
Nordjylland	3,2	1.532.280	2.600 kr.

*10.000 medarbejdertimer, **10 medarbejdere 173 timer/uge

Faggrupper tilknyttet PsykInfo

Alle regionerne har ansat sygeplejersker i PsykInfo. Derudover nævnes eksempelvis socialrådgivere og socialpædagoger, lærere, bibliotekarer, administrativt, akademisk samt økonomi- og kommunikationsfagligt personale.

Formaliseret samarbejde med kommunerne

Både Region Midtjylland og Region Syddanmark har formaliseret samarbejde med mere end halvdelen af kommunerne om generel psykoedukation/patientuddannelse. Region Syddanmark samarbejder formelt med alle kommuner via de lokale PsykInfo styregrupper. Region Midtjylland har formaliseret samarbejde med alle kommunerne om oplysningsarrangementer og med halvdelen af kommunerne om weekendseminar og netværksgrupper for pårørende. For Region Sjælland gælder samarbejdet under halvdelen af kommunerne. Samarbejdet består fortrinsvist i, at repræsentanter fra kommunernes socialfaglige indsats overfor mennesker med psykisk sygdom deltager i PsykInfo's baggrundsgrupper tre gange om året, at PsykInfo og kommunerne laver arrangementer og deltager i events sammen, og at kommunernes netværk deltager i "EN AF OS"-kampagnen. Region Hovedstaden og Region Nordjylland har et uformelt samarbejde med kommunerne. Region Nordjylland etablerer fra 1. december 2012 et formaliseret samarbejde med Aalborg Kommune.

5.4 Det regionale center for selvmordsforebyggelse

I specialevejledningerne for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri har Sundhedsstyrelsen fastsat selvmordsforebyggelse som en regionsfunktion med henblik på at styrke og udvide indsatsen i relation til selvmord, hvormed der stilles særlige krav til forebyggelse og behandling af selvmordsforsøg for ikke-psykisk syge eller lettere psykisk syge patienter.

Tilbud

Alle regioner tilbyder en specialiseret behandlingsindsats overfor selvmordstruede børn, unge og voksne - herunder hurtig opfølgning ved selvmordsforsøg. Tilbudene omfatter derudover information og undervisning om selvmordsforebyggelse og der angives desuden opgaver indenfor forskning og evaluering (Region Hovedstaden og Region Syddanmark), pårørendesamarbejde, rådgivning af samarbejdspartnere samt satellitfunktion i yderområder (Region Nordjylland).

Målgrupper

Målgrupperne er for hovedparten både voksne og mindreårige selvmordstruede eller voksne og mindreårige der har forsøgt selvmord. For Region Syddanmark, Nord og Hovedstaden er den endvidere efterladte/pårørende og relevant fagpersonale.

Tabel 20 Oversigt over, hvilke målgrupper det regionale center for selvmordsforebyggelse retter deres indsatser mod i de enkelte regioner.

	Voksne selvmordstruede	Voksne, der har forsøgt selvmord	Selv-mordstruede børn	Børn, der har forsøgt selvmord	Efterladte/pårørende	Relevant fagpersonale	Andre
Midtjylland	x	X	X	X			X*
Syddanmark		x	X	X	X	x	
Hovedstaden	x	x	X	x	X	x	
Sjælland	x	x	X**	X**			
Nordjylland	x	x	X	x	X	X***	

* Selvmordstruede unge / Unge der har forsøgt selvmord ** Målgruppen er børn fra 15 år og opetter. Børn under 15 år behandles i børne- og ungdomspsykiatrien *** Obligatoriske, opkvalificerende kurser for psykiatriens personale (regionalt og kommunalt).

Personaleressourcer og udgifter

Der er stor variation i centrenes ressourcer. Eksempelvis har Region Syddanmark knap 21 årsværk til driften, mens Region Sjælland har ca. 2,5. Dette afspejles endvidere i den årlige udgift, der er angivet at være forbundet til centrene. Opgjort pr. 1.000 borgere anvender Region Syddanmark 8.200 kr. pr. 1.000 borgere, mens Region Sjælland anvender 1.000 kr. pr. 1.000 borgere.

Tabel 21 Oversigt over årsværk i de regionale centre for selvmordsforebyggelse samt udgifter forbundet med centrene, fordelt på regioner.

	Antal årsværk	Årlig udgift forbundet med centeret	Udgift pr. 1.000 borgere
Midtjylland	Ca. 5*	3,7 mio.	2.900 kr.
Syddanmark	20,79	9,85 mio.	8.200 kr.
Hovedstaden	7,95	4,4 mio.	2.600 kr.
Sjælland	2,5	0,82 mio.	1.000 kr.
Nordjylland	4,5**	Ikke angivet	-

* Der er 3 fuldtidsansatte psykologer (herunder 1 daglig leder) 2 deltidsansatte psykologer (30 timer) og 1 deltidsansat socialrådgiver (30 timer), **4 fuldtidsansatte psykologer, 1 fuldtidsansat lægesekretær, 1 konsulterende psykiater/overlæge.

Der er regionale forskelle i, hvordan borgere tilknyttet centeret er opgjort. For hovedparten er der ikke sondret mellem behandling, undervisning og rådgivning. Tabellen nedenfor illustrerer antallet af tilknyttede borgere til centrene, hvor Region Syddanmark har en betydelig kapacitet både i forhold til behandling, undervisning og rådgivning.

Tabel 22 Oversigt over antal borgere, der årligt modtager rådgivning, behandling og undervisning i de regionale centre for selvmordsforebyggelse, fordelt på regioner.

	Borgere der modtager rådgivning, behandling og undervisning/år
Midtjylland	I alt 500-600 borger tager årligt imod rådgivning, undervisning og behandling - der skelnes ikke
Syddanmark	Behandlingsforløb 625 (heraf ca. 125 børn og unge, 500 voksne) Undervisningsforløb 1.600 Rådgivningsforløb 900
Hovedstaden	520 (ca. 450 voksne, 50-70 børn) er knyttet til centeret
Sjælland	161
Nordjylland	Ca. 190 behandlingsforløb

Faggrupper tilknyttet.

Alle centre har ansat psykologer og socialrådgivere. Desuden angives psykiatere at være ansat i Region Syddanmark og Hovedstaden, i Region Nordjylland i form af en konsulterende psykiater. Region Sjælland har en vakant psykiaterstilling, der er besat pr. 1. januar 2013. Øvrige medarbejdergrupper omfatter pædagoger, akademikere og administrativt personale.

Samarbejde med kommunen

Centrene i Region Syddanmark og Region Sjælland angiver at have et formaliseret samarbejde med mere end halvdelen af kommunerne, centeret i Hovedstaden med mindre end halvdelen. Region Syddanmark angiver, at de enkelte teams i regionen samarbejder med kommunen via generel information og undervisning, men også i form af konkret samarbejde omkring patienter og tværsektorielle samarbejder. Region Sjællands formaliserede samarbejde med kommunerne omhandler unge i alderen 15-17år. Derudover er der et generelt, ikke-formaliseret samarbejde med kommunerne om information om selvmordsforebyggelse og om centeret. Region Sjælland angiver, at samarbejdet med kommunerne omkring ydelser til voksne er individuelt tilpasset den enkelte patient, fx vedr. arbejdsforhold og andre sociale forhold. For ydelser til børn og unge er der et formaliseret samarbejde med de tre kommuner i BUC Bispebjergs optageområde, København, Frederiksberg og Bornholm.

Region Nordjylland og Region Midtjylland angiver at have et uformelt samarbejde med kommunerne.

Bilag 1: Spørgeskema til kommunerne

Tema	Nr.	Spørgsmål	Underspørgsmål
Fødselsdepression	1a	Gennemfører kommunen systematisk opsporing af nybagte forældre for fødselsdepression som en integreret del af de forebyggende hjemmebesøg af sundhedsplejersker?	Ja/nej
	1b	Hvis ja:	Hvem er målgruppen? (a) alle forældre (b) alle mødre (c) forældre i risiko for at udvikle fødselsdepression (d) mødre i risiko for at udvikle fødselsdepression (e) andre, beskriv:
	1c	Hvis ja:	Hvilket redskab anvendes i opsporingen (fx Edinburg Post-natal Depression Scale)?
	1d	Hvis ja:	Hvilke henvisningsmuligheder har kommunen (fx samtalegrupper for forældre med fødselsdepression i tværfagligt regi, samtaler ved psykolog i kommunalt regi, andre, beskriv)
	1e	Hvis ja:	Er tilbuddet (a) i tidsbegrænset drift (b) i tidsbegrænset drift
	1f	Hvis ja:	Er tilbuddet overvejende finansieret af (a) Egne midler (b) Eksterne midler.
	1g	Hvis ja:	Hvor mange årlige opsporinger foretages i kommunen (Angiv antal)? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
	1h	Hvis ja:	Hvor mange borgere henvises årligt til behandling (Angiv antal)? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
	1i	Hvis ja:	Hvilke faggrupper er knyttet til behandlingen (psykolog, socialrådgiver, sundhedsplejerske, andre)?
	1j	Hvis ja:	Hvad skønnes at være den samlede, årlige udgift forbundet med opsporing og behandling? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
	1k	Hvis nej:	Har i andre tiltag i den kommunale sundhedspleje til forebyggelse af fødselsdepression?

Tema	Nr.	Spørgsmål	Underspørgsmål
Skoler	2a	Har én eller flere af kommunens skoler implementeret programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning?	Ja/nej
	2b	Hvis ja:	Hvilke programmer anvendes på kommunens skoler (fx PALS, De Utrolige År, PMTO, MTS, PATHS, Familieklassen)
	2c	Hvis ja:	Er tilbuddet (a) i tidsubegrænset drift (b) i tidsbegrænset drift
	2d	Hvis ja:	Er tilbuddet overvejende finansieret af (a) Egne midler (b) Eksterne midler.
	2e	Hvis ja:	Omtrent hvor stor en procentdel af kommunernes skoler har iværksat programmer til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning (Angiv procentdel)? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
	2f	Hvis ja:	Hvad er det samlede antal børn på disse skoler (Angiv antal)?
	2g	Hvis ja:	Hvilke faggrupper er ansvarlige for programmerne (skoleledere, AKT-lærere, sundhedsplejersker, psykologer, andre: beskriv)?
	2h	Hvis ja:	Hvad skønnes at være den samlede, årlige udgift forbundet med programmerne? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
	2i	Hvis nej:	Har i andre tiltag i skolen til fremme af trivsel og forebyggelse af mobning?
	Unge	3a	Findes der i kommunen tilbud målrettet psykisk sårbare børn og unge, såsom telefonlinjer, akutte overnatningspladser, udgående støtte?
3b		Hvis ja:	Beskriv kortfattet tilbuddet/tilbuddene: Målsætning, målgruppe, væsentligste elementer, arena.
3c		Hvis ja:	Er tilbuddet/tilbuddene (a) i tidsubegrænset drift (b) i tidsbegrænset drift (c) Hvis flere tilbud: både i tidsbegrænset og tidsubegrænset drift
3d		Hvis ja:	Er tilbuddet/tilbuddene overvejende finansieret af (a) Egne midler (b) Eksterne midler
3e		Hvis ja:	Hvor mange årlige ydelser/forløb leverer tilbuddet/tilbuddene (Angiv antal)? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
3f		Hvis ja:	Hvor mange borgere benytter årligt tilbuddet/tilbuddene (Angiv antal)? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
3g		Hvis ja:	Hvilke faggrupper er tilknyttet tilbuddet/tilbuddene? (psykologer, socialrådgivere, pædagoger, andre)
3h		Hvis ja:	Hvad skønnes at være den samlede, årlige udgift forbundet med tilbuddet/tilbuddene? Tilføj evt.

Tema	Nr.	Spørgsmål	Underspørgsmål
			uddybende kommentarer.
Jobcentre	4a	Opsporer kommunen systematisk mentale helbredsproblemer i jobcentre?	Ja/nej
	4b	Hvis ja:	Hvilket redskab anvendes til opsporingen? (fx WHO-5, SF-12)
	4c	Hvis ja:	Beskriv kortfattet tilbuddet: Målsætning, målgruppe, væsentligste elementer, arena.
	4d	Hvis ja:	Er tilbuddet (a) i tidsbegrænset drift (b) i tidsbegrænset drift
	4e	Hvis ja:	Er tilbuddet overvejende finansieret af (a) Egne midler (b) Eksterne midler.
	4f	Hvis ja:	Hvor mange årlige opsporinger foretages i kommunen (Angiv antal)? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
	4g	Hvis ja:	Hvor mange borgere henvises årligt til behandling (Angiv antal)? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
	4h	Hvis ja:	Hvilke henvisningsmuligheder har kommunen? (kommunal/regional psykoedukation, kurser i mindfulness, stresshåndtering, forløb med kommunal psykolog, andre: beskriv)
	4i	Hvis ja:	Hvilke faggrupper er tilknyttet tilbuddet/indsatsen? (psykolog, sygeplejersker, kommunal læge, andre)
	4j	Hvis ja:	Hvad skønnes at være den samlede årlige udgift forbundet med opsporing og behandling? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
	4k	Hvis nej:	Har i andre tiltag til fremme af trivsel og forebyggelse af stress, angst og depression i jobcentrene?
Ældre	5a	Anvender kommunen systematisk de forebyggende hjemmebesøg til at opspore mentale helbredsproblemer blandt ældre?	Ja/nej
	5b	Hvis ja:	Hvilket redskab anvendes til opsporingen? (fx WHO-5, SF-12)
	5c	Hvis ja:	Beskriv kortfattet tilbuddet: Målsætning, målgruppe, væsentligste elementer, arena.
	5d	Hvis ja:	Er tilbuddet (a) i tidsbegrænset drift (b) i tidsbegrænset drift
	5e	Hvis ja:	Er tilbuddet overvejende finansieret af (a) Egne midler (b) Eksterne midler.
	5f	Hvis ja:	Hvor mange årlige opsporinger foretages i kommunen (Angiv antal)? Tilføj evt. uddybende kommentarer.
	5g	Hvis ja:	Hvor mange borgere henvises årligt til behandling (Angiv antal)? Tilføj evt. uddybende kommentarer.

Tema	Nr.	Spørgsmål	Underspørgsmål
	5h	Hvis ja:	Hvilke henvisningsmuligheder har kommunen? (fx kommunal/regional psykoedukation, kurser i mindfulness, stresshåndtering, forløb med kommunal psykolog, andre)
	5i	Hvis ja:	Hvilke faggrupper er tilknyttet behandlingen? (psykolog, sygeplejerske, hjemmesygeplejerske, kommunal læge, andre)
	5j	Hvis ja:	Hvad skønnes at være den årlige udgift forbundet med opsporing og behandling Tilføj evt. uddybende kommentarer.
	5k	Hvis nej:	Har i andre tiltag i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, til fremme af trivsel og forebyggelse af stress, angst og depression?

Bilag 2: Spørgeskema til regionerne

Tema	Nr	Betingelse	Spørgsmål	Svar	Type
Diagnose-specifik psykoedukation	1a		Tilbyder regionen patienter med psykisk sygdom diagnosespecifik psykoedukation?	Ja/Nej	Én valgmulighed
	b	Hvis ja	Inden for hvilke psykiske diagnoser tilbyder regionen diagnose-specifik psykoedukation?	a) Skizofreni og det skizofrene spektrum, b) Affektive lidelser, c) Nervøse og stressrelaterede tilstande, d) Personlighedsforstyrrelser, e) Spiseforstyrrelser, f) Hyperkinetisk forstyrrelse ADHD g) Andre: beskriv	Muligt at vælge flere diagnoser, tekstfelt til "andre".
	c	Hvis ja	Hvem er målgruppen for psykoedukationen?	a)Voksne med de pågældende diagnoser b)Børn med de pågældende diagnoser c)Pårørende d) Personale e)Andre (beskriv)	Flere valgmuligheder, angiv evt. kommentar.
	d	Hvis ja	I hvilket regi udbydes tilbud om psykoedukation?		Tekstfelt
	e	Hvis ja	Foregår undervisningen overvejende i grupper eller individuelt?	a) I grupper b) Individuelt	Én valgmulighed
	f	Hvis ja	Hvor lang tid varer et typisk forløb?		Tekstfelt
	g	Hvis ja	Beskriv de væsentligste elementer i psykoedukationen (-erne)?		Tekstfelt
	h	Hvis ja	Hvor mange årlige diagnosespecifikke psykoedukationer leverer regionen? (Angiv antal, gerne		Tekstfelt

Tema	Nr	Betingelse	Spørgsmål	Svar	Type
			fordelt på diagnoserne).		
	i	Hvis ja	Hvor mange medarbejdertimer benyttes skønsmæssigt, årligt på den diagnosespecifikke psykoekskation i regionen?		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	j	Hvis ja	Hvilke faggrupper er tilknyttet den diagnosespecifikke psykoekskation?	a) Psykologer b) Sygeplejersker, c) Pædagoger, d) Psykiatere e) Socialrådgivere f) Andre, beskriv	Muligt at vælge flere faggrupper. Tekst
	k	Hvis ja	Hvad skønnes at være den årlige udgift forbundet med den diagnosespecifikke psykoekskation?		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	l	Hvis ja	Har regionen et formaliseret samarbejde med kommunerne omkring psykoekskation	a) Ja, med flere end halvdelen af kommunerne, b)Ja, med mindre end halvdelen af kommunerne c) Nej d) Nej, men regionen har et uformelt samarbejde med kommunerne	Én valgmulighed
	m			Hvis a, b, d: Hvordan fungerer samarbejdet?	Tekstfelt
Generel psykoekskation/patientuddannelse	2a		Tilbyder regionen patienter med psykisk sygdom generel psykoekskation/patientuddannelse?	Ja/Nej	Én valgmulighed
	b	Hvis ja	Hvem er målgrupperne for psykoekskation/patientuddannelse?	a)Voksne patienter b)Patienter under 18 år c)Pårørende d) Personale e)Andre (beskriv)	Flere valgmuligheder, mulighed for at angive en kommentar.
	c	Hvis ja	I hvilket regi udbydes psykoekskation/patientuddannelse?		Tekstfelt
	d	Hvis ja	Foregår undervisningen overvejende i grupper eller individuelt?	a) I grupper b) Individuelt	Én valgmulighed
	e	Hvis ja	Hvor lang tid varer et typisk forløb?		Tekstfelt
	f	Hvis ja	Beskriv de væsentligste elementer i psykoekskation/patientuddannelse		Tekstfelt

Tema	Nr	Betingelse	Spørgsmål	Svar	Type
			en		
	g	Hvis ja	Hvor mange årlige, generelle psykoedukations-/patientuddannelsesforløb leverer regionen? (Angiv antal)		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	h	Hvis ja	Hvor mange medarbejdertimer benyttes skønsmæssigt, årligt på den generelle patientuddannelse i regionen?		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	i	Hvis ja	Hvilke faggrupper er tilknyttet den generelle patientuddannelse?	a) Psykologer b) Sygeplejersker, c) Pædagoger, d) Psykiatere e) Socialrådgivere f) Andre, beskriv	Muligt at vælge flere faggrupper.
	j	Hvis ja	Hvad skønnes at være den årlige udgift forbundet med tilbudet?		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	k	Hvis ja	Har regionen et formaliseret samarbejde med kommunerne omkring generel patientuddannelse?	a) Ja, med flere end halvdelen af kommunerne, b) Ja, med mindre end halvdelen af kommunerne c) Nej d) Nej, men regionen har et uformelt samarbejde med kommunerne	Én valgmulighed
	m			Hvis a, b, d: Hvordan fungerer samarbejdet?	Tekstfelt
PsyklInfo	3a		Hvilke tilbud har regionen i regi af PsyklInfo?	a) Personlig rådgivning om psykisk sygdom, b) Telefonrådgivning om psykisk sygdom c) Foredrag/temaaftener om psykisk sygdom d) Gruppebaseret undervisning i psykisk sygdom e) Andre, beskriv.	Muligt at vælge flere tilbud
	b	Hvis rådgivnings- og undervisningsforløb	Hvor mange årlige rådgivnings- og undervisningsforløb leverer PsyklInfo i regionen? (Angiv antal)		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	c	Hvis rådgivnings- og undervisningsforløb	Hvor mange borgere modtager hhv. rådgivning og undervisning i PsyklInfo? (Angiv antal)		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	d		Hvem er PsyklInfos målgruppe(r)?	a) Alle borgere b) Patienter c) Pårørende d) Kommuner e) Patientforeninger f) Virksomheder g) Andre (beskriv)	Muligt at vælge flere målgrupper. Muligt at angive en kom-

Tema	Nr	Betingelse	Spørgsmål	Svar	Type
					mentar.
	e		Hvor mange medarbejdertimer benyttes skønsmæssigt, årligt på PsykInfos tilbud i regionen?		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	f		Hvilke faggrupper er tilknyttet PsykInfo i regionen?	a) Psykologer b) Sygeplejersker, c) Pædagoger, d) Psykiatere e) Socialrådgivere f) Præster g) Andre, beskriv	Muligt at vælge flere faggrupper. Muligt at angive en kommentar.
	g		Hvad skønnes at være den årlige, regionale udgift forbundet med PsykInfo?		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	h		Har regionen et formaliseret samarbejde med kommunerne omkring PsykInfo?	a) Ja, med flere end halvdelen af kommunerne, b) Ja, med mindre end halvdelen af kommunerne c) Nej d) Nej, men regionen har et uformelt samarbejde med kommunerne	Én valgmulighed
	m			Hvis a, b, d: Hvordan fungerer samarbejdet?	Tekstfelt
Det regionale center for selvmordsforebyggelse	4a		Hvilke tilbud har regionen i regi af det regionale center for selvmordsforebyggelse?	a) Information og rådgivning om selvmordsforebyggelse, b) Undervisning om selvmordsforebyggelse, c) Behandling af borgere efter et selvmordsforsøg samt d) Andet	Muligt at vælge flere tilbud
	b		Hvem er centerets målgruppe (-er)?	a) Voksne selvmordstruede b) Voksne, der har forsøgt selvmord c) Selvmordstruede børn d) Børn der har forsøgt selvmord e) Efterladte/pårørende f) Relevant fagpersonale g) Andre (beskriv)	Muligt at vælge flere målgrupper. Angiv evt. kommentar.
	c	Hvis rådgivnings- og undervisningsforløb	Hvor mange årlige rådgivnings- og undervisningsforløb leverer det regionale center for selvmordsforebyggelse? (Angiv antal)		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	d	Hvis rådgivnings- og undervisningsforløb	Hvor mange borgere modtager hhv. rådgivning og undervisning i centeret? (Angiv antal)		Talfelt. Angiv evt. kommentar.

Tema	Nr	Betingelse	Spørgsmål	Svar	Type
	d	Hvis behandlingsforløb	Hvor mange årlige behandlingsforløb har det regionale center for selvmordsforebyggelse? (Angiv antal)		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	e		Hvor mange medarbejdertimer benyttes skønsmæssigt, årligt på centerets tilbud i regionen?		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	f		Hvilke faggrupper er tilknyttet det regionale center for selvmordsforebyggelse?	a) Psykologer b) Sygeplejersker, c) Pædagoger, d) Psykiatere e) Socialrådgivere f) Præster g) Andre, beskriv	Muligt at vælge flere faggrupper.
	g		Hvad skønnes at være den årlige udgift forbundet med det regionale center for selvmordsforebyggelse?		Talfelt. Angiv evt. kommentar.
	h		Har regionen et formaliseret samarbejde med kommunerne omkring det regionale center for selvmordsforebyggelse?	a) Ja, med flere end halvdelen af kommunerne, b) Ja, med mindre end halvdelen af kommunerne c) Nej d) Nej, men regionen har et uformelt samarbejde med kommunerne	Én valgmulighed
	i			Hvis a, b, d: Hvordan fungerer samarbejdet?	Tekstfelt

Bilag 3 - Deltagere i interviewundersøgelsen

Kom- mune	Deltagere
Haderslev	Sundhedskoordinator Anette Brask Brandi
Sønderborg	Afdelingschef, forebyggelse og sundhedsfremme Susanne Gyllendorff
Odense	Chefkonsulent Erik Holm (Ældre og Handicapforvaltningen). Funktionsleder for støtte og sundhed Christa Pagh
Frederikshavn	Leder af Sundhedsfremme- og Forebyggelsesafdelingen Birgitte Kvist og faglig konsulent Rikke Møller (Jobcenteret)
Aalborg	Konsulent Per Sand (Skole- og Kulturforvaltningen), Konsulent Bettina Bisp Jensen (Sundhed og Bæredygtig Udvikling)
Aarhus	Kontorchef Mette Svarre (Socialpsykiatri og Udsatte Voksne), Sundhedskonsulent Dorte Grosen (magistraten for sociale forhold og beskæftigelse).
Holstebro	Sundhedschef Ellen Greve.
Gladsaxe	Sundhedschef Mia Fruergaard, Leder af forebyggelsescenter Morten Ørsted Petersen.
København	Pædagogisk konsulent Lars Theilgaard
Vordingborg	Souschef i psykiatri og handicap Pia Holm